

tkanív, svetlobunkový variant skvamocelulárneho a bazocelulárneho karcinómu, svetlobunkový hidradenokarcinóm, trichilemálny karcinóm, pleomorfný liposarkóm, nádor z perivaskulárnych epitelioidných buniek (PECómy) a v neposlednej miere metastáza svetlobunkového karcinómu z viscerálnych orgánov, najmä renálneho pôvodu (7–11). Detailný opis týchto jednotiek by výrazne presahoval rámec tohto článku, preto sú v nasledujúcom texte uvedené len ich základné imunofenotypové znaky. Svetlobunkové karcinómy exprimujú spektrum rôznych cytokeratínov, ktoré pri AFX konštantne absentujú. Potrebné je spomenúť, že svetlobunkový renálny karcinóm aj bazocelulárny karcinóm kože sú zvyčajne pozitívne na CD10, ktorý je aj markerom AFX, na čo treba myslieť najmä pri probatórnych biopsiách kožných tumorov so zachytením len časti nádorového tkaniva. Malígný melanóm aj svetlobunkový sarkóm mäkkých tkanív exprimujú základné melanocytové markery melan A, HMB45 a S100

(hoci nie vždy všetky konštantne), ktoré taktiež pri AFX absentujú. Aj PECómy sú imunoreaktívne na melanocytové markery s koexpresiou svalových markerov. Pleomorfný liposarkóm obsahuje aspoň malé množstvo lipoblastov, ktoré sú reaktívne na S100 a pri AFX sa nevyskytujú.

Samotný klinický manažment AFX sa neodlišuje od manažmentu „bežnej“ formy NMSC. Štandardne je odporúčaná široká chirurgická excízia, na spodine aj so zahrnutím intaktného tukového tkaniva (5). Po operácii by mal byť pacient sledovaný každých 6 mesiacov po dobu 2 rokov (5). V prípade nemožného kompletného odstránenia nádoru a pri recidivujúcich léziách môže byť benefitom lokálna rádioterapia (5), hoci neexistujú konsenzuálne odporúčania týkajúce sa optimálnej dávky a frekvencie tejto formy adjuvantnej liečby (8).

V našej kazuistike stojí za zmienku koincidencia AFX s ďalšími typmi kožných malignít, konkrétne keratinocytových karcinómov.

V literatúre sme našli tri väčšie súborné práce (12–14) vyjadrujúce sa aj ku komorbidite pacientov s AFX. Pridružené malignity kože (najmä bazocelulárny a skvamocelulárny karcinóm, menej melanóm) sa u nich vyskytovali v 50,9–64,1 % prípadov (12–14). Možno teda konštatovať, že ide o častý fenomén, ktorý pravdepodobne odzrkadľuje spoločný etiológický faktor NMSC a tým je nadmerná expozícia slnečnému žiareniu.

Záver

Svetlobunkový AFX je veľmi zriedkavý nádor postihujúci preferenčne oblasť hlavy u starších mužov. Zvyčajne je ťažko diagnostikovateľný, pretože imituje široké spektrum primárnych aj sekundárnych nádorov kože. Vždy však musí byť správne odlišený od iných kožných malignít so svetlobunkovou diferenciáciou, ktoré majú omnoho agresívnejšie biologické správanie, horšiu prognózu a vyžadujú úplne inú terapeutickú stratégiu.

LITERATÚRA

1. Elder DE, Massi D, Scolyer RA, et al. WHO Classification of Skin Tumours. 4th Edition, IARC: Lyon; 2018: p.368-369.
2. Koch M, Freundl AJ, Agaimy A, et al. Atypical Fibroxanthoma – histological diagnosis, Immunohistochemical markers and concepts of therapy. Anticancer Res. 2015;35(11):5717-5735.
3. Agaimy A. The many faces of atypical fibroxanthoma. Semin Diagn Pathol. 2023; 40(4):306-312.
4. Mentzel T, Requena L, Brenn T. Atypical fibroxanthoma revisited. Surg Pathol Clin. 2017;10(2):319-335.
5. Withers AH, Brougham ND, Barber RM, et al. Atypical fibroxanthoma and malignant fibrous histiocytoma. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011;64(11):e273-278.
6. Van Midden D, Flucke UE, Amir AL, et al. Atypical fib-

- roxanthoma and pleomorphic dermal sarcoma: Is superficial infiltration in subcutaneous tissue acceptable in AFX? Ann Diagn Pathol. 2022;58:151915.
7. Tardío JC, Pinedo F, Aramburu JA, et al. Clear cell atypical fibroxanthoma: Clinicopathological study of 6 cases and review of the literature with special emphasis on the differential diagnosis. Am J Dermatopathol. 2016; 38(8):586-592.
8. Katafygiotis P. Clear cell atypical fibroxanthoma: A case report and review of the literature. World Acad Sci J. 2021;3(4) No.38.
9. Brau Javier CN, Valentín Colón DC, Sánchez JL, et al. Clear-cell atypical fibroxanthoma: a combined immunohistochemistry analysis. Am J Dermatopathol. 2016;38(10):775-779.
10. Nguyen CM, Chong K, Cassarino D. Clear cell atypical fib-

roxanthoma: a case report and review of the literature. J Cutan Pathol. 2016;43(6):538-542.

11. Bedir R, Agirbas S, Sehitoglu I, et al. Clear cell atypical fibroxanthoma: a rare variant of atypical fibroxanthoma and review of the literature. J Clin Diagn Res. 2014;8(6):FD09-11.
12. Wollina U, Schönlebe J, Ziemer M, et al. Atypical fibroxanthoma: a series of 56 tumors and an unexplained uneven distribution of cases in Southeast Germany. Head Neck. 2015;37(6):829-834.
13. Bitel A, Schönlebe J, Krönert C, et al. Atypical fibroxanthoma: An analysis of 105 tumors. Dermatologic Therapy. 2020;e13962.
14. Phelan PS, Rosman IS, Council ML. Atypical fibroxanthoma: the Washington university experience. Dermatol Surg. 2019;45(12):1450-1458.

VÁŽENÍ ČTENÁŘI, DĚKUJEME, ŽE PŘÁVĚ DOČÍTÁTE LETOŠNÍ PRVNÍ ČÍSLO ONKOLOGIE

a protože v redakci známe ediční plán na rok 2024, víme, že se máte na co těšit. Na stránkách našeho časopisu se s předními odborníky z oboru zaměříme na témata věnovaná imunoterapii, precizní medicíně, ale i onkourologii, léčbě karcinomu pohlavních orgánů nebo žaludku.

Prostor dostanou i mladí lékaři k představení zajímavých kazuistik ze své praxe.



Pokud byste přesto měli pocit, že vám na stránkách některá oblast či téma chybí, napište nám do redakce na email: kultanova@solen.cz své postřehy.

