

## DOPORUČENÝ POSTUP PRO DIAGNOSTIKU A LÉČBU ZHOUBNÝCH NÁDORŮ VÍČEK A PERIOKULÁRNÍ KRAJINY

**Autor:** MUDr. Adam Kopecký, Ph.D., FEBO

**Recenzenti:** MUDr. Pavel Diblík, MBA; MUDr., MgA. Lubor Šplíchal

### Definice

Nádory víček a periokulární krajiny, které řadíme mezi zhoubné: **bazocelulární karcinom** (BCC – basal cell carcinoma), **dlaždicobuněčný karcinom** (SCC – squamous cell carcinoma), **sebaceózní karcinom** (SGC – sebaceous gland carcinoma), **maligní melanom**, **karcinom z Merkelových buněk**, ale i například **keratoakantom** (některými autory považován za low-grade SCC) či **spinocelulární karcinom *in situ*** (Bowenova choroba), **aktinická keratóza** (prekanceróza SCC) a další, méně časté, jednotky.

### Epidemiologie

V prostředí zdravotnictví České republiky a u pacientů tzv. kavkazské rasy je nejčastějším nádorem **bazocelulární karcinom** (kolem 90 %), následován **dlaždicobuněčným karcinomem** (5 %). Nejčastější predilekční místo výskytu BCC je v následujícím pořadí: dolní víčko, vnitřní koutek, horní víčko a zevní koutek. U vzácnějších maligních nádorů ale tato predilekce nemusí platit. Častěji jsou postiženi pacienti starší 50 let, v populaci ale sledujeme posun výskytu do mladších ročníků.

Anamnestickými riziky jsou: vyšší věk, ženské pohlaví, kouření, zvýšená expozice UV záření, pozitivní anamnéza maligního nádoru kůže v minulosti, pozitivní onkologická anamnéza, pozitivní rodinná anamnéza.

### Diagnostika

Klinická diagnóza je založena na některých společných typických znacích maligních nádorů v regionu víček a periokulární krajiny:

- Navalité okraje
- Ztráta řas
- Ulcerace
- Perleťový lesk (typicky BCC)
- Krvácení z tumoru v anamnéze

- Centrální vkleslina (typicky BCC)
- Rychlý růst u některých typů maligních nádorů (neplatí vždy, například BCC je typicky pomalu rostoucí)

Je nutné zmínit, že **definitivní diagnózu** potvrdí jedině histologické vyšetření, neboť řada tumorů může dlouho imitovat benigní lézi (typicky například nodulární BCC připomíná fibrom, či karcinom z Merkelových buněk napodobuje chalazion) a tím „uniknout“ včasné diagnostice a následné terapii.

### Terapeutický přístup

#### a) Klinicky nejasné jednotky

U útvarů, které jsou podezřelé, by měla být provedena **biopsie vzorku tkáně**. U malých suspektních útvarů, kde následná rekonstrukce není komplikovaná, může být provedena tzv. **bioptická excize** – odstranění léze do zdravé tkáně.

#### b) Klinicky zřejmé maligní jednotky, biopticky potvrzené maligní jednotky

**Primární léčbou** je odstranění léze s dostatečným bezpečnostním lemem zdravé, intaktní tkáně – u BCC je doporučen lem alespoň 2-3 mm, (2 mm u nodulárního typu, 3 a více mm u infiltrativního typu). U prognosticky horších tumorů je nutné zvolit lem širší – u SCC se doporučuje např. 5 mm, u melanomu 5-10 mm (10 mm doporučených WHO nelze vždy technicky dodržet).

**Resekce** musí být provedena tak, **aby byla maligní léze KOMPLETNĚ odstraněna**. Chirurgická rekonstrukce rány, ve které jsou rezidua maligní léze, není přípustná. **Postup** samotné resekce je v kompetenci chirurga – naše společnost doporučuje, provádět tzv. **kontrolované excize** (kdy je nejprve léze odstraněna a až poté, co vyšetřující patolog potvrdí, že okraje resekatu jsou dostatečně velké a bez přítomnosti tumoru, je možné provádět chirurgickou rekonstrukci). Výběr techniky histopatologické analýzy závisí na zkušenostech a kompetenci daného pracoviště.

Někteří chirurgové mohou preferovat okamžité uzavření léze s odečtem histologie v odstupu – tento postup je sice přípustný, ale je nevýhodný při pozitivních okrajích léze, kdy je pak nutné celou resekcí opakovat – **nedoporučujeme** ji tedy u velkých lézí, kdy lze předpokládat časově a technicky náročnou rekonstrukci.

#### c) Inoperabilní klinicky zřejmé či biopticky potvrzené maligní jednotky

U tumorů, u kterých nelze předpokládat technicky reálnou rekonstrukci, je nutné postupovat obezřetně a s ohledem na celkový stav pacienta a respektovat jeho přání. Je **důležité biopsií potvrdit histopatologický charakter léze**, pokud tak již nebylo učiněno.

- I. Ve spolupráci s dermatologickou a onkologickou klinikou daného pracoviště je vhodné zvážit celkovou léčbu pacienta dle patřičných protokolů a dle histopatologické povahy léze. Je nutné pacientovi nabídnout v indikovaných případech biologickou léčbu (např. Vismodegib u BCC).
- II. U vybraných případů, zvláště inoperabilních BCC vnitřního koutku, kdy z nějakého důvodu není indikována biologická léčba, je možné zvážit radioterapii, ideálně formou stereotaktické chirurgie – je nutné si ale uvědomit, že dle světových doporučení již nejde o definitivní terapii. Pacienty je tedy nutné intenzivně sledovat a pravidelně kontrolovat, včetně pravidelného zobrazení očníce (MR, CT).
- III. Pokud je nádor inoperabilní a jsou vyčerpány všechny ostatní terapeutické možnosti (například biologická léčba u maligního melanomu) a hrozí, případně je potvrzeno, jeho nekontrolovatelné šíření do orbitálního prostoru, je nutné zvážit **exenteraci**

**očníce.** Při rozhodování zvažujeme histologický nález, visus druhého oka, celkový stav s předpokládanou délkou dožití i přání pacienta. Je třeba mít na paměti, že **ne u všech typů nádorů** je exenterace výkonem, který **zlepšuje celkovou prognózu pacienta.**

### Chirurgická rekonstrukce

by měla být prováděna zkušeným okuloplastickým chirurgem. Výběr techniky je na preferenci samotného chirurga, většina moderních okuloplastických technik je co do výsledků konzistentní a rovnocenná. **Měla by být vždy provedena rekonstrukce přední i zadní lamely víčka,** aby byl výsledek rekonstrukce dlouhodobý a byla menší šance pozdních komplikací. V neposlední řadě taková rekonstrukce vede také k lepšímu kosmetickému výsledku. Snahou moderní okuloplastické chirurgie je zachovat co nejlepší funkčnost a operovat co nejšetrněji s ohledem na okolní zdravou tkáň.

### Sledování pacientů

Pacienti s potvrzeným maligním nádorem víček či periokulární krajiny musí docházet na pravidelné kontroly **k dermatologovi i oftalmologovi.**

U vysoce zhoubných jednotek jako je melanom, SCC aj. je nutné provést kompletní onkologický screening ve spolupráci s dermatologem a onkologem a vyloučit případné metastatické postižení jiných orgánů. V kompetenci dermatologa je pak u těchto pacientů nastavit dispenzární péči, která probíhá ve spolupráci s praktickým lékařem a případně onkologem. Je zodpovědností chirurga zajistit, aby byla pacientovi s potvrzenou rizikovou malignitou zajištěna konzultace u dalších specialistů.

Příklady doporučení dispenzární a následné péče:

Typ nádoru	Příklady doporučených dalších vyšetření
SCC	U větších nádorů biopsie krčních lymfatických uzlin
SGC	Vyloučení syndromu Muir-Torre, vyloučení metastáz – plíce, játra, hlava
Melanom	Sonografie, PET-CT, biopsie sentinelových uzlin, vyloučení metastáz
Ca z Merkelových buněk	Sonografie, biopsie sentinelových uzlin, vyloučení metastáz, často nutná adjuvantní chemoterapie po resekci

### Závěr

- **Jedinou definitivní diagnostickou metodou je histopatologický rozbor odebrané tkáně.**
- **Resekce nádoru MUSÍ být kompletní do zdravé tkáně, není přípustné ponechat zbytky tumoru ve tkáni, případně provést rekonstrukci v situaci, kdy nádor nebyl kompletně odebraný (s výjimkou paliativní neradikální resekce).**
- **Primární terapie je chirurgická, pro inoperabilní tumory existují alternativní možnosti léčby.**
- **Pacienti by měli být dle histologické povahy nádoru sledováni, primárně operujícím chirurgem s postupným předáním do pravidelné péče u svého očního lékaře, případně dalších specialistů.**

## Literatura

- 1) Silverman N, Shinder R. What's New in Eyelid Tumors. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila)*. 2017 Mar-Apr;6(2):143-152. doi: 10.22608/APO.201701. PMID: 28399340.
- 2) Biazim DF, Osaki MH, Kikkawa DO, Liu CY, Leonardo F, Osaki TH. Eyelid malignancies in young individuals: clinical peculiarities. *Int Ophthalmol*. 2022 Jun;42(6):1867-1874. doi: 10.1007/s10792-021-02184-3. Epub 2022 Jan 28. PMID: 35088362.
- 3) Margo CE, Mulla ZD. Malignant tumors of the eyelid: a population-based study of non-basal cell and non-squamous cell malignant neoplasms. *Arch Ophthalmol*. 1998 Feb;116(2):195-8. doi: 10.1001/archophth.116.2.195. PMID: 9488271.
- 4) Bernardini FP. Management of malignant and benign eyelid lesions. *Curr Opin Ophthalmol*. 2006 Oct;17(5):480-4. doi: 10.1097/01.icu.0000243022.20499.90. PMID: 16932064.
- 5) Pe'er J. Pathology of eyelid tumors. *Indian J Ophthalmol*. 2016 Mar;64(3):177-90. doi: 10.4103/0301-4738.181752. PMID: 27146927; PMCID: PMC4869455.
- 6) Glover AT, Grove AS Jr. Orbital invasion by malignant eyelid tumors. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 1989;5(1):1-12. doi: 10.1097/00002341-198903000-00001. PMID: 2487189.
- 7) Kopecky A, Rokohl AC, Heindl LM. Rekonstruktionstechniken der posterioren Augenlidlamelle [Techniques for the Reconstruction of the Posterior Eyelid Lamella]. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2018 Dec;235(12):1415-1428. German. doi: 10.1055/a-0751-1069. Epub 2018 Nov 23. PMID: 30469156.
- 8) Hou X, Rokohl AC, Ortmann M, Heindl LM. Effective treatment of locally advanced periocular basal cell carcinoma with oral hedgehog pathway inhibitor? *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2020 Oct;258(10):2335-2337. doi: 10.1007/s00417-020-04779-5. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32514773; PMCID: PMC7550312
- 9) Tagliaferri L, Giarrizzo I, Fionda B, Rigante M, Pagliara MM, Casà C, Parrilla C, Lancellotta V, Placidi E, Salvati A, Macchia G, Gentileschi S, Blasi MA, Morganti AG, Bussu F, Peris K, Paludetti G, Valentini V. ORIFICE (Interventional Radiotherapy for Face Aesthetic Preservation) Study: Results of Interdisciplinary Assessment of Interstitial Interventional Radiotherapy (Brachytherapy) for Periorificial Face Cancer. *J Pers Med*. 2022 Jun 24;12(7):1038. doi: 10.3390/jpm12071038. PMID: 35887535; PMCID: PMC9316930.
- 10) Tagliaferri L, Giarrizzo I, Fionda B, Rigante M, Pagliara MM, Casà C, Parrilla C, Lancellotta V, Placidi E, Salvati A, Macchia G, Gentileschi S, Blasi MA, Morganti AG, Bussu F, Peris K, Paludetti G, Valentini V. ORIFICE (Interventional Radiotherapy for Face Aesthetic Preservation) Study: Results of Interdisciplinary Assessment of Interstitial Interventional Radiotherapy (Brachytherapy) for Periorificial Face Cancer. *J Pers Med*. 2022 Jun 24;12(7):1038. doi: 10.3390/jpm12071038. PMID: 35887535; PMCID: PMC9316930.