

БАЗАЛНО-КЛЕТЪЧЕН КОЖЕН КАРЦИНОМ



Определение

г-р Валентин
В. Николов

Дерматовенеролог,
Онкодерматолог,
Инфекционист

СБАЛОЗ "Проф. г-р
Марин Мушмов",
гр. София

Базално-клетъчният кожен рак (БККР) е най-често срещаното онкологично заболяване на човешката кожа от епителен произход, състои се от базалоидни клетки и клинично се характеризира с локална геструкция и изключително рядко метастазирание^[1,5,6,13,19-22].

Синоними

В научната медицинска литература базално-клетъчният кожен рак (БККР) много често се заменя от следните, напълно идентични семантично, термини: базалиом (Б), базоцелуларен карцином (БЦК), базално-клетъчен карцином на кожата (БККК) и базално-клетъчен епителиом (БКЕ)^[1,5,6,13].

Кратка историография

Косвени данни за това, че базално-клетъчният карцином на кожата е бил известен още по времето на Древен Египет и Месопотамия, са установените кожни лезии в египетските мумии на някои фараони и намерените следи от опитите за лечението му.

През 1827 г. А. Jacob за първи път дава подробно клинично описание на заболяването, а J. Hutchinson първи

СТАТИЯТА ПРЕДСТАВЯ ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР, разглеждащ дефиницията, синонимите, епидемиологията, етиологията, патохистологичната класификация, клиничните прояви, клиничното стадирание, диференциалната диагноза и терапията на най-често срещания рак на човешката кожа – базално-клетъчния.

формулира 14^{ме} основни клинични признака на базалиома и неговите клинични форми.

През 1803 г. Krampecher успява да го каже епителния произход на тумора и му дава названието "базоцелуларен карцином"^[11-13].

Епидемиология

Базоцелуларният карцином е най-често срещаната малигнена кожна неоплазма при хората от бялата раса и е най-честият злокачествен тумор като цяло в човешката популация^[7].

По данни на различни автори, той варира като честота от 45 до 96% от всички епителни малигнени неоплазми при хората^[1-3,5,6, 11-13].

През последните няколко десетилетия се установява значително нарастване на заболеваемостта от базалиом в целия свят. В САЩ например, ежегодно се регистрират над 4 000 000 случая на базоцелуларен кожен карцином. По данни на Американското раково общество, само през 2006 г. са регистрирани над 2 000 000 случая на базалиом в

страната. Във Великобритания заболеваемостта от 1972 до 1992 г. е нараснала над три пъти; в Австралия положението е сходно. Само за периода от 1999 до 2009 г. заболеваемостта в Руската федерация се е увеличила 1,3 пъти. По данни на Московския раков регистър от 2014 г. базалиомът е 91.5% от всички немеланомни малигнени кожни тумори. В Швейцария за периода от 1979 до 1999 г. заболеваемостта е нараснала ежегодно с 2.6%. В Украйна базалиомът заема "почетното" второ място след рака на млечната жлеза при жените и трето място при мъжете, отстъпвайки само на рака на белите дробове и на простатната жлеза^[1,5,6,13,17,19-22].

Заболяването може да възникне във всяка възраст, но най-често се наблюдава след започването на четвъртата жизнена декада.

Според данните на научната медицинска литература се установява полово различие – по-често от базоцелуларен карцином боледуват мъжете. По отношение на броя на лезиите в 85% от случаите се наблюдава единична, и едва в 15% – повече

Ключови думи:
базално-клетъчен
кожен рак (БККР),
епидемиология,
етиология,
патохистологична
класификация,
клиника, клинично
стадирание,
диференциална
диагноза, терапия

таблица 1

ОСНОВНИ ЕТИОЛОГИЧНИ ФАКТОРИ ЗА ВЪЗНИКВАНЕ НА БАЗАЛИОМ

Физически фактори	Химически фактори	Факултативни форми на преканцерози	Облигатни форми на преканцерози	Хронични кожни заболявания	Други фактори	Активизиране на следните онкогени
Продължителна инсолация Ултравioletово облъчване Ионизиращо облъчване Рентгеново облъчване Употреба на солариуми	Въглен Катрани Смоли Асфалт Живак	Сенилна кератоза Хиперкератоза Кожен рог Папиломи Фиброми Кератоакантоми Фибропапиломи Агеноми Кератоми Хемангиоми	Пигментна ксеродерма Болест на Боуен (Bowen) Еритроплазия на Кеер (Queyrat)	Лупус Кожна туберкулоза Сифилис с кожни поражения Булозна епидермолиза	Генетична предиспозиция Честа травматизация Имуносупресия (локална и/или системна) I ^B и II ^{ps} фототип по Фицпатрик Възраст над 40 г.	Ki-ras N-ras Ha-ras C-myc

таблица 2

ПАТОХИСТОЛОГИЧНА КЛАСИФИКАЦИЯ НА БАЗАЛНО-КЛЕТЪЧНИЯ КОЖЕН КАРЦИНОМ

Sloan, 1977	Sexton, 1990	Rippey, 1998	Weddon, 2002	Rosai, 2004	WHO, 2006	Patternson, 2006
Нодуларен Повърхностен Инфилтриращ Нодуларен с инфилтра- тивен ръб	Нодуларен Повърхностен Инфилтриращ Микронодуларен Склерозиращ Смесен	Нодуларен Повърхностен Инфилтриращ Смесен	Нодуларен Повърхностен Инфилтриращ Микронодуларен Фиброепи- телиален Базосквамозен Кератотичен Пигментен Инфундибуло- кистичен Агеноиден Кистичен Склерозиращ Метатипичен Смесен	Нодуларен Повърхностен Инфилтриращ Микронодуларен Фиброепи- телиален Базосквамозен (Метатипичен) Кератотичен Пигментен Инфундибуло- кистичен Агеноиден Кистичен Склерозиращ Светлоклетъчен	Нодуларен Повърхностен Инфилтриращ Микронодуларен Фиброепи- телиален Базосквамозен Кератотичен С агнексална диференциация	Нодуларен Повърхностен Инфилтриращ Фиброепи- телиален Базосквамозен Кератотичен Агеноиден Склерозиращ Метатипичен Базосебацеен

от една на брой.

Цветът на кожата също е от голямо значение – много по-голяма е заболеваемостта при I^B и II^{ps} фототип по Фицпатрик, с наличие на рижа или светлоруса коса, сини или зелени очи. Основната локализация на заболяването е главата и шията (около 80% от случаите), а в останалите около 20% – всеки друг участък от кожната повърхност на човешкото тяло^[1,5,6,13,17,19-22].

Етиология

Базо-целуларният карцином е полиетиологично заболяване, но все пак, вече са установени водещите решаващи етиологични фактори за възникването му, които систематизирано представяме в Табл. 1^[1].

Патохистологична класификация

За съжаление, и до днес все още няма общоприета, международно утвърдена патохистологична класификация на базално-клетъчния кожен карцином, чието многообразие представяме в Табл. 2^[7,10].

Клинична картина

От клинична гледна точка най-практично е да се различават две форми

таблица 3

КЛИНИЧНО СТАДИРАНЕ НА БАЗАЛИОМА

ПРИЗНАК

Т (първичен тумор)	Н (регионални лимфни възли)	М (далечни метастази)
Tx – Първичният тумор не може да бъде оценен	N1 – Установяват се метастази в регионалните лимфни възли с р-ри до 3 см	Mx – Далечните метастази не могат да бъдат оценени
T0 – Няма данни за първичен тумор	N2 – Установяват се метастази в регионалните лимфни възли с р-ри над 3 см, но под 6 см	M0 – Не се установяват далечни метастази
T0 – Няма данни за първичен тумор	N3 – Установяват се метастази в регионалните лимфни възли с р-ри над 6 см	M1 – Установяват се далечни метастази
Tis – Carcinoma in situ		
T1 – Тумор с размер под 2 см		
T2 – Тумор с размер от 2 до 4 см		
T3 – Тумор с размер над 4 см		
T4 – Тумор, инвазиращ дълбоките интрадермални и субдермални структури		

таблица 4

СТАДИРАНЕ НА БАЗАЛИОМА

Стагий	T	N	M
Стагий 0	Tis	N0	M0
Стагий I	T1	N0	M0
Стагий II	T2	N0	M0
Стагий III	T3	N0	M0
	T1 – T3	N1	M0
Стагий IVA	T4	Всяко N	M0
Стагий IVB	Всяко T	Всяко N	M1

таблица 5

ЛОКАЛНА МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПИЯ НА БАЗАЛИОМИТЕ

Медикамент	Лекарствена форма	Концентрация	Продължителност на курса
Imiquimod	Crème	5%	4-12 седмици
5-Fluorouracil	Ung.	5%	4-12 седмици
Prospidin	Ung.	30%; 50%	8-12 седмици
Omain (Colchamin)	Ung.	0,5%; 5%	4-12 седмици
Glicifon	Ung.	30%	4-12 седмици
Interferon Alpha	Sol.	1 500 UI	Интралезионно, през ген – 4-12 седмици

таблица 6

ХИРУРГИЧНИ МЕТОДИ НА ТЕРАПИЯ НА БАЗАЛИОМА

Нерадикални

Криодеструкция с течен азот

Електродеструкция

Електроексцизия с електронож

Лазерна вапоризация

Радикални

Радикална хирургична операция с отстраняване на целия тумор, отстъпвайки на 0.5 cm от неоплазмата в границите на здравите тъкани при нейната големина до 2.0 cm, а при размери над 2.0 cm – на 1-2 cm

на базално-клетъчен карцином – екзофитна и ендофитна.

В началото туморът се проявява с макула, над която се визуализира десквамация, брадавицоподобно образуване или нодулус. Повърхността не е гладка, покрита е или със сквами, или с корусти, много лесно се травмират и се получават хеморагии.

При екзофитната форма туморът има вид на масивен пътен възел на широка основа, с грапава повърхност. По-късно в центъра на неоплазмата се формира некротичен участък и разязвяване.

При ендофитната форма много рано възниква некроза на тумора и се формира кратероподобен улкус с приповдигнати краища, неравно дъно и плътна консистенция, покрит със сивкав налеп, след чието снемане се оголва кръвотечащо дъно. По-късно инфилтративните и деструктивните процеси се разширяват като обхващат и разрушават всички околни тъкани^[1,5,6,8,9,13,19-22].

Клинично стадирание

Клиничното стадирание на базално-клетъчния кожен карцином се осъществява по общоприетата в медицинската онкология класификация

TNM, която представяме в Табл. 3^[1,5,6].

Стадирането на базално-клетъчния кожен карцином се осъществява по следния начин (Табл. 4)^[1,5,6].

Диференциална диагноза

Диференциално-диагностичният план на базално-клетъчния кожен карцином включва следните заболявания: плоскоклетъчен кожен рак, малигнен меланом, кератоакантом, метатипичен рак на кожата, сенилна кератоза, аденом на мастна жлеза, лимфоцитом и други кожни лимфомы^[1,5,6,13,19-22].

Терапия

Терапията на базално-клетъчния кожен карцином е с локални медикаменти, местни деструктивни методи, лъчетерапия и радикално хирургично лечение.

Локалната медикаментозна терапия на базиомиите систематизирана представяме в Табл. 5^[1,5,6,13-16].

Хирургичните методи на терапия се разделят на нерадикални (щадящи) и радикални (Табл. 6)^[1,4-6,13].

Книгопис:

1. Бондар ГВ, Шевченко АИ, Галайчук ІІ. Онкологія. Національний підручник. Київ: Медицина, 2019. 520 с.
2. Волгин ВН, Мордочева ВВ, Колбина МС, Кахиливили НН. Базально-клеточный рак кожи. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2012;3:14-19.
3. Волгин ВН, Соколова ТВ, Колбина МС, Соколовская АА. Базально-клеточный рак кожи: эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина. Вестник дерматологии и венерологии. 2013;2:6-14.
4. Волгин ВН, Соколова ТВ, Колбина МС, Соколовская АА. Базально-клеточный рак кожи: диагностика, лечение. Вестник дерматологии и венерологии. 2013;2:16-23.
5. Галайчук ІІ. Клинічна онкологія. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 276 с.
6. Дрижак ВІ, Домбрович МІ. Медсестринство в онкології. Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. 224 с.
7. Кантарджиев ВТ. Базальноклетъчен карцином: етиология, диагностика, лечение. София: ВМА, 2019. 130 с.
8. Молочков ВА. Базалиома: клиника, диагностика, лечение, профилактика. Consilium medicum. Дерматология. 2013;4:40-44.
9. Молочков ВА, Снарская ЕС, Поляков ПЮ. и соавт. К проблеме базалиома кожи. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005;6:4-9.
10. Пислякова ТП. Базально-клеточный рак кожи и его классификация. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003;1:6-7.
11. Снарская ЕС. Базалиома (современное представление о патогенезе, клинико-морфологической картине и лечении). Медицинская помощь. 2003;6:16-21.
12. Снарская Е, Челюканова М. Базально-клеточный рак кожи. Врач. 2006;2:30-33.
13. Снарская ЕС, Молочков ВА. Базалиома. Москва: Практическая медицина, 2018. 184 с.
14. Третьякова ЕИ. Современные методы лечения базально-клеточного рака кожи. Consilium medicum. Дерматология. 2010;2:13-18.
15. Третьякова ЕИ. Современные неинвазивные методы лечения базально-клеточного рака кожи. Consilium medicum. Дерматология. 2012;2:39-43.
16. Чупров ІН. Базально-клеточный рак кожи. Архив патологии. 2007;6:52-56.
17. Юрченко АИ, Индилова НИ. Этиология и эпидемиология базально-клеточного рака кожи. Consilium medicum. Дерматология. 2009;1:19-24.
18. Якимова ТП, Якимов ДЮ, Шевченко ОВ. Базально-клеточный рак шкіри: сучасні проблеми. Український дерматологічний журнал. 2014;1:46-55.
19. Heath MS, Bar A. Basal Cell Carcinoma. Dermatol. Clin. 2023;41:13-21.
20. Ramachandran S, Fryer AA, Smith AG, Lear JT et al. Basal Cell Carcinoma. Cancer. 2000;89:1012-1018.
21. Telfer NR, Colver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of Basal Cell Carcinoma. British Association of Dermatologists. Br. J. Dermatol. 1999;141:415-423.
22. Wong CS, Strange RC, Lear JT. Basal Cell Carcinoma. BMJ. 2003;327:794-798.