

Акральная лентигинозная меланома

Н.П. Малишевская¹, А.В. Соколова², Л.В. Демидов³, И.Н. Лаконова⁴

Адрес для переписки: Анна Викторовна Соколова, baden-ekb@yandex.ru

Доля акральной лентигинозной меланомы значительно варьируется в разных регионах мира. По нашим наблюдениям, акральная меланома встречается у 10,5% больных. Среди пациентов с акральной лентигинозной меланомой преобладают женщины (76%) среднего возраста (48,3 года). Опухоли чаще локализируются в области стоп (74%), из них 22% составляют подногтевые меланомы. В подавляющем большинстве случаев акральная меланома развивается *de novo*. Обычно ошибки в диагностике меланомы имеют место именно при акральных лентигинозных меланомах. При подногтевых локализациях меланомы частота врачебных ошибок достигает 25–60%. Систематический анализ причин позднего выявления меланомы кожи, в том числе ее акральных форм, клинических и тактических ошибок врачей неонкологического профиля, обсуждение подобных ошибок на совместных с онкологами междисциплинарных конференциях и заседаниях научно-практических обществ призваны способствовать формированию онкологической настороженности и более ранней диагностике злокачественных опухолей кожи.

Ключевые слова: меланома кожи, эпидемиология акральной меланомы, акральная лентигинозная меланома, ошибки в диагностике меланомы

В 1976 г. R.J. Reed впервые описал акральную лентигинозную меланому и отметил ее более высокую распространенность среди чернокожих [1]. Доля акральной лентигинозной меланомы значительно варьируется в разных регионах мира, даже с учетом различий дизайна сбора информации в ряде последних исследований.

В крупном американском популяционном исследовании [2] установлено, что в структуре общей онкологической заболеваемости на долю акральной меланомы приходится 2–3%, пяти- и десятилетняя выжи-

ваемость достигает 80,3 и 67,5% соответственно (для сравнения: при меланоме в целом – 91,3 и 87,5% соответственно).

В структуре заболевших на территории центральной и северо-восточной частей Бразилии с 2000 по 2010 г. доля акральной лентигинозной меланомы составляла 10,6% [3].

По данным британских исследователей [4], встречаемость акральной лентигинозной меланомы не зависит от степени инсоляции, заболевание одинаково распространено среди представителей светлокожей и темнокожей субпопуляции.

Согласно результатам китайского исследования [5], среди пациентов, обратившихся в 2006–2010 гг. в Пекинский онкологический центр по поводу меланомы, 41,8% имели акральную лентигинозную меланому.

Данные о распространенности меланомы кожи согласуются с результатами других азиатских исследований [5–7], но отличаются по эндемичным районам, в которых на долю акральной лентигинозной меланомы приходится 2–3% [8, 9].

Показатель распространенности акральной лентигинозной меланомы в Турции (13,2%) превышает аналогичные показатели в западных странах [10].

По нашим наблюдениям [11], акральная меланома встречается у 10,5% больных. Среди них преобладают женщины (76%) среднего возраста (48,3 года). Опухоли чаще локализируются в области стоп (74%) (рис. 1–3), из них 22% составляют подногтевые меланомы (рис. 4), и в большинстве случаев развиваются *de novo* [4, 12, 13]. Чаще ошибки в диагностике меланомы имеют место именно при акральной лентигинозной меланоме, причем при подногтевых локализациях меланомы частота врачебных ошибок составляет 25–60% (рис. 4) [11, 14].

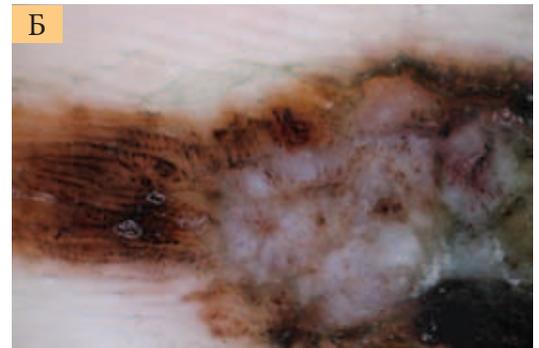
И.В. Селюжицкий и соавт. [14] в течение 15 лет наблюдали за 18 пациентами с подногтевой меланомой (2,5% всех больных меланомой кожи). Во всех случаях отмечалось поражение первого пальца кисти и стоп, последних в два раза чаще. При этом предшествующая механическая травма далеко не во всех случаях служила провоцирующим фактором разви-



Рис. 1. Больная К., 63 года: акральная меланома



Рис. 2. Больная В., 58 лет: акральная меланома (клиническое (А) и дерматоскопическое (Б) изображение)



тия меланомы. Сроки от появления первых симптомов заболевания до госпитализации в онкологическое лечебное учреждение составили от двух месяцев до пяти лет, чаще один-два года. До госпитализации больные, находившиеся под наблюдением дерматовенерологов и хирургов, получали лечение в амбулаторных условиях, где кроме лечения по поводу предполагаемого микоза, паронихии, вросшего ногтя, панариция, подногтевой гематомы проводилась антимикробная или антимикотическая терапия. После безуспешной консервативной терапии у 14 больных была удалена ногтевая пластинка без последующего гистологического исследования тканей ногтевого ложа. При этом у троих пациентов эта операция была выполнена в педикюрном кабинете. В большинстве случаев больные были направлены к онкологу с запущенной клинической картиной, четверо из них по поводу увеличения регионарных лимфатических узлов. Подногтевая меланома на начальных этапах развития обычно проявляется подногтевым пятном темного цвета либо продольными полосами коричневого или темно-синего цвета. Далее по ходу полос на ногтевой пластинке появляются трещины с ее последующим разрушением вплоть до полного отторжения, быстрым ростом грануляций на ее месте, иногда грибовидной формы, синевато-черного цвета с инфильтрацией подлежащих и окружающих тканей (рис. 5). Наблюдается увеличение регионарных лимфоузлов.

Г.Т. Кудрявцева и соавт. [12] наблюдали за 13 пациентами с подногтевой меланомой. У десяти из



Рис. 3. Больная Р., 57 лет: беспигментная меланома на фоне невуса кожи стопы (клиническое (А) и дерматоскопическое (Б) изображение)

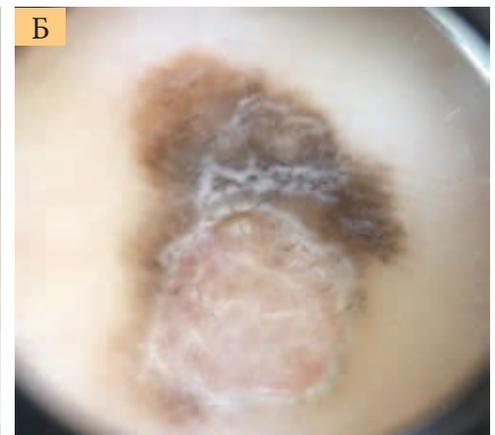


Рис. 4. Больная В., 61 год: акральная лентицинозная меланома (клиническое (А) и дерматоскопическое (Б) изображение)



них к началу лечения отмечалась развернутая стадия заболевания, в анамнезе – один-два ошибочных диагноза и ни одного морфологического исследования.

По мнению других авторов [15], подногтевые варианты в начальной стадии опухолевого процесса клини-

чески выглядят как меланонихия. Согласно полученным результатам, во всех случаях подногтевой меланомы имел место частичный или полный лизис ногтевого матрикса, в 76% – экзофитные, бугристые разрастания. В каждом втором случае поражения носили амеланотический характер.

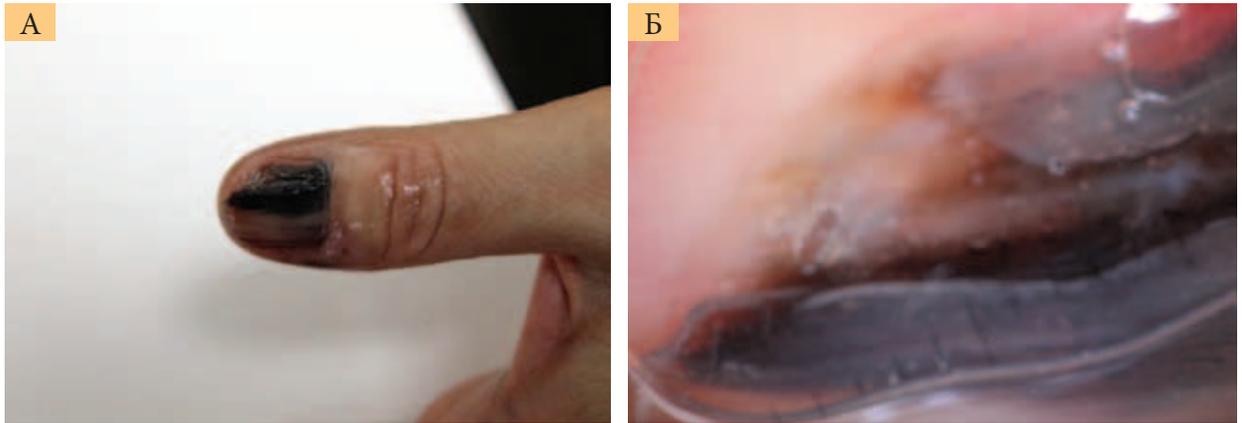


Рис. 5. Больная Ф., 62 года: подногтевая меланома (клиническое (А) и дерматоскопическое (Б) изображение)



Рис. 6. Больная Ж., 48 лет: ранняя акральная лентигинозная меланома кожи стопы, максимальный линейный размер – 4 мм, стадия IA (дерматоскопическое изображение)



Рис. 7. Больной П., 24 года: пиогенная гранулема (дольчатая гемангиома) – сосудистая гиперплазия

По данным Т.Н. Борисовой и Г.Т. Кудрявцевой [16], наблюдавших за 58 больными меланомой кожи акральных локализаций, период от момента ощутимого прогрессирования изменений до начала специфического лечения в среднем составил 2,5 года.

Около 70% больных получали лечение, назначенное дерматологами и хирургами, по поводу различных диагнозов (панариций, мозоль, подногтевая или субэпидермальная гематома, микоз). У восьми (14%) пациентов поражение носило амеланотический характер, что еще больше затрудняло клиническую диагностику. Практически у всех больных акральная лентигинозная меланома развивалась *de novo*, лишь у одного пациента на протяжении более чем 20 лет имела место меланонихия.

Послеоперационное гистологическое исследование показало наличие тонкой (менее 1 мм) меланомы только в пяти (9%) случаях – стадия IA. В 14% случаев наблюдалась стадия IB (рис. 6). У 50,6% больных меланома кожи диагностирована на стадии II, у 21% – на стадии III.

Причиной ошибок в диагностике акральной лентигинозной меланомы и последующей неадекватной тактики лечения может быть сочетание акральной лентигинозной меланомы с другими заболеваниями кожи в области стоп [11, 13]. Поэтому дерматологи, сосредоточиваясь на более привычной для них патологии кожи (очаговом гиперкератозе, микозе стоп, онихомикозе, хронической гиперкератотической экземе, кератодермии), не придают значения пигментным новообразованиям.

Нередко (до 25,0% случаев) на амбулаторных этапах диагностики акральной лентигинозной меланомы ошибочно принимают за пиогенную гранулему. Это доброкачественное сосудистое новообразование кожи,

обычно возникающее именно на акральных участках, после травмы на клинически неизменной коже в процессе эволюции может изменить свой типичный красновато-вишневый цвет и приобрести фиолетово-синий и даже темно-коричневый оттенок (рис. 7).

Кровоточивость новообразования, формирование на его поверхности геморрагических корок, присоединение вторичной инфекции и появление признаков воспаления объективно затрудняют визуальную дифференциальную диагностику. В отсутствие надежных дифференциально-диагностических клинических критериев единственно правильным тактическим решением врача, не владеющего методом дерматоскопии, является направление больного к дерматовенерологу для проведения дерматоскопического исследования, затем к онкологу в онкологическое учреждение, где в зависимости от конкретной клинической ситуации будет проведено дополнительное диагностическое обследование с целью верификации диагноза.

Систематический анализ причин позднего выявления меланомы кожи, в том числе ее акральных форм, клинических и тактических ошибок врачей неонкологического профиля, их обсуждение на совместных с онкологами междисциплинарных и/или научно-практических конференциях будут способствовать формированию онкологической настороженности и более ранней диагностике злокачественных опухолей кожи. ☹️



Литература

1. Reed R.J. New concepts in surgical pathology of the skin. New York: John Wiley & Sons, 1976. P. 89–90.
2. Bradford P.T., Goldstein A.M., McMaster M.L., Tucker M.A. Acral lentiginous melanoma: incidence and survival patterns in the United States, 1986–2005 // Arch. Dermatol. 2009. Vol. 145. № 4. P. 427–434.
3. Vilanova C.M., Lages R.B., Ribeiro S.M. et al. Epidemiological and histopathological profile of cutaneous melanoma at a center in northeastern Brazil from 2000 to 2010 // An. Bras. Dermatol. 2013. Vol. 88. № 4. P. 545–553.
4. Puig-Butillé J.A., Carrera C., Kumar R. et al. Distribution of MC1R variants among melanoma subtypes: p.R163Q is associated with lentigo maligna melanoma in a Mediterranean population // Br. J. Dermatol. 2013. Vol. 169. № 4. P. 804–811.
5. Ishihara K., Saida T., Yamamoto A., Japanese Skin Cancer Society Prognosis and Statistical Investigation Committee. Updated statistical data for malignant melanoma in Japan // Int. J. Clin. Oncol. 2001. Vol. 6. № 3. P. 109–116.
6. Ishihara K., Saida T., Otsuka F., Yamazaki N., Prognosis and Statistical Investigation Committee of the Japanese Skin Cancer Society. Statistical profiles of malignant melanoma and other skin cancers in Japan: 2007 update // Int. J. Clin. Oncol. 2008. Vol. 13. № 1. P. 33–41.
7. Chang J.W., Yeh K.Y., Wang C.H. et al. Malignant melanoma in Taiwan: a prognostic study of 181 cases // Melanoma Res. 2004. Vol. 14. № 6. P. 537–541.
8. Cormier J.N., Xing Y., Ding M. et al. Ethnic differences among patients with cutaneous melanoma // Arch. Intern. Med. 2006. Vol. 166. № 17. P. 1907–1914.
9. Markovic S.N., Erickson L.A., Rao R.D. et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 2: staging, prognosis, and treatment // Mayo Clin. Proc. 2007. Vol. 82. № 4. P. 490–513.
10. Gamsizkan M., Yilmaz I., Buyukbabani N. et al. A retrospective multicenter evaluation of cutaneous melanomas in Turkey // Asian Pac. J. Cancer Prev. 2014. Vol. 15. № 23. P. 10451–10456.
11. Кунгуров Н.В., Малишевская Н.П., Кохан М.М. и др. Ошибки в клинической диагностике злокачественных новообразований кожи. Злокачественные новообразования кожи: заболеваемость, ошибки диагностики, организация раннего выявления, профилактика. Курган: Зауралье, 2010.
12. Кудрявцева Г.Т., Борисова Т.Н., Неборак Ю.Т., Курильчик А.А. Клинико-диагностические особенности акральной меланомы кожи и результаты комбинированного лечения // Российский онкологический журнал. 2006. № 1. С. 14–17.
13. Конопацкова О.М., Оркин В.Ф., Завьялов А.И. Акральная лентигинозная меланома кожи, сочетающаяся с микотической инфекцией стоп и ногтей // Журнал дерматологии, венерологии и косметологии. 1996. № 1. С. 35–36.
14. Селюжицкий И.В., Анфилов С.В., Мурзо А.В. Ошибки в диагностике и лечении подногтевой меланомы // Российский онкологический журнал. 2004. № 4. С. 33–35.
15. Фрадкин С.З., Залуцкий И.В. Меланома кожи. Минск: Беларусь, 2000.
16. Борисова Т.Н., Кудрявцева Г.Т. Акральная меланома кожи. Клиника, диагностические особенности и результаты лечения // Вестник дерматологии и венерологии. 2006. № 1. С. 43–45.

Acral Lentiginous Melanoma

N.P. Malishevskaya¹, A.V. Sokolova², L.V. Demidov³, I.N. Lakomova⁴

¹ Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology

² 'Uralskaya' clinic, Yekaterinburg

³ N.N. Blokhin Medical Research Center of Oncology

⁴ Surgut Clinical Skin and Venereal Dispensary

Contact person: Anna Viktorovna Sokolova, baden-ekb@yandex.ru

The share of the acral lentiginous melanoma varies considerably in different regions of the world. According to our observations, acral melanoma occurs in 10.5% of patients. Among patients with acral lentiginous melanoma, women predominate (76%), middle-aged (48.3 years), tumors are more often localized in the region of the feet (74%), of which 22% are subungual melanomas. In the vast majority of cases, the acral melanoma develops de novo. The most common mistakes in the diagnosis of melanoma occur precisely with the acral lentiginous melanomas, and the frequency of medical errors ranges from 25 to 60% in subungual localizations of melanoma. A systematic analysis of the causes of late detection of SM, including its acral forms, clinical and tactical errors of non-cancer doctors, their discussion on joint with oncologists interdisciplinary medical conferences and meetings of scientific and practical societies, will contribute to the development of oncological alertness and earlier diagnosis of malignant skin tumors.

Key words: melanoma of the skin, epidemiology of the acral melanoma, acral lentiginous melanoma, errors in the diagnosis of melanoma

Онкология