

Современные методы ранней неинвазивной диагностики меланомы кожи

Цитирование: Неретин Е. Ю. Современные методы ранней неинвазивной диагностики меланомы кожи // Злокачественные опухоли. – 2015. – № 4, спецвыпуск 2. С. – 9–11.

DOI: 10.18027/2224-5057-2015-4s2-9-11

Актуальность исследования. В России, в Самарской области наблюдается постоянный рост заболеваемости меланомой кожи (МК), которая характеризуется многообразием клинических проявлений. Ошибки диагностики встречаются достаточно часто, это приводит в результате гиподиагностики к неадекватному объему хирургического вмешательства, либо к завышенному объему хирургического вмешательства (гипердиагностика).

Цель работы. Оценить диагностические возможности в выявлении меланомы кожи визуального осмотра и цифровой дерматоскопии.

Материалы и методы. Был проведен анализ качества диагностики меланомы кожи на основании анализа первичной учетной документации ЛПУ общей лечебной сети, специализированного уровня за 2013 год (форма № 025/у-04, 090/у, 027–2/у, 030–6/ГРР). С помощью дерматоскопа Delta Heine в ГБУЗ СОКОД проводилась цифровая дерматоскопия пациентов с диагнозом меланомы кожи и другими доброкачественными новообразованиями с последующим анализом по алгоритму ABCDE, предложенные Kittler. Проводилось сравнение статистических показателей диагностики МК при визуальном осмотре в ГБУЗ СОКОД и ЛПУ по месту жительства и цифровой дерматоскопии.

Результаты исследования. Получены следующие показатели: при визуальном осмотре в ЛПУ общей лечебной сети чувствительность – 52,29%, специфичность – 68,2%, при визуальном осмотре в онкологическом диспансере чувствительность – 79,86%, специфичность – 82,3%, при проведении цифровой дерматоскопии чувствительность 88,05%, показатель специфичности составил 84,49%, а точности – 88,05%.

Выводы.

1. Точность диагностики при визуальном осмотре в общей лечебной сети ниже специализированного онкологического центра и требует улучшения.
2. Цифровая дерматоскопия позволяет выявлять меланому кожи на ранней стадии.
3. Точность диагностики при проведении цифровой дерматоскопии выше чем визуального осмотра.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Меланома кожи, цифровая дерматоскопия, визуальный осмотр

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Неретин Е. Ю. – ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, e-mail: evg.neretin2002@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

В Российской Федерации отмечается рост заболеваемости меланомой кожи (МК). В 1990–2010 годах в стране ежегодно регистрировалось от 7732 до 8416 новых заболеваний, удельный вес которых в структуре всех злокачественных новообразований кожи увеличился с 10,5% до 12,2% (Чиссов В. И. и соавт., 1999; Давыдов М. И. и соавт., 2005; Демидов Л. В., Харкевич Г. Ю. и соавт., 2011). Прогноз и исход заболевания зависят от многочисленных факторов, характеризующих как первичную опухоль, так и организм больного (Демидов Л. В., Харкевич Г. Ю. и соавт., 2011; Демидов Л. В., Блинов Н. Н., Константинова М. М., 2004; Анисимов В. В., 2000, 2001; Безуглый А. П., 2009; Gbussen F., Nagel R., 1981).

Исторически меланома кожи (МК) зарекомендовала себя как болезнь с непредсказуемым и бурным течением. Частота меланомы составляет 3–5% от всех первичных злокачественных опухолей кожи, однако она остается главной причиной смерти больных со злокачественными новообразованиями кожи (Демидов Л. В., 2013; Трапезников Н. Н., Аксель Е. М., Бармина Н. М., 1998).

Показатели ранней диагностики МК в России сложно признать удовлетворительными, несмотря на ее наружную локализацию. По мнению ряда авторов при диагностике на этапе первичного звена точность составляет всего лишь 37% (Анисимов В. В., 2001). Более чем у 30% пациентов болезнь выявляется на запущенной стадии, что значительно снижает шансы на успешное излечение (Давыдов М. И., Аксель Е. М., 2005).

В связи с этим растет и смертность от МК, что связано с низкой выявляемостью меланомы на профилактических осмотрах в основном на поздней стадии (Bauer J., Garbe C., 2003). Так, по данным В.И. Чиссова и соавторов (2012), в период с 1997 по 2010 год доля случаев МК, выявленных на профилактических осмотрах, варьировалась от 8 до 12%, а количество случаев, выявленных на 1–2 стадии, варьировалось от 60 до 68%, причем на 1 стадии было выявлено менее 15% (Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2012).

Многочисленные исследования говорят о том, что довольно часто неблагоприятный прогноз при меланоме обусловлен главным образом толщиной опухоли (Breslow A., 1980), наличием или отсутствием изъязвления поверхности опухоли, микрометастазов в регионарных лимфатических узлах (Balch C.M., Soong S.J., Gershenwald J.E. et al., 2001), области поражения, а также от пола.

Ранняя диагностика меланомы кожи является одним из моментов успешного лечения больного. Если диагноз меланомы кожи поставлен на ранней стадии, вероятность излечения приближается к 90–95%. По данным Чиссова В.И., Старинского В.В., Петровой Г.В., 2011 удельный вес больных с запущенными стадиями опухолевого процесса (III–IV стадии) от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в 2010г по меланоме кожи составил 28,3% и только 68,1% больных из числа всех больных с впервые в жизни установленным диагнозом меланомы кожи имели I–II стадию заболевания.

Несмотря на визуально доступную локализацию, в 2010 г всего 19,4% из числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования кожи выявлены при проведении профилактических осмотров, для меланомы кожи этот показатель составляет 11,8%.

Для более точной дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований кожи целесообразно использовать поверхностную микроскопию перед оперативным лечением, особенно (Rona MacKie, 1971).

Начиная с 1987 г. по инициативе N. Cascinelli – президента Меланомной Программы ВОЗ, проводятся многоцентровые исследования по ранней диагностике меланомы кожи.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении МК, результаты 5-летней выживаемости остаются без существенных изменений и в значительной мере зависят от своевременной и адекватной диагностики (Потекаев Н.Н., Решетов И.В., 2009; Анисимов В.В., 2001). В связи с этим идет поиск и разработка новых, наиболее информативных диагностических технологий и методик. Одной из неинвазивных методов исследования, позволяющих правильно поставить диагноз, является цифровая дерматоскопия, которая нашла широкое применение в практике врача онколога.

Цель исследования. Оценить диагностические возможности в выявлении меланомы кожи визуального осмотра и цифровой дерматоскопии.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить чувствительность, специфичность, точность визуального осмотра при диагностике меланомы кожи.

Определить чувствительность, специфичность, точность визуального осмотра при цифровой дерматоскопии меланомы кожи. Сравнить частоту совпадений заключений дерматоскопии с результатами гистологического исследования в зависимости от рТ-категории меланомы кожи.

Сравнить частоту совпадений клинического диагноза на этапе общей лечебной сети

с патоморфологическим заключением в зависимости от рТ-категории меланомы кожи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ качества диагностики, основанный на данных обследования (опрос и осмотр) и лечения 1385 больных, 494 мужчин (35,67%) и 891 женщин (64,33%) в возрасте 20–85 лет (средний возраст – 53,99 года), с различными доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи за период с января по декабрь 2008 года. Эти пациенты были направлены из общей лечебной сети в ГБУЗ СОКОД, где были обследованы, а затем прооперированы с обязательным гистологическим исследованием удаленного новообразования. Результаты предоперационной диагностики сопоставлялись с гистологическим заключением, использованным в качестве референтного метода. Для дерматоскопии использовался дерматоскоп Heine Delta 20 («Heine Optotechnik», Германия) и специальное масло для иммерсии («Heine Optotechnik», Германия). Оценку размеров всего новообразования и отдельных его деталей проводили с помощью шкалы дерматоскопа с миллиметровыми делениями.

Полученное изображение выводили на монитор компьютера и просматривали в режиме различных увеличений. Высокое качество и разрешение при дерматоскопии (10,2 мегапикселей) позволяло увеличивать изображение на экране в 3–5 раз, а по сравнению с истинными размерами кожного образования – в 80–100 раз без потери качества и информативности. Диагностика основывалась на выявлении дерматоскопических феноменов и оценке их цветовых характеристик. Применялся двухэтапный алгоритм обследования, предложенный на Первом Всемирном конгрессе по дерматоскопии (Рим, 2001) для дифференциальной диагностики пигментных поражений кожи. В пользу меланоцитарной природы очага поражения свидетельствует обнаружение в дерматоскопической картине следующих диагностических критериев: пигментная сетка, гранулы или точки, разветвляющиеся полосы. Отсутствие в дерматоскопической картине очага поражения указанных выше трех дерматоскопических элементов позволяет исключить меланоцитарную природу исследуемого пигментного поражения кожи. Для оценки дерматоскопической картины меланоцитарного образования нами использовались дерматоскопические алгоритмы ABCDE, предложенные Kittler и соавторами в 1999 году.

СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Получены следующие показатели: при визуальном осмотре в ЛПУ общей лечебной сети показатель чувствительности составил 52,29%, специфичности – 68,2%. При проведении визуального осмотра в онкологическом диспансере показатели

Таблица 1. Сравнение диагностики меланомы кожи на основании визуального осмотра в ЛПУ общей лечебной сети и на этапе специализированной помощи

	Общая лечебная сеть	ГБУЗ СОКОД
Чувствительность	52,29%	79,86%
Специфичность	68,2%	82,3%

Таблица 2. Частота совпадений клинического диагноза на этапе общей лечебной сети с патоморфологическим заключением в зависимости от pT-категории меланомы кожи

pT-категория меланомы кожи	Количество гистологических заключений	Количество клинических диагнозов	Частота совпадений, в процентах
pTis	4	1	25,00
pT 1	39	14	35,90
pT 2	22	12	54,55
pT 3	27	17	62,96
pT 4	17	13	76,47
Все категории	109	57	52,29

Таблица 3. Частота совпадений заключений дерматоскопии с результатами гистологического исследования в зависимости от pT-категории меланомы кожи

pT-категория меланомы кожи	Количество гистологических заключений	Количество дерматоскопических заключений	Частота совпадений, в процентах
pTis	8	6	75,00
pT 1	58	57	98,28
pT 2	29	29	100,00
pT 3	14	14	100,00
pT 4	10	10	100,00
Итого	119	116	97,48

отличались в лучшую сторону – чувствительность – 79,86%, специфичность – 82,3%.

В таблице 2 представлены данные, отражающие возможности клинической диагностики меланомы кожи на этапе общей лечебной сети в зависимости от pT-категории.

Как видно из представленных данных, возможность клинической диагностики меланомы кожи на этапе общей лечебной сети ограничена и зависит от уровня инвазии опухоли. Так, при pTis и pT 1 она крайне низкая, и составляет лишь

25,00% и 35,59%. При категории pT 2 правильный диагноз устанавливается лишь у половины больных (54,55%). При увеличении уровня инвазии опухоли до pT 3 и pT 4 чувствительность физикального обследования достигает 62,96% и 76,67%.

Данную закономерность можно объяснить тем, что по мере роста опухоли появляются и усиливаются такие макроскопические, достаточно легко определяемые, признаки меланомы кожи, как большие размеры и быстрый рост, экзофитный компонент, изменение цвета, изъязвление, легкая кровоточивость, сателлиты, местные субъективные ощущения.

Появление этих известных признаков облегчает возможность правильной постановки диагноза, однако отражает местное распространение опухоли и свидетельствует о существенном ухудшении прогноза заболевания.

Еще более точно удавалось ставить диагноз меланомы кожи при проведении цифровой дерматоскопии с использованием аппарата Delta Heine 20 и оценке с помощью алгоритма Kittler (таблица 3).

Показатель специфичности составил 84,49%, а точности – 88,05%.

ВЫВОДЫ

Точность диагностики при визуальном осмотре в общей лечебной сети ниже специализированного онкологического центра и требует улучшения.

Цифровая дерматоскопия позволяет выявлять меланому кожи на ранней стадии.

Точность диагностики при проведении цифровой дерматоскопии выше чем визуального осмотра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демидов Л. В., Харкевич Г. Ю. Меланома кожи: стадирование, диагностика и лечение. ПМЖ.– Том 11, № 11, 2003.
2. Avril M. F., Cascinelli N., Cristofolini M. Clinical diagnosis of Melanoma: – W. H. O. Melanoma Programme Publications.– Milano (Italy).–1994–№ 3–28.
3. Finlay A. J., Hammond P Expert system in dermatology: the computer potential. The example of facial tumour diagnosis. Dermatologica. 1986;173 (2): 79–84.
4. Haberman H. F., Norwich K. H., Diehl D. L., Evans S. J., Harvey B., Landau J, Cobbold R. S., O'Beirne H, Zingg W. DIAG: a computer-assisted dermatologic diagnostic system – clinical experience and insight. J Am Acad. Dermatol. 1985 Jan;12(1 Pt 1):132–43.
5. Potter B., Ronan S. G. Computer diagnosis of skin disease. J FamPract.,1990 Feb;30(2): 137–40.
6. Binder M, Sterner A, Schwarz M, Knollmayer S, Wolff K, Pehamberger H. Application of an artificial neural network in epiluminescence microscopy pattern analysis of pigmented skin lesions: a pilot study. Br J Dermatol. 1994 Apr; 130(4):460–5.
7. Burroni M, Corona R, Dell'Eva G, Sera F, Bono R, Puddu P, Perotti R, Nobile F, Andreassi L, Rubegni P. Melanoma computer-aided diagnosis: reliability and feasibility study. Clin. CancerRes. 2004Mar.15;10(6):1881–6.
8. Д. В. Соколов, Н. Н. Потекаев и соавт. Клиническая дерматология и венерология т. 3, с 72–77, 2010.