dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 16
proLékaře.cz | 13.11.2026

Čes.-slov. Derm. 82, 2007, No. 1, p. 16–25

Retrospektivní analýza souboru pacientů s diagnózou spinocelulárního karcinomu vyšetřených, léčených a sledovaných na kožním oddělení Nemocnice Břeclav v letech 1994–2004

Raus M.

Kožní oddělení Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace
Primářka MUDr. T. Hotařová

Souhrn

Retrospektivní analýza souboru pacientů s diagnózou spinocelulárního karcinomu vyšetřených, léčených a sledovaných na kožním oddělení Nemocnice Břeclav v letech 1994–2004

Cílem práce byl rozbor souboru pacientů s diagnózou spinocelulárního karcinomu. Soubor zahrnuje pacienty vyšetřené na kožním oddělení Nemocnice Břeclav v letech 1994–2004. Jde o retrospektivní analýzu, která vychází z dokumentace zařazených pacientů. Analýza se zaměřuje na pohlaví, věk při stanovení diagnózy, výskyt spinocelulárního karcinomu v jednotlivých letech. Hodnoceny byly lokalizace primárního ložiska, histopatologická klasifikace, velikost tumorů, způsob terapie tumorů, vznik a terapie recidivy tumorů, vznik metastázy, povolání pacientů.

Klíčová slova: **spinocelulární karcinom – epidemiologie – terapie**

Summary

Retrospective Analysis of Patients with Squamous Cell Carcinoma Examined, Treated and Followed-up at the Dermatological Department of The Hospital in Břeclav in the Years 1994–2004

Study aims to analyze study group of patients with squamous cell carcinoma examined at the dermatological department of The Hospital in Břeclav in the years 1994–2004. This retrospective analysis is based on patients' documentation and focuses on sex, age in the time of diagnosis, incidence of squamous cell carcinomas in particular years. Localization of primary lesion, histopathological classification, tumor size, therapeutic modality, recurrences and their therapy, metastasation and patient' occupation were analyzed.

Key words: **squamous cell carcinoma – epidemiology – therapy**

ÚVOD

Spinocelulární karcinom je epitelový maligní nádor vycházející z keratinocytů, s lokálním destruktivním růstem. Metastazuje převážně lymfatickou cestou. Vyskytuje se zejména na kůži vystavené slunečnímu záření. Incidence spinocelulárního karcinomu v posledních letech vzrůstá. Významnou roli v časném záchytu nemoci hraje dobře fungující zdravotní výchova laiků i zdravotnické veřejnosti. Terapie závisí na typu nádoru, velikosti, lokalizaci, ohraničení, histopatologickém typu, na věku pacienta, celkovém zdravotním stavu pacienta, na zkušenostech lékaře, možnostech pracoviště. Důležitou roli hraje i prevence, zvláště u osob pracujících v exteriéru, a dispenzární sledování pacientů, kteří již byli pro spinocelulární karcinom léčeni.

Vzhledem k publikovaným zjištěním o stoupajícím výskytu kožních tumorů jsme provedli epidemiologické šetření a rozbor klinických charakteristik spinocelulárních karcinomů v souboru pacientů, kteří byli vyšetřeni na našem oddělení v letech 1994 až. 2004.

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 17
proLékaře.cz | 13.11.2026

MATERIÁL A METODIKA

Do souboru byli zařazeni všichni pacienti, kteří byli vyšetřeni na kožním oddělení Nemocnice Břeclav mezi 1. lednem 1994 až 31. prosincem 2004 a u kterých byl diagnostikován spinocelulární karcinom. U všech pacientů byla diagnóza stanovena histologicky. Pacienti byli po léčení spinocelulárního karcinomu dále sledováni. Sledování probíhalo v pravidelných intervalech v závislosti na stavu pacienta, v prvním roce po výkonu každé 3 měsíce, dále po 6–12 měsících. Při komplikacích se intervaly upravovaly. Při klinickém vyšetření se hodnotila jizva, regionální lymfatické uzliny. Důraz se kladl na aspekci celého kožního povrchu se zaměřením na ložiskové změny.

Sledované parametry v souboru: zastoupení mužů a žen, věk, ve kterém byla diagnóza stanovena, výskyt spinocelulárního karcinomu v jednotlivých letech, lokalizace primárního ložiska, četnost tumorů u jednotlivce, velikost spinocelulárního karcinomu, histopatologická klasifikace spinocelulárního karcinomu, způsob terapie, vznik recidivy, způsob terapie recidivy, vznik metastázy, koincidence s jiným kožním nádorem, povolání pacientů.

VÝSLEDKY

Retrospektivně byla sledována skupina 125 pacientů. Z toho je 61 (48,8 %) žen a 64 (51,2 %) mužů (tab.1, obr. 1). Celkem bylo diagnostikováno 161 spinocelulárních karcinomů, z toho 70 (43,5 %) u žen a 91 (56,5 %) u mužů (tab. 2). V průběhu sledování zemřelo 27 pacientů, žádný pacient nezemřel na sledovanou diagnózu.

Výskyt spinocelulárního karcinomu v jednotlivých letech 1994–2004 ukazuje tab. 3 a obr. 2a, b. Počty nově diagnostikovaných spinocelulárních karcinomů se v našem souboru postupně zvyšují, nárůst počtu je patrný po roce 2000.

Průměrný věk pacientů v době stanovení diagnózy byl 75,05 roků s rozptylem 46–93 let, průměrný věk u žen v době stanovení diagnózy byl 75,70 let s rozptylem 46–93 let, průměrný věk mužů v době stanovení diagnózy byl 74,55 let s rozptylem 51–90 let. Nejvyšší výskyt spinocelulárního karcinomu byl u žen u skupiny 80–89letých, u mužů u skupiny 70–79letých. V souboru dochází k vyšší frekvenci vzniku spinocelulárního karcinomu po 60. roce života, vyšší výskyt trvá do konce 8. dekády života (tab. 4, obr. 3a, b).

Pozn. 25 pacientů mělo více než 1 spinaliom, z toho 16 pacientů mělo více než 1 spinaliom v různém věku.

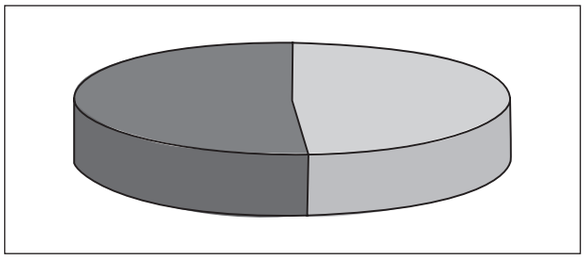
Na naše pracoviště byli pacienti odesláni v 43 případech praktickým lékařem, ve 35 případech se dostavili

Tab. 1. Soubor pacientů

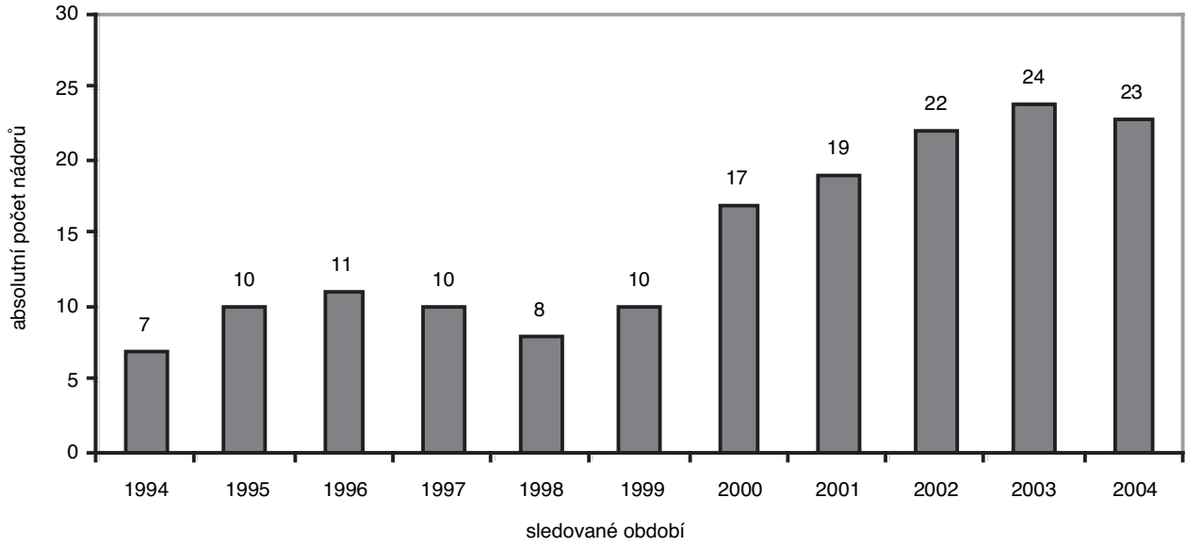
Celkem pacientů	**125**
Ženy	61
Muži	64

Tab. 2. Počet tumorů celkem

Celkem spinaliomů	**161**
Ženy	70
Muži	91

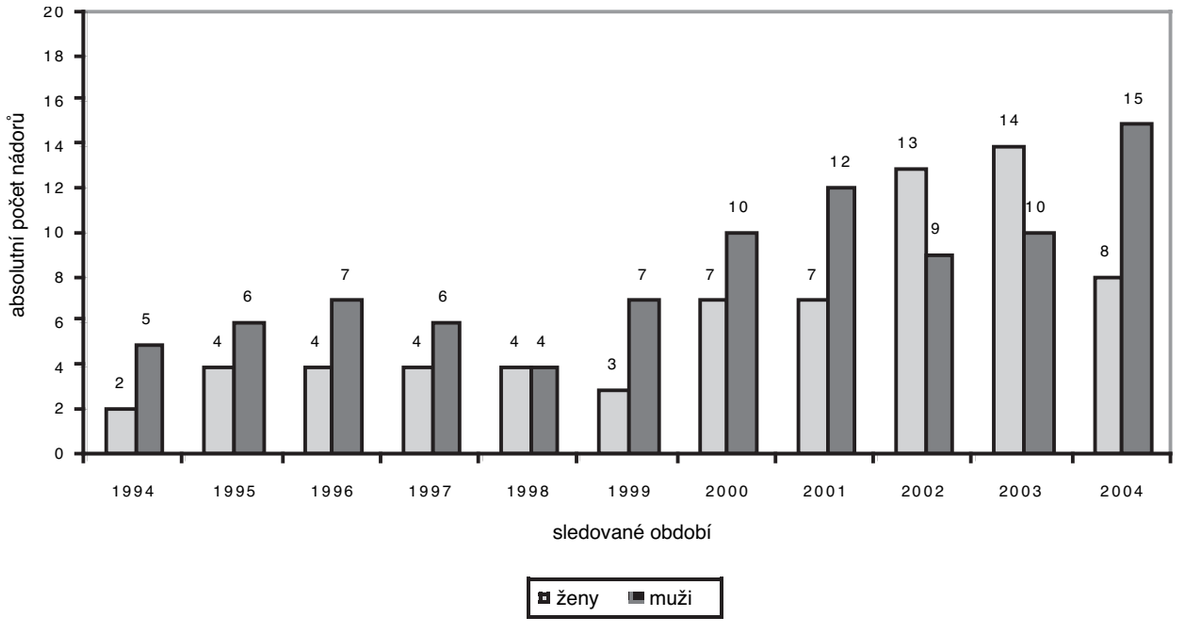


Obr. 1. Rozdělení pacientů podle pohlaví.



Obr. 2a. Vývoj počtu nádorů ve sledovaném období – celkem.

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 18
proLékaře.cz | 13.11.2026



Obr. 2b. Vývoj počtu nádorů ve sledovaném období – ženy a muži.

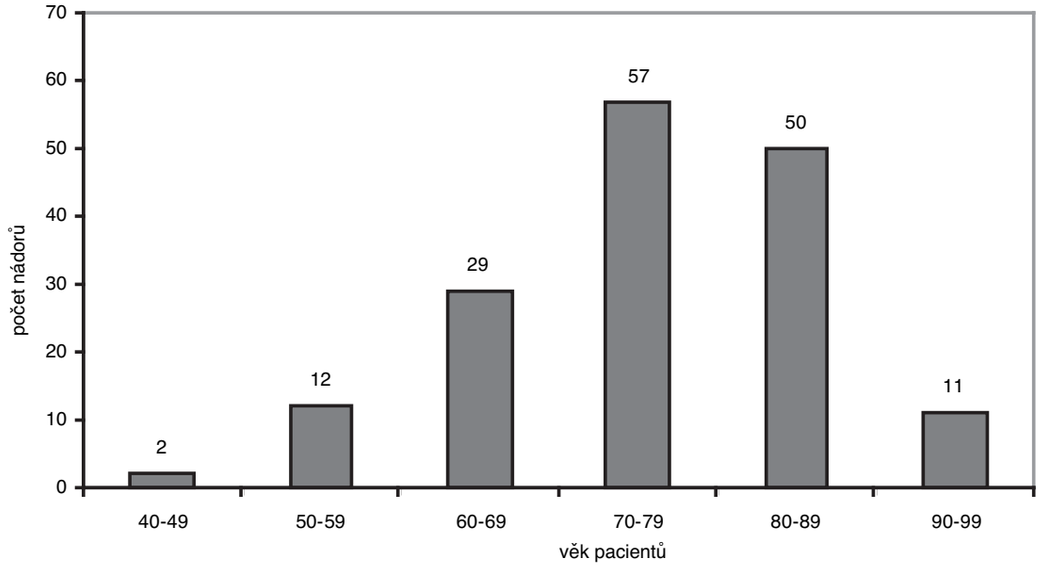
Tab. 3. Počet diagnostikovaných spinocelulárních karcinomů v jednotlivých letech sledovaného období (1994–2004)

Rok	Počet spinaliomů celkem	Ženy	Muži
1994	7	2	5
1995	10	4	6
1996	11	4	7
1997	10	4	6
1998	8	4	4
1999	10	3	7
2000	17	7	10
2001	19	7	12
2002	22	13	9
2003	24	14	10
2004	23	8	15

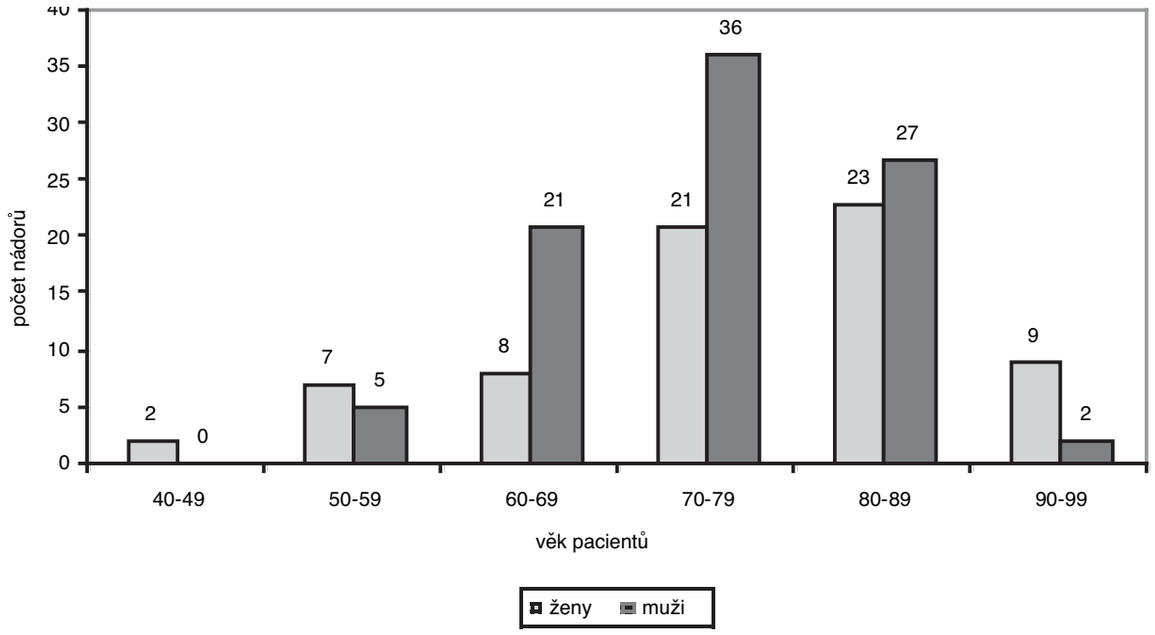
Tab. 4. Rozložení tumorů podle věku pacientů, kdy byla stanovena diagnóza

Věk při stanovení diagnózy	Počet spinaliomů celkem	Počet spinaliomů u žen	Počet spinaliomů u mužů
40–49	2	2	0
50–59	12	7	5
60–69	29	8	21
70–79	57	21	36
80–89	50	23	27
90–99	11	9	2

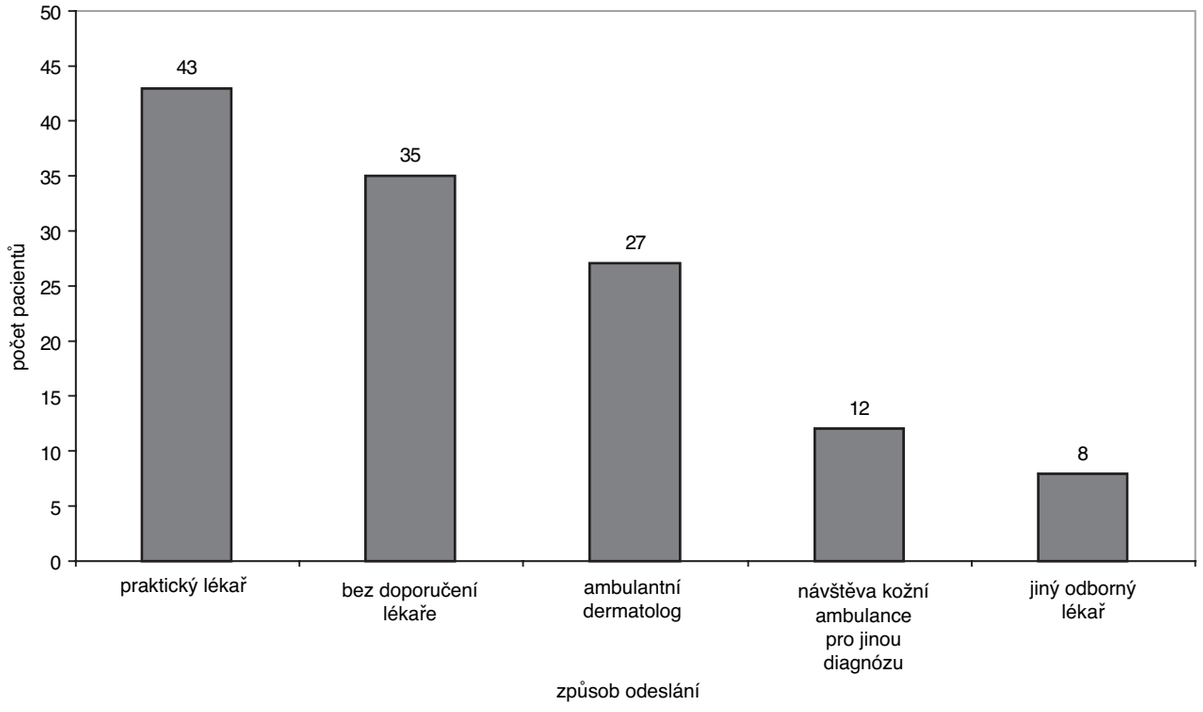
Obr. 3a. Počet nádorů podle věku v době diagnostiky nádorů – celkem.



dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 19
proLékaře.cz | 13.11.2026



Obr. 3b. Počet nádorů podle věku v době diagnostiky nádorů – ženy a muži.



Obr. 4. Doporučení k vyšetření.

sami, v 27 případech byli odesláni ambulantním dermatologem z jiného pracoviště, v 12 případech se pacienti dostavili pro jinou diagnózu, v 8 případech byla návštěva v naší ambulanci doporučena jiným odborným lékařem (ORL, oční, chirurgie) (obr. 4).

Doba trvání: Nejkratší doba trvání tumoru do příchodu pacienta k lékaři byla 1 měsíc, nejdelší doba trvání tumoru byla 10 let.

Lokalizace tumoru: Nejčastěji byl spinocelulární karcinom lokalizovaný na tváři ve 33 případech a na uchu ve 33 případech, na čele ve 29 případech, na nose ve 21 případech dále na horních končetinách v 8 případech, na temeni v 7 případech, na dorzu ruky v 6 případech, na zádech v 6 případech, na dolních končetinách v 6 případech, na hrudníku ve 4 případech, na krku ve 3 případech, na bradě ve 2 případech, na víčku ve 2 případech, na hor-

proLékaře.cz | 13.11.2026

Tab. 5. Lokalizace primárního tumoru

Lokalizace	Počet spinaliomů celkem	Procento z celkového počtu*	Počet spinaliomů u žen	Počet spinaliomů u mužů
Tvář	33	20,5	21	12
Ucho	33	20,5	6	27
Čelo	29	18,0	13	16
Nos	21	13,1	15	6
Temeno	7	4,4	0	7
Oční víčko	2	1,2	0	2
Horní ret	1	0,6	1	0
Brada	2	1,2	2	0
Krk	3	1,9	1	2
Hrudník	4	2,5	2	2
Záda	6	3,7	1	5
Dorsum ruky	6	3,7	3	3
Horní končetiny	8	5,0	2	6
Dolní končetiny	6	3,7	3	3

* Celkový počet tumorů = 161

ním rtu v 1 případě (tab. 5). U žen byla lokalizace nejčastější na tváři v 21 případech. U mužů byla lokalizace nejčastější na uchu v 27 případech.

Četnost tumorů u jednotlivých pacientů: U 125 pacientů bylo ve sledovaném období diagnostikováno celkem 161 spinocelulárních karcinomů. 1 tumor byl diagnostikován u 100 pacientů, 2 tumory u 19 pacientů, 3 tumory u 4 pacientů, 5 tumorů u 1 pacienta, 6 tumorů u 1 pacienta (tab. 6, obr. 5).

Tab. 6. Četnost tumorů u jednotlivce

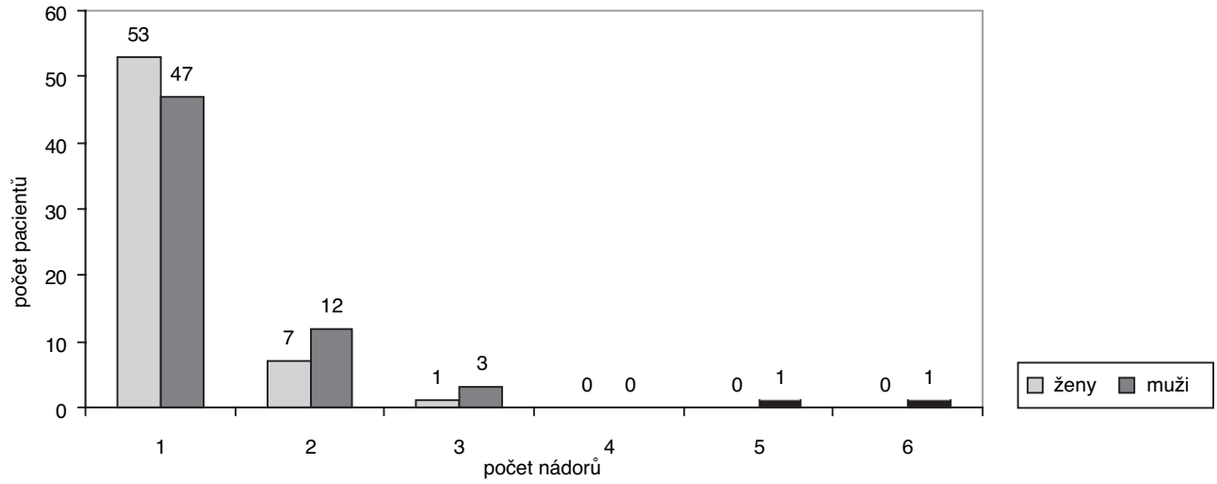
Počet tumorů	Počet pacientů celkem	Ženy	Muži
1	100	53	47
2	19	7	12
3	4	1	3
4	0	0	0
5	1	0	1
6	1	0	1

Velikost tumorů: Ve 24 případech byla velikost tumoru do 0,5 cm v největším průměru, v 72 případech byla velikost od 0,6 do 1,0 cm, v 55 případech byla velikost od 1,1 do 2,0 cm, v 6 případech byla velikost od 2,1 do 3 cm, ve 2 případech byla velikost od 3,1 do 4,0 cm, ve 2 případech byla velikost nad 4,1 cm (tab.7, obr. 6).

Histopatologické vyšetření bylo provedeno ve všech 161 případech. Dobře diferencovaný typ byl diagnostikován v 88 případech, středně diferencovaný typ byl diagnostikován v 43 případech, nízce diferencovaný typ v 7

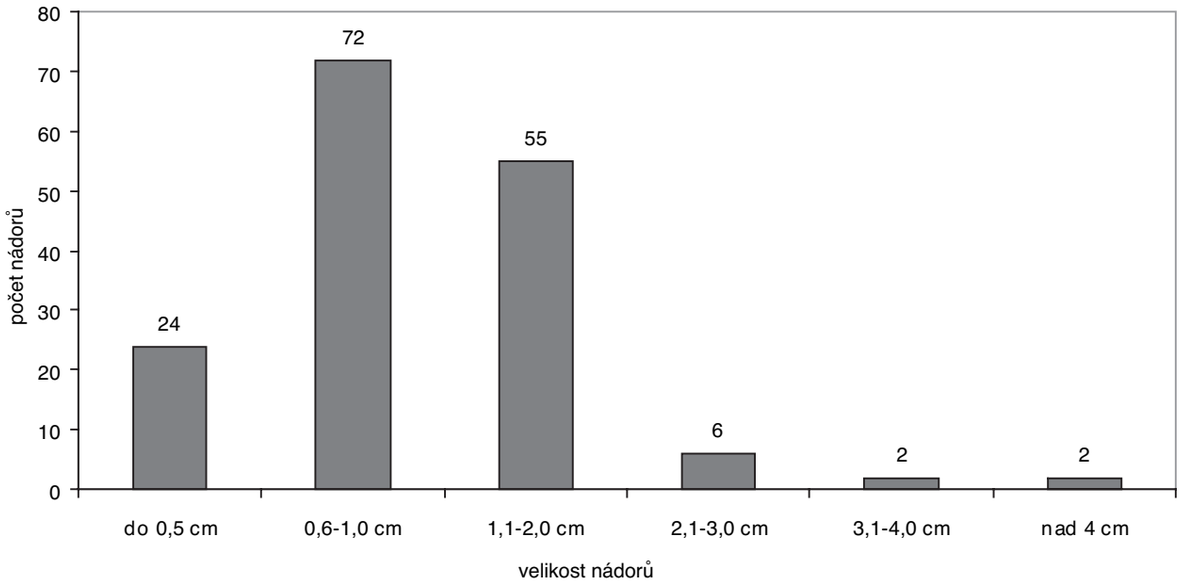
Tab. 7. Velikost tumorů

Velikost tumorů	Počet tumorů celkem
Do 0,5 cm	24
0,6–1,0 cm	72
1,1–2,0 cm	55
2,1–3,0 cm	6
3,1–4,0 cm	2
Nad 4 cm	2



Obr. 5. Četnost nádorů u jednotlivce – ženy a muži.

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 21
proLékaře.cz | 13.11.2026



Obr. 6. Velikost nádorů.

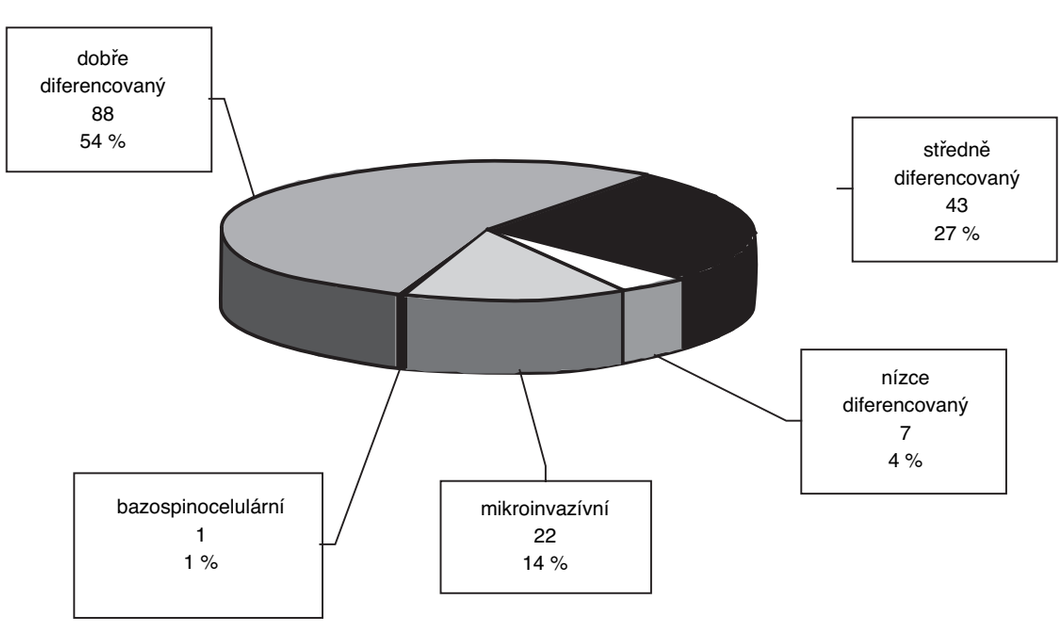
Tab. 8. Zastoupení histopatologických typů

Histopatologický typ	Počet tumorů	Procento z celkového počtu *
Dobře diferencovaný spinocelulární karcinom	88	54,7
Středně diferencovaný spinocelulární karcinom	43	26,7
Nízce diferencovaný spinocelulární karcinom	7	4,3
Mikroinvazivní spinocelulární karcinom	22	13,7
Bazospinocelulární typ	1	0,6

*Celkový počet tumorů = 161

případech, mikroinvazivní typ v 22 případech, bazospinocelulární typ v 1 případě (tab. 8, obr. 7).

Terapie: V 135 případech byla provedena totální excize tumoru s následným histopatologickým vyšetřením. V 21 případech byla uskutečněna probatorní excize z tumoru k histopatologickému vyšetření a následná kryodestrukce zbytku tumoru. Ve 4 případech byla provedena probatorní excize k histopatlogickému vyšetření a násled-



Obr. 7. Histologický typ nádoru.

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 22
proLékaře.cz | 13.11.2026

Tab. 9. Způsob terapie tumorů

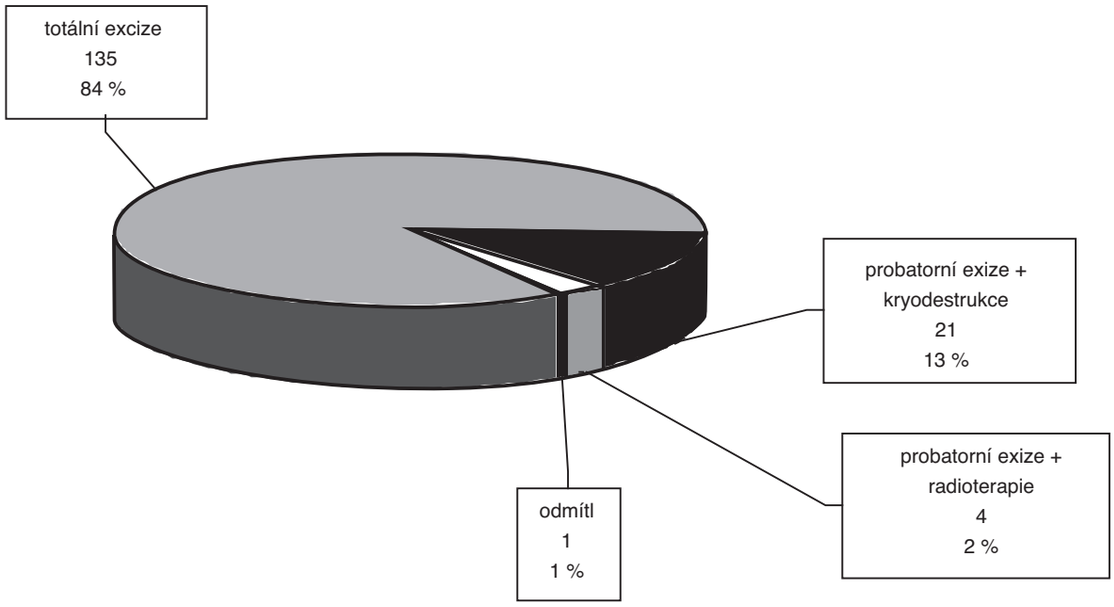
Způsob terapie	Počet tumorů celkem
Excize	135
Probatorní excize + kryodestrukce	21
Probatorní excize + radioterapie	4
Odmítl	1

ně radioterapie. 1 pacient po histologickém stanovení diagnózy terapii odmítl (tab. 9, obr. 8).

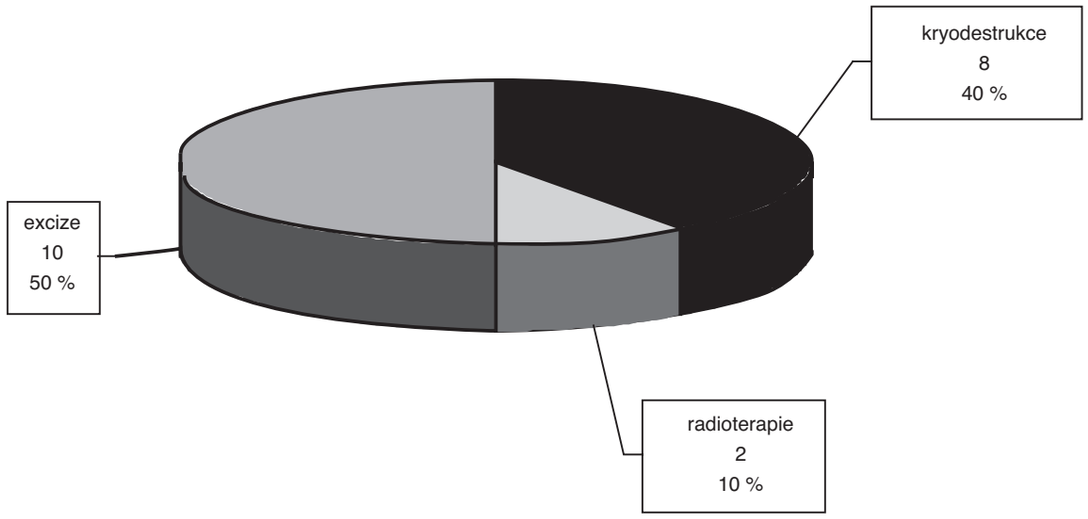
Totální excize byla provedena v 114 případech na našem pracovišti. Dále byla totální excize vzhledem k rozsahu a lokalizaci tumoru uskutečněna v 10 případech na Klinice plastické chirurgie v Brně, v 8 případech na chirurgických pracovištích v okresu Břeclav, ve 3 případech na ORL odd. Nemocnice Břeclav. Kryodestrukci tumoru jsme provedli vždy na našem pracovišti. Radioterapie byla realizována na radioterapeutických pracovištích v Brně.

Recidiva v jizvě vznikla v 20 případech z celkového počtu 161 tumorů, což činí 12,4 %. Průměrná doba od primární léčby tumoru do vzniku recidivy byla 19,15 měsíce, s rozptylem 3–59 měsíců. Recidiva byla léčena v 10 případech excizí, v 8 případech kryodestrukcí, ve 2 případech radioterapií (obr. 9).

Povolání pacientů: Ve 42 případech udali pacienti v anamnéze práci v zemědělství (většinou na poli, ve vinohradě), v 18 případech práci v exteriéru (zedník, lesník, železničář). Ostatní profese (práce v interiéru) pacienti udali v 65 případech (obr. 10).

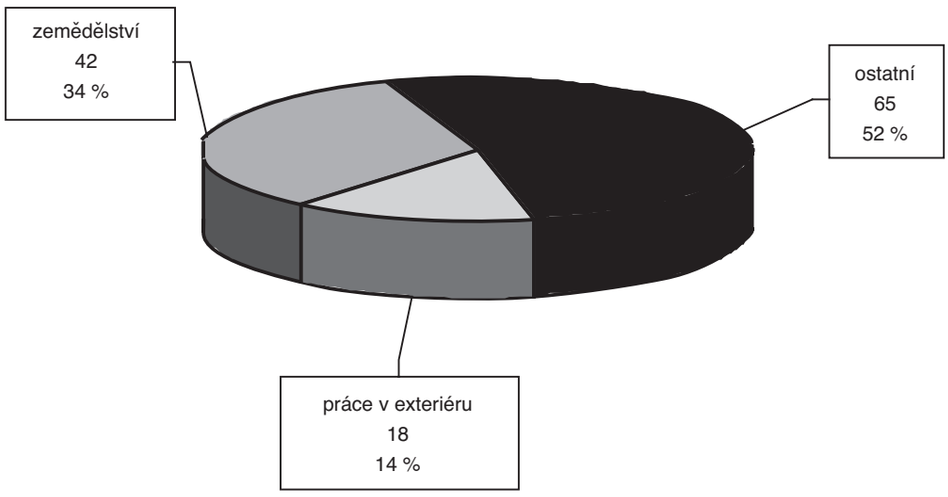


Obr. 8. Způsob terapie nádorů.



Obr. 9. Způsob terapie recidivy.

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 23
proLékaře.cz | 13.11.2026



Obr. 10. Povolání pacientů.

Dispenzarizace: V průběhu dispenzarizace zemřelo 27 pacientů, žádný z pacientů nezemřel pro sledovanou diagnózu.

Metastázu do regionálních uzlin jsme zaznamenali ve 2 případech, což činí 1,2 % z celkového počtu tumorů. V 1. případě šlo o muže s lokalizací primárního tumoru na ušním boltci s metastázou do krčních uzlin. V 2. případě se jednalo o ženu s lokalizací primárního tumoru na bérci, podle anamnézy měla pacientka na bérci 10 let nehojící se ulceraci, metastáza byla nalezena v tříselné uzlině.

Z celkového počtu pacientů dispenzarizovaných na našem pracovišti pro sledovanou diagnózu jsme u 35 pacientů v průběhu kontrol diagnostikovali a ve většině případů i léčili u 27 pacientů 52krát bazaliom, u 13 pacientů 15krát morbus Bowen, u 1 pacienta 1krát maligní melanom. U 8 pacientů byl diagnostikovaný současně či postupně spinaliom a morbus Bowen, u 21 pacientů byl diagnostikovaný současně či postupně spinaliom a bazaliom. U 5 pacientů byl diagnostikovaný současně či postupně spinaliom, bazaliom, morbus Bowen. U 1 pacienta byl postupně diagnostikovaný spinaliom, bazaliom, maligní melanom.

DISKUSE

Mezi etiopatogenetické faktory, které se podílejí na vzniku spinocelulárního karcinomu, patří ionizující a neionizující záření, chronické poškození kůže, kancerogeny, imunosuprese, virové infekce (2, 9). Za hlavní etiologický faktor se považuje nadměrná expozice ultrafialovému (UV) záření, zejména u lidí se světlou, melaninem málo chráněnou kůží (fototyp I a II) (2, 5, 6, 8). Také po dlouhotrvající PUVA terapii s vysokými kumulativními dávkami existuje zvýšené riziko vyvinutí spinocelulárního karcinomu (2). K zatížení kůže ionizujícím zářením dochází také po rentgenovém ozáření (1, 2, 5). Důležitým kofaktorem pro vznik spinocelulárních karcinomů jsou chronické degenerativní a chronické zánětlivé kožní změny. Spinocelulární karcinom se může vyvinout v jizvách po popáleninách, v jizvách po lupus vulgaris, řídčeji v jizvách po lupus erythematodes. Spinocelulární karcinomy se mohou objevit v dlouhotrvajících bércových vředech, v chronicky secernujících píštělích (1, 2, 5, 9). Ve spinocelulární karcinom mohou přecházet prekancerózy – aktinická keratóza, morbus Bowen, cornu cutaneum, erythroplasia Queyrat, které jsou řazeny mezi „karcinomy in situ“ (2, 6).

Ke vzniku spinocelulárních karcinomů může dojít po dlouhotrvajícím exogenním působení kancerogenních látek. Mezi tyto látky patří arzen, dehtové preparáty, některé oleje (1, 2, 5, 6). Také nemocní s imunosupresí, například po transplantacích orgánů, mají vyšší riziko vzniku spinocelulárního karcinomu (2, 3, 6). Onkogenní humánní papilomaviry zejména typ 16 a 18, jsou sdruženy s vyšším výskytem spinocelulárního karcinomu (2). Kouření zvyšuje riziko vzniku spinocelulárního karcinomu sliznice dutiny ústní, hltanu, trachey, bronchů (2).

Zvýšenému riziku spinocelulárního karcinomu čelí i nemocní postižení genetickými syndromy, u nichž je narušen mechanismus obnovy poškozené DNA (např. xeroderma pigmentosum) (5, 8).

Ze všech těchto faktorů je zátěž ionizujícím a neionizujícím zářením zvláště významná, protože se spinocelulární karcinomy objevují převážně na kůži v chronicky slunci exponovaných oblastech, zejména v obličeji, na dolním rtu, na krku, na alopetické kůži hlavy, na dorzech rukou (1, 2, 3).

Incidence spinocelulárního a také bazocelulárního karcinomu, které shrnujeme pod název nemelanomové maligní nádory kůže, v posledních třiceti letech plynule stoupá (8). Incidence spinocelulárního karcinomu v našich zeměpisných šířkách je u žen 6/100 000 obyvatel, u mužů 12/100 000 obyvatel (2).Ve slunečných oblastech incidence dosahuje vyšších hodnot (Austrálie přes 60/100 000 obyvatel) (2). Nejvíce nemocných je v našich zeměpisných šířkách mezi 60. a 80. rokem života (2).

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 24
proLékaře.cz | 13.11.2026

Ve vývoji nádoru můžeme rozlišit tři základní formy, které mezi sebe plynule přecházejí. 1. difúzně infiltrující, 2. ulcerózní, 3. exofytická (9). Spinocelulární karcinom začíná jako plak nebo nodulus barvy kůže, růžový nebo červený, který roste buď exofyticky a ulceruje na povrchu nebo infiltruje do okolních tkání (3). Spinocelulární karcinom také vzniká v preexistujících ložiscích aktinické keratózy, morbus Bowen, erythroplasia Quyerat, kde se projevuje infiltrací části ložiska nebo nodulem (6). Spinocelulární karcinom metastazuje lymfatickou cestou. Četnost metastáz se udává až 5–40 % (3). Četnost metastáz závisí na histopatologickém typu tumoru, lokalizaci, hloubce a event. přítomnosti imunosuprese nemocného (3).

Pro stanovení diagnózy je rozhodující histopatologické vyšetření. Histopatologický obraz: z epidermis nebo z rohovějících úseků epitelu vlasového folikulu, případně i ze sliznice, vycházejí nepravidelně tvarované a větvící se nádorové čepy, infiltrativně a destruktivně prorůstají do koria. Zóna bazální membrány je zničena. Buňky jsou velké, s bohatou cytoplazmou, hranice buněk a intercelulárními můstky mají stavbu jako stratum spinosum. Tyto buňky inklinují k rohovatění podobně jako normální keratinocyty. Tak dochází v nádorových čepech ke vzniku koncentricky vrstvených rohovitých hmot – rohových perel. Zvlášť určující jsou dediferencované buňky, které se vyskytují v rychle rostoucích okrajových zónách nádoru. Nápadné jsou jaderné polymorfie, atypické mitózy, hyperchromazie jader. Nachází se stromální reakce v okolí proliferujících nádorových čepů, která obsahuje histiocyty, žírné buňky, zejména pak lymfocyty a plazmocyty. Podle Broderse se rozlišují 4 stupně diferenciace (2). Součástí diagnostického procesu je též fyzikální vyšetření spádových uzlinových oblastí k vyloučení metastáz (4).

Diferenciální diagnóza spinocelulárního karcinomu zahrnuje různé benigní a maligní afekce, jako jsou aktinická keratóza, keratoakantom, seboroická keratóza, morbus Bowen, extramamární morbus Paget, bazaliom, amelanotický melanom, pseudoepiteliomatózní epidermální hyperplazie, verruca vulgaris, verukózní dyskeratom, karcinom z Merkelových buněk (1, 2, 5, 8).

Terapie spinocelulárního karcinomu závisí na typu nádoru, velikosti, lokalizaci, ohraničení, histopatologickém typu, na věku pacienta, aktuálním zdravotním stavu, možnostech následného domácího ošetření (8). Zkušenosti lékaře, jistota, se kterou ovládá různé typy terapie, a v neposlední řadě i konkrétní možnosti a přístrojové vybavení pracoviště rozhodují o léčebném postupu. Rozhodnutí, jakým způsobem bude terapie probíhat, závisí i na přání pacienta.

Nejčastější formou léčby je totální excize karcinomu s okrajovým lemem 4–6 mm, dále se používá tzv. Mohsova mikrografická technika (8). Spinocelulární karcinom může být také odstraněn radioterapií (1, 2, 7) nebo kryochirurgicky (2, 8, 10). Dále je možná léčba kyretáží a elektrokoagulací, 5-fluorouracylem, imiquimodem (8). Systémová chemoterapie se v léčbě spinaliomů používá jen omezeně, je vyhrazena pro generalizovaná, metastatická stadia. Obvykle se používá bleomycin (2, 3). Zkouší se také retinoidy (13-cis-retinová kyselina) v kombinaci s interferonem α (4). Vždy je nutné vyšetřit lymfatické uzliny a léčit metastázy.

Prognóza závisí na lokalizaci, velikosti, stupni diferenciace nádoru. Relativně špatná je prognóza při lokalizaci na jazyku, penisu, vulvě. Karcinomy kůže do velikosti 2–3 cm se mohou zhojit u přibližně 90 % pacientů. Čím je spinocelulární karcinom diferencovanější, tím menší je sklon k tvorbě metastáz. Všichni pacienti, kteří byli léčeni pro spinocelulární karcinom, by měli být dostatečně dlouho a dostatečně často kontrolováni, aby bylo možné co nejdříve rozpoznat případnou recidivu, event. metastázu. Doporučují se kontroly nejprve v kratších intervalech, po 3 měsících, později po 6–12 měsících (1,2).

Pokud je UV záření uznáno jako podstatný faktor pro vznik spinaliomů, měla by se z preventivních důvodů vyloučit nadměrná expozice UV záření a mělo by se dbát na ochranu před sluncem vhodným oblečením, pokrývkou hlavy a použitím dostatečně účinných ochranných prostředků s ochranným faktorem č. 15 a vyšším, přednostně v rozsahu UVB a UVA (2). Ochrana kůže před UV zářením je nezbytná již od dětského věku a hraje významnou roli i u dospělých lidí pobývajících z důvodů své profese nebo záliby dlouhodobě na slunci. Významnou roli v prevenci sehrávají kromě zdravotníků i masmédia, která mohou vhodným poučením působit na velkou část populace. Informace o vlivu slunečního záření na kůži by se měly objevit již na základních školách, matky kojenců by měly být poučeny pediatrem.

V našem souboru jsme zaznamenali stoupající počet diagnostikovaných spinocelulárních karcinomů v průběhu let, což je v souladu s literárními údaji (8). Průměrný věk pacientů v době stanovení diagnózy spinocelulárního karcinomu v našem souboru je 75,05. U žen je největší výskyt ve skupině 80–89letých a u mužů ve skupině 70–79letých, což je v souladu s literaturou (2). V našem souboru mírně převažují muži (51,2 %) nad ženami (48,8 %). Výskyt absolutního počtu spinocelulárních karcinomů převažuje u mužů (56,5 %) nad výskytem u žen (43,5 %). Nejčastější lokalizací nádorů v našem souboru je lokalizace v obličeji, na uchu, tedy v lokalizacích, které jsou vystaveny slunečnímu UV záření, což je v souladu s literaturou (1, 2, 6, 8).

V terapii byla použita nejčastěji totální excize v 83,8 % případů, dále kryodestrukce ve 13,0 % případů, v 2,5 % případů byla použita radioterapie.

Nejčastějším histologickým typem je v našem souboru dobře diferencovaný spinocelulární karcinom v 54,7 % případů.

Recidivu spinocelulárních karcinomů jsme zaznamenali v 12,4 % případů. Metastáza do regionálních uzlin byla zaznamenána v 1,2 % případů, což je méně, než udává literatura (3).

Na naše pracoviště se 28 % pacientů dostavilo bez

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 25
proLékaře.cz | 13.11.2026

doporučení lékaře, v ostatních případech pacienti přišli na doporučení lékaře. U 48 % pacientů jsme anamnesticky zaznamenali práci v zemědělství, event. práci v exteriéru.

Z těchto důvodů je nutná zdravotní osvěta u laické veřejnosti, ale i u zdravotníků, která vede k včasné diagnostice spinocelulárních karcinomů, ale i jiných nádorů kůže. Pacienty je nutné upozornit na změny svědčící pro vznik nádoru. Jedná se většinou o drobnou ulceraci, která se několik měsíců i přes léčbu nezahojí, nebo kožní nodul, který se pomalu, ale trvale zvětšuje a nemizí. Na přítomnost kožního nádoru by měli myslet všichni lékaři při fyzikálním vyšetření a v případě podezření by pacienta měli odeslat k odbornému vyšetření k dermatovenerologovi. Nutná je i důsledná ochrana před slunečním UV zářením vhodným oblečením, pokrývkou hlavy, používáním účinných ochranných prostředků zvláště u osob pracujících v exteriéru, ale i u dětí.

LITERATURA

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob.* 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 151–158.
2. BRAUN-FALCO, O., PLEWIG, G., WOLF, HH. *Dermatológia a venerológia.* Martin: Osveta, 2001, s. 1195–1231.
3. HERCOGOVÁ, J. Kožní nemelanomové karcinomy – komentář ke článku Diagnostika a léčba bazocelulárního a spinocelulárního karcinomu kůže. *Medicína po promoci,* 2005, 6, (1), s. 26–29.
4. KLENER, P. *Klinická onkologie.* Praha: Galen, 2002, s. 516–517.
5. KOUTECKÝ, J. *Klinická onkologie.* Praha: Avicenum, 1989, s. 259–262.
6. KRAJSOVÁ, I., BAUER, J. *Kožní nádory, prevence a včasná diagnostika.* Praha: Jessenius, 1994, s. 35–37.
7. PETRUŽELKA, L., KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie.* Praha: Karolinum, 2003, s. 206–208.
8. STULBERG, DL., CRANDELL, B., FAWCETT, RS. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinomas. *Am Fam Physician,* 2004, 70, (8), p. 1481–8.
9. VOSMÍK, F. A KOLEKTIV *Dermatovenerologie.* Praha: Karolinum, 1999, s. 285–286.
10. ŽALOUDÍK, J., STRNAD, F., FAIT, V. *Kryochirurgie nádorů.* Brno: IDVPZ, 1995, s. 41–42.

Došlo do redakce: 16. 1. 2006

MUDr. Martin Raus
Kožní oddělení
Nemocnice Břeclav p.o.
U nemocnice 1
690 74 Břeclav
E-mail: mart.ra@seznam.cz

Česko-slovenská dermatologie, 82. ročník, rok 2007

Číslo 2: Venerologie – diagnostika chorob

Číslo 3: Genetika v dermatologii

Číslo 4: Těhotenské dermatózy

Číslo 5: Flebologie

Číslo 6: Dermatologie v transplantační medicíně

Česko-slovenská dermatologie, 83. ročník, rok 2008

Číslo 1: Amyloidózy