

Случай первично-множественного плоскоклеточного рака области головы и шеи

Г.О.Агабекян^{✉1}, Д.К.Стельмах¹, А.А.Айдарбекова²

¹ФГБУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России. 115478, Россия, Москва, Каширское ш., д. 23;

²Национальный центр онкологии Минздрава Киргизии. 720064, Киргизия, Бишкек, ул. Ахунбаева, д. 92

В статье описан клинический случай первично-множественного метакронного плоскоклеточного рака с последовательным поражением трех органов головы и шеи в течение 32 лет – языка, гортано-, ротоглотки.

Ключевые слова: первично-множественные злокачественные опухоли, метакронный рак, опухоли головы и шеи, плоскоклеточный рак.

[✉]koar-a@mail.ru

Для цитирования: Агабекян Г.О., Стельмах Д.К., Айдарбекова А.А. Случай первично-множественного плоскоклеточного рака области головы и шеи. Современная Онкология. 2016; 18 (2): 78–80.

Second primary cancer in patients with head and neck squamous cell carcinoma: case report

G.O.Agabekyan^{✉1}, D.K.Stelmakh¹, A.A.Aydarbekova²

¹N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center of the Ministry of Health of the Russian Federation. 115478, Russian Federation, Moscow, Kashirskoe sh., d. 23;

²National Oncology Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. 720064, Kyrgyz Republic, Bishkek, ul. Akhunbaeva, d. 92

We report a clinical case of metachronous multiple primary squamous cell carcinoma with three successive defeats of the head and neck for 32 years – the language, hypopharynx, oropharynx.

Key words: second primary tumors, metachronous cancer, head and neck cancer, squamous cell carcinoma.

[✉]koar-a@mail.ru

For citation: Agabekyan G.O., Stelmakh D.K., Aydarbekova A.A. Second primary cancer in patients with head and neck squamous cell carcinoma: case report. Journal of Modern Oncology. 2016; 18 (2): 78–80.

Проблема первично-множественных злокачественных опухолей на сегодняшний день весьма актуальна. Возникновение вторых опухолей не является редким, частота, по данным зарубежных авторов, составляет 0,73–11,7% в зависимости от прижизненной и посмертной постановки диагноза, число растет с каждым годом. По данным G.Bedi и соавт. (1996 г.), пациенты, излеченные от рака органов головы и шеи, имеют заболеваемость вторыми первичными опухолями с частотой 2–3% в год [1], по данным отечественных исследователей – от 0,3 до 2,2% [2]. Показатель заболеваемости первично-множественными злокачественными новообразованиями в России в 2004 г. составлял 8,3 на 100 тыс. населения, а доля синхронно развившихся новообразований от общего числа первично-множественных опухолей достигает 33% [2].

В среднем 0,1% среди общего числа онкологических больных имеют как минимум 3 злокачественных новообразования [3].

В настоящее время актуальными считаются следующие критерии первичной множественности опухолей:

- 1) каждая из опухолей должна иметь гистологически подтвержденную клинику злокачественности;
- 2) опухоли должны располагаться отдельно: между ними должно быть как минимум 2 см нормальной слизистой, за исключением тех же мест, но разделенных временным промежутком 5 лет и более;
- 3) должна быть исключена возможность того, что одна из опухолей является метастазом другой [4].

Наиболее частые локализации вторых опухолей у пациентов, излеченных от рака органов головы и шеи:

- 1) органы головы и шеи, преимущественно полость рта, гортано-, ротоглотка (50–72,9%);
- 2) легкие (14,6–34%);
- 3) пищевод (8,3%).

Курильщики, лица, злоупотребляющие алкоголем, жевательными смесями, имеют высокий риск развития злокачественных образований, как первичных, так и повторных [5, 6].

Риск развития злокачественных образований полости рта у курящих повышен в 6–11 раз [7].

В зависимости от сроков возникновения все первично-множественные опухоли делятся на синхронные и метакронные. Синхронными принято считать возникновение 2 опухолей и более в течение 6 мес, после этого срока опухоли метакронны. Чаше встречаются метакронные опухоли с частотой развития 1,5% в год [8, 9]. У мужчин риск развития выше, чем у женщин [10].

Большее число пациентов выживают после излечения первичной опухоли, продолжают жить жизни населения увеличивается после оказания медицинской помощи, становятся более доступными сложные диагностические и лечебные технологии – все это приводит к повышению частоты выявления вторых и последующих опухолей.

Однако риск развития вторых и последующих опухолей повышен у пациентов, которые уже получили лечение по поводу злокачественного новообразования, по сравнению с популяцией здоровых [11].

Рассмотрим клинический случай первично-множественной злокачественной опухоли органов головы и шеи.

Больной К. 62 лет поступил в ФГБНУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» в июне 2011 г. с жалобами на боль в области глотки, усиливающуюся при приеме пищи. Курит в течение 40 лет.

В 1981 г. появились жалобы на боль, наличие язвенного дефекта на языке. При обследовании был диагностирован плоскоклеточный рак языка T3N1M0, по поводу которого на первом этапе проводилась химиолучевая терапия. На втором этапе была выполнена операция: фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи слева, электрорезекция тканей дна полости рта, языка, сегментарная резек-

Рис. 1. Вид полости рта после лечения трех метакронных опухолей.



Рис. 2. Внешний вид больного через 4 года после лечения.



ция нижней челюсти, пластика дефекта кожно-мышечным лоскутом с включением грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

В 2001 г. у пациента диагностирован рак гортаноглотки Т4N3M0. Морфологически – плоскоклеточный рак. Проведено 3 курса химиотерапии по схеме PF + лучевая терапия в суммарной очаговой дозе 40 Гр, эффект – полная регрессия опухоли. Осенью 2010 г. на слизистой оболочке боковой стенки ротоглотки слева появилась болезненная язва размером до 1,0 см, лечилась по месту жительства у стоматолога, без эффекта. При обследовании в ФГБНУ «РОИЦ им. Н.Н.Блохина» в 2011 г. диагностирован рак ротоглотки Т3N0M0.

При осмотре: деформация шеи с двух сторон за счет послеоперационных рубцов, при пальпации которых – выраженный фиброз, без узловых образований. Выраженная деформация нижней зоны лица за счет отсутствия подбородочного отдела нижней челюсти. В полости рта – культи языка подвижна, рубцы состоятельны, без признаков рецидива. В области боковой стенки ротоглотки слева определяется опухоль инфильтративно-язвенной формы с подрытыми краями размером 4,0×2,5 см, распространяющаяся на корень языка, болезненная при пальпации. Полностью сохранены функция жевания и глотания. При дообследовании регионарных и отдаленных метастатических поражений не выявлено.

Пациенту были выполнены резекция боковой стенки ротоглотки, корня языка, мягкого неба, пластика дефекта кожно-мышечным лоскутом с включением большой грудной мышцы, трахеостомия. Осложнений хирургического лечения не было, деканюлирован и удален носопищеводный зонд на 7-е сутки. Заживление раны первичным натяжением. Восстановлены функции глотания и жевания в полном объеме, пациент реабилитирован.

При морфологическом исследовании послеоперационного материала – плоскоклеточный ороговевающий рак высокой степени дифференцировки.

Пациент был выписан из клиники через 10 дней в удовлетворительном состоянии. Период реабилитации прошел успешно, больной социально адаптирован, голосовая и глотательная функции сохранены. В настоящее время жив, без признаков рецидива и метастазов. Срок наблюдения составляет 4 года (рис. 1, 2).

Выводы

1. Все пациенты, которые получали лечение по поводу рака органов головы и шеи, имеют постоянный риск развития второй опухоли и должны проходить регулярное наблюдение в течение 10 лет и более с момента излечения [12].
2. Риск возникновения вторых и последующих опухолей головы и шеи у курильщиков повышен до 11 раз [7].
3. Хирургический метод лечения является вариантом выбора при первично-множественных злокачественных опухолях органов головы и шеи.
4. Лечение первично-множественных злокачественных опухолей должно быть направлено на каждую из опухолей в отдельности, может быть одномоментным или многоэтапным в зависимости от стадии, распространенности процесса, соматического состояния пациента, проводимого ранее лечения.
5. Рекомендация постоянного контроля в виде панэндоскопии органов головы и шеи у этих больных является оправданной.

Литература/References

1. Bedi GC, Westra WH, Gabrielson E et al. Multiple head and neck tumors: Evidence for a common clonal origin. *Cancer Res* 1996; 56: 2484–7.
2. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., Алексеев Б.Я. Первично-множественные злокачественные опухоли. Руководство для врачей. Под ред. В.И.Чиссова. М.: Медицина, 2000. / Chissov V.I., Trakhtenberg A.Kh., Alekseev B.Ia. Pervichno-mnozhestvennye zlokachestvennye opukholi. Rukovodstvo dlia vrachei. Pod red. V.I.Chissova. M.: Meditsina, 2000. [in Russian]
3. Bittorf B, Kessler H, Merkel S et al. Multiple primary malignancies: An epidemiological and pedigree analysis of 57 patients with at least three tumours. *Eur J Surg Oncol* 2001; 27 (3): 302–13.
4. Hulikal N, Ray S, Thomas J, Fernandes DJ. Second primary malignant neoplasms: a clinicopathological analysis from a cancer centre in India. *Asian Pac J Cancer Prevention* 2012; 13.
5. Yen TT, Lin WD, Wang CP et al. The association of smoking, alcoholic consumption, betel quid chewing and oral cavity cancer: a cohort study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265 (11).

6. Chen PT, Kuan FC, Huang CE et al. Incidence and patterns of second primary malignancies following oral cavity cancers in a prevalent area of betel-nut chewing: a population-based cohort of 26,166 patients in Taiwan. *Jpn J Clin Oncol* 2011; 41 (12).
7. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. М.: ИМА-Пресс, 2009. / Zaridze D.G. Profilaktika raka. Rukovodstvo dlia vrachei. M.: IMA-Press, 2009. [in Russian]
8. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение и закономерности развития). Дис. ... д-ра мед. наук. М.: РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 1994. / Sel'chuk V.Iu. Pervichno-mnozhestvennyye zlokachestvennyye opukholi (klinika, lechenie i zakonornosti razvitiia). Dis. ... d-ra med. nauk. M.: RONTs im. N.N.Blokbina RAMN, 1994. [in Russian]
9. Cianfriglia F, DiGregorio DA, Manieri A. Multiple primary tumours in patients with oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 1999; 35: 157–63.
10. Абдурасулов Д.М. Основные принципы лечения, прогнозирования и реабилитации больных с первично-множественными злокачественными опухолями. Ташкент: Медицина, 1982. / Abdurasulov DM. Osnovnye printsipy lecheniia, prognozirovaniia i reabilitatsii bol'nykh s pervichno-mnozhestvennyymi zlokachestvennyymi opukholiami. Tashkent: Meditsina, 1982. [in Russian]
11. Важенин А.В., Бехтерева Е.И., Бехтерева С.А., Голов Х.Я. Очерки первичной множественности злокачественных опухолей. Челябинск: Иероглиф, 2000. / Vazhenin AV, Bekhtereva EI, Bekhtereva SA, Giulov Kh.Ya. Ocherki pervichnoi mnozhestvennosti zlokachestvennykh opukholei. Cheliabinsk: Ieroglif, 2000. [in Russian]
12. Van der Haring IS, Schaapveld MS, Roodenburg JL, de Bock GH. Second primary tumours after a squamous cell carcinoma of the oral cavity or oropharynx using the cumulative incidence method. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009; 38 (4): 332–8.

Сведения об авторах

Агабекян Гоар Олмеровна – академический аспирант ФГБНУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина. E-mail: koar-a@mail.ru

Стельмах Дмитрий Константинович – науч. сотр. отд-ния опухолей черепно-челюстно-лицевой области ФГБНУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина

Айдарбекова Айжана Азаматовна – д-р мед. наук, ученый секретарь НЦО