

© CC 0 Коллектив авторов, 2020  
УДК 616.352:616.5]-07-089  
DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-5-95-97

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОПЫТ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БОУЭНА ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

А. З. Цицкарава\*, А. Н. Демин, А. Ю. Корольков, С. М. Лазарев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова»  
Министерства здравоохранения России, Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 10.09.20 г.; принята к печати 07.10.20 г.

Болезнь Боуэна – онкологическое заболевание, которое редко встречается в практике врача-колопроктолога. Дифференциальная диагностика и возможность полноценного обследования определяют своевременно поставленный правильный диагноз. Хирургическое вмешательство является радикальным и эффективным методом лечения злокачественных новообразований кожи периаанальной области. Представляем клинический случай, описывающий успешное лечение периаанальной формы болезни Боуэна.

**Ключевые слова:** болезнь Боуэна, периаанальная форма болезни Боуэна, злокачественные новообразования кожи, рак кожи периаанальной области, хирургическое лечение рака кожи

**Для цитирования:** Цицкарава А. З., Демин А. Н., Корольков А. Ю., Лазарев С. М. Диагностические особенности и опыт успешного хирургического лечения болезни Боуэна периаанальной области. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2020;179(5):95–97. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-5-95-97.

\* **Автор для связи:** Александра Зуриковна Цицкарава, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: alexis.karava@yandex.ru.

## DIAGNOSTIC FEATURES AND SUCCESSFUL TREATMENT OF PERIANAL BOWEN'S DISEASE

Aleksandra Z. Tsitskarava\*, Andrey N. Demin, Andrey Yu. Korolkov, Sergey M. Lazarev,

Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

Received 10.09.20; accepted 07.10.20

Bowen's disease is the oncological process, which is rarely found in coloproctologist practice. Early verified diagnosis is ensured of possibility of full checkup and differential diagnostic. Surgery is radical and effective treatment of a perianal skin cancer. We report about the clinical case that describes successful treatment of perianal Bowen's disease.

**Keywords:** Bowen's disease, perianal Bowen's disease, malignant skin tumor, perianal skin cancer, surgical treatment of skin cancer

**For citation:** Tsitskarava A. Z., Demin A. N., Korolkov A. Yu., Lazarev S. M. Diagnostic features and successful treatment of perianal Bowen's disease. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2020;179(5):95–97. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-5-95-97.

\* **Corresponding author:** Aleksandra Z. Tsitskarava, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: alexis.karava@yandex.ru.

**Введение.** Болезнь Боуэна (Bowen) впервые была описана дерматологом John Templeton Bowen в 1912 г. [1] на основании двух клинических случаев у пациентов с нетипичной эпителиальной пролиферацией на коже. При этом первый случай поражения кожи периаанальной локализации обнаружен Р. Vickers лишь спустя десятилетия, в 1939 г. [2]. В течение следующих лет болезнь оставалась крайне редкой: по данным обзоров литературы [3], насчитывается не более 100 описанных случаев заболевания с периаанальным поражением. При этом до 39% подтвержденных диагнозов являются послеоперационными при гистологическом исследовании удаленных геморроидальных узлов у пациентов с геморроем [4].

Заболевание характеризуется неспецифической клинической картиной: зуд, шелушение, дискомфорт и болезненность в периаанальной области, выделение крови. При объективном осмотре отмечаются разнообразные дерматологические проявления: чешуйчатые высыпания, папулы, бляшки, папилломатозные выросты, остроконечные кондиломы [5]. В подтверждении диагноза болезни Боуэна определяющую роль играют выполнение биопсии измененных участков кожи периаанальной области и гистологическое исследование материала. Морфологические изменения имеют ряд характерных признаков (гиперкератоз, паракератоз, акантоз, утолщенный эпидермис), включая главный отличительный

для верификации диагноза – наличие бовеноидных клеток [6]. Гистологическая картина данных изменений классифицируется как интраэпителиальный плоскоклеточный рак. В редких случаях болезнь переходит в инвазивную форму [5]. Есть данные, что перианальное поражение при болезни Боуэна может быть ассоциировано с вирусом папилломы человека (тип 16 и 18) [7], а также с другими различными новообразованиями пищеварительной, дыхательной и мочеполовой систем [8]. В дерматологии среди методов лечения болезни Боуэна применяются следующие препараты и методы: имихимод, 5-фторурацил, фотодинамическая терапия, выскабливание, криотерапия, хирургическое иссечение. Однако наибольшую эффективность доказало применение хирургических методов лечения (широкое иссечение) в сравнении с фотодинамической терапией и местным использованием 5-фторурацила в виде отсутствия рецидива заболевания в течение 5 лет отдаленных наблюдений за пациентами [9].

Представляем клинический случай злокачественного новообразования кожи перианальной области, диагностированного и успешно пролеченного в НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова.

**Клиническое наблюдение.** В 2016 г. пациент А. в возрасте 63 лет обратился за консультацией к колопроктологу КДЦ ПСПбГМУ им. И. П. Павлова с жалобами на зуд, уплотнение и боли в перианальной области. Постепенно нарастающие вышеописанные жалобы пациента беспокоили на протяжении последних полутора лет. Было известно, что пациент неоднократно обращался к специалистам, длительное время наблюдался дерматологом с диагнозом: «Микоз перианальной области». Пациент получал местную консервативную терапию со слабым положительным эффектом. В течение последних нескольких месяцев пациент стал отмечать повышенную чувствительность, выраженные зуд и жжение, уплотнение и грубость кожи в перианальной области.

После подробного разбора анамнеза заболевания, особенностей жизни и работы пациента (ранее пациент работал на производстве в непосредственном контакте с химическими веществами) был проведен первичный объективный осмотр. Местный статус: локально в перианальной области на расстоянии 1,5 см от задней полуокружности ануса определяется участок уплотнения 2,5×4,0 см с белесоватой чешуйчатой поверхностью и омозоловыми краями, не смещаемый, безболезненный при пальпации. Других изменений кожи перианальной области не отмечается. Анальный сфинктер в нормотонусе. Слизистая анального канала без особенностей. При ректальном осмотре определялись увеличенные внутренние геморроидальные узлы, расположенные на 3,7 и 11 часах по условному циферблату. Осмотр безболезненный. На перчатке патологического отделяемого обнаружено не было. Выполнена аноскопия и ректороманоскопия. Осмотренный участок прямой кишки на расстоянии 22 см от ануса – без особенностей. Слизистая прямой кишки свободно расправляется воздухом, обычного розового цвета, сосудистый рисунок не изменен. Внутренние геморроидальные узлы пролабированы в анальный канал, слизистая ярко-розовая, без мацерированных участков. На высоте осмотра патологии не обнаружено.

Учитывая особенности клинической картины заболевания, локальное поражение кожи перианальной области, неэффективность ранее проводимой консервативной терапии, пациенту

поставлен предварительный диагноз: «Новообразование кожи перианальной области?». Дифференциальный диагноз проводился между экземой, перианальным дерматитом и злокачественным поражением кожи (болезнь Боуэна? экстремаммарная форма рака Педжета?).

Первоначально из диагностического плана была выполнена инцизионная биопсия пораженного участка кожи перианальной области. За время выполнения гистологического исследования на амбулаторном этапе исключены вирусное поражение (вирус папилломы человека), иммунодефицитные состояния (ВИЧ, сифилис, гепатит В и С). По данным проведенного морфологического исследования верифицирован диагноз «Болезнь Боуэна»: в препарате кусочек кожи с выраженными признаками дисплазии эпителиального пласта, выраженным акантозом, гипер- и паракератозом, диффузной перифокальной инфильтрацией лимфоцитами; признаки инвазии в окружающие ткани отсутствуют.

В январе 2017 г. пациент госпитализирован в плановом порядке в НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова с диагнозом: «Болезнь Боуэна перианальной области» для дообследования и оперативного лечения. С целью исключения наличия неопластических процессов другой локализации план обследования состоял из эзофагогастроскопии (ЭФГДС), видеоколоноскопии (ВКС), ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, мочевого пузыря и предстательной железы, компьютерной томографии органов грудной клетки, магнитно-резонансной томографии малого таза. По данным ЭФГДС выявлены язва двенадцатиперстной кишки, эрозивный бульбит. Пациенту проведен курс противоязвенной терапии с положительным эффектом, в дальнейшем продолжалось гастропротективное лечение. В ходе ВКС впервые обнаружены дивертикулы ободочной кишки без признаков воспаления и полипы толстой кишки (тотальная биопсия, заключение гистологического исследования: «Гиперпластический полип»). По результатам выполненных ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, патологии не обнаружено. Таким образом, исключено наличие другого онкологического заболевания. Учитывая поставленный диагноз, локализацию и распространение неопластического процесса, доказанную эффективность хирургического иссечения пораженной кожи при данной патологии, были выставлены показания для оперативного лечения.

В результате пациенту выполнена операция – иссечение злокачественного образования перианальной области с Z-образной лоскутной пластикой кожи полнослойным лоскутом кожи и подкожной жировой клетчатки. Для наиболее точного определения границ со здоровой непораженной кожей интраоперационно выполнена обработка кожи перианальной области 3 %-м раствором уксусной кислоты. В результате измененные участки кожи приобрели яркий видимый белый оттенок. Иссечение новообразования выполнялось в пределах здоровых тканей. Ранний послеоперационный период протекал гладко – послеоперационная рана заживала первичным натяжением, болевой синдром варьировал от незначительного до умеренного. На 10-е сутки после операции пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на дальнейшее амбулаторное наблюдение колопроктологом. На 17-е сутки после операции были сняты швы. Результат послеоперационного гистологического исследования соответствовал дооперационной гистологической картине болезни Боуэна, в краях резецированного участка кожи патологических клеток не обнаружено.

Пациент был направлен к онкологу для динамического наблюдения по месту жительства. В течение следующего года пациент регулярно проходил осмотры каждые 1–2 месяца с целью исключения рецидива заболевания. На протяжении

следующих 3 лет раз в год выполнялись контрольные обследования (ЭФГДС, ВКС, КТ). За все время дальнейшего амбулаторного наблюдения признаков рецидива заболевания, а также появления другого онкологического процесса не обнаружено.

**Обсуждение.** Перианальная локализация болезни Боуэна относится к редким злокачественным новообразованиям кожи. В период с 1930-х гг. по настоящее время в электронной библиографической базе научной медицинской литературы «PubMed» насчитывается 4872 публикации, посвященные данному заболеванию (из которых всего 29 публикаций описывают перианальное поражение болезни Боуэна). Сегодня для любого врача-колопроктолога перианальная форма болезни Боуэна по-прежнему остается редкой патологией с невыраженной клинической картиной, поэтому успешное лечение всегда начинается с онкологической настороженности и достаточной информированности специалиста. Применение методов дифференциальной диагностики и качественное гистологическое исследование обуславливают своевременную верификацию диагноза.

Учитывая столь малую распространенность перианальной локализации злокачественных новообразований кожи, информация о представленных клинических наблюдений актуальна не только в дерматологической среде, но также и для хирургов, колопроктологов, онкологов. Онкологическая настороженность, внимательность к деталям анамнеза и объективного осмотра позволяют специалисту вовремя заподозрить редкие злокачественные поражения кожи, провести полный объем диагностических обследований для дифференцировки и верификации диагноза, что является главным залогом успешного лечения в случае болезни Боуэна.

**Выводы.** 1. Для постановки правильного и редкого диагноза важно наличие знаний о нозологиях из смежных областей и проведение полноценной дифференциальной диагностики.

2. В случае перианальной локализации болезни Боуэна методом выбора в лечении является радикальное хирургическое вмешательство, позволяющее улучшить качество жизни пациента и дальнейший прогноз.

#### Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

#### Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

#### Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

#### Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Bowen J. T. Precancerous dermatoses : a study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation // J. Cutan. Dis. 1912. Vol. 30. P. 241–255.
2. Vickers P. M., Jackman R. J., McDonald J. R. Anal carcinoma *in situ* : report of three cases // South Surgeon. 1939. Vol. 8. P. 503–507.
3. Beck D. E. Neoplasms of the Anus // Clin. in Colon and Rectal Surgery. 2001. Vol. 14. P. 275–284.
4. Beck D. E., Fazio V. W., Jagelman D. G. et al. Perianal Bowen's disease // Dis. Colon Rectum. 1988. Vol. 31. P. 419–422.
5. Рыбаков Е. Г., Шельгин Ю. А., Капуллер Л. Л. и др. Редкие формы новообразований перианальной кожи // Колопроктология. 2007. № 4 (22). С. 27–32.
6. Strauss R. J., Fazio V. W. Bowen's disease of the anal and perianal area : a report and analysis of twelve cases // Am. J. Surg. 1979. Vol. 137. P. 231–234.
7. Georgieva St., Iordanov V., Sergieva S. Nature of cervical cancer and other HPV-associated cancers // J. BUON. 2009. Vol. 14 (3). P. 391–398.
8. Graham J. H., Helwig E. B., Bowen's disease and its relationship to systemic cancer // Arch. Dermatol. 1961. Vol. 83. P. 738–758.
9. Jansen M. H., Appelen D., Nelemans P. J. et al. Bowen's disease : long-term results of treatment with 5-Fluorouracil cream, photodynamic therapy or surgical excision // Acta Derm. Venereol. 2018. Vol. 98 (1). P. 114–115.

#### REFERENCES

1. Bowen J. T. Precancerous dermatoses: a study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation. J. Cutan Dis. 1912;30:241–255.
2. Vickers P. M., Jackman R. J., McDonald J. R. Anal carcinoma *in situ*: report of three cases. South Surgeon. 1939;8:503–507.
3. Beck D. E. Neoplasms of the Anus. Clin. in Colon and Rectal Surgery. 2001;14:275–284.
4. Beck D. E., Fazio V. W., Jagelman D. G. et al. Perianal Bowen's disease. Dis. Colon Rectum. 1988;31:419–422.
5. Rybakov E. G., Shelygin Yu. A., Kapuller L. L. et al. Redkie formy novoobrazovaniy perianal'noi kozhi. Koloproktologiya. 2007;4(22):27–32. (In Russ.).
6. Strauss R. J., Fazio V. W. Bowen's disease of the anal and perianal area: a report and analysis of twelve cases. Am. J. Surg. 1979;137:231–234.
7. Georgieva St., Iordanov V., Sergieva S. Nature of cervical cancer and other HPV-associated cancers. J. BUON. 2009;14(3):391–398.
8. Graham J. H., Helwig E. B., Bowen's disease and its relationship to systemic cancer. Arch. Dermatol. 1961;83:738–758.
9. Jansen M. H., Appelen D., Nelemans P. J. et al. Bowen's disease: long-term results of treatment with 5-Fluorouracil cream, photodynamic therapy or surgical excision. Acta Derm. Venereol. 2018;98(1):114–115.

#### Информация об авторах:

**Цицкарава Александра Зуриковна**, врач-хирург, колопроктолог, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-1215-3162; **Демин Андрей Николаевич**, врач-хирург, колопроктолог, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия); **Корольков Андрей Юрьевич**, доктор медицинских наук, руководитель отдела общей и неотложной хирургии НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7449-6908; **Лазарев Сергей Михайлович**, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной хирургии № 1, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-5269-5233.

#### Information about authors:

**Tsitskarava Aleksandra Z.**, Surgeon, Coloproctologist, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-1215-3162; **Demin Andrey N.**, Surgeon, Coloproctologist, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia); **Korolkov Andrey Yu.**, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of General and Emergency Surgery, Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7449-6908; **Lazarev Sergey M.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Hospital Surgery № 1, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-5269-5233.