

Pigmentovaná varianta keratosis actinica a lentigo maligna – lze je dermatoskopicky rozlišit?

Pock L.¹, Drlík L.²

¹Dermatohistopatologická laboratoř, Praha 8
vedoucí doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.

²Dermatovenerologické oddělení, Šumperská nemocnice, a.s.
prim. MUDr. Lubomír Drlík

Čes-slov Derm, 87, 2012, No. 6, p. 241–243

ÚVOD

Dermatolog je poměrně často nucen v praxi diagnosticky rozhodovat u asymetrické, nehomogenně hnědě a/nebo šedě pigmentované makuly v obličeji. V klinické a dermatoskopické diferenciální diagnóze stojí proti lentigo maligna (LM) tři afekce epidermálního původu – pigmentovaná varianta keratosis actinica, plochá nebo regredující seboroická veruka a benigní lichenoidní keratóza. Je zde dermatoskopie schopna významněji pomoci? Na příkladech prvních dvou afekcí bychom chtěli dokumentovat naši a literární zkušenost. Protože v diferenciální diagnóze figurují často i další dvě diagnózy, připojujeme komentář také k nim. Pro srovnání dermatoskopických obrazů ploché a regredující seboroické veruky doporučujeme obrázky použité v našem Dermatoskopickém atlasu [6]. Benigní lichenoidní keratózu s výraznější pigmentací v naší ikonografii nemáme a doporučujeme proto dermatoskopický atlas Kittlera [2].

KAZUISTIKA 1

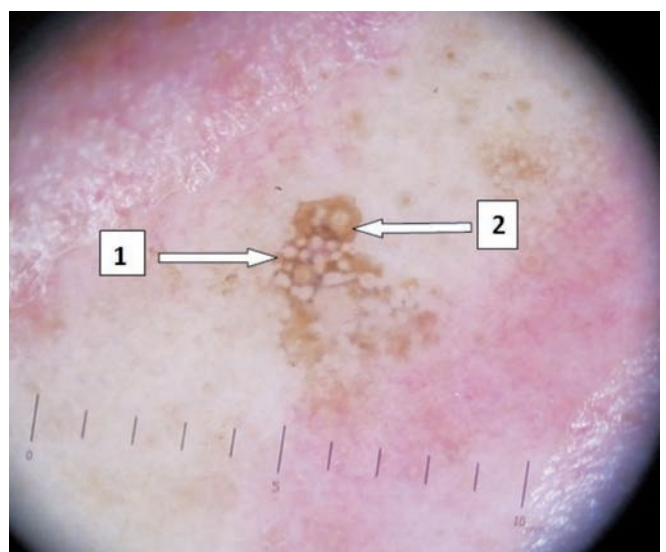
Pacientka (79 let) se dostavila k vyšetření pro několik měsíců rostoucí hnědou, asymetrickou makulu hladkého povrchu na dorzu nosu, která měla přibližně trojúhelníkový tvar o délce stran 4–5 mm (obr. 1a).

DERMATOSKOPICKÝ OBRAZ (obr. 1b)

Asymetrická makula s nepravidelnou pigmentovou pseudosítí, šedočernými tečkami, respektive anulárně-granulárními (šipka 1) a rhomboidálními strukturami (šipka 2). Diferenciálnědiagnosticky byly zvažovány LM, lentigo maligna melanoma a plochá seboroická veruka.



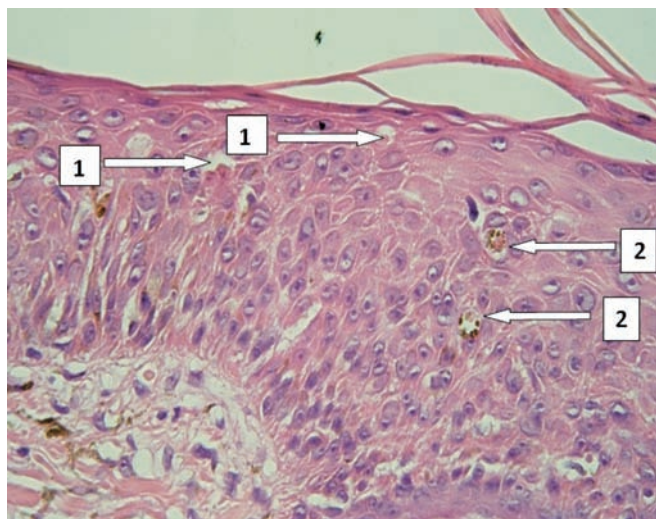
Obr. 1a.



Obr. 1b

HISTOLOGICKÝ NÁLEZ (obr. 1c)

Ložiskovitá hyperkeratóza a parakeratóza, mírně rozšířená epidermis s keratinocyty, které mají hyperchromní a pleomorfní jádra, projevují monocelulární keratinizaci (šipka 1), mitózy na úrovni stratum spinosum, melanin v jednotlivých keratinocytech ve stratum spinosum (šipka 2), v horním korigiu infiltrát lymfocytů s četnými melanofágy.



Obr. 1c.

Závěr

Pigmentovaná varianta keratosis actinica.

KAZUISTIKA 2

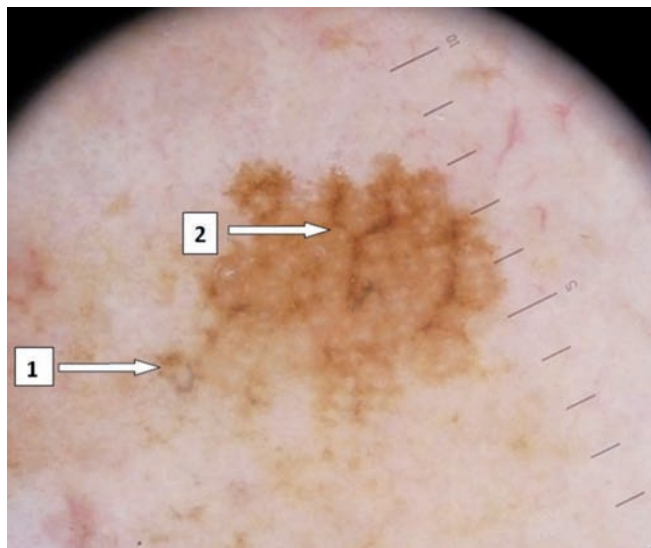
Pacientka (52 let) se dostavila k vyšetření s tři roky plošně rostoucí asymetrickou, nehomogenně hnědou makulou 10 x 9 mm na levé tváři (obr. 2a).



Obr. 2a.

DERMATOSKOPICKÝ OBRAZ (obr. 2b)

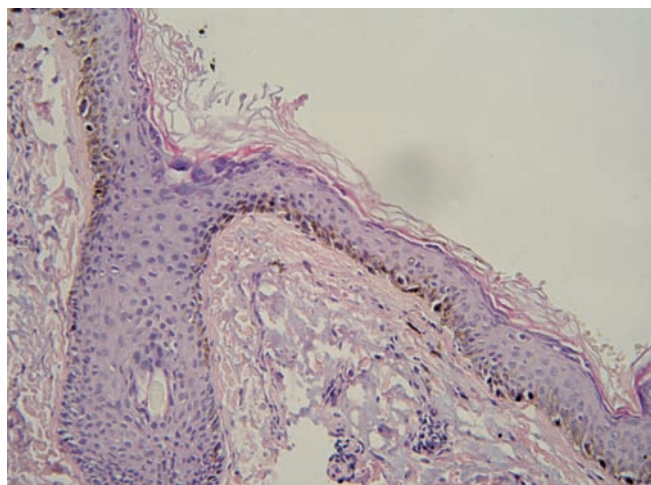
Asymetrická hnědá makula velikosti 10 x 9 mm s pigmentovou pseudosítí, ložiska šedočerných teček uspořádaných do anulárně-granulárních struktur (šipka 1) a počínající romboidální obrazce (šipka 2). Diagnostickým předpokladem bylo LM nebo počínající lentigo maligna melanoma.



Obr. 2b.

HISTOLOGICKÝ NÁLEZ (obr. 2c)

Ve stratum basale jsou zmnožené pleomorfní melanocyty s melaninem vytvářející souvislé řady buněk, zčásti postihující i infundibula vlasových folikulů, v horním korigiu jsou nečetné melanofágy.



Obr. 2c.

Závěr

Lentigo maligna.

DISKUSE

Pigmentovaná varianta keratosis actinica při výskytu na obličeji může být dermatoskopicky (i klinicky) neodlišitelná od časného stadia LM, ploché nebo regredující seboroické veruky a benigní lichenoidní keratózy [3, 4, 5]. U všech těchto afekcí šedočerné tečky a hnědé linie obkružují infundibula vlasových folikulů za vzniku pigmentové pseudosítě a anulárně-granulárních struktur.

Proč tomu tak je? Histologickým podkladem šedočerných teček jsou většinou melanofágy v horním korigiu, které se nacházejí u všech čtyř jmenovaných jednotek. U LM jsou reakcí na proliferaci pigmentovaných melanocytů v epidermis, u dalších epidermálních jednotek projevem zvýšené pigmentace a často i apoptózy keratinocytů, při kterých se uvolňuje melanin do koria a je pohlcován melanofágy. Podkladem hnědé pseudosítě jsou u LM zmnožené pigmentované melanocyty v epidermis, u jmenovaných epidermálních jednotek určitá míra zesílení a hyperpigmentace epidermis. U všech chorob jsou pigmentované plochy přerušované velkými vlasovými folikuly typickými pro kůži na obličeji. U pigmentované varianty keratosis actinica je melanin nejen ve stratum basale, ale i v jednotlivých keratinocytech v různých úrovních stratum Malpighi, podobně jako v melanocytech u LM při pagetoidním šíření.

Výsledkem je poněkud monotónní kombinace dvou znaků – pigmentové pseudosítě a šedočerných teček. Někteří autoři soudí, že pigmentová pseudosít je u LM méně pravidelná, s asymetricky pigmentovanými ústími vlasových folikulů [1, 7], velikost šedočerných teček je u LM více variabilní a širší hnědé lemy ústí folikulů častější [4]. Romboidální struktury jsou sice považovány za znak pokročilejšího LM, byly však nalezeny i u pigmentované varianty keratosis actinica [8] a dokládá to i náš případ.

Pigmentovanou variantu keratosis actinica, plochou nebo regredující seboroickou veruku a benigní lichenoidní keratózu může klinicky a dermatoskopicky odlišit hyperkeratóza, je-li ve zřetelnější kvantitě přítomna, LM zase hnědé globule, jsou-li dosti veliké. Histologická stavba všech tří afekcí je variabilní – např. hyperkeratóza u prvních tří může být minimální, intenzita inkontinence pigmentu (a tedy anulárně-granulárních struktur) výrazná. Na druhé straně hnízda melanocytů mohou být velmi malá u LM a v dermatoskopickém obrazu se pak uplatní jen ve velmi velkém zvětšení, které manuální dermatoskop neumožňuje. Plochá seboroická veruka má většinou poměrně pravidelnou pigmentovou pseudosít a četnost šedočerných teček je menší než u LM [6], je též častější než pigmentovaná keratosis actinica a benigní lichenoidní keratóza. Regredující seboroická veruka může zachovávat část původní léze s příslušnými dermatoskopickými znaky, při kompletní regresí zůstávají pouze šedočerné tečky [6], které na obličeji tvoří šedočernou, respektive šedou, nikoliv hnědou pseudosít.

Benigní lichenoidní keratóza je častěji na končetinách a trupu než na obličeji, na něm se však šedočerné tečky a anulárně-granulární struktury vytváří také [2].

Domníváme se, že žádný z výše uvedených znaků není dostatečný, aby jej bylo možno použít pro objektivní rozhodnutí diagnózy. Rozdíly jsou spíše kvantitativní než kvalitativní a jejich hodnocení do určité míry subjektivní.

ZÁVĚR

Klinické a dermatoskopické možnosti spolehlivého rozlišení jsou v časných stadiích LM a pigmentované varianty keratosis actinica, ale i v mnoha případech ploché nebo regredující seboroické veruky a benigní lichenoidní keratózy na obličeji omezené, a je proto nezbytné spolehnout se na histologické vyšetření. Monotónní přítomnost pigmentové pseudosítě a šedočerných teček dermatoskopicky i variabilnost histologických obrazů těchto jednotek jsou důvodem jejich dermatoskopické nevyhraněnosti a vzájemného překrývání.

LITERATURA

- JOHR, R. H., SOYER, P., ARGENZIANO, G., HOFMANN-WELLENHOF, R., SCALVENZI, M. *Dermoscopy: The Essentials*. Mosby: London 2004, 231 pp.
- KITTLER, H. *Dermatoskopie*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG: Wien 2009, 323 pp.
- MENZIES, S. W., CROTTY, K. A., INGVAR, C., MCCARTHY, W. H. *Dermoscopy an Atlas*. 3th Edition. The McGraw-Hill Medical Australia, 2009, 272 pp.
- PERIS, K., MICANTONIO, T., FARGNOLLI, M. C. Dermoscopic features of actinic keratosis. *JDDG*. 2007, 5, p. 970–975.
- POCK, L., DRLÍK, L., HERCOGOVÁ, J. Dermatoscopy of pigmented actinic keratosis – a striking similarity to lentigo maligna. *Int. J. Dermatol.*, 2007, 46, 4, p. 414–416.
- POCK, L., FIKRLE, T., DRLÍK, L., ZLOSKÝ, P. *Dermatoskopický atlas*. 2. vyd., Phlebomedica: Praha 2008, 149 pp.
- SOYER, H. P., ARGENTIANO, G., HOFMANN-WELLENHOF, R., ZALAUDEK, I. *Dermoscopy. The Essentials*. Sec. Edition. Elsevier Saunders. 2012, 232 pp.
- ZALAUDEK, I., FERRARA, G., LEINWEBER, B. et al. Pitfall in the clinical and dermoscopic diagnosis of pigmented actinic keratosis. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2005, 53, 6, p. 1071–1074.

Do redakce došlo dne 15. 10. 2012.

Kontaktní adresa:
Doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.
Dermatohistopatologická laboratoř
Mazurská 484
181 00 Praha 8
e-mail: lumir.pock@volny.cz