

# Dermatoskopie nepigmentovaných kožních nádorů. Kožní karcinomy a aktinické keratózy

Fikrle T., Pizinger K.

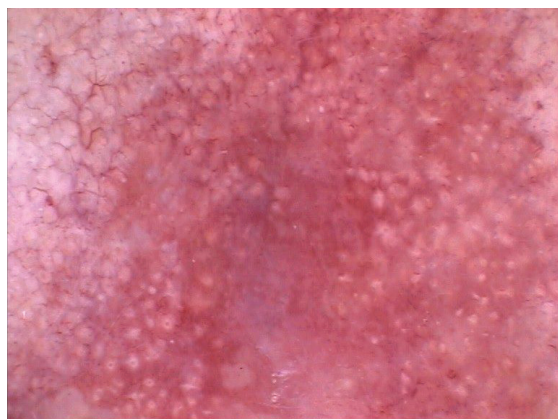
Dermatovenerologická klinika FN a LF UK v Plzni  
přednosta prof. MUDr. Karel Pizinger, CSc.

Čes-slov Derm, 91, 2016, No. 4, p. 174–176

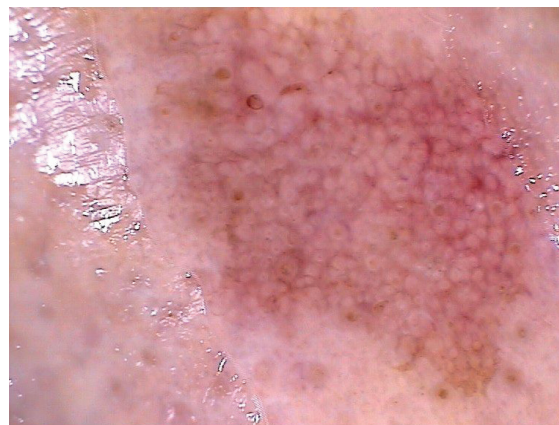
Dermatoskopické vyšetření kožních karcinomů a jejich in situ forem (či prekanceróz) je důležité pro včasné stanovení diagnózy a s ohledem na typ nádoru také volbu odpovídající léčby a jejího rozsahu. Dermatoskopie se využívá také k monitorování léčby (především nechirurgické) a vyhledávání případných recidiv. Velmi vděčnou diagnózou je především bazaliom, jehož dermatoskopické struktury jsou pro stanovení diagnózy dostačující, a to i u nepigmentovaných forem nádoru. U ostatních níže uvedených diagnóz je dermatoskopický obraz přeci jen méně specifický. Nicméně, také u nich jsou popsány některé dermatoskopické znaky (cévy, struktury podmíněné keratinem), které mohou v celé řadě případů výrazně přispět ke stanovení diagnózy nebo alespoň ke správné indikaci excize a histopatologického vyšetření.

**Aktinické keratózy** jsou projevy vázané na solárně exponované oblasti a setkáváme se s nimi hlavně na obličejích starších pacientů. Diferenciálně diagnosticky je odlišujeme především od spinaliomu a bazaliomu. Časně formy jsou ale v terénu solárně poškozené kůže někdy obtížně diagnostikovatelné.

Dermatoskopický obraz nepigmentované aktinické keratózy nejčastěji připomíná svoji barvou a strukturou jahodu („strawberry pattern“). Jde o homogenní erytém růžovočervené barvy přerušovaný bílými nebo žlutavými okrouhlými strukturami (obr. 1). Tyto žlutobílé struktury odpovídají folikulárním ústím vyplněným keratinem. Při větším zvětšení jsou v jejich okolí někdy viditelné jemné lineární ektazie. U plochých počínajících lézí, které jsou



Obr. 1. Aktinická keratóza



Obr. 2. Aktinická keratóza

klinicky spíše hmatné než viditelné, nebývají keratinové struktury nápadné, takže vzniká dojem červené pseudosítě (červené linie obkružující ústí folikulů) – obrázek 2. Naopak u silnějších infiltrovaných projevů je dermatoskopický nález často překryt keratinovými strukturami, které mají vzhled homogenního žlutobílého okrsku [1, 2, 3, 4].

**Morbus Bowen** představuje in situ variantu spinocelulárního karcinomu. Klinicky je třeba jej odlišit od zánětlivých projevů, superficiálního bazaliomu, spinaliomu, ale také amelanotického melanomu. Jde většinou o ploché, světle červené, mírně infiltrované, olupující se ložisko.

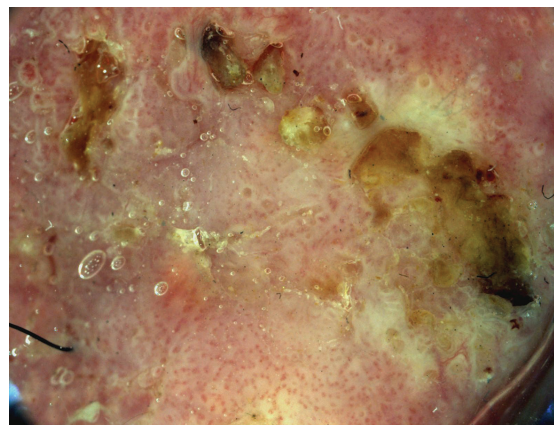
V dermatoskopickém obrazu nepigmentované formy Bowenovy dermatózy vidíme četné cévní struktury na světlém růžovobílém pozadí. Cévy bývají uspořádány hustě v oddělených shlucích a skupinkách. Mají tvar teček nebo při větším zvětšení typicky glomerulů, v jejichž okolí může být bělavé haló. Mezi skupinkami cév jsou okrsky s nápadným olupováním (obr. 3) [1, 2, 3, 4]. Dermatoskopický nález nemusí být vždy zcela specifický. Podobné cévní struktury mohou být viditelné také v dermatoskopickém obrazu pigmentované varianty, kde je odlišení od maligního melanomu velmi obtížné.

**Keratoakantom** je považován za variantu dobře diferencovaného spinocelulárního karcinomu. Lze jej často diagnostikovat klinicky. Pomáhá údaj pacienta o krátké době trvání projevu a jeho rychlém růstu.

Dermatoskopický obraz je ve shodě s klinickým. V centru je bělavá, žlutavá nebo žlutohnědá bezstrukturální



Obr. 3. Carcinoma in situ typu morbus Bowen

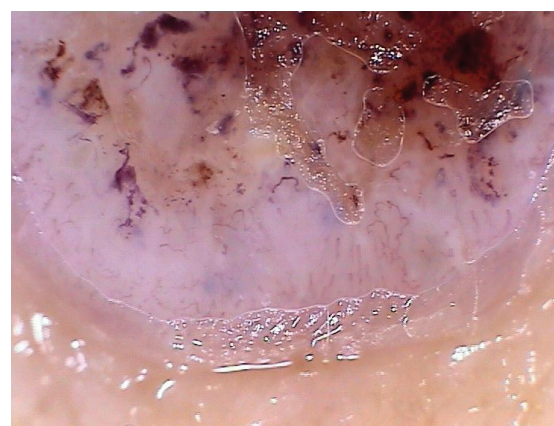


Obr. 5. Spinaliom

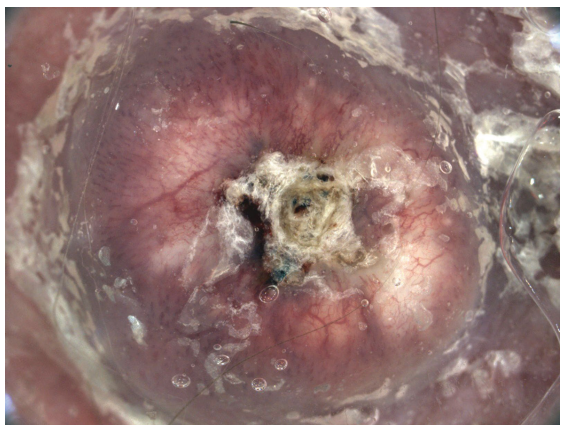
oblast odpovídající mase keratinu. V jejím okolí bývají radiálně uspořádané cévní struktury na bílém nebo na růžovém pozadí. Jde většinou o poměrně silné lineární ektazie, které mohou být vlásenkovitě zahnuté nebo jsou protažené a různě bizarně stočené. Ohraničení léze je ostré (obr. 4) [1, 2, 3].

**Spinocelulární karcinom** je někdy obtížně odlišitelný od aktinické keratózy, Bowenovy dermatózy, bazaliomu, ale také amelanotického melanomu. Projev bývá v pokročilém stadiu velmi často ulcerovaný.

Dermatoskopický nálezn není u spinaliomu vždy specifický. Jde o kombinaci keratinových a cévních struktur. Keratinu odpovídají struktury bílé barvy, a to bezstrukturní okrsky, bílé kroužky s tmavším středem (ty jsou diagnosticky velmi cenným nálezem) a olupování. Cévní struktury jsou většinou polymorfni a nepravidlně uspořádané (obr. 5). Můžeme se setkat s lineárními ektaziemi ve tvaru vlásenky, spirály, smyčky, různě bizarně stočenými cévkami, ale také s ektaziemi tečkovitými. Velmi častá je ulcerace. Zatímco bezstrukturní nánosy keratinu a ulcerace bývají lokalizovány centrálně, cévy jsou spíše na periferii léze (obr. 6) [1, 2, 3]. Dermatoskopické nálezy u jednotlivých forem spinaliomu se mohou lišit, což koresponduje s popsaným dermatoskopickým modelem růstové progresse od aktinické keratózy přes intraepiteliální karcinom k invazivnímu spinocelulárnímu karcinomu



Obr. 6. Spinaliom



Obr. 4. Keratoakantom

[4]. Důležitou roli hraje také přítomnost hyperkeratózy či ulcerace. Dermatoskopické odlišení některých spinaliomů od dalších nádorů, včetně amelanotického melanomu, může být problematické.

**Bazocelulární karcinom** je jedním z nejčastěji vyšetřovaných nemelanocytových projevů. Superficiální bazaliom lze teoreticky zaměnit za aktinickou keratózu, morbus Bowen nebo zánětlivou lézi. Nodulární bazaliom může být bez pigmentu nebo pigmentovaný a je třeba jej odlišit od melanomu, intradermálního melanocytového névu nebo od jiné nemelanocytové afekce. Diagnostické potíže činí především pigmentovaná a sklerodermiformní forma bazaliomu.

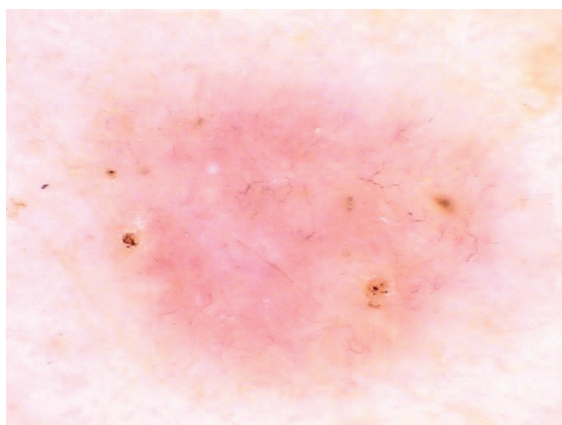
Bazaliomy mají větší počet typických dermatoskopických znaků (např. javoru podobná periferní pigmentace, břidlicově šedé ovoidní struktury, loukoťovité struktury a další). Pro nodulární (pigmentovaný i bez pigmentu), cystické a sklerodermiformní varianty bazaliomu jsou velmi typické nápadné, silné, živě červené, stromečkovitě se větvičí lineární ektazie (obr. 7, 8). Pozorujeme je na růžovém (nodulární) nebo bílém (sklerodermiformní) pozadí. Lze je považovat za vysoce specifické dermatoskopické kritérium a u řady nádorů jsou základním vodítkem pro stanovení správné diagnózy [1, 2, 3]. Ohraničení nodulárních bazaliomů je ostré. U sklerodermiformních forem může nálezn větvičích se ektazií pomoci upřesnit rozsah



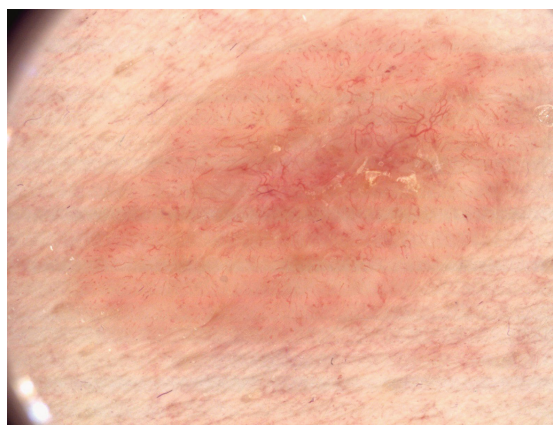
Obr. 7. Bazaliom nodulární



Obr. 8. Bazaliom nodulární



Obr. 9. Bazaliom superficiální



Obr. 10. Pinkusův fibroepiteliom

a velikost léze, které hodnotíme okem velmi problematicky. Některé nodulární projevy ulcerují.

Pro superficiální bazaliomy je typický dermatoskopický nálezn mnohočetných drobných lineárních ektazií, které jsou krátké (do 1 mm), „zalomené“ a nebývají příliš rozvětvené. Tyto bazaliomy mají červenobílé pozadí, často s vícečetnými velmi drobnými erozemi (obr. 9) [1, 2, 3]. Dermatoskopický obraz může v některých případech pomoci odlišit bazaliom od aktinické keratózy, Bowenovy dermatózy nebo zánětlivé léze.

Za variantu bazaliomu je považován také Pinkusův fibroepiteliom. Jeho dermatoskopický obraz je podobný. Pozadí léze bývá růžové, ohraničení poměrně ostré a dominantní strukturou jsou vícečetné, poměrně gracilní, lineární ektazie. Na rozdíl od nodulárních bazaliomů nebývají nápadně rozvětvené (obr. 10).

## LITERATURA

1. MARTÍN, J. M., BELLA-NAVARRO, R., JORDÁ, E. Vascular patterns in dermoscopy. *Actas Dermosifiliogr.*, 2012, 103, p. 357–375.
2. Rosendahl, C., Cameron, A., Tschandl, P. et al. Prediction without Pigment: a decision algorithm for non-pigmented skin malignancy. *Dermatol. Pract. Concept.*, 2014, 4, 1, p. 59–66.
3. ZALOUDEK, I., KREUSCH, J., GIACOMEL, J. et al. How to diagnose nonpigmented skin tumors: A review of vascular structures seen with dermoscopy. Part II. Nonmelanocytic skin tumors. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2010, 63, p. 377–386.
4. ZALOUDEK, I., GIACOMEL, J., SCHMID, K. et al. Dermoscopy of facial actinic keratosis, intraepidermal carcinoma, and invasive squamous cell carcinoma: a progression model. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2012, 66, 4, p. 589–597.

Do redakce došlo dne 6. 11. 2015.

Adresa pro korespondenci:  
 doc. MUDr. Tomáš Fikrle, Ph.D.  
 Dermatovenerologická klinika LF UK a FN Plzeň  
 Dr. E. Beneše 13  
 305 99 Plzeň  
 e-mail: fikrle@fnplzen.cz