

## Dermatoskopické sledování v čase

Arenbergerová M.<sup>1</sup>, Arenberger P.<sup>1</sup>, Frey T.<sup>1</sup>, Šach J.<sup>2</sup>, Frühaufová Š.<sup>2</sup>, Housa D.<sup>2</sup>, Gkalpakiotis S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha  
přednosta prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

<sup>2</sup>Ústav patologie 3. LF UK a FNKV, Praha  
přednosta prof. MUDr. Václav Mandys, CSc.

### PACIENT 1

Pacient (54 let), fototyp III, v anamnéze maligní melanom na zádech (SSM, Breslow 0,61 mm) v r. 2005 a psoriáza od r. 1995. Tři měsíce pozoruje ztmavnutí a zvětšení hnědého projevu nad levou lopatkou, bez sub-

jektivních příznaků. Jednalo se o hnědorůžové ložisko o vel. 9 x 5 x 3 mm, s centrální hemoragickou hyperkeratózou a drobnou periferní erozí. Na trupu byly přítomné ojedinělé klidné pigmentové névy a ložiska psoriázy. Pacient byl pravidelně sledován digitálním dermatoskopem v rámci dispenzární péče. Měnící se projev na zádech jsme porovnali s dermatoskopickým obrazem před dvěma roky.



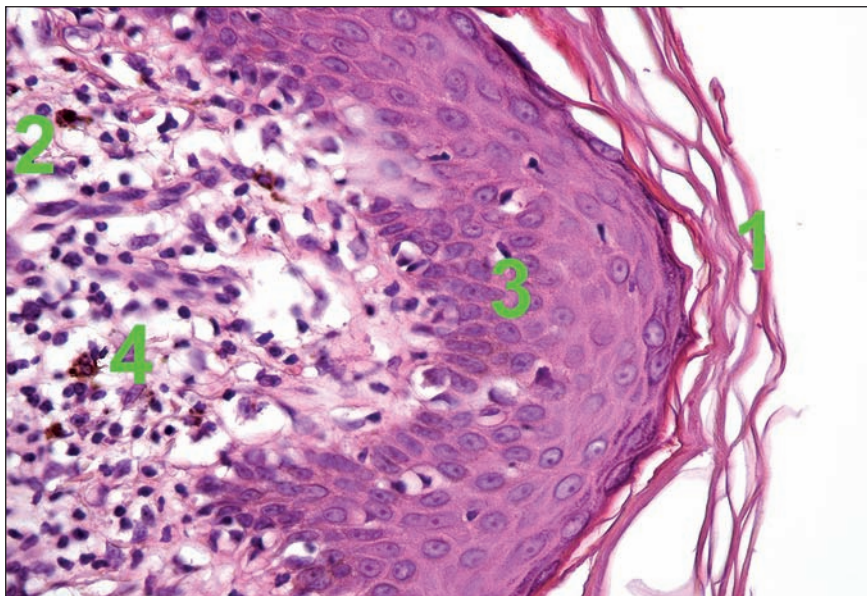
Obr. 1A.

#### Dermatoskopický obraz (obr. 1A)

Na levém obrázku z r. 2008 pozorujeme difuzní světle hnědou pigmentaci a ojedinělé pseudofolikulární ústí v pravém dolním pólu a červené tečkovité angiektázie v horní partii. Na obrázku vpravo vidíme hemoragickou hyperkeratózu v centru, vlevo od ní šedomodrý okrsek lemovaný drobnými šedočernými tečkami a hustě nakupenými tečkovitými kapilárami v pravé části projevu. V pravém dolním rohu hemoragie.

#### Histologické vyšetření (obr. 2A)

Nález je slučitelný s obrazem lichenoidní keratózy s inkontinencí pigmentu (1 – ortokeratotická hyperkeratóza, 2 – lichenoidní kulatobuněčný infiltrát v oblasti dermoepidermální junkce, 3 – epidermis s mírnou akantózou, 4 – fagocytóza melaninového pigmentu makrofágy v dermis).



Obr. 2A.

### Diagnóza

Nález je poměrně obtížně hodnotitelný. Bizarní obraz, přítomnost růžové barvy, tečkovitých angiektázií a šedočerných teček nás nutí v diferenciální diagnostice pomýšlet i na maligní melanom. Důležitou roli zde sehrává vyšetření projevu před dvěma roky, které bylo z dermatoskopického hlediska velmi suspektní jako seboroická veruka vzhledem s iritací vzhledem k angiektáziím. Kombinace sledování dermatoskopického obrazu a histologického vyšetření nám pomůže stanovit diagnózu lichenoidní keratózy, která vznikla na podkladě seboroické keratózy.

## PACIENT 2

Pacient (58 let) fototypu II, který se v dětství opakovaně spálil na slunci, pozoroval několik měsíců tmavnutí a zvětšování pigmentového projevu na levém předloktí.

Útvar byl vyhodnocen jako rizikový a pacient byl objednán k provedení totální excize. K výkonu se však nedostal a přichází až za 8 měsíců, protože se projev stále zvětšuje. Jedná se o hnědočernou makulu o velikosti 8 x 5 mm s nepravidelnými okraji.



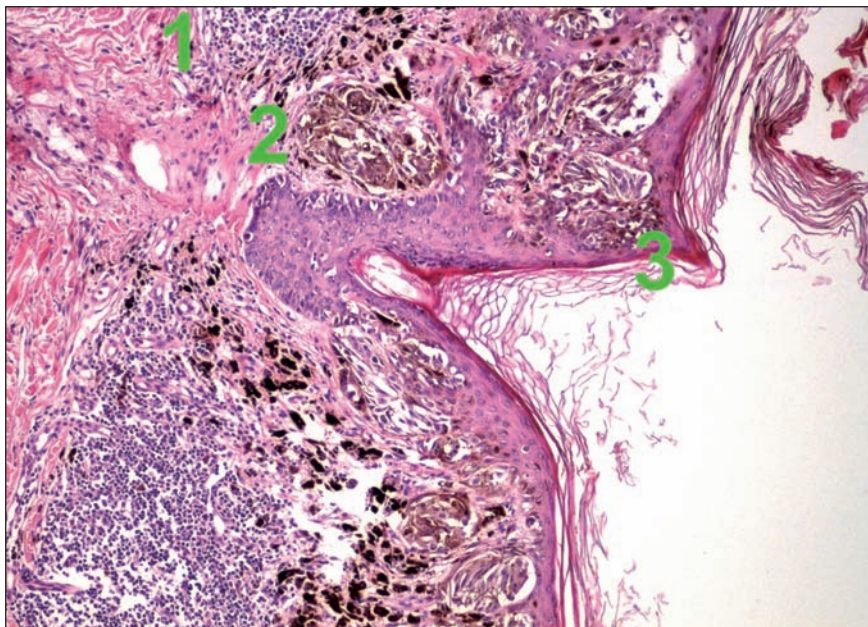
Obr. 1B.

### Dermatoskopický obraz (obr. 1B)

Na levém obrázku z prvního vyšetření v r. 2008 vidíme nepravidelnou hnědou pigmentaci v centru s šedomodrým nádechem, naznačeno radiální proudění. Na obrázku vpravo po 8 měsících vidíme, že se projev výrazně změnil. Sytá hnědočerná pigmentace, v centru s šedomodrým závojem, periferně nepravidelné radiální proudění a nerovnoměrně rozmístěné hnědé globule.

### Histologické vyšetření (obr. 2B)

Superficiální typ melanomu kůže, v centrální oblasti již s vertikálním způsobem šíření a s prorůstáním do stratum reticulare koria (Breslow 0,75 mm). V oblasti koria je výraznější lymfocytární reakce (1 – kulatobuněčný infiltrát ve spodině melanomu, 2 – hnízdo nádorových melanocytů ve stratum reticulare koria, 3 – pagetoidní šíření nádorových melanocytů do epidermis).



Obr. 2b.

### Diagnóza

Na levém obrázku vzhledem k přítomnosti nepravidelné hnědé pigmentace s centrálním šedomodrým nádechem a regrese se pravděpodobně jednalo o silně dysplastický névus, eventuálně iniciální melanom. Po 8 měsících je diagnóza již zřejmá. Kritérium E (někdy se označuje nejen jako elevace, ale i evoluce) dominuje, ložisko se výrazně zvětšilo a změnilo svůj charakter. Vzhledem k přítomnosti šedomodrého závoje, radiálního proudění a nepravidelných hnědých globulí, diagnózu uzavíráme jako maligní melanom.

## DISKUSE

Digitální dermatoskopie má oproti optické dermatoskopii několik přidaných hodnot. Obraz můžeme zvětšit a v klidu si ho prohlédnout na monitoru, nechat ho projít expertním systémem a hlavně obrázek uložit a porovnávat v čase. Možnost sledování v čase považujeme za jednu z nejdůležitějších výhod digitální dermatoskopie. Dokumentují to naše dvě kazuistiky, v nichž v prvním případě přišel pacient s projevem, který by na první pohled v širší diferenciální diagnostice mohl dermatoskopicky imitovat regredující maligní melanom nebo i bazaliom s pigmentem. Avšak při porovnání se snímkem pořízeným před dvěma lety, kdy projev imponoval jako seboroická keratóza, nám ke správné diagnóze přispělo i předchozí vyšetření. Ve druhé uvedené kazuistice měl pacient při kontrole také bizarní obraz podezřelý z melanomu, který ale prakticky jednoznačně potvrdil pohled na vyšetření před 8 měsíci, kdy se již tehdy jednalo o velmi podezřelou melanocytární lézi (pacient byl objednan k excizi, ale dostavil se s větším časovým odstupem). Sledování v čase využíváme především u mnohočetných pigmentových lézí, u kterých z technických důvodů nemůžeme všechny exci-

dovat, a kdy se jednoznačně nejedná o melanom. Naopak nodulární projevy se nedoporučují dlouhodobě sledovat. Buď se ihned rozhodneme, že se jedná o benigní lézi (intradermální névus), nebo lézi excidujeme z podezření malignity (např. nodulární maligní melanom).

## LITERATURA

1. JOHR, R. H., SOYER, P., ARGENZIANO, G. et al. *Dermoscopy*. Mosby: Londýn 2004, 231 s.
2. POCK, L., FIKRLE, T., DRLÍK, L., ZLOSKÝ, P. *Dermatopický atlas*. 2. vyd., Phlebomedica: Praha 2008, 149 s.

Do redakce došlo 22. 8. 2011.

*Kontaktní adresa:*

MUDr. M. Arenbergová, PhD.

Dermatovenerologická klinika FNKV a 3. LFUK

Šrobárova 50

100 34 Praha 10

e-mail: ma@avemedia.cz