

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

Pock L.<sup>1</sup>, Drlík L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dermatohistopatologická laboratoř, Praha 8  
vedoucí doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.

<sup>2</sup>Dermatovenerologické 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

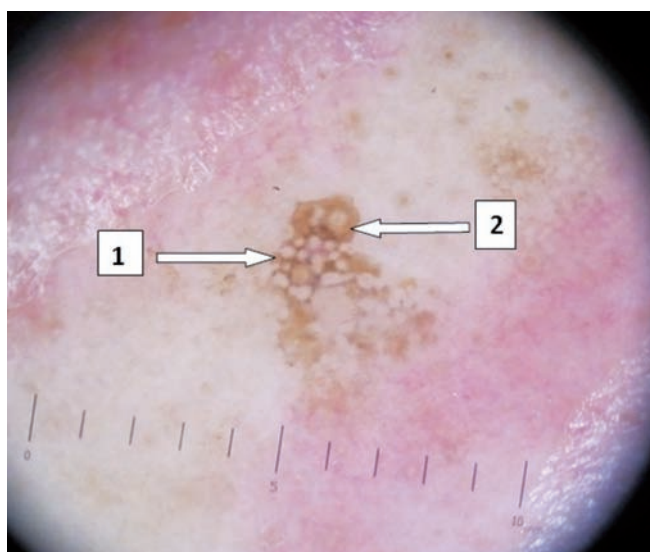
Pacientka (79 let) se dostavila k vyšetření pro několik měsíců rostoucí hnědou, asymetrickou makulu hladkého povrchu na dorzu nosu, která měla přibližně trojúhelníkový tvar o délce stran 4–5 mm (obr. 1a).

### 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.



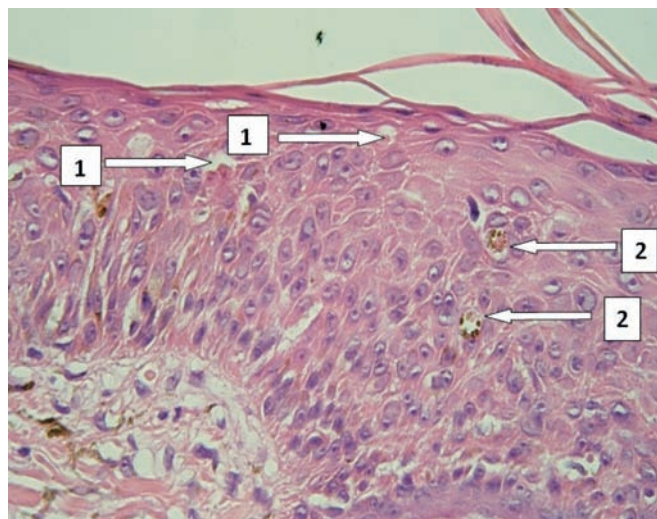
Obr. 1a.



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

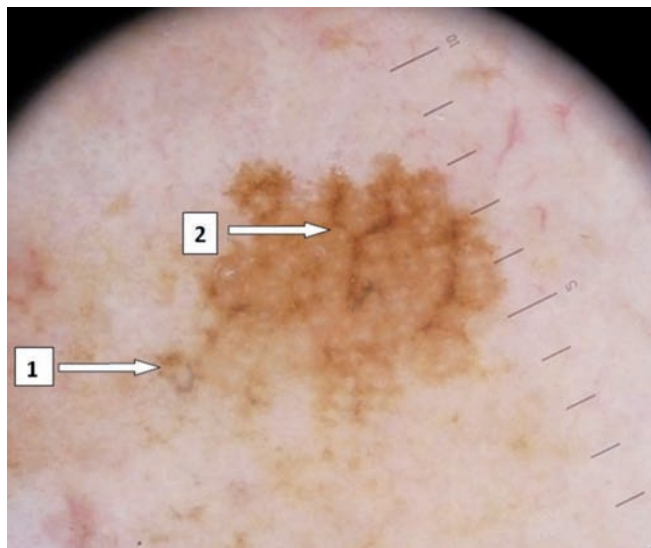
Pacientka (52 let) se dostavila k vyšetření s tři roky plošně rostoucí asymetrickou, nehomogenně hnědou makulou 10 x 9 mm na levé tváři (obr. 2a).



Obr. 2a.

### DERMATOSKOPICKÝ OBRAZ (obr. 2b)

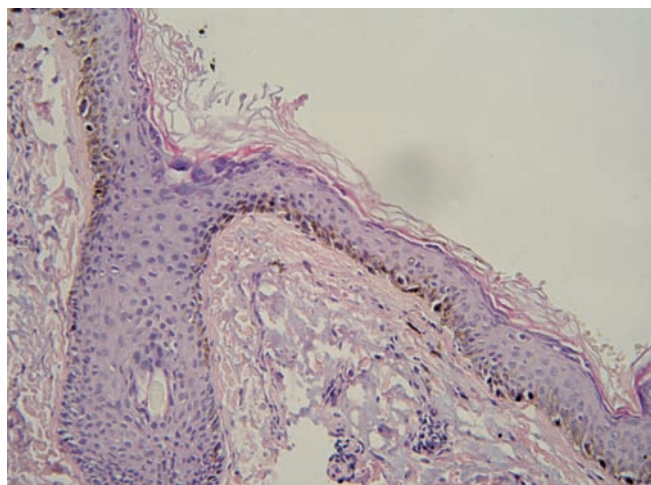
Asymetrická hnědá makula velikosti 10 x 9 mm s pigmentovou pseudosítí, ložiska šedočerných teček uspořádaných do anulárně-granulárních struktur (šipka 1) a počínající romboidální obrazce (šipka 2). Diagnostickým předpokladem bylo LM nebo počínající lentigo maligna melanoma.



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 regresi 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*. 3<sup>th</sup> 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