

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-5-44-49>

# Метастазы рака молочной железы в кожу волосистой части головы

Мареева А. Н.<sup>1\*</sup>, Смольяникова В. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
107076, Российская Федерация, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

<sup>2</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет)  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
119991, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8

Описан клинический случай метастазирования рака молочной железы в кожу волосистой части головы. Приведены данные о распространенности заболевания в России, необходимости повышения ранней диагностики.

Представлены особенности клинической картины, трихоскопические признаки проявлений неопластического процесса в области скальпа: очаги алопеции 1–3 см в диаметре, в очагах давностью более 6 месяцев кожа эритематозна, атрофична, узлы цвета здоровой кожи или с желтоватым оттенком около 1 см в диаметре; трихоскопия — в очагах давностью более 6 месяцев сосудистые структуры представлены точечными, толстыми и тонкими древовидными сосудами.

В связи с плохим прогнозом по выживаемости при обнаружении метастазов в кожу обозначена актуальность повышения онконастороженности специалистов в отношении внутрикожных метастазов в области волосистой части головы.

Ключевые слова: **алопеция, выпадение волос, рак молочной железы, трихоскопия, метастазы, кожные метастазы**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Мареева А. Н., Смольяникова В. А. Метастазы рака молочной железы в кожу волосистой части головы. Вестник дерматологии и венерологии. 2019;95(5):44–49. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-5-44-49>

# Scalp metastases in breast cancer

Anastasia N. Mareeva<sup>1\*</sup>, Vera A. Smolyannikova<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation  
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russian Federation

<sup>2</sup>I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation  
Trubetskaya str., 8, Moscow, 119991, Russian Federation

This paper describes a clinical case of scalp metastases in the setting of breast cancer. The data on the prevalence of the disease in Russia and the necessity of its early diagnostics is provided. The clinical picture and trichoscopic signs of neoplastic processes in the scalp are presented: alopecia foci of 1–3 cm in diameter; foci older than 6 months featuring erythematous and atrophic skin; nodes of the colour of healthy skin or with a yellowish tint sized 1 cm in diameter; trichoscopy — in the foci older than 6 months, the vascular structures are represented by point, thick and thin tree-like vessels. In connection with a poor prognosis for survival when skin metastases are detected, the onco-alertness of practitioners in relation to scalp metastases should be increased.

**Keywords:** alopecia, hair loss, breast cancer, trichoscopy, metastases, scalp metastases

**Conflict of interest:** the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Mareeva A. N., Smolyannikova V. A. Scalp metastases in breast cancer. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2019;95(5):44–49. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-5-44-49>

## Введение

Рак молочной железы — злокачественная опухоль, исходящая из эпителия ткани молочной железы [1]. В структуре онкологических заболеваний рак молочной железы у женщин в России с 1985 года занимает первое место [2].

В 2015 году зарегистрировано 66 366 новых случаев, что составляет 20,8 % от всей опухолевой патологии у женщин. Средний возраст заболевших составил 61,2 года. Ежегодный стандартизованный показатель прироста заболеваемости составил 1,8 % за последние 10 лет. Кумулятивный риск развития рака молочной железы составляет 5,4 % при продолжительности жизни 74 года [1].

С 2007 по 2018 год отмечается рост распространенности рака молочной железы в России с 318,9 до 471,5 на 100 000 населения [3]. В структуре смертности женского населения рак молочной железы также находится на первом месте, составляя 17,0 %.

Внутрикожные метастазы при раке молочной железы возникают лимфогенным, гематогенным и имплантационным путем. Внутрикожные метастазы при раке молочной железы в области головы локализуются не более чем в 13,5 % случаев [4, 5].

Низкая частота встречаемости метастазирования в кожу скальпа, плохой прогноз по выживаемости (не более 12 месяцев) при обнаружении кожных метастазов обуславливают важность своевременного распознавания неопластического процесса.

## Описание случая

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациентка Т., 66 лет, обратилась в консультативно-диагностический центр ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава РФ с жалобами на образование очагов облысения на коже волосистой части головы в течение года. Начало заболевания связывает с перенесенным ранее стрессом. С момента появления очагов алопеции неоднократно обращалась за оказанием медицинской помощи к дерматологам, был установлен диагноз «Рубцовая алопеция», проводилась терапия наружными глюкокортикостероидными средствами, антимикотическими препаратами без динамики.

Из анамнеза: в 2000 году проведено лечение рака левой молочной железы:  $T_2N_2M_0$ . Стадия III а (ради-

кальная мастэктомия слева с сохранением грудных мышц, химиотерапия по схеме CAF, лучевая терапия). С 2000 года рецидивов не отмечалось.

Наследственность: у отца — рак предстательной железы.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: гипотиреоз. Наблюдается у эндокринолога.

Результаты лабораторных исследований: клинический анализ крови — без значимых отклонений от референсных значений; биохимический анализ крови — без значимых отклонений от референсных значений; ферритин 129 мкг/л (референсные значения 10–120 мкг/л); ТТГ 6,1 мЕд/л (референсные значения 0,4–4,0 мЕд/л).

Локальный статус: при осмотре очаги алопеции 1–3 см в диаметре, в очагах давностью более 6 месяцев кожа эритематозна, атрофична, узлы цвета здоровой кожи или с желтоватым оттенком около 1 см в диаметре. В заушной области справа узел с синюшным оттенком около 1–1,5 см в диаметре (рис. 1–4). Субъективно беспокоил зуд в области образований, болезненности не отмечалось.

Трихоскопия: в очагах давностью более 6 месяцев сосудистые структуры представлены точечными, толстыми и тонкими древовидными сосудами (рис. 5). Обращает на себя внимание отсутствие «желтых точек», дисхромии в виде темно-коричневых и серо-голубых пятен, шелушения, характерных для дискоидной красной волчанки, с которой чаще всего проводится дифференциальная диагностика.

Учитывая нетипичную для рубцовой алопеции клиническую картину, выявление сосудистых структур в виде тонких и толстых древовидных сосудов, необходимо исключить паранеопластический процесс. С целью верификации диагноза проводилось гистологическое исследование биоптата кожи.

Патоморфологическое исследование биоптата кожи: эпидермис неравномерной толщины, незначительный гиперкератоз, акантоз. Дерма резко фиброзирована, между коллагеновыми волокнами видны резко анаплазированные клетки с крупными гиперхромными ядрами, образующие цепочки и примитивные железистые структуры (рис. 6–9).

Заключение: выявленные изменения более соответствуют вторичному поражению кожи: метастазу



Рис. 1. Метастаз рака молочной железы в кожу волосистой части головы  
Fig. 1. Scalp metastasis of breast cancer



Рис. 2. Метастаз рака молочной железы в кожу волосистой части головы  
Fig. 2. Scalp metastasis of breast cancer





Рис. 3. Метастаз рака молочной железы в кожу волосистой части головы  
Fig. 3. Scalp metastasis of breast cancer



Рис. 4. Метастаз рака молочной железы в кожу волосистой части головы  
Fig. 4. Scalp metastasis of breast cancer

низкодифференцированной карциномы, с учетом данных анамнеза наиболее вероятен метастаз протокового рака молочной железы. Пациентка направлена к онкологу на дообследование и лечение.

Результаты инструментальных методов обследования нижеследующие.

**Ультразвуковое исследование.** В мягких тканях волосистой части головы в теменной области справа определяется подкожное гипоэхогенное образование  $2,1 \times 0,6$  см. В заушной области справа в проекции околоушной слюнной железы определяется гипоэхогенное образование  $1,2 \times 0,8$  см. Ниже (под ушной раковиной на уровне угла нижней челюсти) межмышечно определяется гипоэхогенное образование  $0,7 \times 1,2 \times 0,9$  см. Заключение: узловые образования (МТС) в описанных областях.

**Протокол ПЭТ КТ.** Заключение: состояние после комплексного лечения (2000 г.) VI правой молочной железы. На момент сканирования получены ПЭТ/КТ данные о наличии метаболически активной ткани онкоспецифического характера в зоне локальной инфильтрации

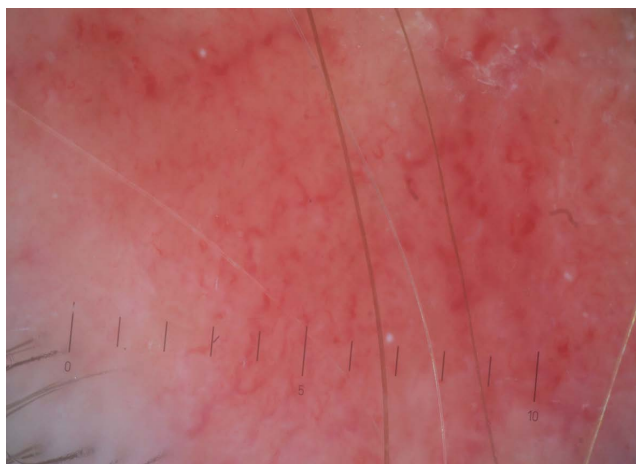


Рис. 5. Трихоскопия метастаза рака молочной железы в кожу волосистой части головы: сосудистые структуры  
Fig. 5. Trichoscopy of a scalp metastasis of breast: vascular structures

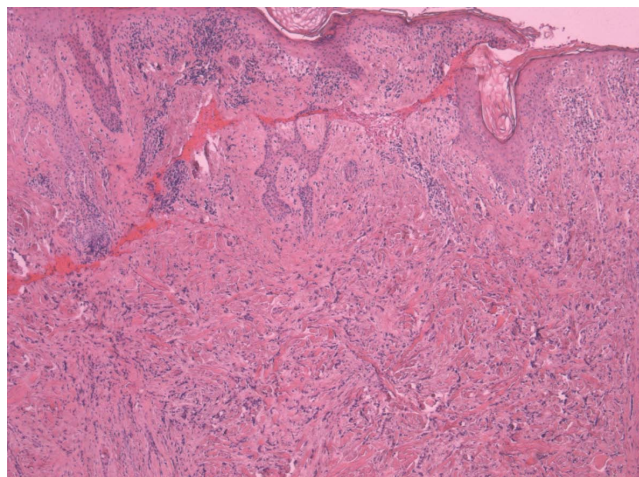


Рис. 6. Патоморфологическое исследование биоптата кожи: метастаз рака молочной железы,  $\times 50$   
Fig. 6. Pathomorphological study of a skin biopsy sample: breast cancer metastasis, magn.  $\times 50$

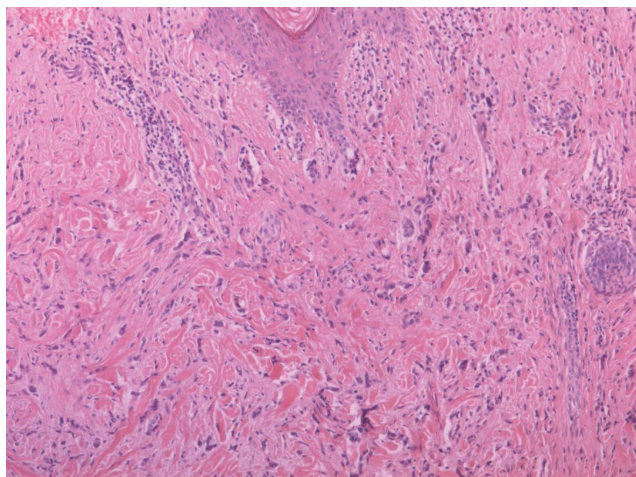


Рис. 7. Патоморфологическое исследование биоптата кожи: метастаз рака молочной железы,  $\times 100$   
Fig. 7. Pathomorphological study of a skin biopsy sample: breast cancer metastasis, magn.  $\times 100$



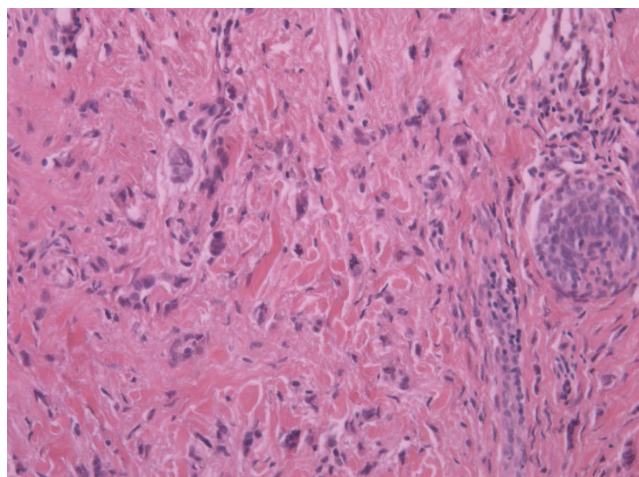


Рис. 8. Патоморфологическое исследование биоптата кожи: метастаз рака молочной железы,  $\times 200$   
Fig. 8. Pathomorphological study of a skin biopsy sample: breast cancer metastasis, magn.  $\times 200$

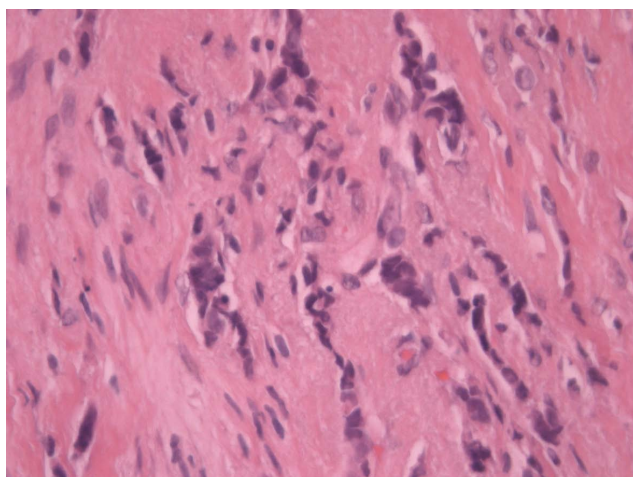


Рис. 9. Патоморфологическое исследование биоптата кожи: метастаз рака молочной железы,  $\times 400$   
Fig. 9. Pathomorphological study of a skin biopsy sample: breast cancer metastasis, magn.  $\times 400$

остаточной клетчатки / послеоперационной области левого гемиторакса; в шейном лимфоузле справа, аксиллярном справа; в вышеуказанных медиастинальных лимфоузлах; в структуре правой околоушной слюнной железы; в подкожном образовании правой теменной области головы, в бластических очагах костных структур зон сканирования. Очаги в легких с избирательной метаболической активностью (рекомендован КТ-контроль в динамике). Рекомендована консультация онколога.

**Патологоанатомическое исследование.** В готовом препарате, в коже, покрытой эпидермисом с небольшими акантолитическими тяжами, в дерме видны атипичные клетки, растущие по типу скirrа. Учитывая анамнез больной (рак молочной железы), картину можно расценивать как метастаз рака молочной железы. Рекомендуется иммуногистохимическое исследование для уточнения гистогенеза рака и его характеристики.

**Иммуногистохимическое исследование образцов кожи волосистой части головы:** метастаз рака молочной железы, РЭ 86, РП 86, Neu2neu, Ki67 — 40 %.

Диагноз основной: C50.4. Злокачественное новообразование верхненаружного квадранта молочной железы.

Пациентка наблюдается у онколога, проводится терапия ингибиторами ароматазы (анастрозол или летрозол) с добавлением рибоциклиба (как альтернатива — палбоциклиб), бифосфонатами.

### Обсуждение

По сообщениям в литературе, метастатические очаги чаще всего представлены округлыми или овальными узлами плотной или плотноэластической консистенции размером от 2 мм до 4 см. Редко имеют необычную конфигурацию, напоминая фурункулы, пиогенные гранулёмы, кератоакантомы, зостериформные элементы [6–9].

Внутрикожные метастазы чаще бывают множественными, располагаются рассеянно или локализованно.

С учетом вариабельности клинической картины образований представляется важным проведение трихоскопии с целью выявления типичного признака неопластического процесса в виде активизации сосудистого рисунка. Обращают на себя внимание структуры в виде точечных, тонких и толстых древовидных сосудов.

Основным методом терапии больных с метастазами рака молочной железы в кожу и мягкие ткани является химиогормонотерапия с многократным повторением курсов лечения. При применении стандартных схем лечения улучшение достигается в 22–27 % случаев, срок ремиссии 2–3 мес. Для местного лечения единичных кожных метастазов традиционно используется хирургический метод, реже — лучевая терапия. Из других методов используют местную химиотерапию, электрохимиотерапию, брахитерапию, лазерную деструкцию, криотерапию, гипертермию и т. д. [10, 11].

Эффективно применение фотодинамической терапии метастазов рака молочной железы (лечебный эффект в 95,7 % случаев, полный регресс очагов — в 33,7 %, частичный — в 39,4 %) [12]. Метод может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с хирургическим и лучевым лечением для улучшения результатов и профилактики рецидивов, а также при неэффективности химиотерапии, лучевого лечения, при рецидивах заболевания после хирургического вмешательства, с паллиативной целью.

### Заключение

Таким образом, с учетом повышения распространенности рака молочной железы среди женщин, зависимости эффективности терапии и продолжительности жизни пациента, в том числе от давности и распространенности неопластического процесса, актуальными являются онконастороженность врачей-дерматологов, знание особенностей клиники, трихоскопической картины внутрикожных метастазов с целью ранней диагностики метастатического процесса и своевременного направления пациента к онкологу. ■

## Литература/References

1. Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России, Российского общества клинической онкологии. Рак молочной железы. М., 2018. 7 с. [Clinical recommendations of the Association of Oncologists of Russia, Russian Society of Clinical Oncology. Mammary cancer. Moscow, 2018. 7 p. (In Russ.)]
2. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году. М.: ФГУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России, 2011. 188 с. [Chissov V. I., Starinsky V. V., Petrova G. V. State of oncological care to the population of Russia in 2010. Moscow: P. A. Herzen Moscow Cancer Institute, 2011. 188 p. (In Russ.)]
3. Каприн В. В., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. 18 с. [Kaprin V. V., Starinsky V. V., Petrova G. V. Oncological care for the population of Russia in 2017. Moscow: P. A. Herzen Moscow Cancer Institute, 2018. 18 p. (In Russ.)]
4. ten Bokkel Huinink W. Treatment of skin metastases of breast cancer. *Cancer Chemother Pharmacol.* 1999;44:31–33.
5. Prabhu S., Pai S. B., Handattu S. et al. Cutaneous metastases from carcinoma breast: The common and the rare. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009;75(5):499–502.
6. Rolz-Cruz G., Kim C. C. Tumor invasion of the skin. *Dermatol Clin.* 2008;26:89–102.
7. Santos-Juanes J., Lopez-Escobar M., Palicio N. V. et al. Zosteriform cutaneous metastasis from a breast carcinoma. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2007;35:89–93.
8. Kuwayama T., Sato T., Nakagawa T. et al. A case of scalp metastases from breast cancer successfully treated with letrozole. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2011;38(12):2183–2185.
9. Shelke V. N., Khandekar S. L., Lodha N. D. et al. Multiple remote cutaneous metastases from male breast carcinoma—cytodiagnosis of a case. *J Cytol Histol.* 2012;3:148.
10. Clive S., Gardiner J., Leonard R. S. F. Mitofosine as a topical treatment for cutaneous metastases in breast carcinoma. *Cancer Chemother Pharmacol.* 1999;44:29–30.5.
11. Gehl J., Matthiessen L. M., Humphreys A. Management of cutaneous metastases by electrochemotherapy. *J Clin Oncol.* 2010;28:15.
12. Горанская Е. В., Каплан М. А., Капинус В. Н. и др. Фотодинамическая терапия в лечении метастатического рака молочной железы. Фотодинамическая терапия и фотодиагностика. 2014;2:15–17. [Goranskaya E. V., Kaplan M. A., Kapinus V. N. et al. Photodynamic therapy in the treatment of metastatic breast cancer. *Photodynamic Therapy and Photodiagnosics.* 2014;2:15–17. (In Russ.)]

**Информация об авторах**

**Анастасия Николаевна Мареева\*** — к.м.н., врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического центра Государственного научно-го центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: nastasya\_66@mail.ru

**Вера Анатольевна Смольяникова** — д.м.н., профессор, врач-патологоанатом Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Information about the authors**

**Anastasia N. Mareeva\*** — Cand. Sci. (Med.), Dermatovenerologist, Consultative Diagnostic Centre, State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: nastasya\_66@mail.ru

**Vera A. Smolyannikova** — Dr. Sci. (Med.), Prof., Pathologist, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation