

А. Лаллас¹, М.С. Волошинович², Г.Є. Гірник², І.О. Блага²

Дерматоскопія та менеджмент хворих з базальноклітинною карциномою. Огляд клінічних випадків

¹Університет Аристотеля в Салоніках, Греція²Івано-Франківський національний медичний університет

Одержано: 24.02.2020

Підписано до друку: 4.03.2020

DOI: 10.32471/clinicaloncology.2663-466X.36-4.26811

У статті розглянуто теоретичні основи та практичні аспекти застосування в клінічній практиці дерматоскопії як методу діагностики базальноклітинного раку шкіри. Детально описано дерматоскопічні критерії даного виду пухлин. Подано інформацію про основні анатомо-гістологічні підтипи та найбільш доцільні шляхи ерадикації утворень, як хірургічними, так і консервативними методами. Розглянуто можливість використання епілюмінісцентної мікроскопії як методу перед-оперативного планування меж резекції чи контролю ефективності топічної терапії. Зникнення дерматоскопічних критеріїв базальноклітинної карциноми слугує критерієм видужання, що може бути отримано швидше, ніж макроскопічно видимий результат, водночас наявність — може слугувати підставою для повторних курсів лікування. У разі утрудненої діагностики запропоноване використання алгоритмічних методів аналізу дерматоскопічного зображення, серед яких рекомендовано розглянути «Прогнозування без пігменту», що є доповненням до алгоритму «Хаос і натяжки», котрий розроблено колективом авторів з метою впорядкування диференційної діагностики непігментних утворень, та утворень з недоведеною пігментацією меланіном. Під час аналізу за цим методом перше запитання, що має бути вирішеним, це наявність виразки чи білих ознак (білі лінії, кератинові підказки поверхневого кератину, білі безструктурні ділянки або білі кола). Ці натяжки є підставою для виконання ексцизійної біопсії. У разі їх відсутності застосовується аналіз судин, при якому розрізняють чотири мноморфні структури судин, що відповідають сприятливому діагнозу: червоні, фіолетові або сині грудки, центральнорозміщені, серпігінозні та ретикулярні судини. Усі інші мноморфні структури, а тим паче поліморфний судинний малюнок, оцінюється як привід для виконання біопсії. Наприкінці публікації проаналізовано кілька клінічних випадків. Наведений ілюстративний матеріал та вказано виявлені дерматоскопічні критерії, які були ключовими під час встановлення діагнозу базальноклітинної карциноми у хворих, дані яких розглядалися.

Ключові слова: базальноклітинна карцинома; дерматоскопія; «Прогнозування без пігменту»; діагностика; лікування.

203

Базаліома є найбільш поширеною злоякісною пухлиною, її частка в структурі утворень шкіри — до 75%. Вона є карциномою, що походить з епідермальних клітин [12]. Перші дані стосовно базальноклітинної карциноми (БКК) та її діагностики отримані ще на початку розвитку дерматоскопічного методу як такого. Протягом наступних років вони постійно доповнювалися та вдосконалювалися, розроблялася класифікація, і станом на сьогодні за допомогою епілюмінісцентної мікроскопії діагноз БКК може бути встановлений доволі однозначно, з точністю, що сягає, за результатами різних досліджень, до 95% [1, 10]. Узагальнювальний опис дерматоскопічних критеріїв, які дозволяють верифікувати БКК, та їх гістологічне співставлення наведено нижче (таблиця, рис. 1–6) [7].

Дерматоскопічна мінливість БКК є результатом різних комбінацій вказаних вище критеріїв, що перебувають у залежності від кількох чинників. Крім гістопатологічного підтипу, який є найважливішим детермінантом дерматоскопічної моделі БКК, є певні докази того, що на дерматоскопічний аспект пухлини впливають також фактори, пов'язані з особливостями пацієнта, такими як стать, вік та фототип. Результати досліджень вказують більш високу частоту розвитку поверхневих БКК (пБКК) на тулубі та голіках жінок, тоді як більшість вузлових БКК відмічають на голові та шиї у чоловіків [2, 9]. У людей з темною шкірою більше половини БКК на шкірі містять пігментні включення, тоді як у людей зі світлою шкірою пігментованими будуть менше 10% базаліом [4]. Наявність пігментації в базаліомах може знижувати ефективність фотодинамічної терапії. Крім того, нещодавно було введено концепцію схеми підпису БКК на основі спостережень, що кілька БКК у особи зазвичай проявляють повторюваний дерматоскопічний малюнок [17].

Найчастіше БКК класифікують на такі форми: поверхнева, вузлова, склеродермоподібна та виразкова (ulcus rodens). Однак типові БКК є високополіморфними та їх часом важко класифікувати в один із цих стандартних підтипів. БКК не слід помилково розцінювати як бездіяльний рак, цієї репутації він заслуговує лише у разі відповідального ставлення, коли він вчасно та адекватно пролікований [12].

Гістопатологічний підтип є найважливішим фактором, що впливає на вибір лікування БКК. Це пояснюється тим, що частота реакцій різних підтипів пухлини на заданий спосіб терапії значно відрізняється. пБКК, незважаючи на доброякісний перебіг, у минулому була віднесена до підтипів високого ризику на основі високої частоти рецидивів після операції. Це можна пояснити природною тенденцією пухлини до розширення периферично за межами клінічно видимих меж, що часто призводить до неповного хірургічного висічення та подальшого рецидиву. В останні роки показано, що пБКК чудово реагує на неабляційні методи лікування, такі як застосування імківі模ду або фотодинамічної терапії, спонукаючи експертів рекомендувати останні способи як терапевтичні варіанти першого вибору для цього підтипу [6, 16]. Навпаки, вузловий тип БКК пов'язаний з високим рівнем реакції на хірургічне висічення (до 98%), тоді як нехірургічне лікування набагато менш ефективне [15]. Лікування інфільтративних та склеродермоподібних форм БКК є більш копітким, оскільки для них характерна значна частота рецидивів після операції (до 40%), у той самий час вони погано реагують на нехірургічні методи. Для останніх підтипів пропонується використання MOHS-хірургії [14].

Дерматоскопія надає цінну інформацію для доопераційної верифікації БКК, оскільки декілька доказів свідчать про те,

Таблиця. Узагальнювальний опис дерматоскопічних критеріїв БКК та їх гістологічне співставлення [7]

Дерматоскопічний критерій	Опис	Гістологічна кореляція
Деревовидні судини	Стовбурові судини значного діаметру, що нерегулярно розгалужуються в дрібні термінальні капіляри. Яскраво червоного кольору, добре видимі, зосереджені на поверхні пухлини	Розширені судини дерми, неоваскулярні структури живлення пухлинних тканин
Поверхнева дрібна телеангіектазія	Короткі, тонкі, зосереджені лінійні судини з дуже малою кількістю розгалужень	Телеангіектатичні судини, розташовані в сосочковому шарі дерми
Синьо-сірі овоїдні гнізда	Добре відмежовані, злиті чи близькі до злиття, пігментовані, овоїдної чи витягнутої конфігурації, розміром більші за глобули утворення, що не є тісно пов'язаними з пігментними структурами пухлини	Великі, чітко виражені пухлинні гнізда з пігментними агрегатами, що проникають у дерму
Множинні синьо-сірі глобули	Численні, вільно розміщені круглі чи овальні, добре відмежовані структури, що менші за розміром від гнізд	Невеликі, округлі пухлинні гнізда із центральною пігментацією, локалізовані в сосочковому або ретикулярному шарі дерми
Точки у фокусі	Вільно розташовані, чітко окреслені, маленькі сірі крапки, які візуалізуються в чіткому фокусі	Вільні відкладення пігменту вздовж дермо-епідермального з'єднання або меланофагів або невеликих агрегатів пігментованих клітин новоутворення в сосочковому та ретикулярному шарі дерми
Ділянки, подібні до кленового листа	Напівпрозорі від коричневих до сіро-синіх периферичні листоподібні утворення, які ніколи не виникають з пігментної сітки або із сусідніх зливних пігментованих ділянок	Мультифокальні пухлинні гнізда, що містять пігментні агрегати, з'єднані між собою лобулярними розширеннями. В основному вони локалізуються в епідермісі, рідше в сосочковому шарі дерми
Ділянки «спиці колеса»	Добре відмежовані радіальні виступи, як правило, жовтувато-коричневого, але часом синього чи сірого кольору, що сходяться до темнішої (темно-коричневого, чорного чи синього кольору) центральної осі	Пухлинні гнізда, що з'єднуються з епідермісом, характеризуються пальцеподібними виступами з центрально розташованою пігментацією
Концентричні структури	Неправильної форми глобулоподібні структури різного кольору (сині, сірі, коричневі, чорні) з темнішим центром. Вони, можливо, представляють собою варіації або «попередники» ділянок «спиці колеса»	Невеликі епідермальні пухлинні гнізда з центрально розташованою пігментацією
Виразкування	Одна або кілька великих безструктурних ділянок від червоного до чорно-червоного кольору	Ділянка втрати епідермісу, як правило, покривається гематогенними кірками
Множинні дрібні ерозії	Дрібні кірки від коричнево-червоних до коричнево-жовтих	Тонкі кірки, що перекривають поверхневу втрату епідермісу
Блискучі біло-червоні безструктурні ділянки	Ділянки, що можуть бути прозорими чи непрозорими, від білого до червоного кольору	Дифузний дермальний фіброз чи фіброзна строма пухлини
Короткі білі прожилки (хризаліди)	Короткі та товсті лінії, котрі перетинаються під прямим кутом, видимі лише при поляризованій дерматоскопії (сяючі білі лінії)	Наявність колагенової строми та фіброзу в дермі

204



Рис. 1. Дерматоскопічні критерії БКК. Деревовидні судини



Рис. 2. Дерматоскопічні критерії БКК. Поверхнева дрібна телеангіектазія

що різні гістопатологічні підтипи мають різні дерматоскопічні структури.

Непігментована вузлова БКК, що є найпоширенішим підтипом, зазвичай проявляється напівпрозорим рожевим пухким новоутворенням. Дерматоскопічна ознака вузлової форми БКК — гіллясті судини, також часто виявляється виразка. Пігментована вузлова БКК дерматоскопічно типізується синьо-сірими яйцеподібними гніздами або множинними синьо-сірими крапками/глобулами, зазвичай пов'язаними з гіллястими судинами. Структури, що відповідають дермо-епідермальній пігментації, включаючи структури «кленового листа», ділянки «спиці колеса» та концентричні структури, рідше спостерігаються при вузлових пухлинах і зазвичай розподіляються в периферичній, більш поверхневій частині ураження.

Інфільтративна та склеродермоформна БКК також представлені розгалуженими судинами, що спостерігаються під час дерматоскопії. Однак вони, як правило, більш дрібні, розсіпані й мають менше гілок порівняно з класичними судинами вузлової форми БКК. Крім того, на відміну від глобального напівпрозорого рожевого кольору вузликової БКК, інфільтративна БКК часто містить білі/червоні безструктурні ділянки, тоді як фіброз склеродермоформної БКК призводить до дерматоскопічного білуватого фону.

На противагу цьому, при пБКК, зазвичай, не має класичних розгалужених судин, як правило, вона проявляється поверхневою дрібною телеангіектазією з відносно невеликим розгалуженням. Множинні невеликі ерозії та блискучі білі/червоні безструктурні ділянки представляють додаткові дерматоскопічні критерії непігментованої пБКК. Коли пігментація наявна в поверхневих пухлинах, вона розташована на рівні дермо-епідермального з'єднання, та дерматоскопічно виглядає як напівпрозорі — від світло-коричневого до сіру-

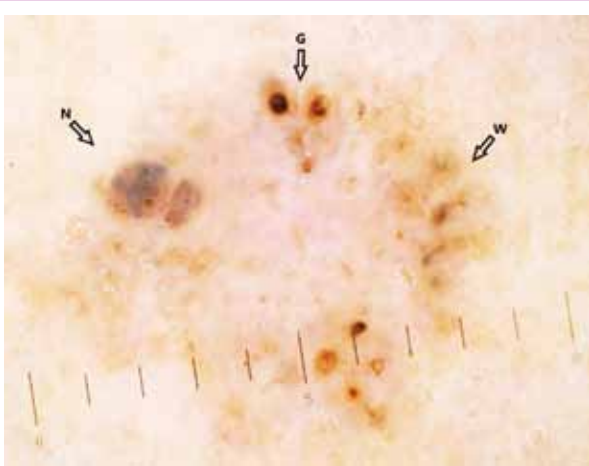


Рис. 3. Дерматоскопічні критерії БКК. Синьо-сірі овоїдні гнізда (N). Множинні синьо-сірі глобули (G). Ділянки «спиці колеса» та концентричні структури (W)



Рис. 4. Дерматоскопічні критерії БКК. Синьо-сірі овоїдні гнізда (N). Множинні синьо-сірі глобули (G). Ділянки подібні до кленового листа (M)

ватою кольору — концентричні структури, ділянки «спиць колеса» або ділянки, подібні на кленове листя. Натомість виявлення синьо-сірих овоїдних гнізд вказує на наявність дермальних пігментованих базаліоїдних гнізд, та свідчить про те, що пухлина не є поверхневою [7].

Фіброепітеліома Pinkus — нечастий варіант БКК, дерматоскопічно типізований біло-рожевим фоновим кольором із дрібними гіллястими судинами в центрі та точковими судинами на периферії [8].

Базоскваозна карцинома традиційно описувалася як нечастий агресивний варіант БКК. Однак його біологічний перебіг та деякі клінічні та епідеміологічні дані досить схожі на плоскоклітинну карциному. Дерматоскопічний прояв — це розфокусовані (периферійні) розгалужені судини, кератинові маси, білі безструктурні ділянки, поверхневі луски, виразки або кров'яні кірки, синьо-сірі плями та плями крові в кератинових масах [5].

Невоїдна БКК — нечастий варіант пухлини, який зазвичай розвивається у пацієнтів із синдромом Горліна — Гольтца. Хоча дерматоскопія невоїдної БКК може виявляти пігментацію коричневого кольору, подібну до тієї, що спостерігається



Рис. 5. Дерматоскопічні критерії БКК. Множинні дрібні ерозії. Блискучі біло-червоні безструктурні ділянки



Рис. 6. Дерматоскопічні критерії БКК. Звиразкування. Хризаліди

у неусів, вона, як правило, виявляє синьо-сірі точки, глобули чи гнізда, часто поєднуючись із розгалуженими судинами [3].

Дерматоскопія може бути використана для планування меж майбутнього хірургічного видалення та з метою контролю за якістю нехірургічних методів лікування, зокрема, у разі використання 5% крему іміквімоду, що рекомендований для видалення дрібних пБКК низького ризику. Препарат застосовується в ділянці пухлинного процесу 1 раз на добу, 5 разів на тиждень протягом 6 тиж. Водночас можливим є призначення і у разі інших форм БКК у разі наявних протипоказань до хірургічного втручання [6, 12]. Зникнення дерматоскопічних ознак БКК слугує критерієм видужання, що може спостерігатися раніше, ніж макроскопічно видимий результат, водночас наявність даних ознак може слугувати підставою для повторних курсів лікування. Зокрема, наявність розгалужених судин, виразкових або пігментованих структур доволі точно вказує на неповне зникнення пухлини. Натомість червоні чи білі безструктурні ділянки, поверхневі дрібні телеангіек-

тазії можуть бути наслідком лікування та не завжди є ознакою рецидиву хвороби. Після початку лікування імквімодом зменшуються розміри та кількість розгалужених судин, ділянок, що нагадують кленовий лист та спицеподібних ділянок, у той час як овоїдні гнізда та синьо-сірі глобули зберігаються впродовж довшого проміжку часу [11]. Водночас, за умови рецидиву, у першу чергу очікуваною є поява синьо-сірих глобул.

Та часом дерматоскопічна верифікація може викликати сумніви, особливо якщо ознаки БКК нечіткі чи суперечливі. Для таких випадків варто надати перевагу одному з алгоритмічних методів аналізу зображення, які хоч і не завжди чітко вказують на діагноз, проте виключають можливість хибної тактики ведення хворого. Один з них — «Прогнозування без пігменту», запропонований колективом авторів з різних країн світу як доповнення до алгоритму «Хаос і натяки», з метою впорядкування диференційної діагностики непігментних утворень та утворень з недоведеною пігментацією меланіном [13].

Під час аналізу за цим методом перше, на що варто звернути увагу, це наявність виразки чи білих ознак (білі лінії, кератинові підказки поверхневого кератину, білі безструктурні ділянки або білі кола). Ці натяки є підставою для виконання ексцизійної біопсії.

Білі лінії, що виявляють під час поляризованої дерматоскопії, чи ретикулярні білі лінії — за відсутності поляризації, свідчать про злоякісність. Доріжки поверхневого кератину, білі безструктурні ділянки та білі кола є більш надійними ознаками злоякісності, ніж судинні прояви. Аналіз судин необхідний лише в тих випадках, коли непігментоване ураження, що викликає занепокоєння, не має ні виразки, ні «білих доказів». Якщо ж будь-яка із цих пріоритетних ознак наявна, то судини слід розглядати як додаткові ознаки для встановлення конкретного діагнозу, а не покладатися на них, аби уникнути виконання біопсії.

У алгоритмі «Прогнозування без пігменту» аналіз судин має здійснюватися таким чином: існує 4 мономорфні структури судин, які відповідають доброякісному діагнозу, коли вони спостерігаються в непігментованому ураженні шкіри. Структура червоних, фіолетових або синіх грудок — характерна для ангіоми. Візерунок центрально розміщених судин типовий для вродженого верукозного невуса чи себорейного кератозу. Візерунок серпігінозних судин характерний для світлоклітинної акантоми. Візерунок ретикулярних судин зазвичай спостерігається в ізольованих ділянках на шкірі, пошкодженій сонцем, також може бути проявом мастоцитозу, відомого як *telangiectasia macularis eruptiva perstans*. Усі інші структури мономорфних судин, а тим паче поліморфний судинний малюнок, слід оцінювати як привід для виконання біопсії.

Наведемо приклади використання методу в практичній діяльності.

Хвора А., 1944 року народження, звернулася до дермато-венерологічного диспансеру зі скаргами на наявність одиночного висипного елемента в зоні під правим оком ближче до бокової поверхні носа, суб'єктивні відчуття в ділянці висипу відсутні. Об'єктивно у вказаному місці папула жовто-рожевого кольору з вираженим судинним малюнком, неправильної форми, до 1 см у діаметрі (рис. 7). *Ad oculos*: неоднорідна, зі слідами рубцювання, поверхневим лущенням. Хвора стверджує, що елемент існував на шкірі протягом 4 років, неодноразово зривався. Під час дерматоскопії утворення неоднорідне, представлене світлими зонами (кератинові ділянки), білими кільцями, одиночною синьо-сірою глобулою та ділянками слабко вираженої дифузної пігментації. Судинний малюнок представлений розгалуженими (деревоподібними) структурами (рис. 8).

Встановлено діагноз базальноклітинної карциноми, хвору направлено на ексцизійну біопсію у зв'язку із специфікою анамнезу, виявленням дерматоскопічних «білих натяків» та особливостями судинних структур утворення. Результат



Рис. 7. Хвора А. Макроскопічне фото пухлини

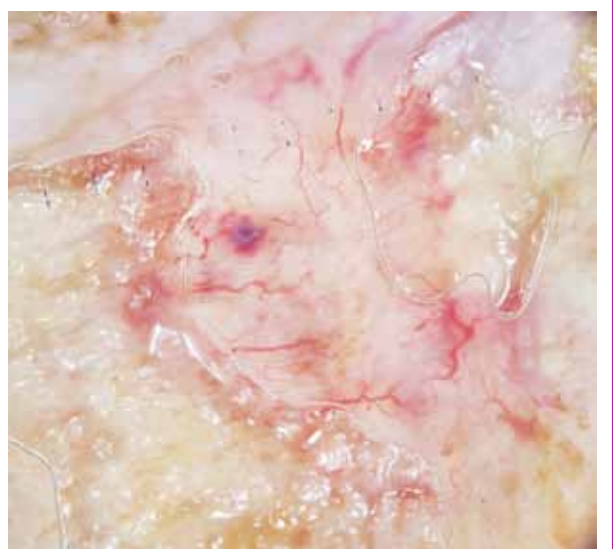


Рис. 8. Хвора А. Дерматоскопічне фото з використанням світлопровідної рідини

патогістологічного дослідження підтвердив попередньо встановлений діагноз.

Хвора Б., 1973 року народження, звернулася до дермато-венерологічного диспансеру зі скаргами на наявність одиночного висипного елемента в ділянці лівої щоки ближче до кута рота, суб'єктивні відчуття в ділянці висипу відсутні. Об'єктивно у вказаному місці вузол жовто-рожевого кольору з вираженим судинним малюнком, округлої форми, до 1,5 см у діаметрі (рис. 9). *Ad oculos*: утворення неоднорідне, горбисте. Хвора стверджує, що елемент існував на шкірі протягом 5 років, травмувався та кровоточив. При дерматоскопії утворення неоднорідне представлене світлими зонами (кератинові ділянки) та ділянками дифузної пігментації з точковим більш інтенсивним пігментованим центром (пігментовані глобули, концентричні структури). Судинний малюнок представлений вираженими розгалуженими (деревоподібними) структурами (рис. 10). Встановлено діагноз пігментованої вузлової ба-



Рис. 9. Хвора Б. Макроскопічне фото пухлини

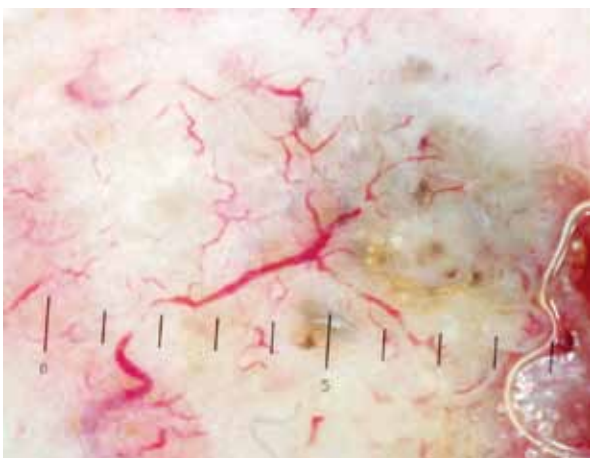


Рис. 10. Хвора Б. Дерматоскопічне фото з використанням світлопровідної рідини

зальноклітинної карциноми, хвору направлено на ексцизійну біопсію у зв'язку зі специфікою анамнезу, макроскопічною картиною та дерматоскопічними особливостями утворення (застосовано аналіз судинного малюнка). Встановлений діагноз підтверджено патогістологічно.

«Прогнозування без пігменту» не слід розглядати як методику, що дає відповіді на всі запитання. У першу чергу, алгоритмічні методи допомагають спеціалісту, котрий ще не набув достатнього практичного досвіду, і його варто використовувати для удосконалення знань та навичок.

Раніше дерматоскопії відводилася другорядна роль у діагностиці раку шкіри. Проте завдяки множинним гістологічним зіставленням, накопиченню доказової бази, верифікації симптомів, розробці методологічних підходів до аналізу зображення ця думка була змінена. Наступним етапом у розвитку дерматоскопії є автоматизація, що може бути реалізована зусиллями нейромереж, а це ще більше підвищить діагностичну цінність методу та спростить його практичне застосування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Altamura, D., Menzies, S. W., Argenziano, G., Zalaudek, I., Soyer, H. P., Sera, F., ... Peris, K. (2010). Dermatoscopy of basal cell carcinoma: Morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 62(1), 67–75. doi: 10.1016/j.jaad.2009.05.035.
- Bastiaens, M. T., Hoefnagel, J. J., Bruijn, J. A., Westendorp, R. G. J., Vermeer, B. J., & Bavinck, J. N. B. (1998). Differences in age, site distribution, and sex between nodular and superficial basal cell carcinomas indicate different types of tumors. *Journal of Investigative Dermatology*, 110(6), 880–884. doi: 10.1046/j.1523-1747.1998.00217.x.
- Betti, R., Crosti, C., Ghiozzi, S., Cerri, A., Moneghini, L., & Menni, S. (2013). Basosquamous cell carcinoma: A survey of 76 patients and a comparative analysis of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas. *European Journal of Dermatology*. doi: 10.1684/ejd.2012.1890.
- Betti, R., Gualandri, L., Cerri, A., Inselvini, E., & Crosti, C. (1998). Clinical features and histologic pattern analysis of pigmented basal cell carcinomas in an Italian population. *Journal of Dermatology*, 25, 691–694. doi: 10.1111/j.1346-8138.1998.tb02484.x.
- Boyd, A. S., Stasko, T. S., & Tang, Y. W. (2011). Basaloid squamous cell carcinoma of the skin. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 64(1): 144–51. doi: 10.1016/j.jaad.2010.02.051.
- Geisse, J., Caro, I., Lindholm, J., Goltz, L., Stampone, P., & Owens, M. (2004). Imiquimod 5% cream for the treatment of superficial basal cell carcinoma: Results from two phase III, randomized, vehicle-controlled studies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 50(5), 722–733. doi: 10.1016/j.jaad.2003.11.066.
- Lallas, A., Apalla, Z., Argenziano, G., Longo, C., Moscarella, E., Specchio, F., ... Zalaudek, I. (2014). The dermatoscopic universe of basal cell carcinoma. *Dermatology Practical & Conceptual*, 4(3), 11. doi: 10.5826/dpc.0403a02.
- Longo, C., Lallas, A., Kyrgidis, A., Rabinovitz, H., Moscarella, E., Ciardo, S., ... Pellacani, G. (2014). Classifying distinct basal cell carcinoma subtype by means of dermatoscopy and reflectance confocal microscopy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 71(4): 716–724. doi: 10.1016/j.jaad.2014.04.067.
- McCormack, C. J., Kelly, J. W., & Dorevitch, A. P. (1997). Differences in age and body site distribution of the histological subtypes of basal cell carcinoma: A possible indicator of differing causes. *Archives of Dermatology*, 133(5), 593–596. doi: 10.1001/archderm.133.5.593.
- Menzies, S. W., Westerhoff, K., Rabinovitz, H., Kopf, A. W., McCarthy, W. H., & Katz, B. (2000). Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Archives of Dermatology*, 136(8), 1012–1016. doi: 10.1001/archderm.136.8.1012.
- Micantonio, T., Fargnoli, M. C., Piccolo, D., & Peris, K. (2007). Letter: Changes in dermoscopic features in superficial basal cell carcinomas treated with imiquimod. *Dermatologic Surgery*, 33(11), 1403–5. doi: 10.1111/j.1524-4725.2007.33303.x.
- Peris, K., Fargnoli, M. C., Garbe, C., Kaufmann, R., Bastholt, L., Seguin, N. B., ... Grob, J. J. (2019). Diagnosis and treatment of basal cell carcinoma: European consensus-based interdisciplinary guidelines. *European Journal of Cancer*, 118, 10–34. doi: 10.1016/j.ejca.2019.06.003.
- Rosendahl, C., Tschandi, P., Cameron, A., & Kittler, H. (2011). Diagnostic accuracy of dermatoscopy for melanocytic and nonmelanocytic pigmented lesions. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 64(6), 1068–73. doi: 10.1016/j.jaad.2010.03.039.
- Smeets, N. W. J., Krekels, G. A. M., Ostertag, J. U., Essers, B. A. B., Dirksen, C. D., Nieman, F. H. M., & Neumann, H. A. M. (2004). Surgical excision vs Mohs' micrographic surgery for basal-cell carcinoma of the face: Randomised controlled trial. *Lancet*, 364(9447), 1766–1772. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17399-6.
- Walker, P., & Hill, D. (2006, February). Surgical treatment of basal cell carcinomas using standard postoperative histological assessment. *Australasian Journal of Dermatology*, 47, 1–12. doi: 10.1111/j.1440-0960.2006.00216.x.
- Wang, I., Bendsoe, N., Klinteberg, C. A. F., Enejder, A. M. K., Andersson-Engels, S., Svanberg, S., & Svanberg, K. (2001). Photodynamic therapy vs cryosurgery of basal cell carcinomas: Results of a phase III clinical trial. *British Journal of Dermatology*, 144(4), 832–840. doi: 10.1046/j.1365-2133.2001.04141.x.
- Zalaudek, I., Moscarella, E., Longo, C., de Pace, B., & Argenziano, G. (2012). The «signature» pattern of multiple basal cell carcinomas. *Archives of Dermatology*, 148(9), 1106. doi: 10.1001/archdermatol.2012.2228.

Дерматоскопія і менеджмент больних с базальноклітинной карциномой. Обзор клинических случаев

А. Лаллас¹, М.С. Волошинович², Г.Е. Гирник², И.А. Блага²

¹Университет Аристотеля в Салониках, Греция
²Ивано-Франковский национальный медицинский университет

В статье рассмотрены теоретические основы и практические аспекты применения в клинической практике дерматоскопии как метода диагностики базальноклеточного рака кожи. Подробно описаны дерматоскопические критерии данного вида опухолей. Представлена информация об основных анатомо-гистологических подтипах и наиболее целесообразных путях эрадикации образований как хирургическими, так и консервативными методами. Рассмотрена возможность использования эпифлуоресцентной микроскопии как метода передоперативного планирования границ резекции или контроля эффективности топической терапии. Исчезновение дерматоскопических критериев базальноклеточной карциномы служит критерием выздоровления, который может быть получен быстрее, чем макроскопически видимый результат, одновременно наличие — может служить основанием для повторных курсов лечения. В случае затрудненной диагностики предложено использование алгоритмических методов

анализа дерматоскопического изображения, среди которых рекомендовано рассмотреть «Прогнозирование без пигмента», который является дополнением к алгоритму «Хаос и намеки», разработанному коллективом авторов с целью упорядочения дифференциальной диагностики непигментных образований и образований с недоказанной пигментацией меланином. При анализе с помощью этого метода первый вопрос, который должен быть решен, это наличие язвы или белых признаков (белые линии, кератиновые подсказки поверхностного кератина, белые бесструктурные участки или белые круги). Эти намеки являются основанием для выполнения эксцизионной биопсии. В случае их отсутствия применяется анализ сосудов, при котором различают четыре мономорфные структуры сосудов, отвечающих благоприятному диагнозу: красные, фиолетовые или синие комки, центрально размещенные, серпигинозные и ретикулярные сосуды. Все остальные мономорфные структуры, а тем более полиморфный сосудистый рисунок, оценивается как повод для выполнения биопсии. В конце публикации проанализированы несколько клинических случаев. Приведен иллюстративный материал и указаны выявленные дерматоскопические критерии, которые были ключевыми при установлении диагноза базальноклеточной карциномы у больных, данные которых рассматривались.

Ключевые слова: базальноклеточная карцинома; дерматоскопия; «Прогнозирование без пигмента»; диагностика; лечение.

Dermatoscopy and management of patients with basal cell carcinoma. Review of clinical cases

A. Lallas¹, M.S. Voloshynovych², G.Y. Girnyk², I.O. Blaga²

¹Aristotle University of Thessaloniki, Greece
²Ivano-Frankivsk National Medical University

The theoretical bases and practical aspects of the dermatoscopy application in clinical practice as a method of basal cell skin carcinoma diagnosis are considered in the article. Dermatoscopic criteria for this type of skin tumor are described in detail. The information about the basic anatomic-histological subtypes and the most expedient ways of tumors eradication, both by surgical

and conservative methods, are given. The possibility of using epiluminescent microscopy as a method before surgical planning of the resection limits or control of the topical therapy effectiveness is considered. As long as the disappearance of dermatoscopic criteria in case of basal cell carcinoma is a recovery criterion that can be obtained faster than a macroscopically visible result, at the same time, the presence of such criteria can serve as a basis for repeated courses of treatment. In difficult cases, the use of algorithmic methods to analyze the dermatoscopic image is suggested. Among these, it is recommended to consider «Prediction without pigment», which is a complement to the «Chaos and Clues» algorithm developed by a team of authors to streamline the differential diagnosis of non-pigmented formations and those with unproven pigmentation by melanin. When analyzing this method, the first question to be resolved is the presence of ulcer or white features (white lines, surface keratin tips, white structureless areas, or white circles). These clues are the basis for excision biopsy performing. In case of their absence, vessel analysis is used. There are four monomorphic vascular structures that correspond to a benign diagnosis: red, purple or blue tubercles, centrally located, serpiginous and reticular vessels. All other monomorphic structures, and especially the polymorphic vascular pattern, should be evaluated as a reason for biopsy. Several clinical cases were analyzed at the end of the publication. Illustrative material was provided and dermatoscopic criteria were found, appeared to be a key in the diagnosis of basal cell carcinoma for the patients under consideration.

Key words: basal cell carcinoma; dermatoscopy; «Prediction without pigment»; diagnostics; treatment.

Адреса:

Волошинович Мар'ян Стефанович
76018, м. Івано-Франківськ, вул. Кропивницького, 16
Івано-Франківський національний медичний університет
E-mail: mvoloshynovych@gmail.com

Correspondence:

Voloshynovych Marian
16 Kropyvnytskogo str., Ivano-Frankivsk 76018
Ivano-Frankivsk National Medical University
E-mail: mvoloshynovych@gmail.com