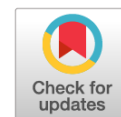


DOI: <https://doi.org/10.17816/DD20211s34>

Прогностические факторы метастазирования меланомы кожи в сторожевые лимфатические узлы

Е.А. Николаева, А.С. Крылов, А.Д. Рыжков

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация

ОБОСНОВАНИЕ. В 1992 г. Д.Л. Мортон и др. продемонстрировали, что клетки меланомы редко пропускают сторожевой лимфатический узел (СЛУ) и метастазируют в другие узлы, следовательно, СЛУ — это первый лимфатический узел, в который попадают метастазирующие раковые клетки из первичной опухоли. С момента внедрения в клиническую практику биопсия СЛУ стала широко распространённой процедурой для прогнозирования состояния регионарных лимфатических узлов. Присутствие метастазов в СЛУ является сильнейшим прогностическим фактором выживаемости, а гистологический статус сторожевого узла неоднократно демонстрировал превосходную прогностическую информацию в отношении распространения рака, безрецидивной и общей выживаемости. Однако роль биопсии СЛУ при меланоме кожи различной толщины по Бреслоу всё еще остаётся предметом дискуссий, поэтому необходимо дальнейшее изучение прогностических факторов, влияющих на частоту метастазирования в СЛУ.

ЦЕЛЬ — оценить прогностические факторы у пациентов с меланомой кожи различной толщины по Бреслоу, влияющие на частоту метастазирования в сторожевые лимфатические узлы.

МЕТОДЫ. В период 2017–2020 гг. в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина было обследовано и прооперировано 229 пациентов с диагностированной меланомой кожи (стадии T1–T4b AJCC) различной локализации и толщины по Бреслоу (средний возраст $52,4 \pm 14,9$ года, диапазон 20–86 лет). Всем пациентам за сутки до операции проведена радионуклидная лимфосцинтиграфия с разметкой СЛУ. По результатам планового гистологического исследования пациенты были разделены на две группы: с метастазами в СЛУ (СЛУ+) и без метастазов (СЛУ-). Оценены следующие прогностические факторы: пол, возраст, локализация первичной опухоли, количество СЛУ, толщина опухоли по Бреслоу.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При изучении влияния пола на частоту возникновения метастазов в СЛУ с применением точного критерия Фишера отмечено его отсутствие ($p=0,77$), при примерно одинаковом соотношении женщин и мужчин (ж/м) в обеих группах: СЛУ- — 112/76 (ж/м); СЛУ+ — 23/20 (ж/м). Более старший возраст пациентов (>35 лет) также ассоциировался с повышенной частотой возникновения метастазов в СЛУ, однако этот показатель не является статистически достоверным. Чаще метастазы в СЛУ обнаруживались при локализации первичной опухоли в области спины (чаще у мужчин) и нижних конечностей (чаще у женщин), при этом опухоли являлись более толстыми (более 3,5 мм). Чаще всего и у мужчин, и у женщин находили один СЛУ+. В группе меланом толщиной $<0,75$ мм ($n=9$) метастазы не обнаружены, среди тонких (0,75–1,0 мм) ($n=14$) — обнаружен один положительный СЛУ, в самой многочисленной группе меланом средней толщины (1–3,5 мм) — 25/145 (17%). Наибольший процент метастазов в СЛУ определяется при толстых меланом ($>3,5$ мм) — 17/61 (28%), что согласуется с данными зарубежной литературы, при этом чаще всего поражены СЛУ при толщине по Бреслоу >7 мм, что согласуется с данными зарубежной литературы. В группе СЛУ- средняя толщина опухоли по Бреслоу составила $2,6 \pm 2,0$ мм, в группе СЛУ+ — $2,9 \pm 4,0$ мм, различия между группами статистически достоверны, что подтверждается результатом однофакторного дисперсионного анализа. Оптимальным пороговым значением толщины опухоли по Бреслоу для выделения больных с прогнозом метастазирования в СЛУ является 2,0 мм. Для него характерны максимальные уровни чувствительности (79%) и специфичности (59,1%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Отмечено отсутствие влияния пола и возраста на риск возникновения метастазов в СЛУ. Оптимальным пороговым значением толщины опухоли по Бреслоу для выделения больных с повышенным риском метастазирования в СЛУ является 2,0 мм. Для него характерны максимальные уровни чувствительности (79%) и специфичности (59,1%). Локализация первичной опухоли в области спины (чаще у мужчин) и нижних конечностей (чаще у женщин) и толщина по Бреслоу более 3,5 мм — статистически значимые прогностические факторы повышенного риска метастазирования в СЛУ.

Как цитировать

Николаева Е.А., Крылов А.С., Рыжков А.Д. Прогностические факторы метастазирования меланомы кожи в сторожевые лимфатические узлы // Digital Diagnostics. 2021. Т. 2 (спецвыпуск 1). С. 34–35. DOI: <https://doi.org/10.17816/DD20211s34>

To cite this article

Nikolaeva EA, Krylov AS, Ryzhkov AD. Prognostic factors of metastasis of skin melanoma to sentinel lymph nodes. *Digital Diagnostics*. 2021;2(1S):34–35. DOI: <https://doi.org/10.17816/DD20211s34>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Kachare S.D., Singla P., Vohra N.A., et al. Sentinel lymph node biopsy is prognostic but not therapeutic for thick melanoma // *Surgery*. 2015. Vol. 158, N 3. P. 662–668. doi: 10.1016/j.surg.2015.05.012
2. Han D., Han G., Duque M.T., et al. Sentinel lymph node biopsy is prognostic in thickest melanoma cases and should be performed for thick melanomas // *Ann Surg Oncol*. 2020. Vol. 28, N 2. P. 1007–1016. doi: 10.1245/s10434-020-08706-0
3. Morton D.L., Wen D.R., Wong J.H., et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma // *Arch Surg*. 1992. Vol. 127, N 4. P. 392–399. doi: 10.1001/archsurg.1992.01420040034005
4. Wong S.L., Faries M.B., Kennedy E.B., et al. Sentinel lymph node biopsy and management of regional lymph nodes in melanoma: American Society of Clinical Oncology and Society of Surgical Oncology clinical practice guideline update // *Ann Surg Oncol*. 2018. Vol. 25, N 2. P. 356–377. doi: 10.1245/s10434-017-6267-7

REFERENCES

1. Kachare SD, Singla P, Vohra NA, et al. Sentinel lymph node biopsy is prognostic but not therapeutic for thick melanoma. *Surgery*. 2015;158(3):662–668. doi: 10.1016/j.surg.2015.05.012
2. Han D, Han G, Duque MT, et al. Sentinel lymph node biopsy is prognostic in thickest melanoma cases and should be performed for thick melanomas. *Ann Surg Oncol*. 2020;28(2):1007–1016. doi: 10.1245/s10434-020-08706-0
3. Morton D.L., Wen D.R., Wong J.H., et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg*. 1992;127(4):392–399. doi: 10.1001/archsurg.1992.01420040034005
4. Wong SL, Faries MB, Kennedy EB, et al. Sentinel lymph node biopsy and management of regional lymph nodes in melanoma: American Society of Clinical Oncology and Society of Surgical Oncology clinical practice guideline update. *Ann Surg Oncol*. 2018;25(2):356–377. doi: 10.1245/s10434-017-6267-7

Для корреспонденции: nikoka1901@gmail.com