

Pacjent ze zmianą barwnikową skóry

Postępowanie diagnostyczne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej



Materiał powstał przy wsparciu:



Warszawa 2024

Spis treści

1. Cechy makroskopowe czerniaka	4
Kryteria ABCDE	4
O czym pamiętać przeprowadzając badanie?	5
2. Badanie dermatoskopowe	6
Wzory złośliwości.....	7
3. Postępowanie z pacjentem	12
Identyfikacja grup ryzyka – kogo i jak często badać?.....	12
Postępowanie u dzieci	13
Postępowanie z pacjentem – dermatolog czy chirurg / chirurg onkolog?	13
4. Obserwacja i postępowanie po leczeniu	15
5. Zalecenia ogólne – fotoprotekcja	17
Bibliografia	18

1. Cechy makroskopowe czerniaka

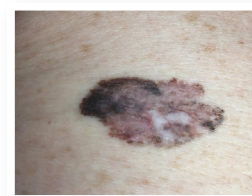
Czerniaki posiadają wiele cech charakterystycznych, których znajomość pomaga w ich rozpoznaniu. Są też możliwe do zauważenia „gołym okiem”, bez konieczności użycia dermatoskopu. Cechy te określane są za pomocą kryteriów ABCDE.

Kryteria ABCDE

A

Asymetria

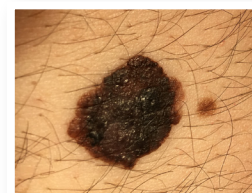
np. znamię „wylewające” się na jedną stronę



B

Brzegi

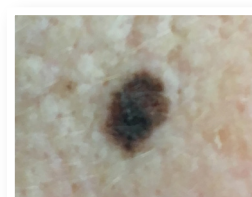
poszarpane, nierównomierne, posiadające zgrubienia



C

Czerwony lub czarny

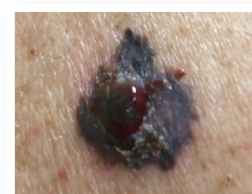
niejednolity kolor



D

Duży rozmiar

wielkość zmiany powyżej 6 mm



E

Ewolucja

czyli postępujące zmiany zachodzące w znamieniu



O czym należy pamiętać przeprowadzając badanie?

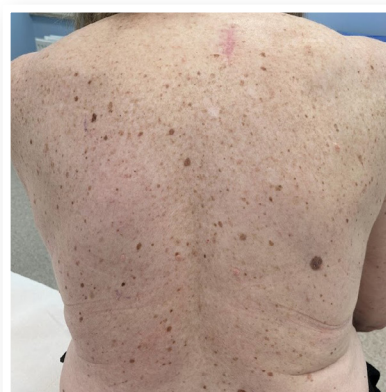
Kluczowe zasady zmniejszające ryzyko przeoczenia czerniaka podczas badania:

- Należy poprosić pacjenta o **zdjęcie ubrań i bielizny**.
- Jeśli na skórze pacjenta znajduje się **opatrunek, należy poprosić o jego usunięcie**.
- Należy dokładnie obejrzeć również **stopy pacjenta – szczególnie w przypadku osób starszych**.
- Badanie należy uzupełnić o wywiad, zadając pytania, które pozwolą dowiedzieć się **czy pacjent chorował w przeszłości na nowotwory skóry**, takie jak: rak podstawnokomórkowy, płaskonabłonkowy lub czerniak. W przypadku potwierdzenia wskazującego na wystąpienie jednego z wymienionych nowotworów, z uwagi na wspólne czynniki ryzyka, prawdopodobieństwo pojawienia się ogniska jednego z nich w innej okolicy ciała jest znacznie większe.



Wskazane jest, aby szczególnie dokładnie obejrzeć pacjentów:

- **po 50. roku życia z cechami fotouszkodzenia skóry** (skóra sucha, nieregularnie przebarwiona, łuszcząca się, nadmiernie rogowaciejąca, ścieńczała itp.),
- **stosujących immunosupresję** (np. pacjenci po przeszczepieniu narządów, z nowotworami hematologicznymi),
- **z licznymi zmianami barwnikowymi** (więcej niż 20 zmian w jednej topograficznej okolicy ciała, np. na kończynach górnych)*.



*U pacjentów z wieloma zmianami skórnymi należy zwracać szczególną uwagę na odmienność kształtu lub koloru jednej zmiany skórnej względem pozostałych, poszukując tzw. „brzydkiego kaczątka”. Powszechnie występujące zmiany łagodne: znamiona melanocytarne, rogowacenie łojotokowe (tzw. brodawki łojotokowe) czy naczyńki, to zazwyczaj zmiany mnogie, podobne do siebie.

2. Badanie dermatoskopowe

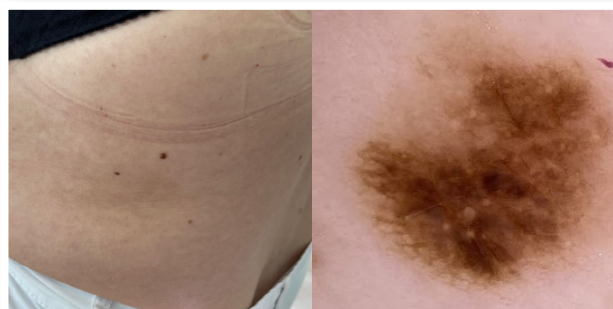
Dermatoskopia (nieinwazyjna technika badania umożliwiająca ocenę skóry w powiększeniu) dzięki wykorzystaniu światła spolaryzowanego lub medium kontaktowego (w dermatoskopach ze światłem niespolaryzowanym), pozwala ocenić głębsze struktury oraz wzorce niewidoczne okiem nieuzbrojonym.

Dermatoskopia:

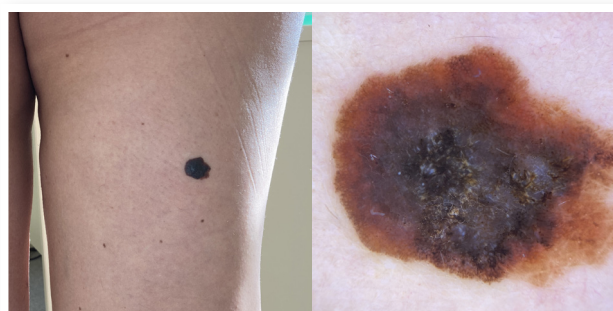
- zwiększa znacząco czułość i swoistość w diagnostyce in vivo zmian nowotworowych skóry,
- umożliwia rozpoznanie wczesnych czerniaków, niespełniających jeszcze klasycznych kryteriów złośliwości,
- zmniejsza liczbę wycięć zmian łagodnych.



Należy pamiętać, że badanie powinno dotyczyć wszystkich zmian, nie tylko tych podejrzanych klinicznie.



Czerniak rozpoznany na podstawie badania dermatoskopowego



Czerniak rozpoznany na podstawie kryteriów klinicznych ABCDE



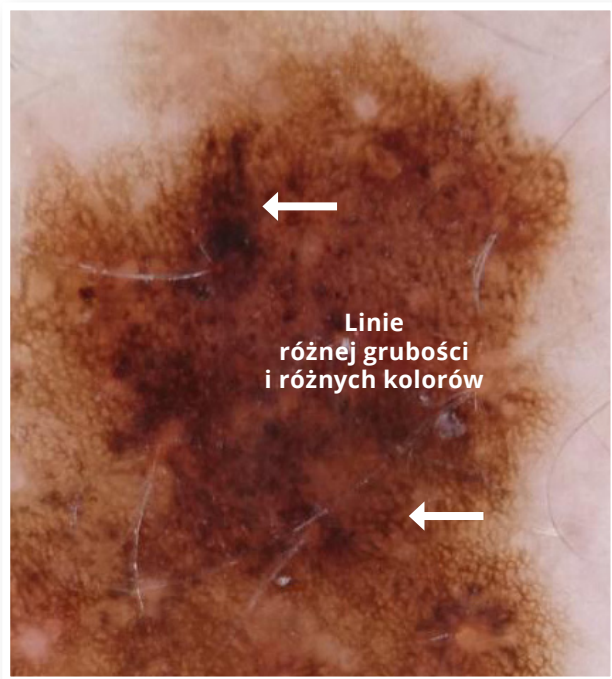
Dołączenie do badania klinicznego dermatoskopii umożliwia rozpoznanie ponad

90%

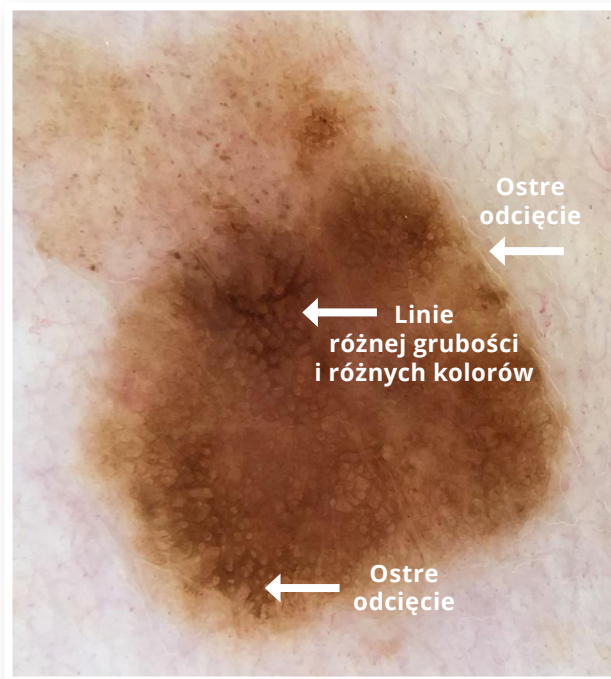
czerniaków!

Wzory złośliwości

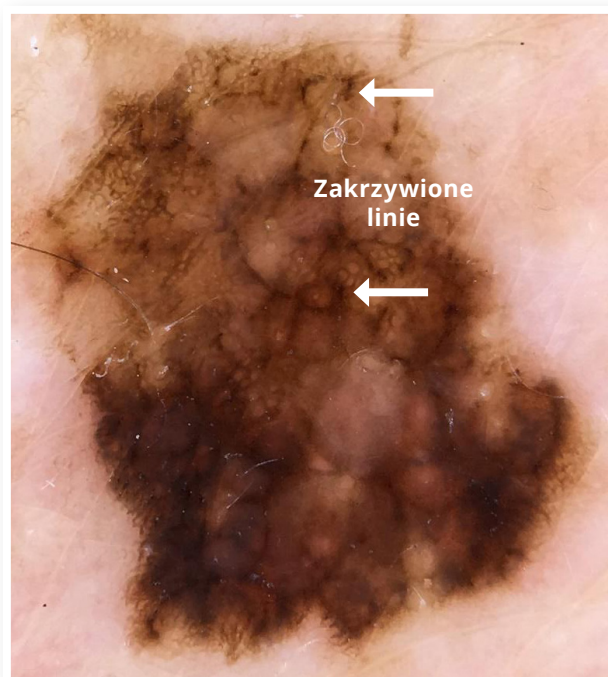
Atypowa siatka



Atypowa siatka barwnikowa



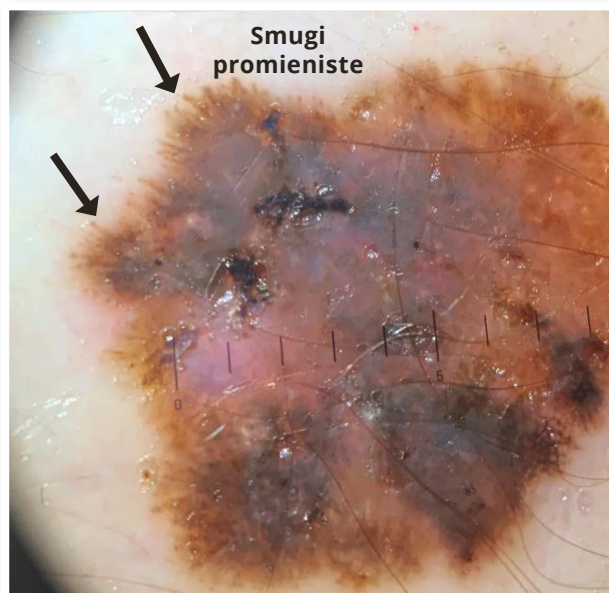
Atypowa siatka barwnikowa - ostre odcięcie



Atypowa siatka barwnikowa - zakrzywione linie

Wzory złośliwości

Nieregularne smugi / pseudopodia

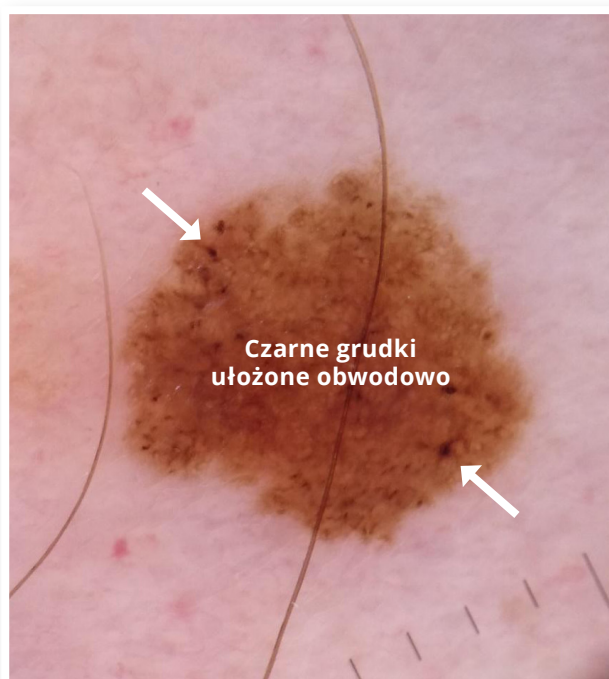


Smugi promieniste ułożone segmentalnie

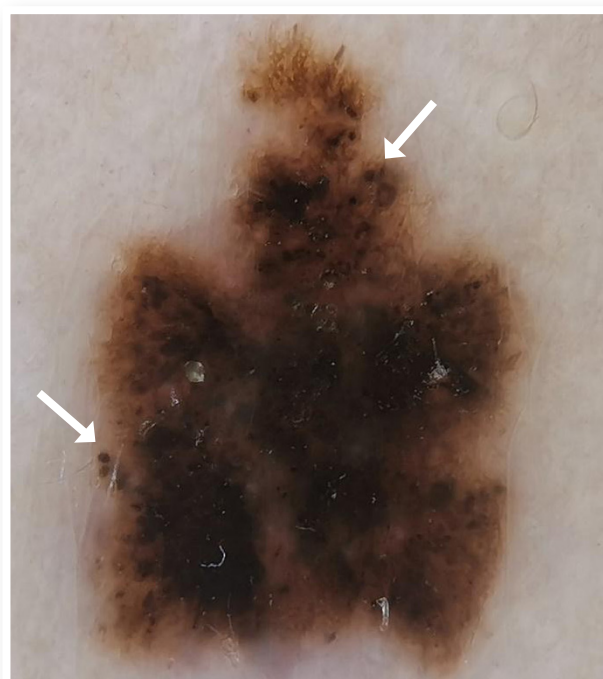


Smugi promieniste / pseudopodia
W tym przypadku nie tworzą wzoru złośliwości,
gdyż są rozmieszczone wokół całego obwodu,
a nie ułożone segmentalnie (znamię Reed'a).

Atypowe grudki i kropki



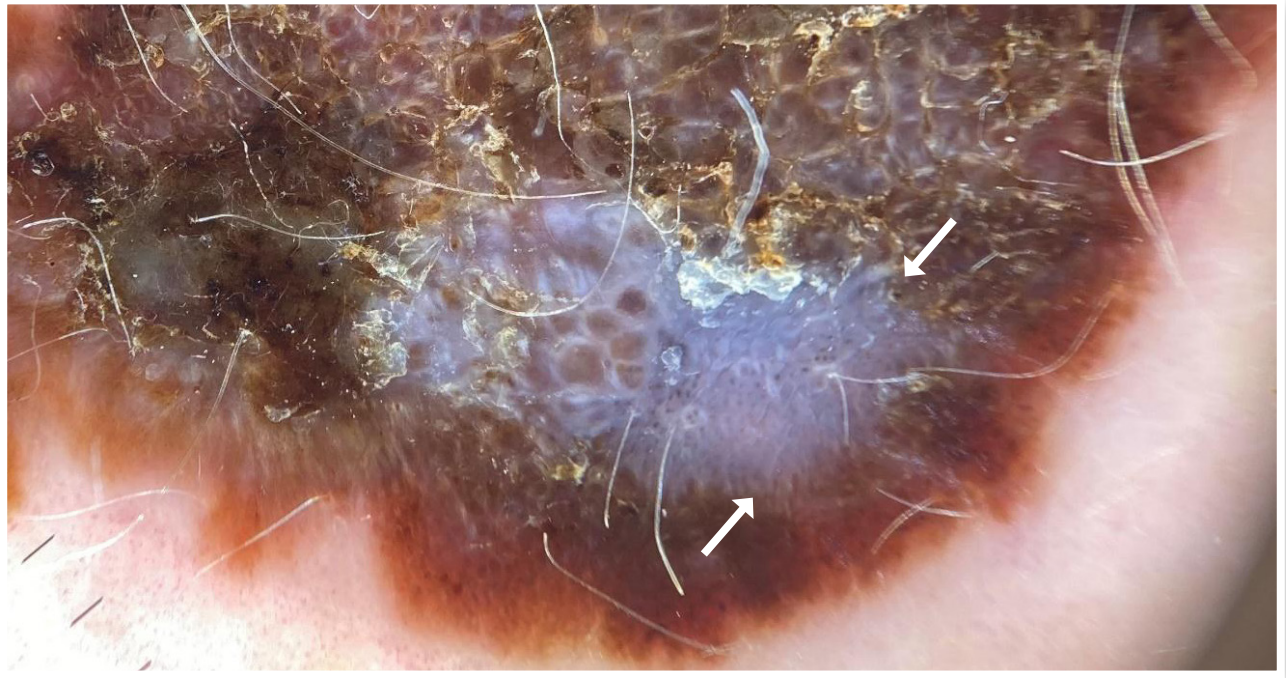
Atypowe grudki i kropki



Czarne grudki i kropki
(grudki o różnej wielkości i kształcie)

Wzory złośliwości

Biało-niebieskie zamglenie

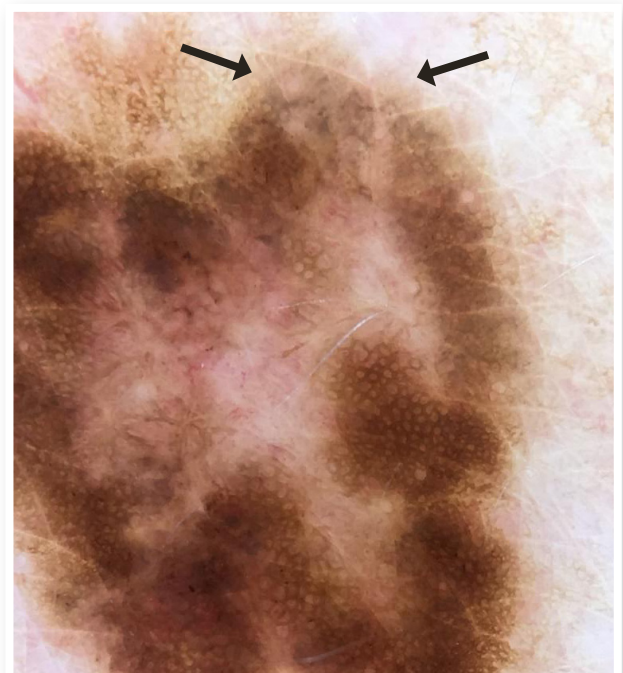


Biało-niebieskie zamglenie

Struktury regresji



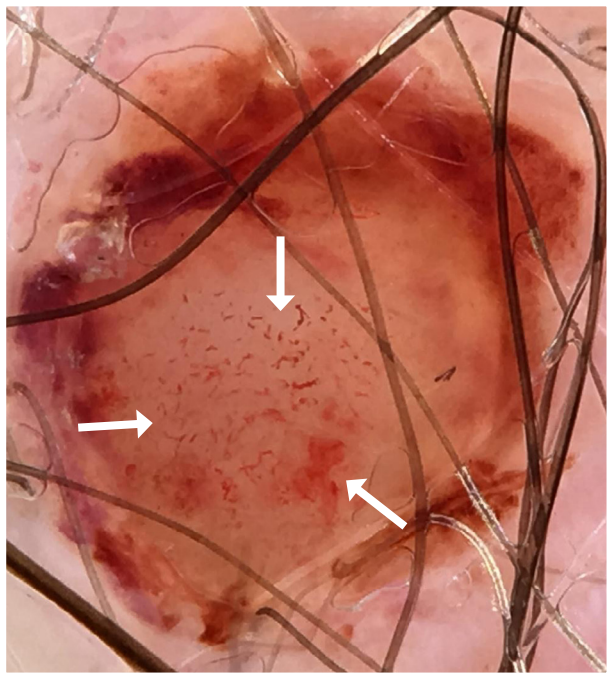
Struktury regresji (szare)



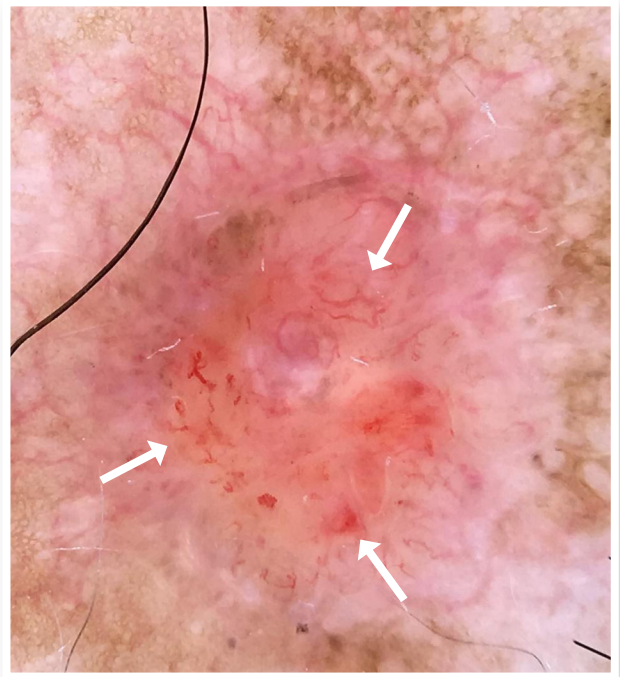
Struktury regresji (szare)

Wzory złośliwości

Atypowe: polimorficzne naczynia

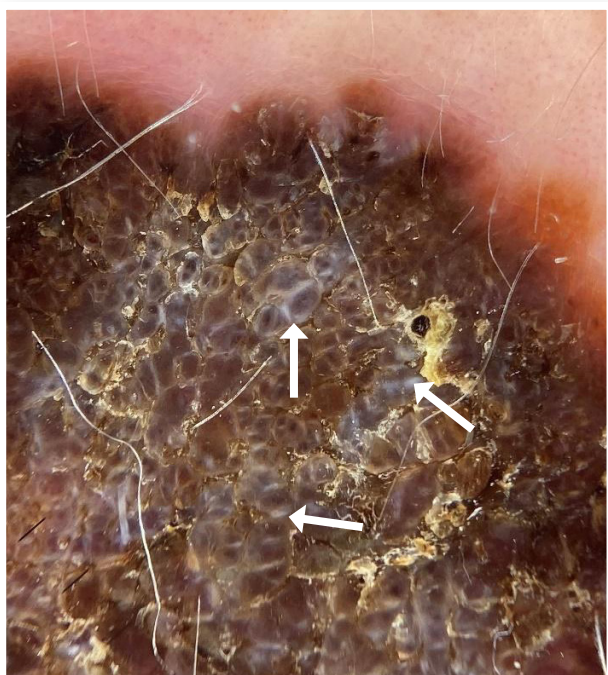


Polimorficzne naczynia krwionośne

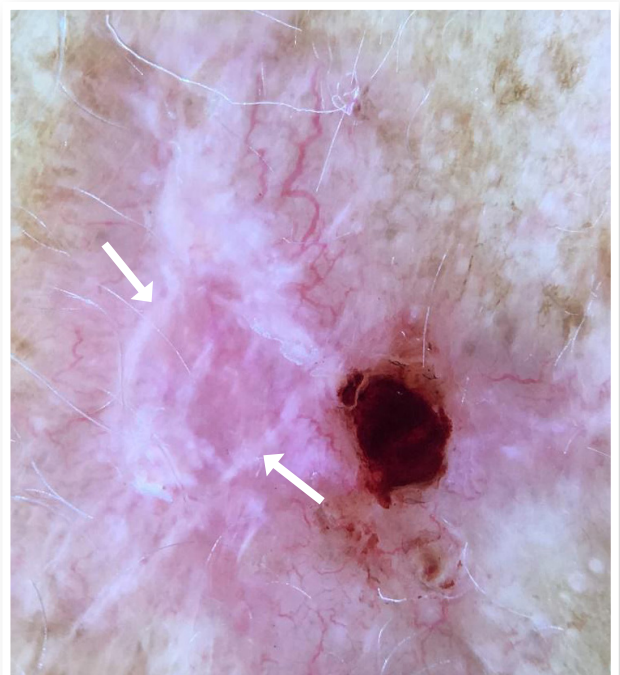


Polimorficzne naczynia krwionośne

Białe linie



Białe linie (MM)



Białe linie (BCC)

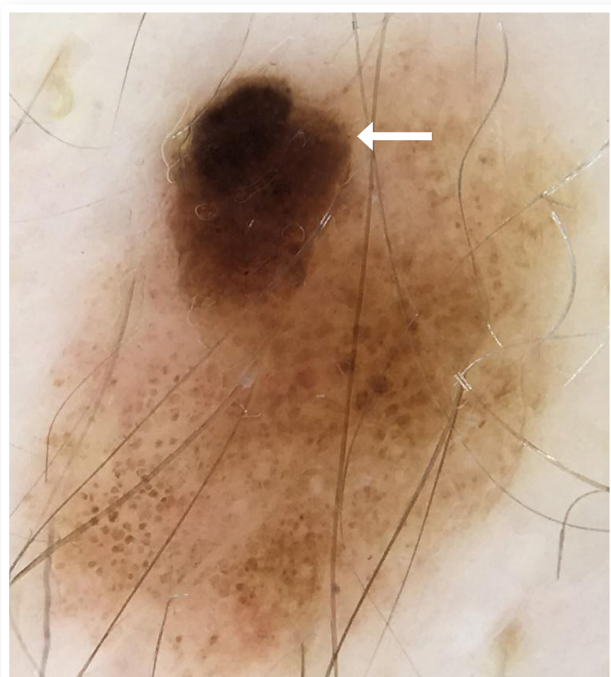
Wzory złośliwości

Siatka odwrócona



Siatka odwrócona

Obwodowy obszar bezstrukturalny



Obwodowy obszar bezstrukturalny



Obwodowy obszar bezstrukturalny

3. Postępowanie z pacjentem

Identyfikacja grup ryzyka – kogo i jak często badać?

RYZIKO WYSTĄPIENIA CZERNIAKA	ZALECANE POSTĘPOWANIE	CZĘSTOTLIWOŚĆ
Niskie, przeciętne ryzyko: 1. dzieci; 2. osoby o średnim-ciemnym fototypie skóry, bez innych czynników ryzyka.	1. Informacja o fotoprotekcji i konieczności konsultacji w przypadku niepokojących objawów.	Oportunistycznie
Zwiększone ryzyko (ok. 2-3 x RR*): 1. osoby dorosłe: <ul style="list-style-type: none">• z historią występowania czerniaka w rodzinie (krewni I stopnia);• o jasnym fototypie skóry, łatwo ulegające oparzeniom słonecznym, z piegami, włosami rudymi lub blond;• z cechami fotouszkodzenia skóry, po licznych oparzeniach słonecznych, szczególnie w okresie dzieciństwa;• po usunięciu innych nowotworów skóry;• z immunosupresją (po transplantacjach, z nowotworami hematologicznymi).	1. Informacja o fotoprotekcji i konieczności konsultacji w przypadku niepokojących objawów. 2. Kontrola dermatologiczna, w miarę możliwości z badaniem dermatoskopowym i ewentualnie dodatkowo cyfrowym monitorowaniem znamion (wideodermatoskopia) w przypadku pacjentów z dużą liczbą znamion (> 40).	Oportunistycznie Raz na 12 miesięcy
Wysokie ryzyko (6-10 x RR*): 1. osoby, u których wcześniej zdiagnozowano czerniaka; 2. osoby z zespołem znamion dysplastycznych (> 5 znamion dysplastycznych); 3. osoby z bardzo licznymi znamionami (> 100); 4. osoby ze znaną mutacją CDKN2A (współwystępowanie m.in. czerniaka, raka trzustki).	1. Informacja o fotoprotekcji i konieczności konsultacji w przypadku niepokojących objawów. 2. Informacja o konieczności regularnego, samodzielnego badania skóry. 3. Kontrola dermatologiczna z badaniem dermatoskopowym, a w przypadku pacjentów z zespołem znamion dysplastycznych i bardzo licznymi znamionami – ewentualnie z cyfrowym monitorowaniem znamion (wideodermatoskopia).	Raz na 6-12 miesięcy Częstość kontroli u pacjentów po rozpoznaniu czerniaka zgodnie z wytycznymi na stronie 12.

*RR – Relatywne Ryzyko

Postępowanie u dzieci

U dzieci, szczególnie przed okresem dojrzewania, czerniak występuje bardzo rzadko. Tym samym, **zgodnie z wytycznymi grup eksperckich, nie istnieją wskazania do regularnych kontroli dermatologicznych u wszystkich dzieci w ramach wczesnego wykrywania czerniaka.** Konsultacje dermatologiczne u dzieci powinny odbywać się w przypadku zaobserwowania niepokojącej zmiany skórnej.

Kontroli dermatologicznych przed okresem dojrzewania wymagają dzieci z dużymi/olbrzymimi znamionami wrodzonymi. Takich pacjentów należy kierować do ośrodków referencyjnych, a dodatkowo, dzieci w okresie noworodkowym/niemowlęcym – do poradni neurologicznej.



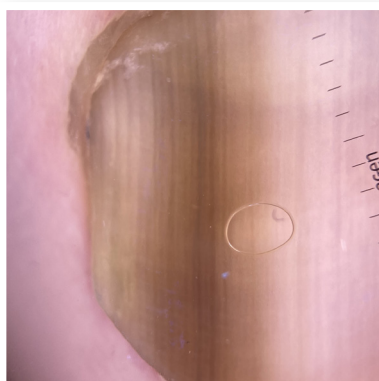
U dzieci, oprócz klasycznych kryteriów ABCDE, zastosowanie mają również zmodyfikowane kryteria kliniczne ABCD (*Amelanotic, Bleeding, Color uniformity, De novo, any Diameter*).

Postępowanie z pacjentem – dermatolog czy chirurg / chirurg onkolog?

Do konsultacji dermatologicznej należy pokierować pacjentów:



ze zmianami płaskimi, w postaci plam barwnikowych, szczególnie na skórze twarzy;



ze zmianami aparatu paznokciowego: prążki barwnikowe;



z licznymi znamionami.

Pozostałych chorych z podejrzanymi zmianami skórnymi, takimi jak przedstawione wcześniej, należy skierować do konsultacji w poradni chirurgii onkologicznej.

U pacjentów z licznymi znamionami, pojedynczymi wątpliwymi zmianami, ale w postaci płaskich plam barwnikowych – wskazana jest w pierwszej kolejności konsultacja dermatologiczna, najlepiej także w ośrodku zajmującym się diagnostyką zmian barwnikowych (lista ośrodków dostępna m.in. na stronie internetowej **Akademii Czerniaka** w zakładce „**Leczenie – lista ośrodków**”).



Aktualna lista ośrodków leczących czerniaka w Polsce

W przypadku konieczności skierowania pacjenta do specjalistów (dermatologa lub chirurga / chirurga onkologa) należy: **wystawić skierowanie do odpowiedniej poradni w trybie pilnym, a także najlepiej wystawić kartę DILO** (szczególnie w przypadku podejrzenia czerniaka guzkowego lub nowotworu miejscowo zaawansowanego – zmiana owrzodziała, krwawiąca) z kodem D48.5 oraz **zalecić pacjentowi zgłoszenie się do koordynatora DILO lub rejestracji ośrodka specjalizującego się w leczeniu nowotworów skóry** (ośrodki typu Skin Cancer Unit lub ośrodki onkologiczne).

Do pilnej biopsji wycinającej (w poradni chirurgii onkologicznej) należy pokierować pacjentów:



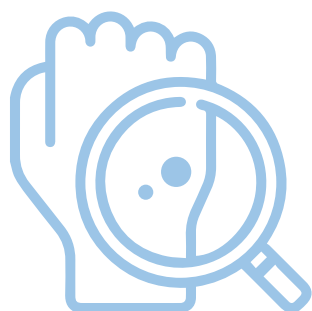
z wątpliwymi guzkami (*EFG – Elevated, Firm, Growing*) – podejrzenie czerniaka guzkowego;



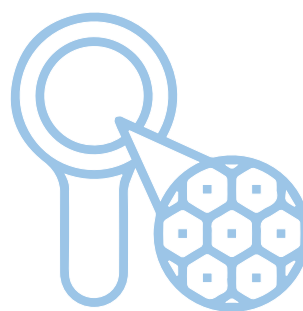
zmianami owrzodziałymi, krwawiącymi.

4. Obserwacja i postępowanie po leczeniu

W przypadku chorych, którzy byli leczeni na czerniaka lub inny nowotwór złośliwy skóry, należy pamiętać, że:



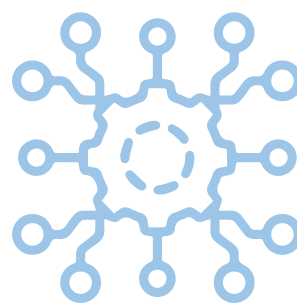
Największe ryzyko nawrotu czerniaka występuje w ciągu pierwszych 3 lat po leczeniu, może jednak nastąpić nawet po upływie ponad 10 lat. Konieczne jest **przypominanie takim pacjentom o dożywotnim prowadzeniu kontroli skóry!**



Ryzyko rozwoju drugiego niezależnego ogniska czerniaka lub innego nowotworu skóry wynosi ponad 10%, dlatego **co 6-12 miesięcy pacjent powinien zostać pokierowany na badanie dermatoskopowe.**



Okolo 1/3 wszystkich nawrotów czerniaka pojawia się na skórze w sąsiedztwie blizny po poprzednim zachorowaniu i zwykle jest widoczna „gołym okiem” lub wyczuwalna przez pacjenta. Niezbędne jest **uważne sprawdzanie okolicy blizny oraz dopytanie pacjenta, czy sam czegoś nie zauważył.**



Okolo 1/3 wszystkich nawrotów pojawia się w sąsiadujących z blizną węzłach chłonnych (np. pod pachą lub w pachwinie) – **często można je wyczuć palcami lub uwidocznic w badaniu USG. Dlatego zaleca się, by skierować pacjenta na USG regionalnych węzłów chłonnych** według (uproszczonego) schematu zamieszczonego na kolejnej stronie.

RODZAJ CZERNIAKA PO NAWROCIE	ZALECENIA DOTYCZĄCE KONTROLI CHOROBY
<p>Cienkie czerniaki (tj. < 1 mm grubości w skali Breslowa) po wycięciu ogniska pierwotnego bez przerzutów do węzłów chłonnych.</p>	<p>Kontrole co 6-12 miesięcy przez pierwsze 5 lat, następnie nie częściej niż raz w roku (kontrolę można prowadzić poza ośrodkiem specjalistycznym).</p>
<p>Grubsze czerniaki (tj. ≥ 1 mm grubości w skali Breslowa) po wycięciu ogniska pierwotnego bez przerzutów do węzłów chłonnych.</p>	<p>Kontrole co 3-6 miesięcy przez pierwsze 2-3 lata, następnie co 6-12 miesięcy do 5 lat i raz w roku po upływie 5 lat.</p>
<p>Czerniaki (niezależnie od grubości w skali Breslowa) z przerzutami do węzłów chłonnych lub odległymi po leczeniu.</p>	<p>Kontrole w ośrodku specjalistycznym zajmującym się leczeniem nowotworów skóry.</p>

**Pacjentów, którzy w przeszłości chorowali na czerniaka,
należy poinformować o:**



konieczności
stosowania zasad
fotoprotekcji
skóry;



możliwości większego
ryzyka zachorowania
na czerniaka **u ich bliskich**
krewnych (rodzice, dorosłe
dzieci, rodzeństwo);



braku wskazań
do **badania**
genetycznych.

5. Zalecenia ogólne - fotoprotekcja



Ochrona przeciwsłoneczna powinna być szczególnie przestrzegana w przypadku dzieci poniżej 10. roku życia.

Należy poinformować pacjentów, że wystarczająca, dzienna dawka witaminy D3 jest możliwa do uzyskania w naszej szerokości geograficznej, w okresie letnim, **przy ekspozycji skóry twarzy, dłoni i przedramion na działanie promieni słonecznych, przez 5-15 minut, 2-3 razy w tygodniu.**

Zaleca się suplementację witaminy D3 u pacjentów, zgodnie z najnowszymi rekomendacjami.

Wszystkim pacjentom należy zalecać ochronę przeciwsłoneczną skóry, której zasady obejmują:



Unikanie ekspozycji na promieniowanie słoneczne, szczególnie w okresie wiosenno-letnim, w godzinach od 11:00 do 16.00 – wskazane jest przebywanie w cieniu.



Noszenie odzieży zakrywającej ramiona, nakryć głowy zasłaniających kark i uszy, okularów przeciwsłonecznych z filtrem UV.



Bezwzględne unikanie korzystania z solarium.



**min.
30**

Stosowanie kremów z filtrem SPF minimum 30.

Kosmetyk powinien zostać nałożony w odpowiedniej ilości (w przypadku osoby dorosłej objętość nakładana na skórę całego ciała powinna odpowiadać około 7 łyżeczkom), aplikację należy powtarzać co około 2 godziny, po kąpieli czy przy intensywnym poceniu.

Bibliografia

Materiał opracowano na podstawie:

1. Jassem J. i wsp. *Badania kontrolne po leczeniu najczęstszych nowotworów litych u dorosłych: zalecenia panelu ekspertów*. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory 2022;7(6):440-465
2. Wójtowicz E. i wsp. *Strategies for Enhancing Melanoma Detection in Clinical Practice and Improving Patient Outcomes*. Family Medicine & Primary Care Review. IN PRESS
3. Russo T. i wsp. *Indications for Digital Monitoring of Patients With Multiple Nevi: Recommendations from the International Dermoscopy Society*. Dermatol Pract Concept. 2022 Oct 1;12(4):e2022182

Notatki

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Akademia Czerniaka

Sekcja naukowa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, powstała z potrzeby edukacji i budowania świadomości społecznej w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki i leczenia czerniaków.



Masz czerniaka sprawdź gdzie się leczyć

Kampania prowadzona przez Akademię Czerniaka, wspierająca ośrodki lecznicze, które dysponują pełnym portfolio leków oraz zespołem doświadczonych lekarzy różnych specjalizacji niezbędnych do podjęcia optymalnej, najlepszej ścieżki leczenia pacjenta z czerniakiem.

Wzrost liczby zachorowań

Liczba zachorowań na czerniaki stale i dynamicznie rośnie, a współczynnik zachorowalności w ciągu trzech dekad wzrósł prawie 3-krotnie. Należy pamiętać, iż zaawansowany czerniak jest bardzo agresywnym nowotworem, który szybko się rozwija i daje odległe przerzuty. Po pewnym czasie, u części leczonych pacjentów dochodzi do nawrotu lub oporności na leczenie i konieczne są zmiany w strategii terapeutycznej.

Wiedza i profilaktyka

Akademia Czerniaka uczestniczy w prowadzeniu cykli konferencji dla lekarzy specjalizacji zaangażowanych w leczenie chorych na nowotwory skóry, poświęconych m.in. roli dermatologów w leczeniu czerniaków. Edukacja skierowana jest także do przedstawicieli zawodów niemedycznych, mających w swojej pracy kontakt ze skórą pacjenta. Każdego roku w maju organizowany jest Tydzień Świadomości Czerniaka, którego głównym celem jest edukacja społeczeństwa w obszarze profilaktyki oraz wczesnego wykrywania tego nowotworu. Budowanie świadomości w zakresie konieczności regularnego badania znamion prowadzone jest za pośrednictwem licznych akcji oferujących bezpłatną dermatoskopię.

Akademia Czerniaka działa pod patronatem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej oraz Polskiego Towarzystwa Patologów. Więcej informacji o aktywnościach Akademii znaleźć można na stronie:

www.akademiaczerniaka.org.



Polskie Towarzystwo
Chirurgii Onkologicznej

Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej (PTChO)

Powstało jako odpowiedź na dynamicznie rosnącą liczbę chorych na nowotwory oraz wzrost liczby interwencji chirurgicznych w zakresie onkologii. PTChO aktywnie działa w obszarze edukacji. Swoją ofertę szkoleń, wydarzeń naukowych czy stypendiów kieruje zarówno do lekarzy rozpoczynających pracę zawodową, jak i do specjalistów. Wspólne działania PTChO oraz konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii onkologicznej koncentrują się m.in. na określeniu standardów postępowania w zakresie opieki onkologicznej. PTChO wydaje zalecenia dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w leczeniu wielu nowotworów. Stosowanie zaleceń jest gwarancją najwyższej jakości opieki medycznej nad pacjentem oraz optymalizacji efektów leczenia. Więcej informacji znaleźć można na stronie: www.ptcho.pl.



Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR)

Stanowi platformę wymiany doświadczeń i informacji na temat medycyny rodzinnej. Misja Towarzystwa uwzględnia także upowszechnianie najnowszych osiągnięć naukowych w zakresie szeroko rozumianej medycyny rodzinnej oraz służyć jako płaszczyzna współpracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej ze specjalistami różnych dyscyplin medycznych. Główne aktywności opierają się na edukacji lekarzy rodzinnych i POZ w różnych formach ustawicznego kształcenia, działalności wydawniczej, a także na opracowywaniu rekomendacji i zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. Przedstawiciele PTMR uczestniczą w pracach zespołów powoływanych przez Ministra Zdrowia, zespołu akredytacyjnego dla placówek POZ czy Państwowej Komisji Egzaminacyjnej. Działalność Towarzystwa obejmuje też współpracę z innymi towarzystwami i organizacjami, działającymi na rzecz rozwoju medycyny rodzinnej, podstawowej opieki zdrowotnej oraz kształcenia profesjonalnych kadr medycznych. Więcej informacji jest dostępnych na stronie: www.ptmr.info.pl.

Autorzy:

Dr hab. n. med. Wojciech M. Wysocki, prof. KAIAFM

Oddział Chirurgii Onkologicznej,
Centrum Leczenia Nowotworów Skóry i Czerniaka,
5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie,
Kierownik Katedry Chirurgii WLiNoZ KAIAFM,
Redaktor Naczelny pisma Nowotwory Journal of Oncology

Dr n. med. Elżbieta Wójtowicz

Centrum Leczenia Nowotworów Skóry i Czerniaka
5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie



Konsultacja:

Lek. med. Justyna Ledwoch

Przewodnicząca Sekcji Rekomendacji i Wytucznych
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Dr n. med. Mateusz Babicki

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

Prof. dr hab. med. Piotr Rutkowski

Kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków,
Pełnomocnik Dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych,
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie,
Przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej,
Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego,
Przewodniczący Rady Agencji Badań Medycznych,
Przewodniczący Rady Naukowej Akademii Czerniaka

Dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,
Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Witold Owczarek

Kierownik Kliniki Dermatologicznej Wojskowego Instytutu Medycznego
– Państwowego Instytutu Medycznego w Warszawie,
Przewodniczący Sekcji Dermatologii Onkologicznej
Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego,
Konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii

Zdjęcia znamion wykorzystane w materiale pochodzą z zasobów własnych
dr n. med. Elżbiety Wójtowicz oraz Akademii Czerniaka.

Pozostałe zdjęcia i ilustracje: iStock.com/kudryavtsev, iStock.com/Nadezhda1906, Freepik

