



Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος: Τι αλλάζουν οι νέες Ευρωπαϊκές οδηγίες 2026

Κλειώ Δεσινιώτη

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, 1η Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Cutaneous squamous cell carcinoma: Updates in the European guidelines version 2026

Clio Dessinioti

Dermatologist, Clinical Fellow, 1st Dermatology Department, University of Athens, "Andreas Syggros" Hospital

Το διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος (ΑΚΚ) αποτελεί μία από τις συχνότερες κακοήθειες και τη δεύτερη συχνότερη μορφή καρκίνου του δέρματος μετά το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα. Η γήρανση του πληθυσμού, η αυξημένη έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία και η ύπαρξη ανοσοκατεσταλμένων πληθυσμών αποτελούν βασικούς παράγοντες που συνεισφέρουν στην αυξανόμενη επίπτωση του ΑΚΚ.

Οι Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και θεραπεία του ΑΚΚ εκδόθηκαν πρώτη φορά το 2015 με την οργάνωση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Δερματο-Ογκολογίας (European Association of Dermato-Oncology) με συγγραφείς τους Stratigos et al. Έκτοτε, γίνεται τακτική επικαιροποίησή τους με βάση τις νεότερες μελέτες, μέσα από ένα ευρύ δίκτυο διεπιστημονικής συνεργασίας με άλλες εταιρείες συμπεριλαμβανομένων της European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), της Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), European Dermatology Forum (EDF), και της European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO). Οι Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες 2026 παρέχουν στον γιατρό τη γνώση και τις πρακτικές συστάσεις ως εργαλεία που θα δομήσουν μια ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση για τους ασθενείς με ΑΚΚ.^{1,2}

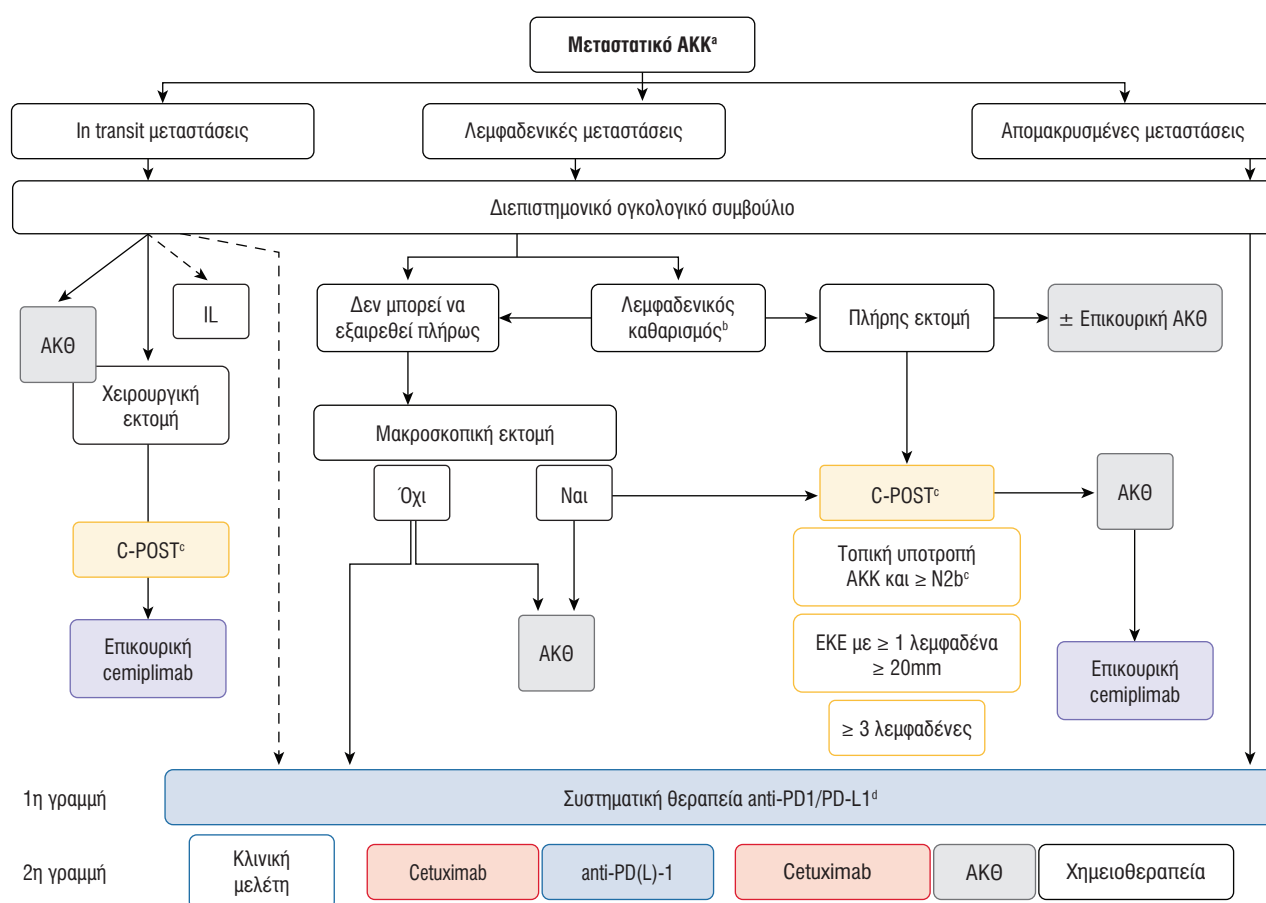
Ένα από τα σημαντικά νέα στοιχεία είναι η αναθεώρηση της ταξινόμησης του ΑΚΚ. Οι όροι «χαμηλού κινδύνου» και «υψηλού κινδύνου» χρησιμοποιούνται με μεγαλύτερη ακρίβεια, ενώ προτείνεται και μία νέα λειτουργική κατηγοριοποίηση των «δύσκολα αντιμετωπίσιμων» όγκων (difficult-to-treat CSCC). Η νέα αυτή προσέγγιση αναγνωρίζει ότι η πολυπλοκότητα ενός όγκου δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη μεταστατική του δυνατότητα, αλλά και από χαρακτηριστικά όπως η ανατομική εντόπιση, η πολλαπλότητα των βλαβών, οι συνυπάρχουσες νόσοι ή η λειτουργική επιβάρυνση που μπορεί να προκαλέσει η θεραπεία. Η έννοια αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική στην καθημερινή πρακτική, όπου συχνά καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε ηλικιωμένους ή εύθραυστους ασθενείς με εκτεταμένους ή υποτροπιάζοντες δερματικούς όγκους.

Η χειρουργική εξαίρεση εξακολουθεί να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για την πλειοψηφία των πρωτοπαθών ΑΚΚ και η επίτευξη καθαρών (αρνητικών) ιστολογικών χειρουργικών ορίων παραμένει ο σημαντικότερος θεραπευτικός στόχος. Για όγκους χαμηλού κινδύνου προτείνονται χειρουργικά όρια 4–6 mm, ενώ για όγκους υψηλότερου κινδύνου απαιτούνται ευρύτερα όρια ή μικρογραφικά ελεγχόμενη χειρουργική τεχνική, όπως η μικροχειρουργική Mohs. Η δυνατότητα της πλήρους παθολογοανατομικής αξιολόγησης

των περιφερικών και εν τω βάθει χειρουργικών ορίων συντελεί σε υψηλότερα ποσοστά ίασης και στην καλύτερη διατήρηση της λειτουργικότητας και του αισθητικού αποτελέσματος.

Η ακτινοθεραπεία εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό θεραπευτικό εργαλείο, κυρίως σε ασθενείς που δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση ή όταν η εκτομή θα οδηγούσε σε σοβαρή λειτουργική ή αισθητική επιβάρυνση, ή για ασθενείς με όγκο που εξαιρέθηκε με θετικά ιστολογικά χειρουργικά όρια και δεν εφικτή η επανεκτομή.

Παρότι η πλειονότητα των περιπτώσεων χαρακτηρίζεται από εξαιρετική πρόγνωση μετά από έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία, ένα μικρότερο ποσοστό ασθενών αναπτύσσει τοπικά προχωρημένη ή μεταστατική νόσο, που μπορεί να σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Οι αποφάσεις αντιμετώπισης των ασθενών με προχωρημένο ΑΚΚ ή με ΑΚΚ υποψήφιο για επικουρική ανοσοθεραπεία θα πρέπει να συζητώνται και να λαμβάνονται σε ένα διεπιστημονικό Ογκολογικό Συμβούλιο. Για την συστηματική θεραπεία για ασθενείς με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό ΑΚΚ που δεν είναι υποψήφιοι για ριζική



ΕΙΚΟΝΑ 1 | Προτεινόμενος θεραπευτικός αλγόριθμος για τους ασθενείς με μεταστατικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος (ΑΚΚ). (Μετάφραση από τα Αγγλικά από: Stratigos AJ, Dessinioti C, Garbe C et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for invasive cutaneous squamous cell carcinoma. Part 2: Treatment– Update 2026. Eur J Cancer 2026;online ahead of print. © 2026 The Author(s). Published by Elsevier Ltd.)

^aΓια λεπτομερείς ενδείξεις και συστάσεις θεραπείας, ανατρέξτε στο σχετικό κομμάτι του κειμένου του πρωτότυπου αγγλικού άρθρου των κατευθυντήριων οδηγιών.

^bΛεμφαδενικός καθαρισμός σύμφωνα με τις ενδείξεις.

^cΣτην κλινική μελέτη C-POST trial, τα κριτήρια για το μεταστατικό ΑΚΚ σε υψηλό κίνδυνο υποτροπής περιελάμβαναν in-transit μεταστάσεις, εξωκαψική επέκταση ≥1 λεμφαδένες διαμέτρου τουλάχιστον 20 mm, ή μετάσταση σε ≥3 nodes, ή τοπική υποτροπή και στάδιο ≥N2b.

^dΌλες οι συστηματικές θεραπείες είναι εκτός έγκρισης (off-label), εκτός από το anti-PD-1 cemiplimab που έχει εγκριθεί από τους FDA/EMA για τους ασθενείς με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό ΑΚΚ που δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική αφαίρεση ή ακτινοθεραπεία, ενώ το pembrolizumab και cosibelimab έχουν εγκριθεί από τον FDA.

^eAJCC8 στάδιο ≥N2b: μετάσταση σε ένα λεμφαδένα μέγιστης διαμέτρου > 3cm με EKE, ή > 6cm χωρίς EKE, ή σε πολλαπλούς λεμφαδένες.

IL: intralesional treatments/ενδοβλαβικές θεραπείες, EKE: εξωκαψική επέκταση, ΑΚΘ: ακτινοθεραπεία

χειρουργική αφαίρεση ή ακτινοθεραπεία, συστήνεται το anti-PD-1 cemiplimab, που είναι η μόνη εγκεκριμένη ανοσοθεραπεία από τον Ευρωπαϊκό οργανισμό φαρμάκων (EMA), καθώς και το pembrolizumab και το cosibelimab που έχουν εγκριθεί στην Αμερική. Η θεραπεία με αυτούς τους anti-PD-1/anti-PD-L1 παράγοντες έχει δείξει ικανοποιητικά ποσοστά ανταπόκρισης και μακροχρόνιου ελέγχου της νόσου (Εικόνα 1).

Σε σχέση με τις προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες 2023, νεότερα δεδομένα αποτελούν η έγκριση της επικουρικής ανοσοθεραπείας με cemiplimab για τους ασθενείς με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος με υψηλό κίνδυνο υποτροπής μετά από χειρουργική αφαίρεση και ακτινοθεραπεία. Θα πρέπει να τονιστεί η διαφορά του υψηλού κινδύνου υποτροπής από τους παράγοντες κινδύνου που χαρακτηρίζουν ένα εντοπισμένο ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος. Συγκεκριμένα, η επικουρική ανοσοθεραπεία με cemiplimab μελετήθηκε στην αντίστοιχη εγκριτική τυχαioποιημένη κλινική δοκιμή φάσης 3 του φαρμάκου (C-POST).³ Οι ασθενείς που συμπεριελήφθησαν στην μελέτη είχαν είτε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα με φορτίο λεμφαδενικών μεταστάσεων, ή μετάσταση in-transit, είτε περινευριδιακή διασπορά κλινικά ή απεικονιστικά, είτε καρκίνωμα με επέκταση σε υποκείμενο οστό, είτε υποτροπιάζον ΑΚΚ δέρματος με τουλάχιστον ένα ακόμη παράγοντα κινδύνου από τους εξής: λεμφαδενικές μεταστάσεις, περινευριδιακή διήθηση, μέγεθος τουλάχιστον 2 εκατοστά μαζί με πτωχή διαφοροποίηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, και εφόσον είχε αφαιρεθεί μακροσκοπικά ο όγκος, οι ασθενείς τυχαioποιήθηκαν είτε σε επικουρική θεραπεία με cemiplimab 350 mg σε ενδοφλέβια έγχυση κάθε 3 εβδομάδες, είτε placebo, για 1 έτος. Η θεραπεία με

cemiplimab έδειξε σημαντικό όφελος με μείωση του κινδύνου υποτροπής και θανάτου κατά 68% (hazard ratio: 0.32). Ακολούθησε η έγκριση του φαρμάκου από τον US FDA και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Φαρμάκων (EMA) για την επικουρική θεραπεία με cemiplimab σε ασθενείς με ΑΚΚ σε υψηλό κίνδυνο υποτροπής, μετά από χειρουργική αφαίρεση και επικουρική ακτινοθεραπεία (Εικόνα 1).

Η παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών με διάγνωση ΑΚΚ εξαρτάται από το στάδιο του όγκου και τους παράγοντες κινδύνου. Στον τομέα της πρόληψης, οι νεότερες οδηγίες αναδεικνύουν τη σημασία τόσο των κλασικών μέτρων φωτοπροστασίας, όσο και της χημειοπρόληψης με νικοτιναμίδιο ως μια επιλογή για την μείωση του κινδύνου ανάπτυξης νέων ΑΚΚ σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς.

Τέλος, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στην ευαλωτότητα των ασθενών. Το ΑΚΚ αφορά κυρίως ηλικιωμένους ασθενείς, συχνά με πολλαπλές συνοσηρότητες. Έτσι, η θεραπευτική απόφαση δεν βασίζεται αποκλειστικά στη χρονολογική ηλικία αλλά στη συνολική λειτουργική κατάσταση, την ευθραυστότητα και τις προτεραιότητες και προτιμήσεις των ασθενών.

Οι νέες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες αντανακλούν μία ουσιαστική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται το ΑΚΚ, με έμφαση στον ακριβέστερο προσδιορισμό των παραγόντων κινδύνου για υποτροπή ή μετάσταση, στην ενσωμάτωση της συστηματικής ανοσοθεραπείας ως θεραπεία για το προχωρημένο ΑΚΚ καθώς και ως επικουρική θεραπεία, στη διεπιστημονική συνεργασία, και στην σημασία της κοινής απόφασης με τον ασθενή μετά από ενημέρωση (shared decision making).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stratigos AJ, Dessinioti C, Garbe C et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for invasive cutaneous squamous cell carcinoma. Part 1: Diagnostics and prevention – Update 2026. Eur J Cancer 2026;online ahead of print
2. Stratigos AJ, Dessinioti C, Garbe C et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for invasive cutaneous squamous cell carcinoma. Part 2: Treatment–Update 2026. Eur J Cancer 2026;online ahead of print
3. Rischin D, Porceddu S, Day F, Brungs DP, Christie H, Jackson JE, et al. Adjuvant Cemiplimab or Placebo in High-Risk Cutaneous Squamous-Cell Carcinoma. N Engl J Med. 2025;393; 774–785.

Συγγραφέας Αλληλογραφίας

Κλειώ Δεσινιώτη

cliodes@hotmail.com