

ПОДНОГТЕВАЯ МЕЛАНОМА

Бондарчук Владислав Максимович

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Высоцкая Екатерина Юрьевна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Холщевникава Марина Михайловна

студент, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Порошина Лариса Александровна

научный руководитель, старший преподаватель, Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Введение: Меланома — это злокачественная опухоль, развивающаяся из меланоцитов. Она может развиваться из меланоцитов de novo (первичная меланома) или в ранее существующих невусах (вторичная меланома) [2].

Доля меланомы среди новообразований кожи составляет 2 %. Но именно от этого злокачественного новообразования погибает 80 % пациентов с опухолями кожи [1]. Располагается подногтевая меланома в области ногтевого ложа, выглядит, как правило, в виде полосы на ногте. Поражает чаще большие пальцы ног [3].

Актуальность Меланома кожи имеет достаточно выраженное агрессивное течение и самую высокую смертность среди всех злокачественных опухолей кожи [10-12]. Несмотря на то, что меланома кожи является опухолью визуальной локализации, более чем у трети больных опухоль выявляется на поздних стадиях заболевания [12]. Акрально-лентигинозная форма меланомы является одной из разновидностей клинко-морфологических типов. Она возникает на коже пальцев, подошв, ладоней, межпальцевых промежутков, ногтевого ложа и характеризуется определенными клиническими особенностями, отличными от меланомы кожи других клинко-морфологических форм [11]. У лиц негроидной, монголоидной расы и латиноамериканцев данная форма опухоли встречается не менее чем у половины всех больных меланомой кожи, выявляется, как правило, у пожилых лиц и отличается неуклонным ростом числа заболевших.

Наиболее частой формой акрально-лентигинозной меланомы у лиц белой расы является подногтевая меланома (ПМ) . У этой формы меланомы основными факторами ее развития является не инсоляция, а различного рода хронические раздражения [13,14]. К ним относятся обморожения, температурные и механические травмы дистальных фаланг пальцев, косметические вмешательства при заболеваниях ногтей и тд. Скудность клинических проявлений подногтевой меланомы, особенно на ранних стадиях ее развития, а также отсутствие алгоритма диагностики, четкого описания клинической картины, объема хирургического лечения и прогностических факторов при этой форме меланомы говорят о важности темы данной публикации.

Подногтевая меланома - это достаточно редко встречающееся заболевание, которое, по данным доступной литературы, практически не изучалось в Республике Беларусь, а за рубежом представлено ограниченным числом публикаций [11,14].

Материал и методы исследования: Обзор и анализ литературных данных, научных статей по исследуемой проблематике.

Результаты исследования и их обсуждение:

В ходе изучения литературных данных, научных статей по теме подногтевая меланома были выявлены такие наиболее частые признаки:

Признак 1

Под ногтевая форма меланомы может проявляется в виде полосы коричневого или черного цвета. Начинается от ногтевого валика и заканчивается на крае ногтя, данное состояние называется продольной меланонихией. Лекарственные препараты некоторые могут вызывать появление таких полос, а именно ретиноиды и Доцетаксел (Таксотер) [8]. Данный признак может быть и при состояниях, не связанных с меланомой, например, грибковое поражение ногтя, пигментный невус ногтевого ложа.

Признак 2

Симптом Хатчинсона - является одним из наиболее частых признаков этого вида меланомы, заключается в переходе пигментации на ногтевой валик или кончик пальца. В то же время нельзя однозначно утверждать, что этот симптом бывает только при меланоме. Он может наблюдаться при прозрачной кутикуле [8]. Правило A BCDE F диагностики меланомы ногтевого ложа

Aa (age) возраст - свидетельствует о пике заболеваемости подногтевой меланомой в возрасте от 50 до 70 лет, а также обозначает расы с повышенным риском: азиаты и африканцы - на их долю приходится 1/3 всех случаев меланомы.

Bb (brown to black) - так как наиболее частый цвет коричневый и черный, при ширине полосы более 3 мм и расплывчатых границах.

Cc (change) - это говорит о изменении цвета ногтевой пластины ил и отсутствие изменений после лечения.

Dd (digit) - палец, как место наиболее локализации.

Ee (extension) - возникает при распространении пигментации на ногтевой валик или кончик пальца (симптом Хатчинсона).

Ff (Family) - если пациента и\или его родственников была меланома в прошлом или синдром диспластических невусов. [9]

Признаки при помощи которых можно отличить гематому от под ногтевой меланомы на дерматоскопии:

Гематома: [8]

1. Она постоянно продвигается под ногтем вместе с его ростом. Следовательно, отследить данный признак можно, сделав фото образования на фоне линейки, расположенной продольно. Важно отметить, что гематома может не всегда появляться после травмы пальца.
2. Цвет от красно-синего до черно-синего .
3. Не переходит на кутикулу, кончик альца и ногтевой валик .
4. Не весь ноготь вовлекается в процесс в продольном направлении.
5. Может меняться в течении нескольких недель .

6. Интенсивность окраски снижается от центра к периферии.
7. Ей может предшествовать травма.
8. Мелкие кровяные точки, ориентированы по направлению к краю ногтя, при дерматоскопии.

Как устанавливать данный диагноз ?

При подозрении на меланому ногтевого ложа есть 2 варианта развития событий: 1 2
Наблюдение пальца с фотофиксацией и повторными осмотрами.

1. Биопсия с частичным или полным удалением ногтевой пластины.

При этом полученный материал отправляют на гистологическое исследование.

Дифференциальная диагностика:

1. Геморрагия в ногтевом ложе является очень частой причиной коричневой окраски ногтей. Может проявляться как распространённо так и маленькими полосками на поверхностном профиле ногтевого ложа («щепковидные» кровоизлияния). Обычно у пациентов обнаруживаются макротравмы, хотя в области ног частой причиной являются хронические микротравмы, которые человек может даже не замечать (например, у спортсменов-бегунов от ношения неподходящей обуви и т. д.). Обычно гематомы редко могут достигать свободного края ногтя. Изолированные пигментации уходят по мере роста ногтя. Также продольные полоски на ногте могут образовываться при постоянном трении, вызывающим пролиферацию поверхностных капилляров в ногтевом ложе. В этом случае происходит просачивание крови в растущий ноготь. В диагностике используется дерматоскопия [14].
2. Серо-черный пигмент часто могут давать такие грамотрицательные бактерии как *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* и *Proteus*. При этом пигментация начинается с проксимальной или латеральной борозды и далее распространяется на центральные части ногтя. Разграничение достаточно нечеткое, а пигментация небольшой интенсивности. Зеленовато-синяя пигментация может также указывать на инфицирование *Pseudomonas aeruginosa* («зеленая дисхромазия ногтя»), а образующийся пиоцианин даёт зеленовато-синюю флуоресценцию в ярком свете. Бактериальная меланонихия часто возникает при работе в условиях повышенной влажности. Возбудитель может представлять опасность для лиц с угнетенным иммунитетом. Для лечения рекомендуется применять местные антисептики, например, хлоргексидин или полигексанид, при необходимости — системные антибиотики. При инфицировании *Pseudomonas aeruginosa* хороший эффект дают ванночки с разбавленным уксусом.
3. Изменения цвета ногтей, наблюдается в связи с экзогенными пигментами, например, грязью, красителями, табаком или марганцовокислым калием, обычно находятся на поверхности ногтей и при их отрастании продвигаются вдоль проксимальной борозды (не изгиба лунки). Данные изменения можно соскоблить, а удаленная ткань регенерируется по мере роста ногтя. Если же пигментация вызвана марганцовокислым калием, двуокись марганца можно обесцветить нанесением 5–10% раствора аскорбиновой кислоты .
4. Невусы любого вида, включая врожденные, могут имитировать меланому.

Лечение подногтевой меланомы:

Как правило, чаще всего речь идет об ампутации пальца. В последнее время многие исследователи склоняются к ампутации только фаланги вместо всего пальца. Так как есть работы, в которых показано, что величина отступа не влияет на прогноз заболевания.

Прогноз. Как и при меланоммах других локализаций, прогноз непосредственно зависит от результатов гистологического исследования с ногтя. В то же время необходимо отметить, что прогноз при подногтевой меланоме хуже, чем при расположении на остальных участках тела. Чем меньше толщина по Бреслоу, тем лучше прогноз.

Список литературы:

1. Miller AJ, Mihm MC. Melanoma. N Eng J Med. 2006; 355:51-65.
2. Козловская, В. В. Новообразования кожи: патогенез, клиника, диагностика, лечение : учеб.-метод. пособие для студентов лечеб., мед.-диагн. фак-тов, клин. Ординаторов, врачей-стажеров / В. В. Козловская, Л. А. Порошина, Е. А. Хайкова. - Гомель : ГомГМУ, 2011. - 44 с.
3. Kuchelmeister C, Schaumburg-Lever G, Garbe C. Acral cutaneous melanoma in caucasians: clinical features, histopathology and prognosis in 112 patients // J. Dermatol. – 2000
4. Jae Ho Lee, Ji-Hye Park, Jong Hee Lee, Dong-You Lee. Early Detection of Subungual Melanoma In Situ: Proposal of ABCD Strategy in Clinical Practice Based on Case Series Ann Dermatology. 2018 Feb; 30(1): 36-40.
5. Stephan Braun, MD and Peter Gerber, MD. Subungual malignant melanoma. CMAJ. 2015 Sep 8; 187(12): 909.
6. Pierre Halteh, Richard Scher, MD, FACP, Amanda Artis, MS, MPH, and Shari R. Lipner, MD, PhD. A Survey Based Study of Management of Longitudinal Melanonychia Amongst Attending and Resident Dermatologists. J Am Acad Dermatol. 2017 May; 76(5): 994-996.
7. Kamran Khan and Arun A Mavanur. Longitudinal melanonychia. BMJ Case Rep. 2015; 2015: bcr2015213459.
8. Holger A. Haenssle, Andreas Blum, Rainer Hofmann-Wellenhof, Juergen Kreusch, Wilhelm Stolz, Giuseppe Argenziano, Iris Zalaudek, and Franziska Brehmer. When all you have is a dermatoscope— start looking at the nails. Dermatol Pract Concept. 2014 Oct; 4(4): 11-20.
9. Levit EK, Kagen MH, Scher RK, Grossman M, Altman E. The ABC rule for clinical detection of subungual melanoma. J Am Acad Dermatol. 2000 Feb;42(2 Pt 1):269-74.
10. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина, 2009, 20(3): 158.
11. Мяснянкин М.Ю., Гафтон Г.И., Анисимов В.В. и др. Акрально лентигинозная меланома: современное состояние проблемы. Вопросы онкологии, 2015, 61(4): 563-570.
12. Bradford PT, Goldstein AM, McMaster ML et al. Acral lentiginous melanoma. Incidence and survival pattern in the United States, 1986-2005. Archive of Dermatological Research, 2009, 145: 427-434.
13. Phan A, Touzet S, Dalle S et al. Acral lentiginous melanoma: a clinicoprognostic study of 126 cases. Br J Dermatology, 2006, 155: 561-569.
14. Soundry E, Gutman H, Feinmesser M et al. «Gloves-and-socks» melanoma: does histology make a difference? Dermatol Surg, 2008, 34: 1372-1378.