

# KOŽNÍ PREKANCERÓZY

MUDr. Hana Nechvátalová

Dermatovenerologická praxe, Brno

Kožní prekancerózy jsou takové kožní změny, které po kratší nebo delší době mohou vést ke vzniku maligních kožních nádorů. Můžeme je rozdělit na obligátní, které ke vzniku nádoru vedou pravidelně, a na fakultativní, které ke vzniku nádoru vedou jen v některých případech.

Obligátní prekancerózy jsou většinou způsobené dlouhodobým působením UV záření, chemických karcinogenů (dehet, arzen) a rtg záření. Mezi fakultativní prekancerózy patří chronické zánětlivé změny, chronické degenerativní změny a některé benigní nádory a névy.

**Klíčová slova:** kožní prekancerózy, prekancerózy obligatorní, prekancerózy fakultativní.

## SKIN PRECANCEROSSES

Skin precanceroses are changes, which may lead to formation of malignant skin tumours after shorter or longer time course. They may be obligatory, which transform to tumour regularly and facultative, which lead to tumour only occasionally. Obligatory precanceroses are usually due to long lasting action of UV radiation, chemical carcinogens (tar, arsenic) and X-rays. Facultative precanceroses encompass chronic inflammatory changes, chronic degenerative changes, some benign tumours and nevi.

**Key words:** skin precanceroses, obligatory precanceroses, facultative precanceroses.

### Obligátní prekancerózy

**1. Keratosis solaris (synonyma: keratosis actinica, keratosis senilis, keratoma senile)**

**Klinický obraz:** dobře ohraničené, bělavé až šedobílé ložisko, které se olupuje, často s načervenalou spodinou, velikosti několik mm až 2 cm. Po odstranění šupiny z povrchu zůstane červená lesknoucí se spodina, která snadno krvácí. Vyskytuje se na místech vystavených slunci (obličej, hřbety rukou, pleš u mužů, záda, ramena). Přítomnost solárních keratóz je upozorněním, že kůže už je natolik poškozena UV zářením, že hrozí i vznik kožních nádorů.

**Diagnóza:** klinicky, histologicky. Diferenciální diagnóza: superficiální basaliom, morbus Bowen, chronický diskoidní erythematozes, keratomy jiné etiologie.

**Léčebný postup:** kryoterapie pomocí tektého N<sub>2</sub>, excize, lokální aplikace 5-fluorouracilu nebo lokálních retinoidů.

**Prognóza:** v průběhu let přechází méně než 5% solárních keratóz ve spinocelulární karcinom.

**Prevence:** ochrana před dalšími účinky slunečního záření (opalovací krémy s ochrannými filtry, nošení klobouků, lehkých oděvů).

### 2. Keratomy jiné etiologie

Arzenové keratomy jsou rohovitě, hyperkeratotické čepy hlavně na dlaních a ploskách. Vznikají mnoho let po expozici látkám s arzenem (posilující vína, Fowlerovy kapky, některé insekticidy). Při maligní přeměně dochází k induraci, inflamaci a exulceraci lézí.

**Diferenciální diagnóza:** keratosis punctata, Darierova choroba, lichen planus,

vulgární veruky. Pokud diagnostikujeme arzenové keratózy, je nutné pečlivě vyšetření pacienta a následná dispenzarizace. Kromě arzenových keratomů bývá u těchto osob častý výskyt basaliomů, Bowenovy dermatózy a maligních nádorů plic.

Rtg keratomy vznikají v jizvách po ozáření, jsou agresivnější než ostatní keratomy a častěji přecházejí ve spinocelulární karcinom.

Dehtové keratomy jsou vyvolané dlouhodobým působením dehtů a dehtových derivátů na kůži; malá keratotická ložiska se podobají plochým verukám nebo solárním keratomům, vyskytují se hlavně na obličeji, na rukou, na skrotu. Relativně časný je maligní zvrát.

**Léčba:** jako u předchozích.

### 3. Cornu cutaneum

Vertikálně rostoucí čep rohové vrstvy epidermis, který překrývá dysplastickou nebo již neoplastickou epidermis. Vyskytuje se na místech vystavených účinkům UV záření.

**Diagnóza:** histologicky.

**Diferenciální diagnóza:** vulgární veruka, keratoakantom, seborrhoická veruka.

**Léčebný postup:** excize.

**Prevence:** stejná jako u předchozích.

### 4. Morbus Bowen (Bowenova dermatóza)

Jde o carcinoma in situ, nádorové buňky nepřekračují bazální membránu. V etiologii se uplatňuje UV záření, ingesce arzenu. Jde o mírně infiltrovanou, dobře ohraničenou ložiska 2–5 cm, světle hnědé až hnědočervené barvy, s povrchem pokrytým šupinami a krustami, po násilném odstranění šupin a krust se objeví mokvajících granulačních tkáň. Vzácně se vyskytu-

jí i uzlovité formy. Současně bývá někdy tento stav řazen mezi paraneoplastické dermatózy v souvislosti s malignitami plic, gastrointestinálního a urogenitálního traktu.

**Diagnóza:** histologicky-probatorní excize z nejvíce infiltrované části.

**Diferenciální diagnóza:** mikrobiální ekzém, psoriáza, solární keratom, lichen simplex, superficiální basaliom.

**Léčba:** excize, radioterapie, kryolizace, 5-fluorouracil lokálně, fotodynamická terapie.

**Prognóza:** neléčené ložisko přechází ve 3–6% v invazivní spinaliom.

### 5. Erythroplasia Queyrat

Ložisko červené až červenohnědé, ostře ohraničené, mírně vyvýšené s hladkým až sametovým povrchem, na žaludu nebo na předkožce. Také v tomto případě se jedná o carcinoma in situ.

**Diagnóza:** histologicky.

**Diferenciální diagnóza:** balanitis plasmocellularis Zoon, infekční balanitidy, psoriáza.

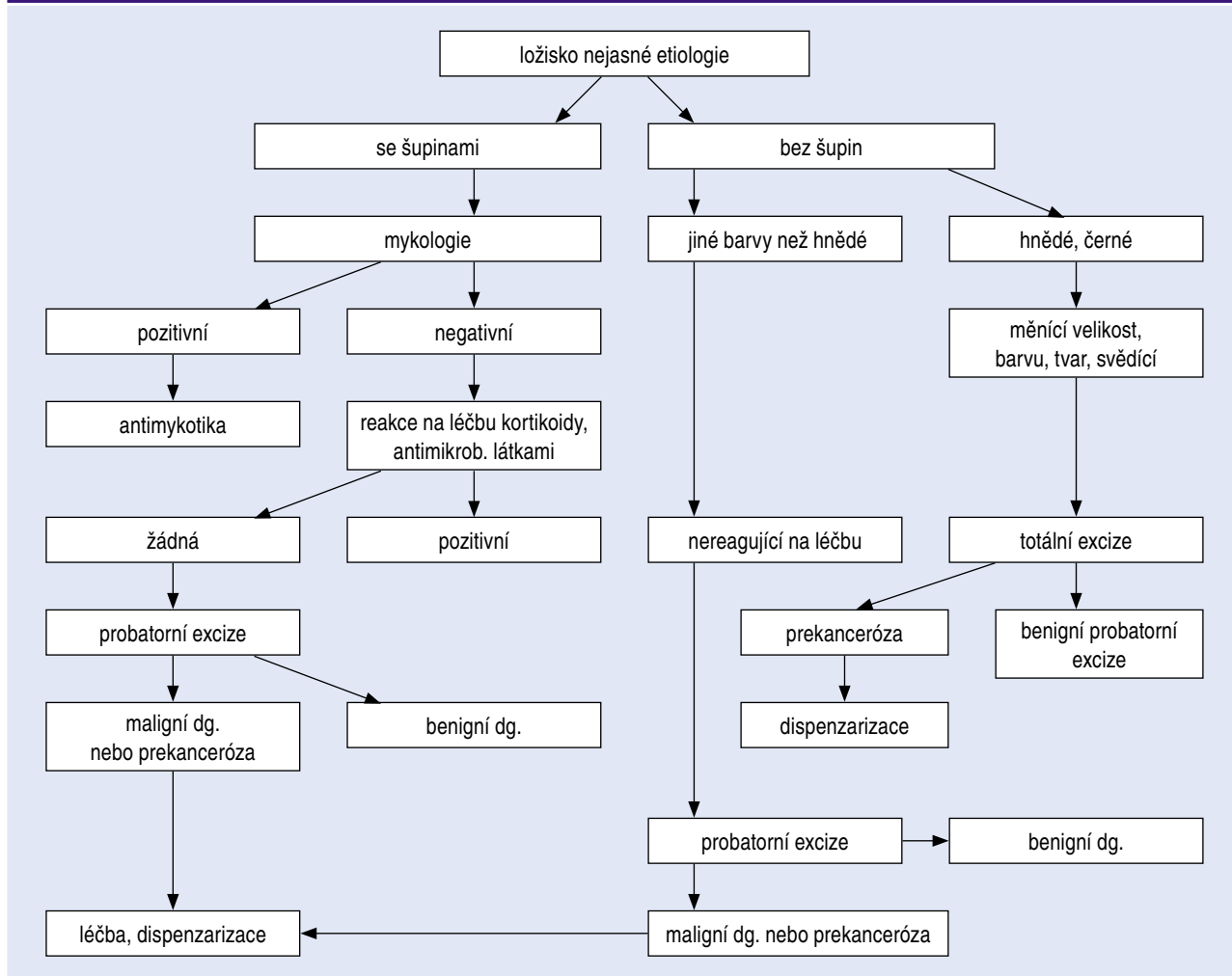
**Léčebná opatření:** excize s cirkumcizí, 5-fluorouracil lokálně, radioterapie, při přechodu v rozvinutý spinaliom amputace penisu s disekcí inguinálních uzlin.

**Prognóza:** chová se podobně jako morbus Bowen, ale přechází v invazivní spinocelulární karcinom až v 10%.

### 6. Leukoplakie

Zpočátku bělavá nebo našedlá ploška na sliznici dutiny ústní nebo genitálu, nejdříve hladká, postupně dochází k infiltraci a na povrchu narůstá rohová vrstva. Někdy mohou vznikat i bolestivé ragády, krvácení. Pět až 30% leukoplakií přechází ve spinocelulární karcinom.

Schéma 1. Diagnostika kožních prekanceróz



**Diagnóza:** histologicky.

**Diferenciální diagnóza:** kandidóza, lichen planus, sekundární syfilis, chronický diskoidní erythematoses.

**Léčba:** excize, kryodestrukce tekutým N<sub>2</sub>.

**Další opatření:** vyloučit příčinu chronického dráždění sliznic (špatně padnoucí protéza, ulámané zuby, zákaz kouření, dostatečná hygiena).

## 7. Morbus Paget

Ostře ohraničené ložisko nahnědlé nebo hnědočervené barvy se šupinkami a krustami na povrchu nejčastěji na prsní bradavce žen mezi 50.–60. rokem věku, postupně se šíří na okolní kůži i do prsní žlázy, je způsobeno přítomností maligních buněk v epidermis, které mají pravěpodobně původ v intraduktálním karcinomu prsu.

**Diagnóza:** histologicky.

**Diferenciální diagnóza:** ekzém, psoriáza.

**Léčba:** širší excize, radioterapie.

**Prognóza:** bez léčby přechod v invazivní karcinom prsu.

**Další opatření:** pečlivá dispenzarizace.

Vzácnější jsou extramamární projevy v místech apokrinních žláz v axilách, perianál-

ně nebo perigenitálně, podobají se mamární formě, v centru se někdy odhojují a vzniká anulární tvar, intenzivně svědí. Výskyt bývá častější u žen než u mužů. Bez léčby přechází v invazivní adnexální karcinom.

**Diferenciální diagnóza:** ekzém, psoriáza, leukoplakie.

**Léčba:** excize, radioterapie.

## 8. Lentigo maligna ( Melanosis circumscripta praecancerosa Dubreuilh)

Jde o preinvazivní stadium maligního melanomu – melanoma in situ. Atypické melanocyty jsou v epidermis, nepřekračují bazální membránu. Klinický obraz: skvrna hnědé až hnědočerné barvy, která se postupně zvětšuje, má nepravidelný tvar a skvrnitou pigmentaci. Výskyt na místech vystavených slunečnímu záření, nejvíce na obličeji.

**Diagnóza:** klinicky, histologicky.

**Diferenciální diagnóza:** lentigo solaris-skvrna hnědé barvy, která je výsledkem zvětšeného počtu melanocytů v místě dermoepidermálního spojení; melanocyty zde nejeví atypie, je jich jenom více; dále lentigo maligna melanoma, seborrhoická veruka.

**Prognóza:** bez léčby po 5–20 letech dochází u 25–30% postižených k vertikálnímu růstu a přechodu v plně vyvinutý melanom (lentigo maligna melanoma). Maligní zvrát je provázen změnou velikosti, tvaru a barvy a růstem do výšky.

**Léčba:** totální excize, kryoterapie, ve vyšším věku i radioterapie.

Pokud jsou výše uvedené stavy léčeny a odstraněny ještě ve fázi prekancerózy, je prognóza dobrá. Při přechodu v plně vyvinutý maligní nádor je riziko vzniku lokálních i vzdálených metastáz. Všechny pacienty s kožními prekancerózami je nutné dispenzarizovat.

## Fakultativní prekancerózy

**1. Chronické zánětlivé procesy** – např. bércový vřed, psoriáza, recidivující balanopostitida, chronické záněty v dutině ústní. Ve většině případů dochází při maligním zvratu ke vzniku spinocelulárního karcinomu. Klinický obraz: náhlá změna v dosavadním průběhu chronické dermatózy, tvorba nádorových uzlů či infiltrátů, krvácení, exulcerace.

**2. Chronické degenerativní změny** – sklerotické atrofické změny (TBC cutis luposa, lupus erythematoses, lichen sclerosus et

atrophicus), jizvy např. po popálení, změny pojivové tkáně vlivem UV záření, chronické radiodermatitidy.

**Klinický obraz:** dochází k tvorbě infiltrátů, uzlů, krvácení.

**3. Benígní nádory a névy** – např. naevus sebaceus-kongenitální névus s množstvím abortivních folikulů a mazových žláz, při narození hladký, bez ochlupení, žlutooranžové barvy, 1–2 cm velký, hlavně ve kšticí a na obličejí, pomalu se plošně zvětšuje, v době puberty se infiltruje a na povrchu se objevují drobné papulky a uzlíčky.

**Léčba:** totální excize.

**Prognóza:** ve středním věku u 5–30% nemocných se objevuje v névu basaliom, keratoakantom, vzácně i spinaliom.

Získané melanocytární pigmentové névy dyplastického typu – většinou jde o névy smíšené, větší než 5 mm, nehomogenně pigmentované, asymetrického tvaru, nepravidelných okrajů s výběžky a zářezy, neostře ohraničené, takže se stírá přesná hranice mezi névem a zdravou kůží.

**Léčba:** mnoho klinicky dysplastických névů nelze odlišit od časného stadia maligního melanomu, proto se doporučuje totální excize a histologické vyšetření. Pokud jsou dysplas-

tické změny mírnější, je možné pacienta pouze sledovat a excizi provést až při změně barvy, tvaru, velikosti či při svědění. Pečlivě dispenzarizovaní musejí být hlavně ti pacienti s dysplastickými névy, kteří mají v rodinné anamnéze výskyt maligního melanomu. Pacient musí být poučen o známkách nádorového zvratu, aby jej mohl sám rozpoznat a aby přišel včas na vyšetření. Nejčastějšími změnami, které svědčí pro maligní zvrát: změna barvy névu, plošný nepravidelný růst se ztrátou kožního reliéfu a občasné svědění névu.

**Kongenitální névy** – jsou přítomné již při narození nebo se vyvíjejí do 5 let života, nejprve se projevují jako hnědá skvrna, která se zvětšuje, tmavne, povrch se stává bradavičnatým; jsou porostlé dlouhými chlupy. Dle velikosti se dělí na malé (do 2 cm), střední (2–20 cm) a na obrovské, které přesahují 20 cm. Kongenitální névy (hlavně obrovské) mají relativně velkou pravděpodobnost (až 10%), že se mohou během života zvrhnout v maligní melanom. Proto by měly být, pokud to jejich velikost

dovolí, excidovány, a to nejlépe do 12 let věku. U obrovských kongenitálních névů je úplné odstranění technicky často nemožné, proto se při podezření na maligní zvrát provádí excize podezřelé části pigmentového névu. Pacienti by měli být pravidelně sledováni, většinou stačí 1x ročně.

Při podezření na kožní prekancerózu by měl být pacient odeslán k odbornému kožnímu lékaři, který, když diagnózu potvrdí, zajistí i příslušnou léčbu. Pacient většinou zůstává u kožního lékaře i dispenzarizován. Pokud je nutná pracovní neschopnost, tak jen krátkodobá v souvislosti s některými většími léčebnými zákroky (chirurgickými, kryochirurgickými). Některé kožní prekancerózy (např. solární keratózy, dehtové, arzenové či rtg keratomy) mohou být i profesionální etiologie. Po stanovení diagnózy by pak měl příslušný závodní lékař podat návrh na pracovní přearažení a zahájit spolupráci s místní hygienickou stanicí a oddělením pracovního lékařství.

#### Literatura

1. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG. Textbook of dermatology, 6<sup>th</sup> edition 1998, Blackwell Science Inc. 1998, 1670–1679.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WH. Dermatology, 2<sup>nd</sup> Edition Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2000, 1449–1462.