

ti re-resekcje je indikovaná dávka 60–66 Gy. V případech, kdy chirurgickou léčbu nelze vůbec zařadit pro velikost, lokalizaci nádoru nebo kvůli odmítnutí resekce pacientem je indikovaná dávka 66 Gy. V případě paliativní RT je možné zkrátit frakcionační schéma a podat 3 Gy v 10 frakcích nebo 20 Gy v 5 frakcích nebo 1 frakci s 8 Gy. Pooperační RT spádových LU závisí na histologickém vyšetření uzliny. Při negativním nálezu v uzlině není RT indikována, u pozitivní snLU je indikovaná dávka 50–56 Gy. U mnohočetného postižení LU je indikována dávka 60–66 Gy. Totéž u zvětšených uzlin s evidentním postižením bez disekce.

Systémová léčba: Pro primárně resekaibilní onemocnění není systémová terapie doporučena. Pokud jde o lokálně pokročilé onemocnění a není indikována chirurgická léčba a není možná radioterapie, je preferovaný režim avelumab nebo pembrolizumab a je možné zvažovat neoadjuvantní podání

nivolumabu. Z nových preparátů je retifanlimab. Kromě užití avelumabu je nutno žádat o úhradu RL a terapie probíhá na pracovištích s možností podávat centrovou léčbu.

Pro recidivující onemocnění s lokoregionálním postižením je možné užití CHT na bázi cisplatiny/karboplatiny a etoposidu, eventuálně nivolumab. V případě nemožnosti použít RT nebo chirurgické řešení je doporučená terapie v rámci studie nebo pembrolizumab, avelumab nebo retifanlimab (17).

Pro generalizované onemocnění je možné použít identické preparáty, pokud nedošlo ke generalizaci po léčbě anti PD-1 nebo anti-PD-L1, doplněné o chemoterapii CAV, IPI+Nivo, topotecan, somatostatin po testu somatostatinových receptorů, pazopanib, talimogene laherparepvec. U imunosuprimovaných pacientů je možné zvážit TK inhibitory a somatostatinová analoga (17).

Prognóza u tohoto onemocnění je závislá na stadiu onemocnění. U lokálního onemocnění se pětileté přežití pohybuje v rozmezí 60–87 %, u onemocnění s uzlinovým postižením od 39–62 % nemocných a u generalizovaného onemocnění jen 11–20 % léčených pacientů.

Závěr

Pokusily jsme se o přehled terapeutických modalit nemelanomových ZN kůže, jejich chirurgických řešení, brachyterapie jakožto elektivního způsobu řešení nálezu a možností systémové léčby, event. doplněné o radioterapii inoperabilních nálezů.

Poděkování

Za zapůjčení snímků předoperačního a pooperačního nálezu společného pacienta děkujeme MUDr. Janě Matějovské z Kliniky plastické chirurgie FN Bulovka v Praze.

LITERATURA

1. Work Group; Invited Reviewers, Kim JYS, et al. Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78:540-559.
2. Morgan FC, Ruiz ES, Karia PS, et al. Brigham and Women's Hospital tumor classification system for basal cell carcinoma identifies patients with risk of metastasis and death. *J Am Acad Dermatol.* 2021; 85:582-587.
3. Stein JM, Hrabovsky S, Schuller DE, et al. Mohs micrographic surgery and the otolaryngologist. *Am J Otolaryngol.* 2004; 25(6):385-93.
4. ASTRO guidelines for RT skin tumors. Available from: <https://www.astro.org/patient-care-and-research/clinical-practice-statements/skin-cancer-guideline> [17. 4. 2024].
5. Dreno B, Basset-Seguín N, Caro I, et al. Clinical benefit assessment of vismodegib therapy in patients with advanced basal cell carcinoma. *Oncologist.* 2014;19:790-796.
6. Stratigos AJ, Sekulic A, Peris K, et al. Cemiplimab in locally advanced basal cell carcinoma after hedgehog inhibitor therapy: an open-label, multi-centre, single-arm, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2021;22:848-857.

7. Khansur T, Kennedy A. Cisplatin and 5-fluorouracil for advanced locoregional and metastatic squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer.* 1991;67:2030-2032.
8. Hughes BGM, Munoz-Couselo E, Mortier L, et al. Pembrolizumab for locally advanced and recurrent/metastatic cutaneous squamous cell carcinoma (KEYNOTE-629 study): *Ann Oncol.* 2021;32:1276-1285.
9. Tahara M, Kiyota N, Yokota T, et al. Phase II trial of combination treatment with paclitaxel, carboplatin and cetuximab (PCE) as first-line treatment in patients with recurrent and/or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (CSPOR-HN02). *Ann Oncol.* 2018;29:1004-1009.
10. Martínez-Trufero J, Isla D, Adansa JC, et al. Phase II study of capecitabine as palliative treatment for patients with recurrent and metastatic squamous head and neck cancer after previous platinum-based treatment. *Br J Cancer.* 2010; 102(12):1687-91.
11. The GEC – ESTRO handbook of brachytherapy. Available from: www.estro.org [cited 17. 4. 2024].
12. Gauden R, Pracy M, Avery AM, et al. HDR brachytherapy

- for superficial non-melanoma skin cancers. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2013; 57:212-17.
13. Arenas M, Arguis M, Díez-Presa L, et al. Hypofractionated high-dose rate plesiotherapy in non melanoma skin cancer treatment. *Brachytherapy.* 2015;14:859-865.
14. Hodgson A, Dickson B. Soft-tissue fibroblastic/myofibroblastic DFSP. Available from: <https://www.pathologyoutlines.com/topic/skintumornonmelanocyticdfsp.html> [11. 5. 2024]. Access
15. Kutzner H. Expression of the human progenitor cell antigen CD34 (HPCA-1) distinguishes dermatofibrosarcoma protuberans from fibrous histiocytoma in formalin-fixed, paraffin-embedded tissue. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 28(4):613-7.
16. Jennifer Brooks; Michael L. Ramsey. Bookshelf ID: NBK513305PMID: 30020677. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513305/> [cited 17. 4. 2024].
17. NCCN Guidelines, Version 1.2024, Merkel Cell Carcinoma. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1444>. [cited 11. 5. 2024].

Dermatologie pro praxi

www.dermatologiepropraxi.cz

