

Рак кожи век: эпидемиология, прогноз

А.Ф. Бровкина¹, М.Ю. Лернер²

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; Россия, 125993 Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1;

²филиал № 1 «Офтальмологическая служба» ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы»; Россия, 125284 Москва, 2-й Боткинский проезд, 5

Контакты: Алевтина Федоровна Бровкина anab@list.ru

В канцер-регистр г. Москвы за 2006–2015 гг. внесены сведения о 3597 больных с первично выявленными злокачественными опухолями органа зрения. Частота возникновения рака кожи век составила 75,62 %, расчетная встречаемость – 3,4 на 100 тыс. населения. Заболевают лица в возрасте 46–85 лет, при этом пик приходится на 7–8-ю декады жизни. У женщин показатели заболеваемости на 66,65 % выше, чем у мужчин. Доля базально-клеточного рака составила 91,14 %. В 65,7 % случаев опухоль первично выявлена на стадиях T1–2, из них на стадии T1, когда больной может быть полностью излечен, всего в 34,0 %.

Ключевые слова: злокачественные опухоли органов зрения, рак кожи век, базально-клеточный рак, эпидемиология

DOI: 10.17650/2222-1468-2016-6-4-62-66

Eyelid cancer: epidemiology and prognosis

A.F. Brovkina¹, M.Yu. Lerner²

¹Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia; Build. 1, 2/1 Barrikadnaya St., Moscow 125993, Russia;

²Branch No 1 “Eye Care Service” of S.P. Botkin City Clinical Hospital, Moscow Healthcare Department; 5 2nd Botkinskiy Proezd, Moscow 125284, Russia

Data on 3597 newly diagnosed patients with malignant tumors of the eye was entered in the Moscow cancer registry during 2006–2015. The frequency of eyelid cancer was 75.62 %, its incidence was 3.4 per 100000. People usually develop the disease at the age of 46–85 with the peak at 70–80 years. Incidence in females was 66.65 % higher than in males. The rate of basal cell carcinoma was 91.14 %. In 65.7 % of the cases tumor was diagnosed on T1–2 stages; out of them only 34 % of the patients were diagnosed at T1 stage, when the disease can be completely cured.

Key words: malignant tumors of the eye, eyelid cancer, basal cell carcinoma, epidemiology

Введение

Злокачественные опухоли кожи составляют около 1/3 всех вновь выявленных злокачественных новообразований человека. В последние 4 десятилетия отмечают ежегодный прирост частоты заболеваемости этой нозологией на 3–8 % [1], при этом у каждого 5–10-го больного диагностируют карциномы кожи век [2–5]. Столь значительные расхождения оценки частоты рака кожи век, по мнению международных экспертов, обусловлены 2 факторами.

1. Канцер-регистры по раку кожи не включают данные о карциномах кожи век, в связи с чем их распространенность и заболеваемость трудно оценить [6]. Между тем это крайне важные показатели, имеющие не только медицинское, но и социальное значение. По международной классификации [7], размер кожной карциномы стадии T1 должен быть менее или равен 20 мм, в то время как рак кожи век

T1 по той же системе не должен превышать в максимальном диаметре 5 мм (!). И это очень важный момент. Анатомо-физиологические особенности придаточного аппарата глаза таковы, что опухоли, локализующиеся в зоне внутреннего или наружного углов глазной щели, рано прорастают конъюнктиву с быстрым распространением в орбитальные ткани. При этом размер первичного узла может быть и менее 5 мм в диаметре. Таким образом, кожные карциномы век, имея вполне благоприятный витальный прогноз, при стадиях T2–3 требуют более агрессивного лечения, приводящего к нарушению функции век, утрате зрения и негативному косметическому эффекту. По данным литературы, такую операцию, как экзентерация орбиты, у больных раком кожи век вынуждены совершать в 9,7 % случаев, а 3,5 % таких пациентов погибают в результате гематогенного метастазирования [8, 9].

2. Злокачественные опухоли кожи век возникают, как правило, в результате воздействия неблагоприятных экологических факторов, включая инсоляцию и воздействие ультрафиолетовых лучей, а также влияние генетических факторов, в том числе и степень пигментации кожи [3, 10, 11].

Среди всех новообразований кожи век частота возникновения рака колеблется в пределах 5–55 %. К примеру, в Греции рак кожи век составляет 41,2 % [12], в Иране – 54,94 % [6], на Филиппинах – 32,07 % [13], в Китае – всего 5,00 % [14]. Работ, оценивающих эпидемиологию рака кожи век, немного, в отечественной литературе этой теме посвящено исследование И.Е. Пановой и соавт., опубликованное в 2003 г. [2].

Цель исследования – на материале городского офтальмоонкологического центра, офтальмоонкологического отделения филиала № 1 «Офтальмологическая служба» ГКБ им. С.П. Боткина изучить частоту злокачественных опухолей век эпителиального генеза, их прогностические особенности.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ данных канцер-регистра, отчетов городского офтальмоонкологического центра, амбулаторных карт больных со злокачественными новообразованиями органа зрения, постоянно проживающих в г. Москве, за 10 лет (2006–2015 гг.). Во всех случаях диагноз был подтвержден патоморфологически. Злокачественные опухоли органа зрения зарегистрированы у 3597 пациентов, из них рак кожи век установлен в 2720 случаях (рис. 1). Распределение впервые выявленных случаев заболевания по годам представлено в табл. 1. Число женщин, включенных в исследование, составило 1820, мужчин – 900; медиана возраста – 46–85 лет.

Результаты и обсуждение

Доля злокачественных опухолей кожи век эпителиального генеза среди всех больных, направленных в городской офтальмоонкологический центр в течение изучаемого периода, составила 75,62 %. По данным литературы, этот показатель в структуре всех опухолей органа зрения может достигать 90 % [4]. Стандарти-



Рис. 1. Частота злокачественных опухолей кожи век в структуре злокачественных новообразований органа зрения

Таблица 1. Распределение пациентов с раком кожи век, впервые поставленных на учет, по годам наблюдения

Год	Число пациентов, n
2006	259
2007	259
2008	244
2009	226
2010	258
2011	269
2012	299
2013	324
2014	288
2015	294

рованный показатель заболеваемости раком кожи век, по данным городского канцер-регистра (даже при отсутствии сведений из других медицинских учреждений г. Москвы, проводивших лечение таким больным), свидетельствует об увеличении заболеваемости в последние годы (рис. 2).

В период с 2006 по 2010 г. медиана этого показателя составила 2,61 на 100 тыс. взрослого населения г. Москвы, а в последующие 5 лет увеличилась до 3,4 на 100 тыс. По данным И.Е. Пановой и соавт. [2], в Челябинской области частота заболеваемости раком кожи век в 2003 г. составила 3,7 на 100 тыс. населения. Но и этот показатель невысок по сравнению с данными, приводимыми в зарубежной литературе. В г. Рочестере (штат Миннесота, США) стандартизированный показатель ежегодной заболеваемости раком кожи век составляет 146 случаев на 100 тыс. населения [15]. Доля заболевших с возрастом увеличивается, и число мужчин превалирует над числом женщин [16]. А между тем риск возникновения новых опухолей в пересчете на 100 тыс. населения среди мужчин составляет 56 новых случаев, среди женщин – 61 [17]. Есть основания полагать, что в нашей стране ранняя

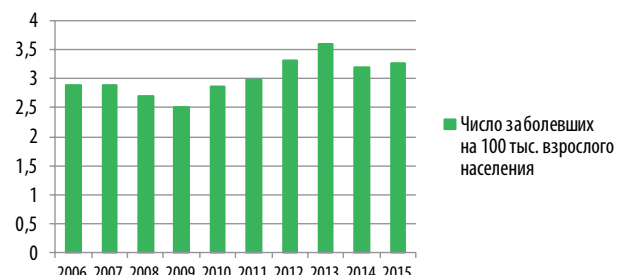


Рис. 2. Заболеваемость раком кожи век в расчете на 100 тыс. взрослого населения г. Москвы

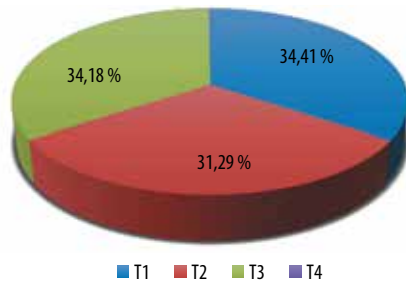


Рис. 3. Распределение больных по стадиям развития рака кожи век

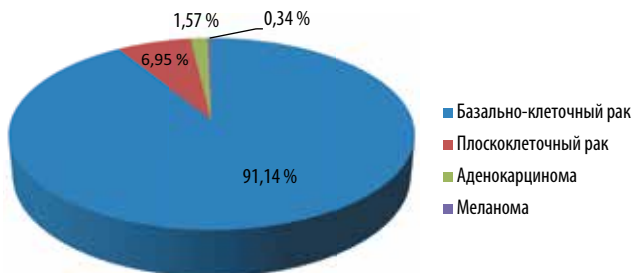


Рис. 4. Частота морфологических форм злокачественных опухолей кожи век

активная выявляемость заболевших врачами-офтальмологами находится еще на весьма невысоком уровне (рис. 3). Среди достаточно многочисленных форм рака кожи век превалируют 3 основные: базально-клеточный рак (БКР), плоскоклеточный рак и аденокарцинома слюнной железы. По данным литературы, в южных странах среди кожных карцином век хотя и увеличена (до 21 %) частота встречаемости аденокарцином [18], все же 1-е место занимает БКР: в Китае — 57,8 % [14], в Греции и Иране 86 и 83 % соответственно [6, 12]. Морфологический диагноз БКР в наших наблюдениях имел место в 91,14 % случаев (рис. 4), что подтверждает данные литературы: среди европеоидной расы доля БКР кожи век достигает 90–95 % [19].

Как показывает анализ, рак кожи век стадии T1 и T2, который можно диагностировать визуально, в г. Москве встречается только в 65,7 % случаев, а стадии T1, когда больной может быть полностью излечен от опухоли — всего в 34,0 %. Практически не подлежащий органосохранному лечению БКР стадии T3 и T4 регистрируют у 34,2 % больных (рис. 5, 6). Планировать в таких ситуациях реабилитационные мероприятия с полным восстановлением пораженного века и хорошим эстетическим эффектом не представляется возможным даже в условиях современных высокотехнологических методов лечения. А если учесть группу больных, имеющих локализацию БКР во внутреннем углу глазной щели, доля которых занимает 2-е место после пациентов с раком нижнего века (как правило, с хорошей остротой зрения на стороне поражения) [6, 8],



Рис. 5. Базально-клеточный рак верхнего века левого глаза (T4) у больной 49 лет. Давность заболевания 4 года



Рис. 6. Базально-клеточный рак кожи внутреннего угла левого глаза (T4) у женщины 67 лет. Острота зрения слева — 1.0. Давность заболевания, со слов больной, около 5 лет

а



б



Рис. 7. Базально-клеточный рак кожи внутреннего угла правого глаза (T4): а — у больной 50 лет. Острота зрения справа 1.0; б — у больной 67 лет. Острота зрения справа — 1.0

и у которых опухоль в стадии T2 локально излечить невозможно, то процент их значительно возрастает (рис. 7), а каждая попытка локальной терапии приводит к появлению рецидивов, усугубляющих опухолевый процесс.

Женщины, по нашим данным, заболевают раком кожи век на 66,65 % чаще мужчин, причем этот показатель практически не меняется из года в год (табл. 2). Аналогичные данные сообщили и И.Е. Панова и соавт.[2].

Таблица 2. Заболеваемость раком кожи век с учетом возраста и гендерного признака

Год	Всего больных	Соотношение мужчины/женщины				
		40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70–79 лет	≥ 80 лет
2006	259	—	10/30	32/50	34/58	17/28
2007	259	—	10/23	32/48	37/46	19/44
2008	244	—	15/26	21/45	24/66	14/33
2009	226	—	13/28	17/43	27/53	15/30
2010	258	—	21/25	31/40	34/72	10/25
2011	269	—	17/29	22/49	36/69	13/34
2012	299	—	22/31	25/47	39/64	11/60
2013	324	0/10	24/40	24/50	32/80	19/45
2014	288	3/6	8/21	29/47	23/81	24/46
2015	294	2/4	14/19	29/58	33/67	18/50
Всего	2720	5/20	154/272	262/477	319/656	160/395

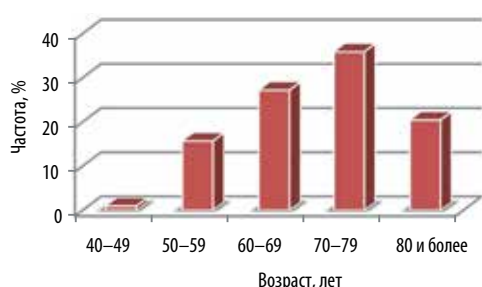


Рис. 8. Распределение частоты базально-клеточного рака кожи век по возрастным группам

Но в литературе встречаются данные о практически равном поражении как женщин, так и мужчин [12, 20] или преобладании мужчин [6, 14]. Таким образом, гендерный признак не может играть роль фактора риска в развитии этих опухолей. Анализ частоты БКР по возрастным группам (каждые 10 лет) показал увеличение с возрастом, при этом пик заболеваемости БКР приходится на возраст 70–79 лет (35,85 %) (рис. 8). По данным

литературы, средний возраст больных БКР составляет 64–67 лет [12, 20], но наряду с этим показано, что пациенты старше 70 лет составляют 57 % [6], Именно старческий возраст является дополнительным фактором риска развития рецидивов после локального лечения. Известно, что у лиц старше 70 лет рецидив наблюдается в 75,6 % случаев [6]. Важно, что частота возникновения рецидивов зависит и от размеров и локализации опухоли, особенно в зоне медиального угла глазной щели [6, 8].

Заключение

Рак кожи век составляет более 2/3 среди всех злокачественных опухолей органа зрения; доминирует БКР. Пик заболеваемости приходится на 7–8-ю декады жизни. Несмотря на доступность визуальной диагностики, опухоль в ранней стадии (T1) выявляют только у 1/3 пациентов, что резко снижает возможность локального лечения с сохранением функции века и глаза.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Diepgen T.L., Mahler V. The epidemiology of skin cancer. Br J Dermatol 2002;146 Suppl 6: 1–6.
- Панова И.Е., Важенин А.В., Усова Р.А. и др. Эпидемиология, клинично-морфологическая характеристика, дифференциальная диагностика базально-клеточного рака кожи век. Челябинск, 2003. 14 с. [Panova E.I., Vazhenin A.V., Usova R.A. et al. Epidemiology, clinical-morphological characteristics, differential diagnosis basal cell carcinoma of the eyelid skin. Chelyabinsk, 2010. 14 p. (In Russ.).]
- Cook B.E. Jr, Bartley G.B. Treatment options and future prospects for the management of eyelid malignancies: An evidence-based update. Ophthalmology 2001;108(11):2088–98.
- Murchison A.P., Walrath J.D., Washington C.V. Non-surgical treatments of primary, non-melanoma eyelid malignancies: a review. Clin Exp Ophthalmol 2011;39(1):65–83. DOI: 10.1111/j.1442-9071.2010.02422.x.
- Actis A.G., Actis G., De Sanctis U. et al. Eyelid benign and malignant tumors: issues in classification, excision and reconstruction. Minerva Chir 2013;68(6 Suppl 1):11–25.
- Bagheri A., Tavakoli M., Kanaani A. et al. Eyelid Masses: A 10-year Survey from a Tertiary Eye Hospital in Tehran. Middle East Afr J Ophthalmol 2013;20(3):187–92. DOI:10.4103/0974-9233.114788.
- Международная классификация онкологических заболеваний-2000. Доступно

- no: <http://who-fic.ru/icd/adaptations/oncology/>. [International classification of diseases for oncology-2000. Available at: <http://who-fic.ru/icd/adaptations/oncology/>. (In Russ.)].
8. Allali J., D'Hermies F., Renard G. Basal cell carcinomas of the eyelids. *Ophthalmologica* 2005;219(2):57–71.
9. 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.
10. Lin H.Y., Cheng C.Y., Hsu W.M. et al. Incidence of eyelid cancers in Taiwan: a 21-year review. *Ophthalmology* 2006;113(11):2101–7.
11. Weinstock M.A., Still J.M. Assessing current treatment options for patients with severe/advanced basal cell carcinoma. *Semin Cutan Med Surg* 2011;30(4 Suppl):S10–S3. DOI: 10.1016/j.sder.2011.11.004.
12. Asproudis I., Sotiropoulos G., Gartzios C. et al. Eyelid Tumors at the University Eye Clinic of Ioannina, Greece: A 30-year Retrospective Study. *Middle East Afr J Ophthalmol* 2015;22(2):230–2. DOI: 10.4103/0974-9233.151881. PMID: PMC4411622.
13. Domingo R.E., Manganip L.E., Castro R.M. Tumors of the eye and ocular adnexa at the Philippine Eye Research Institute: a 10-year review. *Clin Ophthalmol* 2015;9:1239–47. DOI: 0.2147/OPTH.S87308.
14. Huang Y.Y., Liang W.Y., Tsai C.C. et al. Comparison of the Clinical Characteristics and Outcome of Benign and Malignant Eyelid Tumors: An Analysis of 4521 Eyelid Tumors in a Tertiary Medical Center. *Biomed Res Int* 2015;2015:453091. DOI: 10.1155/2015/453091.
15. Samarasinghe V., Madan V. Nonmelanoma skin cancer. *J Cutan Aesthet Surg* 2012;5(3): 3–10. DOI: 10.4103/0974-2077.94323.
16. Sekulic A., Migden M.R., Basset-Seguín N. et al. Long-term safety and efficacy of vismodegib in patients with advanced basal cell carcinoma (aBCC): 18-month update of the pivotal ERIVANCE BCC study. *J Clin Oncol* 2013;31(Suppl):abstr 9037.
17. Suzuki H.S., Serafini S.Z., Sato M.S. Utility of dermoscopy for demarcation of surgical margins in Mohs micrographic surgery. *An Bras Dermatol* 2014;89(1):38–43. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20142400. PMID: PMC3938352.
18. Takamura H., Yamashita H. Clinicopathological analysis of malignant eyelid tumor cases at Yamagata university hospital: Statistical comparison of tumor incidence in Japan and in other countries. *Jpn J Ophthalmol* 2005;49(5): 349–54.
19. Rene C. Oculoplastic aspects of ocular oncology. *Eye (Lond)* 2013;27(2):199–207. DOI: 10.1038/eye.2012.243.
20. Kale S.M., Patil S.B., Khare N. et al. Clinicopathological analysis of eyelid malignancies — A review of 85 cases. *Indian J Plast Surg* 2012;45(1):22–8. DOI: 10.4103/0970-0358.96572. PMID: PMC3385393.