

# 4% 5-fluoruracil v léčbě aktinické keratózy vertexu

MUDr. Andrea Kohutová

Kožní oddělení Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařské fakulty Ostravské univerzity

Popisujeme kazuistiku lokální aplikace 5-fluoruracilu na aktinické keratózy vertexu u 77letého pacienta. Aktinická keratóza je velmi častá diagnóza, se kterou se v běžné praxi setkáváme, jedná se o epiteální tumor, kožní prekancerózu, ze které se může vyvinout spinocelulární karcinom, a proto je léčba aktinické keratózy důležitá.

**Klíčová slova:** aktinická keratóza, 5-fluoruracil.

## 4% 5-Fluoruracil in cream for the treatment of actinic keratosis of the vertex

This case report focuses on the local application of 5-fluoruracil to actinic keratosis of the vertex with a 77 year-old patient. Actinic keratosis is a very common diagnosis frequently encountered in general practice. It is an epithelial tumor, a skin precancerous lesion, that can potentially develop into squamous cell carcinoma and therefore, the treatment of actinic keratosis is important.

**Key words:** actinic keratosis, 5-fluoruracil.

## Definice

Aktinická keratóza (AK, solární keratóza, keratosis senilis) představuje UV indukovanou proliferaci atypických keratinocytů v epidermis. Pravděpodobnost, že se vyvine z aktinické keratózy spinocelulární karcinom je 1–2%. Klinicky se jedná o ohraničenou erytematoskvamózní lézi se zhrdněným povrchem a deskvamací. Aktinické keratózy bývají monohočetné i solitární. Diagnóza obvykle nečiní potíže. V diagnostice používáme zejména dermatoskopii, kdy dermatoskopický obraz nejčastěji připomíná svou strukturou a barvou jahodu („strawberry pattern“). U plochých, počínajících lézí, které jsou zprvu spíše hmatné než viditelné, nalézáme v dermatoskopu pouze tzv. červenou pseudosíť. Za hlavní rizikový faktor vzniku AK je považována chronická expozice slunečnímu záření (1, 2, 3).

Klinická klasifikace dle Olsen et al. (1991) je doporučený nástroj klasifikace podle stupně závažnosti jednotlivých lézí AK (4).

**Tab. 1.** Klasifikace dělí AK dle tloušťky lézí a stupně jejich hyperkeratózy (4)

Stupeň I	Stupeň II	Stupeň III
rovné, růžové léze bez známek hyperkeratózy, často lépe hmatné než viditelné	středně tlusté léze, snadno hmatné i viditelné	tlusté hyperkeratotické léze

## Popis případu

Pacient, 77letý muž, byl vyšetřen v kožní ambulanci pro svědivá a zhrdnělá ložiska ve kštici. V osobní anamnéze pacient udával chronickou prostatitidu, na kterou užíval lék ciprofloxacín, jinak byl zcela zdravý. Pacient ve volnočasových aktivitách chodil často po horách bez fotoprotekce a bez pokrývky hlavy. Před 3 lety se začala tvořit svědivá, drsná, malá ložiska ve kštici, která se během posledního roku zvětšila a změnila v červené léze.

Dle klinického a dermatoskopického nálezu (Obr. 1) byla stanovena diagnóza aktinické keratózy. Žádná z vícečetných lézí nejevila známky invaze do SCC, tudíž nebyl důvod k provedení probatorní excize. U pacienta byla započata lokální terapie 5-FU ve 4% krému. Pacientovi byla řádně vysvětlena aplikace

přípravku a byl upozorněn na rozvoj iritační reakce. Pacient aplikoval 5-FU 1× denně po dobu 4 týdnů. První kontrola proběhla za 4 týdny (Obr. 2) s viditelnou iritační reakcí. Druhá kontrola proběhla po 6 týdnech (Obr. 3), kdy došlo k úplné regresi kožního nálezu, kůže hlavy byla hladká, subjektivně byl pacient bez svědění a velmi spokojen. Pacient léčbu dobře toleroval, udával pouze větší svědění projevů a pnutí pokožky hlavy během léčby 5-FU. Další kontrola proběhla za 3 měsíce, kdy pacient byl stále bez recidivy AK. Pacient je nadále dispenzarizován na našem pracovišti a plánovaná kontrola je za 6 měsíců.

## Diskuze

Smyslem a cílem léčby je zabránění přechodu aktinické keratózy do invazivního