

vyplyva, že pacienti s NM mali negatívnu osobnú aj rodinnú anamnézu (8). Ani jeden z vyššie uvedených príznakov nie je špecifický prítomný len v prípade NM. Naopak všetky z uvedených môžu nasvedčovať aj diagnóze benígneho melanocytového névu a teda nevylučujú najvýznamnejšiu diferenciálnu diagnostickú jednotku. Nešpecifický charakter vyššie uvedených klinických znakov ilustruje dôvod, prečo je NM jeden z najťažšie diagnostikovateľných typov MM.

Dermatoskopia

Dermatoskopicky má väčšina NM névu-podobný obraz. Na základe globálnej dermatoskopickej morfológie je možné väčšinu NM rozdeliť do 3 hlavných skupín (8):

1. Nevus-like NM (48 %) pripomína benígny névus, dermatoskopicky je charakterizovaný vzorom dlažbočných kociek („cobblestone“). Medzi ďalšie dermatoskopické znaky tohto typu NM patria milíam podobné cysty (38,4%), nepravidelné globuly (46,1 %) a atypické vaskulárne štruktúry (46,1 %).
2. Amelanotický NM (29,6 %) s klinicky a dermatoskopicky absentujúcou pigmentáciou, pri ktorých býva jediným hodnotiteľným dermatoskopickým kritériom atypický vaskulárny vzor (75 %), menej často bodkovité alebo glomerulárne cievy.
3. Multikomponentný NM (14,8 %), pri ktorom sú prítomné klasické dermatoskopické kritériá MM, ako je modrobielne závojovanie (75 %), nepravidelná pigmentácia (75 %), atypická pigmentová sieť (25 %).

Zmiešaný NM (7,4 %) sa nedá zaradiť do ani jednej z predchádzajúcich skupín, nevykazuje žiadne špecifické dermatoskopické kritériá MM, býva ostro ohraničený a môže pripomínať seboroickú keratózu.

Pri celotelovom preventívnom vyšetrení pohľadom, ako aj po dôkladnom odbere anamnestických dát od pacienta nemusí diagnóza NM nasvedčovať žiaden zo získaných údajov. Rozšírenie klinického vyšetrenia o dermatoskopiю zvýši jeho senzitivitu a špecifitu v diagnostike MM (bez stanovenia morfológického podtypu) na zhodných

90 %, v porovnaní so samotným vyšetrením pohľadom, ktoré dosahuje senzitivitu 71 % a špecifitu 81 % (9). Dermatoskopia v niektorých prípadoch NM demaskuje diskkrétne morfológické známky malignity (10). Práve existencia nádorov ako je NM, ale aj skutočnosť, že klinické známky malignity nemusia byť prítomné v MM menších ako 5 mm hovoria v prospech celotelovej dermatoskopie ako potenciálne život zachraňujúceho postupu (11). Selektia lézií voľným okom s až následnou aplikáciou dermatoskopického vyšetrenia nemusí odhaliť skoré MM alebo MM bez typických klinických charakteristík. Konečný výsledok však neovplyvní len samotná detekcia dermatoskopických kritérií svedčiacich pre malignitu, ale aj aplikácia dostatočne nízkeho excízneho prahu, čo platí najmä pri léziách ako je NM, kde sú aj dermatoskopické znaky malignity relatívne diskkrétne (12).

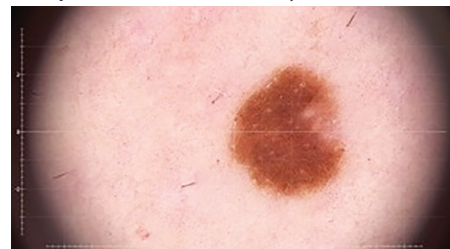
Histopatológia

Histopatologický obraz je podobne ako klinický chudobný na znaky svedčiace pre malignitu. Relatívne organizovaná architektónika lézie pri nízkom zväčšení imponuje benígny melanocytový névus. Až podrobná analýza na cytologickej úrovni môže demaskovať diskkrétne znaky svedčiace o dignite nádoru (13).

Na základe mikroskopickej architektúry je možné NM rozdeliť do 3 hlavných typov:

- A. „Nested“ NM je zriedkavá lézia klinicky aj histopatologicky simulujúca junkčný névus. Maligne bunky sú v oblasti dermo-epidermálnej junkcie. Až sériové histopatologické sekcie môžu odhaliť infiltratívny komponent. Bunky sú usporiadané do hniezd imitujúcich benígny junkčný névus. Správnej histopatologickej diagnóze môžu napovedať konfluujúce hniezda, hniezda atypického tvaru a veľkosti, atypia a pleomorfizmus buniek, melanocyty ojedinele prítomné nad úrovňou junkcie.
- B. Papilárny NM je symetrický, ostro ohraničený, bunky sú malé a monomorfne, s hlbšími vrstvami sa zmenšujú, čo môže imitovať maturáciu. Zápalový infiltrát často úplne absentuje. Medzi histopatologické znaky napovedajúce správnej diagnóze

Obr. 1. Dermatoskopický obraz nevus-like NM na dolnej končatine (archív autorky)



patria hniezda melanocytov v hlbšej dermis, ktoré sú väčšie ako tie v plytších vrstvách, cytologicky atypické bunky, početné mitózy a hypercelularita lézie.

- C. Nodulárny NM je plochá alebo kopulovitá papula, imitujúca compound nevus. Tieto lézie majú nevýrazný junkčný komponent, intradermálny je organizovaný do hniezd. Bunky sú malé, névu podobné. Diagnóze NM nasvedčuje len zvláštny tvar a nepravidelná distribúcia dermálnych hniezd melanocytov, cytologická atypia najmä v hlbších oblastiach lézie a častá závažná solárna elastóza okolitej kože (14).

Rovnako ako konvenčná mikroskopia, ani *in vivo* konfokálny mikroskopický obraz nie je bohatý na špecifické známky malignity. Prítomné môžu byť atypické bunky v suprabazálnej a junkčnej vrstve epidermy. Vzhľadom na nedostatok epidermálneho a junkčného komponentu môže však detekcia už tak diskrétnych zmien byť ešte komplikovanejšia ako v bežnom histopatologickom obraze (15).

Hlavnou diferenciálnu diagnostickou jednotkou pre NM je benígny melanocytový névus. Imunohistochemicky imituje NM maturáciu, a teda jav charakteristický pre benígny melanocytový névus, kedy sú markery melanocytovej diferenciácie pozitívne v povrchových a negatívne v hlbších častiach lézie. V prípade NM môže byť prítomný gradient farbenia HMB-45, s pozitivitou klesajúcou s pribúdajúcou hĺbkou. Zvláštnym paradoxom je, že v lézii, ktorá vykazuje histopatologické a imunohistochemické známky maturácie má dobrú diagnostickú výťažnosť index proliferácie aktivity Ki-67. Pri farbení Ki-67, dosahuje NM v niektorých oblastiach lézie hodnotu až 40 % (16). Pre porovnanie, névy vykazujú hodnoty okolo 5 %, väčšina MM dosahuje hodnoty 13 až 30 % (17). Pri