

Podejrzane zmiany skórne w obserwacji ginekologa i położnika. Czerniak

Ginekolog położnik podczas badania fizykalnego często obserwuje zmiany skórne nie tylko w okolicy krocza, podbrzusza czy na skórze ud. Większość ze wspomnianych zmian nie ma cech wskazujących na ich złośliwy charakter – pacjentka zna je od wielu lat. Jednak czasem pojawiają się nowe zmiany, które mogą w krótkim czasie zezłośliwieć.

W opisanej sytuacji lepiej, aby zmiany zostały wycięte przez chirurga onkologa z zachowaniem marginesu bezpieczeństwa – zarówno w kwestii średnicy zmiany, jak i jej głębokości, oraz skierowane na badanie histopatologiczne pozwalające stwierdzić usunięcie w całości podejrzanej zmiany [1].

Oglądając skórę podczas badania, warto zapytać, od kiedy jest obserwowana każda zmiana koloru czy wielkości oraz pojawianie się nowych nieprawidłowych punktów/znamion/przebarwień.

Rewelatory zmian nowotworowych oraz nowotwory skóry

Czasem obserwuje się rewelatory zmian nowotworowych, czyli zmiany skórne towarzyszące nowotworom narządów wewnętrznych. Mogą mieć one postać rozszanych brodawek łojotokowych lub występować jako rogowacenie ciemne. Rozsiane brodawki łojotokowe (płasko-wyniosłe wykwity o nierównej powierzchni i wyraźnym odgraniczeniu od skóry

zdrowej oraz różnym odcieniu koloru brązowego) często towarzyszą nowotworom przewodu pokarmowego, jak rak żołądka czy jelita grubego. Pojawiają się zwykle u osób powyżej 40. roku życia.

Rogowacenie ciemne to najczęstsza dermatozą towarzysząca nowotworom (przewodu pokarmowego, ale również narządu rodowego oraz piersi) lub je poprzedzająca. Obraz kliniczny ma charakter ciemnobrunatnych lub czarnych rozrostów brodawkowatych z zaznaczonym poletkowaniem skóry. Najczęściej pojawiają się w okolicy karku, szyi, pach oraz błon śluzowych. Czasem zmianom towarzyszy świąd [1, 2].

Rak skóry należy do nowotworów najczęściej występujących u ludzi rasy białej. W Polsce nowotwory skóry stanowią ok. 10% wszystkich nowotworów złośliwych. Jego występowanie związane jest z narażeniem skóry na nadmierne nasłonecznienie, szczególnie u osób o jasnej karnacji. Pojawia się głównie na odsłoniętych częściach ciała, szczególnie na skórze twarzy [3].

Czerniak jest nowotworem powstającym z melanocytów naskórka lub znamion, które uległy przemianie nowotworowej. Obserwowanie znamion, szczególnie powiększających się, tworzenie małych zmian satelitarnych wokół miejsca o bardzo ciemnym czy wręcz czarnym zabarwieniu powinno być prowadzone pod kontrolą onkologa. Oczywiście najlepiej jest takie podejrzane znamiona usuwać, zanim pojawią się niepokojące cechy (średnica powyżej 6 mm, niejednorodne zabarwienie, nierówne brzegi, wyniosłość ponad powierzchnię skóry czy drobne guzki lub plamki satelitarne) [3, 4].

Wystąpienie kilku takich cech może świadczyć o wysokim ryzyku transformacji nowotworowej we wczesnej fazie rozwoju.

Opisy przypadków

Ciężarna, lat 26, zgłosiła się do poradni na kolejną wizytę w 26. tygodniu ciąży pierwszej. Podczas badania zauważono na grzbietowej części uda prawego ok. 30 cm poniżej pachwiny zmianę o niejednorodnej brązowej barwie, o średnicy 1 cm, wypukłą, swędzącą. Zmiana pojawiła się przed kilkoma miesiącami. Zlecono konsultację i usunięcie przez chirurga onkologa. Niestety, po wycięciu zmiana okazała się złośliwa. Pacjentka urodziła zdrowe dziecko, jednak 2 miesiące po porodzie zmarła z powodu uogólnienia się nowotworu.

Zwykle podczas badania ginekologicznego pacjentki same nie zgłaszają obecności zmian na skórze, a te, które obserwują, wolą traktować jako niegroźne znamiona. Wtedy lekarz może zwrócić uwagę na podejrzane cechy zmian i zapytać, kiedy się pojawiły. Taki fakt należy też odnotować w dokumentacji medycznej w celu późniejszej kontroli postępowania diagnostyczno-leczniczego.

Podczas rutynowego badania ginekologicznego 35-letniej kobiety lekarz zauważył czarną kropkę na pięcie kończyny dolnej prawej. Po doszczętnym wycięciu zmiany wynik histopatologiczny potwierdził obecność czerniaka złośliwego. Zwrócenie uwagi na korzyści płynące z usunięcia podejrzanej zmiany w porównaniu z pozostawieniem jej i obserwacją pozwala zapobiegać ewentualnej progresji nowotworu w przyszłości.

Wnioski

Czerniak złośliwy jest główną przyczyną zgonów spowodowanych nowotworami skóry [1, 3]. W jego epidemiologii podkreśla się 5–10-procentowe ryzyko genetyczne. Jednak wydaje się, że najważniejszą rolę odgrywają czynniki środowiskowe. Szczególnie niebezpieczne jest występowanie poparzeń słonecznych we wczesnym okresie dziecięcym. Dlatego nadmierne nasłonecznienie uważane jest za istotny czynnik środowiskowy powstawania zmian na skórze, które jako znamiona melanocytowe (szczególnie jeśli występują licznie) stanowią duże zagrożenie transformacji w kierunku czerniaka.

Specjaliści ze *Scottish Melanoma Group* wytypowali siedem cech klinicznych przemian znamion. Wystąpienie trzech z nich może świadczyć o dużym ryzyku rozwoju czerniaka. Są to:

- 1) średnica powyżej 1 cm,
- 2) świąd w obrębie zmiany,
- 3) nieregularny przebieg granicy,
- 4) szybkie powiększanie się średnicy,
- 5) odczyn zapalny otaczający zmianę,
- 6) krwawienie lub strup w obrębie niegojącej się zmiany,
- 7) nierównomierne zabarwienie.

Tylko w niewielkim odsetku czerniak rozwinie się bez poprzedzającej go zmiany – znamienia.

Szerzenie czerniaka następuje poprzez bezpośrednie naciekanie otaczającej tkanki oraz drogi chłonne i naczynia krwio-

nośne. Konsultacja (chirurga onkologa czy dermatologa) z użyciem dermatoskopu pozwala wskazać znamiona szczególnie narażone na drażnienie lub wykazujące cechy zmian o podłożu melanocytowym jako te do usunięcia. Czas poświęcony na wycięcie podejrzanej zmiany jest niewspółmiernie krótki w porównaniu z komfortem zdrowia w dalszym życiu. Wynik histopatologiczny jest dodatkowym uzasadnieniem słuszności decyzji o doszczętnym usunięciu podejrzanych znamion przez chirurga onkologa. W polu widzenia ginekologa-położnika często są obserwowane zmiany na skórze badanych kobiet – czy to podczas badania ginekologicznego, czy badania piersi. Warto zwracać na nie uwagę pacjentkom i zalecać usunięcie tych narażonych na drażnienie przez bieliznę czy mających cechy mogące sugerować wczesną aktywność transformacji nowotworowej [5–7].

Piśmiennictwo

1. Krajewska E. Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006; 95-99.
2. Murad A, Hayes B, Gladstone R. Dermatologia kosmetyczna. Urban & Partner, Wrocław 2009; 131-133.
3. Błaszczyk-Kostanecka M, Wolska H. Dermatologia w praktyce. Wydawnictwa Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 254-271.
4. Habif TP. Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy. 4th ed. Mosby, St. Louis 2006.
5. Kumar V, Cortan RS, Robbins SL. Patologia. Urban & Partner, Wrocław 2005.
6. Vivier A. Atlas dermatologii klinicznej. Urban & Partner, Wrocław 2003.
7. Kasparian NA, McLoone JK, Meiser B, Butow PN, Simpson JM, Mann GJ. Skin cancer screening behaviours among individuals with a strong family history of malignant melanoma. Br J Cancer 2010; 103 (10): 1502-1509.
8. Matthey-Giè ML, Boubaker A, Letovanec I, Demartines N, Matter M. Sentinel lymph node biopsy in nonmelanoma skin cancer patients. J Skin Cancer 2013; 2013: 267-474.
9. Ferrara G, Argenyi Z, Argenziano G, Cerio R, Cerroni L, Di Blasi A, Feudale EA, Giorgio CM, Massone C, Nappi O, Tomasini C, Urso C, Zalaudek I, Kittler H, Soyer HP. The influence of clinical information in the histopathologic diagnosis of melanocytic skin neoplasms. PLoS ONE 2009; 4 (4): e5375.
10. Gillespie HS, Watson T, Emery JD, Lee AJ, Murchie P. A questionnaire to measure melanoma risk, knowledge and protective behaviour: assessing content validity in a convenience sample of Scots and Australians. BMC Med Res Methodol 2011; 11: 123.
11. Greenwald HS, Friedman EB, Osman I. Superficial spreading and nodular melanoma are distinct biological entities: a challenge to the linear progression model. Melanoma Res 2012; 22 (1): 1-8.

**dr n. med. Tadeusz Oleszczuk, dr n. med. Beata Kowalewska,
lek. med. spec. onkologii klinicznej Małgorzata Wagner-Oleszczuk**