Spinaliom

Také **spinocelulární karcinom**, se řadí mezi maligní epitelové nádory kůže. Obvykle začíná intraepiteliálním růstem, s následnou **destruktivní progresí**. Metastazuje převážně lymfatickou cestou. Incidence v naší populaci odpovídá asi 11/100 000, ve srovnání s bazaliomem se vyskytuje méně často (cca 1:10).

Etiologie

Obvykle se rozvíjí z **prekanceróz** (solární keratóza, leukoplakie, m. Bowen apod.), a to především u predisponovaných jedinců, s nižším množstvím melaninu v kůži (fototyp I a II). Dalšími rizikovými faktory jsou **chronické degenerativní kožní změny** (jizvy, píštěle, kožní vředy), **poruchy imunity** (imunosuprese), **infekce HPV** a **dlouhodobé vystavování kůže karcinogenům**.

Klinický projev

Klinický obraz nádoru se vyvíjí v čase.

1. forma: **Difúzně infiltrující** (nenápadně vyvýšená hyperkeratóza nebo tuhé, infiltrované ložisko s hrbolatým povrchem, roste pomalu, metastazuje pozdně);
2. forma: **Ulcerózní** (v centru může dojít k rozpadu a vzniku vředu s navalitými, tuhými okraji);
3. forma: **Exofytická** (měkký, agresivně a rychle rostoucí útvar s centrálním rozpadem a krvácením, časně metastazuje).

Metastázy do regionálních uzlin se vyskytují asi u 5-10 % nemocných. Uzliny bývají tuhé, velkých rozměrů, s možností ulcerace a tvorby píštělí.

Rozeznáváme zvláštní, formy s jejich typickou prekancerózou:

- Spinaliom rtu (z leukoplakie a cheilitidy);
- spinaliom vulvy (z lichen sclerosus et atrophicus);
- spinaliom penisu (z erytroplazie);
- spinaliom jazyka (z leukoplakie a erytroplakie);
- agresivně rostoucí exofytická forma (z m. Bowen a chronického dráždění).

Diagnostika

Rozhodujícím vyšetřením pro stanovení diagnózy je **histopatologické vyšetření**. Prognóza nádoru koreluje se stupněm dediferenciace buněk.

Terapie a prognóza

Radikální **excize s lemem zdravé tkáně** (do periferie i hloubky). U menších ložisek je doporučován intaktní okraj šíře asi 1 cm. Excize větších nádorů má mít lem zdravé tkáně 2–3 cm, zejména na trupu, kde se spinaliom chová agresivněji a řešení vzniklého defektu nečiní větších obtíží. V případě metastáz do regionálních uzlin, provádíme rovněž jejich odstranění.

Při nemožnosti chirurgického výkonu (např. u starých lidí), provádíme radioterapii. Při přítomnosti metastáz doplňujeme o chemoterapii.

Prognóza závisí na lokalizaci, rozměru nádoru a stupni dediferenciace. **Nejlepší** prognózu mají nádory v solární oblasti, **horší** na uchu, rtech a v jizvách. **Nejhorší** prognózu mají nádory lokalizované na sliznicích.

Odkazy

Související články

- Maligní kožní nádory: Melanom | Bazocelulární karcinom | Verukózní karcinom
- Benigní kožní nádory
- Prekancerózy v dermatologii
- Maligní mezenchymální nádory: Kaposiho sarkom | Dermatofibrosarcoma protuberans

Zdroje

- JANEČEK, VLADIMÍR. *SPINALIOM* [online]. [cit. 2011-02-09]. <http://www.liposukce.cz/plasticka-chirurgie/kozni-nadory/spinaliom.htm>.
- ŠTORK, Jiří, et al. *Dermatovenerologie.* 2. vydání. Praha : Galén, 2013. 502 s. ISBN 978-80-7262-898-8.