

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАЗА РАКА ЛЕГКОГО В КОЖУ

А.Ю. Добродеев¹, С.А. Тузиков^{1,2}, А.А. Завьялов^{1,2}, С.В. Миллер¹,
Д.Н. Костромицкий², Н.В. Васильев¹, А.А. Жеравин¹, И.Г. Фролова¹, А.В. Усова¹

*Томский НИИ онкологии¹
Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск²
634050, г. Томск, пер. Кооперативный, 5,
e-mail: dobrodeev@oncology.tomsk.ru¹*

Представлено редкое клиническое наблюдение – метастаз плоскоклеточного рака легкого в кожу ягодичной области, развившийся после проведенного комбинированного лечения. Случай представляет интерес в связи с нетипичной локализацией метастатического поражения, гистологическим типом опухоли и прогнозом течения заболевания.

Ключевые слова: рак легкого, отдаленный метастаз в кожу, комбинированное лечение.

A CLINICAL CASE OF SKIN METASTASES FROM LUNG CANCER

A.Yu. Dobrodeev¹, S.A. Tuzikov^{1,2}, A.A. Zavyalov^{1,2}, S.V. Miller¹, D.N. Kostromitsky², N.V. Vasilyev¹, A.A. Zheravin¹,
I.G. Frolova¹, A.V. Usova¹

*Tomsk Cancer Research Institute¹
Siberian State Medical university, Tomsk²
5, Kooperativny Street, 634050-Tomsk, Russia,
e-mail: dobrodeev@oncology.tomsk.ru¹*

A rare clinical case of squamous cell lung cancer with metastases to the skin of the gluteal region after combined modality treatment has been presented. This case is of interest due to atypical localization of metastases, histological tumor type and disease prognosis.

Key words: lung cancer, distant metastases to the skin, combined modality treatment.

В России в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований рак легкого занимает лидирующие позиции [1]. При этом у больных с впервые выявленным раком легкого преобладают распространенные формы заболевания: I–II стадия диагностируется лишь у 26,5 %, III – у 32,1 % и IV – у 37,0 %. В связи с определенными успехами хирургического и комбинированного лечения немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) важное значение приобретает изучение особенностей метастазирования. В случае своевременного выявления метастазов в отдаленные органы появляется возможность выбора адекватной лечебной тактики [3].

Сведения о частоте и локализации отдаленных метастазов рака легкого основаны преимущественно на данных аутопсии [2] и разноречивы. Наиболее часто выявляется метастатическое поражение печени – 30–40 %, противоположного легкого – 26,2 %, почек и надпочечников – 10–20 %, головного мозга – 10 % [2, 9]. Частота метастазирования рака легкого в кости колеблется в пределах от 6,3 до

57 % [3, 4]. Поражения кожи и подкожной жировой клетчатки метастазами рака легкого описаны лишь в отдельных сообщениях [2, 6, 10] и составляют 2,8–8,7 %. По данным разных авторов, имеется зависимость частоты отдаленных метастазов НМРЛ от гистологической структуры и формы первичной опухоли [2, 5, 6, 8, 10]. Так, отдаленные метастазы достоверно чаще выявляются при периферической форме рака легкого и аденокарциноме, особенно при низкодифференцированных формах. Несмотря на то, что метастазы НМРЛ могут возникать по всему телу, в большинстве случаев они локализуются в области головы и шеи (49 %), груди и живота (37 %); крайне редко поражаются губы, мошонка и кожа перианальной области. Прогноз течения НМРЛ при метастазах в кожу крайне неблагоприятный. Консервативное лечение, включающее лучевую терапию и противоопухолевую лекарственную терапию, малоэффективно. При солитарных кожных метастазах НМРЛ используется хирургическое лечение, которое в ряде случаев сочетается с химиолучевой терапией, однако медиана

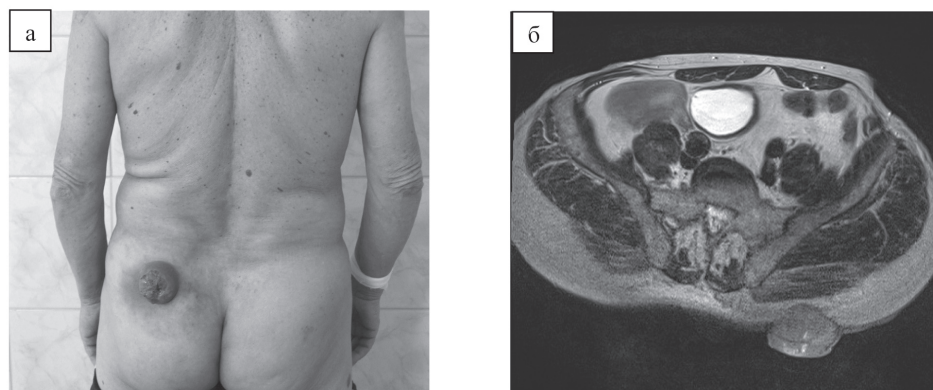


Рис. 1. Внешний вид больного с метастазом в кожу левой ягодичной области (а) и результаты магнитно-резонансной томографии (б)

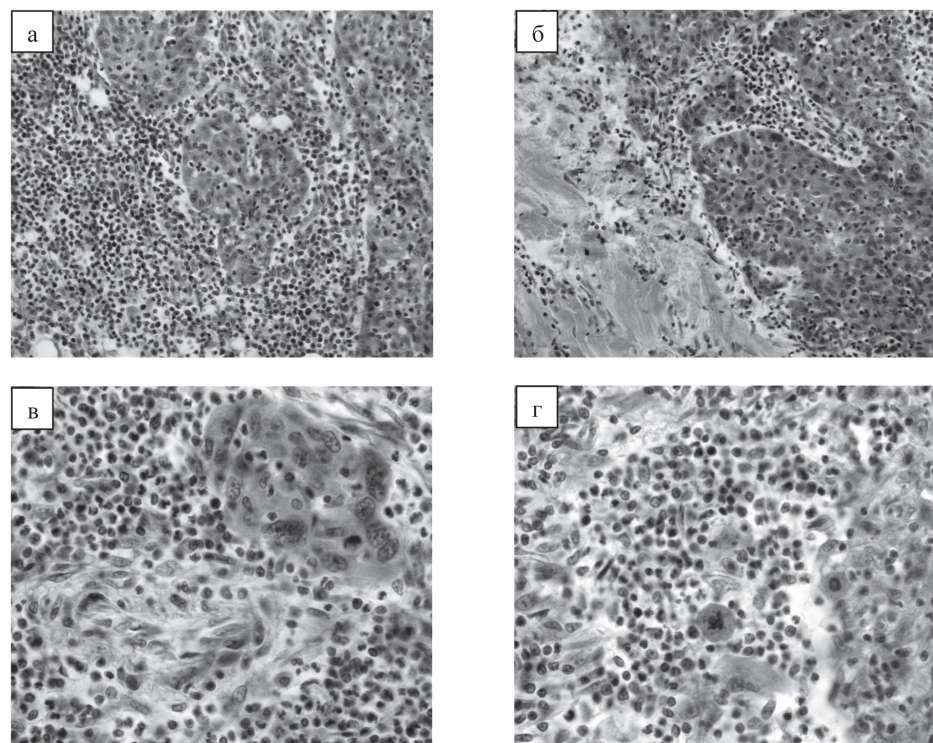


Рис. 2. Микрофото. Метастаз плоскоклеточного рака в кожу ягодичной области: а) опухолевые структуры лежат преимущественно в сетчатом слое дермы, густо инфильтрированной лимфоидными и плазматическими клетками; б) вокруг опухолевых структур отмечается десмопластическая трансформация плотной соединительной ткани дермы с признаками гиалиноза; в) опухолевые клетки метастаза образуют преимущественно альвеолярные структуры; г) отмечается выраженный клеточный и ядерный полиморфизм, наличие патологических форм митоза. Окраска гематоксилином и эозином. а–б) $\times 200$, в–г) $\times 400$

выживаемости больных остается неудовлетворительной, составляя всего 3–5 мес [5–8, 10].

Описанный ниже случай метастаза плоскоклеточного рака легкого в кожу представляет ин-

терес в связи с тем, что после комбинированного лечения по поводу первичной опухоли выявлено прогрессирование заболевания с нетипичной локализацией метастатического поражения, не-

характерным гистологическим типом опухоли и прогнозом.

Больной Н., 69 лет, находился на лечении в торакоабдоминальном отделении ФГБНУ «Томский НИИ онкологии» с 27.02.13 по 25.06.13 с диагнозом: центральный рак левого верхнедолевого бронха с распространением на главный бронх ПВ ст. ($T_3N_0M_0$). Гистологическое заключение (№ 884 к/13, 27.02.13): плоскоклеточный умереннодифференцированный неороговевающий рак. В плане комбинированного лечения было проведено 2 курса неoadъювантной химиотерапии по схеме винорельбин/цисплатин с эффектом – стабилизация процесса. 21.05.13 была выполнена пневмонэктомия слева. Послеоперационное гистологическое заключение (№ 13328–48/13, 28.05.13): плоскоклеточный умереннодифференцированный неороговевающий рак, I степень терапевтического патоморфоза. Граница резекции и лимфоузлы – без особенностей. В послеоперационном периоде больному проведено 2 курса адъювантной химиотерапии по прежней схеме.

В октябре 2013 г. больной самостоятельно обнаружил очаговое образование на коже левой ягодичной области (рис. 1, а). С 25.10.13 по 21.12.13 находился в торакоабдоминальном отделении ФГБНУ «Томский НИИ онкологии», где было проведено комплексное обследование. При спиральной компьютерной томографии органов грудной клетки (17.10.13) и фибробронхоскопии (18.10.13) – данных за местный рецидив в легких не получено. При МРТ головного мозга (28.10.13) и остеосцинтиграфии (05.11.13) – признаков очагового поражения скелета и головного мозга нет. МРТ мягких тканей ягодичной области (31.10.13): в подкожной жировой клетчатке левой ягодичной области определяется солидное объемное образование 56×41 мм, структура неоднородная, с наличием жидкостных включений. Заключение: объемное образование подкожной жировой клетчатки левой ягодичной области (рис. 1, б). Выполнена пункционная биопсия, цитологическое заключение: данные за плоскоклеточный рак (№ 1484–92/13 от 09.10.13). Таким образом, было выявлено прогрессирование заболевания в виде метастатического поражения кожи левой ягодичной области.

06.11.13 больному проведено хирургическое лечение в объеме широкого иссечения метастаза

мягких тканей левой ягодичной области. Послеоперационный период протекал гладко. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование (№ 29802–10/13, 19.11.13): метастаз плоскоклеточного рака (рис. 2).

В послеоперационном периоде в связи с неэффективностью предыдущей схемы химиотерапии больному было проведено 2 курса паллиативной химиотерапии по схеме паклитаксел/карбоплатин. В настоящее время больной находится на динамическом наблюдении, период наблюдения составляет 4 мес, по результатам контрольного обследования – данных за прогрессирование заболевания нет.

Данное наблюдение свидетельствует о том, что в случае прогрессирования НМРЛ в виде солитарного метастатического поражения кожи целесообразно применять активную хирургическую тактику с различными вариантами адъювантной химиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2013. 289 с.
2. Потанин В.П., Ларюков А.В. Анализ отдаленного метастазирования рака легкого // Российский онкологический журнал. 2002. № 3. С. 35–37.
3. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. Рак легкого. М., 2009. 656 с.
4. Bury T., Barreto A., Daenen F., Barthelemy N., Ghaye B., Rigo P. Fluorine-18 deoxyglucose positron emission tomography for the detection of bone metastases in patients with non-small cell lung cancer // Eur. J. Nucl. Med. 1998. Vol. 25 (9). P. 1244–1247.
5. Dhambri S., Zendah I., Ayadi-Kaddour A., Adouni O., El Mezni F. Cutaneous metastasis of lung carcinoma: a retrospective study of 12 cases // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2011. Vol. 25 (6). P. 722–726. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03818.x.
6. Kamble R., Kumar L., Kochupillai V., Sharma A., Sandhu M.S., Mohanti B.K. Cutaneous metastases of lung cancer // Postgrad. Med. J. 1995. Vol. 71 (842). P. 741–743.
7. Mollet T.W., Garcia C.A., Koester G. Skin metastases from lung cancer // Dermatol. Online. J. 2009. Vol. 15 (5). P. 1.
8. Perng D.W., Chen C.H., Lee Y.C., Perng R.P. Cutaneous metastasis of lung cancer: an ominous prognostic sign // Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). 1996. Vol. 57 (5). P. 343–347.
9. Spiro S. Carcinoma of the Lung. 1995. 395 p.
10. Terashima T., Kanazawa M. Lung cancer with skin metastasis // Chest. 1994. Vol. 106 (5). P. 1448–1450.

Поступила 18.07.14

REFERENCES

1. Cancer incidence (morbidity and mortality) in Russia in 2011 / Eds. V.I. Chissov, V.V. Starinskij, G.V. Petrova. M., 2013. 289 p. [in Russian]
2. Potanin V.P., Larjukov A.V. Analysis of distant metastasis from lung cancer // Rossijskij onkologicheskij zhurnal. 2002. № 3. P. 35–37. [in Russian]
3. Trahtenberg A.H., Chissov V.I. Lung cancer. M., 2009. 656 p. [in Russian]
4. Bury T., Barreto A., Daenen F., Barthelemy N., Ghaye B., Rigo P. Fluorine-18 deoxyglucose positron emission tomography for the detection

of bone metastases in patients with non-small cell lung cancer // *Eur. J. Nucl. Med.* 1998. Vol. 25 (9). P. 1244–1247.

5. *Dhambri S., Zendah I., Ayadi-Kaddour A., Adouni O., El Mezni F.* Cutaneous metastasis of lung carcinoma: a retrospective study of 12 cases // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2011. Vol. 25 (6). P. 722–726. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03818.x.

6. *Kamble R., Kumar L., Kochupillai V., Sharma A., Sandhoo M.S., Mohanti B.K.* Cutaneous metastases of lung cancer // *Postgrad. Med. J.* 1995. Vol. 71 (842). P. 741–743.

7. *Mollet T.W., Garcia C.A., Koester G.* Skin metastases from lung cancer // *Dermatol. Online. J.* 2009. Vol. 15 (5). P. 1.

8. *Perng D.W., Chen C.H., Lee Y.C., Perng R.P.* Cutaneous metastasis of lung cancer: an ominous prognostic sign // *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 1996. Vol. 57 (5). P. 343–347.

9. *Spiro S.* Carcinoma of the Lung. 1995. 395 p.

10. *Terashima T., Kanazawa M.* Lung cancer with skin metastasis // *Chest*. 1994. Vol. 106 (5). P. 1448–1450.