

Pokročilý cSCC je klasifikován jako lokálně pokročilý (lacSCC) a metastatický (mcSCC). LacSCC je definován jako tumor invadující měkké tkáně či kosti, šíří se podél nervových vláken a je již obtížně chirurgicky řešitelný. Odpovídá dle 8. vydání AJCC klasifikace nerezekovatelnému T3/T4.

Dělení do rizikových skupin je podobné jako u BCC.

Nízké riziko: nádor menší než 2 cm v oblasti trupu a končetin, dobře diferencovaný nebo s diferenciací blízkou původní tkáni (low grade), primární výskyt nikoli recidiva, bez předchozí RT, bez imunopresivní terapie, bez perineurální propagace, bez známek chronického zánětu, tloušťka do 2 mm, bez invaze do okolního tuku.

Vysoké riziko: lokalizace – trup, končetiny; velikost 2–4 cm; špatně diferencovaný; výskyt – hlava (zejména oblast boltce, rtu – H zóna), krk, ruce, nohy, bérce, anogenitální oblast (jakákoliv velikost); recidiva v místě předchozí radioterapie nebo v chronickém zánětu kůže; rychle rostoucí; se symptomy perineurálního šíření.

Velmi vysoké riziko: tumor nad 4 cm, hloubka invaze více než 6 mm, prorůstání do okolní tukové tkáně, rychle rostoucí.

Zvláštní skupina pacientů, která je ohrožena vznikem mnohočetných SCC, jsou pacienti po orgánové transplantaci, jiní imunoprimovaní pacienti (NHL, CLL, HIV), genetické syndromy predisponující k SCC.

Individuální rizikové faktory: vícečetně vznikající kožní nádory, frekvence jejich vzni-

ku, invaze do okolí, perineurální šíření, špatně diferencovaný tumor.

Primární léčba je chirurgické řešení léze, v případě mnohočetných tumorů nebo k chirurgické léčbě nevhodné lokalizaci nálezu s jistotou nekompletního odstranění nálezu jsou ke zvážení jiné modalit.

U vysoce rizikových nádorů s velmi rychlým růstem, s in-transit metastázami, lymfovaskulární invazí, které jsou hraničně resekalibilní nebo neresekabilní, je možno zvážit podání neoadjuvantní terapie cemiplimabem.

Recidivující lacSCC nebo inoperabilní nádor je indikován k radioterapii a podle posouzení multidisciplinárního týmu ke zvážení systémové terapie.

Pro nově vzniklé onemocnění po kompletní resekci není indikována adjuvantní terapie, kromě studie.

Pro inoperabilní nebo inkompletně resekované onemocnění je indikována RT+/- systémová léčba nebo systémová léčba, pokud kurativní RT není možné indikovat.

U metastatického onemocnění je indikována systémová léčba podle celkového stavu pacienta.

Systémová léčba pro užití ke konkomitanci s RT jsou léky na bázi cisDDP nebo CBDCA v kombinaci s 5-FU (7), paclitaxelem, cetuximabem nebo EGFR inhibitory.

Systémová léčba samostatná – pokud RT nebo chirurgický výkon nejsou indikovány pro inoperabilní nebo metastatický nálezu, je indikována léčba cemiplimabem nebo pembrolizumab (8).

Pokud není pacient schopný terapie těmito preparáty nebo nálezu progreduje v průběhu léčby checkpoint inhibitory, je indikována terapie cisDDP+ paclitaxel (9). U primárních nově vzniklých lézí je indikována neoadjuvantní terapie cemiplimabem; pokud je pacient neschopen léčby cemiplimabem nebo progreduje v průběhu terapie, je možno užít capecitabin (10), 5-FU nebo cisDDP.

Příklad terapie pacienta s velmi rychle rostoucím SCC

Starší pacient s rychle rostoucím spinocelulárním karcinomem (SCC) temporálně vpravo (Obr. 3) – navzdory úspěšné excizi nádoru s dostatečnými negativními okraji se již týden po odstranění stehů objevuje lokální recidiva, vykazující progresi během několika dnů. Objevuje se počínající postižení spádových lymfatických uzlin. Pacient je indikován k radioterapii s následnou systémovou léčbou.

Brachyterapie nemelanomových kožních nádorů

Léčba nemelanomových kožních nádorů je nejčastěji chirurgická, fotodynamická nebo pomocí kryoterapie s velmi dobrými výsledky. U některých pacientů s opakovaně resekovanými ložisky ve stejné lokalitě nebo v oblastech v blízkosti očí, nosu nebo na ušních boltcích však může být mutilující, zejména v případě většího rozsahu nádoru. V tomto případě je brachyterapie (BRT) jednou z alternativních možností terapie (11, 12).

Obr. 3. Pacient s rychle rostoucím SCC temporálně vpravo: a) situace po odstranění stehů po excizi; b) po týdnu po odstranění stehů – zjevná lokální recidiva; c) za dalších 5 dnů značná progresie lokální recidivy

