

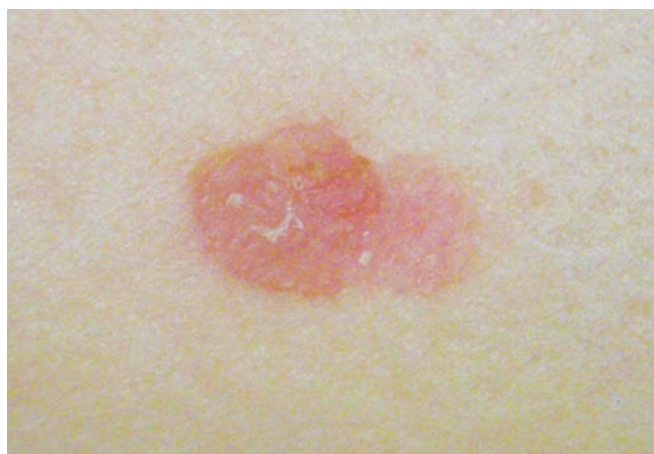
Růžová makulopapula na hrudi

Gkalpakiotis S., Arenberger P., Frey T., Arenbergerová M.

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV
přednosta prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc, MBA

Čes-slov Derm, 87, 2012, No. 5, p. 197–198

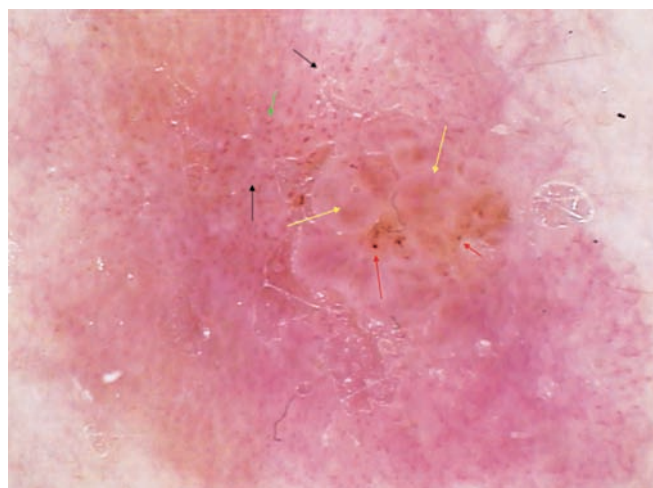
Pacientka, 25 let, fototyp II, přichází na dermatologickou ambulanci ke kožnímu vyšetření projevu na hrudi, který pozoruje několik měsíců a pomalu se mění. Není si jista, že by na tomto místě byl dříve pigmentový névus. Rodinná a osobní anamnéza byla bezvýznamná, pacientka byla zdravá, léky neužívala, v dětství se opakovaně spálila. Jednalo se o makulopapulózní projev o velikosti 10 x 6 mm, nehomogenní světle růžové barvy s jemným šupením na povrchu (obr. 1). Na trupu byly přítomny ojedinělé klidné pigmentové névy. Doporučena byla bioptická excize.



Obr. 1.

DERMATOSKOPICKÝ NÁLEZ

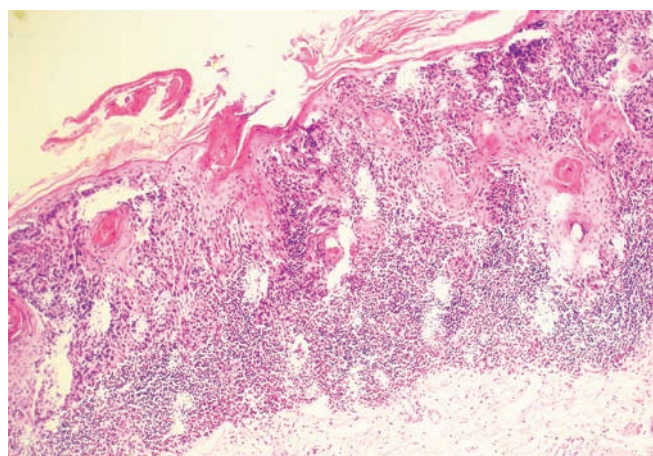
Četné drobné tečkované cévky (černá šipka), lineární (zeleňá šipka) a bezstrukturní světle růžový okrsek (žlutá šipka), pigmentové tečky (červená šipka) – obrázek 2.



Obr. 2.

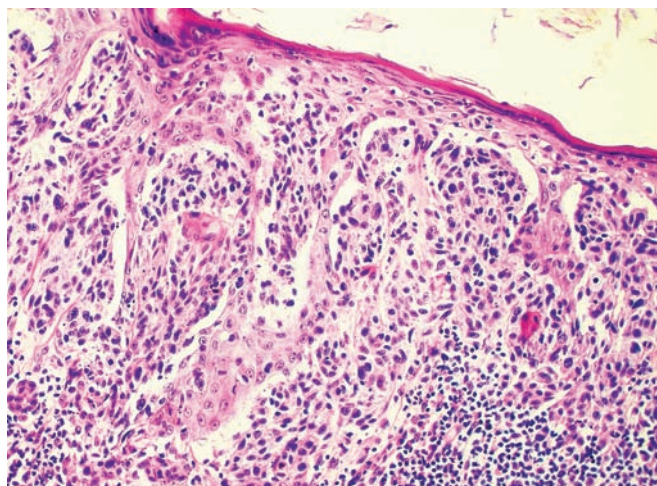
HISTOLOGICKÝ NÁLEZ

Centrální úsek tuberózní části nádoru v přehledném zvětšení (H&E, 10krát). Nápadná až pseudoepiteliomatózní hyperplazie epidermis, ve které jsou různě velká hnízda nádorových buněk, bez pigmentu. Místy skupiny nádorových buněk i v horní dermis. Při spodině nádoru hustý lymfocytární infiltrát (obr. 3).



Obr. 3.

Histologie z horizontální části nádoru s intraepidermálními hnízdy melanomu (H&E, 20krát). Zachyceny dvě mitózy. Drobné skupiny nádorových buněk v horní dermis (obr. 4).



Obr. 4.

Závěr

Amelanotický melanom, Br. 0,9 mm, Clark II–III.

DISKUSE

Amelanotický melanom představuje 2–8 % všech melanomů a velmi často vyvolává diagnostické rozpaky i u nejzkušenejších dermatologů a dermatoskopistů, protože klinicky napodobuje například zánětlivou dermatózu, névocelulární klidný nebo iritovaný névus, incipientní solární nebo seboroickou keratózu, bazaliom, morbus Bowen, spinaliom, hemangiom nebo pyogenní granulom. Až 50 % případů lze diagnostikovat jen na podkladě klinické progresy. Počínající amelanotický melanom se objevuje jako erytematózní makula, která může být jak symetrická, tak asymetrická, okraje jsou často nepravidelné, někdy může být přítomen i hnědý nádech v pozadí [1]. Při dermatoskopickém vyšetření u této diagnózy

nepátráme po klasických kritériích melanomu, jako je nepravidelná pigmentová síť, globule, tečky, šedomodrý závoj, radiální proudění a pseudopodie, ale zaměřujeme se na přítomnost cév a na jejich morfologii [2]. U amelanotických melanomů, které nejsou nodulárního typu, nacházíme cévní pleomorfii – tečkovité, lineární, serpiginózní kapiláry a často růžovou barvu tzv. „jahodového mléčného koktejlu“ [3]. Vzhledem k velmi obtížné diagnostice do ambulance pacienti většinou přicházejí s pokročilým nodulárním amelanotickým melanomem, kde se makroskopicky většinou jedná o růžový mokvající nodulus, který může být lehce zaměnitelný za pyogenní granulom nebo hemangiom.

Amelanotický melanom je vzácná diagnóza, jejíž diagnostika je zejména v počátečních stádiích extrémně obtížná. I přesto bychom na ni měli pomyslet při vyšetření každého nového solitárního erytematózního ložiska s cévním polymorfismem. Při diagnostických rozpacích nevylučujících možnost melanomu je nutné provést ihned histologické vyšetření projevu („if in doubt, cut it out“).

LITERATURA

1. JAIMES, N., BRAUN, R. P., THOMAS, L., MARGHOOB, A. A. Clinical and dermoscopic characteristics of amelanotic melanomas that are not of the nodular subtype. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2012, 26, 5, s. 591–596.
2. JOHR, R. H., SOYER, P., ARGENZIANO, G. et al. *Dermoscopy*. Mosby: Londýn 2004, 231 s.
3. POCK, L., FIKRLE, T., DRLÍK, L., ZLOSKÝ, P. *Dermatoskopický atlas*. 2. vyd., Phlebomedica: Praha 2008, 149 s.

Do redakce došlo dne 12. 9. 2012.

Kontaktní adresa:
MUDr. S. Gkalpakiotis, PhD.
Dermatovenerologická klinika FNKV a 3. LFUK
Šrobárova 50
100 34 Praha 10
e-mail: spyros@centrum.cz