

### КЛАССИФИКАЦИЯ КАРЦИНОМ ВЕК

[Раздел 48, главы X седьмого издания (2010 год) руководства по формированию стадий рака Американского Объединенного Комитета по Раку (AJCC) и Международного Противоракового Союза (UICC)]

Перевод проф. **А. С. Буйко**

#### ПРЕДИСЛОВИЕ К СИСТЕМЕ КЛАССИФИКАЦИИ КАРЦИНОМ ВЕК

Система TNM стадий рака, в том числе и кожи век, периодически пересматривается в ответ на новые клинические данные, лучшее понимание биологии рака и факторов прогноза, имеющих высокий доказательный уровень и практический эффект. Ведущая роль в пересмотре ряда последних изданий принадлежит Американскому Объединенному Комитету по Раку (American Joint Committee on Cancer «AJCC»).

Выделение системы стадий **рака кожи век** из общей системы стадий рака кожи в седьмом издании было особенно сложным и спорным и определялось, преимущественно, клиническими соображениями с целью удобства офтальмологов, хирургов головы и шеи, дерматологов, радиотерапевтов и патоморфологов. Система стадий **рака кожи век** в значительной мере соответствует реальным клиническим ситуациям и пересмотрена в соответствии с новым пониманием клинического и биологического поведения карцином века. Она учитывает причастность некоторых локализаций опухоли к инвазии в глаз, орбиту, придаточные пазухи носа и мозг. Система стадий рака кожи век включает большинство гистологических структур (см. коды ICD-O-3 на рис. 1), патанатомически доказанные биомаркеры и модификаторы данных анамнеза, связанные с дополнительными, обоснованными патоморфологически и клинически прогностическими факторами. Данные по стадиям лимфоузлов были заметно расширены, чтобы отразить их влияние на прогноз. Важно отметить также, что в седьмом издании глава «Рак кожи» исключена и вместо нее созданы две главы: «Плоскоклеточная карцинома кожи и другие карциномы кожи» и «Рак из клеток Меркеля (Merkel)». Поскольку последний встречается и на коже век, требуя знания отличительных признаков, его классификация представлена на рисунке 5 в конце данного сообщения с пояснениями к ней в сокращенном виде.

В ряде предыдущих изданий главы «Карциномы века», попытки расширить определения особенностей инфильтрации опухолью смежных структур терпели неудачу в клинической практике. Например, в шестом издании карцинома века с инвазией конъюнктивы глаза, которую с появлением новых методов лечения, в том числе и в Украине,

во многих случаях удается излечить с сохранением глаза, попадала в ту же категорию T4, как и опухоли с глубокой инвазией орбиты, подлежащие только экзентерации орбиты. В седьмом издании такие состояния дифференцированы за счет улучшения корреляции клинических факторов TNM с уровнем агрессии опухоли.

Стадии T3 и T4 пересмотрены и подразделены. Необходимость этого базировалась на убедительных данных катаннеза, специфике локализации и патоморфологических баз (таких как Институт патологии вооруженных сил США «AFIP»), обширной литературы по патологии и хирургии, а также на клинических перспективах (\*). Такое подразделение первичных опухолей позволяет более точно прогнозировать их поведение, что отражается и на результатах лечения. Состояние T3 для многих карцином связывается со степенью увеличения глубины инвазии, размеров опухоли и инвазии в оболочки нерва, что определяет необходимость более радикального лечения (\*).

Имеющиеся у нас данные многолетнего опыта диагностики, лечения и наблюдения более 2000 больных раком век подтверждают целесообразность и корректность изменений, внесенных в седьмое издание стадий рака век, которые точнее и полнее оценивают состояние заболевания и его прогноз, существенно облегчая выбор адекватного лечения и передачу данных о состоянии болезни. Однако, отмеченная не только нами локализация первичной опухоли на коже в области спаек век, где вероятность рецидива наиболее высока, не выделена как предиктор неблагоприятного прогноза.

Главное добавление в седьмом издании — введение понятия групп стадий, которые формируются на основе данных о локализации опухоли, клинических и гистопатологических особенностях. Первичные карциномы века распределены на четыре группы стадий, позволяющих точнее определиться с подходом к лечению и прогнозом заболевания.

В седьмом издании заметно расширены требования относительно сбора данных по статусу лимфоузлов. Следует отметить источник данных о лимфоузлах, то есть, они подтверждены клинически, радиографически или патанатомически. При некоторых формах рака они играют ведущую роль при классификации.

Биомаркеры имеют самую сильную доказательную базу, но в главу «Карциномы Века» вклю-

чены только патоморфологически подтвержденные особенности риска, типа инвазии в оболочки нерва, стенки кровеносных и лимфатических сосудов. Несмотря на большое число опубликованных данных о результатах использования десятков биомаркеров для идентификации типов и подтипов эпителиальных опухолей кожи, они не были использованы в данной классификации как не имеющие надлежащей доказательной базы.

Раздел «Модификаторы данных анамнеза» придает большое значение клиническим особенностям, типа наличия ВИЧ, пересадки органа или синдрома множественных карцином кожи в анамнезе.

(\*) Ainbinder DJ, Esmaeli B, Groo SC, Finger PT, Brooks JP. Introduction of the 7th edition eyelid carcinoma classification system from the American Joint Committee on Cancer-International Union Against Cancer staging manual. Arch Pathol Lab Med 2009Aug; 133(8):1256-61.

Проф. А. С. Буйко

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T2a	N0	M0
Стадия 1C	T2b	N0	M0
Стадия II	T3a	N0	M0
Стадия IIIA	T3b	N0	M0
Стадия IIIB	Любая T	N1	M0
Стадия IIIC	T4	Любая N	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1

АНАТОМИЧЕСКАЯ СТАДИЯ / ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ

КАРЦИНОМЫ ВЕК

В седьмое издание Руководства по стадиям рака век внесен ряд существенных изменений после пересмотра шестого (2003-09) издания.

РЕЗЮМЕ ИЗМЕНЕНИЙ

- В раздел были добавлены стадии по лимфоузлам
- Стадия опухолей T3 была пересмотрена и опухоли были разделены на стадии T3a и T3b
- Стадия опухолей T4 была пересмотрена и изменена.
- Стадия лимфоузлов N0 была пересмотрена и разделена на cN0 (метастазы в регионарные лимфоузлы отсутствуют по клинической или инструментальной оценке) и pN0 (метастазы в регионарные лимфоузлы отсутствуют по данным биопсии).
- Были определены и приведены Группировки Стадий

**ICD-O-3 ТОПОГРАФИЧЕСКИЙ КОД**  
C:44.1 Веки

**ICD-O-3 ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ КОДЫ РАКА ВЕК**  
8000-8576, 8940-8950,  
8980-8981

Рисунок 1. Группировки стадий и кодирующая система международной классификации рака век (ВОЗ (ICD-0), 3-е издание топографии и морфологии онкологических заболеваний)

**ВВЕДЕНИЕ.** Биология первичной карциномы века охватывает широкий спектр свойств от безболезненных мало агрессивных узловых опухолей до очень агрессивных карцином сальных желез и рака из клеток Меркеля (РкМ). Первичная карцинома века может быть распределена по четырем группам стадий: (1) локальное заболевание века, (2) опухоль со смежной инфильтрацией, подлежащая резекции, (3) инфильтрация регионарного лимфоузла, энуклеация, экзентерация или неоперабельная опухоль, и (4) метастатическое распространение.

Система стадий, представленная здесь, используется для опухолей века всех гистологических типов (рис. 2). При разработке этого издания AJCC Руководства по определению стадий Рака как офтальмологической, так и Целевой группой по классификации рака кожи были предложены системы стадий для плоскоклеточного рака (ПКР) век. Редакционная коллегия приняла решение

включить ПКР век в офтальмологическую систему стадий. Однако Целевой группой по раку кожи было рекомендовано накопление прогностических и связанных с локализацией факторов, как это делается при ПКР кожи.

**АНАТОМИЯ. Первичная локализация.** Веко состоит из передних и задних пластинок, которые разделяются по его слизисто-кожному краю. От передней до задней поверхности веко состоит из кожи, орбикулярной мышцы, хряща и конъюнктивы. Апоневроз леватора и мышца Мюллера прикрепляются к верхнему краю хряща, и аналогичные ретракторы есть на нижнем веке. Существует много дополнительных сальных, эккринных, апокринных и нейроэндокринных железистых элементов, расположенных в пределах века, слезного мяса и периорбитальных тканей. Сальные железы сконцентрированы в хряще, в ресничном крае и в пределах небольших сально-волосных элементов,

которые покрывают веко и слезное мяско. Железистые структуры и элементы кожи — исходные типы клеток для рака века.

**Локальная инвазия.** Рак века может непосредственно распространяться в смежные структуры посредством прямой инфильтрации, периневрального или периваскулярного роста и инвазии в слизистую оболочку. Участки локальной инвазии включают мягкие ткани орбиты и кость, глаз, лицо, полость носа и параназальные пазухи, вершину орбиты, основание черепа и центральную нервную систему.

**Регионарные лимфоузлы.** Веки и придатки глаза снабжены лимфатическими сосудами с оттоком в предушные, околоушные и подушные (нижнечелюстные, шейные и надключичные бассейны лимфоузлов).

**Стадии лимфоузлов.** За исключением редкой инфильтративной базальноклеточной карциномы, остальные карциномы века имеют способность прогрессивно метастазировать в лимфоузлы. Оценка отношения польза/риск при хирургическом удалении лимфоузла основана на размере опухоли, гистопатологическом типе и степени дифференцировки опухоли.

Лучшее понимание стадий лимфоузла при раке века получено на опыте ПКТР головы и шеи (ПКРГШ), сальных и РкМ. Наличие при ПКРГШ метастаза в лимфоузел — независимый прогностический фактор для жизни. При клинически положительном лимфоузле (N1) должна быть выполнена биопсия для верификации и планирования лечения. Клиническая и инструментальная оценка может не обнаружить метастазы в лимфоузел в 25% случаев ПККГШ и в 32% — РкМ головы и шеи. Однако полное иссечение лимфоузла чревато осложнениями и хирургическим риском.

Биопсия регионарного лимфоузла (РЛ) после технеций (Tc-99m) исследования появилась как полезный инструмент, который распознает часть лимфоузлов первого порядка, дренирующих ложе опухоли, с меньшими осложнениями, чем полное их иссечение. Положительный результат биопсии РЛ обеспечивает критическую информацию о стадии и может помочь отобрать пациентов, которые получат пользу от дополнительного лечения. Лимфосцинтиграфия с Tc-99m и биопсией РЛ требует небольшой адаптации к карциноме века: соответственно небольшой толщине тканей века объем радиоактивного изотопа при этом меньше. Последовательные поэтапные секции с иммуногистохимическим окрашиванием повышают чувствительность этой техники забора ткани. Как при любом лечении или хирургическом иссечении, решение выполнять биопсию лимфоузла определяется отношением польза/риск для каждого пациента. Решение во многом зависит от биологической агрессивности данной карциномы.

**Метастатические участки.** Метастатический потенциал зависит от гистопатологического типа и степени дифференцировки опухоли. Известно, что карциномы века метастазируют по каскаду лимфатических сосудов и менее часто — гематогенно. Отдаленные участки включают легкое, печень, другие внутренние органы и мозг.

**ПРАВИЛА КЛАССИФИКАЦИИ. Клиническое определение стадии.** Определение стадии рака века начинается со всестороннего клинического обследования глаза, орбиты и периорбитальных структур. Этот подход включает осмотр щелевой лампой или эквивалентную биомикроскопическую оценку, нейроофтальмологическое исследование на предмет выявления инвазии оболочек нервов и региональную оценку головы и шеи, включая бассейны дренажных лимфатических сосудов. До операции рекомендуется сделать фотографию опухоли. Требования для использования сложных методов, включая компьютерную томографию, магнитный резонанс и ультразвук, во многом зависят от гистопатологического типа опухоли и полученных клинических данных.

**Патанатомическое определение стадии.** Способ получения гистопатологического препарата должен быть отмечен, включая инцизионную и эксцизионную биопсию, широкое локальное иссечение, радикальное иссечение, включая экзентерацию. Препарат должен быть тщательно ориентирован и обведен чернилами для оценки края. Патологическая классификация основана на определенном типе опухоли, ее дифференцировке (степень) и полноте удаления. Для иссеченных препаратов данные о наибольшем размере опухоли и об оценке хирургических краев препарата обязательны.

**Определение TNM.** На рисунке 2 представлены формы для определения и регистрации стадий опухоли по клиническим и патоморфологическим данным, состоянию лимфоузлов, наличию метастазов, а также форма для определения принадлежности опухоли к конкретной группе стадии. *Она может быть сопутствующим документом в истории болезни.*

**ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ** (факторы, связанные с локализацией и рекомендованные для накопления)

На рисунке 3 представлены рекомендуемые дополнительные данные, позволяющие уточнить и дать более полную характеристику стадии рака века, а также прогноз заболевания (если они доступны).

**ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА (G).** При дифференцировке опухоли в систему регистрации сообщается ее степень. Может использоваться система с **четырьмя, тремя** и с **двумя** степенями. Если с системой оценки есть неопределенность, в основном используется следующая система дифференцировки опухоли:

GX — Степень не может быть определена  
 G1 — Хорошо дифференцирована  
 G2 — Умеренно дифференцирована

G3 — Плохо дифференцирована  
 G4 — не дифференцирована

Клиническая Распространенность болезни перед любым лечением	Обозначения категорий стадий			Патологическая Распространенность болезни после завершения операции			
<input type="checkbox"/> V клинические – стадии заполняются после неоадьювантной терапии, но перед последующей операцией	<b>Размер опухоли:</b>	<b>Глаз:</b> Правый      Левый      Оба <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> V патологические – стадии заполняются после неоадьювантной терапии и последующей операции			
<b>ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ (T)</b>							
<input type="checkbox"/> TX	Первичная опухоль не может быть оценена			<input type="checkbox"/> TX			
<input type="checkbox"/> T0	Первичная опухоль не очевидна			<input type="checkbox"/> T0			
<input type="checkbox"/> Tis	Карцинома <i>in situ</i>			<input type="checkbox"/> Tis			
<input type="checkbox"/> T1	Опухоль 5 мм или меньше в наибольшем диаметре, без инвазии в хрящ или свободный край века			<input type="checkbox"/> T1			
<input type="checkbox"/> T2a	Опухоль больше 5 мм, но не больше 10 мм в наибольшем диаметре, или любая опухоль с инвазией в хрящ или свободный край века			<input type="checkbox"/> T2a			
<input type="checkbox"/> T2b	Опухоль больше 10 мм, но меньше 20 мм в наибольшем диаметре, или вовлечена вся толщина века			<input type="checkbox"/> T2b			
<input type="checkbox"/> T3a	Опухоль больше 20 мм в наибольшем диаметре, или любая опухоль с инвазией в смежные структуры глаза или орбиты. Любая опухоль с инвазией в оболочки нерва			<input type="checkbox"/> T3a			
<input type="checkbox"/> T3b	Полное удаление опухоли требует энуклеации, экзентерации или резекции кости			<input type="checkbox"/> T3b			
<input type="checkbox"/> T4	Опухоль не операбельна из-за экстенсивной инвазии в глаз, орбиту, краниолицевые структуры или мозг			<input type="checkbox"/> T4			
<b>Регионарные лимфоузлы (N)</b>							
<input type="checkbox"/> NX	Регионарные лимфоузлы не могут быть оценены.			<input type="checkbox"/> NX			
<input type="checkbox"/> N0	Регионарных метастазов в лимфоузлы по клиническим данным нет Регионарных метастазов в лимфоузлы по данным биопсии нет			<input type="checkbox"/> N0			
<input type="checkbox"/> N1	Метастазы в регионарных лимфоузлах присутствуют.			<input type="checkbox"/> N1			
<b>Дистантные метастазы (M)</b>							
<input type="checkbox"/> M0	Дистантные метастазы отсутствуют (патанатомически M0 нет; используется клиническая M для комплектации групп стадий)						
<input type="checkbox"/> M1	Дистантные метастазы присутствуют			<input type="checkbox"/> M1			
<b>Анатомическая стадия • Прогностические группы</b>							
<b>Клинические</b>				<b>Патоморфологические</b>			
<b>ГРУППЫ</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>ГРУППЫ</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<input type="checkbox"/> 0	Tis	N0	M0	<input type="checkbox"/> 0	Tis	N0	M0
<input type="checkbox"/> I A	T1	N0	M0	<input type="checkbox"/> I A	T1	N0	M0
<input type="checkbox"/> I B	T2a	N0	M0	<input type="checkbox"/> I B	T2a	N0	M0
<input type="checkbox"/> I C	T2b	N0	M0	<input type="checkbox"/> I C	T2b	N0	M0
<input type="checkbox"/> II	T3a	N0	M0	<input type="checkbox"/> II	T3a	N0	M0
<input type="checkbox"/> III A	T3b	N0	M0	<input type="checkbox"/> III A	T3b	N0	M0
<input type="checkbox"/> III B	Любая T	N1	M0	<input type="checkbox"/> III B	Любая T	N1	M0
<input type="checkbox"/> III C	T4	Любая N	M0	<input type="checkbox"/> III C	T4	Любая N	M0
<input type="checkbox"/> IV	Любая T	Любая N	M1	<input type="checkbox"/> IV	Любая T	Любая у N	M1
<input type="checkbox"/> Стадия неизвестна				<input type="checkbox"/> Стадия неизвестна			

Рисунок 2. Система стадий карцином век и прогностические группы в зависимости от анатомических стадий

<p><b>ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (Факторы обусловленные локализацией) ТРЕБУЮТСЯ ДЛЯ СТАДИЙ: оценки</b></p> <p><b>КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ:</b></p> <p>Результаты биопсии лимфоузлов: _____</p> <p>Регионарные лимфоузлы клинически или радиографически _____</p> <p>Перинеуральная инвазия: _____</p> <p>Некроз опухоли: _____</p> <p>Pagetoid* распространение: _____</p> <p>Необходимо не менее 3 микрографических срезов по Mohs: _____</p> <p>Иммуносуппрессия – пациент с HIV: _____</p> <p>Иммуносуппрессия – в анамнезе пересадка органа или лейкемия _____</p> <p>Предшествующее облучение опухоли: _____</p> <p>Исключить в анамнезе рак кожи, две или больше карциномы: _____</p> <p>Пациент с синдромом Muir-Togge: _____</p> <p>Пациент с пигментной ксеродермой: _____</p> <p><b>Только для плоскоклеточного рака кожи век:</b></p> <p><b>НУЖНЫ</b> Толщина опухоли (в мм): _____</p> <p><b>ДЛЯ</b> Уровень Кларка** : _____</p> <p><b>СТАДИЙ:</b> Есть/нет перинеуральная инвазия: _____</p> <p>Первичная локализация опухоли на ухе или губе: _____</p> <p>Гистологическая дифференцировка _____</p> <p>Размер наибольшего метастаза в лимфоузл: _____</p>	<p><b>Общие заметки:</b> Для идентификации особых случаев по TNM или rTNM классификации, используются суффикс "m" и приставки "y", "r", и "a". Они не затрагивают группировку стадии, а указывают случаи, нуждающиеся в отдельном анализе.</p> <p><b>Суффикс m</b> указывает присутствие множественных первичных опухолей в одном участке и заносится в круглых скобках: pT(m)NM.</p> <p><b>Приставка y</b> указывает на случаи, классификация которых выполнена в течение или после начала мультимодальной терапии. cTNM или rTNM категории идентифицированные приставкой "y". ucTNM или urTNM категоризируют экстензию опухоли, имеющуюся фактически на время этого обследования. Классификация "y" не является оценкой опухоли до такой терапии.</p> <p><b>Приставка r</b> указывает рецидив опухоли, возникший после интервала без болезни, и обозначается приставкой "r": rTNM.</p> <p><b>Приставка a</b> обозначает стадию выявленную при вскрытии трупа: aTNM.</p> <p><b>Хирургические края</b> - данные вносятся лицами, описывающими хирургические края препарата первичного участка, обозначаются только в заключении патанатома.</p> <p><b>Неoadьювантное лечение</b> - лучевая терапия или системная терапия (состоящая из химио-, гормо- или иммунотерапии) до радикальной операции. Если операция не выполнена, назначенная терапия, больше не соответствует определению неoadьювантная терапия.</p>										
<p><b>Гистологическая оценка (G) (известна также как полные оценки)</b></p> <table border="0"> <tr> <td><b>Системы дифференцировки</b></td> <td><b>Дифференцировка</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> система 2 дифференцировок</td> <td><input type="checkbox"/> G I или 1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> система 3 дифференцировок</td> <td><input type="checkbox"/> G II или 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> система 4 дифференцировок</td> <td><input type="checkbox"/> G III или 3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> системы 2, 3 и 4 дифференцировок не доступны</td> <td><input type="checkbox"/> G IV или 4</td> </tr> </table> <p><b>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДЕСКРИПТОРЫ</b></p> <p><b>Инвазия в лимфатические сосуды (L) и Вены (V) была</b> объединена в лимфо-васкулярную инвазию (ЛВИ) для накопления в регистратурах рака. Система колледжа американских патологов (CAP) должна использоваться как первичный источник. При ее отсутствии могут использоваться другие источники. Приоритет дается положительным результатам.</p> <p><input type="checkbox"/> Лимфо-васкулярная инвазия - Отсутствует (нет)/не определяется</p> <p><input type="checkbox"/> Лимфо-васкулярная инвазия - Присутствует/идентифицирована</p> <p><input type="checkbox"/> Не применима</p> <p><input type="checkbox"/> Неизвестно/Неопределенна</p>	<b>Системы дифференцировки</b>	<b>Дифференцировка</b>	<input type="checkbox"/> система 2 дифференцировок	<input type="checkbox"/> G I или 1	<input type="checkbox"/> система 3 дифференцировок	<input type="checkbox"/> G II или 2	<input type="checkbox"/> система 4 дифференцировок	<input type="checkbox"/> G III или 3	<input type="checkbox"/> системы 2, 3 и 4 дифференцировок не доступны	<input type="checkbox"/> G IV или 4	
<b>Системы дифференцировки</b>	<b>Дифференцировка</b>										
<input type="checkbox"/> система 2 дифференцировок	<input type="checkbox"/> G I или 1										
<input type="checkbox"/> система 3 дифференцировок	<input type="checkbox"/> G II или 2										
<input type="checkbox"/> система 4 дифференцировок	<input type="checkbox"/> G III или 3										
<input type="checkbox"/> системы 2, 3 и 4 дифференцировок не доступны	<input type="checkbox"/> G IV или 4										
<p><b>Остаточная Опухоль (R)</b></p> <p>Отсутствие или присутствие остаточной опухоли после лечения. В ряде случаев, лечившихся хирургически и/или неoadьювантной терапией, после лечения будет остаточная опухоль из-за неполной резекции или локальной и регионарной болезни, протяженность которой за пределом возможности резекции.</p> <p><input type="checkbox"/> RX Присутствие остаточной опухоли не определено</p> <p><input type="checkbox"/> R0 Нет остаточной опухоли</p> <p><input type="checkbox"/> R1 Остаточная опухоль определена микроскопически</p> <p><input type="checkbox"/> R2 Остаточная опухоль определена макроскопически</p>											

**Рисунок 3. Формы регистрации предикторов прогноза при раке кожи век, а также обозначений данных о его патоморфологической дифференцировке, инвазии и остаточной опухоли**

**Примечание**

\* **Pagetoid** — термин, использующийся в дерматологии для обозначения «поверхностного распространения» меланоцитов в эпидерму. Оно редко и считается возможным признаком предзлокачественного или злокачественного роста.

\*\* **Уровни Кларка:** метод для определения прогноза заболевания в зависимости от глубины инвазии опухоли в анатомические слои кожи. Первоначально разработана для меланомы кожи патологом Wallace Clark.

- Уровень I: Опухоли, ограниченные наиболее поверхностным слоем кожи — эпидермисом.

Также называются «in-situ».

- Уровень II: Инвазия опухоли во второй слой кожи, дерму.
- Уровни III-IV: Опухоль инвазирует глубокие слои кожи, но все же остается полностью в пределах кожи.
- Уровень V: Инвазия опухоли в третий слой кожи, под кожу, в жировую клетчатку

Клиника Протяженность опухоли перед любым лечением	Обозначения категорий стадий			Патоморфология Протяженность опухоли после операции			
<input type="checkbox"/> у клинические – стадии заполняются после неoadьювантной терапии, но перед операцией	<b>Размер опухоли:</b>		<b>Локализация:</b> <input type="checkbox"/> Справа <input type="checkbox"/> Слева <input type="checkbox"/> Посредине <input type="checkbox"/> Билатерально	<input type="checkbox"/> у патологические – стадии заполняются после неoadьювантной терапии и операции			
<b>ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ (Т)</b>							
<input type="checkbox"/> <b>ТХ</b>	Первичная опухоль не может быть оценена			<input type="checkbox"/> <b>ТХ</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Т0</b>	Первичная опухоль не очевидна			<input type="checkbox"/> <b>Т0</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Tis</b>	Первичная опухоль <i>In situ</i>			<input type="checkbox"/> <b>Tis</b>			
<input type="checkbox"/> <b>T1</b>	Опухоль 2 см или меньше в наибольшем размере			<input type="checkbox"/> <b>T1</b>			
<input type="checkbox"/> <b>T2</b>	Опухоль больше 2 см, но не более 5 см в наибольшем размере			<input type="checkbox"/> <b>T2</b>			
<input type="checkbox"/> <b>T3</b>	Опухоль больше 5 см в наибольшем размере			<input type="checkbox"/> <b>T3</b>			
<input type="checkbox"/> <b>T4</b>	Первичная опухоль с инвазией в кость, мышцы, фасции или хрящ			<input type="checkbox"/> <b>T4</b>			
<b>РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ (N)</b>							
<input type="checkbox"/> <b>NX</b>	Регионарные лимфоузлы не могут быть оценены.			<input type="checkbox"/> <b>NX</b>			
<input type="checkbox"/> <b>N0</b>	Метастазов в регионарных лимфоузлах нет По данным клинич. обследования* (патоморфологич. не проводилось) По данным патоморфологического исследования			<input type="checkbox"/> <b>N0</b> <input type="checkbox"/> <b>cN0</b> <input type="checkbox"/> <b>pN0</b>			
<input type="checkbox"/> <b>N1</b>	Метастазы в регионарный лимфоузел(ы) Микрометастазы** Макрометастазы***			<input type="checkbox"/> <b>N1</b> <input type="checkbox"/> <b>N1a</b> <input type="checkbox"/> <b>N1b</b>			
<input type="checkbox"/> <b>N2</b>	Транзитные метастазы**** * Клиническая диагностика состояния лимфоузлов выполняется осмотром, пальпацией и/или УЗИ, АКТ, ЯМР ** Микрометастазы диагностируются после намеченной или выборочной лимфаденэктомии *** Макрометастазы в лимфоузлах определяются как клинически обнаруживаемые, подтвержденные лечебной лимфаденэктомией или пункционной биопсией **** Транзитные метастазы: опухоль отстоит от основного поражения и расположена или 1) между основной и дренирующими региональными лимфатическими узлами или 2) дистально от основной			<input type="checkbox"/> <b>N2</b>			
<b>ДИСТАНТНЫЕ МЕТАСТАЗЫ (M)</b>							
<input type="checkbox"/> <b>M0</b>	Дистантных метастазов нет (патанатомической <b>M0</b> нет; используется клиническая <b>M</b> для комплектации групп стадий)			<input type="checkbox"/> <b>M1</b>			
<input type="checkbox"/> <b>M1a</b>	Метастазы вне регионарных лимфатических узлов			<input type="checkbox"/> <b>M1a</b>			
<input type="checkbox"/> <b>M1b</b>	Метастазы в кожу, в ткани под кожей, или в дистантные лимфоузлы			<input type="checkbox"/> <b>M1b</b>			
<input type="checkbox"/> <b>M1c</b>	Метастазы в легкие Метастазы в другие висцеральные органы			<input type="checkbox"/> <b>M1c</b>			
<b>АНАТОМИЧЕСКАЯ СТАДИЯ / ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ</b>							
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ</b>				<b>ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ</b>			
<b>ГРУППЫ</b>	<b>Т</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>ГРУППЫ</b>	<b>Т</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<input type="checkbox"/> <b>0</b>	<b>Tis</b>	<b>NO</b>	<b>MO</b>	<input type="checkbox"/> <b>0</b>	<b>Tis</b>	<b>NO</b>	<b>MO</b>
<input type="checkbox"/> <b>IB</b>	<b>T1</b>	<b>cNO</b>	<b>MO</b>	<input type="checkbox"/> <b>IA</b>	<b>T1</b>	<b>pNO</b>	<b>MO</b>
<input type="checkbox"/> <b>IIB</b>	<b>T2/T3</b>	<b>cNO</b>	<b>MO</b>	<input type="checkbox"/> <b>IB</b>	<b>T1</b>	<b>cNO</b>	<b>MO</b>
<input type="checkbox"/> <b>IIC</b>	<b>T4</b>	<b>NO</b>	<b>MO</b>	<input type="checkbox"/> <b>IIA</b>	<b>T2/T3</b>	<b>pNO</b>	<b>MO</b>
<input type="checkbox"/> <b>IIIB</b>	Любая Т	<b>N1b/N2</b>	<b>MO</b>	<input type="checkbox"/> <b>IIB</b>	<b>T2/T3</b>	<b>cNO</b>	<b>MO</b>
<input type="checkbox"/> <b>IV</b>	Любая Т	Любая N	<b>M1</b>	<input type="checkbox"/> <b>IIC</b>	<b>T4</b>	<b>NO</b>	<b>MO</b>
<input type="checkbox"/> <b>Стадия неизвестна</b>				<input type="checkbox"/> <b>IIIA</b>	Любая Т	<b>N1a</b>	<b>MO</b>
				<input type="checkbox"/> <b>IIIB</b>	Любая Т	<b>N1b/N2</b>	<b>MO</b>
				<input type="checkbox"/> <b>IV</b>	Любая Т	Любая N	<b>M1</b>
				<input type="checkbox"/> <b>Стадия неизвестна</b>			

Рисунок 5. Система стадий рака из клеток Меркеля и прогностические группы в зависимости от стадий (раздел 30, главы VI «Руководства по формированию стадий рака»)

Примечания к рисунку 5.

**Краткое описание принципов классификации рака из клеток Меркеля (РкМ)**

Диагноз РкМ или трабекулярной карциномы, первичной нейроэндокринной карциномы кожи, определяется биопсией, в основном, при помощи иммуногистохимии с цитокератином-20 по классическому проявлению периядерной точечной структуры.

Для стадии МкК степень гистологической дифференцировки не используется.

Принцип классификации РкМ отличается, в силу ее особой агрессивности, от такового рака век. Система стадий и группы стадий первичной РкМ характеризуются двумя определениями. Прежде всего, при РкМ категория Т классифицируется по максимальному

размеру опухоли: 2 см или меньше (T1), больше чем 2 см, но не больше чем 5 см (T2) и больше чем 5 см (T3). Инвазия первичной опухоли за пределы кожи — в кость, мышцу, фасцию или хрящ классифицируется как T4.

Второе, очень важное, определение стадий связано со степенью поражения лимфоузлов: микроскопическая против макроскопической. Пациенты без клинической или радиологической очевидности метастазов в лимфоузел, но у которых есть гистопатологически документированный метастаз в лимфоузел обычно определяются как имеющие «микроскопический» или «клинически скрытый» метастаз в лимфоузел. Напротив, пациентов с РкМ как с клинически очевидными метастазами в лимфоузлы, так и подтвержденными гистопатологически обычно считают как имеющие «макроскопически» или «клинически очевидные» метастазы в лимфоузлы. Положительные лимфоузлы при клиническом осмотре и с отрицательной гистопатологией считают, как pN0. Клинически положительные лимфоузлы в дренирующем бассейне, которые, предполагаемо, связаны с РкМ, но без гистопатологического подтверждения, должны быть классифицированы как N1b, а гистопатологическая классификация будет NX. При определении группировки стадии, это была бы стадия П1В, принимая, по умолчанию, более высокую категорию N. Важность оценки лимфоузлов состоит также в том, что в некоторых случаях они могут быть единственным источником информации о присутствии РкМ, поскольку клинические признаки ее первичной локализации стерты или отсутствуют.

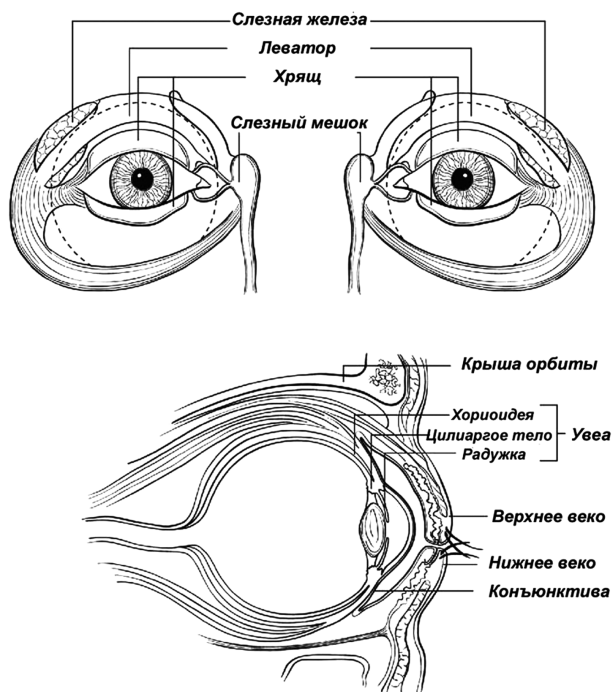


Рисунок 4. Схема для обозначения локализации опухоли и степени ее инвазии в структуры века, орбиты и глаза

**ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП.** Первичные карциномы века включают следующую гистологическую группу:

- Базальноклеточная карцинома
- Плоскоклеточная карцинома
- Мукоэпидермоидная карцинома
- Сальная карцинома
- Первичная эккринная аденокарцинома
- Первичная апокринная аденокарцинома
- Кистозная аденоидная карцинома
- Рак из клеток Меркеля

В руководстве приведен рисунок 4, на котором схематично изображены фасные и профильные структуры век, конъюнктивы глаза, орбиты, который можно использовать для регистрации локализации опухоли и степени ее инвазии в эти структуры.

### ЛИТЕРАТУРА

К разделу система классификации карцином века авторами приведен следующий список литературы.

1. Allen P. I., Bowne W. B., Iaqués D. P. et al. Merkel cell carcinoma: prognosis and treatment of patients from a single institution. *J Clin Oncol.* 2005;23:2300-9.
2. Barta R. S., Kelley L. C. A risk scale for predicting extensive sub-clinical spread of nonmelanoma skin cancer. *Dermatol Surg.* 2002; 28(2):107-12.
3. Betis F., Hofman V., Lagier I. et al. Primary signet ring cell carcinoma of the Eccrine sweat gland in the eyelid. Immunohistochemical and ultrastructural study of a case. *J Fr Ophthalmol.* 2002;25(5):547-51.
4. Dequanter D., Lothaire P., Bourgeois P. et al. Sentinel lymph node evaluation in squamous cell carcinoma of the head and neck cancer: preliminary results. *Acta Chir Belg.* 2006;106:519-22.
5. Ducasse A., Pluot M., Gotzamanis A. et al. Factors of recurrence of basal cell carcinomas of the eyelid. *J Fr Ophthalmol.* 2002;25(5):512-16.
6. El-Domeiri A. A., Brasfield R. D., Huvos A. G. et al. Sweat gland carcinoma: a clinico-pathologic study of 83 patients. *Ann Surg.* 1971;173:270-74.
7. Esmaeli B., Naderi A., Hidaji L. et al. Merkel cell carcinoma of the eyelid with a positive sentinel node. *Arch Ophthalmol.* 2002; 120:650-2.
8. Faustina M., Diba R., Ahmadi M.A., Esmaeli B. Patterns of regional and distant metastasis in patients with eyelid and periocular squamous cell carcinoma. *Ophthalmology.* 2004; 111(10):1930-32.
9. Gupta S. G., Wang L. C., Penas P. F. et al. Sentinel lymph node biopsy for evaluation and treatment of patients with Merkel cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 2006;142:685-90.
10. Nijhawan N., Ross M. I., Diba R. et al. Experience with sentinel lymph node biopsy for the eyelid and conjunctival malignancies at a cancer center. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2004;20(4):291-5.
11. Rao N. A., Hidayat A. A., McLean I. W., Zimmerman L. E. Sebaceous carcinomas of the ocular adnexa: a clinico-pathologic study of 104; cases, with five year follow-up data. *Hum Pathol.* 1982;13:113-22.
12. Ross G. L., Shoaib T., Soutar D. S. et al. The first international conference on sentinel node biopsy in mucosal head and neck cancer and adoption of a multicenter trial protocol. *J Surg Oncol.* 2002;94(4):406-10.
13. Soysal H. G., Markoc F. Invasive squamous cell carcinoma of the eyelids and periorbital region. *Br J Ophthalmol* 2007;91(3):325-9.
14. Yiengpruksawan A., Coit D. G., Thaler H. T. et al. Merkel cell carcinoma. Prognosis and management *Arch Surg.* 1991;126:1514-9.

Поступила 08.02.2011.