

# Névy klasifikace, diferenciální diagnostika a dispenzarizace

MUDr. et MUDr. Pavel Konrád  
Kožní ambulance Dobřichovice/ Lasermed

Névus, česky mateřské znaménko neboli *smaha*, jak uvádí Kábrtův Česko – latiský slovník, je medicínský termín, který stojí za podrobné pojednání. V tomto článku bude popsáno aktuální dělení névů, jejich odlišení od dalších melanocytových kožních projevů, jako jsou benigní melanocytové skvrny, ale také maligní melanomy. Dále bude popsán dermatology doporučený postup jejich sledování v čase. Právě pravidelná observace névů je základním předpokladem pro včasné odhalení jejich maligní přeměny v melanom a včasný terapeutický zásah.

**Névy** jsou v klinické praxi nejčastěji zaměňovány za tzv. melanocytové skvrny ( *ephelides*, *melasmata*, kávové skvrny a *lentiga* ), které jsou způsobené prostou hyperplázií a hyperfunkcí melanocytů a jedná se o zcela benigní léze. Druhou zaměňovanou skupinou jsou maligní melanomy, jejichž neodhalením dojde k oddálení diagnózy s fatálními následky pro pacienta.

## Ephelides

*Ephelides*, pihy jsou vrozené pigmentace, které jsou geneticky podmíněné a vyskytují se zejména u rusovlasých nebo světlavlasých jedinců. Typicky se nacházejí v centrální části obličeje, na pažích, v horní třetině hrudníku nebo zad. Pihy jsou ostře ohraničené makuly, kruhovitého, oválného nebo nepravidelně cípatého tvaru, většinou menší než 5 mm. Jsou v úrovni okolí, takže nejsou pohmatem zjistitelné. Jejich barva je světlá od nažloutlého odstínu přes rezavou až do různých odstínů hnědé, nejsou ale nikdy zcela černé. Pihy jsou vždy benigní a melanom z nich nevzniká. Pihy se diagnostikují podle klinického vzhledu a histologické vyšetření není nutné. Pro nemocného mají jen kosmetický význam a běžně se neléčí ( obr. 1 ).

## Melasma

*Melasma*, syn. *chloasma* ( obr. 2 ) je získaná melaninová pigmentace nejčastěji se vyskytující u žen středního věku. Vyvolávající příčinou je

kombinace UV záření a hormonálních výkyvů (těhotenství, užívání antikoncepce). Jedná se o tmavohnědé skvrny nejčastěji na laterálních partiích obličeje, léze je zcela benigní. Protože se však vyskytují na viditelných místech jsou často léčena z kosmetických důvodů. Jedinou účinnou terapií je odstranění pomocí vysokovýkonného laseru. Prevence je jediná, a to používání fotoprotekčních přípravků.

### Kávová skvrna (café-au-lait)

Solitární *kávová skvrna* se vyskytuje přibližně u 15 % obyvatel a vzniká v časném dětství, nebo je přítomna již při narození. U dětí je v průměru 1–3 cm velká, u dospělých dosahuje velikosti až 20 cm a více. Kávové skvrny jsou ostře ohraničené, stejnoměrně pigmentované skvrny světle hnědé barvy přirovnávané k barvě bílé kávy. V průběhu dalšího života mají stacionární vzhled. Nedělají diagnostické problémy, jsou benigní a melanom z nich nevzniká. Mnohočetné pak provázejí jiné nemoci jako například neurofibromatózu. Z kosmetických důvodů je možno je odstranit opět vysokovýkonným laserem.

### Lentigo simplex

*Lentigo simplex* ( obr. 3 ) představuje mezistupeň mezi nálezem v normální kůži a junkčním melanocytovým névem. Lentigo simplex je sytě hnědá, ostře ohraničená, oválná nebo kruhovitá makula obvykle do 5 mm velká a většinou jednotlivá, objevující se u obou pohlaví v kterémkoli věku a kdekoli na kůži. Barva není závislá na expozici slunečnímu záření. Může se objevit i na dlaních, ploskách, na nehtovém lůžku a sliznicích. Odlišení od junkčního névu je možné jen histologicky. Jejich terapie není nutná, pouze z kosmetických důvodů je možné je odstranit pomocí laseru.

### Lentigo solaris (lentigo senilis, jaterní skvrna, stařecká skvrna)

*Lentigo solaris* se nachází především u starších osob spolu s dalšími známkami chronického poškození kůže UV-zářením v typické lokalizaci na obličeji a hřbetech rukou. Rozhodující pro vznik projevů není věk nemocného, ale dlouhodobé, opakované vystavování kůže působení UV-zářením. Přesto jde o nález přicházející hlavně u osob nad 60 let a spíše těch, kteří mají světlejší pokožku. Skvrny jsou rozsáhlé několik milimetrů až centimetrů čtverečních, jsou oválné až nepravidelné, ostře

ohraničené, světlé až tmavohnědé barvy. Pokud se zamezí dalšímu působení UV-zářením, dochází k blednutí skvrn. Lentigo solaris je afekce benigní. Může se také objevit u osob navštěvujících opakovaně solária. Pro jejich případné odstranění z kosmetických důvodů je indikován laser.

## Névy

Névy jsou ohraničené kožní útvary vznikající na základě embryonální vývojové poruchy. Mají z praktického hlediska zásadní význam, neboť se ve 20–30 % případů během života klinicky mění a v některých případech z nich může vznikat maligní melanom. Rozdělení névů prodělalo za posledních několik let mnoha změn, nicméně níže uvedené rozdělení považuji za nejsrozumitelnější. Vzhledem k velkému počtu typů névů zde uvádím pouze ty nejčastěji se vyskytující.

Névy se dělí na 3 základní skupiny: vaskulární, adnexální a pigmentové névy.

### Vaskulární névy

Mezi nejznámější vaskulární névus patří *naevus flammeus* (syn. *naevus vinosus*, port wine stain, obr. 4), který je přítomen již při narození a dále se vyvíjí s růstem dítěte. Klinicky se jeví jako fialově červené, ostře ohraničené ložisko mírně vyvýšené nad okolí, velikosti od několika milimetrů až po rozsáhlé plochy postihující velké oblasti těla. Nejčastěji se vyskytuje v obličeji. Pacienta kosmeticky velmi deprimuje a v současné době se může velmi dobře odstranit pomocí speciálního laseru. Druhým nejznámějším vaskulárním névem je *névus araneus* (pavoučkovitý névus), který má typický vzhled s centrálně bodovité prominující kapilárou s paprsky větévek vybíhající do periferie, které připomínají pavouka. Terapie spočívá buď ve sklerotizaci nebo laserové terapii.

### Adnexální névy

Nejčastěji se vyskytujícím adnexálním névem je *naevus sebaceus* (obr. 5). Jde o vrozený měkký, žlutohnědý útvar papilomatózního povrchu velikosti 1 až 6 cm. Vyskytuje se hlavně ve kštici, postupně se zvětšuje. Pro nebezpečí jeho přeměny v basaliom se doporučuje jeho chirurgická excize či méně invazivní odstranění laserem.

## Pigmentové névy

Mezi pigmentové névy patří jednak skupina *melanocytových névů*, tato má další histologické subtypy a dále definované klinické jednotky : *Naevus spilus*, *Naevus Spitz*, *Halo naevus*, *Naevus coeruleus*.

## Melanocytové névy

*Melanocytové névy* vznikají nahromaděním melanocytů (histologický termín - hnízd) v různých částech kůže (epidermis, kóriu, nebo v obou ) a podle toho se pak histologicky dělí na subtypy *junkční*, *intradermální* nebo *compound* (složené). Jsou buď *kongenitální* (přítomné hned po narození) nebo *získané* (vznikající později, většinou přibývajících do 20–30 let věku).

*Kongenitální* mívají rozměr od 1 do několika desítek cm a většinou jsou jednotlivé. Nejznámějším zástupcem je *Naevus Becker* ( obr. 6 ).

*Získané* névy přesahují u dospělého jen zřídka velikost 2 cm a jsou téměř vždy mnohočetné. Začínají se objevovat obvykle od 6. měsíce věku a jejich počet se postupně zvětšuje až do 30 let věku. Mohou se ale objevit i později. Podle různých zdrojů se jich najde u třicetiletého člověka bílé rasy v průměru 20–40. Počet je ale velmi variabilní od několika až po stovky. Rozhodující vliv na počet a klinický vzhled projevů mají faktory genetické. Změny, které se odehrávají v melanocytových projevech v dětském věku a v dospívání, jsou fyziologické a projevují se změnami velikosti, barvy, tvaru. Po pubertě však tyto klinické změny v melanocytových lézích mohou signalizovat postupný vznik nádoru.

*Junkční névus* ( obr. 7 ) se projevuje jako skvrna, kterou nelze zjistit pohmatem. Velikost se pohybuje od 1 mm (jako vpich jehly) až do 10 mm v průměru, barva je růžová, tmavohnědá až černá , povrch je hladký.

*Coumpand névus* ( obr.8 ) je polokulovitého tvaru (papuly až hrboly), spíše hnědé barvy tmavšího odstínu s povrchem hladkým, nebo jen lehce zvrásněným.

*Intradermální névus* ( obr. 9) se vyskytuje zpravidla v obličeji, na krku, hrudníku a objeví až v dospělosti jako polokulovité, ohraničené papule až hrboly do velikosti 1 cm v průměru verukózního vzhledu a často s chlupy.

Nejrizikovější subtyp tvoří tzv. *dysplastické névy* ( obr. 10 ) bývají 10 – 15 mm velké, jsou neostře ohraničené oproti okolí a nestejně pigmentované. Tmavší odstín je ve středu, periferní část bývá světlejší. Diagnóza dysplastického névu se potvrdí až na základě histologického vyšetření.

Tyto *dysplastické névy* jsou pak mnohdy velmi obtížně odlišitelné od melanomu. Tento druh névů se nejčastěji zvrhává v maligní melanoma a pro tuto skupinu je krucální jejich dlouhodobé pravidelné sledování (obr. 17 ).

### Naevus Spilus

Jeví se jako velkoplošná světle hnědá pigmentová skvrna, ve které jsou rozptýleny hnědočerné pigmentace velikosti špendlíkové hlavičky. Vzácně může v tmavých skvrnách vzniknout melanom ( obr.11 ).

### Naevus Spitz ( dříve juvenilní melanom )

Je zcela benigní, u dětí se vyskytující, rychle rostoucí ( týdny ) polokulovitý hrbolek načervenalé barvy, velikosti okolo 1 cm, histologicky připomíná maligní melanom ( obr. 12 ).

### Halo naevus

Charakteristický je bělavý, až 2 cm široký oválný dvorec ( halo ) v okolí névu, vzniká jako výraz imunologické reakce proti melanocytům ( br.13). Doporučuje se dobře chránit světlé halo UV protekčními prostředky.

### Naevus coeruleus

Je šedomodrá papula velikosti 1 cm, bývá přítomen již od narození nebo vzniká v dětství. Tvoří se nejčastěji na extenzorových plochách končetin, v lumbosakrální oblasti nebo na hlavě. Maligní transformace je vzácná. Z kosmetických důvodů provádíme chirurgické odstranění (obr. 14 ).

## Diferenciální diagnostika névů - maligní melanom

Melanom je onemocněním středního věku, nejvíce přibývají nemocní mezi 40–50 lety. U dětí před pubertou je to nádor velice vzácný. Prevalence melanomu u bělochů činí asi 1/100 –1/200. Melanom se objevuje častěji u žen (55 % ženy, 45 % muži), u nichž se vyskytuje primární nádor především na obličeji a dolních končetinách, zatímco u mužů je častější na hrudníku. Melanom se vyskytuje i familiárně, a to především v rodinách, v nichž je vyšší výskyt různých melanocytových afekcí. Genetika hraje ve výskytu melanocytových lézí a melanomu rozhodující roli. Mezi rizikové faktory vzniku melanomu patří: pozitivní rodinná anamnéza melanomu, velké množství melanocytových afekcí na kůži, světlejší typ kůže a přítomnost kongenitálního névu.

Melanom vzniká u geneticky predisponovaných osob za účasti různých zevních a vnitřních faktorů, přitom mezi nejdiskutovanější patří hlavně vliv UV-záření. U 2/3 nemocných vzniká melanom na klinicky zcela normálně vyhlížející kůži. Protože u většiny dospělých nepokračuje přibývání nových melanocytových projevů (jak je tomu běžné do 30 let věku), neměl by vznik melanomu uniknout tolik pozornosti nemocného nebo lékaře. U zbylé 1/3 vzniká melanom v již existující melanocytové afekci (v tzv. prekurzorech melanomu), např. v kongenitálním névu, v lentigo maligna a v různých tzv. dysplastických névech. Nemocní by neměli ignorovat kožní projevy, které se zvětšují, mění barvu, rostou nad úroveň okolí nebo krvácejí. Využívá se zde pravidlo ABCD, podle něhož si všímáme následujících změn (podle anglického označení): **A** (**A**symetry), **B** (**B**order), **C** (**C**olour), **D** (**D**iameter). Pokud dochází k popisovaným změnám v původně stále melanocytové afekci, může to být signálem pro počínající vznik melanomu.

Melanom se na základě klinického a histopatologického obrazu dělí na 5 typů:

- melanoma in situ
- melanom povrchově se šířící (SSM – superficial spreading melanoma)
- lentigo maligna melanom (LMM)
- melanom nodulární (MN)
- melanom akrolentiginózní (ALM)

Nejčastějším typem je povrchově se šířící melanom (50–70 %), melanom nodulární tvoří asi 15–30 %, lentigo maligna melanom 5–10 % a vzácný je akrolentiginózní melanom (2 %). Nádor má tendenci k tvorbě metastáz, a to nejčastěji ve spádových lymfatických uzlinách. Melanom ale může metastazovat do kteréhokoli orgánu, a to i řadu řadu let po odstranění primárního nádoru.

### **Melanoma in situ**

Jedná se většinou o hnědou skvrnu několik milimetrů velkou, která má hladký lesklý povrch a je nepřesně ohraničená od zdravé kůže. Nemá specifické diagnostické znaky a nedá se odlišit od benigních melanocytových névů. Diagnóza je možná jen histologicky – nádorové změny se nacházejí jen v epidermis a nádorové melanocyty nepřecházejí přes bazální membránu do koría.

### **Melanom povrchově se šířící (SS – superficial spreading melanoma)**

Nejčastější forma melanomu, při které na kůži vzniká nestejně barevné, hladké, tmavé ložisko až několik centimetrů velké ( obr. 15 ). Nádor se nachází především na zádech a dolních končetinách, ale může být kdekoli na těle. U mužů bývá častější na zádech, u žen na bérkách. Projev začíná jako malá hnědá tečka, která postupně roste a mění se až do výše popsaného obrazu .Tento vývoj trvá řadu měsíců až několik let. Nemocní většinou uvádějí, že ke zřetelnému růstu docházelo v posledních 6–12 měsících před stanovením diagnózy. Ke změnám dochází nejprve v horizontální rovině a časem pak se některá část snadno poraní, nehojí se, a to bývá důvodem, proč nemocní vyhledají lékaře.

### **Lentigo maligna a lentigo maligna melanoma (melanosis circumscripta preblastomatosa Dubreuilh)**

Lentigo maligna je pomalu se zvětšující nestejně hnědě pigmentované ložisko na kůži vystavené působení ultrafialového záření, které má histologický obraz melanoma in situ. Lentigo maligna melanoma představuje již zcela vyvinutý melanom vzniklý v tomto ložisku .Lentigo maligna se nachází téměř výhradně v obličeji, častěji se nachází u žen než u mužů (2 : 1), a to obvykle ve starším věku (nad 60 let). Na kůži vzniká světle hnědá skvrna, která je zpočátku hladká, ohraničená od okolí a nedělá subjektivní potíže. Postupně se během řady let pomalu

zvětšuje a mění barvu, takže je zřetelnější a výrazně nestejně pigmentovaná. V některých místech dochází k regresi, tzn. určité obranné reakci organismu, při níž se nádor ztrácí. Velikost ložiska bývá až několik centimetrů v průměru (2–5 cm). Lentigo maligna zůstává řadu let bez změn, ale pak se mění v lentigo maligna melanom, přitom vzniká z histologického obrazu melanoma in situ vyvinutý melanom. Tato forma melanoma se považuje za prognosticky příznivější než ostatní formy.

### **Melanom nodulární**

Melanom od počátku vzniká jako postupně rostoucí hrbol, takže u něj dominuje vertikální růst. Nádor se objevuje kdekoli na kůži a začíná jako malá hnědá makula, která se mění v papulu a vyvýšený polokulovitý široce přisedlý hrbol. Povrch nádoru je hladký a lesklý, ale po poranění mokvá, krvácí a nehojí se ( obr. 16).

### **Melanom akrolentiginózní**

Forma melanomu, která se od ostatních liší pouze tím, že se vyskytuje v akrolentiginózní lokalizaci na dlaních, ploskách, na prstech, na nehtovém lůžku a v okolí nehtu a dále na sliznicích především dutiny ústní a genitálu. Akrolentiginózní forma se objevuje spíše u starších pacientů. Pokud roste pod nehtem, vypadá nejdříve jako drobné krvácení a může způsobit značné diagnostické potíže. Mezi zvláštní formy melanomu patří tzv. *melanom amelanotický*, v němž chybí melaninový pigment a stanovení diagnózy podle klinického obrazu je prakticky nemožné. Afekce má spíše načervenalou barvu a nelze ji odlišit od jiných nádorů.

### **Dispenzarizace**

Mezi lidmi panuje sice již určité povědomí o nutnosti kontroly měnících se pigmentových znamének, ale jen malá část si uvědomuje nutnost sledování jejich změn v čase. Mnozí pacienti totiž po prvním vyšetření a ujištění, že se o nádor nejedná, ztrácejí ostražitost a již lékaře v budoucnu nevyhledají. Nicméně vývoj znamének a jejich maligní zvrát je možné včas odhalit právě jen při pravidelných kontrolách. Po kontrole u dermatologa by měl být pacient instruován o tom, že je nutné znaménko sledovat v časových periodách a je nejlepší, když je hned určen termín další kontroly. Tyto jsou stanovovány nejčastěji po 1 roce, nejlépe po letním období, přes které na znaménka působí UV záření v nejvyšší



intenzitě. Při pozitivní anamnéze, či jiných rizikových faktorech, je nutné časovou periodu kontrol zkrátit na 6 měsíců.

Nejmoderněji je diagnostika pigmentových znamének prováděna pomocí digitálního dermatoskopu ( obr.18 ). Tento přístroj dokáže neinvazivně, pouhým intenzivním prosvícením léze, vyšetřit jakýkoliv pigmentový útvar, zhodnotit jeho rizikovost porovnáním více než 50 charakteristik a uložit obraz do své paměti. Při kontrolním vyšetření se poté jednoduše porovná snímek z poslední kontroly s aktuálním vyšetřením a zcela jednoznačně se zjistí, zda došlo k nějaké změně či nikoliv. Maligní zvrhnutí se takto může diagnostikovat včas, a tím se výrazně zvýší šance pacienta na přežití. Vzhledem ke své vysoké ceně je však k dispozici pouze na několika málo pracovištích v ČR.

Vyšetření digitálním dermatoskopem by měl provádět pouze zkušený dermatolog, aby výsledek dobře interpretoval, zvážil další klinické aspekty a stanovil další adekvátní postup.

***vyšetření digitálním dermatoskopem na úhradu pojišťovnou provádí dermatologické pracoviště Lasermed, Nedvědovo nám.3, Praha 4 –Podolí , 147 00 tel. 734480916, [www.lasermed.cz](http://www.lasermed.cz)***

## Literatura

1. Štork J.et al.,Dermatovenerologie,2008
2. Pizinger K.,Diferenciální diagnostika pigmentových lézí ve vyšším věku, ČES GER REV 2006; 4,str.10-16
3. Végh V.,Hyperpigmentace pokožky,Farmi news,4,2009