

CZERNIAK SKÓRY

Czerniak skóry jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z melanocytów — komórek znajdujących się w warstwie podstawnej naskórka i wytwarzających melaninę.

Zdecydowana większość czerniaków rozwija się w skórze, ale można je spotkać także na powierzchni śluzówek i w innych miejscach, na przykład w gałce ocznej.

Czerniak rozwija się najczęściej u dorosłych osób i w 50% powstaje na obszarach skóry niezmienionej.

Wczesne objawy w znamionach, które mogą sugerować przemianę złośliwą, dotyczą:

- ✓ ciemnego i/lub zróżnicowanego zabarwienia
- ✓ swędzenia
- ✓ powiększenia
- ✓ rozwoju ognisk satelitarnych
- ✓ owrzodzenie i krwawienie należą do późnych objawów.

Czerniak u kobiet pojawia się częściej na kończynach, a u mężczyzn — na tułowie lub głowie i szyi, ale może również powstać w każdym innym miejscu.

Czerniak jest nowotworem bardzo groźnym, mało przewidywalnym i często o złym rokowaniu. Mimo tej złej reputacji wczesne postaci, gdy są leczone prawidłowo, rokują bardzo dobrze. Wczesne rozpoznanie i miejscowe wycięcie czerniaka skóry w warunkach ambulatoryjnych jest postępowaniem z wyboru, dającym największe szanse na wyleczenie. Rozpoznanie czerniaka skóry we wczesnym okresie zapewnia niemal 100% wyleczeń. Rokowanie w czerniaku skóry zależy od czynników klinicznych, histologicznych i lokalizacji anatomicznej.

Zidentyfikowano wiele czynników ryzyka zachorowania na czerniaka skóry. Można je podzielić na cztery kategorie:

- ✓ Środowiskowe
- ✓ Genetyczne
- ✓ Immunosupresyjne
- ✓ przebyte zachorowanie na czerniaka skóry.

Powszechnie uważa się, że ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe jest zasadniczym czynnikiem w etiologii czerniaka skóry. Wiedza na temat precyzyjnej kolejności wydarzeń, które prowadzą do powstania nowotworu, jest niepełna. Rola promieni słonecznych nie jest jednoznaczna. Czerniak skóry jest najbardziej rozpowszechniony w rejonach subtropikalnych Australii, zamieszkiwanych przez imigrantów celtyckich. W Meksyku i Arizonie wzrost zachorowań występuje wśród ludności napływowej z północnych części Europy. Interesujące są wyniki badań szkockich, które wykazały, że wzrost częstości zachorowań osiągnął plateau wśród kobiet, podczas gdy u mężczyzn nadal utrzymuje dotychczasową dynamikę. Zachorowalność wśród kobiet jest 2-krotnie większa niż u mężczyzn, chociaż w okolicach o największej zapadalności (Australia) nie stwierdza się istotnych różnic w zależności od płci. Odwrotnie niż większość nowotworów, czerniak złośliwy jest rozpowszechniony wśród ludności o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym, co wiąże się z częstszym korzystaniem z rekreacji na słońcu przez tę grupę. Melanina tworzy efektywną barierę chroniącą przed słońcem i dlatego czerniak u osób czarnoskórych należy do rzadkości.

Nowotwór ten rzadko pojawia się w okolicach nieeksponowanych na promienie słoneczne. Udowodniono, że miejsca oparzeń słonecznych w dzieciństwie mają szczególne powinowactwo do rozwoju czerniaka w późniejszych latach. Istnieje również korelacja pomiędzy częstością występowania czerniaka a okresową intensywną ekspozycją na słońce fragmentów skóry, w której został on zlokalizowany. Uważa się, że uwalnianie do atmosfery chlorfluorokarbonu spowodowało zmniejszenie warstwy ozonu, która tworzyła do tej pory wokół kuli ziemskiej płaszcz nieprzepuszczalny dla promieniowania ultrafioletowego B. Promieniowanie o tej długości fal (290–320 nm) jest zasadniczo odpowiedzialne za wywoływanie zmian skórnych, takich jak czerniaki i raki skóry. Promieniowanie ultrafioletowe A (320–400 nm) jest mniej niebezpieczne. Ultrafiolet C (200–280 nm) nie stanowi zagrożenia, ponieważ jest w całości absorbowany przez zmniejszoną warstwę ozonu.

Nadmierne korzystanie z solariów i innych sztucznych lamp opalających również jest niebezpieczne.

Gdy nadmierna ekspozycja na UV wiąże się z innymi czynnikami ryzyka, takimi jak obecność czerniaka skóry wśród członków rodziny, jasna cera, obecność licznych atypowych znamion — ryzyko zachorowania wyraźnie wzrasta. Na przykład: jasny blondyn nie należy do grupy zwiększonego ryzyka tak długo, jak jego skóra nie zostanie poddana intensywnemu opalaniu.

Całkiem liczna grupa czerniaków powstaje także w miejscach nieeksponowanych na promienie słoneczne.

Dziedziczność również może tutaj odgrywać istotną rolę. Dziedziczenie skłonności do zachorowania na czerniaka skóry jest znacznie bardziej skomplikowane i w żadnym przypadku nie można mówić o nosicielstwie jakiegoś pojedynczego genu. W niektórych rodzinach z licznymi czerniakami skóry stwierdzono mutację genu CDKN2A. Liczba wykrywanych genów rośnie. Ocenia się, że 5–10% osób z czerniakiem skóry ma bliskich krewnych (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie), u których stwierdzono ten nowotwór. Ryzyko zachorowania wrasta z liczbą krewnych, nawet dalszych, u których stwierdzono czerniaka skóry.

Wyniki badań wskazują na związek zachorowania na czerniaka skóry, jeżeli osoba posiada więcej niż 50 znamion, znamię atypowe czy też duże wrodzone znamię. Ocenia się, że 2–4% białej populacji posiada jedno znamię dysplastyczne. Występuje ono najczęściej na skórze czaszki, okolicy łonowej, skórze piersi. Typowe znamię dysplastyczne to uniesiony brązowy pieprzyk o średnicy 5–12 mm z nieregularnymi, słabo zaznaczonymi granicami. Znamię dysplastyczne może być jasno- lub ciemnobrązowe, a nawet może przyjmować barwę różową. Znamię to może występować w każdym miejscu ciała. Niektórzy ludzie mogą mieć powyżej 100 znamion o zróżnicowanym obrazie histologicznym.

Kolor skóry, włosów i oczu bez wątpienia wiąże się z większym ryzykiem zachorowania:

- ✓ jasna skóra
- ✓ blond lub rude włosy
- ✓ niebieskie, zielone czy szare oczy
- ✓ nadwrażliwość na promieniowanie UV (dochodzi do oparzeń, a nie do opalania)
- ✓ tendencja do powstawania piegów

Zachorowaniem na czerniaka skóry najbardziej zagrożona jest osoba, u której stwierdza się jeden lub więcej czynników genetycznych, narażona na promieniowanie UV.

Profilaktyka pierwotna polega przede wszystkim na unikaniu nadmiernego, celowego opalania. Solaria i różnego rodzaju lampy opalające również są niebezpieczne, ponieważ także emitują promieniowanie UV.

Dobra radą jest unikanie słońca w godzinach 11–16. Należy stosować kremy ochroniające z SPF (sun protection factor) powyżej 15. Krem ochronny nie pozwala na wydłużenie czasu przebywania na słońcu. Chroni on przed poparzeniem, ale nie przed niebezpiecznymi promieniami UV. Większą ochronę dają kremy, które zawierają mieszankę kilku różnych filtrów (mineralne i chemiczne). Przy dużym nasłonecznieniu należy używać odzieży ochronnej i koniecznie zwrócić uwagę na zabezpieczenie twarzy (uszy, okolice oczu). Dotyczy to zwłaszcza osób z czynnikami ryzyka. Każdy członek rodziny obciążony takimi czynnikami powinien systematycznie badać, oglądać swoje ciało i w przypadku najmniejszych wątpliwości zgłosić się do lekarza. Także osoby z licznymi znamionami powinny poddawać się badaniom kontrolnym.

Na podstawie cech klinicznych i patologicznych rozróżnia się 4 typy czerniaka skóry; są nimi:

- czerniak szerzący się powierzchownie (superficial spreading melanoma);
- czerniak guzowaty (melanoma nodulare);
- czerniak z plamy soczewicowatej (lentigo maligna melanoma);
- czerniak dłoni i stóp, w tym podpaznokciowy (acral lentiginous melanoma).

Opracowano na podstawie: „Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych”, Warszawa, styczeń 2009, www.puo.pl