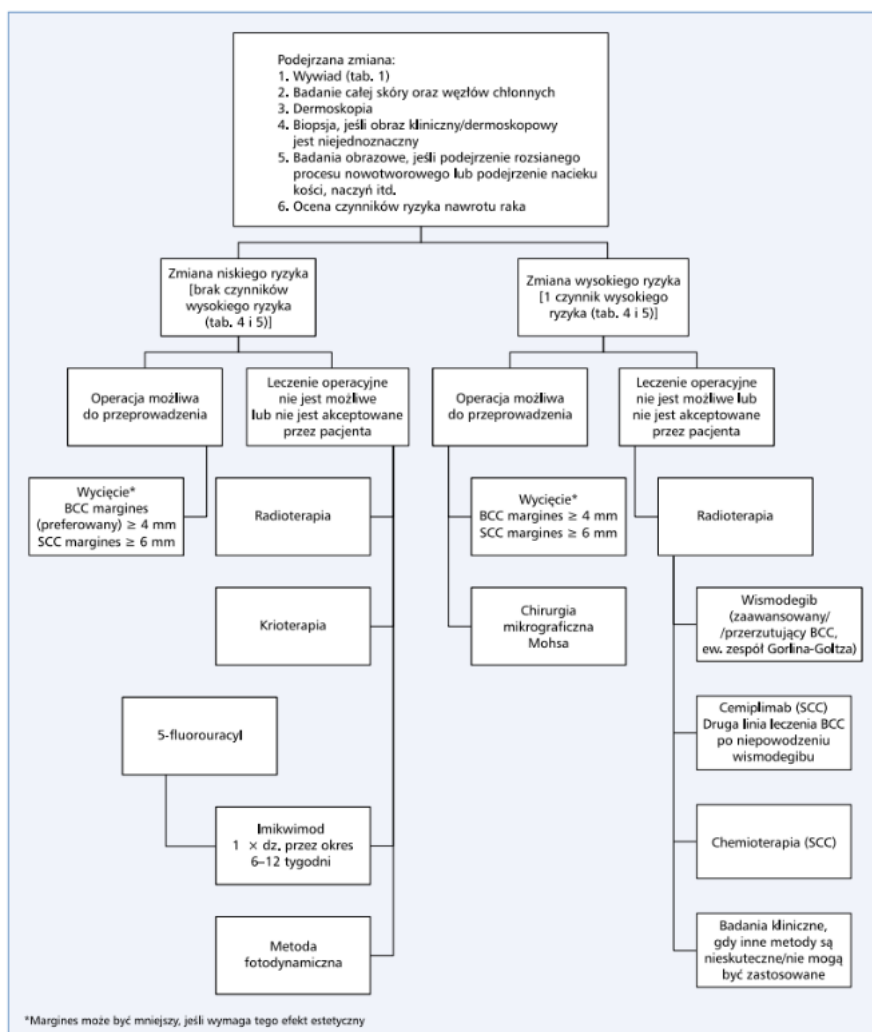


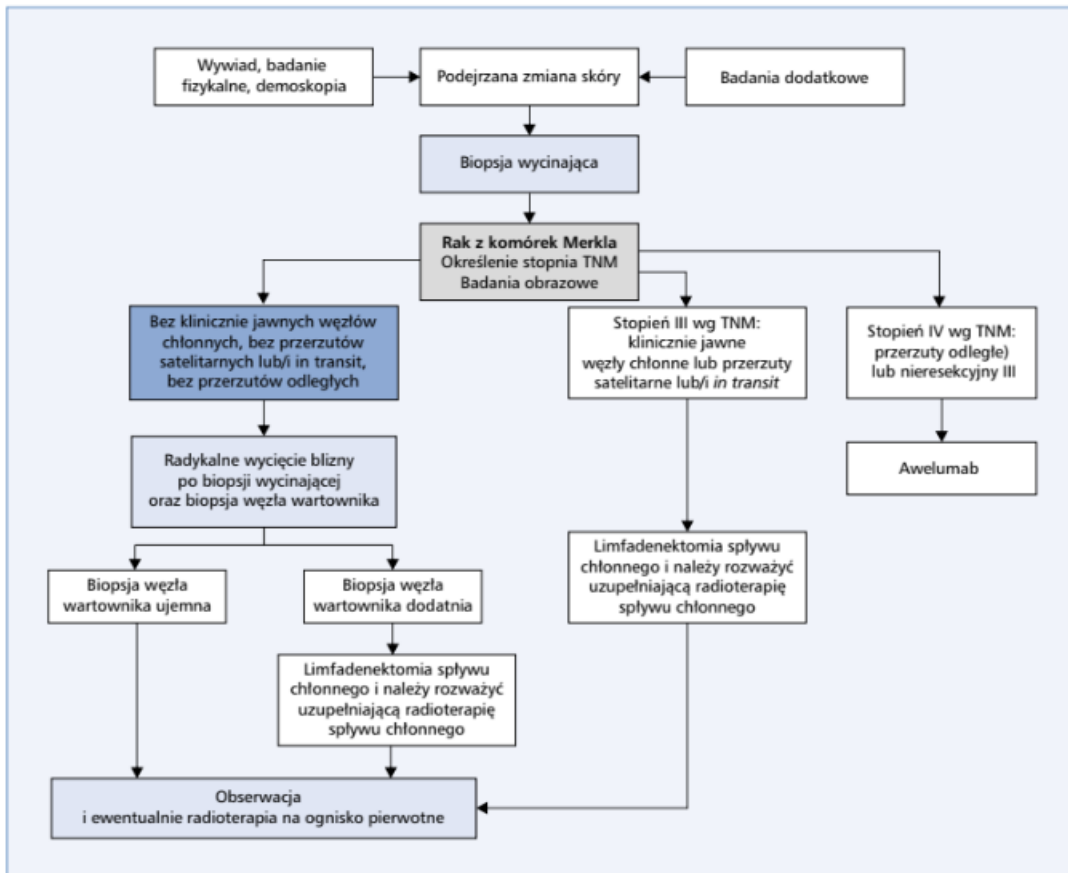
**WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO  
U CHORYCH NA RAKI SKÓRY  
PODSUMOWANIE ZALECEŃ**

Zalecenie	Siła zalecenia*
<b>1. Diagnostyka</b>	
1.1. Badanie dermatoskopowe (dermoskopowe) jest zalecane przed ewentualnym usunięciem zmian skórnych - W przypadku podejrzenia raka skóry należy wykonać biopsję wycinającą (w większości przypadków w znieczuleniu miejscowym) zachowując minimalny margines chirurgiczny 1-2 mm lub pobrać bioptat ze zmiany skóry do badania histopatologicznego [IV,2A]	IV,2A
1.2. Badanie dermatoskopowe (dermoskopowe) jest zalecane przed ewentualnym usunięciem zmian skórnych - W przypadku podejrzenia raka skóry należy wykonać biopsję wycinającą (w większości przypadków w znieczuleniu miejscowym) zachowując minimalny margines chirurgiczny 1-2 mm lub pobrać bioptat ze zmiany skóry do badania histopatologicznego [IV,2A]	IV,2A
<b>2. Ocena stopnia zaawansowania</b>	
2.1. Badanie fizykalne z dokładną oceną całej skóry ( szczególnie ocena innych podejrzanych zmian skóry, regionalnych węzłów chłonnych oraz części ciała, w których mogą się lokalizować ewentualne przerzuty odległe)	–
2.2. W wyższych stopniach zaawansowania zaleca się wykonanie USG, TK i / lub PET w celu właściwej oceny stopnia zaawansowania	–
<b>3. Leczenie stopnie I-III (operacyjny)</b>	
3.1. U chorych na raki skóry nadrzędnym celem postępowania jest doszczętne usunięcie tkanek nowotworowych. Dlatego w pierwszej kolejności należy wybierać metody odznaczające się największą doszczętnością i jednocześnie najmniejszym ryzykiem niepowodzenia miejscowego. Wybór terapii powinien być uwarunkowany: oceną kliniczną, liczebnością i rozmiarami ognisk raków skóry; typem histologicznym; stopniem inwazyjności nowotworu, ryzykiem jego nawrotu miejscowego i odległego; zachowaniem funkcji narządu/części ciała i ostatecznym efektem estetycznym okolicy poddanej leczeniu; skutecznością terapii ocenianą jako odsetek nawrotów w ciągu 4–6 miesięcy oraz 3–5 lat (weryfikowaną za pomocą badania przedmiotowego, dermoskopowego, histopatologicznego); tolerancją leczenia (dolegliwości bólowe, czas leczenia, działania niepożądane, ryzyko powikłań); dostępnością danej metody terapeutycznej; stanem sprawności układu odpornościowego pacjenta; indywidualnymi preferencjami pacjenta	III,1
3.2. Leczenie miejscowe powinno być zgodne z wskazaniami charakterystyki produktu leczniczego, na przykład imikwimod – choroba Bowena, powierzchowny BCC; terapia fotodynamiczna (z wykorzystaniem nanoemulsji 5-ALA – choroba Bowena, powierzchowny BCC; 5-ALA patch – stosowany tylko w actinic keratosis), 5-FU – choroba Bowena, powierzchowny BCC	–
3.3. Biopsja węzłów wartowniczych jest zalecana u chorych na raka z komórek Merkla bez stwierdzanych klinicznie lub w badaniach obrazowych przerzutów	–
3.4. Limfadenektomia jest wskazana w przypadku obecności przerzutów raków skóry w klinicznie jawnych węzłach chłonnych [I,1A]. Radioterapia jest zalecana jako leczenie uzupełniające.	III, 2A
<b>4. Leczenie stopień III nieoperacyjny i IV oraz zmiany nieresekcyjne lokoregionalnie</b>	

4.1. U chorych w stadium uogólnienia najbardziej właściwe jest stosowanie leczenia w ramach badań klinicznych.	—
4.2. W systemowym leczeniu u chorych na raka podstawnkomórkowego wskazane jest zastosowanie inhibitorów szlaku hedgehog (wismodegib) lub immunoterapii po niepowodzeniu wismodegibu (cemiplimab), raka kolczystokomórkowego immunoterapii (cemiplimab), raka z komórek Merkla immunoterapii (awelumab).	II,1
4.3. Do rozpoczęcia immunoterapii nie jest wymagana ocena ekspresji PD-L1 / PD-1 w utkaniu raka.	III,2A
<b>5. Obserwacja po leczeniu</b>	
5.1. Edukacja chorego w zakresie samobadania skóry oraz węzłów chłonnych i przestrzegania zasad fotoprotekcji.	—
5.2. Badanie przedmiotowe i podmiotowe, z uwzględnieniem oceny całej skóry (badanie dermoskopowe), szczególnie okolicy blizny po wyciętym raku oraz regionalnych węzłów chłonnych (badanie co 3–6 miesięcy przez pierwsze 2–3 lata, następnie co 3–12 miesięcy do 5 lat i raz w roku po upływie 5 lat.	—
5.3. Częstotliwość i rodzaj badań oraz długość okresu obserwacji należy uzależnić od indywidualnego ryzyka nawrotu choroby.	—
<i>*Klasyfikacja siły zaleceń dostępna w pełnej wersji wytycznych</i>	



Rycina 1. Zalecane postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne u chorych na raka podstawnkomórkowego i płaskonabłonkowego skóry; BCC (basal cell carcinoma) — rak podstawnkomórkowy; SCC (squamous cell carcinoma) — rak płaskonabłonkowy



Rycina 2. Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne u chorych na raka z komórek Merkla