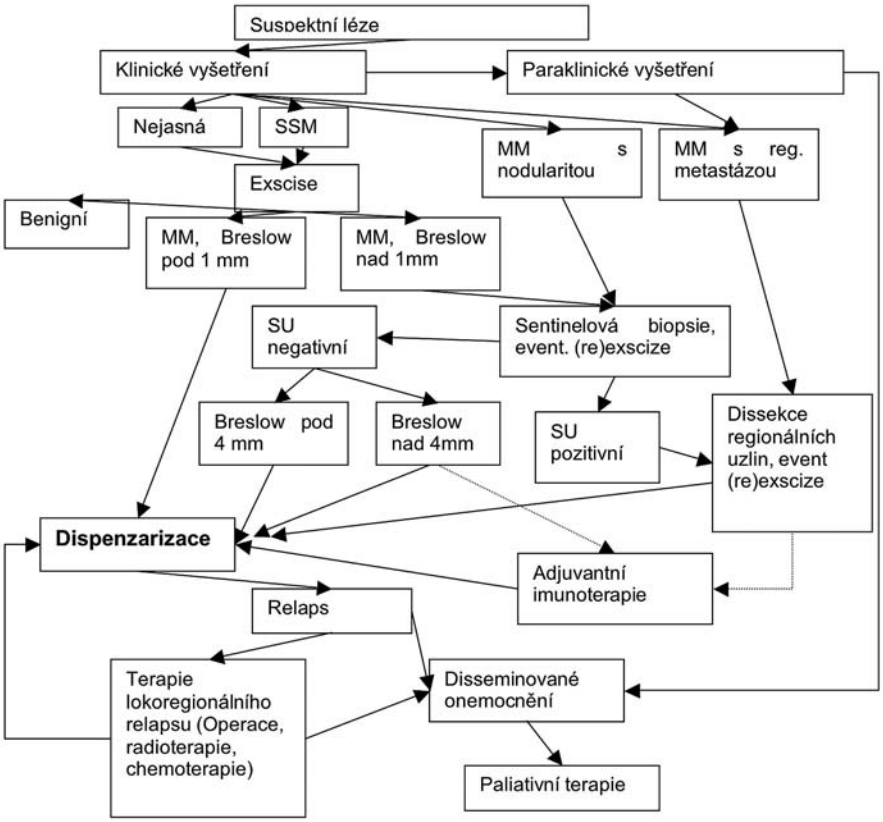
58 Dispenzární model maligního melanomu na základě prognostických faktorů včetně stavu sentinelové uzliny.

Fait V., Kocák I., Chrenko V., Krejčí E.
Masarykův onkologický ústav v Brně

Nedílnou součástí onkologické péče je kromě samotné terapie i dispenzarizace pacientů po terapii, ale i pacientů s důvodným podezřením na možný vznik malignity. Model dispenzarizace by měl být dostatečně účinný, ale současně by neměl znamenat zbytečné plýtvání, jak nadbytečně častými kontrolami, tak vyšetřeními s malou pravděpodobností záchytu patologie.



Obrázek:
Diagnostickoterapeutický algoritmus u maligního melanomu

Ideální možností by byla přesná kvantifikace rizika jednotlivých událostí, a podle tohoto individuální úprava plánu. Tento postup by byl ovšem poměrně obtížný a v praxi obtížně realizovatelný. Vhodné je tedy rozdělení pacientů do skupin dle míry rizika relapsu, a nastavení určitých schémat v těchto skupinách.

Na základě dat našich pacientů se sentinelovou biopsií dokumentujeme sílu jednotlivých klasických prognostických faktorů maligního melanomu a předkládáme schéma sledování pacientů na základě těchto faktorů.

Naše data jsou v souladu s literárními nálezy a dokumentují, že nejsilnějším prognostickým faktorem je stav sentinelové uzliny, při její pozitivitě jsou ostatní prognostické faktory již nepodstatné, v případě negativní sentinelové uzliny pak nejsilnějším prognostickým faktorem zůstává tloušťka melanomu dle Breslowa.

Schéma dispenzarizace v MOÚ

Melanomy se zanedbatelným a velmi nízkým rizikem relapsu
Melanomy in situ
Melanomy s tloušťkou do 0,5 mm
Klinické vyšetření: místo prima, palpace uzlin, pátrání po transitorních a intranzitních metastázách, především vyšetření dalších kožních eflorescencí. Interval vyšetření 12-24 měsíců, vzhledem k maximu rizika ve vzniku dalšího melanomu de novo, sledování s výhodou na dermatologické ambulance.

Melanomy s nízkým rizikem relapsu
Klin. st. IA,
- tenké melanomy (do 1,0 mm), Clark II nebo III, bez ulcerace: pT1a

Klinické vyšetření:
místo prima, palpace uzlin, pátrání po transitorních a intranzitních metastázách, kožní eflorescence – každé 3-12 měsíců.

Melanomy se středním a vysokým rizikem relapsu
Klin. st. IB – III,
- melanomy do 1 mm s přítomností rizikových faktorů, Clark IV, V, nebo s ulcerací: pT1b
- dále melanomy nad 1,0 mm tloušťky a tzv. tlusté melanomy (nad 4,0 mm)
- uzlinové metastázy, u většiny pacientů objevené na základě sentinelové biopsie

Možno přihlédnout k dalším rizikovým faktorům:
- výskyt spontánní regrese
- nepřítomnost lymfocytární infiltrace

Obsah sledování:
- Klinické vyšetření: místo prima, palpace uzlin, pátrání po transitorních a intranzitních metastázách, kožní eflorescence.

Interval	1.-3. rok	4.- 5. rok	6. a více
Klinické vyšetření	3-6 měsíců	4-12 měsíců	1 x ročně

Při suspektním palpačním nálezu v uzlinové oblasti sono vyšetření spádové lymfatické oblasti.
Rtg plic, sono břicha, LDH, biochemie, KO každé 3-12 měsíců.

Při klinických příznacích vzdálených metastáz nebo abnormalitách zachycených vyšetřeními výše, odpovídající vyšetření (rtg, CT, sono, PET aj).