

Obr. 3. A, B. Ambulantná kontrola 15. deň od excízie



Diskusia

NMSC sa dlhodobo zaradzuje k najčastejším diagnostikovaným onkologickým ochoreniam v Českej republike (ČR) a incidencia každým rokom narastá. V roku 2018 bolo v ČR novo diagnostikovaných 28 520 ochorení, tj. 268,4 na 100 000 osôb, čo predstavuje takmer tretinu (32,6 %) všetkých novo diagnostikovaných zhubných novotvarov (ZN) v tomto roku. Incidencia je dlhodobo vyššia u mužov ako žien, v pomere 1,2 : 1 (5). V rámci Európy stojí ČR v incidencii NMSC na 19. mieste (6). V roku 2018 zomrelo na NMSC 178 osôb, tj. 1,7 na 100 000 osôb (5). Pri medzinárodnom porovnaní úmrtnosti na NMSC obsadzuje ČR v Európe 21. miesto (6). Regionálne porovnanie výskytu NMSC ukázalo medzi jednotlivými krajinami ČR značné rozdiely. V období 2014–2018 bola najnižšia hrubá incidencia zaznamenaná pre Ústecký a Stredočeský kraj, naopak najvyššiu hrubú incidenciu dosiahol kraj Olomoucký (5).

Spinocelulárny karcinóm je malígny nádor z epidermálnych keratinocytov invadujúci do dermi. SCC predstavuje približne 16 % prípadov rakoviny kože. Obvyklá expozícia slnku má najsilnejšiu súvislosť s výskytom SCC. V skorých štádiách je lokálne invazívny, ale v pokročilých štádiách môže metastázovať lymfatickým alebo hematogénnym šírením. Odhadovaný výskyt metastáz je 3 % až 10 % (7). SCC sa môže prezentovať ako nehojace sa lézie na povrchu vystavenom slnku, klinické prejavy sa líšia od papúl, nodulov, plakov alebo erozívnych lézií, ktoré v pokročilých štádiách napadajú spodné tkanivo. Najprv sa môže prejaviť ako nehojaca sa erytematózna papula s drsným povrchom prechádzajúcim do nodulárnej papule alebo

plaku. Aj po minimálnej provokácii je vysoké riziko krvácania z nádoru. Pri odstránení v počiatočnom štádiu sa prognóza pacienta považuje za vynikajúcu. V pokročilých štádiách je zvyčajne potrebný rozsiahly chirurgický zákrok. SCC sa šíri najskôr regionálne do okolitej kože, potom metastázuje do lymfatických uzlín cez lymfatické cievy a do okolitých orgánov hematogénnym šírením. Malígny melanóm je najzávažnejším typom rakoviny kože. Predstavuje síce len 4 % všetkých druhov rakoviny kože (7), ale je zodpovedný za 65 % úmrtí na rakovinu kože (8). Celkovo v Českej republike incidencia zhubného melanómu kože narastá. V roku 2018 bolo v ČR novo diagnostikovaných celkom 2 625 prípadov, teda 24,7 na 100 000 osôb s pomerom zastúpenia mužov a žien 1,2 : 1 (5). Pri medzinárodnom porovnaní stojí ČR v incidencii tohto ochorenia v Európe na 15. mieste (6). Toto ochorenie bolo v rámci onkologických diagnóz 19. najčastejšou príčinou úmrtí v roku 2018. V súvislosti so zhubným melanómom kože v roku 2018 zomrelo 410 osôb, tj. 3,9 úmrtí na 100 000 osôb (5). Pri medzinárodnom porovnaní mortality na toto ochorenie obsadzuje Česká republika v Európe 17. – 22. priečku (6). Najnižšia hrubá incidencia v období 2014 – 2018 bola zaznamenaná u mužov aj u žien pre Ústecký kraj. Naopak najvyššia hrubá incidencia tohto ochorenia bola viditeľná u mužov v Pardubickom kraji a u žien v Královohradeckom kraji (5). Malígny melanóm pochádza z epidermálnych melanocytov a môže sa vyskytovať v akomkoľvek tkanive obsahujúcom tento typ buniek. Podľa histologického vzoru existujú 4 hlavné podtypy melanómu: povrchový, nodulárny, lentigo maligna a akralny lentiginózný (7).

Obr. 4. Ambulantná kontrola 11. deň od excízie



Povrchový melanóm predstavuje najbežnejší podtyp a predstavuje 75 % všetkých melanómov. Melanóm tohto histologického podtypu rastie najskôr horizontálne a potom sa začne šíriť vertikálne. Najčastejšou lokalizáciou sú dolné končatiny u žien a chrbát u mužov. Prognóza pacienta s melanómom závisí od hĺbky primárneho nádoru a prítomnosti alebo neprítomnosti metastáz (7). BCC sa klinicky javí ako pomaly rastúci nodulárny uzlík, na periférii sprevádzaný typickým ružovým perličkovým lemom, ktorý má tendenciu postupne centrálne ulcerovať, často s tvorbou sprievodnej krusty, ktorá má tendenciu krváčať. Koža v okolí BCC zvyčajne vykazuje známky solárneho poškodenia, a tiež v okolí vidieť početné telangiektázie (lokalizované rozšírené drobné krvné cievy – vlásoknice). Pri výbere najlepšej možnosti liečby je potrebné vziať do úvahy množstvo faktorov, ako je vek, pohlavie pacienta, umiestnenie, veľkosť a typ lézie. Osobitné postavenie majú agresívne typy BCC – mikronodulárna, infiltrujúca, morfeaformna/sklerozujúca a skvamózna diferenciácia (9). Typické klinické prejavy pre tieto agresívne typy sú infiltratívny rast okrajov, lokalizácia tumoru (nasolabiálna rýha, nosná alárna oblasť, oblasť očí a uší), histologický podtyp, rekurentné tumory, rádioterapia a imunosupresia v anamnéze (10, 11). Medzi hlavné piliere liečby BCC považujeme prevenciu jeho recidívy, a to úplným chirurgickým odstránením BCC, dôležitá je náprava akéhokoľvek funkčného nedostatku vznikajúceho z nádoru a zároveň