

# Maligní melanom – diagnostika a léčba

## Informace pro pacienty

---

Adoptovaný/adoptovaný doporučený postup

*Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms (anglická verze Malignant Melanoma: Guideline for the Diagnosis, Therapy and Follow-Up, 2019, verze 3.2)*

Autoři: Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc, MBA, FCMA (garant);  
(pracovní tým) Prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D., MUDr. Marek Pásek, doc. MUDr.  
Jana Prausová, Ph.D., MBA, doc. MUDr. Renata Soumarová, Ph.D., MBA;  
(metodický tým) Ing. Mgr. Tereza Vrbová, Ph.D.; Mgr. Pavla Drapáčová  
Verze: 3.0  
Datum: 13. 12. 2022

## Informace pro pacienty

---

Maligní melanom vzniká nádorovým množením melanocytů – buněk tvořících pigment. Jedná se o rakovinu s nejrychleji vzrůstajícími počty nových případů na světě. Počet onemocnění maligním melanomem se každých deset let zdvojnásobí.

Průměrný věk pacienta s melanomem při stanovení první diagnózy je 56 let, obě pohlaví jsou postižena přibližně stejně, ale u žen se s onemocněním setkáváme v nižším věku. Různé prameny z literatury uvádí vznik melanomu v 30–70 % případů na podkladě pigmentového névu, zbytek na zdravé kůži. V problematice onemocnění hraje roli genetická dispozice, velké vrozené névy nebo dysplastické névy, imunosuprese a UV záření. Předpokládá se, že na vzniku melanomu se podílí nejen UVB, ale i UVA záření.

Podezřelý projev by měl být vyšetřen dermatoskopicky. Ruční dermatoskop připomíná osvětlenou lupu, která ale umožňuje přímý kontakt optiky přístroje s kůží přes rozhraní imerzního oleje nebo například i vody. Odstraní oslnění lékaře z odrazu z rohové vrstvy, a tudíž umožní vyšetřit struktury v hlubších vrstvách. Zvětšení je u ručních přístrojů 10x, u digitálních i více. Používání dermatoskopu ale vyžaduje speciální důkladné odborné školení, aby byl lékař schopen rozeznat charakteristické struktury, které mu pomohou upřesnit diagnózu.

Při podezření na maligní melanom by se nikdy neměla provádět biopsie z léze, tedy vyříznout jen část nádoru. Zvažuje se totiž riziko rozšíření maligních buněk do krevního a lymfatického oběhu a okolních tkání. Výjimkou jsou velké pigmentové névy v nepřístupných lokalizacích a rozsáhlé projevy na chirurgicky komplikovaných oblastech. Někdy se hovoří o takzvané bioptické excizi. Tím se ale nemyslí částečné vyříznutí nádoru, ale jeho celkové odstranění s malým bezpečnostním lemem, který se v případě potvrzení diagnózy příslušně rozšíří podle tloušťky melanomu a zároveň se odstraní spádová uzlina. Pokud by se hned na začátku provedla široká excize, tedy vyříznutí s velkým bezpečnostním lemem, mohlo by to ztížit následné hledání příslušné sentinelové uzliny, tedy nejbližší spádové mizní uzliny.

I ve specializovaných melanomových ambulancích za použití dermatoskopie nebo digitální dermatoskopie se přesnost klinické diagnostiky pohybuje okolo 90 až 95 %. Nejčastěji jsou jednotlivé typy melanomu zaměňovány u povrchově se šířícího melanomu (SSM) za atypický pigmentový névus, névus Spitzové, basaliom s pigmentem, černý histiocytom, pigmentovanou stařeckou bradavici, u nodulárního melanomu za bazaliom s pigmentem, modrý névus, pigmentovanou stařeckou bradavici, hemangiom z krevních cév, ve kterém se srazil krev, pyogenní granulom, u takzvaného lentigo maligna melanom za atypický pigmentový névus, plochou silně pigmentovanou stařeckou bradavici, bazaliom s pigmentem a u melanomu na akrech, tedy především na konci končetin za atypický pigmentový névus, krvácení do rohové vrstvy, kuří oko nebo virovou bradavici.

Léčbou první volby je vyříznutí nádoru s histologickým mikroskopickým vyšetřením odebraného vzorku a následný ochranný lem mezi 0,5–2 cm podle tloušťky nádoru. Při nálezů nádorových buněk v nejbližší spádové (sentinelové) mizní uzlině se dnes už díky možnostem další léčby radikální lymfadenektomie, tedy chirurgické vynětí všech uzlin v příslušné oblasti, neprovádí. Tento výkon je indikován jen při hmatných nádorově změněných spádových mizních uzlinách.

Podezřelé mateřské znaménko, které by mohlo být maligním melanomem, by se nemělo nikdy odstraňovat laserem nebo zmrazením, tedy metodami, které neumožňují mikroskopické histologické vyšetření.

Pacienti v pokročilejších stádiích onemocnění (stadium IIB–IIID) jsou dnes léčeni adjuvantní imunoterapií nebo další cílenou léčbou. Především to platí pro stadia IIIB–IIID, kde je síla doporučení nejvyšší.

Pro stadia IB–IIA se dnes v tomto ohledu stále ještě zkoumají klinická data.

Pacienti s pokročilým metastatickým melanomem jsou zpravidla léčeni moderní imunoterapií nebo další cílenou léčbou samostatně, ve vzájemné kombinaci nebo s cíleným ozářením především mozkových metastáz. Cytostatická terapie, která byla dříve léčbou volby, se dnes používá zcela výjimečně.

**Kompletní klinický doporučený postup pro Maligní melanom – diagnostika a léčba je dostupný [zde](#).**