Клинический случай/ Clinical case

Клинический случай пациентки с подногтевой меланомой

Ю.И. Павлов¹, e-mail: pavlovu@yandex.ruВ.В. Волков², e-mail: vl.volkov787@mail.ruИ.А. Громов¹, e-mail: i.gromov@cliniastaistchnik.ruА.А. Холопов¹, ORCID: 0000-0003-2152-8536, e-mail: info@nreview.ru¹Южно-Уральский государственный медицинский университет; 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64²Городская клиническая больница № 8; 454071, Россия, Челябинск, ул. Горького, д. 28

Резюме

Подногтевая меланوما является редкой злокачественной опухолью, малоизвестной практикующим врачам. Ее расположение затрудняет диагностику и требует дифференциации с такими состояниями, как ониомикоз, панариций, гематома и т.д. Малосимптомное начало приносит еще больше проблем, уровень ошибок при визуальном осмотре даже у опытных онкологов достигает 25–40%, а средняя продолжительность жизни пациентов с полностью проявившейся меланомой ограничивается 3–4 годами.

Чтобы подчеркнуть необходимость онкологической настороженности при амбулаторном осмотре подногтевых поражений, приводим клинический случай. Женщина 32 лет пришла на прием с жалобой на незаживающую кровоточащую, сравнительно безболезненную рану 5-го пальца левой стопы. Состояние связывала с травмой, около месяца лечилась самостоятельно, «прижигая» рану антисептиками.

После амбулаторной обработки гранулирующей раны материал был послан на гистологическую диагностику, которая показала наличие беспигментной меланомы в стадии активного роста. Женщина была срочно госпитализирована в онкологическое отделение, где проведены экзартикуляция 5-го пальца и пахово-подвздошная лимфаденэктомия. После этого состояние оставалось стабильным, но 14 месяцев спустя появилось образование в области послеоперационного рубца. Исследование нового операционного материала подтвердило рецидив злокачественной меланомы со 2-м уровнем инвазии по Кларку.

По нашему мнению, амбулаторные хирурги не должны задерживать гистологическое исследование при всех язвенных и гранулематозных поражениях стоп, что позволит улучшить дифференциальную диагностику.

Ключевые слова: подногтевой, меланомы, амбулаторный прием, гистологическое исследование

Для цитирования: Павлов Ю.И., Волков В.В., Громов И.А., Холопов А.А. Клинический случай пациентки с подногтевой меланомой. *Амбулаторная хирургия*. 2020;(3-4):61-65. doi: 10.21518/1995-1477-2020-3-4-61-65.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical case of a patient with subungual melanoma

Yurij I. Pavlov¹, e-mail: pavlovu@yandex.ruVladimir V. Volkov², e-mail: vl.volkov787@mail.ruIvan A. Gromov¹, e-mail: i.gromov@cliniastaistchnik.ruAleksandr A. Kholopov¹, ORCID: 0000-0003-2152-8536, e-mail: info@nreview.ru¹South Ural State Medical University; 64, Vorovsky St., Chelyabinsk, 454092, Russia²Clinical Hospital No. 8; 28, Gorky St., Chelyabinsk, 454071, Russia

Abstract

Subungual melanoma is a rare malignant tumor, little known to practitioners. Its location makes diagnosis difficult and requires differentiation with conditions such as onychomycosis, paronychia, hematoma, etc. Unsymptomatic onset brings more problems, the error level during visual examination even among experienced oncologists reaches 25–40%, and the average life expectancy of patients with fully manifested melanoma is limited to 3–4 years.

So we present a clinical case to emphasize the need for oncological alertness during an outpatient examination of the subungual lesions. A 32-year-old woman came to the reception complaining of a non-healing bleeding, relatively painless wound of the left little toe. The condition was associated with trauma, for about a month she treated the wound herself “cauterizing” it with antiseptics.

After outpatient treatment of a granulating wound, the material was sent for histological diagnosis, which showed the presence of pigmentless melanoma in the stage of active growth. The woman was urgently hospitalized in the oncology department, where 5th finger exarticulation and inguinal-iliac lymphadenectomy were performed successfully. After this, the condition remained stable, but 14 months later there was a formation in the area of the postoperative scar. A study of a new surgical material confirmed the recurrence of malignant melanoma with Clark invasion level 2.

In our opinion, outpatient surgeons should not delay histological examination for all ulcerative and granulomatous lesions of the feet, which will improve the differential diagnosis.

Keywords: subungual, melanoma, outpatient, histological examination

For citation: Pavlov Yu.I., Volkov V.V., Gromov I.A., Kholopov A.A. Clinical case of a patient with subungual melanoma. *Ambulatornaya khirurgiya = Ambulatory Surgery (Russia)*. 2020;(3-4):61-65. (In Russ.) doi: 10.21518/1995-1477-2020-3-4-61-65.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Подногтевая меланома (ПМ) является редким и малоизвестным широкому кругу практикующих врачей злокачественным новообразованием, поэтому представленное наблюдение имеет большое практическое значение, так как позволит улучшить диагностику и лечение больных меланомой.

Меланома является одной из наиболее агрессивных злокачественных опухолей кожи. Эта опухоль составляет в структуре всех онкологических заболеваний около 5% [1, 2]. В последние десятилетия практически всеми исследователями отмечен устойчивый рост заболеваемости населения меланомой кожи [3, 4]. Меланома кожи является опухолью визуальной локализации, но более чем у трети больных опухоль выявляется уже лишь при наличии метастазов. Чаще всего факторами риска развития ПМ является не инсоляция, как при других меланомах, а различные хронические раздражители, температурные и механические травмы, хирургические вмешательства при заболеваниях ногтей, выполнение косметических вмешательств на ногтях. Диагноз ПМ на поздних стадиях устанавливается без особого труда. Диагностика на ранних стадиях весьма затруднена. Незнание семиотики может привести к запоздалой верификации. ПМ необходимо дифференцировать в большинстве случаев с грибковым поражением ногтевого ложа (онихомикозом), панарицием, подногтевой и подэпидермальной гематомой, костной мозолью, бородавкой, кавернозной тромбированной гемангиомой, невусом, гипергрануляцией [2, 4].

Существующий уровень диагностики этой опухоли в странах СНГ трудно признать удовлетворительным, несмотря на наружную локализацию опухоли и возможность ее визуального распознавания. До 45,7% больных меланомой кожи поступают в онкологические стационары с далеко зашедшими метастатическими формами заболевания, что, естественно, не позволяет надеяться на успешное их излечение [5].

В России точность клинической диагностики меланомы кожи у врачей общего профиля составляет всего 30%, по данным зарубежных исследователей – 37% [6], а ошибки, несмотря на доступность опухоли визуальному осмотру, даже у опытных онкологов достигают 25–40% [7, 8].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В качестве примера приводим клиническую ситуацию – историю болезни пациентки 32 лет, которая поступила на амбулаторный хирургический прием с жалобами на наличие незаживающей раны на 5-м пальце левой стопы. Из анамнеза установлено, что около одного месяца тому назад женщина случайно ушибла стопу о ножку стола, в результате образовалась рана в области ногтевой фаланги 5-го пальца. Пациентка не обращалась за медицинской помощью, занималась самолечением, которое заключалось в компрессах со спиртовой настойкой йода и бриллиантовой зелени. Болей особых она не испытывала и продолжала такое «лечение» в течение одного месяца. Субъективно по вербальной числовой шкале боли соответствовали уровню 1 из 10. Поскольку рана на 5-м пальце не имела тенденции к заживлению и постоянно контактно кровоточила, пациентка обратилась на амбулаторный прием к хирургу.

При расспросе установлено, что каких-либо изменений на пальце до травмы пациентка не замечала. Соматически значимых заболеваний у себя и у родственников в анамнезе не отмечает. Вредных привычек не имеет.

Объективный осмотр показал следующее. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Стопы без видимых деформаций, теплые. Пульсация в типичных точках и иннервация не нарушены. Объем движений в суставах стопы сохранен.

РИСУНОК 1. Предполагаемый диагноз: посттравматическая гипергранулема пятого пальца левой стопы (07.12.2018)
FIGURE 1. Estimated diagnosis: post-traumatic hypergranuloma of the left little toe (07.12.2018)

РИСУНОК 2. Вид раны через 4 суток после хирургической обработки (11.12.2018)
FIGURE 2. View of the wound 4 days after surgical treatment (11.12.2018)

На кончике 5-го пальца левой стопы имеется выбухающая гранулирующая рана с серозно-геморрагическим отделяемым, легко кровоточащая при контакте. Проксимально рана ограничена фрагментом ногтевой пластинки. Латерально имеется краевой некроз (рис. 1).

Под местной анестезией по Лукашевичу – Оберсту 2%-м лидокаином 4,0 мл гранулема вместе с фрагментом ногтевой пластинки иссечена (проф. Ю.И. Павлов), наложена асептическая повязка с повидон-йодом (Бетадин®, EGIS, Венгрия). Назначены контрольный осмотр и перевязка на 11.12.2018. Препарат направлен на гистологическое исследование.

После иссечения гипергранулемы 5-го пальца левой стопы на 4-е сутки состояние раны улучшилось, отека нет, отделяемое серозное, скудное (рис. 2). Появились островки грануляций и краевая эпителизация (11.12.2018).

Через два дня получены результаты гистологического исследования.

Прижизненное патологоанатомическое исследование (13.12.2018). Микроскопическое описание: новообразование кожи в виде узла, представленное дольками и переплетающимися пучками из полиморфных атипичных клеток овальной и полигональной формы с гиперхромными ядрами, скудно развитой цитоплазмой, окруженные умеренно выраженным лимфогранулоцитарным валом. Определяется распространение опухолевых клеток в пределах ретикулярного слоя дермы. Митозы в ядрах опухолевых

клеток регистрируются в количестве до 3 в 1 мм². Определяется лимфоваскулярная инвазия опухоли и опухолевые эмболы в сосудах. Периневрального роста не обнаружено. Определяется рост опухоли по краям микропрепаратов.

Заключение: беспи́гментная меланома кожи 5-го пальца стопы, эпителиоидноклеточный вариант. Узловая форма, с изъязвлением. Рост опухоли определяется во всех присланных фрагментах ткани. Размеры опухоли 1,3×1,2 см, толщина опухоли (по данным микропрепаратов) 0,3 см. Оценить уровень инвазии по Кларку не представляется возможным в связи с ростом опухоли на всю толщу препарата.

Больная направлена в онкологическое отделение, где 20.12.2018 после обследования произведена левосторонняя экзартикуляция 5-го пальца и пахово-подвздошная лимфаденэктомия (В.В. Волков). Подвздошные лимфоузлы с фолликулярной гиперплазией и синусовым гистиоцитозом. Структура паховых лимфоузлов нарушена за счет очагов роста эпителиоидноклеточной меланомы. Выписана в удовлетворительном состоянии для амбулаторного наблюдения у онколога.

25.02.2020 пациентка госпитализирована в онкологическое отделение с жалобами на появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца на левой стопе. Образование беспи́гментное, округлой формы размерами до 0,5 см на широком основании, без изъязвления. 26.02.2020 под внутривенным обезболиванием образование иссечено.

Гистологическое исследование от 27.02.2020. Фрагменты кожи, эпидермис с выраженным ороговением. В сосочковом слое дермы 5 гнезд из эпителиоидных клеток с крупными четкими ядрышками, с единичными глыбками меланина внеклеточно и в цитоплазме. Отдельно среди кератиновых масс бесструктурный детрит с большим содержанием нейтрофильных лейкоцитов. По краям удаленного фрагмента роста опухоли не найдено.

Закключение: злокачественная меланома (рецидив) эпителиоидно-клеточная с малым содержанием пигмента, 2-й уровень инвазии по Кларку. Удалена в пределах непораженных тканей.

На 20.05.2020 состояние больной удовлетворительное.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Амбулаторным хирургам следует включить меланому (в том числе и беспигментную) в спектр заболеваний для дифференциальной диагностики при всех язвенных и гранулематозных поражениях стоп. Этот случай подчеркивает важность гистологического исследования для верификации диагноза.

Поступила/Received 26.07.2020

Поступила после рецензирования/Revised 10.08.2020

Принята в печать/Accepted 11.08.2020

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 г. *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина*. 2009;20(3):52–90. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-zlokachestvennyimi-novoobrazovaniyami-naseleniya-rossii-i-stran-sng-v-2007-g/viewer>.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. (ред.) *Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность)*. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2013. 289 с. Режим доступа: <https://oncology-association.ru/files/medstat/2011.pdf>.
3. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Смертность населения России и стран СНГ от злокачественных новообразований в 2008 г. *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина*. 2011;22(3S1):93–123. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17334089>.
4. Markovic S.N., Erickson L.A., Ravi D. Rao, Weenig R.H., Pockaj B.A., Bardia A. et al. Malignant Melanoma in the 21st Century, Part 1: Epidemiology, Risk Factors, Screening, Prevention and Diagnosis. *Mayo Clin Proc.* 2007;82(3):364–380. doi: 10.4065/82.3.364.
5. Яценко С.К. Эпидемиология злокачественной меланомы в Республике Таджикистан. *Вопросы онкологии*. 2006;52(1):95–97. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=12880757>.
6. Morton D.L., Essner R., Kirkwood J.M., Wollan R.C. History of melanoma. In: Kufe D.W., Pollock R.E., Weichselbaum R.R., Bast R.C. Jr., Gansler T.S., Holland J.F., Frei E. (eds.). *Cancer Medicine*. 6th ed. Hamilton ON: BC Decker; 2003, pp. 1973–1997.
7. Фрадкин С.З., Залуцкий И.В. *Меланома кожи*. Минск; 2000. 221 с.
8. Соколов Д.В., Ворожцов Г.Н., Махсон А.Н., Кузьмин С.Г. Комплексный метод ранней диагностики меланомы кожи. *Российский онкологический журнал*. 2008;(4):6–9. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23093991>.

REFERENCES

1. Davydov M.I., Aksel E.M. Statistics of malignant neoplasms in Russia and the CIS countries in 2007. *Vestnik RONTs im. N.N. Blokhina = Journal of N.N. Blokhin RCRC*. 2009;20(3):52–90. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-zlokachestvennyimi-novoobrazovaniyami-naseleniya-rossii-i-stran-sng-v-2007-g/viewer>.
2. Chissov V.I., Starinskiy V.V., Petrova G.V. (eds.). *Malignant neoplasms in Russia in 2011 (morbidity and mortality)*. Moscow: National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2013. 289 p. (In Russ.) Available at: <https://oncology-association.ru/files/medstat/2011.pdf>.
3. Aksel E.M., Davydov M.I. Mortality of the population of Russia and the CIS countries from malignant neoplasms in 2008. *Vestnik RONTs im. N.N. Blokhina = Journal of N.N. Blokhin RCRC*. 2011;22(3S1):93–123. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17334089>.
4. Markovic S.N., Erickson L.A., Ravi D. Rao, Weenig R.H., Pockaj B.A., Bardia A. et al. Malignant Melanoma in the 21st Century, Part 1: Epidemiology, Risk Factors, Screening, Prevention and Diagnosis. *Mayo Clin Proc.* 2007;82(3):364–380. doi: 10.4065/82.3.364.
5. Yatsenko S.K. Epidemiology of Malignant Melanoma in the Republic of Tajikistan. *Voprosy onkologii = Oncology issues*. 2006;52(1):95–97. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=12880757>.
6. Morton D.L., Essner R., Kirkwood J.M., Wollan R.C. History of melanoma. In: Kufe D.W., Pollock R.E., Weichselbaum R.R., Bast R.C. Jr., Gansler T.S., Holland J.F., Frei E. (eds.). *Cancer Medicine*. 6th ed. Hamilton ON: BC Decker; 2003, pp. 1973–1997.
7. Fradkin S.Z., Zalutskiy I.V. *Skin melanoma*. Minsk; 2000. 221 p. (In Russ.)
8. Sokolov D.V., Vorozhtsov G.N., Makhson A.N., Kuzmin S.G. Complex Method for early diagnosis of skin melanoma. *Rossiiskii onkologicheskii zhurnal = Russian Journal of Oncology*. 2008;(4):6–9. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23093991>.

Информация об авторах:

Павлов Юрий Икарович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой сестринского дела и ухода за больными, Южно-Уральский государственный медицинский университет; 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64; e-mail: pavlovu@yandex.ru

Волков Владимир Викторович, заведующий онкологическим хирургическим отделением, Городская клиническая больница № 8; 454071, Россия, Челябинск, ул. Горького, д. 28; e-mail: vl.volkov787@mail.ru

Громов Иван Анатольевич, ассистент кафедры травматологии и ортопедии, Южно-Уральский государственный медицинский университет; 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64; e-mail: i.gromov@clinicaistochnik.ru

Холопов Александр Александрович, к.м.н., доцент кафедры сестринского дела и ухода за больными, Южно-Уральский государственный медицинский университет; 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64; e-mail: info@nreview.ru

Information about the authors:

Yurij I. Pavlov, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Nursing and Patients Care, South Ural State Medical University; 64, Vorovsky St., Chelyabinsk, 454092, Russia; e-mail: pavlovu@yandex.ru

Vladimir V. Volkov, Head of the Oncological Surgery Department, City Clinical Hospital No. 8; 28, Gorky St., Chelyabinsk, 454071, Russia; e-mail: vl.volkov787@mail.ru

Ivan A. Gromov, Assistant Professor, Department of Traumatology and Orthopedics, South Ural State Medical University; 64, Vorovsky St., Chelyabinsk, 454092, Russia; e-mail: i.gromov@clinicaistochnik.ru

Aleksandr A. Kholopov, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Nursing and Patients Care, South Ural State Medical University; 64, Vorovsky St., Chelyabinsk, 454092, Russia; e-mail: info@nreview.ru