

nokarcinóm). Identický histopatologický obraz bol aj v nádorovom ložisku v pečeni. Pacientka mala neskôr potvrdené aj metastázy v pľúcach, nadobličkách a kostiach a mala indikovanú paliatívnu chemorádioterapiu. Druhý podobný prípad predstavovala 20-ročná žena, ktorá bola 2 roky klinicky manažovaná s hidradenitis suppurativa ľavého podpažusia s opakovanými incíziami a drenážami. Lézia postupne progredovala a nakoniec bola biopťovaná s diagnózou benígneho hidradenómu. Pacientka však mala potvrdené aj ložisko v pečeni, ktoré bolo histologizované s identickým nálezom ako v axilárnej mase. V ďalšej opakovanej resekcii axilárneho tumoru bol už potvrdený atypický tumor klasifikovaný ako hidradenokarcinóm. Pacientka mala ďalej diagnostikované metastázy v lymfatických uzlinách, nadobličkách a kostiach a taktiež mala zahájenú paliatívnu chemorádioterapiu. Obidve tieto práce poukazujú, že aj blandne vyzerajúci nádor imponujúci ako benígny hidradenóm sa môže správať veľmi agresívne, a to aj u mladých pacientov.

V súčasnosti neexistuje konzenzuálny algoritmus liečby hidradenokarcinómu kože, čo však všeobecne platí pre všetky malígne neoplázie kožných adnex. Prvou voľbou a zároveň najspolahlivejšou terapeutickou modalitou je kompletne chirurgické

Tab. 1. Sumarizácia publikovaných prípadov pacientov s hidradenokarcinómom vyrastajúcim v podpažusí

ref.	Vek	pohlavie	Lateralita	Veľkosť lézie	Trvanie	Metastázy
(10)	45 r.	Muž	vpravo	2 cm	neuveďené	nepotvrdené
(11)	50 r.	Muž	vľavo	6×6 cm	3 mesiace	nepotvrdené
(12)	50 r.	Muž	vľavo	7×5 cm	2 mesiace	nepotvrdené
(13)	71 r.	Muž	vľavo	1,5×1 cm	6 mesiacov	nepotvrdené
(14)	19 r.	Žena	vľavo	cca 10 cm	5 rokov	prítomné
(15)	20 r.	žena	vľavo	11×8,4×5,7 cm	2 roky	prítomné
náš prípad	51 r.	Muž	vpravo	1,5 cm	1 rok	nepotvrdené

odstránenie lézie. Patológ sa v biopťickom závere musí vyjadriť k vzdialenosti nádorových štruktúr od resekčného okraja (8). Pokiaľ tento rozmer nedosahuje 2–3 cm, potrebné je vykonať širšiu reexcíziu (2, 4, 8). Samozrejmosťou je revízia regionálnych lymfatických uzlín, avšak stále sa polemizuje ohľadom nutnosti ich disekcie, nakoľko jej prognostický benefit je zatiaľ nejednoznačný (4). Klinicky postihnuté lymfatické uzliny by mali byť exstirpované a miesto zároveň lokálne ožarované, zatiaľ čo pri klinicky nepostihnutých lymfatických uzlinách by mala byť alebo exstirpovaná sentinelova uzlina, alebo lokalita aspoň ožarovaná (2). Paliatívna rádioterapia (vysoké dávky 45–70 Gy) je voľba v prípade nemožného kompletného chirurgického odstránenia lézie a taktiež je na zváženie pri nepriaznivých histopatologických parametroch, ako sú pozitívne resekčné okraje, vaskulárna invázia, perineurálna či

intranerálna invázia, hlboká nádorová infiltrácia, bunková anaplázia a recidivujúce lézie (2, 4, 8). Benefit systémovej chemoterapie, či už samostatnej alebo kombinovanej s rádioterapiou ostáva zatiaľ otázný (2, 4). Potenciálnou terapeutickou modalitou metastázujúceho hidradenokarcinómu je aj cieľená liečba Herceptínom (2).

Záver

Hidradenokarcinóm kože je považovaný za nádor s agresívnym biologickým správaním. Vzhľadom na svoju raritnosť predstavuje v onkodermatologickej praxi diagnostickú a terapeutickú výzvu. Klinicky často pripomína benígnu kožnú léziu, v dôsledku čoho môže ostať dlho nerozpoznaný. Včasná diagnostika a kompletne chirurgické odstránenie tumoru so širokými resekčnými okrajmi sú kritické pre ďalšiu prognózu. Pacienti musia byť dlhodobo klinicky sledovaní.

LITERATÚRA

- Adamicová K, Fetisovová Ž, Mellová Y, et al. Diagnostika adnexálnych tumorov kože. Čes-slov Patol. 2006;42(2):42-51.
- Soni A, Bansal N, Kaushal V, et al. Current management approach to hidradenocarcinoma: a comprehensive review of the literature. Ecancermedicallscience. 2015;9:517.
- Gao T, Pan S, Li M, et al. Prognostic analysis of hidradenocarcinoma: a SEER-based observational study. Ann Med. 2022;54(1):454-463.
- Gauerke S, Driscoll JJ. Hidradenocarcinomas: a brief review and future directions. Arch Pathol Lab Med. 2010;134(5):781-785.
- Kazakov DV, Ivan D, Kutzner H, et al. Cutaneous hidradenocarcinoma: a clinicopathological, immunohistochemical, and molecular biologic study of 14 cases, including Her2/neu gene expression/amplification, TP53 gene mutation analysis, and t(11;19) translocation. Am J Dermatopathol.

2009;31(3):236-247.

- Cardoso JC, Calonje E. Malignant sweat gland tumours: an update. Histopathology. 2015;67(5):589-606.
- Nazarian RM, Kapur P, Rakheja D, et al. Atypical and malignant hidradenomas: a histological and immunohistochemical study. Mod Pathol. 2009;22(4):600-610.
- Plachta I, Kleibert M, Czarnecka AM, et al. Current diagnosis and treatment options for cutaneous adnexal neoplasms with apocrine and eccrine differentiation. Int J Mol Sci. 2021;22(10):5077.
- Divišová B, Cetkovská P, Pizinger P. Nejčastější maligní epitelové kožní nádory. Onkologie. 2010;4(4):230-232.
- Liapakis IE, Korkolis DP, Koutsoumbi A, et al. Malignant hidradenoma: A report of two cases and review of the literature. Anticancer Res. 2006;26(3B):2217-2220.

11. Singal R, Garg LN, Pande P, et al. Giant axillary swelling along with multiple ulcers: Primary malignant adnexal tumor - A rare distinct clinicopathologic entity. J Cancer Res Arch Therapeutics. 2011;7(3):379-381.

12. Pandey P, Dixit A, Chandra S, et al. Cytological features of malignant eccrine acrospiroma presenting as a soft tissue mass axilla: A rare sweat gland tumor with histologic correlation. Int J App Basic Med Res. 2015;5(2):145-148.

13. Johnson EP, Keyes J, Zayat V, et al. Malignant hidradenocarcinoma of the axilla. Cureus. 2020;12(2):e7091.

14. Moore JA, Cui S, Berger N, et al. Hidradenocarcinoma: a rare but challenging diagnosis. Clin Imaging. 2021;75:138-142.

15. Williams A, Clemen B, Iyer RI, et al. Rarely seen accelerated progression of hidradenitis suppurativa. J Clin Images Med Case Rep. 2021;2(3):1129.