

## Klinický případ: Mnohopočetné biele makuly na predkoleniach

Szép Z.<sup>1, 2, 3</sup>

<sup>1</sup>CYTOPATHOS, spol. s r.o., bioptické, cytologické a skriningové laboratórium, Bratislava  
vedúci spoločnosti: doc. MUDr. Dušan Daniš, CSc.

<sup>2</sup>Dermatovenerologické oddelenie Nemocnice Ministerstva obrany SR, Bratislava  
vedúci oddelenia: prim. MUDr. Lubomír Zaujec

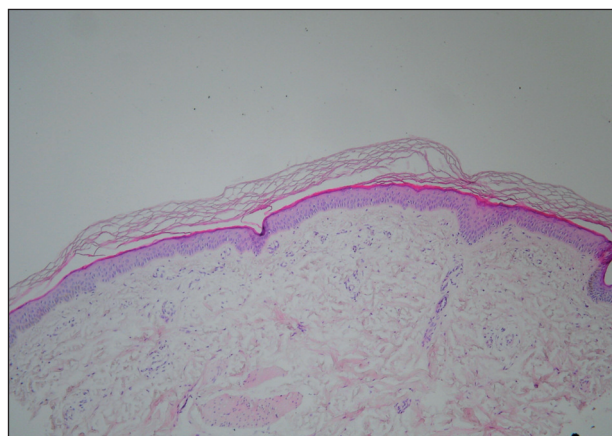
<sup>3</sup>Katedra dermatovenerológie FZŠŠ SZU v Bratislave  
vedúca katedry: doc. MUDr. Klaudia Kolibášová, PhD., mim.prof.

Pacientkou bola 30-ročná žena, ktorá bola odoslaná na našu ambulanciu za účelom realizácie kožnej biopsie a histologického vyšetrenia. Prejav boli lokalizované na prednej ploche oboch predkolení a ojedinele aj na extenzorových plochách predlaktí a vykazovali pomalú progresiu. Morfologicky išlo o drobné, okrúhle alebo mierne polygonálne, biele makuly, miestami s mierne atrofickým povrchom (obr. 1–2). Lézie subjektívne ťažkosti nespôsobovali. Pacientka bola 3. fototypu, často sa vystavovala slnku

v letnom období, príležitostne navštevovala aj solárium. Z prejavov sme priebojníkom odobrali vzorku na histologické vyšetrenie aj s malým okrajom zdravej kože. Mikroskopické nálezy prezentujeme na obr. 3–6 (obr. 3: farbenie hematoxylínom-eozínom, obr. 4: farbenie na melanín metódou Fontana-Masson, obr. 5: detekcia premelanozómového markeru HMB-45, obr. 6: detekcia melanocytového markeru Melan-A pomocou imunoperoxidázovej metódy, chromogén DAB).



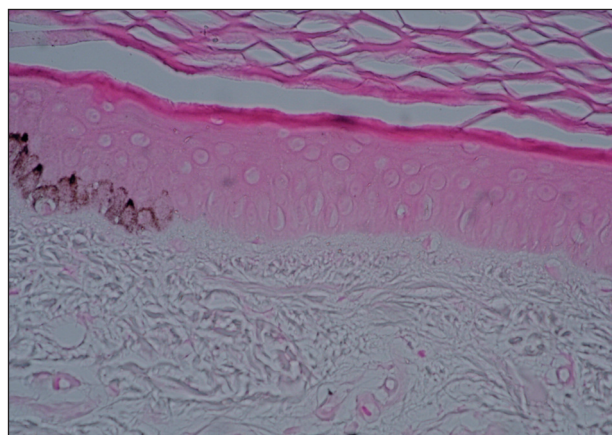
Obr. 1.



Obr. 3.



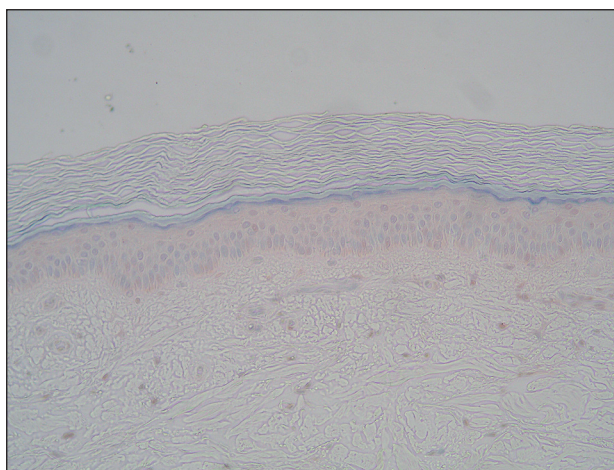
Obr. 2.



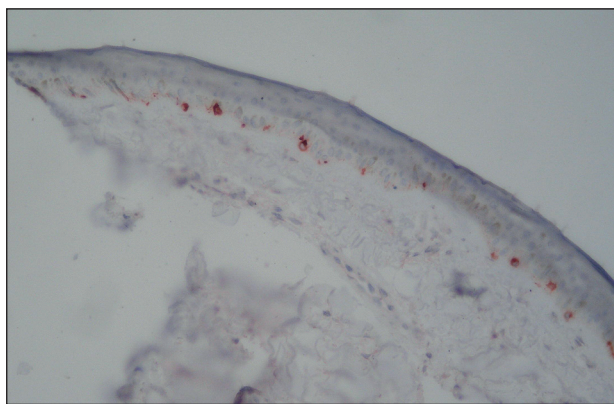
Obr. 4.

## MIKROSKOPICKÝ NÁLEZ

V preparáte farbeným hematoxylínom a eozínom (obr. 3) povrch epidermy kryje sieťovitá orthohyperkeratóza. Pod ňou je epiderma mierne atrofická, nevytvára akantotické čapy, priebeh zóny dermoepidermálnej junkcie je rovný. V derme sú prítomné mierne dilatované kapiláry v malom počte, s ojedinelými lymfocytmi, histiocytmi perivaskulárne. Špeciálne farbenie na prítomnosť melanínu metódou Fontana-Masson (obr. 4) dokazuje úplné chýbanie pigmentu v rozsahu lézionálnej kože. Na ľavom okraji obrázku je zachytená malá časť normálnej perilézionálnej kože s prítomnosťou melanínu v bazálnych keratinocytoch a v melanocyte. Premelanozómový marker HMB-45 nie je detekovateľný (obr. 5). Melanocytový marker Melan-A dokazuje výraznú redukciu počtu melanocytov v str. basale epidermy (obr. 6).



Obr. 5.



Obr. 6.

## ZÁVER

### Hypomelanosis guttata idiopathica

Bioptická rana sa zahojila bez komplikácií. Pacientka

bola poučená o podstate ochorenia. S výsledkom histologického vyšetrenia sa hlásila na kontrolu u svojho ošetrojúceho dermatológa.

## DISKUSIA

**Klinický obraz** hypomelanosis guttata idiopathica (HGI) je charakterizovaný (8, 9) mnohopočetnými, porcelánovo bielymi, ostro ohraničenými, okrúhlymi alebo polygonálnymi makulami, veľkosti 0,5 – 1,5 mm. Ich typickou lokalizáciou sú končatiny, a to extenzorové plochy predkolení a predlaktí. Ojedinelé makuly sa môžu vytvoriť aj na tvári, v podbrušku alebo na chrbte. Na povrchu makúl v niektorých prípadoch možno spozorovať miernu hyperkeratózu alebo atrofiu. Prejavujú nespôsobujú subjektívne ťažkosti.

**Etiopatogenéza** HGI nie je objasnená. Viacerí autori považujú HGI za následok chronického pôsobenia slnečného žiarenia (UVA, UVB), kým iní spozorovali jej familiárny výskyt (3). Zrejme ide o kombináciu genetických faktorov a chronickej solárnej expozície. V jednej štúdii autori našli asociáciu medzi HGI a výskytom HLA-DQ3, kým nález HLA-DR8 sa javil ako protektívny faktor (1).

Pre **epidemiológiu** HGI je charakteristické, že je predovšetkým chorobou staršej populácie, ale môže sa vyskytnúť aj v mladšom veku. Výskyt sa začína zvyšovať od 30. roku veku (2). HGI bola opísaná aj u detí (8). Vyskytuje sa rovnako u oboch pohlaví a u všetkých etník. Ak sa lézie HGI raz vytvorili, nemožno očakávať spontánnu repigmentáciu. V prípade trvania solárnej expozície je možno rátať s pomalým pribúdaním ložísk.

V **histopatologickom obraze** (2, 9) povrch epidermy kryje sieťovitá orthohyperkeratóza. Epiderma je atrofická, priebeh zóny dermoepidermálnej junkcie je rovný. V derme významnejšie patologické zmeny nie sú prítomné. Špeciálnym farbením (Fontana-Masson) je možné dokázať chýbanie alebo výraznú redukciu melanínu v bazálnych keratinocytoch a melanocytoch. Aj počet melanocytov je výrazne znížený, ale ich úplné chýbanie nie je pozorovateľné. Ich zníženie je možno dokázať použitím melanocytových markerov (napr. Melan-A) v rámci imunoperoxidázových metód. Druhou možnosťou je detekcia DOPA-pozitivity melanocytov na zmrazených rezoch. Výskyt melanozómov je vo všeobecnosti zriedkavý, a hlavne je veľmi málo zreých, melanizovaných melanozómov. Elektronovým mikroskopom bola tiež potvrdená výrazná redukcia počtu melanocytov, ktoré sú zaokrúhlené a strácajú svoje dendritické výbežky. Počet melanozómov je minimálny, s inkompletnou melanizáciou (2, 9).

V rámci **diferenciálnej diagnostiky** (8) je potrebné HGI odlíšiť od morphea guttata, lichen sclerosus et atrophicus, od posttraumatickej alebo pozápalovej leukodermy, od depigmentácií spôsobených derivátmi hydrochinónu, od vitiliga a od pityriasis versicolor. Klinická

morfológia, predilekčná lokalizácia a histopatologické vyšetrenie pomôžu vylúčiť uvedené diagnózy.

**Liečba** HGI nie je vyriešená. V jednej práci autori skúsili lokalizovanú *povrchovú dermabráziu* (5), po ktorej uvádzajú repigmentáciu u značnej časti pacientov. Ďalšou možnosťou je *povrchová kryoterapia tekutým dusíkom* (4, 7). Iní autori referovali o priaznivom pôsobení *tretinoínu* po 4-mesačnej terapii (6). V dostupnej literatúre sme nenašli údaje o použití lokálnych extern s obsahom enzýmov katalázy a superoxid-dizmutázy. Terapeutická odpoveď na akúkoľvek terapeutickú modalitu je priaznivejšia u čerstvých lézií, kým staré, chronické lézie reagujú horšie, príp. sú bez terapeutickkej odpovede.

## LITERATÚRA

1. ARRUNATEQUI, A., TRUJILLO, RA., MARULANDA, MP. et al. HLA-DQ3 is associated with idiopathic guttate hypomelanosis, whereas HLA-DR8 is not, in a group of renal transplant patients. *Int J Dermatol*, 2002, 41 (11), p.744-777.
2. ELDER, DE., ELENITSAS, R., JOHNSON, BL. et al. *Lever's histopathology of the skin*, 9<sup>th</sup> ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, p.707, ISBN-10: 0781737427.
3. KAYA, TI., YAZICI, AC., TURSEN, U. et al. Idiopathic gut-

- tate hypomelanosis: idiopathic or ultraviolet induced? *Photodermatol Photoimmunol Photomed*, 2005, 21 (5), p.270-271.
4. KUMARASHINGE, SP. 3-5 second cryotherapy is effective in idiopathic guttate hypomelanosis. *J Dermatol*, 2004, 31 (5), p.437-439.
5. HEXSEL, D. Treatment of idiopathic guttate hypomelanosis by localized superficial dermabrasion. *Dermatol Surg*, 1999, 25 (11), p.917-918.
6. PAGNONI, A., KLIGMAN, AM. et al. Hypopigmented macules of photodamaged skin and their treatment with topical tretinoin. *Acta Derm Venereol*, 1999, 79 (4), p.305-310.
7. PLOYSANGAM, T., DEE-ANANLAP, S., SUVANPRAKORN, P. Treatment of idiopathic guttate hypomelanosis with liquid nitrogen: light and electron microscopic studies. *J Am Acad Dermatol*, 1990, 23 (4), p.681-684.
8. SCHACHNER, LA. et al. *Pediatric Dermatology*. 3<sup>rd</sup> edition, Edinburgh: Mosby, Elsevier, 2003, p.505-506, ISBN 0323026117.
9. WEEDON, D. *Skin pathology*. 2<sup>nd</sup> ed., London: Churchill Livingstone, 2002, p.504, ISBN 9780443070693.

Došlo do redakcie: 27. 4. 2009

MUDr. Zoltán Szép, PhD.  
CYTOPATHOS, spol. s r.o.  
Limbová 5, 83307 Bratislava  
www.cytopathos.sk  
E-mail: zoltanszep@atlas.cz

## Ediční plán

**Česko-slovenská dermatologie, 85. ročník, rok 2010**

**Číslo 1: Korektivní dermatologie**

**Číslo 2: Kožní reakce na moderní léky**

**Číslo 3: Dětská dermatovenerologie**

**Číslo 4: Dermatoonkologie**

**Číslo 5: Radioterapie**

**Číslo 6: M. Darieri a příbuzné akantolytické dermatózy**