

Control 8th edition) a BWH (Brigham and Women's Hospital system) (1). Primární léčbou cSCC zůstává chirurgická excize s cílem dosažení negativních resekčních okrajů. Vyšetření sentinelové uzliny není doporučeno. Kurativní radioterapie je indikována u pacientů s inoperabilním cSCC nebo u pacientů, kteří nejsou vhodnými kandidáty pro chirurgický výkon. Imunoterapie cemiplimabem, monoklonální protilátkou namířenou proti receptoru programované buněčné smrti 1 (programmed cell death protein 1, PD 1), je v první linii systémové léčby indikována u pacientů s lokálně pokročilým či metastazujícím cSCC, kteří nejsou kandidáty pro kurativní chirurgický výkon či radioterapii. V dalších liniích léčby může být využita chemoterapie (nejčastěji cisplatina či 5-fluorouracil), v zahraničí jsou využívány protilátky proti receptoru pro epidermální růstový faktor (cetuximab) (3).

Kazuistika

Pacientem byl 72letý muž, bez pozoruhodné rodinné anamnézy, diabetik 2. typu léčený perorálními antidiabetiky dapagliflozinem, metforminem a gliklazidem, pro proběhlou hlubokou žilní trombózu užíval warfarin, pro arteriální hypertenzi telmisartan, amlodipin a acebutolol, z důvodu hypercholesterolemie byl léčen atorvastatinem. V dermatoonkologické ambulanci byl poprvé vyšetřen v prosinci 2021 pro asi šest měsíců trvající erodované ložisko v oblasti kraniální poloviny levého ušního boltce celkové velikosti nad 4 cm, která se zvětšovalo a intermitentně krvácelo (Obr. 1). Klinicky bylo pomýšleno na bazocelulární či

spinocelulární karcinom a byla provedena subtotální resekce ušního boltce. Histopatologické vyšetření prokázalo invazivní dlaždicobuněčný karcinom kůže, stupně diferenciace G3, s hloubkou invaze 7 mm s postižením hlubokých struktur. Resekční okraje byly hodnoceny jako negativní. Vzhledem k lokalitě na ušním boltci, rozsahu ložisek nad 2 cm, hloubce invaze vyšší než 6 mm a stupni diferenciace G3 byl nález hodnocen jako high-risk cSCC. Doplněné sonografické vyšetření krku a RTG vyšetření hrudníku neprokázalo patologický nález. Jednalo se o stadium III pT3N0M0. Pacient z důvodu nemožnosti dojíždění do dermatoonkologické ambulance žádal dispenzarizaci na ORL v místě bydliště. Dva měsíce po resekci došlo ke vzniku erytémových papul na rezidu levého boltce, pacient však lékaře nevyhledal, v domácím prostředí na oblast papul aplikoval vodu po holení Pitralon. Dalších šest měsíců docházelo k postupné progresi lokálního nálezu, což pacienta v srpnu 2022 přivedlo k vyšetření v dermatoonkologické ambulanci, kde byla vyjádřena suspekce na recidivu cSCC rezidua levého boltce, která byla následně verifikována též histopatologicky (Obr. 2). CT vyšetření hlavy, krku, hrudníku, břicha a malé pánve prokázalo v podkoží báze levého boltce tumorózní formaci velikosti 22 × 17 × 24 mm, která byla v kontaktu se zevním zvukovodem, ventrálně od levého ušního boltce v kožní a podkožní vrstvě byla popsána další tumorózní formace v rozsahu 55 × 63 mm propagující se kožním krytem a dále velmi suspektně patologicky infiltrované uzliny v levostranné příušní žláze a jejím okolí, vzdálené metastázy prokázá-

ny nebyly. Na základě výsledku CT vyšetření bylo vysloveno podezření na lokoregionálně metastazující cSCC. Nález nebyl vyhodnocen jako operabilní a pacientovi byla doporučena kurativní radioterapie. Pacient v říjnu 2022 absolvoval radioterapii v celkové dávce 25 × 2 Gy plus boost 3 × 2 Gy, dle kontrolního CT vyšetření v odstupu 3 měsíců byly v terénu pooperačních a postradiačních změn v okolí levého boltce popsány nejasné diskrétní reziduální změny, bez zjevné výraznější tumorózní formace, bez lymfadenopatie či známek generalizace. Klinicky byla patrna výrazná regrese lokálního nálezu a pacient byl nadále dispenzarizován v dermatoonkologické ambulanci. Za další dva měsíce došlo k rozvoji lokální recidivy cSCC na krku těsně pod reziduem levého ušního boltce, jež byla histopatologicky verifikována. Pacientovi byla nabídnuta možnost imunoterapie cemiplimabem, kterou však pro obtížné dojíždění a časovou náročnost odmítl. Bylo proto přistoupeno ke snaze o radikální excizi nově vzniklého ložiska karcinomu, nicméně těsně před plánovaným výkonem byl zjištěn vznik minimálně dvou drobnějších ložisek suspektních z další lokální recidivy cSCC (Obr. 3). Stav byl vyhodnocen jako inoperabilní a od výkonu bylo ustoupeno. S pacientem a jeho rodinou byla opětovně probírána možnost imunoterapie jako optimální léčba vzhledem k inoperabilitě nálezu a vyčerpaným možnostem radioterapie. Pacient s léčbou souhlasil i s ohledem na rozvoj výrazných bolestí oblasti karcinomu, které si žádaly eskalaci analgetické léčby. Pacient byl indikován k imunoterapii cemiplimabem v dávce 350 mg à 3 týdny, spl-

Obr. 1. První recidiva spinaliomu levého boltce – stav před radioterapií



Obr. 2. Spinaliom levého boltce – stav před resekci

