

Tab. 2. Hodnotenie škály závažnosti HS-PGA (spracované podľa 10)

Mierna HS	PGA 1: žiadne abscesy, žiadne secernujúce fistuly, žiadne zápalové noduly, ale výskyt nezápalových nodulov
	PGA 2: žiadne abscesy, žiadne secernujúce fistuly a 1–4 zápalových nodulov alebo 1 absces či secernujúca fistula a žiadne zápalové noduly
Stredne závažná/závažná HS	PGA 3: žiadne abscesy, žiadne secernujúce fistuly a ≥ 5 zápalových nodulov alebo 1 absces secernujúca fistula a ≥ 1 zápalový nodule alebo 2–5 abscesov alebo secernujúcich fistúl a < 10 zápalových nodulov
	PGA 4: 2–5 abscesov alebo secernujúcich fistúl a ≥ 10 zápalových nodulov
Veľmi závažná HS	PGA 5: > 5 abscesov alebo secernujúcich fistúl

liečba úspešná, ak je po 4 mesiacoch prítomná aspoň 50% redukcia počtu abscesov a nadozít, nepribudne žiaden nový absces či fistulácia, novo vytvorené nadozity sú akceptované (10).

Špecifiká HS v spolupráci s onkológom

Klinické prejavy HS môžu imitovať kožnú neopláziu (Obr. 8, 9). Na druhej strane, jednou z možných komplikácií HS je rozvoj spinocelulárneho karcinómu (SCC) (Tab. 3) a lymfómov, predovšetkým ide o non-Hodgkinov lymfóm (27). HS má väčšiu prevalenciu u žien, avšak SCC transformácia je častejšia u mužov, hlavne perianálne, perineálne a v gluteálnej oblasti (Obr. 7). V literatúre boli popísané aj prípady SCC vulvy. Priemerná dĺžka trvania HS do diagnostikovania SCC vulvy sa pohybuje okolo 25 rokov, čo ukazuje na potrebu myslieť na túto komplikáciu a jej včasnú diagnostiku. Tieto lokality sú viac exponované bakteriálnej, mykotickej alebo vírusovej expozícii, čo môže potencovať chronický zápal a rozvoj SCC. HPV infekcia býva významný kofaktor. V kontexte s HS je vhodná diskusia aj o HPV vakcinácii, nakoľko sa ukázal profitujúci profil pomeru benefit – riziko, ako prevencia rakoviny krčka maternice a anogenitálnej intraepiteliálnej neoplázie, ako aj invazívneho análneho karcinómu. Imunosupresívna terapia sa popri

chronickej infekcii a fajčení ukazuje ako ďalší rizikový faktor neoplázie (11).

Na stanovenie diagnózy SCC je potrebné vyšetrenie celého kožného povrchu, dermatoskopické vyšetrenie, palpácia in-tranzitnej cesty regionálnych lymfatických uzlín a podľa rozsahu nálezů ďalšie zobrazovacie vyšetrenia podoprené výsledkom histologického vyšetrenia.

Primárna rádioterapia sa môže zvoliť u pacientov, ktorí nie sú vhodní na chirurgickú liečbu (lokálne pokročilé ochorenie, komorbidita, odmietnutie chirurgického zákroku), alebo v prípadoch, kedy nie je možná kúratívna chirurgia, prípadne by bol takýto výkon mutilujúci.

Rádioterapia (RT) je účinnou metódou v liečbe zhubných nádorov, sprevádza ju však viacero vedľajších nežiaducich účinkov, medzi ktoré patrí aj radiačné poškodenie kože (Obr. 10) (13).

Systémová liečba lokálne pokročilého cSCC (lacSCC) pacientov nevhodných na kúratívnu RAT alebo pacientov s metastatickým cSCC (mcSCC), ako aj inoperabilitou, zahŕňa imunoterapiu cemiplimabom. Pri jej zlyhaní, alebo intolerancii je druhou voľbou cielená liečba inhibítormi epidermálneho rastového faktora (EGFRI) cetuximabom. Cetuximab v kombinácii s chemoterapiou (preferujú sa

Tab. 3. WHO klasifikácia (2018) kožných nádorov pre skvamocelulárny karcinóm (12)

Keratoakantóm (dobré diferencovaný SCC)
Verukózný SCC
Vretenobunkový SCC
Svetlobunkový SCC
Adenoskvamózný SCC
SCC so sarkomatoídnou diferenciáciou
Lymphoepithelioma-like karcinóm
Pseudovaskulárny SCC
SCC s osteoklastmi-like obrovskými bunkami
SCC in situ (morbus Bowen)

Obr. 7. SCC v teréne Hidradenitis suppurativa (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)**Obr. 8.** HS s prejavmi na prsníku imitujúce neopláziu (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)**Obr. 9.** Intermamárne postihnutie HS (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)**Obr. 10.** Prejavy radiačnej dermatitídy u pacientky po RT pre SCC vulvy (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)**Obr. 11.** Melanoma in situ v teréne HS (zdroj: archív Kl. dermatovenerológie UNLP Košice)