proLékaře.cz | 13.11.2026

Klamné dermatoskopické obrazy

Drlík L.[1], Pock L.[2], Drlík Z.[1, 3, 4], Kacerovská D.[2], Kotrlá M.[5], Macháčková R.[6]
[1]Dermatologická ambulance Mohelnice
vedoucí lékař MUDr. Lubomír Drlík
[2]Bioptická laboratoř s. r. o., Plzeň
odborná vedoucí lékařka prof. MUDr. Alena Skálová, CSc.
[3]Klinika chorob kožních a pohlavních, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého Olomouc a Fakultní nemocnice Olomouc
přednosta odb.as. MUDr. Martin Tichý, Ph.D.
[4]Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno
[5]DERMAKLINIKA s.r.o. Červená Voda, Šumperk
vedoucí lékařka MUDr. Monika Kotrlá
[6]DERMAMEDICA s.r.o. Náchod
vedoucí lékařka MUDr. Romana Macháčková

SOUHRN

Autoři uvádějí řadu dermatoskopicky obtížných případů, jejichž klinický a dermatoskopický obraz však nevedl k jasně vyhraněné diagnóze a histologické nálezy byly spíše nečekané. Byly řešeny v dermatoskopicko-histopatologických korelacích ve snaze najít důvod těchto nesouladů. Soubor ukazuje velmi širokou morfologickou škálu a nutnost obezřetného přístupu ke všem kožním lézím.
Klíčová slova: dematoskopie – melanom – dermatofibrom – seboroická veruka – histopatologie

SUMMARY
Delusive Dermoscopic Images – Case Series

The authors present a number of difficult dermoscopic cases, whose clinical and dermoscopic results did not lead to a clearly defined diagnosis and the histological findings were rather unexpected. They were solved in dermoscopic-histopathological correlations in an attempt to find the reason for these discrepancies. The case series study exhibits wide morphological diversity and highlights the need for a cautious approach to all cutaneous lesions.
Key words: dermoscopy – melanoma – dermatofibroma – seborrhoeic keratosis – histopathology

Čes-slov Derm, 101, 2026, No. 1, p. 13–24

POPIS PŘÍPADŮ

Případ 1

50letá pacientka přišla na pravidelnou dispenzární kontrolu po operaci superficiálně se šířícího melanomu zad Breslow 0,6 mm o 6 roků dříve. Na pravém prsu byl nalezen hnědý nodulus se dvěma barevnými odstíny velikosti 4 mm, dobu trvání udávala více než rok. V posledních měsících došlo ke vzniku sytější pigmentace. Dermatoskopicky ve světlejší části byly nevýrazné vícečetné keratinové pseudocysty, jinak byla bezstrukturní, stejně jako část tmavá (obr. 1a).

Uvedený obraz byl do jisté míry podobný dříve prokázanému melanomu (v jeho obraze však byla navíc inverzní pigmentová síť v centru a současně šedomodrý závoj v centru a mezi č. 4 a 6) – obr. 2a, b, za pravděpodobnější jsme však považovali diagnózu seboroické veruky. Při srovnání této léze s předchozím melanomem je zajímavá dermatoskopická podobnost při odlišnosti histologické. Důvodem je strukturální chudost obou lézí.

Byla provedana exkochleace – histologicky nalezeny fragmenty retikulární seboroické veruky.

Případ 2

75letý pacient, při preventivní prohlídce byla na pravém lýtku nalezena tmavá okrouhlá makula s výběžky a zářezy velikosti 5,5 mm, dermatoskopicky s tenkou nesouvislou pigmentovou sítí (obr. 3a). Léze byla suspektní pro melanom in situ.

Byla provedena totální excize s histologickým závěrem seboroická veruka.

Pigmentová síť v dermatoskopickém obrazu koreluje s utvářením hyperplazie epidermis, která napodobuje prodloužené epidermální výběžky u melanocytárních lézí, spolu se zvýšeným množstvím melaninu ve stratum basale. Černý barevný odstín v určitých úsecích koreluje s transepidermální eliminací melaninu – šipky

proLékaře.cz | 13.11.2026

(obr. 3b). Nepravidelnost siluety léze, pigmentová síť i transepidermální eliminace melaninu jsou obvyklé u melanomu, nikoliv však u seboroické veruky.

Případ 3

50letý pacient, u kterého byla tři roky sledována pigmentová palpovatelná afekce velikosti 7,6 mm na pravé lopatce – excizi pacient několikrát odmítl, udával letité trvání léze, jednoznačné zranění neudával. Dermatoskopicky šlo o nesouměrnou lézi s nepravidelně uspořádanými bezstrukturními okrsky šedohnědé barvy a bezstrukturním okrskem světle šedé barvy v centru imitující regredující melanom (obr. 4a).

Byla provedena totální excize.

Závěr histologického vyšetření: Intradermální melanocytární névus s centrální absencí névových struktur a změnami kolagenního vaziva v horním koriu, které pravděpodobně souvisejí se starším zraněním (šipka na obr. 4b). Hyperpigmentace névocytů typu A v okolí (krátká šipka na obr. 4c) nemá jednoznačnou interpretaci, hypoteticky by mohlo jít o méně obvyklou rekurentní-like reakci na uvažované zranění (obr. 4b, c).

Případ 4

39letá pacientka přišla na vyšetření pro několik měsíců trvající sytě pigmentovou afekci velikosti 3,5 mm na zevní straně paže. Šlo o plochou lézi připomínající Reedův névus. Dermatoskopicky – symetrická černohnědá makula s polymorfním okrajem a černým bezstrukturním středem. Na periférii mezi čísly 7 a 2 náznak výbuchu hvězdy i dvouvrstevnosti, pseudopodiemi a při čísle 4 chybění struktur. (obr. 5a)**.**

Histologický nález: Symetrická, do stran ostře ohraničná melanocytární léze o průměru 3 mm je tvořena hnízdy pigmentovaných, zčásti vřetenitých melanocytů ve stratum basale, hyperplastické epidermis s fokální transepidermální eliminací melaninu a névocyty typu A a B. Ty obsahují více melaninu, než je u nich obvyklé a postrádají zřetelnější stratifikaci. Při lézi jsou četné melanofágy a menší infiltráty lymfocytů.

Závěr histologického vyšetření: Atypická povrchní melanocytární léze nejistých biologických vlastností (low-grade), nejspíše z benigní části spektra – junkční komponenta jen zčásti napodobuje Reedův névus. Korelátem pro částečné dermatoskopické napodobení Reedova névu je větší obsah a transepidermální eliminace melaninu (obr. 5b). Fenomén výbuchu hvězdy je zřejmě zdůvodněn rychlou růstovou aktivitou léze.

Případ 5

14letá pacientka přišla na prohlídku névů, rodiče pozorovali na pravém lýtku sytě pigmentovanou černohnědou papulu, která v posledních týdnech ztmavla. Dermatoskopicky šlo o 3 mm lézi s radiálním prouděním a dvouvrstevností, světlejší šedou periferií a černou centrální částí napodobující výbuch hvězdy, což jsou znaky ve prospěch diagnózy Reedova névu (obr. 6a).

Histopatologický popis: Ve smíšeném, převážně intradermálním, melanocytárním névu o průměru 2,5 mm je na povrchu v centru úsek délky 0,7 mm, ve kterém je splývající řada silně pigmentovaných, mírně pleomorfních melanocytů ve stratum basale epidermis s oploštělou dermoepidermální junkcí – nad tímto úsekem je transepidermální eliminace melaninu a pod tímto úsekem jsou poněkud četnější melanofágy, mírná fibróza a redukce dermální komponenty. HMB45 pozitivní melanocyty jsou ve zmíněném úseku na junkci a v horním koriu, dermální komponenta zde ztrácí pozitivitu p16, v laterálních stranách tohoto úseku je slabá nukleární PRAME pozitivita asi u 50 % dermálních melanocytů (obr. 6b).

Poznámka: Jako SAMPUS jsme nález nehodnotili, neboť většina léze je névem a diagnosticky nejistý je jen popsaný úsek v centru, který však zcela překryl névus v dermatoskopickém obrazu a byl důvodem k diagnostické nejistotě a k excizi.

Závěr histologického vyšetření: Smíšený melanocytární névus s atypickou povrchní komponentou v centrální části – zde hypoteticky lze zvažovat možnost rekurentní-like reakce po zranění, což by mohlo vysvětlovat radiální proudění v dermatoskopickém obrazu, biologické vlastnosti jsou však nejisté (low-grade). Histologicky není léze ani vzdáleně Reedovu névu podobná (obr. 6b).

Případ 6

48letá pacientka přišla na dispenzární kontrolu po půl roce, o 7 let dříve měla excidován melanom in situ levého předloktí, dále bazaliom na pravé lopatce, otec v péči s melanomem. Na pravém stehně byla nalezena mírně hmatná pigmentová afekce velikosti 4,7 mm, dermatoskopicky sestávající ze dvou barevně odlišných bezstrukturních částí imitující nesouměrně rostoucí smíšený melanocytární névus (obr. 7a).

Histologický nález: Povrchově se šířící melanom, Breslow 0,5 mm (obr. 7b).

Dermatoskopicko-patologická korelace: V jedné laterální straně je větší míra transepidermální eliminace melaninu korelující s tmavší částí. Bezstrukturnost zřejmě spočívá v celkově malém množství melaninu, ve splývání masivních hnízd melanocytů na junkci a těsně pod ní a navíc struktury kryje i ložiskovitá hyperkeratóza.

Případ 7

62letá pacientka přišla na pravidelnou dispenzární kontrolu po operacích melanomů před 8 a 6 lety na dolních končetinách, hodnoty Breslow 1,1 mm a 1,0 mm, dysplastických névů a bazaliomu. Asi dva měsíce pozorovala změnu a růst pigmentové afekce na pravém prsu, která byla nepatrně palpovatelná. Dermatoskopicky šlo o 3 mm velkou symetrickou hnědou lézi s centrálním šedavým zastřením a věncem periferních globulí až pseudopodií (obr. 8a). Morfologicky léze připomínala růstově aktivní smíšený névus, dynamika však byla u starší pacientky atypická.

proLékaře.cz | 13.11.2026

Závěr histologického vyšetření: Melanom sekundárně vzniklý v intradermálním névu, incipientní nodulární forma, Breslow 0,6 mm (obr. 8b, c).

Komentář: Na periférii jsou nepravidelné hnědé globule, které korelují s nepravidelnými hnízdy pleomorfních melanocytů na periférii léze (obr. 8b). V centru dermatoskopického obrazu je několik struktur charakteru pseudofolikulárních ústí, které korelují s vkleslinou kožního povrchu vyplněnou hyperkeratózou v histologickém obrazu. Nepigmentovaná intradermální část névu se v dermatoskopickém obrazu neuplatnila.

Případ 8

66letá žena přišla na prohlídku névů, bez předchozí relevantní anamnézy. Na pravém rameni měla tmavě hnědý, symetrický, 4 mm velký letitý projev dermatoskopicky s jemnou pigmentovou sítí, šedavými okrsky a modrým závojem. Pracovní diagnóza melanom, modrý névus, seboroická veruka (obr. 9a).

Histologické vyšetření: Smíšený, převážně intradermální névus s výraznou pigmentací névocytů typu A, které jsou hlouběji, než je u nich obvyklé – to imituje modrý závoj v dermatoskopickém obrazu (obr. 9b).

Případ 9

76letý pacient se dostavil ke kontrole po operacích dysplastických névů, na levé tváři byla zkontrolována digitálním dermatoskopem plochá pigmentová léze, konstatována mírná progrese velikosti a černých teček proti vyšetření před několika měsíci. Dermatoskopický obraz byl svou pigmentovou pseudosítí blízký lentigo maligna, případně pigmentované aktinické keratóze (obr. 10a).

Závěr histologického vyšetření: Pigmentovaná varianta keratosis actinica (obr. 10b).

Podobnost s lentigo maligna má vysvětlení v histologickém obrazu – pigmentová pseudosít´ v lokalizaci na obličeji s velkými infundibuly vlasových folikulů, šedočerné tečky v melanofázích (v případě keratosis actinica pocházejících nikoliv ze zmnožených melanocytů, ale z větší míry pigmentace bazálních keratinocytů a s tendencí k jejich apoptóze).

Případ 10

25letá pacientka romského etnika měla vyšetřenu několik měsíců trvající sytě pigmentovanou makulu nepravidelného tvaru velikosti 10 x 12 mm na červeni dolního rtu. Podobný menší projev se nacházel v dutině ústní na retní sliznici. V jiné lokalizaci projevy nebyly. V dermatoskopickém obraze dominovala silná nepravidelná pigmentová síť, v laterálních částech tzv. „rybí šupiny" – fish scale sign. Diagnosticky bylo zvažováno labiální lentigo, atypická melanocytární léze, lichen planus mucosae (obr. 11a).

Histologický nález: Hyperkeratóza, klínovitá hypergranulóza, dosti značná akantóza s výraznou hydropickou degenerací stratum basale, ke které přiléhá pruhovitý středně hustý infiltrát malých, dobře diferencovaných lymfocytů s četnými melanofágy (obr. 11b).

Závěr: Lichen planus pigmentosus mucosae. Výrazná inkontinence melaninu byla korelátem pro sytou pigmentaci v dermatoskopickém obrazu, která překryla erytém ze složky zánětlivé. Velké množství pigmentu souvisí i s romským původem pacientky.

Případ 11

36letá pacientka přišla na vyšetření s hnědou sytě pigmentovanou makulou nepravidelného tvaru velikosti 8 mm v delší ose na levé prsní areole. Dobu trvání projevu udávala od dětství. Dermatoskopicky byla akcentovaná pravidelná pigmentová síť, což v kombinaci s nepravidelnou siluetou léze vyžadovalo vyloučení melanoma in situ (obr. 12a).

Histologický závěr: Melanosis areolae mammae. Korelátem pro pigmentovou sít´ je hyperpigmentace stratum basale prodloužených epidermálních výběžků (obr. 12b).

Případ 12

71letá pacientka přišla na vyšetření kožního povrchu. Na bérci byla nalezena a posléze excidována hmatná, 9 mm velká polotuhá světlá léze. Dermatoskopicky byla zřetelná bílá bezstrukturní plocha s naznačenými lineárními angiektaziemi a bělavými šupinami v centru, necharakteristickou skvrnitou pigmentací mezi čísly 1 a 3 na periferii (obr. 13a). Byla považovaná za dermatofibrom či spinocelulární karcinom.

Histologické vyšetření: Povrchový epitel je místy výrazně ztenčený, nádorové buňky vykazují mírně epiteloidní, místy však névoidní morfologii, jsou obklopeny výrazně difuzně chronickou zánětlivou celulizací (obr. 13b, c). Struktury melanocytární afekce vykazují pozitivní reakci s protilátkou tyrozináza (obr. 13d), dále vykazují ztrátu exprese p16, protilátka PRAME vykazuje negativní reakci.

Závěr: Povrchově se šířící melanom s invazivní nádorovou komponentou zasahující do hloubky 0,8 mm. Materiál byl posléze podroben genetickému vyšetření, které prokázalo mutace MAP2K1 (c.167A > C, p.Gln-56Pro), AF:23%, NM_002755.4, chr15:66727451,hg19 – interpretace nálezu – viz literární odkazy [5, 25]. Jde tedy o mutovanou atypickou melanocytární lézi, morfologicky napodobující melanom, nejisté biologické povahy.

Drtivá většina léze vykazuje přítomnost nepigmentovaných melanocytů, dermatoskopicky korespondující s amelanotickou, růžovou barvou léze. Dermatoskopicky patrný hnědý ostrov mezi čísly 1 a 3 koresponduje s úsekem pigmentovaných melanocytů a několika melanofágů při jednom okraji léze. Dermatoskopicky viditelné bělavé šupiny korespondují s ložiskovou hyperparakeratózou na povrchu centrální části léze. Zajímavost případu spočívá také v klinické a dermatoskopické podobnosti s následujícím případem 13 – viz také odstavec Diskuse (nondermatofibroma-like pattern, hemosiderotické dermatofibromy, asymetrická fokální pigmentace).

proLékaře.cz | 13.11.2026

Případ 13

41letý pacient, jehož dcera byla v dispenzární péči po operaci atypického névu Spitzové na bérci v 9 letech věku, přichází s načervenalou plochou makulou na pravém bérci velikosti 10 mm, která trvá několik roků, občasně více zarudne. Dermatoskopicky byl patrný centrální bílý bezstrukturní okrsek radiálně vybíhající mezi č. 5 a 12 do periferie, dále četné diskrétní lineární angiektazie taktéž radiálně orientované. Pro poměrně značný červený „zánětlivý" charakter byl mimo dermatofibromu zvažován amelanotický melanom (obr. 14a).

V histologickém nálezu byly popsány struktury dermatofibromu (obr. 14b).

Korelace dermatoskopického obrazu s histologickým. Jizvě podobný bílý bezstrukturní okrsek s výběžky v centru je histologicky zdůvodněn kombinací vyhlazené, málo pigmentované dermoepidermální junkce s na ni naléhajícím bezstrukturním tumorem fibrózního charakteru. Na periferii tumoru bylo zvýšené množství melaninu ve vyhlazené epidermis, proto hnědé, bezstrukturní okrsky na periferii. Červené difuzní zbarvení a lineární cévky korelují nikoliv se zánětem, ale s větší cévnatostí tumoru. Tyto tři nepravidelně uspořádané prvky dermatoskopického obrazu imitovaly amelanotický, případně desmoplastický melanom.

DISKUSE

Autoři uvádějí několik diagnosticky obtížných případů z dermatoskopické praxe. Jedná se o seboroické veruky imitující melanomy, melanom napodobující seboroickou veruku, sklerotizující névus, dermatofibrom, atypické léze dermatoskopicky hodnocené jako Reedův névus a další méně obvyklé jednotky. Melanom se může klinicky jevit jako benigní léze (falešně negativní) a benigní pigmentové projevy mohou imitovat melanom (falešně pozitivní) [8]. Stejná situace může nastat při dermatoskopickém hodnocení.

Případy 1 a 2. Seboroické veruky a melanom. Literárně je popsáno mnoho případů spinocelulárních karcinomů a m. Bowen, které byly považovány za seboroické veruky. Existují však také případy melanomů, které byly zaměněny za seboroické veruky, zejména zánětlivě změněné. Při stanovení diagnózy těchto lézí je nutná opatrnost pro riziko neadekvátní léčby. To se týká také melanoakantomu, který lze snadno zaměnit za melanoakantoma-like melanom. Pro melanoakantom jsou charakteristické spíše comedo-like vyústění, pro melanomy imitující melanoakantomy modrobílý závoj. Ale i melanoakantomy mohou vykazovat pro melanom specifické dermatoskopické znaky, a naopak maligní melanom může mít také znaky benigní léze – fisury, krypty, comedo-like vyústění, rohovinové pseudocysty [24]. Dermatoskopický nález může být tedy překryvný, což se týká i běžných seboroických veruk ve vztahu k seborrhoic keratosis-like melanomům. Jejich incidence a prevalence není známá, může docházet k chybnému stanovení diagnózy i zkušenými dermatology. Správnému určení napomáhá zejména přítomnost modročerného zbarvení, případně modrobílý závoj [3, 10, 14]. Mimořádně zrádné jsou projevy v capillitiu, verukózní melanom a již zmíněné zánětlivě změněné seboroické veruky [15, 27]. Literárně jsou popsány případy výskytu melanomu v klinicky jednoznačné seboroické veruce [26]. Ve velkém souboru pacientů, kdy bylo excidováno 9 204 případů klinicky považovaných za seboroické veruky, bylo 61 případů melanomů (0,66 %) [13].

Případ 3. Sklerotizující névus. Sklerotizující névy s pseudomelanomovými rysy jsou névy s fibrózou imitující regresi a histopatologicky napodobující regredující melanom. Většinou se vyskytují v oblasti lopatek, tedy konvexní části zad, jsou dermatoskopicky atypické s koexistencí bílých a šedých ploch postihujících větší či menší část névu. Histopatologicky je nalézána fokální nebo difuzní skleróza v dermis a atypická proliferace melanocytů. To může činit diagnostický problém oproti regredujícímu melanomu. Etiologicky je zvažováno opakované (mikro)trauma v této exponované lokalitě [7, 9, 21].

Případy 4 a 5. Atypické pigmentové léze nejistých biologických vlastností dermatoskopicky podobné Reedovu névu u dospělé pacientky a 14letého dítěte. Celkem nenápadný dermatoskopický a klinický obraz miniaturních projevů byl v kontrastu s histologickým nálezem. Névy Spitzové/Reedův představují benigní spektrum tumorů Spitzové, které se ale svojí morfologií mohou překrývat se spitzoidními a Spitzové melanomy, případně s atypickými tumory Spitzové/Spitz melanocytomy. Difuzní pigmentace světle hnědé nebo růžové barvy, pravidelně distribuované tečkovité cévy a symetrie jsou typické u névu Spitzové, u Reedova névu pak dvojvrstevnost, výbuch hvězdy, případně obroubení. Dermatoskopicky asymetrické léze a nodulární projevy mají být excidovány k vyloučení melanomu. Symetrické ploché léze monitorovány v závislosti na věku [16, 19, 22].

Případy 6 a 7. Velmi malé, klinicky a dermatoskopicky nenápadné invazivní melanomy s poměrně vysokou hodnotou Breslow, které byly časně zachyceny při dispenzárních kontrolách. Proti nim stojí případ névu s modrobílým závojem, který v tomto případě není znakem melanomu – případ 8.

Případ 9. Pigmentovaná varianta aktinické keratózy, která činí diferenciálně diagnostické obtíže zejména proti lentigo maligna [23].

Případ 10. Lichen planus pigmentosus na sliznici rtu jako zástupce slizničních pigmentových lézí [2].

Případ 11. Melanosis areolae mammae. Jde o málo obvyklý nález hyperpigmentované léze na prsním dvorci popsaný literárně v roce 1990 Pittisem a Barberem jako Melanosis of the areola [20]. Patří do skupiny mukokutánní melanózy, která může být jak vrozená, tak získaná – může imitovat melanom včetně asymetrie, nepravidelných okrajů, změn barvy. Struktura bývá

proLékaře.cz | 13.11.2026

dlaždicová, retikulární, případně ji tvoří paralelní linie, eventuálně se může vyskytovat atypická pigmentová síť, bezstrukturní plochy či heterogenní pigmentace. Postihuje prsní dvorec nebo/i mamilu. Diferenciální diagnóza zahrnuje melanocytární névus, seboroickou veruku, bazaliom nebo m. Paget s pigmentem, melanom. Melanom v lokalitě prsního dvorce představuje 12 % melanomů prsu, které se vyskytují v 5 % všech melanomů – tedy celkově výskyt melanomu necelých 0,5 % z celkového počtu na dvorci a prsní bradavce. Nicméně je nutná histopatologická konfirmace, která prokáže lehce protažené epidermální lišty se zmnoženým množstvím melaninu v bazální vrstvě epidermis. Počet melanocytů je pouze lehce zvýšený, nedochází ke vzniku hnízd [11, 12].

Případ 12. Melanom napodobující dermatofibrom, eventuálně keratinizující tumor. V tomto případě se jednalo o vysoce atypickou melanocytární lézi, která morfologicky vzbuzovala podezření na melanom. Molekulárně genetické vyšetření prokázalo mutaci v *MAP2K1* genu. *MAP2K1* mutované melanocytární léze tvoří morfologicky heterogenní skupinu od lézí se spitzoidními rysy či fenotypem napodobující WNT aktivovaný hluboce penetrující melanocytom/plexiformní melanocytom až po vysoce atypickou lézi charakteru melanomu [5, 25].

Případ 13. Dermatofibrom, diferenciálně diagnosticky zvažován amelanotický melanom.

Klinické a dermatoskopické stanovení diagnózy dermatofibromu je ve většině případů jednoduché (70 %), jsou však i obtížnější případy. Jde zejména o dermatofibromy s atypickým vzorcem, tzv. nondermatofibroma-like pattern, které mohou být zaměněny za melanom, cévní nádor, bazaliom, eventuálně jde o kolizní tumor [6, 18]. Významné riziko záměny je v tomto případě u vzorce napodobujícího melanom a hemosiderotických dermatofibromů. Hemosiderotické a aneurysmatické dermatofibromy jsou málo obvyklé, často chybně diagnostikované léze – dermatoskopie může v diagnostice pomoci, ale existují překryvné obrazy s melanomy, zejména pokud chybí diskrétní periferní pigmentová síť. Dalším dermatoskopickým nálezem u dermatofibromu vyžadujícím obezřetnost je asymetrická fokální pigmentace na okraji [1, 4, 7, 17, 28]. Naše poslední negativní zkušenost je s desmoplastickým melanomem, který věrně imitoval dermatofibrom, podobně jiný případ piloleiomyosarkomu považovaného za dermatofibrom.

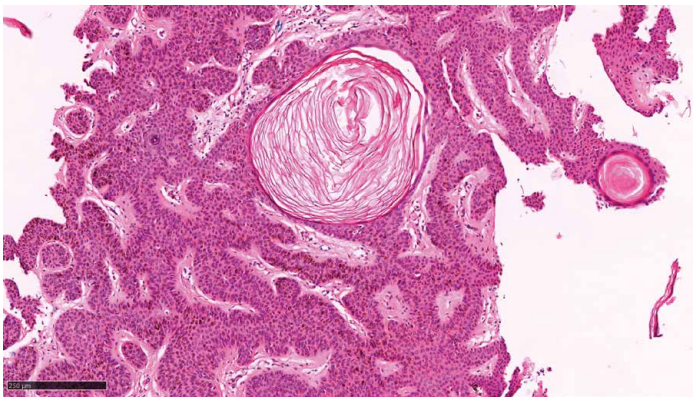
ZÁVĚR

Dermatoskopické vyšetření je klíčem ke spolehlivé diagnóze u většiny indikovaných lézí. Uvedené případy však ukazují, že i zkušený dermatolog se může setkat s dermatoskopickými obrazy, které napodobují jiné diagnózy. Detailní dermatoskopicko-histologické korelace přinášejí pro tyto situace obvykle uspokojivé vysvětlení, ale nejedná se o všechny případy. To platí zejména pro heterogenní léze, u kterých se ne vždy podaří v histologických řezech zachytit detailní strukturu, která je odpovědí na položené otázky. V praxi je tedy nutné s tímto vědomím ponechat si určitou rezervu v dermatoskopické diagnóze a neváhat s biopsií k dosažení jistoty.

OBRAZOVÁ PŘÍLOHA



Obr. 1a. Seboroická veruka

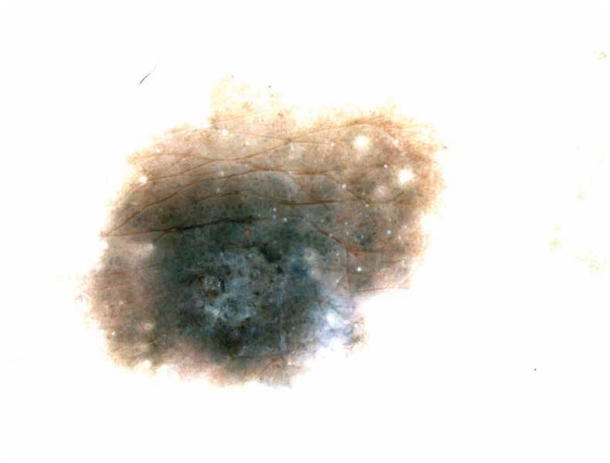


Obr. 1b. Histologický nález seboroické veruky

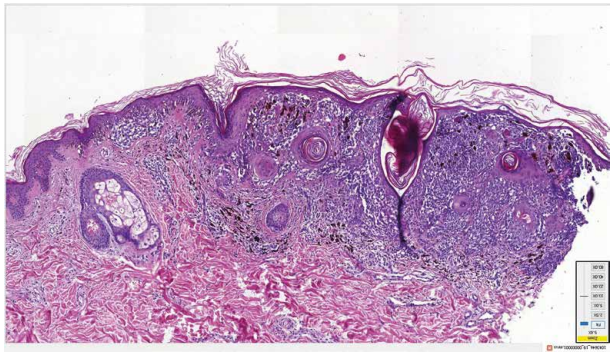
proLékaře.cz | 13.11.2026



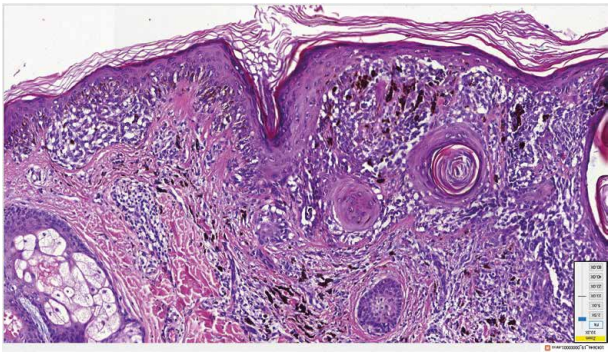
Obr. 2a. Superificiálně se šířící melanom hloubky invaze 0,6 mm



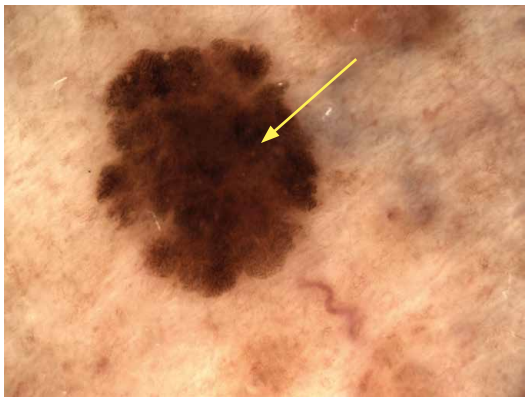
Obr. 2b. Při softwarové úpravě obrazu více zřetelný šedo-modrý závoj mezi č. 4 a 6



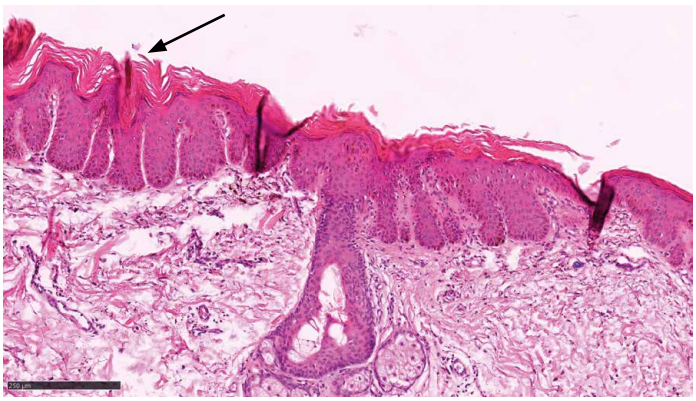
Obr. 2c. Histologický nález maligního melanomu



Obr. 2d. Histologický nález maligního melanomu



Obr. 3a. Dermatoskopický obraz – seboroická veruka Šipka ukazuje bezstrukturní černý okrsek korelující s transepidermální eliminací melaninu (viz šipky na obr. 3b).



Obr. 3b. Histologický nález – plochá seboroická veruka

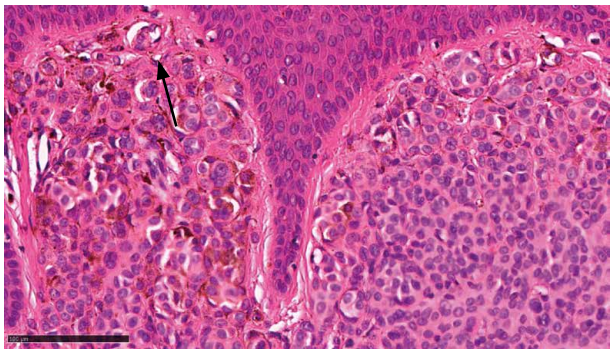
proLékaře.cz | 13.11.2026



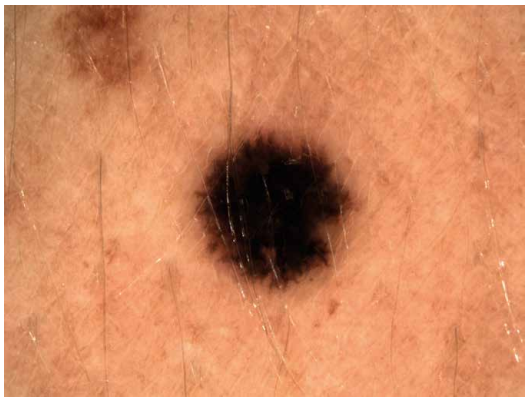
Obr. 4a. Dermatoskopický nález – sklerotizující névus



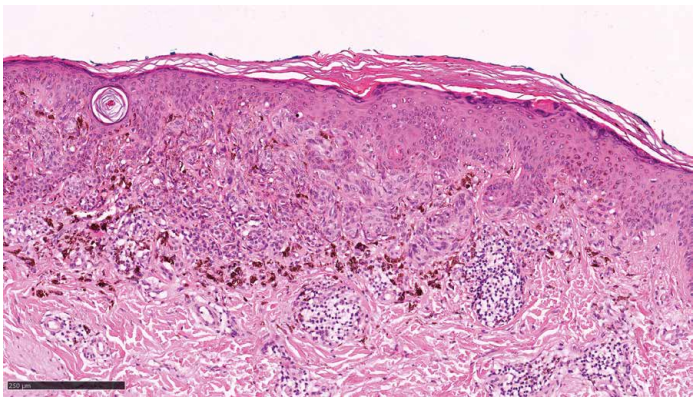
Obr. 4b. Histologický nález – sklerotizující névus



Obr. 4c. Histologický nález – sklerotizující névus

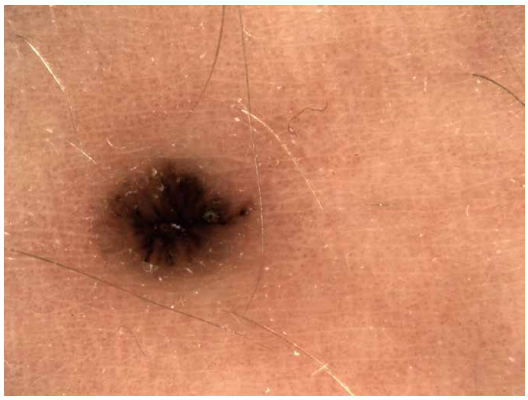


Obr. 5a. Léze napodobující Reedův névus

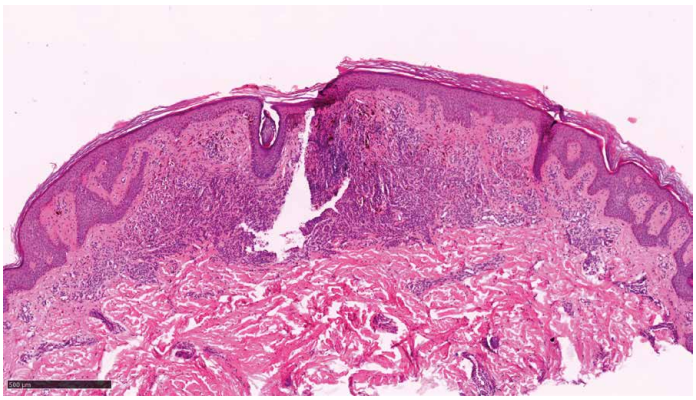


Obr. 5b. Histologický nález – atypická melanocytární léze s výraznější inkontinencí pigmentu melaninu do papilární dermis, částečně napodobující Reedův névus

proLékaře.cz | 13.11.2026



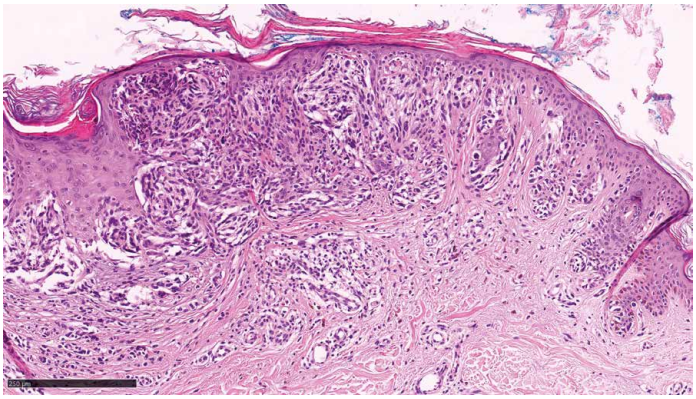
Obr. 6a. Dermatoskopický obraz – léze charakteru Reedova névu



Obr. 6b. Histologický nález – atypický melanocytární névus



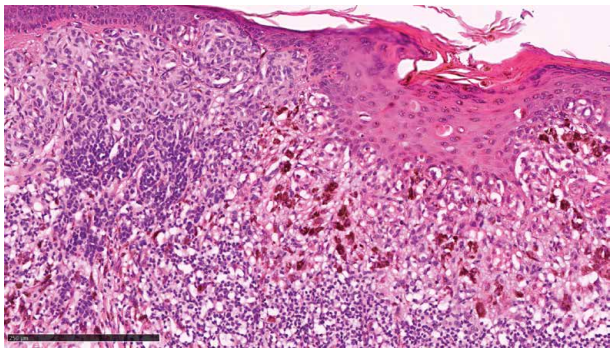
Obr. 7a. Dermatoskopický obraz SSM



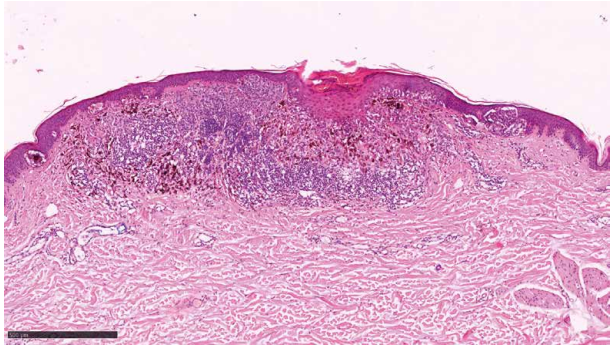
Obr. 7b. Histologický nález SSM



Obr. 8a. Dermatoskopický nález melanomu



Obr. 8c. Histologický nález – melanom Breslow 0,6 mm

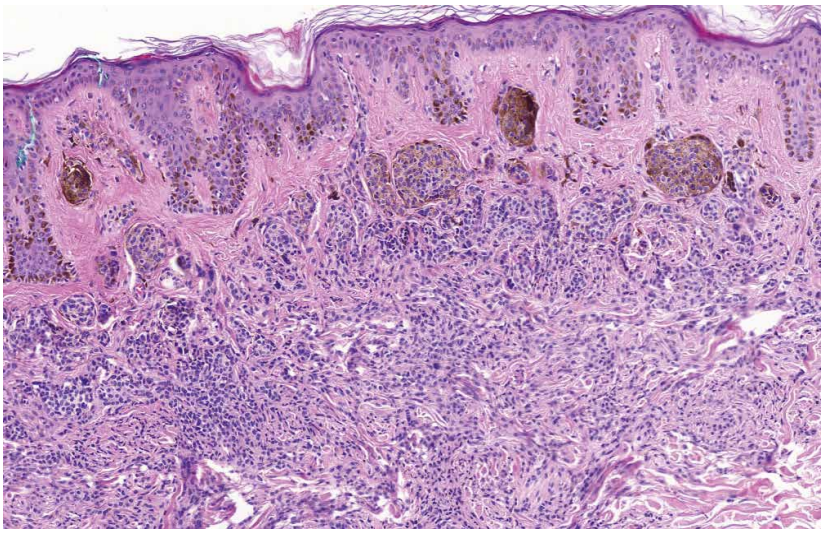


Obr. 8b. Histologický nález – melanom Breslow 0,6 mm

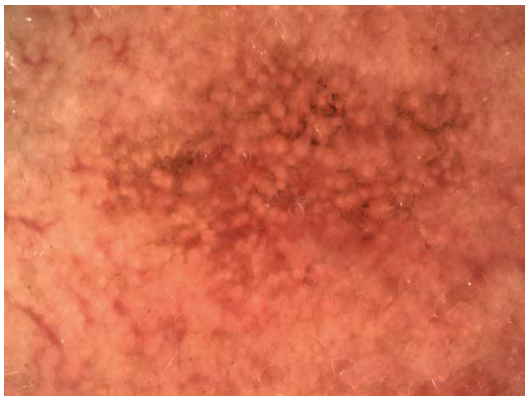
proLékaře.cz | 13.11.2026



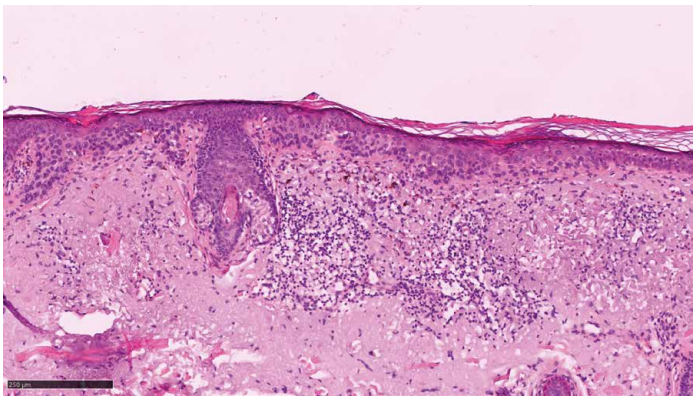
Obr. 9a. Smíšený névus s pozadím blízkým modrému závoji



Obr. 9b. Histologický nález smíšeného névu s výraznou pigmentací névocytů typu A



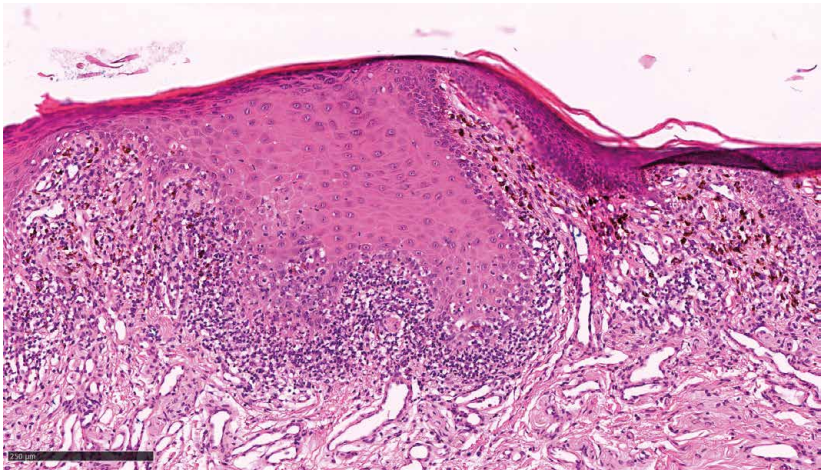
Obr. 10a. Dermatoskopický obraz pigmentované aktinické keratózy



Obr. 10b. Histologický nález pigmentované aktinické keratózy



Obr. 11a. Dermatoskopický obraz lichen planus pigmentosus mucosae

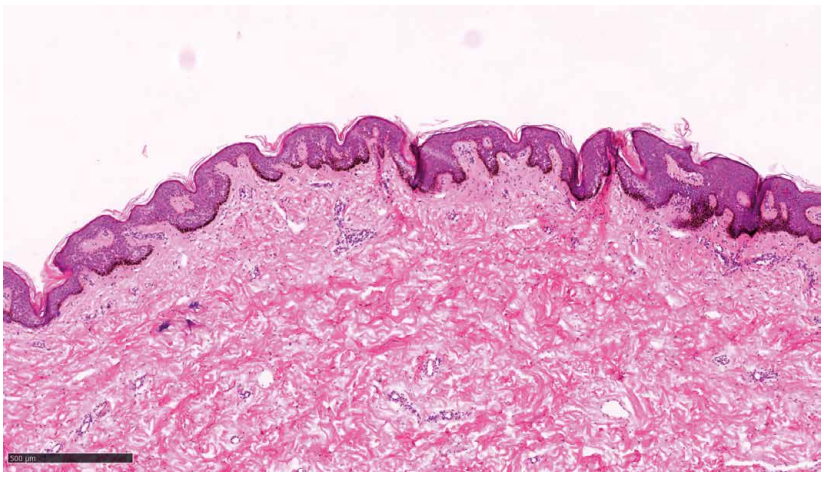


Obr. 11b. Histologický nález – pigmentovaný lichen planus mucosae

proLékaře.cz | 13.11.2026



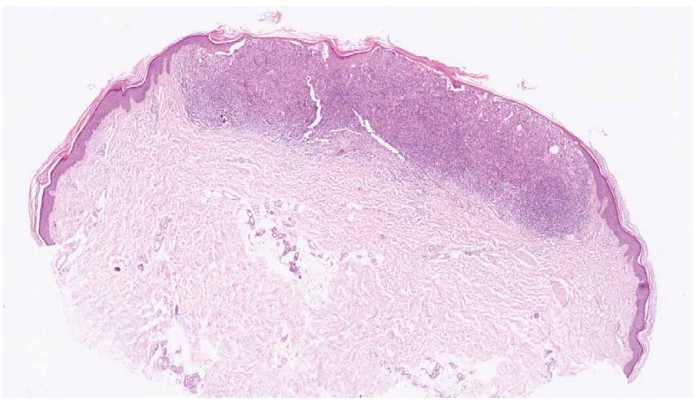
Obr. 12a. Dermatoskopický obraz melanosis areolae mammae



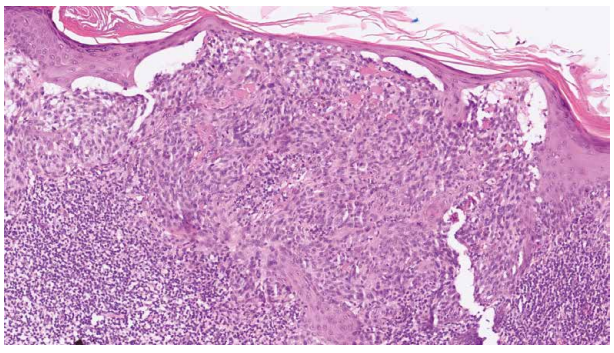
Obr. 12b. Histologický nález melanosis areolae mammae



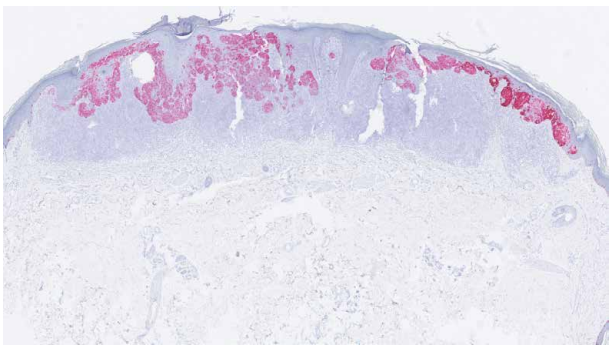
Obr. 13a. Dermatoskopický nález melanomu



Obr. 13b. Histologický obraz melanomu



Obr. 13c. Histologický obraz melanomu

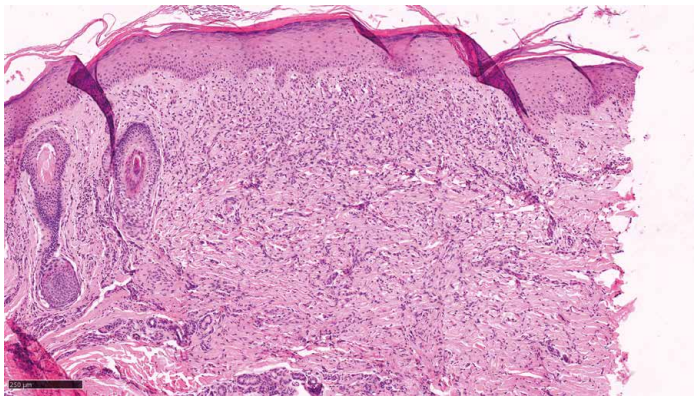


Obr. 13d. Imunohistochemické vyšetření – tyrozináza

proLékaře.cz | 13.11.2026



Obr. 14a. Dermatoskopický nález dermatofibromu



Obr. 14b. Histologický nález dermatofibromu

LITERATURA

1. AlJASSER, M. I., MARTINKA, M., KALIA, S. Dermatofibroma mimicking melanoma dermoscopically. *Clin Exp Dermatol*, 2014, 39(1), p. 69–70.
2. AMIRCHAGHMAGHI, M., PAKFETRAT, A., KIAFAR, B. et al. Dermoscopy of pigmented oral lesions; A research study. *Photodiagnosis Photodyn Ther*, 2025, 52, p. 104524. doi: 10.1016/j.pdpdt.2025.104524. Epub 2025 Feb 16. PMID: 39965751.
3. CARRERA, C., SEGURA, S., AGUILERA, P. et al. Dermoscopic Clues for Diagnosing Melanomas That Resemble Seborrheic Keratosis. *JAMA Dermatol,* 2017,153(6), p. 544–551.
4. ĎURÍKOVÁ, P., BARTOŠ, V. Hemosiderotický dermatofibróm s atrofickými znakmi – kazuistika. *Čes-slov Derm*, 2025, 100 (3), p. 133–136.
5. EBBELAAR, CH. F., JANSEN, A. M. C., SPEET, L. C. M. et al. Clinical outcomes and genomic profiles of *MAP2K1*-mutated primary cutaneous melanocytic tumours. *eBioMedicine*, 2025, 114, 105643.
6. FERRARI, A., ARGENZIANO, G., BUCCINI, P. et al. Typical and atypical dermoscopic presentations of dermatofibroma. *J Eur Acad Dermatol Venereol,* 2013, 27(11), p. 1375–1380.
7. FERRARA, G., GIORGIO, C. M., ZALAUDEK, I. et al. Sclerosing nevus with pseudomelanomatous features (nevus with regression-like fibrosis): clinical and dermoscopic features of a recently characterized histopathologic entity. *Dermatology*, 2009, 219(3), p. 202–208.
8. GRANT-KELS, J. M., BASON, E. T., GRIN, C. M. The misdiagnosis of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol,* 1999, 40(4), p. 539–548.
9. GRCAR-KUZMANOV, B., BOSTJANCIC, E., BANDRES, J. A. C. et al. Sclerosing Melanocytic Lesions (sclerosing Melanomas with Nevoid Features and Sclerosing Nevi with Pseudomelanomatous Features) – An Analysis of 90 Lesions. *Radiol Oncol,* 2018, 52(2), p. 220–228.
10. HARUNA, K., SUGA, Y., MIZUNO, Y. et al. Malignant melanoma with a seborrheic keratosis-like clinical presentation. *Indian J Dermatol,* 2009, 54(4), p. 387–388.
11. CHAIMA, K., MARIEM, A., KHADIA, S. et al. Unilateral hyperpigmented lesion of the breast. *Clin Case Rep*. 2023, 11, e7132. doi:10.1002/ccr3.7132
12. ISBARY, G., CORAS-STEPANEK, B., DYALL-SMITH, D. et al. Five patients with melanosis of the nipple and areola clinically mimicking melanoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol,* 2014, 28(9), p. 1251–1254.
13. IZIKSON, L., SOBER, A. J., MIHM, M. C. Jr. et al. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratosis: analysis of 9204 cases. *Arch Dermatol,* 2002,138(12), p. 1562–1566.
14. JANOWSKA, A., ORANGES, T., IANNONE, M. Seborrheic keratosis-like melanoma: a diagnostic challenge. *Melanoma Research,* 2021, 31(5), p. 407–412.
15. KEROUACH, A. Jr., HALI, F. Sr., BELANOUANE, S. et al. Verrucous Melanoma of the Scalp Initially Misdiagnosed as Seborrheic Keratosis. *Cureus*, 2022,14(9), p. e 29098. doi: 10.7759/cureus.29098. eCollection 2022 Sep.PMID: 36249606.
16. LALLAS, A., APALLA, Z., IOANNIDES, D. et al. Update on dermoscopy of Spitz/Reed naevi and management guidelines by the International Dermoscopy Society. *Br J Dermatol*, 2017, 177(3), p. 645–655.
17. LI, C., ALLEN, H., LOXAS, M. et al. Hemosiderotic dermatofibroma mimicking melanoma: A case report and review of the literature. *Clin Case Rep,* 2021, 9(3), p. 1387– 1392.
18. ORZAN, O. A., DOROBANTU, A. M., GURAU, C. D. et al. Challenging Patterns of Atypical Dermatofibromas and Promising Diagnostic Tools for Differential Diagnosis of Malignant Lesions. *Diagnostics*, 2023, 13(4):671. Dostupné na www: https://doi.org/10.3390/diagnostics13040671.

proLékaře.cz | 13.11.2026

19. PAREDES, B., HARDMEIER, T. Naevus Spitz und Naevus Reed: bei Erwachsenen ein Melanomsimulator [Spitz nevus and Reed nevus: simulating melanoma in adults]. *Pathologe*, 1998,19(6), p. 403–411.
20. PITTIS, J. D., BARBER, F. A. Melanosis of the areola. *Arch Dermatol*, 1990,126(4), p. 542–543.
21. POCK, L. Atypické melanocytární léze, *Čes-slov Derm.*, 2013, 88(3), p. 107–122.
22. POCK., L., DRLÍK, L., DŮRA, M. Atypické melanocytární léze: aktualizace, *Čes-slov Derm*, 2023, 98 (5), p. 235–253.
23. 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.
24. ROH, D., HA, D. L., KIM, Y., et al. Comparison of Dermoscopic Features Between Melanoacanthomas and Melanoacanthoma-Like Malignant Melanomas in Korean Patients. *J Cutan Med Surg,* 2021, 25(3), p. 243–248.
25. SUNSHINE, J. C., KIM, D., ZHANG, B. et al. Melanocytic Neoplasms With MAP2K1 in Frame Deletions and Spitz Morphology. *Am J Dermatopathol*., 2020, 42(12), p. 923–931.
26. THOMAS, I., KIHICZAK, N. I., ROTHENBERG, J. et al. Melanoma within the seborrheic keratosis. *Dermatol Surg,* 2004, 30(4 Pt 1), p. 559–561.
27. TRAN, P. T., TRUONG, A. K., MUNDAY, W. et al. Verrucous melanoma masquerading as a seborrheic keratosis. *Dermatol Online J,* 2019, 25(2), p. 13030/qt1m07k7fm. PMID: 30865414.
28. ZABALLOS, P., ÁLVAREZ-SALAFRANCA, M., LLAMBRICH, À. et al. Dermoscopy of haemosiderotic/aneurysmal dermatofibroma: A morphological study of 110 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol,* 2023, 37(2), p. 317–327.

Do redakce došlo dne 23. 11. 2025.

Adresa pro korespondenci:
MUDr. Lubomír Drlík
Dermatologická ambulance Mohelnice
Nádražní 82/35
789 85 Mohelnice
e-mail: mudr.drlik@email.cz

Dermatologický univerzitní nadační fond

Dermatologický univerzitní nadační fond podporuje již dvacátým rokem dermatovenerologii v České republice

- Poskytuje **stipendia** na pobyty na kožních pracovištích v německy mluvících zemích.
- Uděluje **ceny za nejlepší publikace roku** v časopisu Čs. dermatologie.
- Sponzoruje **Bartákovu cenu**.
- **Podporuje časopis** Česko-slovenská dermatologie a Českou dermatovenerologickou společnost ČLS JEP.
- **Financuje vzdělávání** v dermatovenerologii (kurzy, odborná setkání).



Dermatologický univerzitní nadační fond
partner českých dermatovenerologů.