

Vloga dermatologa v preventivi malignih tumorjev kože The role of dermatologist in the skin cancer prevention

Ana Benedičič-Pilih¹, Igor Bartenjev²

¹Dermatovenerološki oddelek, Splošna bolnišnica Celje, ²Dermatovenerološka klinika, Klinični center Ljubljana, Slovenija

Povzetek: Preventiva malignih tumorjev kože (MTK) obsega vrsto dejavnosti, ki imajo namen preprečiti razvoj teh bolezni, katerih incidenca v zadnjih desetletjih vztrajno narašča po svetu in pri nas. Dermatolog ima pomembno vlogo ne le pri diagnostiki in zdravljenju različnih vrst MTK, temveč tudi pri individualnem svetovanju glede zaščite kože pred delovanjem različnih kancerogenov v okolju ter pri razvoju zdravstvene politike v smeri razumevanja in sprejemanja za zdravje kože potrebnih sprememb v stališčih in obnašanju do škodljivih vplivov okolja, ki sodelujejo pri razvoju MTK.

Ključne besede: kožne novotvorbe - preprečevanje in nadzor

Abstract: Malignant skin tumor prevention includes various activities which try to prevent development of these diseases. During the last decades the incidence of skin cancer has increased worldwide as well in Slovenia. The role of dermatologist is not only in diagnostics and treatment of skin cancer, but also in counseling about protection of skin against environmental cancerogenous factors. National health policy should be developed with the main strategy of increasing awareness, knowledge and behavioral changes about the risks associated with dangerous environmental factors.

Key words: skin neoplasms prevention and control

Uvod

Incidenca vseh treh najpogostejših oblik kožnega raka (bazocelularni karcinom, spinocelularni karcinom, maligni melanom kože - CMM) narašča po vsem svetu, čeprav ne povsod enako hitro. Tudi v Sloveniji se je CMM leta 1994 uvrstil med najbolj pogoste oblike raka.¹ Rak kože se je po pogostosti povzpел na drugo mesto tudi pri moških, kot je že nekaj časa pri ženskah.² Lahko smo upravičeno za-

skrbljeni, saj smo očitno tudi pri nas priče zstrašujoče rasti življenjskega tveganja za CMM pri belopoltni populaciji, ki jo opisujejo v svetu: 1935 (1:1500), 1960 (1:600), 1980 (1:250), 1990 (1:105), verjetnostni izračun za 2000 napoveduje razmerje (1:75).^{3,4}

Najobsežnejši del preventivnega delovanja dermatologa pri nas v zvezi z MTK je trenutno *sekundarna preventiva* (zgodnja detekcija in diagnoza), v bodoče pa želimo poudariti potrebo po intenzivnem delu na področju *primarne preventive* (odkrivanje in omejevanje dejavnikov tveganja), pri čemer je potrebno usklajeno delovanje različnih plasti družbe.

Naslov avtorice: Ana Benedičič-Pilih, dr. med., Dermatovenerološki oddelek, Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 5, 3000 Celje, Slovenija. Tel.: 063 441133; Fax: 063 481204

Sekundarna preventiva

Na zgodnjo detekcijo MTK ne vplivajo le znanje in izkušnost, obremenjenost in opremljenost (dobra osvetljenost prostora, dermatoskop, možnost neposrednega ukrepanja - ekscizija in histopatološka preiskava!) posameznih dermatologov, temveč tudi dostopnost dermatološke službe⁵ in pogosto stopnja ozaveščenosti in zaskrbljenosti posameznika, ki ga motivirata, da prične iskati pomoč. Opisujejo, da kar 50 - 60% primerov CMM opazijo bolniki sami^{4,6}, žal pa se dogaja, da odlašajo z iskanjem pomoči in tako zamudijo najugodnejši čas za zdravljenje.

Kako pregledamo kožo pri sumu na MTK, zlasti CMM?

Bolnika moramo vprašati:

- ali je opazil kakršnekoli spremembe na koži, zlasti nova kožna znamenja ali pa spremembe pri že obstoječih (velikost, oblika, barva, občutljivost in druga opažanja in zaznave);
- o osebni ali družinski anamnezi za CMM oziroma MTK (pridobimo dokumentacijo in pregledamo rezultate prejšnjih biopsij,...);
- o pogostosti (številu) sončnih opeklin v preteklosti;
- o splošnem odzivu kože na izpostavljanje sončni svetlobi (ocena tolerance kože na ultravioleto sevanje (UVR) in klasifikacija tipa kože I - IV glede odzivnosti na sončno svetlobo po Fitzpatricku⁷);
- o žariščnih in sistemskih znakih, zatrdinah ali oteklinah pod kožo.

Pregledati moramo celotno kožno površino, ker je pri popolnem pregledu kar 6,4-krat večja verjetnost, da bomo odkrili CMM kot pri le delnem pregledu.⁴

- ob dobri razsvetljavi pregledamo bolnika od glave do peta (lahko si pomagamo s postopnim razkrivanjem delov telesa v haljo ogrnjenega bolnika);
- pregled lasišča olajšamo s postopnim odmi-

kanjem pramenov las ali z uporabo ročnega sušilca za lase;

- pregledamo tudi ustno sluznico, spolovilo, kožo med prsti in nohte.

Oblikujemo splošno oceno kože in skrbno preučimo morebitne posamične neobičajne ali sumljive spremembe ter po možnosti poleg opisa arhiviramo še fotografijo.^{4,6} Ob preiskavi pigmentnih sprememb na koži nam je pri razlikovanju CMM in atipičnih nevusov od benignih pigmentnih nevusov v pomoč lestvica preverjanja ABCD+E (Asymmetry = nesomernost, Border = nepravilnost mej, Color = neenakomerna barva, Diameter = premer nad 6mm, Enlargement/Elevation = sprememba velikosti).^{4,6,8} Začetni CMM je lahko majhen (pod 6mm v premeru), zato je v takem primeru odločilen podatek o večanju oziroma spreminjanju pigmentnega znamenja⁴.

Na podlagi ugotovitev *ocenimo verjetnost MTK oziroma tveganje za njegov razvoj*, kar je osnova za odločitev o ukrepanju in načrtovanju spremljanja. Zlasti smo pozorni na morebitno prisotnost dejavnikov tveganja za razvoj CMM.^{8,9,10} Bolniku obrazložimo potrebnost rednih kontrol in mu svetujemo redno zaščito pred UVR ter izvajanje samopregleda kože enkrat mesečno pred ogledalom (Slika 1).^{8,11,12} Nekateri svetujejo klinične *dermatološke kontrole* na prisotnost MTK na tri leta po 20. letu in na eno leto po 40. letu starosti.¹³

Ocenjujejo, da se CMM v dveh tretjinah razvije "de novo", v eni tretjini pa iz prej obstoječe pigmentne spremembe.³ Ker so pigmentni nevusi prisotni na koži praktično vsakega odraslega človeka (maloštevilni <20, normalno 20 - 40, številni >40), je njihova maligna alteracija pravzaprav redek dogodek in je praviloma vezana na prisotnost atipičnih nevusov ali na veliko število nevusov, čeprav ni vedno tako. CMM se pogosteje (v 5 - 30%) razvije tudi v predelu velikih (premer >20cm) kongenitalnih melanocitnih nevusov³, medtem ko nekatere novejšje raziskave tega ne potrjujejo za male (premer <1,5cm) in srednje velike (premer 1,5 - 19,9cm) kongenitalne melanocitne

nevuse. V teh primerih zato niso potrebne profilaktične odstranitve, v kolikor nimajo neobičajnih lastnosti in jih je mogoče doživljenjsko kontrolirati.¹⁴ Na soncu izpostavljenih mestih, posebno na obrazu starejših oseb, je možen prekursor CMM lentigo maligna, ki maligno alterira navadno šele po 10 do 15 letih.¹⁰ Znano je, da se CMM lahko pojavlja tudi družinsko, zato ob več obolelih v družinski anamnezi svetujemo redne samopreglede in klinične kontrole tudi ostalim članom družine.

Diagnostika in zdravljenje prekancerov ne-melanomskih MTK sta pomembni zaradi njihove pogostnosti (npr. senilne/aktinične keratoze, levkoplakije,...), pa tudi zato, ker jih je včasih z odstranitvijo vzroka (npr. radiacijske keratoze,...) mogoče preprečiti ali jih je lahko zdraviti (npr. Mb. Bowen).¹⁵

Z zgodnjo diagnostiko nekaterih dednih sindromov, ki se povezujejo s pogostejšim pojavljanjem MTK (npr. Basal cell nevus sy., Xeroderma pigmentosum, Bazex sy., Epidermodysplasia verruciformis) lahko omogočimo zgodnjo detekcijo in zdravljenje le-teh.¹⁰

Primarna preventiva

Glede na dosedanja spoznanja o etiopatogenetskih vplivih na posamezne MTK se zdi, da bodo v bodoče vse bolj stopala v ospredje prizadevanja za omejevanje dejavnikov tveganja, če bomo hoteli umiriti rast incidence MTK.

V človekovem *delovnem okolju* je poleg *vpliva različnih sevanj*, zlasti ionizirajočega, znano predvsem *karcinogeno delovanje številnih kemičnih snovi*, ki so lahko iniciatorji (sprožilci) ali promotorji (spodbujevalci) ali oboje hkrati, nekatere pa imajo le kokarcinogeni učinek. Leta 1971 ustanovljena delovna skupina Mednarodne agencije za raziskavo raka v Lyonu (IARC) je izdelala merila za razvrstitev karcinogenov v skupine po stopnji dokazane karcinogenosti za živali in ljudi ter za skupno oceno.¹⁶

- Skupina 1: dejavniki, ki so karcinogeni za ljudi (za kožo npr. arzen in arzenove spojine, katranska smola/katran, mineralna olja, oljni škrljajci, saje, snovi v proizvodnji koksa)
- Skupina 2A: dejavniki, ki so verjetno karcinogeni za ljudi (za kožo npr. kreozoti, poliklorirani bifenili)
- Skupina 2B: dejavniki, ki so lahko karcinogeni za ljudi
- Skupina 3: dejavniki, ki jih ne moremo oceniti po karcinogenosti za ljudi
- Skupina 4: dejavniki, ki verjetno niso karcinogeni za ljudi

Spremljanje izpostavljenosti različnim karcinogenom je urejeno na mednarodni in državni ravni, v okviru zdravstvene službe pa zlasti v okviru medicine dela in onkologije¹⁶, vendar tudi dermatologi lahko, predvsem z opozarjanjem na potrebo upoštevanja zaščitnih ukrepov, izpostavljenim bolnikom skušamo dvigniti stopnjo osveščenosti o karcinogenih dejavnikih v delovnem okolju.

Zdravljenje nekaterih kožnih obolenj včasih zahteva tudi vključevanje fizikalnih metod ali uporabo snovi oziroma njihovih kombinacij s potencialno mutagenim delovanjem. Razvoj stroke sicer omogoča, da se nekateri tvegani postopki zdravljenja opuščajo, vendar se pojavljajo novi, včasih celo agresivnejši ali nezadostno preverjeni, vsaj glede dolgotrajnih posledic za človeka. Z odločanjem za varnejše metode zdravljenja in doslednim upoštevanjem omejitev ter kontraindikacij pri potencialno tveganih metodah lahko znatno zmanjšamo izpostavljenost posameznega bolnika.

S svetovanjem lahko dermatologi ob svojem rednem delu pomagamo tudi pri prepoznavanju in izvajanju zaščitnih ukrepov pred karcinogeni v našem *vsakdanjem okolju*. V zadnjem desetletju so posebne pozornosti deležne *raziskave vpliva sončnih žarkov, zlasti UVR*, na kožo. Zdi se, da so vse vrste MTK povezane z izpostavljanjem soncu, čeprav točni mehanizmi še niso razjasnjeni. Vpliv ima tako ultravioletni B (UVB), kot tudi ultravioletni A (UVA) spekter.¹⁰ V letu 1992 je bila sončna

svetloba uvrščena med kancerogene dejavnike (Skupina 1), sevanja UVA, UVB, UVC in uporaba solarijev pa med verjetno kancerogene dejavnike (Skupina 2A).¹⁷ Glede na raznovrstnost vplivov različnih delov spektra UVR na posamezne vrste MTK in nekatere njihovih predstopenj (npr. aktinične keratoze), na pojav sončnih opeklin, fotostaranja in imunosupresijo kože so v zadnjih dveh desetletjih v najbolj ogroženih predelih sveta razvili več nacionalnih programov, katerih cilj je širjenje spoznanj o kratko- in dolgoročnih učinkih UVR (solarnega in arteficialnega izvora) na kožo in ozaveščanje o možnostih zaščite. Zaradi ocene, da v otroštvu dosežemo kar 80% celotne življenjske izpostavljenosti soncu, so številni programi usmerjeni k otrokom in njihovim staršem ter k osebjem, ki organizira aktivnost otrok na prostem.¹⁸ Med skupine z bolj tveganim vedenjem prištevajo še: moške, ki se izpostavljajo soncu pri opravljanju poklica ali rekreaciji; ženske, ki želijo porjaveti; osebe v starosti od 18 do 25 let; uporabnike solarijev; osebe z višjo izobrazbo oziroma dohodki.¹⁸

Priporočila za zaščito pred akutnimi in kroničnimi posledicami delovanja sončnih žarkov obsegajo^{18,19,20}:

- omejitev časa, ki ga preživimo na soncu;
- izogibanje soncu v času njegove največje moči (cca. 4 ure okrog poldneva po lokalnem času, navadno med 10. in 14. uro oziroma 11. in 15. uro);
- iskanje senčnega okolja za preživljanje časa na prostem (naravna ali umetna senca);
- zaščitno obleko (lahak, a gosto tkan material, dolgi rokavi in hlačnice);
- zaščitno pokrivalo (širina krajev vsaj 7,5 cm);
- redno in pravilno uporabo učinkovitih širokospektralnih zaščitnih sredstev za sončenje (pred vsakim izpostavljanjem soncu, na vsa izpostavljena mesta, v zadostni količini, UVB+UVA, SPF (=sun protection factor) >15, vodoodpornost, fotostabilnost,...);
- preprečevanje sončnih opeklin;
- uporabo varovalnih očal pri vseh opravilih na prostem (UVB+UVA).

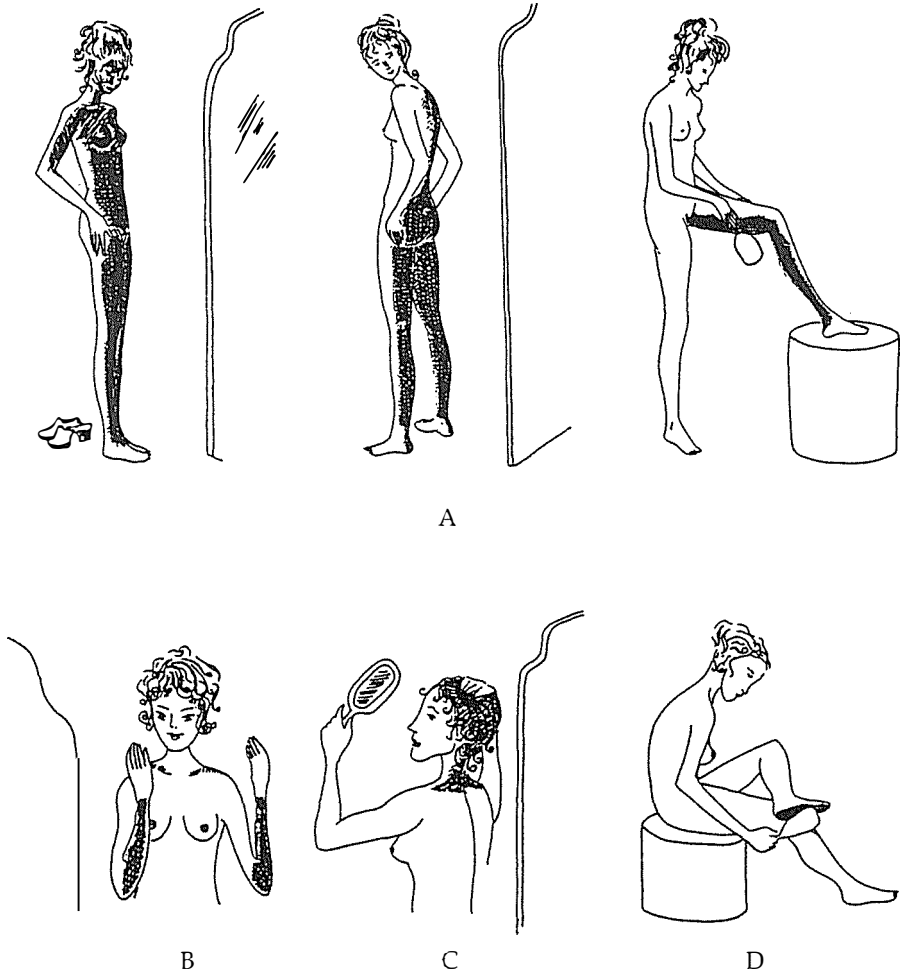
Kljub velikim naporom in vlaganjem v širjenje spoznanj o škodljivih učinkih UVR na kožo, nekatere raziskave kažejo, da se stališča in vedenje ljudi spreminjajo le počasi. Žal še vedno veliko ljudi doživlja porjavelost kože kot atraktivno ali celo "zdravo" in se ni pripravljeno odpovedati sončenju. Čeprav podatki kažejo, da vse več ljudi uporablja zaščitna sredstva za sončenje, število sončnih opeklin ne upada^{19,21}, delež uporabnikov solarijev pa celo raste.¹⁹ Zdi se tudi, da mnogi uporabljajo zaščitna sredstva za podaljševanje časa na soncu, kar pa ob učinkovitem preprečevanju opeklin zelo poveča izpostavljenost UVA in lahko celo poveča tveganje za CMM.^{22,23,24}

Zaključek

Dermatologi z raziskavami etiopatogenetskih vplivov na MTK, ugotavljanjem tveganih vedenjskih vzorcev, predvsem pa s širjenjem novih spoznanj o škodljivih vplivih in možnostih zaščite lahko vplivamo na osveščenost ljudi. Lahko pa smo tudi pobudniki širše zasnovanih programov v sodelovanju s šolstvom, mediji, industrijo, združenji in društvi na področju zdravstva, športa in rekreacije.²⁵ Samo pospešeno spreminjanje stališč in vedenjskih vzorcev v skladu z navedenimi priporočili lahko umiri naglo rast incidence MTK.

Zahvala

Avtorja se zahvaljujeva diplomirani slikarki gdč. Metki Gosar za izdelavo ilustracij.



Slika 1. Samopregled kože.

Figure 1. Skin self-examination.

- A. Pregledamo prednjo in zadnjo stran ter stranske dele telesa v ogledalu. Zadnjo stran nog pregledamo z ročnim ogledalom. - Examine body front and back and both sides in a mirror. Backs of legs examine with hand mirror.
- B. Upognemo komolce in pregledamo podlahti in roke. - Bend elbows and look at forearms and hands.
- C. Pregledamo lasišče, zatilje in zadnjo stran vratu z ročnim ogledalom. - Examine scalp and back of neck with hand mirror.
- D. Pregledamo hrbtišča stopal, nohte ter medprstne prostore in podplate. - Look at back sides of feet, nails, spaces between toes and soles.

Literatura

1. Pompe-Kirn V, Golouh R, Lindtner J et al. Incidenca raka v Sloveniji 1994, poročilo RR št.36. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1997: 13.
2. Pompe-Kirn V, Golouh R, Lindtner J et al. Incidenca raka v Sloveniji 1995, poročilo RR št.37. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1998: 11.
3. Sterry W, Paus R. Checkliste Dermatologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1999. p. 392-461.
4. Whited JD, Grichnik JM. Ali ima bolnik kožno znamenje ali melanom? *JAMA (Slov)* 1998; **5**: 21-9.
5. Owen SA, Maeyens E, Weary PE. Patients' opinions regarding direct access to dermatologic specialty care. *J Am Acad Dermatol* 1997; **36**: 250-6.
6. Drake LA, Ceilley RA, Cornelison RL et al. Guidelines of care for nevi I (nevocellular nevi and seborrheic keratoses). *J Am Acad Dermatol* 1992; **26**: 629-31.
7. Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types I through IV. *Arch Dermatol* 1988; **124**: 869-71.
8. Drake LA, Ceilley RA, Cornelison RL et al. Guidelines of care for malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1993; **28**: 638-41.
9. Richert SM, D'Amico F, Rhodes AR. Cutaneous melanoma: Patient surveillance and tumor progression. *J Am Acad Dermatol* 1998; **39**: 571-7.
10. Arndt KA. *Manual of dermatologic therapeutics*. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company; 1995. p. 182-91.
11. Drake LA, Ceilley RA, Cornelison RL et al. Guidelines of care for cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1993; **28**: 628-31.
12. Orfanos CE, Garbe C. *Therapie der Hautkrankheiten*. Berlin: Springer Verlag; 1995. p. 847-9.
13. Friedman LC, Bruce S, Webb JA, Weinberg AD, Cooper HP. Skin self-examination in a population at increased risk for skin cancer. *Am J Prev Med* 1993; **9**: 359-64.
14. Sahin S, Levin L, Kopf AW et al. Risk of melanoma in medium-sized congenital melanocytic nevi: A follow-up study. *J Am Acad Dermatol* 1998; **39**: 428-33.
15. Lindtner J, Lukič F, Us J, editors. Zbornik 3. Onkološki vikend; 1993; Šmarješke toplice. Ljubljana: Kancerološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva; 1993. p. 9-45.
16. Us J, editor. Zbornik 4. Onkološki vikend; 1993; Šmarješke toplice. Ljubljana: Kancerološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva; 1993. p. 7-56.
17. International Agency for Research on Cancer. Solar and ultraviolet radiation. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon: World Health Organization; 1992; **55**: 1-316.
18. Glanz K, Chang L, Song V, Silverio R, Muneoka L. Skin cancer prevention for children, parents, and caregivers: A field test of Hawaii's SunSmart program. *J Am Acad Dermatol* 1998; **38**: 413-7.
19. Robinson JK, Rigel DS, Amonette RA. Trends in sun exposure knowledge, attitudes, and behaviors: 1986 to 1996. *J Am Acad Dermatol* 1997; **37**: 179-86.
20. Kaminester LH. Zaščita pred sončnimi žarki. *JAMA (Slov)* 1997; **3**: 23-8.
21. Baade PD, Balanda KP, Lowe JB. Changes in skin protection behaviors, attitudes, and sunburn: In a population with the highest incidence of skin cancer in the world. *Cancer Detect Prev* 1996; **20**: 566-75.
22. Stern RS. Sunscreens for Cancer prevention. *Arch Dermatol* 1995; **131**: 220-1.
23. McGregor JM, Young AR. Sunscreens, suntans, and skin cancer. *BMJ* 1996; **312**: 1621-2.
24. Autier P, Dore JF, Schiffllers E et al. Melanoma and use of sunscreens: an EORTC case-control study in Germany, Belgium and France. *Int J Cancer* 1995; **61**: 749-55.
25. Bergfeld WF, Farris PK, Wyatt SW, Reilley B, Bewerse BA, Koh HK. Executive summary of the national partners in prevention skin cancer conference: American Academy of Dermatology and Centers for Disease Control and Prevention. *J Am Acad Dermatol* 1997; **36**: 798-801.