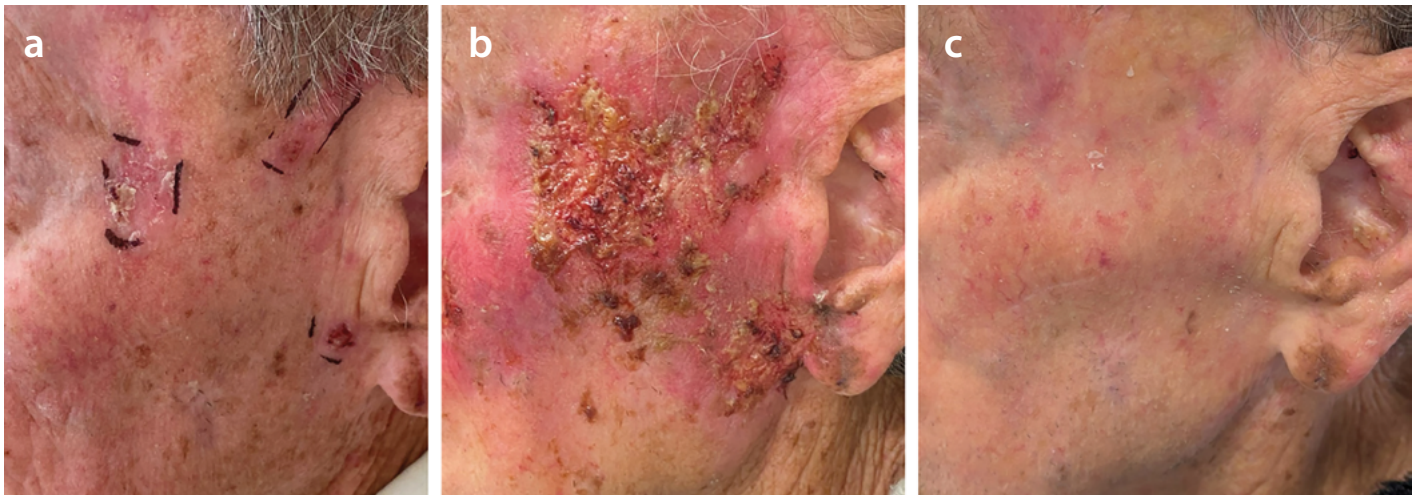


Obr. 5. Vícečetný BCC obličeje u staršího pacienta, chirurgicky neřešitelný. Užití brachyterapie ^{192}Ir Flexitron: a) před terapií; b) kožní toxicita ve 2. týdnu po dokončení radioterapie; c) kůže po zhojení reakce



nadměrnou produkcí PDGF. Verifikace procesu je bioptická, následuje široká excize s volnými okraji 2–4 cm, někdy je užívána Mohsova technika s kompletním vyšetřováním okrajů.

Léčba (16) spočívá v chirurgickém řešení, bez adjuvantní RT pokud jsou okraje řezu bez nádorových struktur a dostatečně široké. V případě pozitivních okrajů nebo spodiny je indikovaná reexcize nebo radioterapie. Lokální recidivy jsou poměrně časté, s největším výskytem do 3 let. Terapií lokální recidivy je exstirpace, v případě nemožnosti operačního řešení je indikována léčba imatinib mesylátem s odpovědí asi 65 %. Je možné využít RT inoperabilního procesu. Metastazování je vzácné.

Fibrosarkomatózní varianta vede k častější generalizaci.

V případě terapie recidivy je možné adjuvantní podání imatinib mesylátu stejně jako k terapii generalizovaného onemocnění.

Principy radioterapie: po chirurgickém výkonu s pozitivními okraji bez možnosti reexcize je indikovaná radioterapie (RT) dávkou 50–66 Gy s frakcionací 2 Gy/d, s polem zahrnujícím celé operační pole rozšířené o 3–5 cm, pokud je to technicky možné.

Příklad terapie mladého pacienta s DFSP

Šestatřicetiletý pacient přišel na kliniku plastické chirurgie s mnohožiskovým DFSP ve vlasaté části hlavy temporo-okcipitálně. Celá postižená plocha byla chirurgicky odstraněna s následnou plastikou, volné okraje bez nádorů, dosažen výborný kosmetický efekt.

Následně ozářený. Pacient dispenzarizován, bez obtíží, kontroly sporadické, posléze několik let bez kontrol. Dostavil se s novým nálezem lokální recidivy temporálně vlevo po 6 letech od primární operace (Obr. 6). Opět široké odstranění lézí a plastika defektu s dobrým kosmetickým efektem. Po roce od operace byl pacient zcela bez obtíží a přestal docházet na kontroly. (V dané situaci bylo možno zvažovat ještě podání imatinib mesylátu.) Otázka je, jak dlouhé bude období do další recidivy.

Nádory z Merkelových buněk (MCC)

Jde o vzácný neuroendokrinní tumor, který je registrován v Evropském registru vzácných nádorů. Pro Evropu byla nejvyšší incidence udávaná ve studii v UK 2004–2013: 1,78/100 tis. obyvatel, naproti tomu Austrálie udávala v období 2012–2016 2,5 případů na 100 tis. obyvatel.

Známy rizikový faktor je UV záření, průkaz MCPyV, imunosuprese v anamnéze (HIV, transplantace, hematologické malignity), bílá

populace, rezavé vlasy, v anamnéze expozice arzenu, chronické zánětlivé onemocnění. Medián věku výskytu je 76 let, 2× častější u mužů.

Diagnóza je bioptická. Terapie: chirurgická se širokou excízi s exstirpací snLU a adjuvantní radioterapií operačního pole.

V případě lokálně pokročilého MCC s indikací kurativní radioterapie je možné zvážit neoadjuvantní podání antiPD-1 nebo anti PD-L1 preparátu podle rozhodnutí multidisciplinárního týmu s následnou RT (17).

Operace s 1–2 cm volnými okraji, možno-li, kontrola okrajů Mohsovou technikou.

Imunohistochemicky: CK20+, TTF-1-, AE1/3keratin +, synaptofyzin, chromogranin, CD56, NSE, +/- Merkel-cell polyoma virus MCPyV.

Radioterapie: Pooperační radioterapie je zařazována po zhojení operační rány. Frakcionace 2 Gy/d u všech indikací. Adjuvantní RT u negativních okrajů: doporučené dávkování 50–56 Gy. U mikroskopicky pozitivních okrajů je doporučené dávkování 56–60 Gy. U pozitivních okrajů bez možnos-

Obr. 6. Mladý pacient s recidivou DFSP po několika letech od první léčby a) nový nález; b) plánování chirurgického výkonu k odstranění recidivy

