

**ZALECENIA**  
**KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**  
**ORAZ**  
**POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**  
**W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHORYCH**  
**NA CZERNIAKI**

**REKOMENDACJE OGÓLNE**

Zaleca się aby chorzy na czerniaka byli leczeni wyłącznie w specjalistycznych ośrodkach referencyjnych lub w jednostkach z dużym doświadczeniem w których jest leczonych minimum 50 chorych na czerniaka rocznie. Leczenie chorych na czerniaka powinien prowadzić specjalista chirurgii onkologicznej. Leczenie chorych na czerniaka ma charakter wielodyscyplinarny.

Ośrodki medyczne wykonujące procedury diagnostyczno-terapeutyczne powinny mieć następujące możliwości:

**ORGANIZACYJNE**

Pracownię histopatologiczną w miejscu;  
Zakład medycyny nuklearnej w miejscu;  
Zakład radioterapii w miejscu lub umowa z ośrodkiem zewnętrznym;  
Możliwość wykonania dermatoskopii i badania USG w miejscu;  
Możliwość wykonania procedury biopsji węzła wartowniczego w miejscu oraz jego oceny histopatologicznej;  
Możliwość wykonania scyntygrafii, TK, PET-TK w miejscu lub na podstawie umowy z ośrodkiem zewnętrznym.  
Możliwość wykonania oznaczenia mutacji *BRAF* w miejscu lub na podstawie umowy z ośrodkiem zewnętrznym.

**MERYTORYCZNE**

**W zakresie diagnostyki**

W przypadku podejrzenia czerniaka skóry u każdego chorego powinno się:

1. Wykonać biopsję wycinającą zmiany podejrzonej, przeprowadzoną zgodnie z rekomendacjami;
2. U każdego chorego z potwierdzonym histopatologicznie czerniakiem należy wykonać USG regionalnych węzłów chłonnych z ewentualną weryfikacją BAC węzłów podejranych o przerzuty.
3. W stopniu zaawansowania TNM IIIB/C i wyższym przed każdorazowym leczeniem chirurgicznym należy oznaczyć LDH oraz rozważyć wykonanie badania PET

### **W zakresie leczenia**

A. W przypadku histologicznego rozpoznania czerniaka po biopsji wycinającej należy poszerzyć zabieg pierwotny poprzez wycięcie blizny z marginesem niezmienionej skóry; szerokość poszerzenia wycięcia zależy od lokalizacji zmiany oraz głębokości naciekania wg Breslowa.

B. W przypadku:

- potwierdzenia przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych należy wykonać limfadenektomię;
- braku takiego podejrzenia i gdy grubość nacieku wg Breslowa wynosi powyżej 1 mm należy wykonać biopsję węzła wartowniczego, a decyzję o uzupełniającej limfadenektomii uzależnić od ewentualnej obecności przerzutu w węzle wartowniczym; biopsję węzła wartowniczego należy także wykonać w przypadku czerniaków >0,8 mm jeśli współwystępują inne czynniki ryzyka (m.in. owrzodzenie, liczba mitoz >1/mm<sup>2</sup>).

C. U chorego po terapeutycznej limfadenektomii charakteryzującego się dużym ryzykiem nawrotu regionalnego należy rozważyć leczenie uzupełniające.

D. W przypadku izolowanych przerzutów odległych (np. w tkance podskórnej, węzłach chłonnych, tkankach miękkich, narządach jamy brzusznej, płucu, mózgu) należy rozważyć leczenie operacyjne (z założeniem całkowitego usunięcia zmian przerzutowych) .

E. W przypadku nieresekcyjnych przerzutów należy rozważyć zastosowanie leczenia systemowego lub kwalifikację chorego do badań klinicznych.

F. W przypadku potwierdzenia przerzutów odległych czerniaka należy wykonać oznaczenie mutacji *BRAF*.