

Клінічний випадок метастазування меланоми шкіри спини у лунку видаленого зуба

Clinical Case of the Metastasis of Melanoma of the Back into the Extracted Tooth Socket

**Блеснюк Ж.В.¹, хірург-стоматолог,
Орлов В.Г.¹, к.мед.н., доц.,
Глушанець В.А.¹, ЛОР-онколог,
Кушта А.О.², к.мед.н., доц.**

¹Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

²Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Blesnyuk Z.V.¹, Orlov V.G.¹,

Glushanec V.A.¹, Kushta A.O.²

¹Vinnitsya Regional Clinical Oncologic Dispensary

²National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsya

Адреса для кореспонденції:
Кушта Анна Олександрівна
e-mail: dr_anna9@ukr.net

Мета: Проаналізувати клінічний випадок з можливими рідкісними варіантами метастазування меланоми шкіри. **Методи:** Здійснили ретельний збір анамнезу захворювання та життя хворого, проаналізували клінічну картину та встановили діагноз — меланома шкіри спини. **Результати:** Провели широке висічення пухлини, післяопераційний період без ускладнень. Через 18 місяців після операції у стоматологічній клініці хворому видалили зуб 36, а через 5 місяців діагностували метастазування меланоми шкіри спини в постекстракційну лунку. **Висновки:** Клінічний випадок є показовим для лікарів-стоматологів в аспекті онконастороженості та необхідності ретельного збору анамнезу захворювання та життя пацієнта.

Ключові слова: меланома шкіри, гематогенне метастазування, лунка зуба, комплексна терапія.

Purpose: The clinical case analysis of the rare variant of skin melanoma metastases. **Methods:** Thoroughly collected anamnesis of the patient provided a clinical picture of skin melanoma of the back. **Results:** Implemented wide excision of the tumor was performed, postoperative period passed without complications. 18 months after surgery the patient's tooth 36 was removed in the dental clinic. And 5 months later the patient was diagnosed with melanoma metastases, which spread into the extracted tooth socket from the cancerous tumour on the back. **Conclusions:** The clinical case is indicative for dentists in the aspect of oncology awareness and confirms the need for careful study of patient's anamnesis.

Key words: skin melanoma, hematogenous metastasis, post-extraction tooth socket, complex therapy.

ВСТУП

Меланома — це пухлина шкіри з пігментоутворювальних клітин. Перші згадки про цю пухлину в європейській літературі з'явилися ще в XVII ст., термін «меланома» вперше був запропонований у 1888 р. R. Corwell та став загальноживаним [8].

Меланома шкіри є рідкісною формою пухлини — загальний показник захворюваності становить 2 на 100 тис. населення. Незважаючи на те, що на меланому припадає лише 10% від усіх злоякісних пухлин шкіри, вона належить до категорії найагресивніших унаслідок високого метастатич-

ного потенціалу [4]. За даними ВООЗ щорічно діагностують 160 тис. нових випадків меланоми, а помирають щорічно від цієї патології майже 48 тис. осіб. Середньорічний темп приросту захворюваності на меланому шкіри у світі становить 5% і вважається одним із найвищих серед усіх злоякісних пухлин. За даними різних авторів частота меланоми стосовно різних форм раків коливається в межах 1–1,5%, а стосовно раку шкіри — 3–5%. В Україні меланома шкіри займає 16-ту рейтингову позицію серед всіх видів онкопатології, при цьому щорічний приріст за останні 25 років сягає 5% і є причиною смерті понад 1100 пацієнтів. Спостері-

гається різке зростання темпу захворюваності на цю патологію у більшості країн світу, водночас констатують зниження смертності від меланоми шкіри, що пов'язане із покращенням якості діагностики початкових форм захворювання, активним використанням інформаційних технологій, підвищенням рівня знань населення про пігментні пухлини шкіри [1]. Летальність до року з моменту встановлення діагнозу «меланома шкіри» сягає близько 12,7%. Медіана виживання пацієнтів при метастатичній меланомі шкіри становить 6–8 місяців, а трирічне виживання — менше 15% [5]. Аналіз захворюваності населення з урахуванням вікових

характеристик показав, що з віком захворюваність на меланому шкіри зростає, досягаючи максимальних показників у осіб старших вікових груп після 60 років. Наприклад, у віковій групі 65–69 років серед чоловічого населення захворюваність становить 8,5, а у віці 75–79 років цей показник значно вищий [7]. Ступінь злоякісності пігментних новоутворень є винятково високим. Відомо, що меланома приблизно у 50% випадків виникає на фоні меланоцитарних невусів [6]. Меланома метастазує лімфогенно та гематогенно, її клінічна діагностика ускладнена внаслідок специфічних особливостей. Для меланоми характерна так звана сепарація (сегрегація) меланоцитів, що характеризується слабковираженим з'єднанням між клітинами. Це сприяє ранньому та швидкому відриву клітин, спровокованому впливом будь-якої (навіть незначної) травми [8]. Саме тому травматизація пігментних новоутворень небезпечна, а механічне подразнення наявної меланоми різко погіршує прогноз захворювання. Як свідчать клінічні та статистичні дані, основну роль в пізній діагностиці меланоми шкіри відіграє несвоєчасне звернення пацієнтів до лікаря, а також помилки у встановленні діагнозу на рівні неспеціалізованих амбулаторно-поліклінічних закладів. Досить часто хворий внаслідок помилкового діагнозу отримує неадекватне лікування, чим нерідко стимулюється поширення злоякісного процесу [2]. Відзначають абсолютну відсутність закономірностей метастазування меланоми. Метастази можуть виникати у будь-які терміни після виявлення первинної пухлини, або ж спеціального лікування. Найчастіше метастазування починається в перші 2 роки після виявлення меланоми, проте описані випадки виникнення метастазів через десятиліття після успішної терапії первинного вогнища. Інколи при наявності гістологічно верифікованих метастазів меланоми

первинне вогнище залишається невиявленим.

Діагностика меланоми, незважаючи на весь наявний на сьогодні спектр додаткових методів дослідження, залишається складною. Згідно з даними літератури точність діагностики меланоми шкіри лікарями загальної практики становить від 46,8 до 72%, у дерматологів – до 88%. Найбільшою проблемою є відсутність неінвазивного методу діагностики та неможливість біопсії пухлини з подальшою морфологічною верифікацією через небезпечність травматизації меланоми.

Аналізуючи дані літератури, можна дійти висновку, що немає єдиної, загальноприйнятої методики лікування меланоми шкіри голови та шиї. Для лікування меланоми шкіри використовується хірургічний метод лікування (широке висічення пухлини) та кріохірургічний, інколи їх комбінують з перед- або післяопераційним курсом променевої терапії. Проводять також хіміотерапію та імунотерапію, або комбіновану хіміо-, імунотерапію. Вибір методу лікування меланоми шкіри в кожному окремому випадку повинен бути індивідуальним.

Мета роботи – проаналізувати клінічний випадок з можливими рідкісними варіантами метастазування меланоми шкіри.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

На прикладі рідкісного випадку метастазування меланоми шкіри спини в лунку видаленого зуба показана необхідність підвищення онконастороженості лікарів-стоматологів, які ведуть поліклінічний прийом. Ретельний збір анамнезу захворювання та життя, клінічна картина, онкологічна настороженість та відповідний рівень кваліфікації дозволять не помилитись у складних та незвичних клінічних ситуаціях.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Хворий Ш., 42 роки, у травні 2014 року звернувся в поліклінічне відділення Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру (ВОКОД) зі скаргами на пухлину шкіри спини. З анамнезу захворювання відомо, що рік тому хворий травмував невус, після чого він почав збільшуватись. Після огляду хірурга об'єктивно: на шкірі спини (лопаткова ділянка зліва) екзофітна, грибоподібна пухлина, чорного кольору, з нерівними краями, рухома, на широкій ніжці, діаметром 1,5 см, шкіра навколо пухлини не змінена. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Хворому встановлено попередній діагноз: «Меланома шкіри спини II кл.гр.» та госпіталізували в хірургічне відділення, де 14.05.2014 р. прийняли рішення розпочати з хірургічного лікування. 15.05.2014 року під в/в наркозом хворому провели широке висічення пухлини: після обробки операційного поля спиртом тричі, відступивши від краю пухлини 5,0 см розікли шкіру двома дугоподібними розрізами, гострим шляхом видалили пухлину шкіри разом з підшкірною клітковиною. Рану пошарово ушили, дренажували смужковим дренажем та наклали асептичну пов'язку. Післяопераційний період пройшов без ускладнень, дренаж усунули на 3-ю добу, шви зняли через 8 днів. Патологістологічний висновок №25071-072 від 23.05.2014 р.: вузлова форма пігментної меланоми III ступеня інвазії за Кларком. Товщина пухлини за Бреслоу 8 мм. Встановили заключний діагноз: «Меланома шкіри лівої лопаткової ділянки II ст. II кл.гр. (pT4bNoMo)». Хворому рекомендували променеву терапію та імунотерапію через два тижні після оперативного втручання. Провели I етап післяопераційної променевої терапії на післяопераційну ділянку шкіри спини СОД 40 Гр (з 19.07.2014 р. по 05.08.2014 р.), курс імунотерапії з 16.06.2014 р. (Лаферон по 3 мл. ОД в/м



Мал. 1. Вигляд післяопераційного рубця на шкірі лівої лопаткової ділянки через 2,5 роки

через день). Променева терапія пройшла без ускладнень, хворого виписали додому.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Кожні 3–4 місяці хворий проходив планові огляди у ВОКОД з усіма необхідними та додатковими обстеженнями. Ознак рецидиву та метастазування не було виявлено (мал. 1). У серпні 2016 року хворий звернувся в стоматологічну поліклініку за місцем проживання зі скаргами на біль у зубі пульсуючого характеру, підвищення

температури та загальну слабкість. Було діагностовано загострення хронічного гранулематозного періодонтиту. Хворому видалили зуб 36, провели кюретаж лунки зуба, призначили протизапальну та антибіотикотерапію. Лікування пройшло без ускладнень.

09.01.2017 р. пацієнт звернувся в Центр первинної медико-санітарної допомоги за місцем проживання зі скаргами на новоутворення темного кольору у ділянці видаленого зуба на нижній щелепі зліва. Сімейний лікар скерував хворого на консультацію у ВОКОД з підозрою на метастаз меланоми шкіри спини в лунку видаленого зуба 36. Огляд у поліклінічному відділенні ВОКОД виявив: у лунці видаленого зуба 36 визначається виразка розміром до 0,5 см чорно-синього кольору з чіткими контурами, м'яка, безболісна при пальпації, нерухома (мал. 2). На ортопантограмі – осифікована лунка зуба 36, ознак ураження кісткової тканини альвеолярного відростка не виявлено, порожнина рота потребує санації (мал. 3).

Провели біопсію пухлини та виконали цитологічне, гістологічне та імуногістохімічне дослідження забраного матеріалу. Після дообстеження та верифікації діагнозу (ІГХ №99 від 07.02.2017р. – метастатична пігментна меланома) встановили діагноз «Метастаз меланоми шкіри лівої ло-

паткової ділянки в лунку видаленого зуба 36 II кл.гр». Хворого госпіталізували у відділення пухлин голови та шиї для хірургічного лікування, де виконали резекцію альвеолярного відростка нижньої щелепи зліва. Під загальним знеболенням, після обробки операційного поля, встановили роторозширювач, видалили зуби 35 та 37, уникаючи травмування пухлини (мал. 4). Електроножем, відступивши від пухлини по 2,5 см з кожної сторони, вздовж перехідної складки та по дну порожнини рота виконали розсікання слизової оболонки разом з окістям. Кісткова тканина альвеолярного відростка при ревізії щільна, без патологічних змін. За допомогою кісткових кусачок виконали резекцію альвеолярного відростка нижньої щелепи у межах зубів 34–37 до тіла нижньої щелепи, згладили краї резекції портативним бором з рідинним охолодженням та провели ревізію рани (мал. 5). Відсепарували слизово-окісні клапті з тіла нижньої щелепи, рану промили розчином антисептика. Провели кінцевий гемостаз за допомогою діатермокоагуляції. Слизову оболонку щочки підшили до слизової оболонки дна порожнини рота. Рану (тіло нижньої щелепи) ушили наглухо вузловими швами. Провели кінцеву санацію порожнини рота та видалили зуби 15, 26, 46, 48.



Мал. 2. Пухлина в лунці видаленого зуба 36



Мал. 3. Ортопантомограма виконана через 6 місяців після видалення зуба 36



Мал. 4. Операційне поле після видалення зубів 35 та 37



Мал. 5. Операційне поле після резекції альвеолярного відростка нижньої щелепи



Мал. 6. Вигляд післяопераційної рани через 7 днів

Для патологогістологічного дослідження препарат розділили на пухлину слизової оболонки та фрагмент альвеолярного відростка: 1) метастаз меланоми в слизову оболонку лунки зуба; 2) в альвеолярному відростку – кісткова тканина звичайної будови (ПГЗ №7295-304 від 27.02.2017 р.).

Післяопераційний період пройшов без ускладнень (мал. 6), шви зняли через 7 днів. Хворого консульгували радіолог та хіміотерапевт, було вирішено провести комплексне лікування. Хворий пройшов післяопераційний курс променевої те-

рапії на ділянку лівої половини нижньої щелепи з одночасним курсом поліхіміотерапії та імунотерапії (загалом 4 курси поліхіміотерапії). Наразі пацієнт підлягає динамічному спостереженню, щомісяця проходить огляд та необхідні додаткові обстеження в онкологічному диспансері. На сьогодні ознак продовження процесу та метастазування не виявлено.

ВИСНОВКИ

Меланома – пухлина, що метастазує як лімфогенним, так і гематогенним

шляхом, тому її ріст та метастазування непередбачувані. Серед проаналізованої доступної літератури подібного випадку метастазування меланоми шкіри не виявлено. Описаний клінічний випадок є показовим для лікарів-стоматологів в аспекті онконастороженості та необхідності ретельного збору анамнезу захворювання та життя хворого. Оскільки найменша травматизація пухлини, або неправильно обрана тактика лікування, може призвести до непередбачуваних наслідків для здоров'я та життя хворого.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Галайчук І.Й. Суперечливі питання діагностики та хірургічного видалення меланоми шкіри /І.Й.Галайчук// Онкологія. - 2012. - Т. 14, №2. - С. 101-105.
2. Дефекты диагностики меланомы кожи на догоспитальном этапе / И.И. Ушаков, А.Г. Борисов, В.Н. Зеркалов [и др.]// Военно – медицинский журнал. - 2008. - №10. - С. 64 – 65.
3. Дрейдина Я.В. Неинвазивная диагностика меланомы кожи: автореф. дис. канд. мед. наук / Я.В. Дрейдина. – Москва. 2006. – 21 с.
4. Злокачественные опухоли мягких тканей и меланома кожи / [Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш., Сафин И.Р., Моисеев В. Н.] – М.: Практическая медицина, 2010.– 204 с.
5. Коровін С.І. Дайджест доповідей науково – практичного семінару з міжнародною участю «Меланома шкіри: досягнення та перспективи», 12 квітня 2013 р., Київ / С.І. Коровін, В.В. Остафійчук, М.Н. Кукушкіна // Онкологія. - 2013. - Т. 15, №2(56). - С. 97 – 103.
6. Меланома и другие злокачественные новообразования кожи / Л.В. Демидов, Г.Ю. Харькевич, И.Т. Маркина [и др.] // Энциклопедия клинической онкологии. Руководство для практических врачей. - М.: РЛС, 2005.- С. 341 – 364.
7. Проблема меланомы кожи в Украине /С.И. Коровин, Л.О. Гулак, З.П. Федоренко [и др.]// Онкология. – 2010. - №12 (1, спецвыпуск)- С. 46 – 52.
8. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи /А.И. Пачес. – Москва: Медицина, 2000.- С. 56.- (4).

REFERENCES

1. Halaichuk, I.I. (2012). Superechlyvi pyannia diahnostryky ta khirurhichnoho vydalennia melanomy shkiry // *Onkologhiia*. - Т. 14, №2. - С. 101-105 (in Ukrainian).
2. Ushakov, I.I., Borisov, A. G., Zerkalov, V. N. [i dr.] (2008). Defekty diagnostiki melanomy kozhi na dogospital'nom jetape // *Voенno – medicinskij zhurnal*. - №10. - S. 64 – 65 (in Russian).
3. Drejdina, Ja.V. (2006). Neinvazivnaja diagnostika melanomy kozhi: *avtoref. dis. kand. med.nauk*. – Moskva. – 21 s (in Russian).
4. Giljazutdinov, I.A., Hasanov, R.Sh., Safin, I.R., Moiseev, V. N. (2010). Zlokachestvennye opuholi m'jagkih tkanej i melanoma kozhi. – М.: *Prakticheskaja medicina*. – 204 s (in Russian).
5. Korovin, S.I., Ostafichuk, V.V. Kukushkina, M.N. (2013). Daidzhest dopovidei naukovо–praktыchnoho seminaru z mizhnarodnoiu uchastiu «Melanoma shkiry: dosiahnennia ta perspektyvy», 12 kvitnia 2013 r., Kyiv // *Onkologhiia*. - Т. 15, №2(56). - С. 97 – 103 (in Ukrainian).
6. Demidov, L.V., Har'kevich, G. Ju., Markina, I.T. i dr. (2005). Melanoma I drugie zlokachestvennye novoobrazovanija kozhi // *Jenciklopedija klinichenskoj onkologii. Rukovodstvo dlja prakticheskikh vrachej*. - М.: RLS,- S. 341 – 364 (in Russian).
7. Korovin, S.I., Gulak, L.O., Fedorenko, Z.P. i dr. (2010). Problema melanomy kozhi v Ukraine // *Onkologija*. - №12 (1, specvypusk)- S. 46 – 52 (in Russian).
8. Paches, A.I. (2000). *Opuholi golovy i shei*. – Moskva: Medicina, -S. 56.- (4) (in Russian).

Стаття надійшла в редакцію 29 серпня 2017 року