

Karcinóm ruky u diabetika

MUDr. Peter Hajdu, MUDr. Martin Murcko, MUDr. Andriy Tovtyn

Chirurgické oddelenie NsP Trebišov, a. s., Svet zdravia, Trebišov

Rakovina kože je najčastejšou malignitou, z toho nemelanómová rakovina kože tvorí najväčšiu časť malígnych kožných nádorov a má v európskej populácii stále vzrastajúcu tendenciu. V dobe moderných diagnostických metód a možnosti miniinvazívnej terapie uvádzame kazuistiku pacienta liečeného radikálnym operačným výkonom. Včasná diagnostika a liečba malígnych nádorov kože môže byť úspešná, vyžaduje si však spoluprácu a aktívny prístup lekára i pacienta.

Kľúčové slová: rakovina kože, diagnostika, liečba, operácia, malígny melanóm, nemelanómová rakovina kože.

Hand carcinoma in patient with diabetes mellitus

Skin cancer is the most common malignancy, non melanoma skin cancer forms the largest part of malignancies of skin in european population, with increasing tendency. In the age of modern examination modalities and miniinvasive treatment options we present case report of a patient, treated by radical surgery. Early diagnostic and treatment of skin malignancies may be successful, although it needs an active approach of physician and patient too.

Key words: skin cancer, diagnosis, treatment, surgery, melanoma, non melanoma skin cancer.

Slov. chir., 2015; roč. 12(2): 60–62

Úvod

Malígne nádory kože sa delia na 2 hlavné skupiny – malígne melanómy (MM) a na nemelanómovú rakovinu kože (Non melanoma skin cancer, NMSC). Nemelanómové nádory majú celosvetovo narastajúcu incidenciu a sú známe priamou súvislosťou s nadmernou expozíciou UV žiareniu, hlavne u kaukazskej populácie (1). NMSC tvoria dve hlavné skupiny – bazocelulárny karcinóm (BCC) a skvamocelulárny karcinóm (SCC). Malignity môžu vznikáť na nepoškodenej koži de novo, ale častejšie sa vyskytujú na poškodenej pokožke (2).

Malígny melanóm (MM)

Pod 4 % malígnych kožných nádorov. Ide o malígne ochorenie postihujúce prevažne populáciu s bielou pokožkou (vysoké riziko – svetlá pokožka, modré oči, blond a ryšavé vlasy), stupeň pigmentácie je relatívny protektívny faktor (3). Rizikom sú opakované nadmerné expozície slnku, dysplastické névy, imunosupresia, xeroderma pigmentosum a ďalšie. Vyskytuje sa u ľudí každého veku so zvýšeným výskytom s narastajúcim vekom, avšak ide o jednu z najčastejších malignít u mladých ľudí. Malígny melanóm sa javí ako nepravidelne pigmentovaná lézia s dynamikou rastu. Sledujú sa typické znaky ABCDE; A – asymetria, B – border (hranica), C – colour (farba), D – diameter (priemer), E – evolution (zmena v časovom horizonte).

Nemelanómová rakovina kože

Výskyt takejto formy malígneho kožného nádoru je častejší, tvorí približne 96 % všetkých malígnych kožných nádorov.

Bazocelulárny karcinóm (BCC)

Je najpočetnejšou nemelanómovou rakovinou kože. Tvorí do 80 % kožných malignít (4, 5). Je zo spodných germinatívnych buniek epidermy, vyskytuje sa hlavne na slnku exponovaných častiach tela – tvár, krk, ruky. Typický makroskopický vzhľad je sivobiela papula, pomaly rastúca, s teleangiectáziami, hemoragickou krustou. Medzi jeho formy patrí aj erozívne rastúci ulcus rodens a ulcus terebrans, ktorý deštruuje podkožie, svalovinu i kosť. Potenciál metastázovania má malý a šíri sa skôr lokálne.

Skvamocelulárny karcinóm (SCC)

Malígny nádor zo spinálnych buniek epidermy. Rizikovými faktormi sú tiež zvýšená expozícia slnečnému žiareniu, chronické dráždenie, imunosupresívne stavy. Expozícia slnečnému žiareniu je rizikovejšia v mladom veku, hlavne pri rizikových fenotypoch (3). Z kožných malignít tvorí približne 16 %. Jeho prekancerózou je aktinická keratóza a Bowenova choroba. Makroskopicky má vzhľad tvrdej lézie farby kože s keratotickou papulou, môžu byť prítomné pigmentové škvrny a teleangiectázie. Stred lézie je s ulceráciou. Má vysoký potenciál metastázovania v závislosti od rozsahu lézie.

Možnosti diagnostiky a liečby

Medzi základné vyšetrovacie metódy patrí v prvom rade, tak ako pri všetkých ochoreniach, dôkladné fyzikálne vyšetrenie i anamnéza – rizikové faktory, rodinná anamnéza, zmeny lézie v čase. V súčasnosti patrí medzi najbežnejšie vyšetrenie dermatoskopia so zväčšením obrazu 10-

až 100-násobne, hlavne v diagnostike malígneho melanómu. Optická koherentná tomografia (OCT) umožňuje sledovať jednotlivé vrstvy kože, kožné adnexá, cievy, a to v axiálnom i laterálnom rozlíšení, nevýhodou je nemožnosť posúdenia bazálnej membrány a vnútrobunkové štruktúry (6). Medzi diagnostické metódy s najvyššou rozlišovacou schopnosťou patrí reflexná konfokálna mikroskopia (RCM), kde v horizontálnych rezoch umožňuje rozlíšiť i mikroštruktúry buniek – organely, melanín, hemoglobín. Základom diagnostiky je však stále histologické vyšetrenie materiálu, čo často zahŕňa aj liečbu – totálnu excíziu lézie (excizionálna biopsia). V prípade rozsiahlych lézií, kde totálna excízia by predstavovala mutilizujúci výkon, respektíve v oblastiach s významným estetickým efektom excízie, pripadá do úvahy len biopsia časti lézie (incizionálna biopsia), respektíve priebojníková (punch) biopsia. Pri nemelanómových tumoroch je v ambulatnej praxi využiteľná i zoškrabová (shave) biopsia. (3, 6). Totálna excízia ložiska je nutná s bezpečnostným lemom. O jeho šírke sa stále vedú polemiky. V minulosti odporúčaných 5 cm pri malígnom melanóme dnes už nie je indikovaných. Šírku bezpečnostného lemu pri malígnom melanóme uvádza tabuľka 1.

Elektívna lymfodisekcia pri MM nie je indikovaná. Význam má biopsia sentinelovej uzliny, ktorá je indikovaná pri melanómoch nad 1 mm. Pri léziách pod 1 mm rozhoduje ich mitotická aktivita a prítomnosť ulcerácie. Pri NMSC bezpečnostný lem nie je tak presne definovaný ako pri MM, ale akceptuje sa šírka 3 – 4 mm zdravého tkaniva. V prípade väčších lézií a in-

Tabuľka 1. Odporúčaná šírka bezpečnostného lemu pri MM

Šírka v mm	Bezpečnostný lem v cm
In situ	0,5
< 1	1
1 – 2	1 – 2
> 2 – 4	2
> 4	2

filtratívneho spôsobu rastu sa odporúča širšia excízia. Prekancerózy SCC môžu byť liečené kryoterapiou, topickou aplikáciou 5-fluorouracilu, chemickým peelingom, dermabráziou. Ako pri MM, tak i pri NMSC je hlavne pri veľkých léziách a léziách na viditeľných miestach či miestach, kde rozsiahlejšia excízia môže viesť k strate funkčnosti, výhodou Mohsova mikrografická excízia (MME). Pri tejto metóde sa po excízii lézie okraje ihneď vyšetria a v mieste pozitívneho nálezu sa pokračuje mikrochirurgickými rezmi tangenciálne, opätovne s vyšetrením a ďalším doresekovaním okraja s pozitívnou. Nevýhodou je časová náročnosť a ťažší uzáver rany. V liečbe u pacientov, ktorí nemôžu podstúpiť chirurgickú liečbu, alebo pri léziách rozsiahlych, či na tvári, NMSC sú dobre citlivé na rádioterapiu (3, 6).

Kazuistika

Na naše pracovisko chirurgického oddelenia bol v júli 2013 cestou ambulancie prijatý 70-ročný muž – diabetik na perorálnej liečbe, so známkami gangrény a deformity ľavej hornej končatiny (LHK). Trofické zmeny siahali do strednej tretiny predlaktia. Šesť dní pred vyšetrením na chirurgickej ambulancii a prijatím do ústavnej liečby pacient privedený RZP na internú ambulanciu oddelenia centrálného príjmu (OCP) pre nauzeu. Pre zmeny na LHK mu bolo doplnené chirurgické vyšetrenie. Pacient s febrilitami 38 °C, chirurgom bola stanovená diagnóza ako Phlegmona et gangraena antebrachii et manus l. sin. Napriek poučeniu o rizikách sepsy a úmrtia nesúhlasí s hospitalizáciou. S hospitalizáciou súhlasí až o týždeň pri vyšetrení na chirurgickej ambulancii.

Z osobnej anamnézy sa pacient lieči na arteriálnu hypertenziu, ischemickú chorobu srdca a na diabetes mellitus. V čase hospitalizácie užíva antibiotickú liečbu amoxicilín + klavulanát 1 g á 12 hodín per os. V laboratórnych vyšetreniach je prítomná zvýšená sedimentácia FW 40/70, leukocytóza $12,8 \times 10^9/l$, hyperglykémia 8,61 mmol/l, CRP napriek rozsiahlemu nálezu len mierne zvýšené 19,9 mg/l. Ostatné biochemické a koagulačné parametre sú v norme. Pacient

Obrázok 1. Rozsiahle ulcerácie ruky

súhlasí s operačným riešením, doplnené interné a anestéziologické predoperačné vyšetrenia a plánovaný operačný výkon – amputácia LHK nad úrovňou trofických zmien. Pri operačnom výkone v línii rezu nad zdravou pokožkou prítomné trofické zmeny tkanív, lymfadenopatia, preto sa operačný tím rozhoduje pre amputáciu v oblasti ramena. Na histologické vyšetrenie odobraná zväčšená lymfatická uzlina a excízia z tkaniva kože a podkožia. Pod fasciu zavedený Redonov drén a rana šitá v anatomických vrstvách. Pooperačná starostlivosť a liečba zahŕňa infúziu terapiu, podávanie nízkomolekulárneho heparínu v profylaktickej dávke, analgézu. Profylakticky predoperačne a na 36 hodín pooperačne podávaný cefotaxím 1 g á 8 hodín intravenózne. Pooperačné obdobie je pokojné, rana sa hojí per primam, na druhý pooperačný deň drén extrahovaný. Pacient v dobrom stave na ôsmy pooperačný deň emitovaný do ambulancie liečby, ambulantnou cestou extrahované stehy. V čase prepustenia a kontroly na ambulancii výsledok histologického vyšetrenia nebol k dispozícii. Po doručení výsledku boli patológom opísané reaktívne nešpecifické zmeny

Obrázok 3. Kýpeľ po amputácii**Obrázok 2.** Znemožnená úchopová funkcia

lymfatickej uzliny, avšak tkanivo kože vykazuje malígne zmeny – verukózný skvamocelulárny karcinóm, grade 1 s povrchovou exulceráciou. Pacient sa však na kontroly nedostavil. Výsledok histologického vyšetrenia mu bol odovzdaný v júli roku 2014 pri ošetrovaní pre defekt predkolenia. Na ďalší termín objednania sa pacient nedostavil. Pri spätnom pátraní v dokumentácii bolo zistené, že pacient bol v marci 2008 privedený RZP na internú ambulanciu OCP pre stenokardie, kde v anamnestických údajoch udáva problémy s ľavou rukou – kožné zmeny, prítomná zmienka o histologickom vylúčení malignity. Približne o rok – vo februári 2009, pacient vyšetrený na chirurgickej ambulancii, kde v náleze sú opisované zmeny dorza ruky až na zápästie, tumor so sekréciou, začervenanie okolia, prerastanie na dlaň a dorzum II. – IV. prsta a redukovaná flexia a úchopová schopnosť ruky. Pacient s operačnou liečbou opakovane nesúhlasí. Na vyšetrenia sa nedostavil, vyšetrený bol až v júli 2013.

Diskusia

Malígne nádory kože majú celosvetovo vzrastajúcu tendenciu. Pri včasnej diagnostike a terapii sú dobre liečiteľné. Napriek tomu sa občas vyskytujú aj rozsiahle zanedbané nálezy pokročilého ochorenia s nutnosťou radikálnych, často mutilizujúcich operačných výkonov. Na príklade našej kazuistiky vidieť, aké ťažké následky pre pacienta môže mať liečba v neskorých štádiách. Skvamocelulárny karcinóm sa častejšie vyskytuje u mužov, imunokompromitovaných, v miestach chronického poškodenia a dráždenia kože.

Obrázok 4. Kýpeľ po zhojení

Pacient – muž, diabetik s anamnézou ulcerácie na ruke zapadá do tohto obrazu. Napriek tomu, odmietanie diagnostiky a liečby, ošetrovanie opakovane iba v rámci pohotovostnej služby, a to v časovo veľkých intervaloch viedlo mylne k záveru diabetickej gangrény pre v súčasnosti nie častý rozsiahly nález pokročilého karcinómu kože. Ani dlhodobá pooperačná starostlivosť a dispenzarizácia pacienta nebola možná pre nespôsobnosť.

Záver

Napriek narastajúcej incidencii malígnych kožných nádorov vďaka včasnej diagnostike je možnosť celkového vyliečenia reálna. Možnosť dermatoskopického vyšetrenia už v ambulancii dermatológa a dispenzarizácia rizikových paci-

entov vedie k včasnej histologizácii podozrivých kožných zmien, a tak i k liečbe s celkovou excíziou klasickou metódou či Mohs mikrochirurgiou, eventuálne ďalšími liečebnými metódami. Predpokladom však naďalej ostáva spolupráca pacienta a aktívne podieľanie sa na starostlivosti o svoj zdravotný stav.

Literatúra

1. Poláková K. Nemelanómová rakovina kože – I. časť: Etiopatogenéza a klinický obraz. *Dermatol. prax.* 2008;3:112–115.
2. Bartoš V. Diferenciálna diagnostika keratoakantómu a skvamocelulárneho karcinómu kože v biopptickej praxi. *Dermatol. prax.* 2013;7(2–3):56–59.
3. McMasters KM, Urist MM. Melanoma and cutaneous malignancies. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012: 742–767.

4. Bartoš V, Pokorný D, Zacharová O, et al. Bazocelulárny karcinóm kože s adnexálnou diferenciáciou – rozbor diagnostikovaných prípadov a prehľad literatúry. *Dermatol. prax.* 2011;5(1):37–41.
5. Bartoš V, Pokorný D, Zacharová O, Haluska P, Doboszová J, Pěč M. Bazocelulárny karcinóm kože: klinicko-morfologický rozbor prípadov diagnostikovaných počas 1-ročného obdobia. *Dermatol. prax.* 2009;3(4):173–176.
6. Poláková K. Nemelanómová rakovina kože – II. časť: Diagnostika a liečba. *Dermatol. prax.* 2008;4:150–152.

MUDr. Peter Hajdu

Chirurgické oddelenie NsP Trebišov, a. s.,
Svet zdravia
SNP 1079/76, 075 01 Trebišov
hajdu.peto@gmail.com

