

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ УСПЕШНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНОГО С ЭРИТРОПЛАЗИЕЙ КЕЙРА

Е.В. Филоненко, А.Д. Каприн, Б.Я. Алексеев, А.Н. Урлова

ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена»
МЗ РФ, г. Москва

Резюме

В статье описано клиническое наблюдение успешной фотодинамической терапии больного с эритроплазией Кейра. Лечение проведено под спинальной анестезией, после местной аппликации препарата аласенс-гель. Экспозиция препарата составила 5 ч, плотность энергии лазерного облучения – 150 Дж/см². Лечение пациент перенес удовлетворительно. При контрольном осмотре через 3 мес. после лечения зарегистрирована полная регрессия опухоли. Больной наблюдается без рецидива 1,5 года. Таким образом, метод фотодинамической терапии является эффективным в органосохраняющем лечении больных раком полового члена.

Ключевые слова: эритроплазия Кейра, carcinoma in situ, фотодинамическая терапия, аласенс.

Рак полового члена является относительно редкой патологией. В 2010 г. в нашей стране было зарегистрировано всего 499 новых случаев рака полового члена [1]. Средний возраст пациентов составляет 62,3 года. Рак полового члена подразделяют на поверхностные формы (эритроплазия Кейра, болезнь Боуэна), которые исходят из плоского эпителия и ограничены им и не проникают в подлежащую дерму, и инвазивные опухоли (все категории Т). Инвазивные формы представлены плоскоклеточным раком, в том числе его высокодифференцированным вариантом – веррукозным, часто описываемым в литературе, как опухоль Бушке-Левенштейна. Необходимо отметить, что от 15 до 50% пациентов обращается за медицинской помощью через год и более от начала заболевания, когда выполнить органосохраняющее лечение невозможно. Причиной этого является страх пациента перед высокой вероятностью ампутации полового члена [2, 3].

Долгое время ведущим методом лечения рака полового члена был хирургический, в виде пенэктомии, которая является калечащей операцией и сильным психо-травмирующим фактором для многих пациентов, в ряде случаев приводящая к депрессии. Учитывая это стали изучаться варианты органосохраняющего лечения, позволяющие улучшить функциональные результаты, не снижая выживаемости. Выбор оптимального объема хирургического вмешательства по данным ряда авторов зависит от длины органа, расположения опухоли в органе и ее размеров, глубины инвазии и степени дифференцировки. Кроме хирургического лечения применяют криотерапию и местную химиотерапию. При поражении крайней плоти обычно выполняют обрезание, в случае локализации в области головки

полового члена и/или венечной борозды может быть выполнена криодеструкция жидким азотом. Также применяют аппликации с 5% 5-фторурациловой мазью, 30% проспидиновой мазью. При адекватном удалении первичного очага прогноз больше зависит от биологических характеристик опухоли (глубины инвазии, степени дифференцировки), чем от способа ее удаления [4].

Одной из поверхностных форм рака полового члена является эритроплазия Кейра – carcinoma in situ, характеризующаяся появлением на головке или внутреннем листке крайней плоти медленно растущей блестящей ярко-красной бляшки с четкими границами [5]. Эритроплазия Кейра – это довольно редкое заболевание, которым страдают не только лица пожилого возраста, чаще встречается у мужчин с неудаленной крайней плотью полового члена. Эритроплазия Кейра имеет более выраженную тенденцию к развитию плоскоклеточного рака кожи, чем болезнь Боуэна. По данным авторов, в 20–40% случаев эритроплазия Кейра трансформируется в инвазивный плоскоклеточный рак с метастазами в регионарные лимфатические узлы [5]. Клинически эритроплазия Кейра это бессимптомная, мягкая, слегка инфильтрированная, четко очерченная, красная блестящая бляшка неправильной формы с бархатистой или блестящей поверхностью, встречающаяся на слизистых оболочках, особенно часто на головке полового члена, реже – в венечной борозде или внутреннем листке крайней плоти. Поверхность очага часто имеет лаковый вид. Позже на этом фоне могут возникать корки и эрозии.

Приводим клиническое наблюдение применения метода фотодинамической терапии у больного с carcinoma in situ головки полового члена.

Больной Г., 68 лет. 30.07.12 госпитализирован в Центр Лазерной и Фотодинамической диагностики и терапии опухолей МНИОИ им. П.А.Герцена (Центр ЛФДТО) с клиническим диагнозом: carcinoma in situ (эритроплазия Кейра) головки и крайней плоти полового члена. Из анамнеза известно, что пациент считает себя больным с января 2012 г. когда впервые отметил появление кровянистых выделений на коже головки полового члена. Далее стал отмечать наличие гиперемии на коже крайней плоти и головки полового члена, регулярные эпизоды появления кровянистых выделений. В апреле 2012 г. обратился к дерматологу, был поставлен диагноз грибкового поражения, назначен курс консервативного лечения мазями (цитологического исследования не проводилось). В июне 2012 г. в связи с неэффективностью проводимого лечения повторно обратился к дерматологу в Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, рекомендована консультация онколога. Самостоятельно обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена, где после цитологического исследования поставлен диагноз эритроплазия Кейра. Пациент обсужден на консилиуме, рекомендовано проведение фотодинамической терапии, для проведения лечения госпитализирован в Центр ЛФДТО МНИОИ им. П.А.Герцена.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. Жалобы на наличие участков гиперемии кожи головки и крайней плоти полового члена, эпизоды появления кровянистых выделений. Кожные покровы и видимые слизистые (за исключением участков поражения) физиологической окраски и влажности, тургор сохранен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Гемодинамических и дыхательных нарушений нет. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Проведена ПЦР диагностика папилломавирусной инфекции: ДНК ВПЧ

(6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 58, 59, 68 типы) не обнаружено.

Местный статус: кожа в области крайней плоти полового члена циркулярно гиперемирована, утолщена, ширина описанных изменений от 0,8 до 1,5 см. На головке полового члена аналогичное образование до 1,0 см в диаметре (рис. 1).

Больному проведена флюоресцентная диагностика с препаратом аласенс: зарегистрирована яркая красная флюоресценция опухолевых очагов, уточнены их границы, дополнительных очагов флюоресценции не выявлено. При УЗИ органов малого таза и регионарных зон данных за регионарное метастазирование не получено.

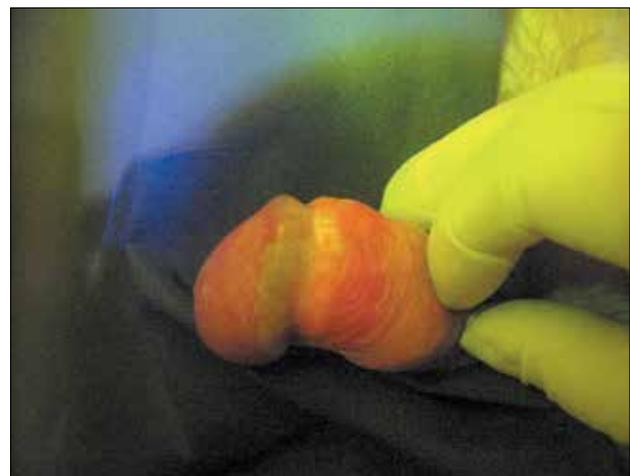
Курс фотодинамической терапии проведен 02.08.2012 г. После 5-ти часовой экспозиции геля аласенс на зону головки и крайней плоти, под спинальной анестезией проведена фотодинамическая терапия с использованием макролинзы. Учитывая конфигурацию опухолевого поражения применялась методика позиционного облучения, плотность энергии лазерного излучения для каждой позиции составляла 150 Дж/см². Сеанс лечения больной перенес удовлетворительно.

При контрольном осмотре через 3 мес. зарегистрирована полная регрессия опухоли. Кожа в области крайней плоти и головки полового члена гладкая, чистая без признаков опухолевой инфильтрации. Срок наблюдения составил 1,5 года, данных за рецидив или прогрессирование заболевания не получено (рис. 2).

Таким образом, фотодинамическая терапия является эффективным органосохраняющим методом лечения больных поверхностным раком полового члена, позволяющим достигать полного клинического эффекта даже в случае обширного по площади опухолевого поражения.



а



б

Рис. 1. Эритроплазия Кейра головки и крайней плоти полового члена: а – осмотр в белом свете; б – осмотр в режиме флюоресценции



а



б

Рис. 2. Полная регрессия опухоли: а - контрольный осмотр через 3 мес. после фотодинамической терапии; б - контрольный осмотр через 15 мес. после фотодинамической терапии

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В.Петровой. - М.:ФГБУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России. - 2012. - С. 99.
2. Micali G., Nasca M.R. Penile cancer// J Am Acad Derm. - 2006. - 54. - P. 369-391.
3. Замятин О.А., Каприн А.Д., Подшивалов А.В. и соавт. Опыт лечения рака полового члена // Андрология и генитальная хирургия. - 2001. - №1. - С. 96.
4. Emerson R.E. et al. Predicting cancer progression in patients with penile squamous cell carcinoma: the importance of depth of invasion and vascular invasion// Scand J Urol Neph. - 2001. - 205. P. 189-193.
5. Ламоткин И.А. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи: Атлас / И.А.Ламоткин. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. - 2006. - С.60-61.

THE CASE OF SUCCESSFUL PHOTODYNAMIC THERAPY IN PATIENT WITH ERYTHROPLASIA OF QUEYRAT

Filonenko EV, Kaprin AD, Alekseev BYa, Urlova AN
P.A. Herzen Moscow Cancer Research Institute, Moscow

The case of successful photodynamic therapy in patient with erythroplasia of Queyrat is re-reported. The treatment was performed under spinal anesthesia after local application of alasens gel. The exposition of the drug was 5 h with light dose - 150 J/cm². There were no complications in the post-treatment period. The complete tumor regression was noticed 3 months after treatment. The follow-up period accounted for 1.5 years. Thus, photodynamic therapy is efficient in terms of organ-preserving treatment in patients with penile cancer.

Keywords: erythroplasia of Queyrat, carcinoma in situ, photodynamic therapy, alasens.

Контакты: Е.В. Филоненко, Elena.filonenko@list.ru