

Vzhledem k vzácnému výskytu jsou dostupné zahraniční zdroje ve formě kazuistik a menších souborů pacientů. Největší soubor, celkem 38 pacientů, prezentoval Zhang et al. (2019), který srovnává klinické a patologické charakteristiky pacientů s BLT. Společné histologické rysy byly acantóza, hyper- a parakeratóza, keratinové cysty a přítomnost neutrofilní zánětlivé odpovědi. Dyskeratóza a keratinové cysty mohou sloužit k odlišení od klasických condylomat, u kterých se tyto znaky běžně nevyskytují (7).

Z histologického hlediska je přesná terminologie i nadále diskutovaná. BLT byl dříve klasifikován jako podskupina verukózního karcinomu. Na rozdíl od BLT je ale verukózní karcinom pokládán za lézi nesusouvisející s HPV infekcí. Buňky verukózního karcinomu také postrádají maligní atypie, nejsou přítomné koilocyty a je patrná jasná hranice mezi nádorem a zdravou tkání (tzv. pushing borders). Následně byl pro společnou HPV indukovanou onkogenezi zařazován do podskupiny kondylomatózní (warty) varianty dlaždicobuněčného karcinomu penisu. I ve srovnání s warty variantou lze v histologickém obraze pozorovat několik odlišností (umístění koilocytů, rozhraní tumor/stroma) (7). Dle WHO histopatologické klasifikace z roku 2016 a dle EAU (European Association of Urology) guidelines z roku 2020 je BLT premaligní HPV indukovanou kožní lézí s rizikem maligní transformace. Léčit by se měl jako dobře diferencovaný dlaždicobuněčný karcinom (3, 6).

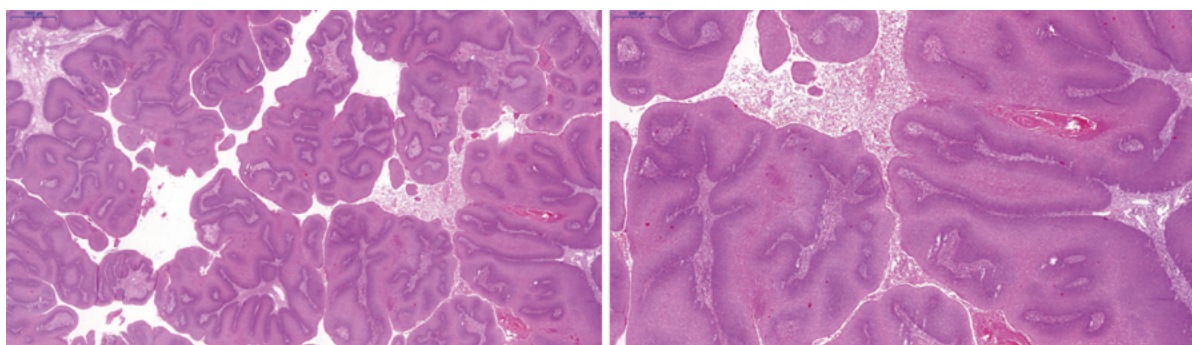
U BLT je přítomná mikroinvazivní komponenta u poloviny případů, která koreluje s přítomností high-risk HPV virů (7). Především u invazivního BLT jsou pak

přítomné atypické mitózy a ložiska mikroabscesů v povrchových vrstvách (7). U prezentovaného pacienta byl přítomný invazivní růst i přes low-risk HPV infekci, v histologickém obraze nadále typické struktury koilocytů, mikroabscesů, ložiska para- i hyperkeratózy.

Zlatý standard léčby BLT představuje kompletní excize ložiska. I přes kompletní odstranění dochází k recidivě onemocnění v průběhu sledování u 23–60 % pacientů (7).

Radikální excize je pro svou lokalitu a rozsah mutilujícím výkonem, rizikovým pro často morbidní pacienty s komplikovaným hojením. K dispozici jsou další méně invazivní techniky léčby BLT, které mají své omezené místo u lézí menších velikostí nebo u vysoce rizikových nemocných, nicméně za cenu výrazně nižší lokální kontroly. Mezi tyto modalitty patří ablační techniky (elektrokoagulace, laserová ablace) a topická aplikace látek, jako podofylin, imiquimod, 5-fluorouracil (5, 9). U polymorbidních pacientů a při anatomicky méně přístupných lokalizacích lze ablační techniky využít s vědomím vyššího rizika recidiv (8). Topicky aplikované látky lze pro jejich schopnost penetrovat kožní bariérou a způsobovat systémové nežádoucí účinky, použít jen u lézí menších velikostí s variabilním efektem. Podofylin se svými cytotoxickými účinky lze aplikovat na plochu o maximální velikosti 10 cm² a 5-fluorouracil na plochu maximálně 25 cm² (8).

Zevní aktinoterapie prokázala svou účinnost u některých pacientů s vědomím zvýšeného rizika transformace v anaplastický typ karcinomu (6). Systémová chemoterapie (5-fluorouracil a cis-platina) v kombinaci se zevním ozářením měla v několika



Obr. 3. Objemná papilárně uspořádaná exofytická léze s low-grade morfologií a prominujícími fibrovaskulárními papilami, tzv. „pushing“ bází

Fig. 3. Exophytic papillary lesion of low grade morphology with prominent fibrovascular papillae, so called „pushing borders“