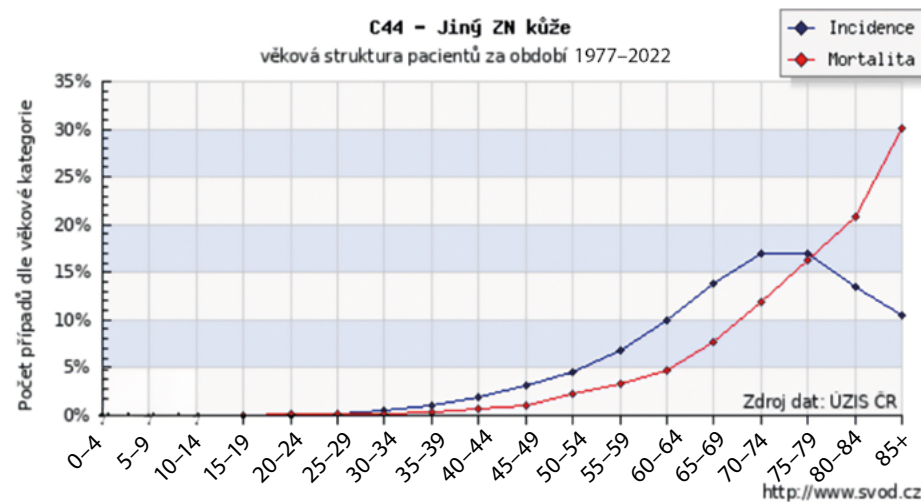
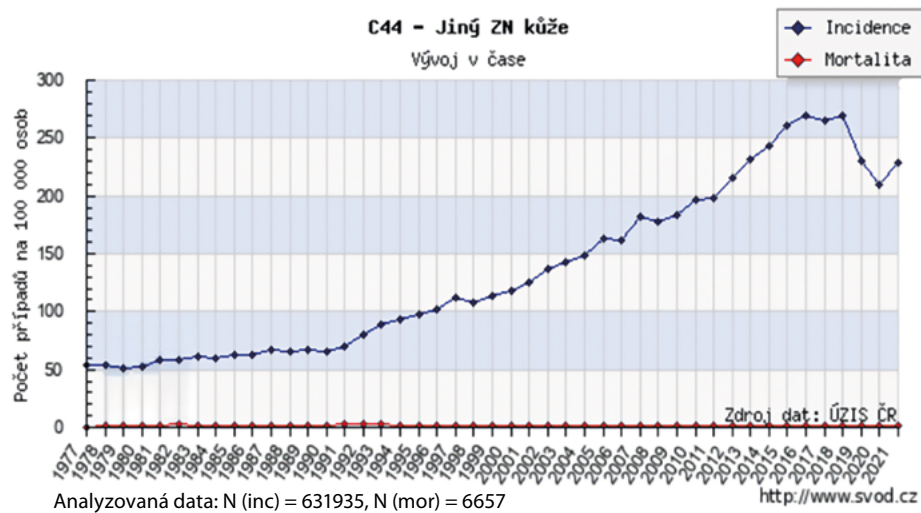


Graf 1. Incidence a mortalita u nemelanomových ZN kůže**Graf 2.** Časový vývoj incidence nemelanomových kožních ZN a mortality na tuto diagnózu, přepočteno na 100 000 osob

mutilaci nemocného, lze využít další možnosti:

1. radioterapii ať již ve formě zevního ozáření rozsáhlé léze nebo brachyterapii pro určité, přesně vymezené typy lézí,
2. lokální terapii/imiquiremod nebo 5-FU formou unguenta,
3. systémovou léčbu.

U pacientů s primárně vysokým rizikem vzniku mnohočetných bazaliomů (susp. Gorlinův syndrom, xeroderma pigmentosum) je vhodné genetické vyšetření.

Bazocelulární karcinom (BCC)

Pro určení optimální terapie dělíme BCC podle rizika recidivy do skupin s nízkým a vysokým rizikem recidivy (1, 2).

Low risk: nádor menší než 2 cm v oblasti trupu a končetin, nodulární nebo superficiální, primární výskyt nikoli recidiva, dobře definované okraje, bez předchozí RT, bez imunosupresivní terapie, bez perineurální propagace.

High risk: tumor větší než 2 cm s lokalizací trup, končetiny, hlava – obličejová část, především okolí očí, brady, uší – tzv. H zóna (3); krk, ruce, nohy, bérce, anogenitální oblast (jakákoliv velikost); nádor rostoucí infiltrativně; bazocelulární typ se skvamózními rysy má prognózu jako SCC; mikronodulární; s karcinosarkomatoidními rysy.

Poměrně často se setkáváme s lézemi destrujícími kožní kryt a podkoží, léze mohou invadovat do hlubších vrstev (svaly, fas-

cie, tuková tkáň, kost, postihovat lymfatické uzliny). To jsou samozřejmě mezní situace, ale je běžné setkat se s rozsáhlou destrukcí kůže a podkoží nebo lokalizací lézí v obličejí (léze solitární nebo vícečetné), které neumožňují chirurgický výkon bez mutilace obličeje.

V těchto případech má radioterapie nezastupitelné místo a tam, kde tato možnost není schůdná pro blízkost kritických orgánů, je možné zvolit systémovou léčbu, stejně jako u metastatického onemocnění.

Radioterapie může být aplikována formou brachyterapii pro přesně definované léze, blíže v další části článku.

Zevní radioterapii můžeme užít jako definitivní terapii chirurgicky neřešitelných nádorů nebo u pacientů s četnými komorbiditami, kde se vyhneme úskalí lékových interakcí.

Jsou možné frakcionace denně 2 Gy na frakci v době 5–7 týdnů nebo jiná frakcionační schémata podle toho, zda léčíme inoperabilní lokální recidivu nebo primární tumor. Dávkové rozpětí je 60–85+ Gy podle cíle léčby v 5–7 týdnech. Tuto léčbu řídí zkušený radioterapeut.

Z dalších možností, kromě paliativní chemoterapie, jejíž možnosti jsou omezené věkem a komorbiditami pacienta, jsou v našem spektru terapeutických možností další poměrně nová léčiva (4). Několik let vyzkoušené hedgehog inhibitory vismodegibu (5) a sonidegibu jsou indikovány pro bazocelulární karcinom; monoklonální protilátka cemiplimab (6) je určena primárně pro terapii spinocelulárního karcinomu a pro II. linii léčby bazocelulárního karcinomu po selhání terapie hedgehog preparátem. Pro tyto preparáty platí podávání do progresu nebo netolerovatelné toxicity. Terapie probíhá po schválení úhrady revizním lékařem plátce péče.

Příklad využití vismodegibu u velké léze BCC v H zóně obličeje

47letý pacient s 6–8letou anamnézou vývoje léze L tváře, histologicky bazocelulární karcinom. Nález lokálně pokročilý, inoperabilní. Po prvním cyklu vismodegibu patrné zlepšení – obr. 1a), po 2 cyklech terapie vismodegibem obr. 1b) a c), po třetím cyklu obr. 1d).