

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Επιμέλεια: Μαρία Κωστάκη, Βασιλική Νικολάου, Αλέξανδρος Ι. Στρατηγός

*Οι οδηγίες αυτές βασίζονται σε δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες (Basal cell and squamous cell skin cancers NCCN guidelines 2012) και έχουν προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα.

Εισαγωγή

Ορισμός

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί όγκο επιθηλιακής προέλευσης με μαλπιγιανή διαφοροποίηση. Παρόλο που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο όγκος δεν είναι απειλητικός για τη ζωή, υπάρχει πιθανότητα μετάστασης. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα μπορεί να εμφανιστεί de novo ή σε έδαφος προκαρκινικής βλάβης όπως η ακτινική υπερκεράτωση και η νόσος του Bowen.

Προγνωστικοί παράγοντες

Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:

- **Μέγεθος όγκου:** Όγκοι με διάμετρο μεγαλύτερη από 2cm φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Ανάλογα με την εντόπιση του όγκου το όριο των 2cm μεταβάλλεται και γίνεται 6mm για όγκους που αναπτύσσονται σε περιοχές υψηλού κινδύνου και 10mm για όγκους που αναπτύσσονται σε περιοχές μεσαίου κινδύνου.
- **Εντόπιση:** Με βάση την εντόπιση διακρίνονται 3 κατηγορίες. Οι *αυξημένου κινδύνου περιοχές (περιοχές Η)* περιλαμβάνουν το κεντρικό πρόσωπο και ιδιαίτερα την περιοχή γύρω από τα μάτια, το στόμα και τα αυτιά, τη μύτη, την κροταφική χώρα, την περιοχή κατά μήκος της κάτω γνάθου, καθώς και τα γεννητικά όργανα, την άκρα χείρα και το άκρο πόδι. Οι *μεσαίου κινδύνου περιοχές (περιοχές Ι)* περιλαμβάνουν τις παρειές, το μέτωπο, το τριχωτό της κεφαλής και τον τράχηλο, ενώ *χαμηλού κινδύνου (περιοχές Β)* θεωρούνται ο κορμός και τα άκρα.
- **Κλινικά όρια όγκου:** Οι όγκοι με ασαφή κλινικά όρια παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής.
- **Πρωτοπαθής ή υποτροπιάζουσα βλάβη:** Οι υποτροπιάζουσες βλάβες είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν λεμφαδενικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- **Ανοσοκαταστολή:** Οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς καθώς και όσοι έχουν υποβληθεί σε μακροχρόνια φωτοθεραπεία τύπου PUVA παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Επιπλέον, η νόσος στους μεταμοσχευμένους ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο επιθετική.
- **Σημείο προηγηθείσας ακτινοθεραπείας:** Οι όγκοι που αναπτύσσονται σε σημεία σε οποία έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία για καλοήθεις βλάβες, θεωρούνται αυξημένου κινδύνου.
- **Περινευρική διήθηση:** Οι βλάβες με περινευρική διήθηση παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο υποτροπής καθώς και μετάστασης.
- **Βαθμός διαφοροποίησης:** Οι καλώς διαφοροποιημένοι όγκοι έχουν σαφώς μικρότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής και μετάστασης.
- **Σημείο χρόνιας φλεγμονής:** Οι βλάβες που αναπτύσσονται σε έδαφος χρόνιας φλεγμονής παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες μετάστασης.
- **Ταχέως αναπτυσσόμενος όγκος:** Οι ταχέως αναπτυσσόμενοι όγκοι παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες μετάστασης.

- **Νευρολογικά συμπτώματα:** Στο 40% των περιπτώσεων όγκων με περινευρική διήθηση παρουσιάζονται κλινικά συμπτώματα που υποδεικνύουν την προσβολή κινητικών ή αισθητικών νευρών. Στις περιπτώσεις αυτές οι όγκοι θεωρούνται υψηλού κινδύνου.
- **Ιστολογικά χαρακτηριστικά:** Το αδενοειδές ή ακανθολυτικό, το αδενοακανθοκυτταρικό και το δεσμοπλαστικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα έχουν αυξημένες πιθανότητες υποτροπής και μετάστασης. Επιπλέον, τόσο το πάχος του όγκου σε mm όσο και το επίπεδο διήθησης, κατ'αντιστοιχία με τους δείκτες Breslow και Clark του μελανώματος, φαίνεται να έχουν σημαντική προγνωστική αξία. Έτσι, οι όγκοι με μεγαλύτερο πάχος, καθώς και αυτοί που διηθούν το εν τω βάθει δικτυωτό χόριο και το υποδόριο λίπος εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο μετάστασης και υποτροπής. Τέλος κίνδυνο υποτροπής παρουσιάζουν και τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα in situ.

Παράγοντες κινδύνου για υποτροπή

	Χαμηλού κινδύνου SCC	Υψηλού κινδύνου SCC
Εντόπιση / Μέγεθος ¹	Περιοχή L<20mm Περιοχή M<10mm Περιοχή H<6mm ²	Περιοχή L≥20mm Περιοχή M≥10mm Περιοχή H≥6mm ²
Κλινικά όρια	Καλώς περιγεγραμμένα	Ασαφή
Υποτροπή	Πρωτοπαθής όγκος	Υποτροπιάζων όγκος
Ανοσοκαταστολή	(-)	(+)
Σημείο προηγηθείσας ακτινοθεραπείας ή χρόνιας φλεγμονώδους διαδικασίας	(-)	(+)
Ταχέως αναπτυσσόμενος όγκος	(-)	(+)
Νευρολογικά συμπτώματα	(-)	(+)
Ιστολογικά χαρακτηριστικά		
Βαθμός διαφοροποίησης	Καλώς διαφοροποιημένο	Μέτρια ή φτωχή διαφοροποίηση
Αδενοειδές ή ακανθολυτικό, αδενοακανθοκυτταρικό ή δεσμοπλαστικό SCC	(-)	(+)
Πάχος ³ ή επίπεδο διήθησης κατά Clark	<2mm ή I, II, III	≥2mm ή IV, V
Περινευρική ή αγγειακή διήθηση	(-)	(+)

Περιοχή L: κορμός και άκρα
Περιοχή M: παρειές, μέτωπο, τριχωτό κεφαλής και τράχηλος
Περιοχή H: κεντρικό πρόσωπο, περιοχή γύρω από τους οφθαλμούς, το στόμα, και τα ώτα, μύτη, κάτω γνάθος, κροταφική χώρα, περιγεννητική περιοχή, άκρα χείρα και άκρο πόδι

¹ Περιλαμβάνει και το ερύθημα γύρω από τη βλάβη.
² Η εντόπιση ενός όγκου μπορεί να τον καθιστά υψηλού κινδύνου ανεξαρτήτως του μεγέθους του, σε ορισμένες περιπτώσεις.
³ Το πάχος του όγκου δε θα πρέπει να περιλαμβάνει τυχόν υπερκεράτωση ή εφελκίδα, αλλά εφόσον υπάρχει εξέλκωση θα πρέπει να μετράται από τη βάση της.

Αναγνώριση και αντιμετώπιση των ασθενών υψηλού κινδύνου

Ορισμένες κατηγορίες ασθενών έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης πολλαπλών ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων με επιθετική συμπεριφορά:

- Μεταμοσχευμένοι ασθενείς
- Λοιπές κατηγορίες ανοσοκατεσταλμένων ασθενών

- Μελαγχρωματική ξηροδερμία

Ορισμένοι ασθενείς που ανήκουν στις παραπάνω κατηγορίες έχουν επιπλέον παράγοντες κινδύνου:

- Συνολικός αριθμός όγκων
- Συχνότητα ανάπτυξης όγκων
- Ανάπτυξη επιθετικών όγκων

Στους ασθενείς αυτούς η γρήγορη διάγνωση και θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Θεραπεία Προκαρκινικών Βλαβών

Οι ακτινικές υπερκερατώσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται επιθετικά όταν πρωτοεμφανίζονται.

- Οι προτεινόμενες θεραπείες είναι: κρυοθεραπεία, 5-fluorouracil, imiquimod, φωτοδυναμική θεραπεία, απόξεση και ηλεκτροκαυτηρίαση
- Εναλλακτικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν το diclofenac, το χημικό peeling (TCA) ή το ablative skin resurfacing (laser, dermabrasion)

Οι ακτινικές υπερκερατώσεις που έχουν άτυπη κλινική εικόνα ή που δεν ανταποκρίνονται στη κατάλληλη θεραπεία θα πρέπει να αξιολογούνται ιστολογικά με βιοψία.

Θεραπεία Καρκινικών Βλαβών

- Στις κατηγορίες ασθενών υψηλού κινδύνου που μπορούν να αναπτύξουν πολλαπλές βλάβες σε μικρό χρονικό διάστημα, οι καταστρεπτικές θεραπείες (απόξεση και ηλεκτροκαυτηρίαση, κρυοθεραπεία) μπορούν ν'αποτελέσουν θεραπεία εκλογής για τους κλινικά χαμηλού κινδύνου όγκους λόγω της δυνατότητας θεραπείας πολλαπλών βλαβών σε μία μόνο συνεδρία. Στην περίπτωση της απόξεσης η βιοψία της βλάβης που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να μελετάται προκειμένου να αποκλειστεί η ύπαρξη ιστολογικών στοιχείων υψηλού κινδύνου που καθιστούν απαραίτητη την περεταίρω θεραπεία της βλάβης.
- Σε ασθενείς με πολλαπλούς όγκους στην ίδια περιοχή η χειρ/κή θεραπεία μπορεί να μην περιλαμβάνει το γύρω προσβεβλημένο δέρμα. Για την αντιμετώπιση των in situ βλαβών μπορούν να χρησιμοποιηθούν άλλες θεραπευτικές μέθοδοι.
- Σε ασθενείς με πολλαπλούς κοντινούς όγκους στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών και στα αντιβράχια η χειρ/κή εκτομή και αποκατάσταση με μόσχευμα έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία. Απαιτεί ωστόσο μεγάλο διάστημα αποκατάστασης.
- Σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό, η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως σε περιπτώσεις περινευρικής διήθησης και ως συμπληρωματική θεραπεία, και λιγότερο συχνά ως θεραπεία πρώτης γραμμής.
- Δορυφόρες βλάβες (in-transit δερματικές μεταστάσεις) παρουσιάζονται πιο συχνά σε αυτόν τον πληθυσμό. Θα πρέπει να αντιμετωπίζονται επιθετικά και να εξετάζεται η δυνατότητα χρήσης της ακτινοθεραπείας ως θεραπείας εκλογής.
- Σε μεταμοσχευμένους ασθενείς η μείωση της ανοσοκαταστολής μπορεί να εξετάζεται σε περιπτώσεις απειλητικών για τη ζωή καρκίνων ή ταχείας ανάπτυξης πολλαπλών όγκων.

Παρακολούθηση ασθενών

Η παρακολούθηση των ασθενών αυτών θα πρέπει να γίνεται με βάση τη συχνότητα ανάπτυξης νέων βλαβών και σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να πραγματοποιείται και 1 φορά/εβδομάδα.

Εκπαίδευση ασθενών

Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου θα πρέπει να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται ώστε να αποφεύγουν την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα προστασίας και να αυτοεξετάζονται 1 φορά/μήνα. Σημαντική είναι και η έγκαιρη προσέλευση στον ιατρό σε περίπτωση εμφάνισης νέας βλάβης.

Πρόληψη

Η χρήση συστηματικών ρετινοϊδών φαίνεται να είναι αποτελεσματική στη μείωση των προκαρκινικών και καρκινικών βλαβών του δέρματος σε ορισμένους ασθενείς υψηλού κινδύνου. Ωστόσο, η θεραπευτική τους δράση αναιρείται μετά τη διακοπή του φαρμάκου, ενώ η χρήση τους περιορίζεται εξαιτίας των παρενεργειών και της τερατογόνου δράσης τους.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΒΛΑΒΗΣ

Για την αρχική αντιμετώπιση του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος χρησιμοποιούνται συχνότερα η χειρουργική θεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Στόχος της θεραπείας είναι η εξάλειψη του όγκου με τη διατήρηση στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό της λειτουργικότητας των παρακείμενων ιστών και την επίτευξη ενός αποδεκτού αισθητικού αποτελέσματος.

Χειρουργική Θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες για τα πρωτοπαθή ακανθοκυτταρικά καρκινώματα, που παράλληλα έχει και πολύ καλά αισθητικά αποτελέσματα.

Η ιστολογική εξέταση των ορίων εκτομής μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε μετεγχειρητικά είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης (τεχνική Mohs).

Χειρουργική αφαίρεση με μετεγχειρητική ιστολογική εξέταση των ορίων εκτομής.

- Για τους καλώς περιγεγραμμένους χαμηλού κινδύνου όγκους με διάμετρο < 2cm προτείνεται η αφαίρεση με κλινικά όρια 4-6mm. Οποιοδήποτε ερύθημα ή όχθος θα πρέπει να περιλαμβάνεται στην περίμετρο της βλάβης
- Για όγκους με μεγαλύτερη διάμετρο που εντοπίζονται στον κορμό ή τα άκρα συστήνεται η εκτομή με όρια 10mm.
- Σε περίπτωση εξαίρεσης ενός χαμηλού κινδύνου ακανθοκυτταρικού όγκου που εντοπίζεται στον κορμό ή τα άκρα, με θετικά όρια εκτομής, συνιστάται ευρεία εκτομή.
- Σε όλες τις περιπτώσεις τα εν τω βάθει εγχειρητικά όρια θα πρέπει να εκτείνονται βαθιά στο υποδόριο λίπος.

Εφόσον, τηρούνται οι παραπάνω προτάσεις, η σύγκλιση του τραύματος μπορεί να πραγματοποιηθεί με οποιονδήποτε τρόπο. Ωστόσο, εάν απαιτείται κρημνός ή μόσχευμα δέρματος προκειμένου καλυφθεί το έλλειμμα, θα πρέπει να προηγηθεί ιστολογική εξέταση των ορίων εκτομής.

Mohs micrographic surgery

Η τεχνική Mohs περιλαμβάνει τη σταδιακή χειρουργική αφαίρεση του όγκου με σύγχρονη ιστολογική εξέταση των ορίων εκτομής.

Στην Ελλάδα η τεχνική αυτή δεν εφαρμόζεται κι επομένως η αναφορά της στο κείμενο αυτό γίνεται σε εναρμονισμό με τις διεθνείς οδηγίες και πρακτικές.

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει διαφορετικές τεχνικές όπως η επιφανειακή ακτινοθεραπεία, που είναι κατάλληλη για βλάβες με βάθος < 6mm, η θεραπεία με δέσμες ηλεκτρονίων που διεισδύει βαθύτερα και η βραχυθεραπεία που είναι χρήσιμη για βλάβες που βρίσκονται σε καμπύλες επιφάνειες. Έχει πολύ καλά θεραπευτικά και αισθητικά αποτελέσματα εφόσον χρησιμοποιείται σωστά. Η ακτινοθεραπεία ενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Ασθενείς άνω των 60 ετών που δε δύνανται ή δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία.
- Όγκοι με διάμετρο έως 15mm που εντοπίζονται σε υψηλού κινδύνου περιοχές.
- Όγκοι με διάμετρο έως 20mm που εντοπίζονται σε μεσαίου κινδύνου περιοχές.
- Συμπληρωματική θεραπεία για όγκους που εξαιρέθηκαν χειρουργικά και παρουσιάζουν θετικά όρια εκτομής.
- Συμπληρωματική θεραπεία για υψηλού κινδύνου όγκους που εξαιρέθηκαν σε υγιή όρια με τεχνική Mohs αλλά παρουσιάζουν σημαντική περινευρική ή νευρική διήθηση.
- Σε επιλεγμένους ασθενείς με νόσο του Bowen που παρουσιάζουν μεγάλες ή πολλαπλές βλάβες ή που αρνούνται τη χειρουργική θεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία αντενδείκνυται σε ασθενείς με γενετικά νοσήματα που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος, όπως η μελαχρωματική ξηροδερμία και το σύνδρομο πολλαπλών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων, καθώς και σε ασθενείς με νοσήματα του συνδετικού ιστού.

Απόξεση και διαθερμοπηξία

Η τεχνική αυτή είναι κατάλληλη για τους όγκους χαμηλού κινδύνου με τις εξής προϋποθέσεις:

- Αντενδείκνυται σε όγκους που εντοπίζονται σε περιοχές με τελικές τρίχες.
- Εάν κατά τη διάρκεια της θεραπείας αποκαλυφθεί το υποδόριο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί χειρουργική αφαίρεση της βλάβης.
- Εάν δεν έχει προηγηθεί βιοψία της βλάβης, τότε κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να ληφθεί βιοψία προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα ιστολογικά χαρακτηριστικά της βλάβης που την κατατάσσουν σε χαμηλού κινδύνου.

Τοπικές θεραπείες

Περιλαμβάνουν την τοπική θεραπεία με imiquimod και 5-fluorouracil, τη φωτοδυναμική θεραπεία (PDT) και την κρυοθεραπεία. Η χρήση τους θα πρέπει να περιορίζεται στις περιπτώσεις όπου η χειρουργική θεραπεία και η ακτινοθεραπεία αντενδείκνυται ή δεν είναι εφικτές.

Φωτοδυναμική θεραπεία (PDT)

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία προκαρκινικών βλαβών και τη νόσο του Bowen. Η ανταπόκριση είναι συνήθως μεγαλύτερη στο πρόσωπο και το τριχωτό της κεφαλής.

Τοπική θεραπεία και κρυοθεραπεία

Χρησιμοποιούνται για προκαρκινικές βλάβες και τη νόσο του Bowen.

Άλλες θεραπείες που θα μπορούσαν να συζητηθούν είναι η τοπική diclofenac, τα χημικά peeling και η δερμοαπόξεση.

ΠΕΡΙΟΧΙΚΟΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ

Η προσβολή των περιοχικών λεμφαδένων αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα υποτροπής και τη θνητότητα. Σε περίπτωση θετικών ευρημάτων στην FNA ή σε βιοψία λεμφαδένα, συστήνεται περιοχικός λεμφαδενικός καθαρισμός. Εάν αυτός δεν είναι εφικτός προτείνεται ακτινοθεραπεία με ή χωρίς ταυτόχρονη χορήγηση cisplatin. Ωστόσο, οι ασθενείς θα πρέπει να επανεκτιμώνται για πιθανό λεμφαδενικό καθαρισμό τραχήλου μετά την ακτινοθεραπεία.

Η προσβολή της παρωτίδας έχει φτωχή πρόγνωση.

Μετά το λεμφαδενικό καθαρισμό συχνά απαιτείται συμπληρωματική ακτινοθεραπεία με ή χωρίς σύγχρονη χημειοθεραπεία.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπληρωματική θεραπεία στις εξής περιπτώσεις:

- Όγκοι που εξαιρέθηκαν χειρουργικά, και τα όρια εκτομής ήταν θετικά.
- Όγκοι υψηλού κινδύνου που εξαιρέθηκαν σε υγιή όρια αλλά παρουσιάζουν σημαντική περινευρική διήθηση.
- Ασθενείς με περιοχική νόσο κορμού και άκρων που έχουν υποβληθεί σε λεμφαδενικό καθαρισμό.
- Συστήνεται σε ασθενείς με προσβολή λεμφαδένων κεφαλής και τραχήλου, αν και σε ασθενείς με προσβολή ενός μόνο μικρού λεμφαδένα και χωρίς διήθηση της κάψας μπορεί να συστηθεί απλή παρακολούθηση.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί ως συμπληρωματική θεραπεία μετεγχειρητικά, σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία στις παρακάτω περιπτώσεις:

- Σε ασθενών με εξωκαψική προσβολή των τραχηλικών λεμφαδένων
- Σε ασθενείς με ατελώς αφαιρεθέντες λεμφαδένες.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα δίνει σχετικά σπάνια απομακρυσμένες μεταστάσεις.

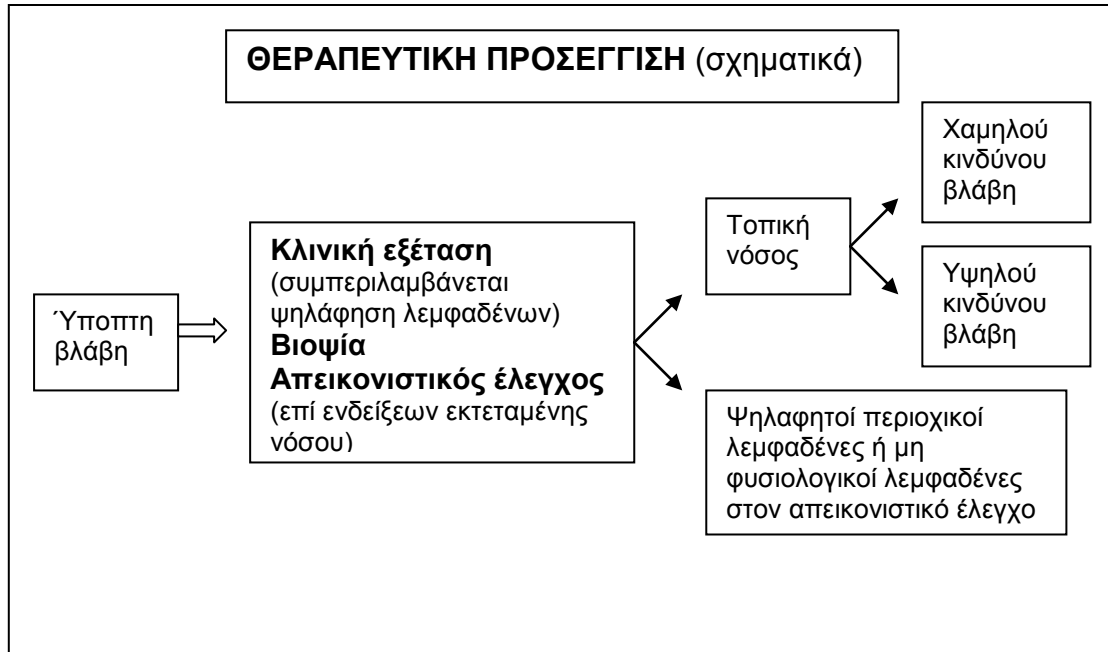
- Στις περισσότερες περιπτώσεις συστήνεται η ένταξη του ασθενούς σε κάποια κλινική μελέτη.
- Για τους μεταμοσχευμένους ασθενείς είναι σκόπιμο να εξεταστεί η μείωση των δόσεων των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων καθώς και η αντικατάσταση των αναστολέων καλσινευρίνης και των αντιμεταβολιτών από αναστολείς mTOR.
- Η χορήγηση cisplatin μόνη της ή σε συνδυασμό με 5-FU έχει δώσει θετικά αποτελέσματα σε ορισμένες μελέτες.
- Αποτελεσματική φαίνεται να είναι και η χορήγηση cetuximab που υπερέχει της cisplatin λόγω της μικρότερης τοξικότητας.
- Η συστηματική θεραπεία και η ακτινοθεραπεία δε θεωρούνται χρήσιμες προεγχειρητικά, με την πιθανή εξαίρεση των περιπτώσεων με μικρό αριθμό διηθημένων περιοχικών λεμφαδένων.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι ασθενείς που εμφανίζουν ένα βασικοκυτταρικό ή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα έχουν 30-50% πιθανότητα να αναπτύξουν κι ένα δεύτερο μέσα σε 5 χρόνια. Επιπλέον παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μελανώματος. Θα πρέπει

επομένως να παρακολουθούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα (κάθε 6-12 μήνες) και να ενημερώνονται για τη φωτοπροστασία και την αυτοεξέταση. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το διάστημα των 2 πρώτων χρόνων καθώς το 70-80% των υποτροπών των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων εμφανίζεται μέσα σ' αυτό το χρονικό διάστημα.

Σε περίπτωση υποτροπής, εάν αυτή είναι τοπική ακολουθούνται οι οδηγίες για την αντιμετώπιση πρωτοπαθούς βλάβης. Εάν πρόκειται για περιοχική ή απομακρυσμένη μετάσταση, προτείνεται συστηματική θεραπεία και παραπομπή του ασθενούς σε ογκολογικό συμβούλιο.



Τοπικό χαμηλού κινδύνου ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα

Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης

Συμπληρωματική θεραπεία

Απόξεση και διαθερμοπηξία:

- Σε περιοχές χωρίς τελικές τρίχες
- Επί διείσδυσης στο υποδόριο λίπος συστήνεται χειρ/κή αφαίρεση

Χειρ/κή αφαίρεση με μετεγχειρητική εξέταση των ορίων εκτομής

- κλινικά όρια εκτομής 4-6mm
- απευθείας σύγκλιση ή τοποθέτηση μοσχεύματος¹ ή σύγκλιση κατά 2^ο σκοπό.

Θετικά
όρια

Αρνητικά
όρια

- Mohs surgery ή
- Χειρ/κή αφαίρεση με μετεγχειρητική εξέταση ορίων εκτομής για L-περιοχές ή
- Ακτινοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία

- Μη εγχειρήσιμοι όγκοι
- Ασθενείς άνω των 60 ετών

¹Η σύγκλιση με δημιουργία κρημνού προτείνεται να πραγματοποιείται αφού προηγηθεί ιστολογική εξέταση των ορίων εκτομής.

²L-περιοχές: κορμός και άκρα

Τοπικό υψηλού κινδύνου ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα^{1,2}

Θεραπεία πρωτοπαθούς βλάβης

Συμπληρωματική θεραπεία

Χειρ/κή αφαίρεση με μετεγχειρητική εξέταση των ορίων εκτομής
Βλάβη με διάμετρο $\geq 20\text{mm}$ στον κορμό ή τα άκρα με κλινικά όρια εκτομής 10mm και απευθείας σύγκλιση

Θετικά όρια

- Mohs surgery ή
- ακτινοθεραπεία

Αρνητικά όρια

Mohs surgery

Θετικά όρια

Ακτινοθεραπεία

Αρνητικά όρια

Σε περινευρική διήθηση³ συστήνεται συμπληρωματική ακτινοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία

- Μη εγχειρήσιμοι όγκοι
- Ασθενείς άνω των 60 ετών

¹ Σε ορισμένες βλάβες υψηλού κινδύνου να εξετάζεται η αναζήτηση φρουρού λεμφαδένων, αν και το όφελος της τεχνικής αυτής δεν έχει αποδειχθεί.

² Για τις περίπλοκες περιπτώσεις προτείνεται η παραπομπή σε ογκολογικό συμβούλιο.

³ Εάν υπάρχει υποψία διήθησης μεγάλου νεύρου να εξετάζεται η πραγματοποίηση MRI προκειμένου να εκτιμηθεί το μέγεθος της προσβολής και να αποκλειστεί προσβολή του κρανίου.