

DOI: 10.17650/2222-1468-2023-13-2-75-78

 CC BY 4.0

Обзор клинических случаев метастазов опухолей внутренних органов в кожу области головы и шеи

К.А. Кретьова¹, О.С. Назарко¹, Е.В. Копейкина², О.Г. Гончарова², Д.А. Обухова², Д.В. Морозов²,
И.Г. Сергеева¹, С.В. Сидоров^{1,2}, С.П. Шевченко^{1,2}

¹ФГАОУ «Национальный исследовательский государственный университет»; Россия, 630090 Новосибирск, ул. Пирогова, 1;

²ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 1»; Россия, 630047 Новосибирск, ул. Залесского, 6, корп. 5

Контакты: Камилла Армановна Кретьова kamilla.armanovna@bk.ru

Метастазы злокачественных новообразований внутренних органов в кожу встречаются довольно редко – в среднем в 1–10 % случаев. Они могут быть первым проявлением как злокачественного процесса, когда еще отсутствуют признаки основного заболевания, так и прогрессирования уже подтвержденного рака. В статье представлены клинические случаи метастазов почечно-клеточного рака и аденокарциномы в кожу области головы и шеи, что в настоящее время является редкостью. Кожные метастазы вариабельны в своем клиническом проявлении. В представленных случаях в качестве симптоматического лечения потребовалось иссечение новообразований.

Ключевые слова: метастазы опухолей в кожу головы и шеи, метастазы почечно-клеточного рака, метастазы аденокарциномы, метастазирование

Для цитирования: Кретьова К.А., Назарко О.С., Копейкина Е.В. и др. Обзор клинических случаев метастазов опухолей внутренних органов в кожу области головы и шеи. Опухоли головы и шеи 2023;13(2):75–8. DOI: 10.17650/2222-1468-2023-13-2-75-78

Review of clinical cases of internal organ metastases into the skin of the head and neck

K.A. Kretova¹, O.S. Nazarko¹, E.V. Kopeikina², O.G. Goncharova², D.A. Obukhova², D.V. Morozov², Sergeeva¹,
S.V. Sidorov^{1,2}, S.P. Shevchenko^{1,2}

¹Novosibirsk State University; 1 Pirogova St., Novosibirsk 630090, Russia;

²City Clinical Hospital No. 1; Bld. 5, 6 Zalesky St., Novosibirsk 630047, Russia

Contacts: Kamilla Armanovna Kretova kamilla.armanovna@bk.ru

Metastases of malignant tumors of the internal organs into the skin rarely occur, on average in 1–10 % of cases. They can be the first manifestation of malignant process in the absence of signs of the main disease or show progression of confirmed cancer. The article presents clinical cases of metastases of renal cell carcinoma and adenocarcinoma into the skin of the head and neck which currently is rare. Skin metastases are variable in their clinical manifestation. In the presented cases, resection of the lesions was required as symptomatic treatment.

Keywords: metastases in the skin of the head and neck, renal cell carcinoma metastases, adenocarcinoma metastases, metastasis

For citation: Kretova K.A., Nazarko O.S., Kopeikina E.V. et al. Review of clinical cases of internal organ metastases into the skin of the head and neck. Opuholi golovy i shei = Head and Neck Tumors 2023;13(2):75–8. (In Russ.). DOI: 10.17650/2222-1468-2023-13-2-75-78

Введение

Метастазы злокачественных новообразований внутренних органов в кожу встречаются довольно редко – в среднем в 1–10 % случаев. Они могут быть как первым проявлением злокачественного процесса, когда

еще отсутствуют признаки основного заболевания, так и прогрессирования уже подтвержденного рака [1–3].

У женщин наиболее частыми причинами метастазов в кожу является рак молочной железы (69 % случаев), за ним следуют рак толстой кишки (9 % случаев),

меланома (5 % случаев), рак яичников (4 % случаев) и легких (4 % случаев). У мужчин наиболее распространенными источниками кожных метастазов служат злокачественные новообразования легких (24 %), толстой кишки (19 %), полости рта (20 %) и почек (6 %) [4].

В большинстве случаев метастазы в кожу располагаются в непосредственной близости от злокачественной опухоли. Таким образом, рак молочной железы чаще всего метастазирует в кожу области грудной клетки, рак кишечника и почек — в кожу брюшной стенки и промежности [5]. Иногда почечно-клеточный рак может давать метастазы в область головы при помощи обратного тока через сплетение Бэтсона — в позвоночные и далее в эмиссарные вены черепа [6]. Метастазы в кожу области головы и шеи (что встречается довольно редко) чаще всего развиваются из опухолей щитовидной железы, плоскоклеточного рака головы и шеи и меланомы.

Ниже представлены клинические случаи метастазов почечно-клеточного рака и аденокарциномы в кожу области головы и шеи, что в настоящее время является редкостью.

Клинический случай 1

Мужчина, 58 лет, поступил в онкологическое отделение головы и шеи ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 1» с жалобами на опухоль кончика носа, которая характеризовалась быстрым ростом, распадом и обильным гнойно-сукровичным отделяемым. Также пациент отмечал слабость, недомогание, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что 6 мес назад на кончике носа появилось незначительное образование.

При проведении плановой рентгенографии грудной клетки обнаружены изменения легких. В ходе дообследования выявлено злокачественное новообразование левой почки, в плановом порядке выполнено оперативное лечение в объеме левосторонней нефрэктомии. По данным гистологического заключения опухоль соответствует светлоклеточному почечно-клеточному раку G₃ и светлоклеточной аденоме надпочечника. После оперативного лечения пациент отмечал прогрессирующий рост образования на кончике носа. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: метастаз почечно-клеточного рака. По данным мультиспиральной компьютерной томографии лицевого скелета костно-деструктивных изменений не найдено. Консилиумом онкологов рекомендовано иссечение новообразования кончика носа с санитарной и циторедуктивной целями и последующим проведением таргетной терапии.

При осмотре область латеральных ножек крыловидных хрящей увеличена (10–12 см), представлена опухолевыми массами с очагами некроза, распада и гнойного воспаления, которые инфильтрируют кожу крыла носа с двух сторон с распространением на кожу верхней губы и правой щеки. Правая часть носа obturирована опухолевыми



Рис. 1. Образование носа. Интраоперационные фотографии

Fig. 1. Lesion on the nose. Intraoperative photos

массами (рис. 1). При пальпации образование активно кровоточило. Периферические лимфатические узлы не пальпировались.

В условиях эндотрахеального наркоза в пределах опухолевой инфильтрации выполнено иссечение новообразования кончика носа. Оба крыла носа и передняя часть хряща перегородки носа иссечены. При ревизии полости носа удалены опухолевые массы, заполняющие преддверие полости носа справа. Отмечался инфильтративный рост опухоли в слизистую оболочку полости носа с двух сторон. Гемостаз обеспечен с помощью биполярного коагулятора и гемостатической коллагеновой губки.

В 1-е сутки после операции пациент предъявлял жалобы на боли в послеоперационной области. При осмотре повязка пропитана серозно-геморрагическим отделяемым. Послеоперационная область покрыта геморрагическими корками, кожа и слизистые оболочки умеренно отечные. Носовые ходы свободные. На 4-е сутки отмечена положительная динамика, повязка сухая. Послеоперационная область спокойная, без признаков воспаления. На 5-е сутки пациент выписан из стационара с положительной динамикой под амбулаторное наблюдение.

Клинический случай 2

Мужчина, 71 год, поступил в онкологическое отделение головы и шеи ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 1» для планового оперативного лечения. Из анамнеза известно, что в ходе диспансеризации в 2020 г. у него обнаружены метастатические поражения легких. При проведении фиброколоноскопии выявлена стенозирующая опухоль сигмовидной кишки. Гистологическое заключение от 11.06.2021: высокодифференцированная аденокарцинома. По данным магнитно-резонансной

томографии (МРТ) брюшной полости с контрастированием от 06.06.2021 — признаки билобарного метастатического поражения паренхимы печени (до 6,5 см). В ходе МРТ органов малого таза с контрастированием от 09.06.2021 выявлены образование сигмовидной кишки с признаками инфильтрации окружающей клетчатки и гиперплазия предстательной железы. Согласно данным компьютерной томографии (КТ) грудной клетки от 08.11.2021 наблюдаются увеличение размеров узловых солидных образований в верхней и средней долях правого легкого, появление новых солидных очагов в S6, S8/S9 правого легкого; увеличение размеров образования нижнего этажа среднего отдела средостения, возникновение нового уплотнения в нижнем этаже переднего средостения. В ходе КТ брюшной полости от 08.11.2021 выявлены вторичное билобарное поражение печени, умеренный выпот в брюшной полости, диффузное уплотнение в абдоминальной и забрюшинной клетчатках, мелкие узловые уплотнения по брюшине. Эта картина может соответствовать проявлениям абдоминального канцероматоза. Согласно данным исследования от 17.11.2021 раково-эмбриональный антиген — 987 нг/мл, СА 19-9 — 0,8 ЕД/мл. Результаты молекулярного генетического исследования от 20.08.2021: мутации KRAS и NRAS и микросателлитная нестабильность не выявлены.

По результатам консилиума онкологов, состоявшегося 25.11.2021 г., рекомендовано проведение химиотерапии в режиме иринотекан + бевацизумаб до отрицательной динамики или токсической неприемлемости с оценкой эффекта через 3 мес. С октября 2021 г. в области носогубного треугольника появилось образование на коже, которое увеличивалось в размерах (рис. 2). В ходе цитологического исследования от 17.12.2021 в мазке найдены комплексы клеток железистого рака. Рекомендовано оперативное лечение.

Под местным обезболиванием (2 % лидокаин в дозе 7 мл) иссечен участок кожи с опухолью. Размеры дефекта кожи составили 3 × 4 см. Гемостаз выполнен при помощи диатермоэлектрокоагуляции, рана санирована и ушита однорядным швом, наложена асептическая повязка. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент выписан под наблюдение онколога по месту жительства.

Гистологическое заключение № 53044—3047 от 23.12.2021: в дерме рост умеренно дифференцированной аденокарциномы G₂ (рис. 3). В данном случае выявленный метастаз в кожу области лица свидетельствует о генерализации опухолевого процесса. В настоящее время пациент получает химиотерапевтическое лечение с последующей оценкой его эффективности.

Заключение

Метастатическое поражение кожи является одним из проявлений диссеминированного распространения



Рис. 2. Образование кожи носогубного треугольника. Интраоперационные фотографии

Рис. 2. Lesion on the skin of the nasolabial triangle. Intraoperative photos

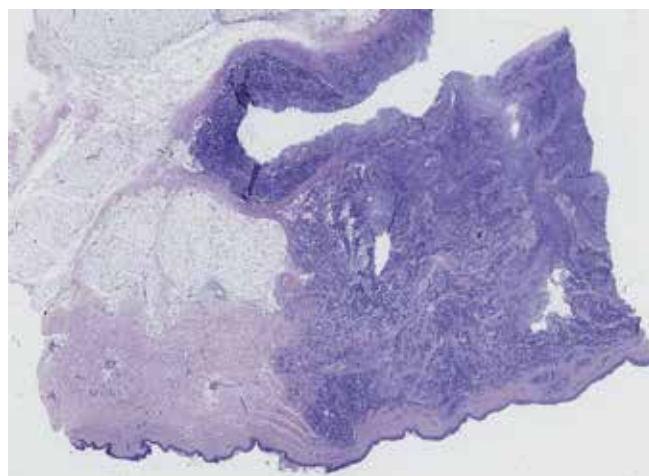


Рис. 3. Гистологическое исследование. Рост опухоли, состоящей из железистых и криброзных структур разной формы и величины, с умеренно выраженным клеточно-ядерным полиморфизмом. Опухоль прорастает в жировую клетчатку

Рис. 3. Histological examination. Growth of tumor consisting of glandular and cribriform structures of varying shape and size with moderate cellular and nuclear polymorphism. Tumor grows into the fatty tissue

рака [7, 8]. Кожные метастазы, представленные в описанных клинических случаях, являются редкой локализацией метастазирования [8, 10]. Однако, несмотря на такую локализацию, они служат признаками прогрессирования первичной опухоли [9, 10]. Вторичное поражение кожи метастатическим процессом является неблагоприятным прогностическим признаком для пациента: даже после хирургического лечения выживаемость в среднем составляет 5–7 мес [8, 11]. Кожные метастазы вариабельны в своем клиническом проявлении. В представленных случаях в качестве симптоматического лечения потребовалось иссечение новообразований.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Hu S.C.S., Chen G.-S., Wu C.-S. et al. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: experience from a Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol* 2009;60(3): 379–87. DOI: 10.1016/j.jaad.2008.10.007
2. Головахина Д.К., Головахин К.Н., Загашвили И.В. Дерматологические маркеры злокачественных опухолей: метастазы в кожу, преинвазии и паранеоплазии (клинико-диагностические особенности). *Военная медицина* 2015;2:95–101. Golovakhina D.K., Golovakhin K.N., Zagashvili I.V. Dermatological markers of malignant tumors: skin metastases, precancerosis and paraneoplasia (clinical and diagnostic features). *Voennaya medicina = Military Medicine* 2015;2:95–101. (In Russ.).
3. Голоушенко И.Ю. Метастазы в кожу при злокачественных опухолях внутренних органов. Актуальные вопросы дерматовенерологии, косметологии и репродуктивного здоровья: сб. ст. Междисциплинарной региональной научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов (Красноярск, 27 ноября 2020 г.). Красноярск, 2020. С. 54–60. Goloushenko I.Yu. Skin metastases in malignant tumors of internal organs. Topical issues of dermatovenerology, cosmetology and reproductive health: collection of articles of the Interdisciplinary regional Scientific and Practical Conference of Dermatovenereologists and Cosmetologists (Krasnoyarsk, November 27, 2020). Krasnoyarsk, 2020. Pp. 54–60. (In Russ.).
4. Jour G., Al-Rohil R.N. Cutaneous metastases. *Diagn Histopathol* 2019;25(3):87–95.
5. Shah S.R., Applebaum D.S., Potenziani S. et al. Cutaneous metastasis to the scalp as the primary presentation of colorectal adenocarcinoma. *Dermatol Online J* 2017;23(11):13030/qt31p698nz.
6. Errami M., Margulis V., Huerta S. Renal cell carcinoma metastatic to the scalp. *Rare Tumors* 2016;8(4):139–41. DOI: 10.4081/rt.2016.6400
7. Hussein M.R. Skin metastasis: a pathologist's perspective. *J Cutan Pathol* 2010;37(9):e1–20. DOI: 10.1111/j.1600-0560.2009.01469.x
8. Jaros J., Hunt S., Mose E. et al. Cutaneous metastases: a great imitator. *Clin Dermatol* 2020;38(2):216–22. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2019.10.004
9. Strickley J.D., Jenson A.B., Jung J.Y. Cutaneous metastasis. *Hematol Oncol Clin North Am* 2019;33(1):173–97. DOI: 10.1016/j.hoc.2018.08.008
10. Habermehl G., Ko J. Cutaneous metastases: a review and diagnostic approach to tumors of unknown origin. *Arch Pathol Lab Med* 2019;143(8):943–57. DOI: 10.5858/arpa.2018-0051-RA
11. Alcaraz I., Cerroni L., Rutten A. et al. Cutaneous metastases from internal malignancies: a clinicopathologic and immunohistochemical review. *Am J Dermatopathol* 2012;34(4):347–93. DOI: 10.1097/DAD.0b013e31823069cf

Вклад авторов

К.А. Кретьова: написание текста статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных;
Е.В. Копейкина, О.Г. Гончарова: разработка тактики лечения;
О.С. Назарко, Д.А. Обухова: получение данных для анализа, оформление иллюстрированного материала;
Д.И. Морозов: выполнение патоморфологического исследования;
И.Г. Сергеева, С.В. Сидоров: научное консультирование;
С.П. Шевченко: научное редактирование, научное консультирование, анализ полученных данных.

Authors' contribution

K.A. Kretova: article writing, obtaining data for analysis, analysis of the data obtained;
E.V. Kopeikina, O.G. Goncharova: development of treatment tactics;
O.S. Nazarko, D.A. Obukhova: obtaining data for analysis, design of illustrated material;
D.I. Morozov: performing a pathomorphological study;
I.G. Sergeeva, S.V. Sidorov: scientific consulting;
S.P. Shevchenko: scientific editing, scientific consulting, analysis of the data obtained.

ORCID авторов / ORCID of authors

К.А. Кретьова / K.A. Kretova: <https://orcid.org/0000-0003-0119-2342>
Е.В. Копейкина / E.V. Kopeikina: <https://orcid.org/0000-0002-0374-6057>
И.Г. Сергеева / I.G. Sergeeva: <https://orcid.org/0000-0003-1748-8957>
С.В. Сидоров / S.V. Sidorov: <https://orcid.org/0000-0001-6968-9596>
С.П. Шевченко / S.P. Shevchenko: <https://orcid.org/0009-0002-2537-5290>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.

Funding. The work was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов. Пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Compliance with patient rights. The patients gave written informed consent to the publication of his data.

Статья поступила: 19.06.2022. Принята к публикации: 25.03.2023.

Article submitted: 19.06.2022. Accepted for publication: 25.03.2023.