

často k oneskoreniu diagnózy. To sa stáva najmä v prípadoch, keď je kožná metastáza prvým symptómom dovtedy neznámeho onkologického ochorenia. Metastázy sa zväčša prejavujú ako rôzne veľký tuhý nebolestivý nodul kože a podkožia krytý intaktnou epidermou. Manifestovať sa však môžu rôzne, napríklad aj diseminovane vo forme mnohopočetných drobných papúl, prípadne ako alopecia, alebo majú vzhľad sklerotických či zápalových zmien kože (2–4, 12, 14–16). Keďže často pripomínajú iné kožné ochorenia, spočiatku to môže viesť k nesprávnej liečbe. Aj českí a slovenskí autori (14, 15) publikovali zaujímavé kazuistiky pacientov s kožnými metastázami pochádzajúcimi z adenokarcinómu žalúdka a pľúc, ktoré boli prvotne považované a liečené ako kožná infekcia. V tomto smere je nutné zdôrazniť, že včasná biopsia zo suspektného ložiska je kľúčová pre diagnózu a ďalší manažment pacienta.

V biopтической praxi je odhalenie origa kožnej metastázy často problematické a vyžaduje si komplexný diferenciálno-diagnostický prístup, ktorý sa nezaobíde bez imunohistochemickej analýzy nádorového tkaniva. Problematika imunofenotypu jednotlivých malígnych neoplázií je nesmierne široká a nie je reálne podrobne ju zahrnúť do tohto článku. Detailne ju však opisuje napríklad kolektív francúzskych autorov v prehľadovom článku (17). V kontexte s našou prácou je potrebné uviesť, že duktálny karcinóm prsníka vykazuje cytokeratínový profil CK7+/CK20-, je pozitívny na E-cadherín, GATA-3 a môže byť pozitívny na estrogénové a progesterónové receptory. Adenokarcinóm pľúc vykazuje cytokeratínový profil CK7+/CK20- a je pozitívny na TTF-1 a zvyčajne aj na napsin A.

Pri podozrení na kožnú metastázu je pre patológa nesmierne dôležité poskytnutie relevantných klinických informácií o pacientovi. Tie mu zvyčajne pomôžu určiť pôvod malignity ale aj vyriešiť prípadnú dilemu, či ide skutočne o metastázu alebo o primárny karcinóm kožných adnex. Práve rozpoznanie metastatického karcinómu z vnútorných orgánov od primárneho adnexálneho karcinómu kože predstavuje veľké úskalie, vzhľadom na ich podobnú histomorfológiu.

Tab. 1. Prehľad najčastejšie sa vyskytujúcich metastáz do kože u mužov a u žien s ohľadom na primárne origo. (1, 5–7, 11–13)

Ref.	Obdobie štúdie	Krajina	Počet pacientov	Muži	Ženy
11	Rok publikácie 1972	USA	724 482 mužov 242 žien	1. pľúca (24,0%) 2. hrubé črevo (19%) 3. melanóm (13,0%)	1. prsník (69,0%) 2. hrubé črevo (9%) 3. melanóm (5%)
7	1986–2006	Taiwan	141 61 mužov 81 žien	1. pľúca (26,2%) 2. ústna dutina (16,4%) 3. hrubé črevo a konečník (16,4%)	1. prsník (61,7%) 2. pľúca (8,6%) 3. žalúdok (7,4%) hrubé črevo a konečník (7,4%)
12	1963–2008	Brazília	209 65 mužov 144 žien	1. pľúca (33,8%) 2. žalúdok (12,3%) 3. hrtan (7,7%)	1. prsník (63,2%) 2. hrubé črevo (10,4%) 3. pľúca (4,1%)
5	2004–2013	India	101 49 mužov 52 žien	1. pľúca (24,5%) 2. lymfatické uzliny (12,2%) 3. hrubé črevo (10,2%)	1. prsník (44,2%) 2. vaječník (9,6%) 3. žľazy (9,6%)
6	2008–2017	J. Kórea	401 122 mužov 279 žien	1. pľúca (20,5%) 2. žalúdok (13,1%) 3. pečeň (11,5%)	1. prsník (64,5%) 2. pľúca (8,2%) 3. vaječník (5,0%)
13	2000–2020	J. Kórea	112 50 mužov 62 žien	1. pľúca (36,0%) 2. žalúdok (16,0%) 3. obličky (8,0%) žľazový trakt (8,0%)	1. prsník (74,2%) 2. žalúdok (6,5%) 3. pľúca (4,8%) hrubé črevo a konečník (4,8%)
1	2007–2021	Holandsko	102 31 mužov 71 žien	1. pľúca (23,8%) 2. hrubé črevo a konečník (16,7%) 3. hlava a krk (7,1%)	1. prsník (50,0%) 2. hlava a krk (15,5%) 3. pľúca (13,6%)

Tab. 2. Porovnanie percentuálneho podielu kožných metastáz pri jednotlivých typoch malignity v dvoch štúdiách (9, 10)

	Lookingbill et al., 1990 (9)	Hu et al., 2009 (10)
Prsník	237/992 (23,9%)	51/2110 (2,42%)
Ústna dutina	21/394 (5,3%)	11/628 (1,75%)
Vaječník	10/337 (3,0%)	neuvedené
Oblička	6/225 (2,6%)	neuvedené
Pľúca	21/1223 (1,7%)	23/1292 (1,78%)
Hrubé črevo a konečník	18/772 (2,3%)	16/1973 (0,81%)
Pažerák a žalúdok	6/535 (1,1%)	13/1648 (0,78%)
Krčok matrice	2/716 (0,3%)	2/646 (0,31%)
Pečeň	neuvedené	4/1321 (0,3%)
Močový mechúr a močovod	7/314 (2,2%)	2/911 (0,22%)
Štítna žľaza	neuvedené	1/496 (0,2%)
Nosohltan	neuvedené	1/609 (0,16%)
Endometrium	4/633 (0,6%)	neuvedené
Prostata	0/426 (0%)	0/512 (0%)
Celkovo	367/7 316 (5,0%)	124/12 146 (1,02%)

Najväčšie problémy robí odlíšenie: a) nízko diferencovaného porokarcinómu od metastázy nízko diferencovaného nemalobunkového pľúcneho karcinómu alebo nízko diferencovaného uroteliálneho karcinómu, b) dobre diferencovaného duktálneho karcinómu kožných adnex od metastázy dobre diferencovaného duktálneho karcinómu prsníka alebo slinných žliaz, c) Merkelovho karcinómu od metastázy malobunkového karcinómu, d) papilárneho adnexálneho tumoru od metastázy papilárneho kar-

cinómu štítnej žľazy, e) svetlobunkového hidradenómu/hidradenokarcinómu od metastázy svetlobunkového karcinómu obličky a f) primárneho mucinózneho karcinómu kože od metastázy mucinózneho karcinómu rôzneho origa (4). Pri tejto príležitosti je potrebné zdôrazniť, že primárne adnexálne karcinómy kože sú v skutočnosti extrémne zriedkavé. Uvádza sa (16), že karcinómy ekrinného a apokrinného pôvodu, ktoré sú hlavnými imitátormi kožných metastáz, predstavujú iba 0,005 % všetkých primár-