

616.5—006.311

## K PIGMENTOVÝM NAEVŮM

Tibor NÉMETH

Oddělení čelistní a obličejové chirurgie Ústřední vojenské nemocnice v Praze  
(náčelník: doc. MUDr. Josef Kufner, DrSc.)

Na chirurgických odděleních se často provádějí excize různých kožních afekcí, které se diagnosticky zařazují pod klinickou jednotku pigmentový naevus.

Excize provádějí jak zkušení chirurgové, tak i mladší lékaři, kteří někdy podceňují tento výkon a nepomyslí na možný diagnostický omyl v hodnocení kožní afekce, na možné časně nebo pozdní komplikace.

Klinicky se může pravý pigmentový naevus zaměnit za senilní veruku, chloasma, ephelidy, naevus sebaceus, za neurofibrom, lentikulární dermatofibrom, za modrý naevus a v neposlední řadě za pigmentový bazaliom, spinaliom, nebo melanoblastom.

Na kůži se mohou objevovat nádorky a naevy, které mají svůj původ z různých tkání zúčastňujících se stavby kůže. Pigmentový naevus je zcela běžnou afekcí, vyskytující se u všech jedinců v různém počtu.

Typy pigmentových naevů:

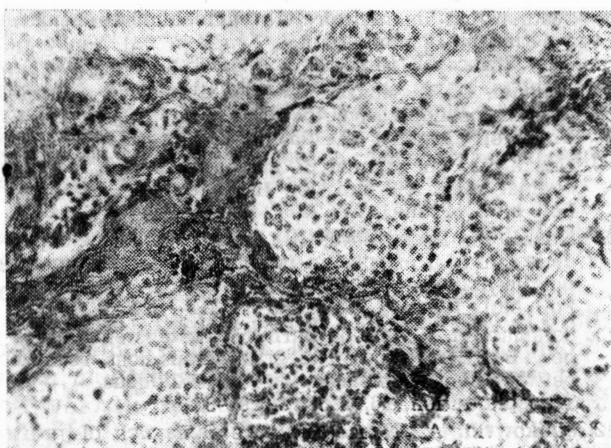
1. **Naevus junkční** (převažuje v dětském věku do puberty), představovaný různě intenzivně

hnědými až černými skvrnami různé velikosti, nevyvýšenými nad okolí, hladkými, bez nápadnějších chlupů. Prakticky jedině z těchto naevů může vzniknout melanoblastom v dospělosti, po pubertě. Před pubertou se pravý melanoblastom prakticky neobjevuje.

2. **Naevus intradermální** (převažuje v dospělosti) je na rozdíl od junkčního naevu vyvýšen nad okolí, bradavičnatý, laločnatý, často s vlasy a chlupy a různě pigmentovaný. Pro svou nápadnost a ošklivý vzhled bývá z něj obava, ve skutečnosti je prakticky neškodný. Může maligně degenerovat, což se však stává nesmírně vzácně, asi v počtu 100 000 : 2 (3).

3. **Naevus smíšený** je klinicky podobný naevu intradermálnímu. Rozpoznání je možné pouze histologicky. Ze zbytků junkční aktivity v epidermis je zde potenciální možnost vzniku melanoblastomu.

Histologickým základem pigmentových naevů jsou naevové buňky. Při histologickém vyšetření pigmentového naevu patolog zjišťuje, že některý naevus má junkční aktivitu. Tyto junkční



Obr. 1. Junkčně aktivní pigmentový naevus  
Barveno podle van GIESONA, zvětšení negativu 45krát

naevy mají naevové buňky na hranici epidermis a koría a junkční aktivita se projevuje neostrou hranicí epidermis-korium, tzv. „odkapáváním“ naevových buněk do koría. Intradermální naevy mají naevové buňky jen v koríu, bez postižení junkční zóny. Hromadění naevových buněk a jejich zvýšené pronikání do koría je projevem zvýšené junkční aktivity a upozorněním na možnost malignizace.

Pigmentové naevy jsou však v drtivé většině případů projevy, které pouze porušují estetický vzhled kůže a které možno bez obav odstranit chirurgickým zákrokem. Od melanoblastomu se dají klinicky rozeznat tím, že nevykazují žádnou dynamiku (růst naevu, změna barvy, svědění, ulcerace, rozpad, krvácení).

Pravým přednádorovým stavem melanoblastomu je Dubreuilhova melanóza. Je to pigmentově pestrá, různě velká skvrna, hladká, postupně se zvětšující, někdy až do rozsáhlých ploch. Během několika měsíců až desítek let dochází vždy ke vzniku melanoblastomu. Včasné odstranění této melanózy je preventivně absolutně indikováno. Rovněž tak tmavý, hladký pigmentový naevus, vzniklý v dospělosti, je vhodné odstranit pro možnost zvratu v melanoblastom. V diagnosticky sporných případech je třeba konzultace dermatologa.

Na oddělení čelistní a obličejové chirurgie Ústřední vojenské nemocnice v Praze se provádějí často excize pigmentových naevů v oblasti obličeje. Od roku 1966 do roku 1972 bylo na našem oddělení provedeno celkem 485 excizi u 249 ambulantních pacientů. Mužů bylo 185, žen 164. Do statistiky byli vybráni jen ti pacienti, u kterých byla stanovena klinická diagnóza pigmentový naevus. Ze 485 diagnóz byla mylně stanovena diagnóza v 80 případech, tj. 16,5 %. Z tohoto počtu u 10 pacientů, tj. v 2,6 %, šlo o maligní proces (šestkrát šlo o bazaliom, třikrát o spinaliom, jedenkrát o melanoblastom). V 65 případech, tj. 13,4 %, popsal patolog výraznou junkční aktivitu. Viz tabulku 1. Podle lokalizace na obličeji se pigmentové naevy nejvíce vyskytovaly na tváři. Viz tabulku 2.

Tabulka 1

|        | Celkový počet excizi | mužů | žen | nesouhlas klin. dg. s hist. dg. tol. | junkční aktivita | maligní proces |
|--------|----------------------|------|-----|--------------------------------------|------------------|----------------|
| 1966   | 63                   | 19   | 27  | 17                                   | 6                | 1              |
| 1967   | 62                   | 30   | 19  | 15                                   | 15               | 1              |
| 1968   | 66                   | 31   | 23  | 12                                   | 4                | 1              |
| 1969   | 68                   | 22   | 23  | 7                                    | 7                | 1              |
| 1970   | 64                   | 19   | 26  | 9                                    | 7                | 3              |
| 1971   | 85                   | 31   | 22  | 9                                    | 9                | 0              |
| 1972   | 77                   | 33   | 24  | 11                                   | 18               | 3              |
| Celkem | 485                  | 185  | 164 | 80                                   | 65               | 10             |

Tabulka 2

|        | tvář | čelo | brada | ry | krk | ucho | nos | víčka | jinde |
|--------|------|------|-------|----|-----|------|-----|-------|-------|
| 1966   | 34   | 5    | 5     | 5  | 5   | 2    | 0   | 1     | 6     |
| 1967   | 23   | 2    | 11    | 1  | 4   | 0    | 5   | 2     | 14    |
| 1968   | 17   | 10   | 10    | 4  | 6   | 2    | 3   | 0     | 14    |
| 1969   | 31   | 3    | 6     | 2  | 2   | 1    | 2   | 3     | 18    |
| 1970   | 29   | 3    | 3     | 3  | 10  | 0    | 3   | 2     | 11    |
| 1971   | 37   | 7    | 12    | 3  | 3   | 1    | 2   | 5     | 15    |
| 1972   | 26   | 4    | 6     | 2  | 6   | 0    | 8   | 3     | 22    |
| Celkem | 197  | 34   | 53    | 20 | 36  | 6    | 23  | 16    | 100   |

Klinický soubor našich pacientů, kterým byly provedeny excize pigmentových naevů, byly jen osoby dospělé, vzhledem k charakteru našeho pracoviště.

Výkony — excize — byly provedeny v lokální anestézii 1% prokainem s adrenalinem, nebo 1% prokainem bez adrenalinu. Excize byly vždy dostatečně široké, někdy, s přihlédnutím na klinický charakter, více než 1 cm do zdravé tkáně. Excidujeme kůži, podkoží i tukovou vrstvu. Při lokalizacích mimo obličej postupujeme až na svalovou fascii. Vždy dobře prohlédneme spodinu excidované tkáně, kde by se mohly najít ostrůvky tmavě zbarvené, což by mohly být nahromaděné melanoblasty v drobných lymfatických uzlinách v tukové podkožní vrstvě.

Před provedením excize pacienta vyšetříme a v anamnéze pátráme po biologické aktivitě naevu. Zda se v poslední době nezvětšuje, více nepigmentuje, zda nebolí, nesvědí, nepálí, nevlhne, zda na naevu nebyla krusta apod. Jestliže myslíme na možnou malignaci pigmentového naevu, zahájíme spolupráci s melanomovou komisí a léčbu vedeme podle jejího rozhodnutí. V zásadě neprovádíme probatorní excize, mikroexcize, sněžení, nebo kauterizaci pigmentového naevu.

#### Diskuse

Ne každý útvar, který se zdá být klinicky pigmentovým naevem, je skutečně i histologicky benigním kožním útvarem. Z naší statistiky vyplývá, že v 16,5 % byla klinická diagnóza chybná. V praxi to znamená, že na pigmentový naevus se máme dívat jako na útvar podezřelý, kdy je nutno udělat dostatečně širokou excizi, histologické vyšetření a podle potřeby provést dispenzarizaci. Často se chybuje v tom, že se dělají excize částečné nebo probatorní excize napříč naevem (někdy i malým), plošné snesení naevu, jeho sněžení, léčba pomocí bělících mastí, elektrokoagulací apod.

Excize pigmentového naevu není nebezpečný výkon, provádí-li se odpovědně, s pomyšlením

na možné komplikace. Všechny excidované pigmentové naevy se mají odesílat na histologické vyšetření a při zjištění z v ý š e n é junkční aktivity provést dispenzarizaci těchto nemocných. Neprovádět mikroexcize pro možnost rozsevu naevu v jizvě nebo k jeho recidivě. Při zjištění, že šlo o maligní proces, zahájit konzultaci s melanomovou komisí a zabezpečit nemocnému další účinnou léčbu.

#### Závěr

Předkládaná práce vychází z dlouholeté klinické zkušenosti a poukazuje na nutnost obezřetného přístupu při chirurgickém odstraňování pigmentových naevů. Autor doporučuje odesílat všechny excidované útvary na bioptické vyšetření a podle histologického nálezu zajistit případnou další úplnou léčbu, nebo dispenzarizaci nemocných. U sporných případů a u případů, které prodělávají klinickou změnu je nutno konzultovat dermatologa.

#### Literatura

1. Kolektiv: Patologická anatomie, SZN 1963.
2. Polák, E. a kol.: Chirurgické praekancerózy, SZN 1967.
3. Přednášky celostátního symposia o kožních tumorech ve Vysokých Tatrách — duben 1973.