



W TROSCE  
O PACJENTA

# Informator dla pacjenta

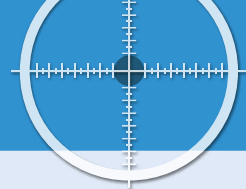
dotyczący postępowania przy podejrzeniu i rozpoznaniu czerniaka skóry

dr n. med. Bożena Cybulska-Stopa

dr n. med. Wojciech Łobaziewicz

dr hab. n. med. Wojciech Wysocki, prof. nadzw.

prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski



JEŚLI ZAUWAŻYSZ NA SKÓRZE ZNAMIE, KTÓRE SPEŁNIA KRYTERIA **ABCDE** CZERNIAKA:

**A** ASYMETRIA,  
NP. ZNAMIE  
„WYLEWAJĄCE” SIĘ  
NA JEDNĄ  
STRONĘ

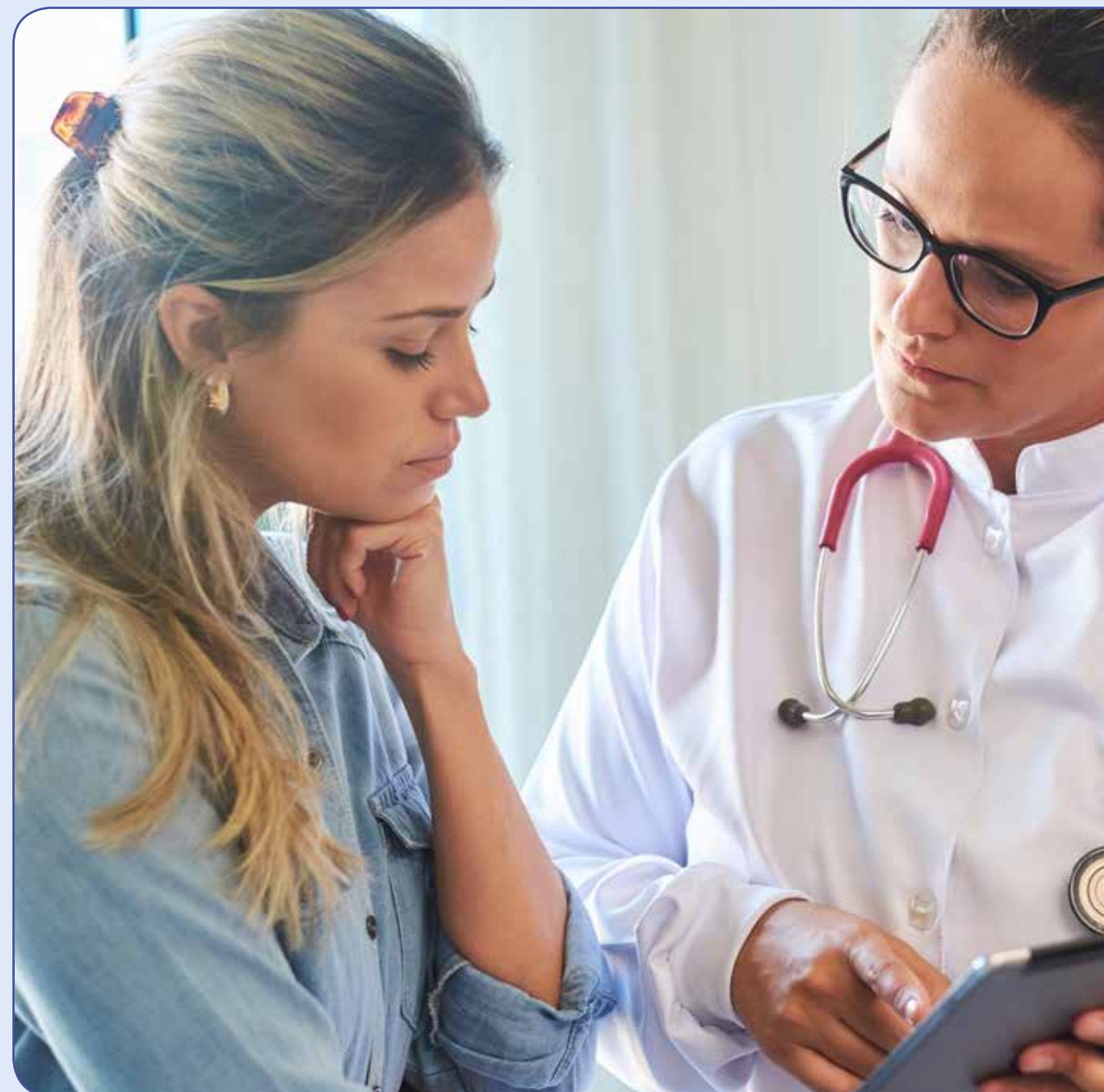
**B** BRZEGI  
POSZARPANE,  
NIERÓWNIOMIERNE,  
POSIADAJĄCE  
ZGRUBIENIA

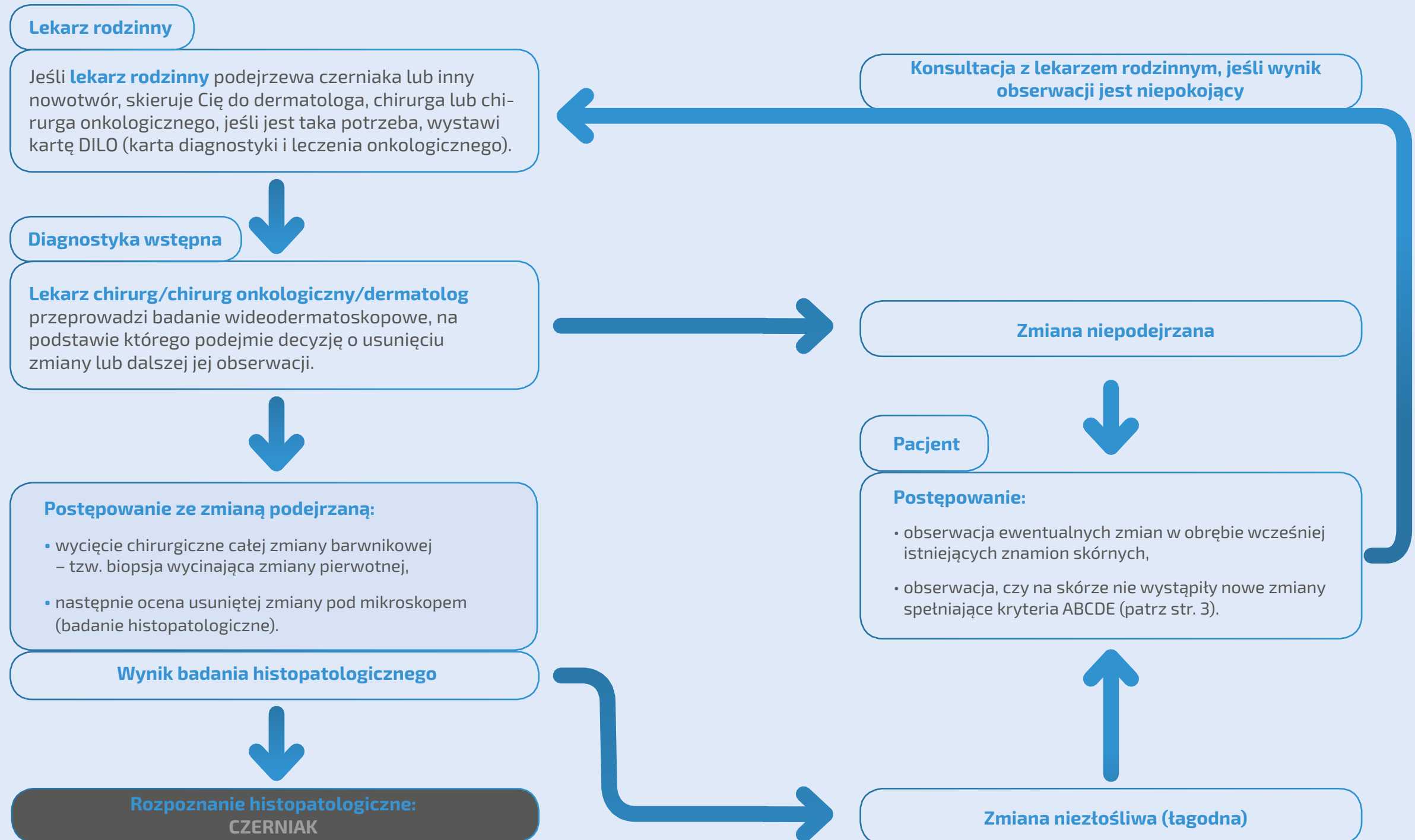
**C** CZERWONY,  
CZARNY,  
NIEJEDNOLITY  
KOLOR

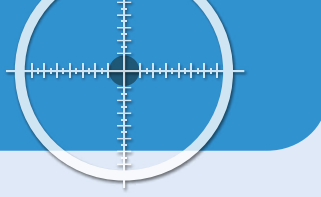
**D** DUŻY  
ROZMIAR,  
WIELKOŚĆ  
ZMIANY POWYŻEJ  
6 MM

**E** EWOLUCJA,  
CZYLI  
POSTĘPUJĄCE  
ZMIANY ZACHODZĄCE  
W ZNAMIENIU

**IDŹ DO LEKARZA RODZINNEGO, DERMATOLOGA  
LUB CHIRURGA ONKOLOGICZNEGO**







## Diagnostyka pogłębiona

**Rozpoznanie histopatologiczne:**  
CZERNIAK

**Dalsze leczenie:**  
Ośrodek specjalistyczny

Lekarz zakłada kartę DILO w celu pogłębienia diagnostyki

Jeśli rozpoznano u Ciebie czerniaka, lekarz skieruje Cię do ośrodka, w którym zostaną przeprowadzone dalsze badania diagnostyczne, a następnie wycięcie blizny oraz (jeśli są wskazania) biopsja węzła wartowniczego.

**Lista ośrodków wykonujących biopsję węzła wartowniczego:**  
<https://www.akademiaczerniaka.pl/leczenie-lista-osrodkow/osrodki-wykonujace-biopsje-wezla-wartowniczego-w-polsce>

**Dodatnia biopsja węzła wartowniczego\*:**  
Dalsze leczenie

**Jeśli biopsja węzła wartowniczego jest dodatnia, lekarz proponuje Ci dalsze leczenie:**

usunięcie węzłów chłonnych lub obserwację, ewentualnie leczenie uzupełniające.

\* Dodatnia biopsja węzła wartowniczego – oznacza obecność komórek nowotworowych w materiale pobranym z węzła chłonnego wartowniczego.

\*\* Ujemna biopsja węzła wartowniczego – oznacza brak komórek nowotworowych w materiale pobranym z węzła chłonnego wartowniczego.

**Ujemna biopsja węzła wartowniczego\*\*:**  
Obserwacja

**W zależności od stopnia zaawansowania – grubości zmiany pierwotnej – częstość kontroli wynosi:**

- co 6-12 miesięcy przez pierwsze 5 lat, następnie raz w roku lub
- 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.

W trakcie kontroli lekarz prowadzący będzie zlecał odpowiednie badania diagnostyczne.

Kontrola we wczesnych stadiach czerniaka może być prowadzona poza ośrodkiem specjalistycznym.



## Oznaczenie mutacji w genie *BRAF* V600

### Może być wykonane w ramach pogłębionej diagnostyki:

- przez chirurga onkologicznego po zabiegu usunięcia węzłów chłonnych,
- w poradni onkologicznej, która podpisała kontrakt z NFZ, z materiału archiwalnego.



### Leczenie uzupełniające:

- terapia celowana lub
- immunoterapia.

Przed rozpoczęciem leczenia uzupełniającego należy oznaczyć obecność mutacji genu *BRAF* V600.

## Oznaczenie mutacji w genie *BRAF* V600



**Obecna mutacja w genie *BRAF* V600**

**Nieobecna mutacja w genie *BRAF* V600**



**Terapia celowana**

**Immunoterapia**

**Immunoterapia**

Po zakończonej terapii uzupełniającej pacjent pozostaje pod obserwacją. W zależności od stopnia zaawansowania lekarz zaproponuje odpowiednie badania kontrolne i diagnostyczne.

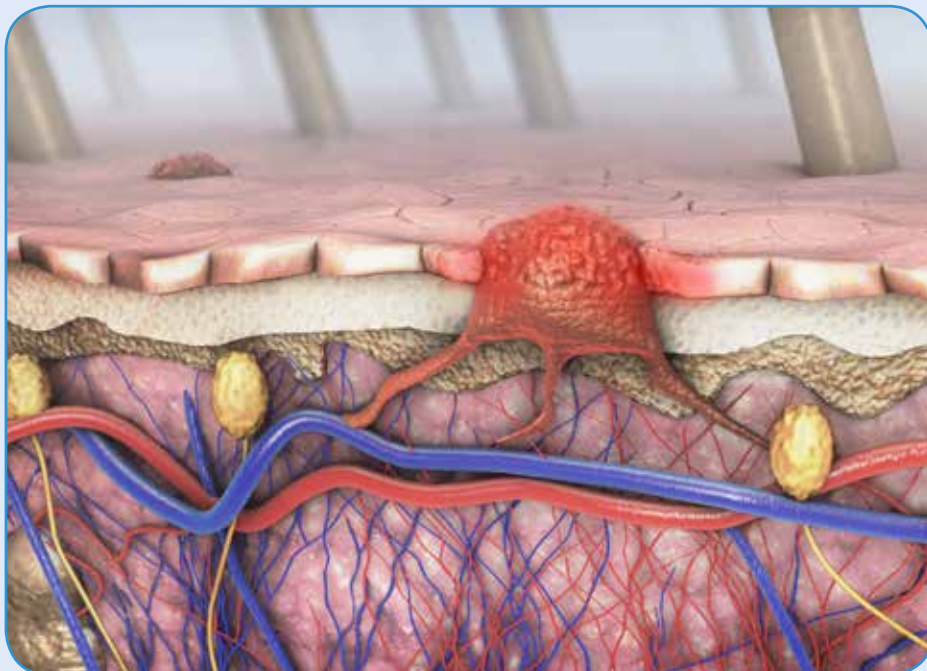
## SŁOWNICZEK

- **Leczenie uzupełniające (adjuwantowe)** – rodzaj ogólnoustrojowego leczenia nowotworów, uzupełniającego zasadnicze leczenie, najczęściej chirurgiczne. Celem leczenia adjuwantowego jest eliminacja mikroprzerzutów, a tym samym redukcja ryzyka wznowy miejscowej lub pojawienia się przerzutów odległych i zwiększenie szansy na wyleczenie.
- **Węzeł wartowniczy** – pierwszy węzeł chłonny na drodze sływu chłonki z ogniska nowotworowego. Przerzuty nowotworów złośliwych pojawiają się najczęściej najpierw w węźle wartowniczym. Brak przerzutów w węźle wartowniczym rokuje dobrze i zmniejsza znacznie możliwość wystąpienia przerzutów w pozostałych węzłach drenujących chłonkę z danego obszaru. Umożliwia to odstąpienie od zabiegu usunięcia wszystkich węzłów chłonnych danego regionu (tzw. limfadenektomia regionalna). Brak ogniska nowotworowego w węźle wartowniczym nie wyklucza jednak całkowicie powstania przerzutów odległych oraz bliskich, rozsianych poprzez układ krwionośny.
- **Oznaczenie mutacji *BRAF*** wykonuje się najczęściej z materiału archiwalnego pobranego podczas biopsji wycinającej, dlatego lekarz może poprosić o dostarczenie tzw. bloczków parafinowych, zawierających materiał z wyciętej zmiany pierwotnej, jeśli zabieg jej usunięcia odbył się w innym ośrodku.
- **Karta DILO** – karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego wystawiana przez lekarza POZ lub lekarza specjalistę, zawierająca informację o diagnostyce oraz rozpoznaniu choroby nowotworowej. Może być wystawiona jedynie przez świadczeniodawcę posiadającego kontrakt z NFZ. Karta jest własnością pacjenta, nie stanowi dokumentacji medycznej.



## 1 CZERNIAK SKÓRY

**Czerniak skóry** (łac. *melanoma malignum*) to nowotwór złośliwy. Bardzo rzadko występuje u dzieci i młodzieży, natomiast u dorosłych od kilkudziesięciu lat obserwujemy w Polsce stały trend wzrostowy zachorowalności na niego. Czynnikiem wpływającym na powstanie czerniaka skóry to przede wszystkim promieniowanie UV związane z opalaniem się. Zarówno promienie słoneczne (naturalne), jak i sztuczne (np. solaria) są czynnikami ryzyka powstania czerniaka skóry, dlatego należy z umiarem korzystać z opalania, stosując filtry ochronne na skórę, ograniczając czas przebywania na słońcu oraz korzystanie z solariów. Osoby, które: mają jasną karnację skóry, miały w rodzinie chorych na czerniaka, są poddawane leczeniu immunosupresyjnemu albo mają zespoły obniżonej odporności, np. AIDS, należą do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na czerniaka.



## 2 OBJAWY

Czerniak często powstaje na podłożu znamion barwnikowych, ale nie zawsze. Wszystkie znamiona, które są nieregularne, niejednorodnie zabarwione, wyglądają inaczej niż pozostałe zmiany skórne lub zaczynają się zmieniać (barwa, wygląd, kształt, wielkość, pojawienie się guzka w obrębie znamienia), powinny być zbadane przez lekarza, najlepiej dermatologa lub chirurga onkologicznego. Wszystkie nowo powstałe guzki skórne także powinny być zbadane przez lekarza, ponieważ nie każdy czerniak tworzy się na podłożu znamienia. Niepokojące objawy to: krwawienie, swędzenie, pieczenie znamienia czy guzka skóry. Badanie lekarskie takiej zmiany powinno odbywać się w dobrym oświetleniu, przy użyciu dermatoskopu, czyli urządzenia optycznego, za pomocą którego lekarz może obserwować znamię w powiększeniu i odpowiednim oświetleniu. W razie podejrzenia czerniaka taka zmiana powinna być wycięta chirurgicznie w całości, z minimalnym marginesem.

## 3 DIAGNOSTYKA WSTĘPNA

Wycięcie zmiany skórnej podejrzanej o czerniaka to zwykle prosty zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu miejscowym. Czas takiego zabiegu przeważnie nie przekracza 30 minut. Rana po wycięciu zmiany skórnej goi się około dwóch tygodni. Jeżeli są założone szwy niewchłaniaalne, to zazwyczaj po dwóch tygodniach się je usuwa. Każda wycięta zmiana skórna jest badana pod mikroskopem (badanie histopatologiczne). Tylko na podstawie badania histopatologicznego możemy zdiagnozować czerniaka. Badanie lekarskie, nawet przy użyciu dermatoskopu, nie pozwala na jednoznaczne rozpoznanie choroby.

Wynik badania histopatologicznego powinien zawierać kilka istotnych informacji, na podstawie których lekarz (powinien nim być chirurg onkologiczny), podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu. Najważniejsze z nich to grubość czerniaka w klasyfikacji Breslowa (określana w milimetrach), obecność lub brak owrzodzenia oraz margines, z jakim ten guz został wycięty.

## 4 POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE

Jeżeli został u pacjenta rozpoznany czerniak skóry, to chory powinien trafić do chirurga onkologa, najlepiej do ośrodka onkologicznego. Tam powinna być przeprowadzona dalsza diagnostyka i leczenie. Sposób leczenia czerniaka zależy od stopnia zaawansowania nowotworu. Podstawowe badania obrazowe to przede wszystkim ultrasonografia (USG) regionalnych węzłów chłonnych (w zależności od umiejscowienia zmiany pierwotnej jest to USG pach, pachwin i szyi). Przed leczeniem powinno się wykonać tomografię komputerową klatki piersiowej oraz USG jamy brzusznej. W razie wątpliwości diagnostycznych wykonujemy badania tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, ewentualnie szyi, lub badanie PET – pozytonowa tomografia emisyjna (kombinacja badania tomografii komputerowej z badaniem izotopowym). W przypadku wczesnych czerniaków skóry nie ma konieczności wykonywania rutynowych badań obrazowych. Jak zostało to wcześniej opisane, istotnych informacji dostarcza nam badanie mikroskopowe guza. Należy zbadać chorego celem wykluczenia lub potwierdzenia ewentualnych przerzutów choroby. Jeżeli przerzutów nie ma, to nasze postępowanie ogranicza się do wycięcia blizny i ewentualnie wykonania biopsji (wycięcia) węzła wartowniczego. Węzeł wartowniczy to taki węzeł chłonny, który jako pierwszy odbiera chłonkę z danego obszaru ciała. W tym



węzle chłonnym mogą jako pierwsze pojawić się przerzuty czerniaka. Wycięcie węzła wartowniczego ma na celu poszukiwanie przerzutów niewidocznych w badaniach obrazowych – USG, tomografii komputerowej czy też badaniu PET. Nie wszyscy chorzy wymagają wykonania biopsji węzła wartowniczego. Jeżeli czerniak jest wykryty wcześniej, grubość zmiany wg skali Breslowa nie przekracza 0,8 mm i nie jest to zmiana owrzodzona, to nie ma potrzeby wycinania węzła wartowniczego. Postępowanie ogranicza się do wycięcia blizny po czerniaku. Taki zabieg można wykonać ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Tryb postępowania zależy od preferencji pacjenta, chirurga oraz chorób współistniejących u leczonego.

Biopsja węzła wartowniczego jest procedurą bardziej skomplikowaną. Jej wykonanie odbywa się w szpitalu. Przed zabiegiem w okolicę blizny po wyciętym czerniaku podawane są izotop (najczęściej promieniotwórczy technet) oraz barwnik. Izotop i barwnik przemieszczają się do węzłów chłonnych. Węzły chłonne wychytujące izotop i barwnik to węzły wartownicze. Zadaniem chirurga jest ich znalezienie i wycięcie. Liczba wyciętych węzłów wartowniczych bywa różna, najczęściej od jednego do kilku. Promieniowanie emitowane przez izotop jest znikome, nie zagraża zdrowiu ani życiu pacjenta oraz kontaktujących się z nim osób. Barwnik może powodować reakcje uczuleniowe, a także pozostawić tatuaż w miejscu podania. Oba znaczniki podawane są w postaci zastrzyków.

Węzły wartownicze oraz wyciętą bliznę poddaje się badaniu histopatologicznemu. Po około dwóch tygodniach pacjent otrzymuje wynik badania. Zarówno wynik badania blizny, jak i węzła mają wpływ na dalsze leczenie. Jeżeli w wyciętej bliznie oraz węzłach wartowniczych nie ma komórek czerniaka, to taki pacjent nie wymaga dalszego leczenia chirurgicznego.

Jeżeli wynik badania mikroskopowego wykaże komórki czerniaka w węzle wartowniczym, to należy rozważyć wycięcie układu chłonnego (limfadenektomię) okolicy, z której pobrany był węzeł wartowniczy z przerzutem czerniaka. Wycięcie układu chłonnego to zabieg wykonywany w warunkach szpitalnych. Jeżeli była to pachya, wykonuje się wycięcie układu chłonnego pachy, jeżeli pachwina – to układu chłonnego pachwiny, jeśli szyja – układu chłonnego szyi. Gdy blizna zawierała komórki czerniaka, ale zostały one wycięte z marginesem, nie ma potrzeby dalszego poszerzania marginesu.

Wycięcie układu chłonnego wiąże się z ryzykiem powikłań. Najbardziej niepożądanym z nich jest obrzęk limfatyczny kończyny. Wycinając węzły chłonne pachy, należy liczyć się z obrzękiem kończyny górnej (ręki). Jeżeli wycinamy węzły pachwinowe, istnieje ryzyko powstania obrzęku limfatycznego kończyny dolnej (nogi). Oczywiście każdy zabieg operacyjny związany jest również z różnymi innymi powikłaniami. Odpowiednia technika operacyjna oraz kwalifikacja anestezjologiczna chorego pozwala minimalizować ryzyko powikłań.

Rezygnując z wycinania układu chłonnego po biopsji węzła wartowniczego, który zawierał komórki przerzutowe czerniaka, należy mieć świadomość, że w pozostałych węzłach chłonnych także mogą znajdować się komórki czerniaka, a to może spowodować nawrót choroby w węzłach chłonnych. Brak limfadenektomii w takiej sytuacji wymaga wykonywania regularnie co 4 miesiące USG węzłów chłonnych.

Inaczej sytuacja wygląda, gdy po wycięciu czerniaka stwierdza się przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych (w badaniu fizykalnym, USG, tomografii komputerowej czy badaniu PET).



W celu potwierdzenia podejrzeń musi zostać wykonana biopsja węzłów chłonnych, najczęściej pod kontrolą USG. Jeżeli zostaną potwierdzone przerzuty czerniaka do regionalnych węzłów chłonnych przy braku innych miejsc podejrzanych o przerzuty czerniaka, powinno się wtedy wyciąć układ chłonny tej okolicy, gdzie umiejscowione są zmienione przerzutowo węzły chłonne. Przy przerzutach do węzłów chłonnych pachy wycinany jest układ chłonny pachy, przy przerzutach w pachwinie – układ chłonny pachwinowo-biodrowy, w przypadku przerzutów do szyi – układ chłonny szyi. Jeżeli natomiast ognisk przerzutowych czerniaka jest więcej, w pierwszej kolejności trzeba zastanowić się nad wdrożeniem leczenia systemowego.

Po leczeniu chirurgicznym przerzutów do węzłów chłonnych należy rozważyć kwalifikację chorego do systemowego leczenia uzupełniającego (leczenie celowane lub immunoterapia).

Rzadszymi sytuacjami klinicznymi są pojedyncze, policzalne zmiany przerzutowe. Wtedy także powinno się rozważyć chirurgiczne wycięcie takich zmian.

Nawroty czerniaka po leczeniu w bliznie po pierwotnie wyciętej zmianie oraz w okolicy tej blizny, jeżeli jest to technicznie możliwe, także powinno się kwalifikować do chirurgicznego usunięcia. Mnogie nawroty miejscowe można leczyć metodami ablacyjnymi (niszczenie guza metodami fizycznymi lub immunoterapią), a mnogie nawroty na kończynach – wykonując perfuzję chemioterapeutyku w chorej kończynie.

Po przebytych leczeniu pacjent wymaga regularnych kontroli, ponieważ może dojść do nawrotu choroby. W przypadku czerniaka obecnie dysponujemy metodami leczniczymi, dzięki którym możliwe jest usunięcie nawrotowego nowotworu

w taki sposób, aby wyleczyć chorego lub wydłużyć mu życie. Kontrole pacjenta po leczeniu ustala się indywidualnie. Wpływ na to ma zaawansowanie czerniaka. Zwykle przez pierwsze dwa lata wizyty odbywają się co 3-6 miesięcy, po dwóch latach co 6 miesięcy, a po pięciu latach co rok. Lekarz ocenia stan ogólny pacjenta, skórę, okolice blizny i regionalne węzły chłonne. W zależności od zaawansowania choroby wykonuje się badania obrazowe: USG regionalnych węzłów chłonnych, RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej. Opcjonalnymi badaniami są tomografia klatki piersiowej, PET oraz rezonans magnetyczny.



## NOTATKI

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## NOTATKI

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**W TROSCE  
O PACJENTA**

 **NOVARTIS**

Novartis Poland Sp. z o.o., ul. Marynarska 15, 02-674 Warszawa  
tel.: +48 22 375 48 88, fax: +48 22 375 47 00, e-mail: kontakt.polska@novartis.com

PL1910742863 10/2019