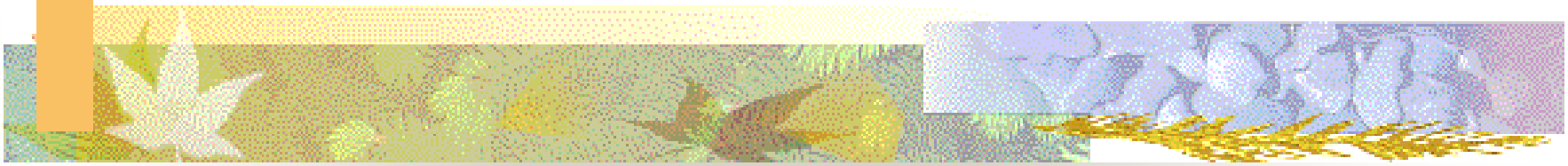
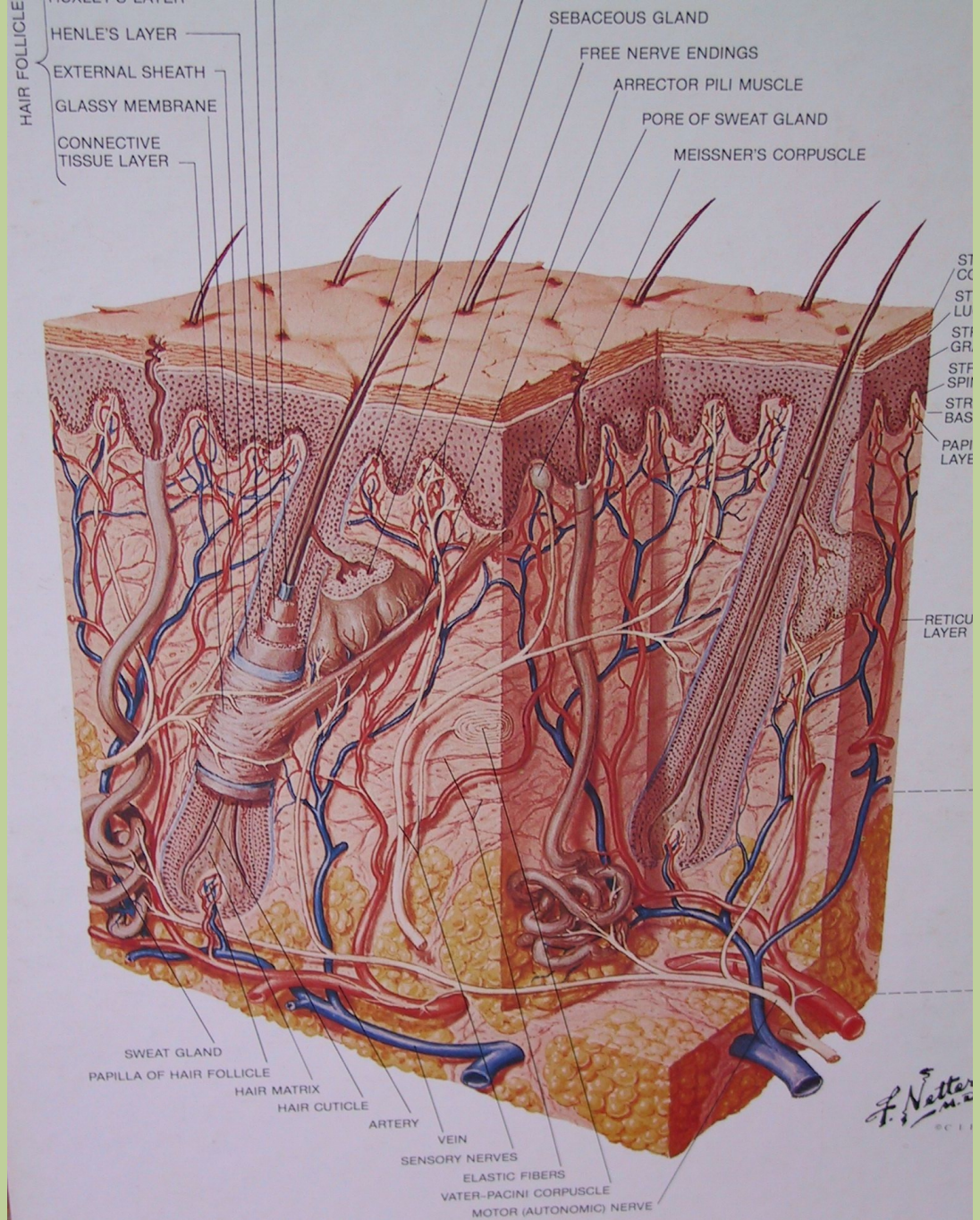
Kožní nádory



Kožní nádory

- Maligní
- Benigní

- Cysty a výrůstky jiné etiologie (infekční)
- Hamartomy
- Névy


HAIR FOLLICLE
HENLE'S LAYER
EXTERNAL SHEATH
GLASSY MEMBRANE
CONNECTIVE TISSUE LAYER
SEBACEOUS GLAND
FREE NERVE ENDINGS
ARRECTOR PILI MUSCLE
PORE OF SWEAT GLAND
MEISSNER'S CORPUSCLE
RETICU
LAYER
SWEAT GLAND
PAPILLA OF HAIR FOLLICLE
HAIR MATRIX
HAIR CUTICLE
ARTERY
VEIN
SENSORY NERVES
ELASTIC FIBERS
VATER-PACINI CORPUSCLE
MOTOR (AUTONOMIC) NERVE

Benigní nádory

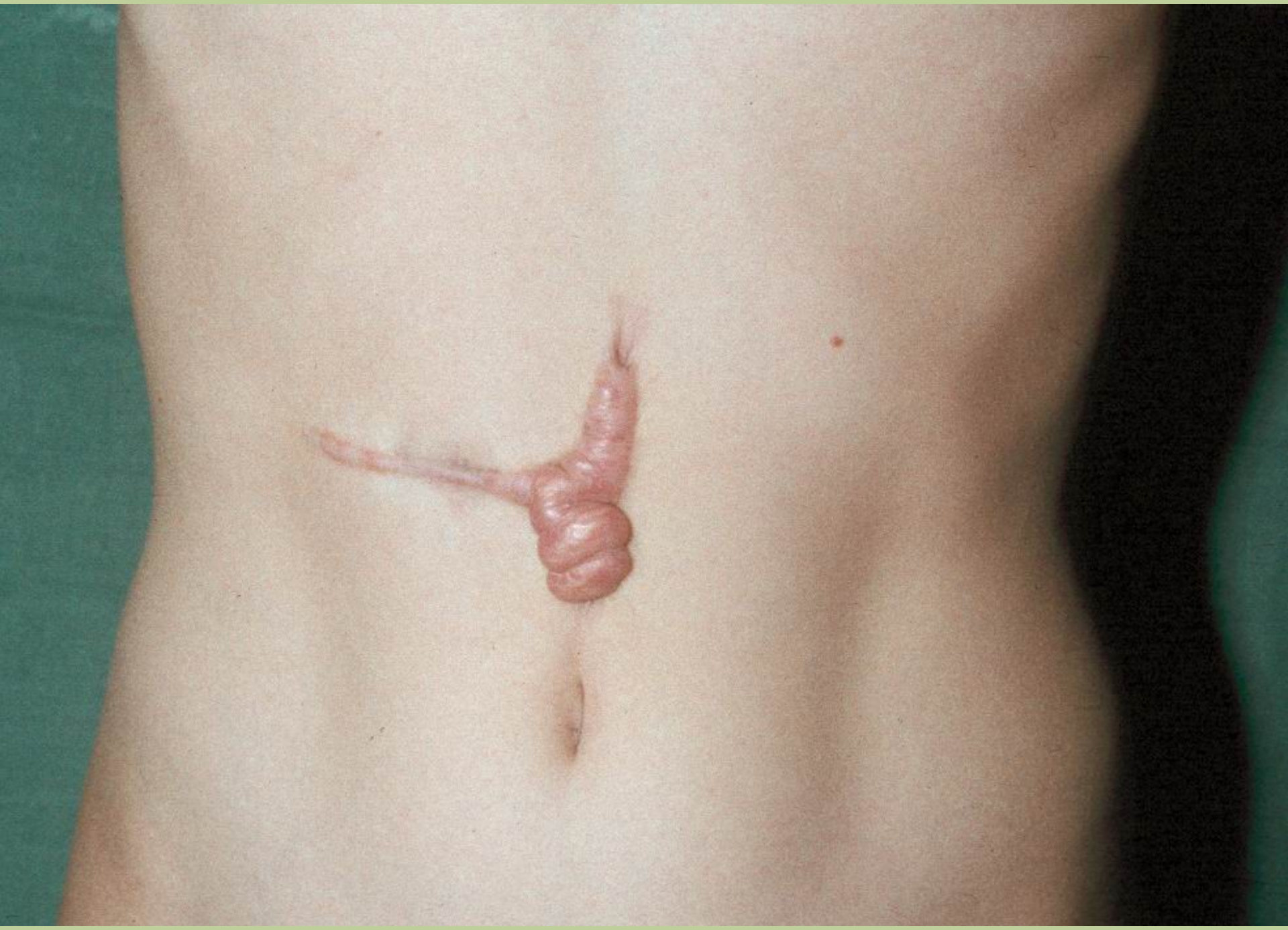
- **Epiteliální**
  - Seboroická veruka
  - Syringom
  - Seb. adenom
  - Cylindrom
  - Trichoepiteliom
- **Mezenchymální**
  - Fibrom
  - Keloid
  - Dermatofibrom
  - Hemangiom
  - Lipom
  - Leiomyom

Veruca seborrhoica

Měkký fibrom

Fibroma pendulum

Keloid



Hemangiom

Neurofibromy

Folikulární hamartomy

Pigmentový névus

Dysplastické névy

Halo névus

Maligní nádory - epiteliální

- Keratózy aktinické, cornu cutaneum

- Bazocelulární karcinom
- Spinocelulární karcinom
- (Keratoakantom)
- Morbus Bowen
- Morbus Paget

Bazocelulární karcinom

- Nejčastější maligní kožní nádor
- Lok. Invazivní, nemetastazuje
- Vzniká v sol. predilekcích
- Etiopatog. faktory:
- genetika - Gorlinův syndrom (mutace PTCH genu 9q23)
- dlouhodobá expozice UV – aktinické poškození kůže UVB (UVA)
- Ionizující záření
- Chronicé poškození kůže
- Imunosuprese

Klinické formy BCC

- Nodulární BCC 40-60%
- Superficiální BCC 15-30%
- Infiltrativní/ulcerující BCC 5-15%
- Pigmentovaný BCC
- Cystický BCC
- Sklerotizující
- Metatypický BCC

Diagnostika a terapie BCC

DIAGNOSTIKA:

- Klinicky
- Histologicky

TERAPIE

- Chir. Excize/ Mohsova mikrografická excize
- Kryoterapie
- Radioterapie
- PDT, imiquimod (Aldara), 5-FU, vismodegib

Spinocelulární karcinom

- Vzniká nejčastěji z AK, méně často na kůži chronicky poškozené (jizvy, okolí píštělí, vředy, CDE)

Etiopatogen. faktory:

- UV záření->aktinické poškození
- Genetická dispozice
- Ropné deriváty, arzen, kouření
- imunosuprese
- Onkogenní viry - HPV

Aktinické keratózy

Aktinické keratózy

- Etiol: UV záření, genet., nízký fototyp, IS
- Klin: erytematozní ty

  keratotické

  verukózně –papilomatózní

  pigmentové

  lichenoidní

  cornu cutaneum

Th: kryoth, abraze, excize, 5 FU, imiquimod (Aldara), PDT, ingenol mebutát (Picato)

Klinické formy SCC

- Exofytický typ
- Ulcerózní typ
- Difúzně infiltrující typ

Zvláštní formy:

- Ca rtu
- Ca jazyka
- Ca penisu/vulvy

Metastázy do reg. LU (85%), méně orgány (15%)

Diagnostika a terapie SCC

DIAGNOSTIKA:

- Klinická
- Histologická

TERAPIE:

- Chir. excize/ Mohsova mikrog. excize
- Kryoterapie
- Radioterapie
- Cytostatika
- PDT

Verukózní karcinom

- Etiologie. HPV 6 a 11
- Klinické formy:
- Obrovské kondylomy (Buschke Lowenstein)
- Papilomatosis cutis carcinoides
- Papilomatosis mucosae oris carc.
- Epitelioma cuniculatum

Keratoakanthom

Keratoakanthom

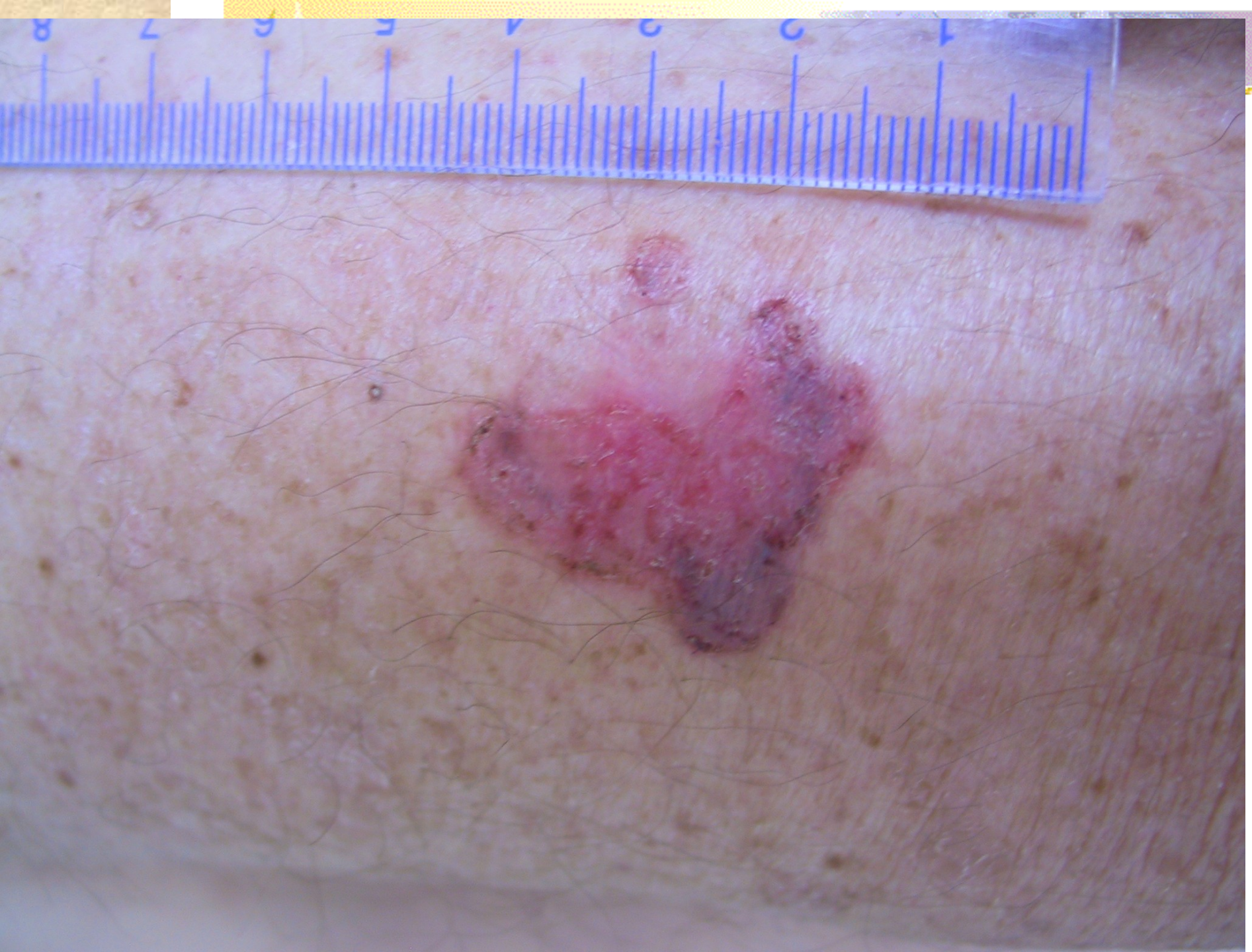
- Rychlerostoucí tumor z VF
- Mikroskopicky napodobuje SCC
- Ale většinou spontánně regreduje
- Etiol: genetika, UV záření, lok. trauma kouření, imunosuprese, HPV 25

Varianty: KA gigantheum, KA centrifugum, mnohočetné KA, general. eruptivní KA (např. u Muir-Torre syndromu)

Morbus Bowen

Morbus Bowen

- Ca in situ v celé tloušťce epidermis
- Etiologie: HPV infekce
- Ostře ohraničené psoriasiformní ložisko
- V 60% solitární, 40% mnohočetný
- Dg: klinika, histologie
- Th: excize, abraze, kryoterapie, PDT
  imiquimod (Aldara)

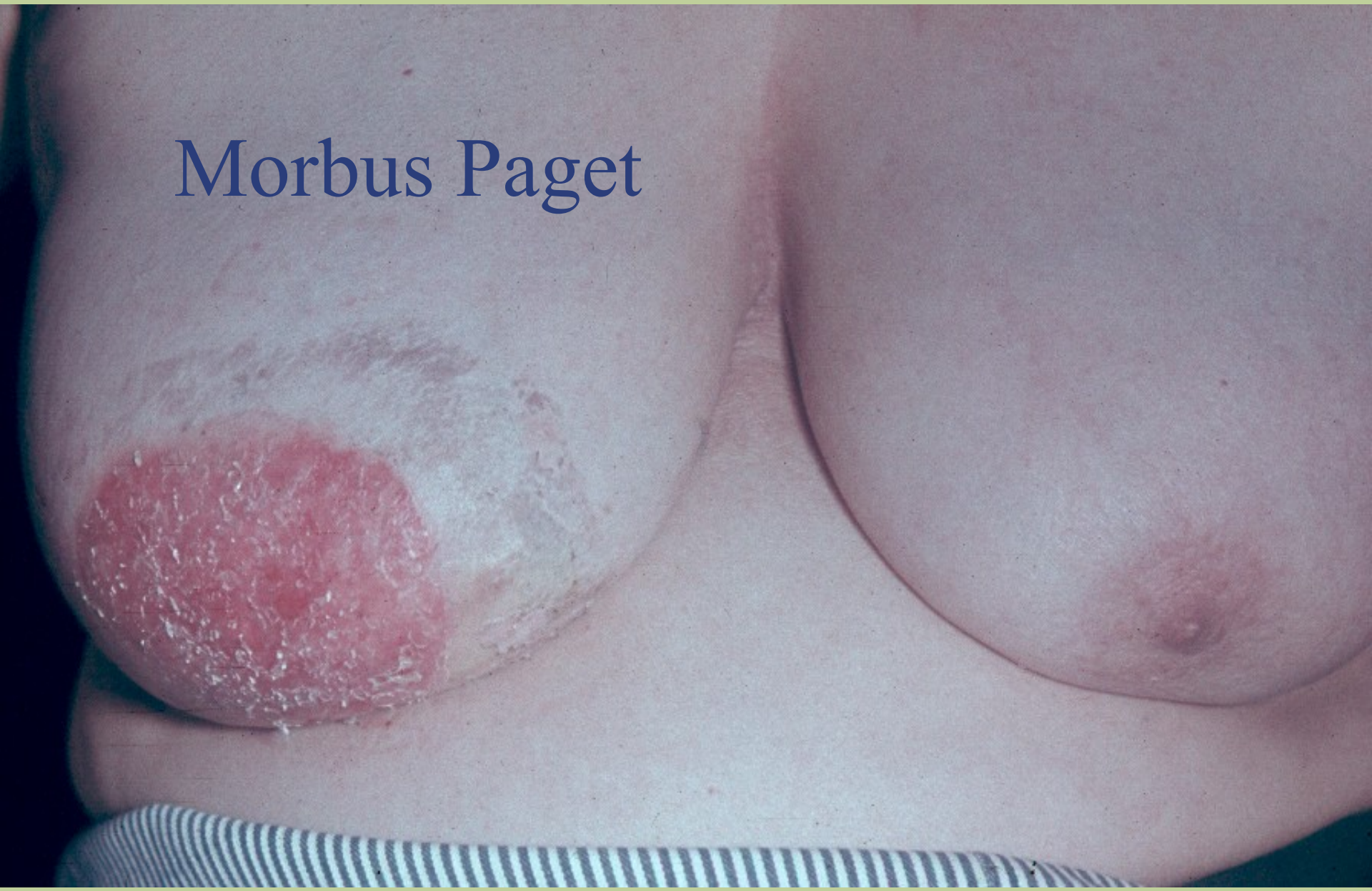


Bowenoidní papulóza & Erythroplasia de Queyrat

- In situ ca na genitálu (PIN, VIN)
- Původce HPV 16 a 18
- BP: lichenoidní papuly na glandu, prepuciu, na kůži genitálu větší podob. seb. veruce
- EdQ: zarudlá hladká ložiska na glandu, vulvě
- Th: kryo, Aldara, PDT

M. Paget

- Epidermotropní adenokarcinom
- Vzniká šířením adenoca z vývodů ml. žlázy nebo z vývodů apokrinních žlaz (extramammární m. Paget)
- Zejména ženy > 40 let
- Může metastazovat do reg. LU
- Dg : histologie-světlé buňky v epidermis
- Th : chir. excize, laloková plsatika


Morbus Paget

Maligní nádory mesenchymální

- Melanom
- Sarkomy

  Kaposiho sarkom

  DFSP

  Fibrosarkom

  Angiosarkom

- Lymfomy
- Histiocytózy
- Mastocytózy

- Metastázy
- Paraneoplázie

Maligní melanom

- 90% kožní, 6% oční, 4% slizniční 0,1% meningeální
- Poměrně vzácný (1-2% malignit, ale až 20% letalita!!!)
- Fototyp I, II (rizikové faktory: MMRISK)
- Familiární dysplastické névy – mutace genu CDKN 2A na 9p21 a CD K4 na 12q13
- Aktinické poškození – spálení
- Vznik MM: 2/3 na normální kůži
  1/3 z pigm. afekcí

Maligní melanom

Pravidlo hodnocení pigmentových lézí

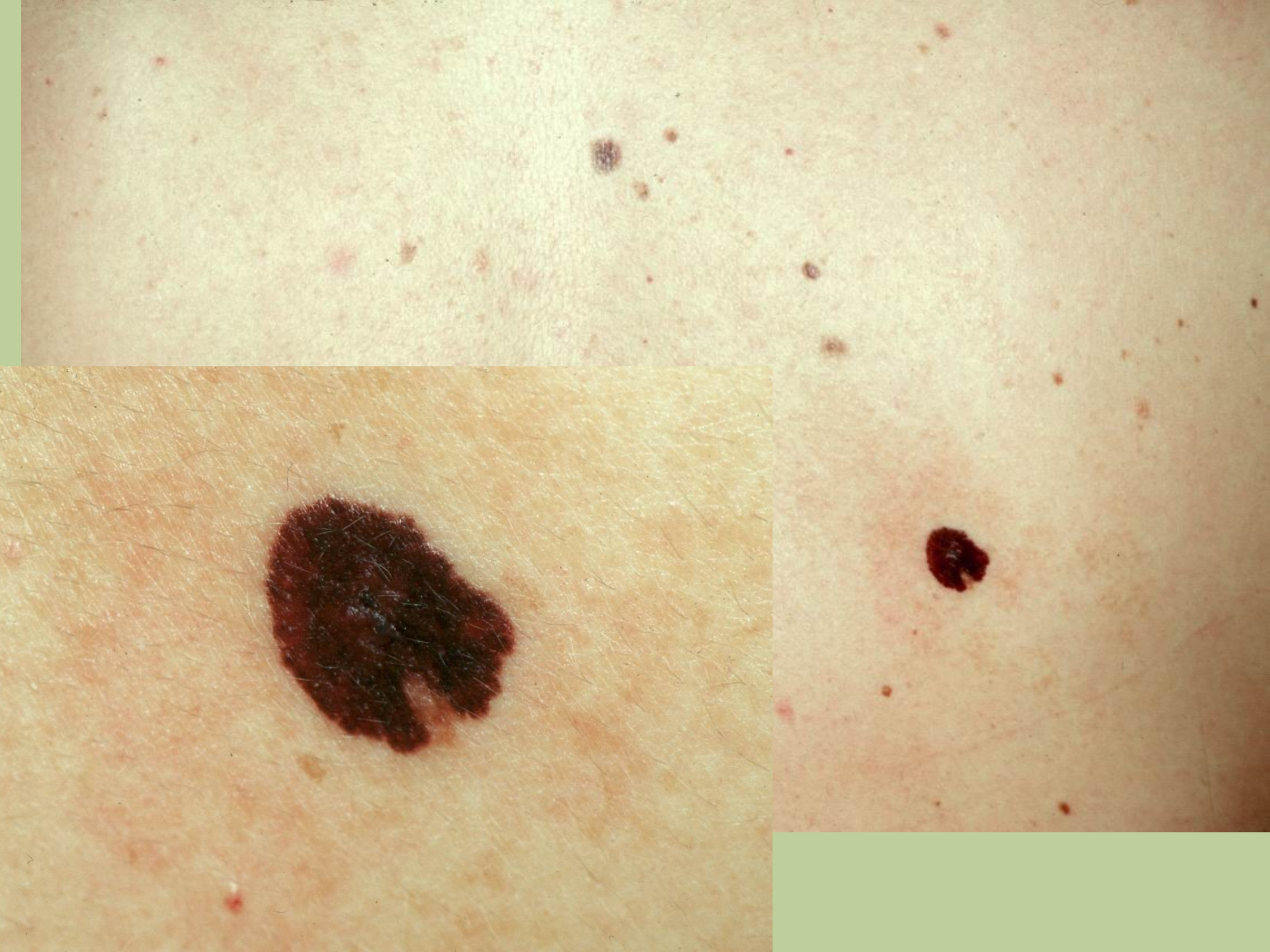
- Asymetrie
- Border – okraj
- Colour – barva
- Diametr 5mm a více
- Evoluce (krvácení, růst)

Maligní melanom - formy

- Superficiálně se šířící - nejčastější
- Nodulární – rychle metastazuje
- Akrolentiginózní – špatná diagnostika
- Lentigo maligna melanoma – obličej u starých lidí

Povrchově se šířící melanom

- nejčastější typ MM (65%)
- skvrna neprav. tvaru, ostře ohraničená
- nepravidelné okraje, jazykovité
- barevná polymorfie
- šíří so povrchově do okolí
- Lokalizace – kdekoliv, muži spíše záda, ženy bérce



Nodulární melanom (NM)

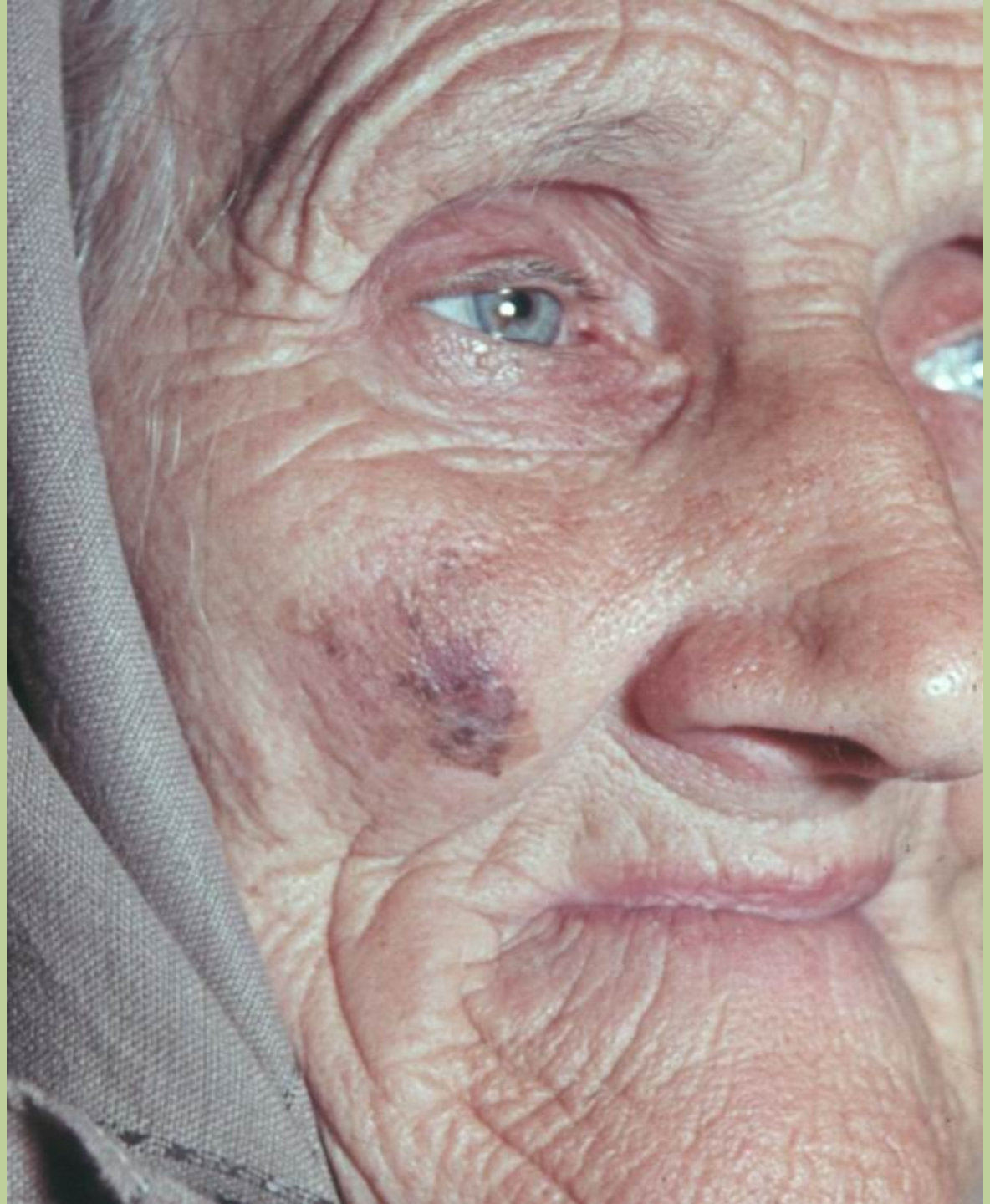
- asi 20% melanomů
- tmavý, rychle rostoucí nodul/hrbol/polyp
- 2x častěji muži než ženy
- špatná prognóza
- roste od začátku verikálně
- brzy metastázuje

Akrolentiginózní melanom

- asi 5% MM
- skvrna s nepravidelnou pigmentací na akrech končetin, někdy reaktivně hyperkeratotický povrch
- pod nehtem skvrna či pruh
- Hutchinsonovo znamení
- někdy bývá amelanotický

Lentigo maligna melanom (LMM)

- asi 10% MM
- téměř vždy vzniká v ložisku LM
- v obličeji , méně na bércích u starších lidí
- roste do plochy, neprav. pigmentace,
- Někdy se objeví v ložisko LMM hrbol/nodulus



Maligní melanom

Diagnostika

- Anamnéza, klinika: A,B,C,D, (E,F)
- Dermatoskopie
- Histologická kritéria
- Breslow vzd. od str. granul k nejhlubší č. nádoru (do 1mm, do 2mm, více)
- Clark I-V – ztrácí na významu

- Vyšetření sentinelové uzliny B>1mm
- Zobrazovací metody
- Biochemické markery:

Hladina tyrozinázy

Protein S 100

- RT PCR - detekce cirkul. melanocytů v krvi

Léčba MM

- Excize (bezp. lem)
- SNB
- Disekce spádové uzliny (ELND)
- Adjuvantní léčba MM:
- (Interferon alfa)
- Radioterapie
- chemoterapie

Cílená léčba MM

Inhibitory B raf:

- Vemurafenib –inhibitor B raf kinázy
- Dabrafenib – dtt, menší NÚ

Inhibitory MEK:

- Trametinib
- Cobimetinib

Moderní imunoterapie MM

- Ipilimumab (anti CTLA-4) mAb
  - zvýší protinádorovu odpověď Tc ly
- Pembrolizumab humAb (antiPD1rec)
  - prodlužuje životnost T ly, posiluje protinádorovou odpověď

Kaposiho sarkom

Kaposiho sarkom

- Etiologie: HHV8 + další kofaktory: imunosuprese, HIV)
- Formy: klasický KS

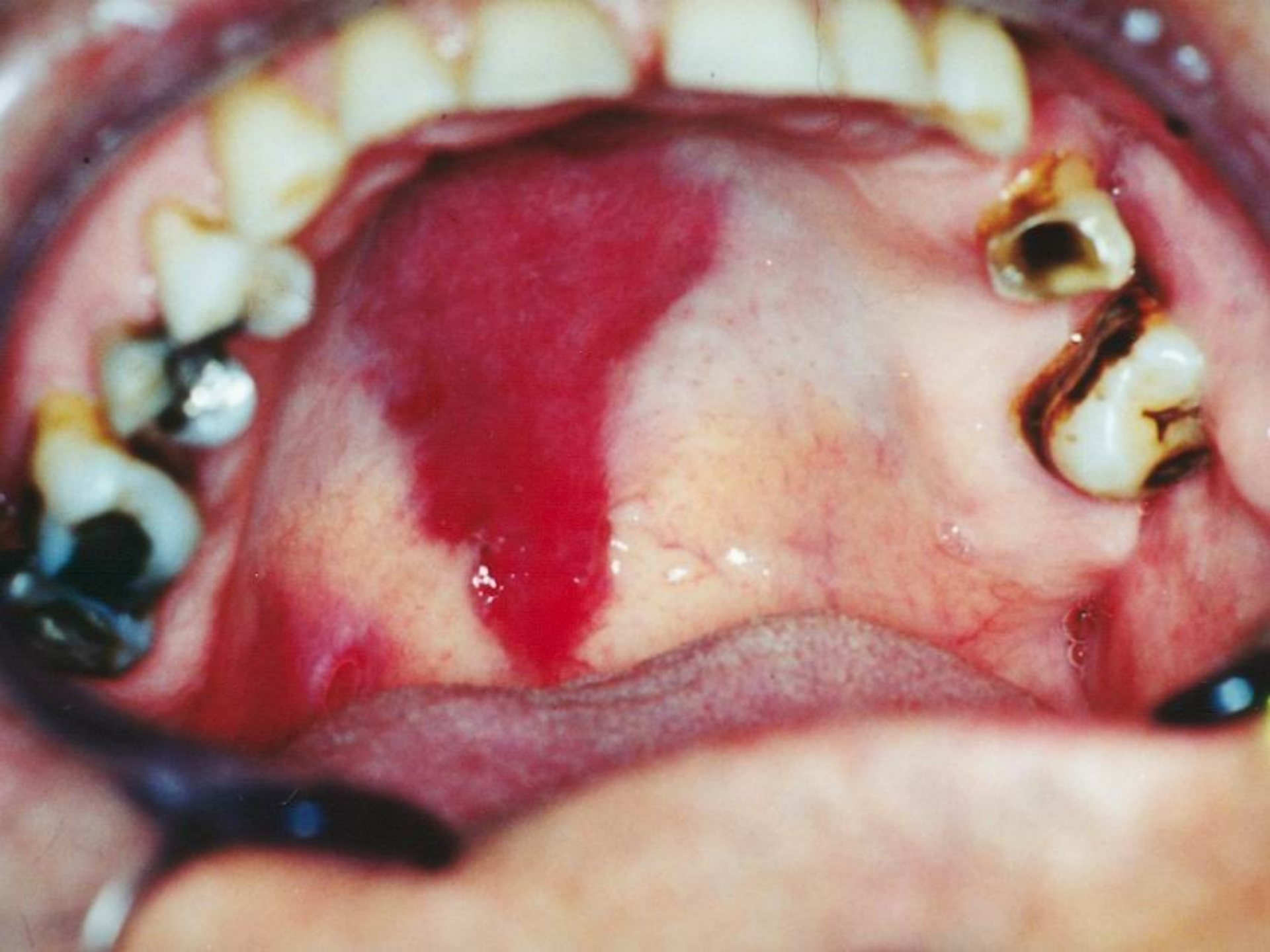
  s AIDS asociovaný

  iatrogenní

  endemický KS

Th: excize,m kryoth, PDT, IFNa

radioterapie, chemoterapie



Kožní lymfomy

- Kožní – B lymfomy (PCBCL) 25%
- B ly z folik. center
- B ly z margin. zóny
- velkobb B ly DKK
- jiné velkobb B ly - anaplastický
  - plasmoblastický
  - intravaskulární

- T lymfomy – PCTCL **65%**
- Mycosis fungoides

varianty: folikulotropní
pagetoidní retikuloza
granul. ochablá kůže

- Sezaryho sy
- prim. kožní CD30+ lymfoprolif. nemoci
  - anaplastický velkobb lymfom
  - lymfomatoidní papuloza
- T ly typu subkutánní panikulitidy
- NK/T ly nosní typ
- nespecifikované pCTCL (prozatímní skupina)

Metastázy do kůže

- Maligní melanom
- Spinocelulární karcinom
- Nádory plic -hrudník
- Nádory prsu – hrudník, paže
- Nádory ledvin - kštice
- Nádory GIT - pupek

Paraneoplázie

Obligátní:

- Erythema gyratum repens
- Erythema necroticans migrans
- Acanthosis nigricans

Fakultativní

- Suchost kůže, ichtyóza
- Pruritus, erytrodermie
- Keratoderma palmoplantární
- Dermatomyositis
- Bulózní pemfigoid

Terapie kožních nádorů

- Chirurgická excize, abraze
- Kryoterapie
- Fototerapie
- Chemoterapie
- Elektrokauterizace
- Radioterapie
- Lasery