МЕТАТИПИЧЕН БАЗАЛНОКЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ НА НОСА – ОПИСАНИЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

В. Иванов[1], А. Чокоева[2], Г. Чернев[3], Ю. Ананиев[4] и С. Филипов[5]

[1]Медицински университет – Пловдив
[2]"Онкодерма" – Клиника по дерматология, венерология и дерматохирургия – София
[3]Поликлиника по кожни и венерически болести, Университетска болница „Лозенец" – София
[4]Катедра по обща и клинична патология, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора
[5]Катедра по обща и клинична патология, Университетска болница „Лозенец" – София

METATYPICAL BASAL-CELL CARCINOMA OF THE NOSE: DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE

V. Ivanov[1], A. Chokoeva[2], G. Tchernev[3], J. Ananiev[4] and S. Philipov[5]

[1]Medical University – Plovdiv
[2]"Onkoderma" – Policlinic of Dermatology, Venereology and Dermatologic Surgery – Sofia
[3]Policlinic for Dermatology and Venereology, University Hospital Lozenetz – Sofia
[4]Department of General and Clinical Pathology, Medical Faculty, Trakia University – Stara Zagora
[5]Department of General and Clinical Pathology, University Hospital Lozenetz – Sofia

Резюме:

Базалноклетъчният карцином (БКК) е най-честата злокачествена кожна канцероза. Множествени са причините, водещи до възникването му, като най-важните са свързани с интензивното ултравиолетово лъчение и светлия тип кожа при засегнатите пациенти. Той съставлява приблизително 80% от всички немеланомни кожни карциноми. Метатипичният БКК е рядка подформа, в която се съчетават клинични и хистопатологични признаци едновременно на БКК и сквамозноклетъчния карцином, като рискът от метастазиране на лезията се оценява общо на не повече от 5%. Клиничната картина е по-скоро нетипична, което води до грешна интерпретация, а нерядко и до грешен диагностичен и терапевтичен подход. Нетипичната клинична картина на засегнатите пациенти често се оказва и основен проблем, водещ при някои пациенти и до летален изход. Представяме случай на метатипичен базоцелуларен карцином на носа, лекуван първоначално с криотерапия, електрокаутер и локална деструктивна терапия, без да бъде взета хистология. Последвалата прогресия на тумора и проведената хирургична ексцизия доказаха наличието на метатипичен базоклетъчен карцином. Постигнат бе отличен естетичен резултат.

Ключови думи: метатипичен базалноклетъчен карцином, елипсовидна ексцизия, хистологична верификация

Адрес за кореспонденция: *Доц. Георги Чернев, Поликлиника по дерматология и венерология, Университетска болница „Лозенец", ул. „Козяк" № 1, 1407 София, тел. 0 885 588 424, e-mail: georgi_tchernev@yahoo.de*

Summary:

Basal-cell carcinoma (BCC) is the most common malignant cutaneus cancer. The causes leading to its occurrence are various, as the most important of them are associated with the intense ultraviolet light and the bright skin type in the affected patients. It accounts for approximately 80% of all non-melanoma skin cancers. Metatypical BCC is a rare subform of BCC which combines the clinical and histopathological features of BCC and squamous cell carcinoma, simultaneously, while the risk of metastasis in these lesions is assessed in approximately 5%. The clinical manifestation is rather atypical, leading to misinterpretation, not infrequently with an inadequate diagnostic and subsequent therapeutic approach. The atypical clinical features, manifested in the affected patients are often a major problem, leading to fetal outcome in some of the cases. We present a case of metatypical basal-cell carcinoma of the nose, initially treated with cryotherapy, electrocauterization, as well as local destructive therapy, without

histology being taken. The subsequent tumor progression, as well as the conducted surgical excision, proved the presence of a metatypical basal-cell carcinoma. An excellent aesthetic result was achieved.

Key words: metatypical, basal-cell carcinoma, elliptical excision, histologic verification

Address for correspondence: *Assoc. Prof. Georgi Tchernev, M.D., Policlinic for Dermatology and Venerology, University Hospital Lozenetz, 1 Koziak St., Bg – 1407 Sofia, GSM: +359 885 588 424, e-mail: georgi_tchernev@yahoo.de,*

ВЪВЕДЕНИЕ

Базалноклетъчният карцином е най-честата злокачествена кожна канцероза, като той съставлява около 80% от кожните тумори [1]. Честотата му бележи прираст по целия свят, като се увеличава с 10% всяка година [2]. Излагането на ултравиолетова светлина е основният етиологичен фактор за развитието на заболяването [1]. Независимо от това точното съотношение между риска от развитието на карцинома и количеството на облъчване, както и времето на излагане на ултравиолетова радиация остава неясно [3]. Счита се, че общата кумулативна доза УВ облъчване, поета през годините по фотоекспонираните участъци, потенцира канцерогенезата при този вид рак [2]. Характерната му клинична изява в напреднала възраст, по откритите части на тялото е в подкрепа на това твърдение.

Въпреки напредъка в изучаването на патогенезата на този тумор хирургията остава най-използваният, най-ефективният и най-подходящият начин на лечение [1]. Представяме случай на базоцелуларен карцином с нехарактерна – назална, локализация и атипична клинична картина, лекуван хирургично с отличен естетичен резултат.

ОПИСАНИЕ НА СЛУЧАЯ

Анамнеза

Пациентка на 82 г. постъпва за пръв път в дерматохирургична клиника "Онкодерма", с оплаквания от бързо прогресираща и незарастваща лезия с локализация в областта на носа. Според данни от анамнезата лезията е лекувана многократно посредством електрокаутер, криотерапия и др., без да е взета кожна биопсия. Наблюдва се прогресия на лезията под формата на уголемяване на размера и инволвиране на все по-големи участъци. Болезненост при натиск, както и спонтанно на моменти. Липсват субективни данни за сърбеж и кървене. В хода на анамнезата се установява, че пациентката е със съпътстваща артериална хипертония.

Няма данни за вредности от битов и професионален характер [4].

Клинична находка

Установява се кожен дефект, локализиран по ala nasi dextrae, представен от ерозия със сагитален размер 20 mm и транзверзален – 10 mm, с ендофитен растеж и ерозирала повърхност, на която се различават ситни крусти. Границите към здравата тъкан са размити и неясни. Наблюдава се фина до умерена десквамация (фиг. 1 a-b).

Хистологични данни

След извършване на ексцизията се проведе хистологично изследване на отстранената тъкан, което верифицира мултифокален инвазивен метатипичен (базосквамозен) карцином, с вертикална инфилтративна растежна фаза.

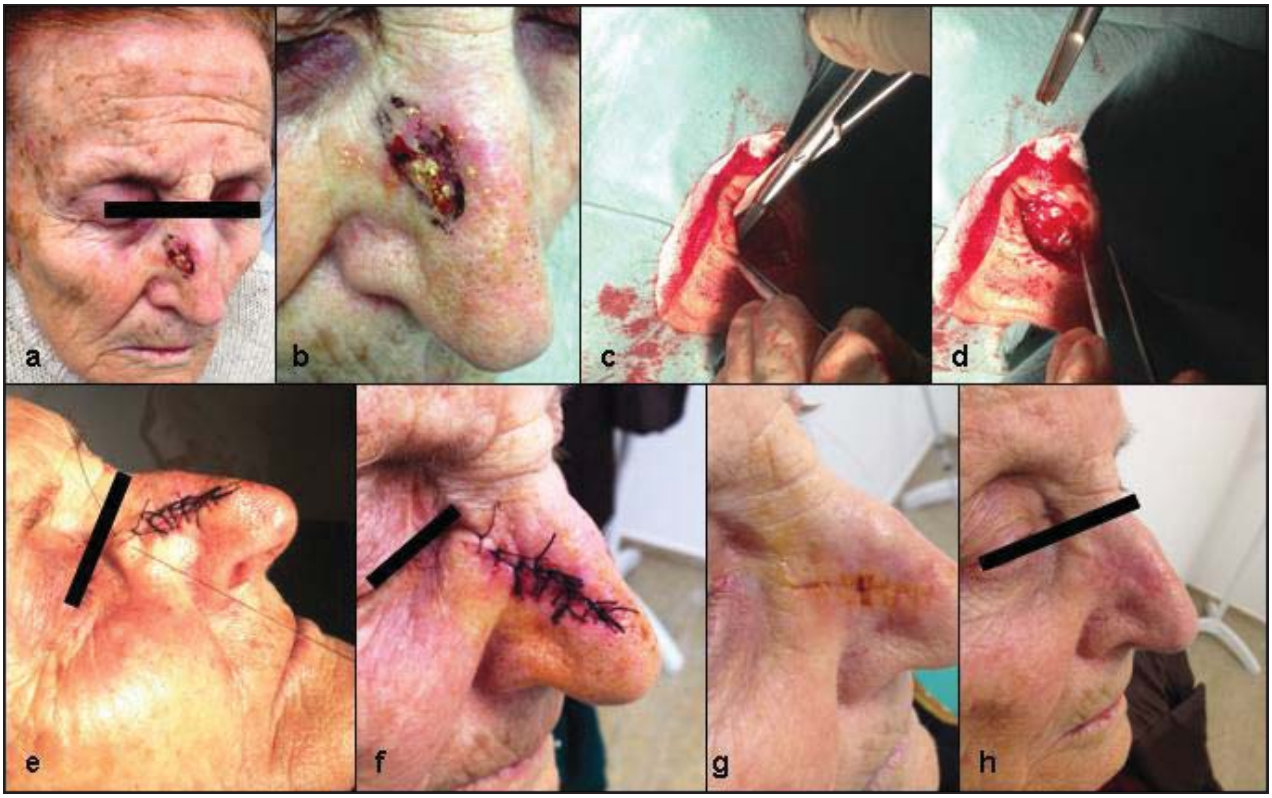
Терапия

Под локална инфилтративна анестезия се извърши елипсовидна ексцизия, с поле на оперативна сигурност от 0,4 до 1 cm и адаптиране на раневите ръбове с първичен кожен шев (фиг. 1 c-f).

ОБСЪЖДАНЕ

Базоцелуларният карцином съставлява приблизително 80% от всички немеланомни кожни канцерози, с ниска смъртност, рискът от която при този вид тумор се изчислява на под 1% [5, 6]. Метастатичният потенциал на това злокачествено новообразувание е много нисък, като рискът от развитието на метастази е едва 0.0028-0.5% [1]. При ранно откриване и правилно диагностициране, БКК може да бъде дефинитивно излекуван, посредством единична хирургична ексцизия [1].

В повечето случаи базалноклетъчният карцином е клинично представен като плака, с гладка и блестяща повърхност, с телеангиектазии [4]. Цветът на лезията може да варира, но най-характерен е бледорозовият цвят или неразличаващ се от останалата кожа, като в редки случаи може да бъде тъмно пигментиран [4]. Рядко се наблюдава и разязвяване на плаката, като наличието на улцерации обикновено е лош прогностичен белег, асоцииран с по-агресивен хистологичен вариант на тумора и по-злокачествено протичане [4].



Фиг. 1. a, b. Клиничен изглед на лезията, локализирана по ala nasi dextre, с ерозирала повърхност, на която се различават ситни крусти, перилезионно зачервяване и леко кървене. **c, d, e, f.** Ексцизиране на лезията с поле на оперативна сигурност 1 cm. Адаптиране на раневите ръбове с първичен кожен шев. **g, h.** Следоперативен, тънък, почти незабележим цикатрикс

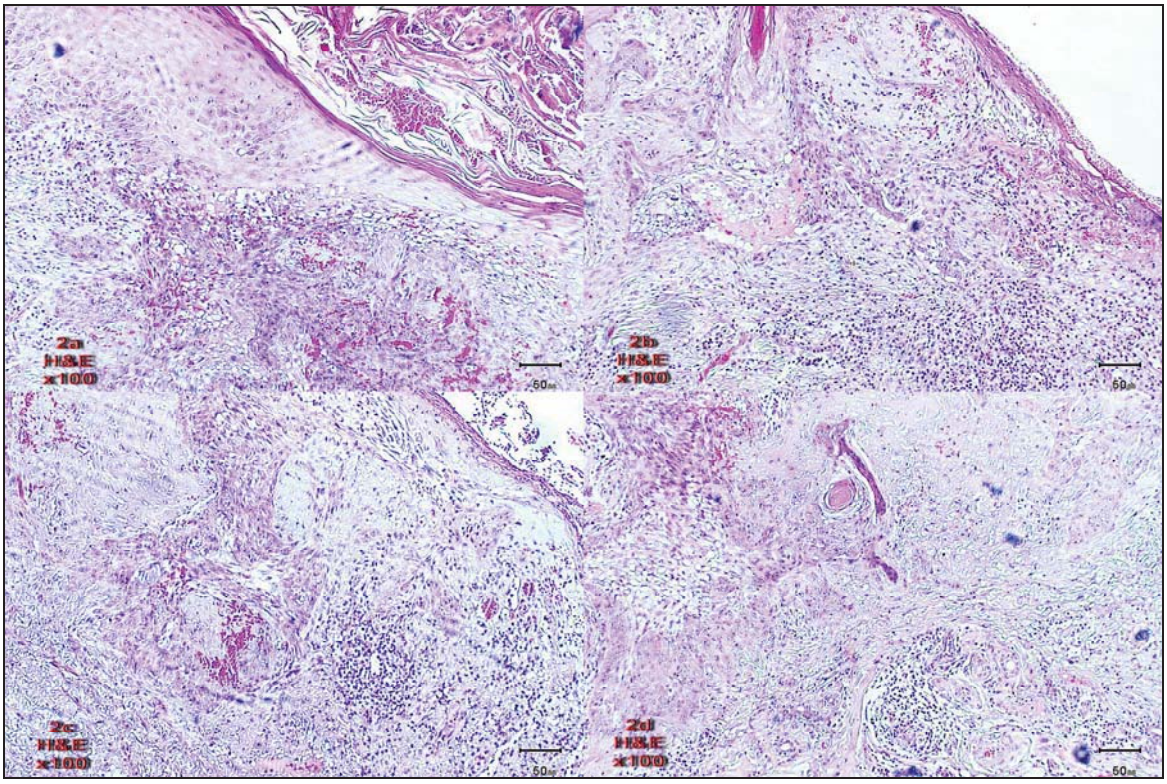
Метатипичният базоцелуларен карцином (МТБЦК), или базосквамозен карцином, се описва хистопатологично като лезия, която съдържа едновременно базални и сквамозни карциномни клетки, без ясна граница помежду им [7]. Метатипичните лезии се различават клинично от типичния БКК, основно по липсата на характерния вал с телеангиектазии, както и по липсата на централната улцерация. Клиничното диференциране на МТБЦК, спинцелуларния и базоклетъчния карцином е невъзможно поради тяхното клинично сходство [8]. Именно поради това хистопатологичната верификация е задължителна преди първичното лечение, тъй като МТБЦК може лесно да бъде погрешно диагностициран като актинична кератоза или друг вид доброкачествен мезенхимен тумор [9].

Представихме случай на 83-годишна пациентка, при която се наблюдаваше суспектна лезия в областта на дясната част на носа, третирана многократно с локални деструктивни методи. Хистологичното изследване, след проведената елиптична хирургична ексцизия, потвърди диагнозата – вариантен мултифокален инвазивен метатипичен (базосквамозен) карцином с вертикална инфилтративна растежна фаза и нарушена мурална и повърхностна цялост на епидермиса. Интерес представлява фактът, че според анамнестичните данни от пациентката, първоначално лезията е била с централна падина и приповдигнат ръб. След проведеното лечение с електрокаутер и криотерапия лезията променила своята клинична морфология и се изравнила с кожното ниво. Това се потвърждава и в други литературни данни, в които се споделя мнението и хипотезата, че неадекватното локално или рентгеново лечение на нормални базоклетъчни карциноми би могло да доведе до тяхната трансформация в метатипични, както и да провокира последващо метастазиране [10].

Поради липсата на хистопатологичен анализ преди проведената преди години терапия, тази причинно-следствена връзка изглежда логична и би следвало да ни наведе на мисълта, че: 1) При съмнение за кожен тумор най-доброто решение е хирургичната ексцизия или Мос-хирургия и 2) Преди пристъпване към криотерапия или лазерна терапия на суспектни кожни лезии е желателно да се провежда кожна биопсия (с цел клиницистът да знае какво третира и да бъде застрахован в редките случаи на амеланотични меланоми и метатипични БКК!).

Лъчетерапията, криотерапията, електрокаутерът и лазерната терапия не се препоръчват при малки лезии, тъй като липсва хистология и макси-

мална сигурност за терапевтична ефикасност за самия пациент [7]. Освен това трябва да се има предвид, че при неадекватно лъчево дозиране при базоклетъчни тумори съществува риск от трансформация към метатипични форми на базалиом, които метастазират и са с лоша прогноза [4].



Фиг. 2. Хистологична находка, след верификация на ексцезираната лезия – първичен инвазивен немеланотичен, неаднексиален епитеален тумор на кожата: **a.** Вариантен мултифокален инвазивен метатипичен (базосквамозен) карцином с вертикална инфилтративна растежна фаза и нарушена мурална и повърхностна цялост на епидермиса (x100). **b.** Установяват се зони с нарушена мурална и повърхностна цялост на епидермиса. Наблюдава се повърхностна ексулцерация в 5 зони на инфилтрация на плоскоклетъчния инвазивен компонент при общ брой представени участъци от компонент 11. Проникване на гнездата в папиларна, ретикуларна дерма и мастна съединителна тъкан на подлежащите по-дълбоки слоеве на дермата. Дълбочина на проникване: 1,49 mm. Ниво на засягане по Clark – IV. Формиране на агрегати от лимфоцити без герминативни центрове (x100). **c.** Откриват се зони на плоскоклетъчна метаплазия в изследваните огнища. Формиране на малки агрегати от лимфоцити без герминативни центрове (x100). **d.** Загуба на периферна клетъчна палисадност в базалноклетъчния компонент. Липса на дегенеративни промени в инвазивната растежна фаза. Откриват се зони на плоскоклетъчна метаплазия в изследваните огнища. Огнищна инвазия към екринни потни жлези. Пръснати участъци на дистрофична калцификация (x100)

Библиография

1. Betekhtin, M., J. Ananiev, G. Tchernev, L. Zisova, S. Philipov et R. Hristova. Early onset basal cell carcinoma: surgical approach. – Acta Medica Bulgarica, 41, 2014, № 1, 82-83.
2. Cigna, E., M. Tarallo et al. Clinical Study Basal Cell Carcinoma: 10 Years of Experience. – J. Skin. Cancer, 2011; 2011:476362. doi: 10.1155/2011/476362. Epub 2010 Dec 1.
3. Wollina, U. et G. Tchernev. Advanced basal cell carcinoma. – Wien Med. Wochenschr., 163, 2013, № 15-16, 347-353.
4. Ананиев, Ю., Г. Чернев и М. Гълъбова. Базоцелуларен карцином с нетипична локализация и атипична клинична картина – пълна ремисия след хирургична ексцизия. – Мед. преглед, 47, 2011, № 3, 60-63.
5. Moser, S., J. Borm, D. Mihic-Probst et al. Metastatic basal cell carcinoma: report of a case and review of the literature. – Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol., 117, 2014, № 2, e79-82.
6. Robinson, J. K. et M. Dahiya. Basal cell carcinoma with pulmonary and lymph node metastasis causing death. – Arch. Dermatol., 139, 2003, № 5, 643-648.
7. Tchernev, G., J. Ananiev, J. C. Cardoso et U. Wollina. Metatypical Basal cell carcinomas: a successful surgical approach to two cases with different tumor locations. – Maedica (Buchar), 9, 2014, № 1, 79-82.
8. Kazantseva, I. A., I. I. Bogatyreva, A. M. Vavilov et S. M. Parshikova. Differential diagnosis of basalioma and metatypical skin cancer. – Arkh. Patol., 45, 1983, 35-39.
9. Tchernev, G., A. Chokoeva, P. Penev, J. Ananiev, A. Nowak, Y. Bayyoud, S. Philipov et U. Wollina. Relapsing advanced metatypical basal cell carcinomas (MTBCC) of the face: Surgical Modalities. – Wien Med. Wochenschr., 164, 2014, № 23-24, 529-535.
10. Russell, E. B., P. R. Carrington et B. R. Smoller. Basal cell carcinoma: a comparison of shave biopsy versus punch biopsy techniques in subtype diagnosis. – J. Am. Acad. Dermatol., 41, 1999, № 1, 69-71.

Постъпила за печат на 12 януари 2014 г.