

Napotitev in obravnava bolnikov z melanomom in epitelioni

Tanja Planinšek Ručigaj

Izveček

V populaciji se večja zavest o skrbi za zdravje in poznavanje rizičnih dejavnikov za nastanek posameznih bolezni, kot npr. škodljivosti sončnih žarkov in njihov vpliv na nastanek kožnega raka, kar ob relativno konstantnem številu dermatovenerologov in večjem prilivu bolnikov predstavlja velik problem. Poleg rednih pregledov ambulate dermatovenerologov dodatno dnevno obišče še veliko bolnikov z nujno ali hitro napotitvijo, zaradi dolgih čakalnih dob, s čemer pa se te še daljšajo.

Uvod

Melanom, tumor melanocitnih celic kože, skupaj z nemelanomskimi oblikami kožnega raka, predstavlja skupino kožnih rakov, katerih incidenca je v porastu. Po podatkih Registra raka Slovenije se letna incidenca melanoma podvaja v vsakem desetletju. V letu 2004 je bil kožni rak na 3. mestu pri moških in na 2. mestu pri ženskah po pojavnosti. Podatki Registra raka Republike Slovenije za leto 2008 kažejo, da je kožni rak skupno na prvem mestu po pojavnosti v Sloveniji (1).

Melanom

Zgodnejše odkritje melanoma predstavlja manjše tveganje za razsoj bolezni, zaradi tega je zdravljenje učinkovitejše, od tega pa je odvisna tudi boljša prognoza bolezni oziroma daljše preživetje bolnikov.

Ker mnogokrat diagnozo melanom lahko postavimo šele s

Tabela 1. Napotitev bolnika

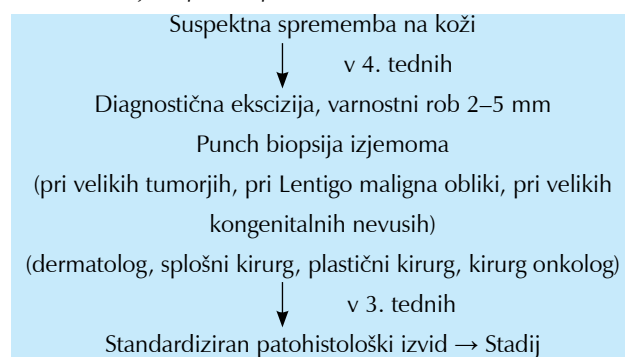
Diagnoza	Običajna napotitev	Izjema
Suspektni melanom	NUJNO	
Melanom (za pregled ostale kože)	3 - 6 mesecev po eksciziji primarnega tumorja	
Poškodba pigmentnega nevusa	REDNO	NUJNO: sum na melanom
Melanom v družini	REDNO	NUJNO: sum na melanom
Limfedem po disekciji bezgavk	REDNO	NUJNO: maligni limfedem

pomočjo dermatoskopskega pregleda sprememb na koži, je že ob najmanjšem sumu na melanom potrebno bolnika napotiti k dermatovenerologu (2).

Bolnika s sumom na melanom napoti splošni zdravnik ali zdravnik druge stroke k dermatovenerologu z napotno diagnozo Suspektni melanom s stopnjo nujnosti »nujno« (tabela 1) (3).

Pri bolniku sumljivo spremembo izrežemo in glede na histološki izvid sledimo Smernicam za zdravljenje melanoma (slika 1) (4).

Slika 1. Ekscizija suspektne spremembe



Melanom, glede na razširjenost bolezni, razdelimo v stadije: Stadij 0: melanoma in situ; Stadij IA; Stadij IB; Stadij IIA; Stadij IIB; Stadij IIC; Stadij IIIA; Stadij IIIB; Stadij IIIC in Stadij IV (4).

Pri večini bolnikov po eksciziji primarnega melanoma, glede na izrezan varnostni rob, naredimo še reekscizijo ležišča primarnega melanoma, katere velikost je odvisna od stadija oziroma debeline melanoma (do 2 cm).

Biopsija varovalne bezgavke je indicirana v prvih treh mesecih po postavitvi histološke diagnoze pri melanomih, ki so debelejši od 1 mm oziroma pri tanjših melanomih, kjer je večje število mitoz ali pa je ta ulceriran.

Vse bolnike, ne glede na stadij melanoma ob postavitvi diagnoze, v mesecu dni pregleda operater, zaradi morebitnih možnih zapletov ob oziroma po operaciji. Nato dermatovenerologi spremljamo bolnika, zaradi možnosti pojava drugega melanoma ali razsoja bolezni do konca življenja, ne glede na stadij bolezni. Mnenja o potrebi po spremljanju bolnikov z melanomom in situ do konca življenja so deljena. Po mnenju nekaterih spremljanje doživljenjsko ni potrebno, saj je pogostost metastaziranja te vrste melanomov praktično nična.

Mnenje nasprotnikov te trditve pa je, da je sicer melanom odstranjen pravočasno, dejavnikov tveganja oziroma vzroka za njegov nastanek pa nismo odstranili. Čas bo pokazal, kakšen način spremljanja teh bolnikov je najprimernejši. Bolnike pregledujemo v prvih petih letih dvakrat letno, nato pa enkrat na leto. Ob pregledu je potrebno pregledati kožo vsega telesa (vključno z lasiščem, nohti, kožnimi gubami, podplati in dlanmi, na katere se pogosto pozablja) in vidne sluznice. Sumljive ali »atipične« spremembe pregledamo še dermatoskopsko in po potrebi ter možnih računalniško shranimo (4).

Glede na razširjenost bolezni se odločamo o ostalih diagnostičnih postopkih, vrstah zdravljenja in dodatnih kontrolah še pri onkologu (tabela 2).

NEVUSI, NEMELANOMSKI KOŽNI RAKI, AKTINIČNE

Tabela 2. Obravnava bolnika z melanomom, v različnih stadijih

Stadij	Možnosti zdravljenja
IA	Operacija – radikalna ekscizija
IB	Operacija – radikalna ekscizija Biopsija varovalne bezgavke
IIA	Operacija – radikalna ekscizija Biopsija varovalne bezgavke
IIB / IIC	Operacija – radikalna ekscizija Biopsija varovalne bezgavke INF- α
IIIA / IIIB / IIIC	Operacija – radikalna ekscizija in limfadenektomija Radioterapija INF- α
IV	Operacija, paliativna kemoterapija in radioterapija

KERATOZE

Kljub zelo redkemu metastaziranju pa je tudi za nemelanomske vrste raka pomembno, da jih pričnemo čim prej zdraviti, saj je v teh primerih zdravljenje enostavnejše, učinkovitejše in ne nazadnje cenejše. Zato je tudi primerna napotitev teh bolnikov na sekundarni nivo pomembna (tabela 3).

V skladu z dogovorom zdravnikov dermato-onkologov na Dermatovenerološki kliniki, UKCL in priznanimi evropskimi smernicami, ter glede na možnosti, kontroliramo posamezne skupine bolnikov glede na naslednji predlog:

Bolniki z aktiničnimi keratozami (AK):

- Posamezne AK:
 - dermatolog: terapija,
 - osebni zdravnik: nadaljnje kontrole;
- Številne AK:
 - dermatolog: individualno; 1-krat letno.

Bolniki z bazalnoceličnimi karcinomi (BCC) (5):

- Nerizični BCC:
 - dermatolog: terapija,
 - osebni zdravnik: nadaljnje kontrole;
- Srednje rizični BCC:
 - dermatolog: kontrole: 1-krat letno, 3 leta;
- Visoko rizični BCC:
 - dermatolog: kontrole: 1-krat na 6 mesecev, 3 leta.

Tabela 3. Napotitev bolnika

Diagnoza	Običajna napotitev	Izjema
Pigmentni nevusi	REDNO	1. HITRO: - visoko tveganje za melanom (pozitivna osebna ali družinska anamneza). 2. NUJNO: - sum na melanom.
Kongenitalni nevusi	REDNO	1. HITRO: - v 1. mesecu. 2. HITRO: -če je nevus večji od 6 cm ali na izjemno neugodnih mestih (obraz, roka, stopalo, spolovilo).
Nemelanomski kožni rak: - SCC - BCC	REDNO	1. HITRO: - hitro večanje tumorja ali tumor v področju obraza
Mb. Bowen	REDNO	HITRO: 1. sum na skvamoznocični karcinom. 2. premer, večji od 3 cm, in/ali neugodna lokacija.
Prekanceroze: aktinične karatoze	REDNO	

Bolniki s skvamoznocičnimi karcinomi (SCC):

- Nerizični SCC
 - dermatolog: terapija,
kontrole: 1 leto 1-krat na 6 mesecev, nato do 5. leta 1-krat letno;
- Visoko rizični SCC:
 - dermatolog: terapija,
kontrole: 1-krat na 6 mesecev, do 5. leta.

Zaključek

Za hitrejšo ustrezno diagnostiko in terapijo, zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih, tako na sekundarnem kot primarnem nivoju, pa tudi za lažjo organizacijo dela v dermatoveneroloških ambulantah, je pravilna napotitev bolnika k specialistu bistvenega pomena.

Literatura

1. Cancer in Slovenia 2009. Ljubljana: Institute of Oncology Ljubljana, Epidemiology and Cancer Registry, Cancer Registry of Republic of Slovenia, 2013.
2. Benedičič A, Planinšek Ručigaj T. Indication for urgent referral to dermatologist. Acta dermatovenerolog. Alp. Panon. Adriat. 2010; 19 (1): 15-22.
3. Planinšek Ručigaj T. Pristop k bolniku z melanomom. Zbornik Šole o prepoznavi melanoma in drugih kožnih tumorjev, Zsd in DK, 2013.
4. Hočevar M, Strojani P, Ocvirk J, Ahčan U, Snoj M, Luzar B, Pižem J, Jančar B, Reberšek M, Žgavec B, Ručigaj TP. Smernice in klinična pot za obravnavo bolnikov z melanomom. OI Ljubljana 2010; www.onko-i.si/uploads/media/Melanom_smernice_in_klinicna_pot_2010.pdf
5. Sterry W: European Dermatology Forum Guideline Committee. Guidelines: the Update of the Guideline on Basal Cell Carcinoma. 2012.