proLékaře.cz | 11.11.2026

Dermatoskopie nepigmentovaných kožních nádorů. Nepigmentované formy melanocytových névů a maligního melanomu

Fikrle T., Pizinger K.
Dermatovenerologická klinika FN a LF UK v Plzni
přednosta prof. MUDr. Karel Pizinger, CSc.

Čes-slov Derm, 91, 2016, No. 5, p. 246–248

Melanocytové névy i maligní melanomy jsou v drtivé většině případů poměrně výrazně pigmentované léze a tomu odpovídají také dermatoskopické nálezy. Právě proto jsou nepigmentované varianty melanocytových projevů vzácným, ale o to více obávaným diagnostickým problémem. V řadě případů je melanom zcela opomenut z diferenciální diagnostiky, což může mít pro pacienta fatální následky. Doporučujeme proto při vyšetřování diagnosticky nejasného amelanotického nebo minimálně pigmentovaného projevu raději vždy uvažovat také o maligním melanomu v jeho netypické formě. Podobné diagnostické potíže v rámci benigních afekcí může činit také dermální varianta névu Spitzové.

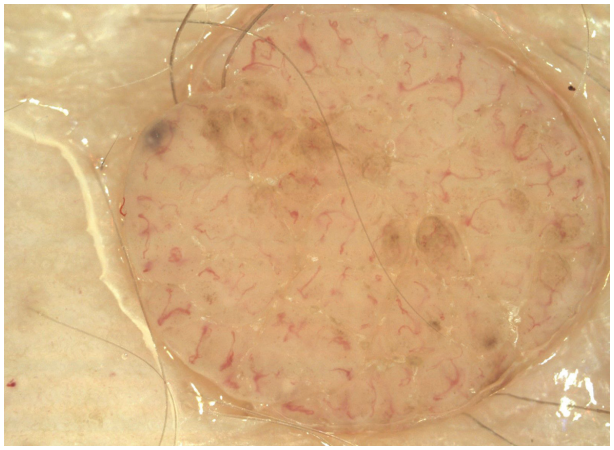
Získané melanocytové névy jsou vůbec nejčastěji dermatoskopicky vyšetřovanými projevy. Z hlediska diferenciální diagnostiky je zásadním úkolem odlišit névy od maligního melanomu. Nepravidelně pigmentované atypické melanocytové névy činí v tomto ohledu potíže nejčastěji. Jejich dermatoskopické nálezy se ovšem opírají především o pigmentové struktury. Hypomelanotické nebo amelanotické varianty melanocytových névů jsou méně časté. Někdy je možné zaměnit intradermální melanocytový névus také za některý z nemelanocytových projevů (seboroická veruka, bazaliom, sebaceózní hyperplazie aj.).

Intradermální melanocytový névus je často minimálně pigmentovanou lézí, proto hrají cévní struktury v dermatoskopickém obrazu důležitou roli. U vyvýšených projevů si všimneme lineárních, lehce zakřivených, čárkovitých ektazií (obr. 1). Někdy je dobře viditelné, že ektazie probíhá uvnitř dilatované dermální papily. Cévní změny bývají v rámci vyšetřovaného projevu vícečetné a uniformní [1, 2, 3]. Nález typických pigmentových struktur (dlaždice, globule) potvrzuje správnou diagnózu. Podobné cévní struktury vidíme také u některých kongenitálních melanocytových névů.

Smíšené melanocytové névy mohou mít různé dermatoskopické nálezy. Poměrně častá je varianta s periferní hnědou pigmentací (nejčastěji retikulární) a světlým, lehce vyvýšeným středem. Ve světlejší centrální části bývají pravidelně uspořádané cévní struktury, které mají nejčastěji opět charakter lineárních zakřivených ektazií, nebo jsou méně často tečkovité. U pacientů s mnohočetnými melanocytovými névy se tento dermatoskopický obraz většinou opakuje u většího počtu vyšetřených projevů.

Névus Spitzové představuje specifickou variantu benigní melanocytové afekce, která může činit diferenciálně diagnostické potíže oproti malignímu melanomu. Jde zvláště o dermální variantu névu, která je často amelanotická a klinicky má růžovočervenou barvu. Projev rychle roste a setkáváme se s ním hlavně u dětí a mladých dospělých pacientů. Kromě melanomu je třeba odlišit také cévní lézi, např. pyogenní granulom.

Pro dermatoskopický obraz je typický nález četných tečkovitých cév na růžovém pozadí. Cévní struktury jsou nápadně uniformní, pravidelně a symetricky uspořádané (obr. 2) [1, 2, 3]. Jednotlivé tečkovité cévy odpovídají vrcholům tenkých, vertikálně uspořádaných dermálních kapilár. U tzv. atypických spitzoidních lézí není dermatoskopický nález sy-

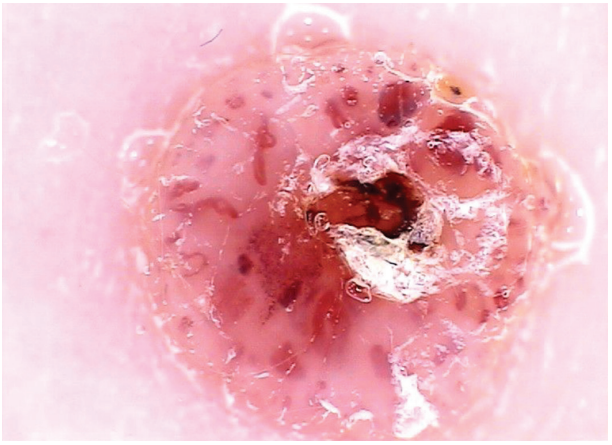


Obr. 1. Intradermální melanocytový névus



Obr. 2. Névus Spitzové

proLékaře.cz | 11.11.2026



Obr. 3. Névus Spitzové atypický – histologicky
Dítě 4 roky, krátká anamnéza trvání (měsíce). Dermatoskopicky dobře ohraničená léze, bez pigmentu, světle růžové pozadí, polymorfní cévní struktury poměrně pravidelně radiálně uspořádané kolem centrální krusty. Dermatoskopický nález vylučuje hemangiom a pyogenní granulom, které přicházejí v úvahu klinicky i s ohledem na věk pacienta, dále není specifický.



Obr. 4. Částečně pigmentovaný melanom

metrický a cévní struktury mohou být polymorfní (obr. 3). Vyloučit amelanotickou variantu melanomu je pak v podstatě nemožné. Obecně se u všech amelanotických spitzoidních lézí doporučuje chirurgická excize a histopatologické vyšetření.

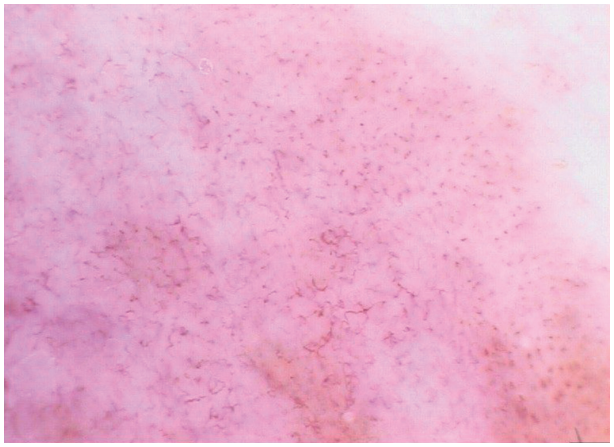
Amelanotický/hypomelanotický maligní melanom představuje z hlediska diferenciální diagnostiky nesmírně problematickou afekci. Stanovení správné diagnózy je klinicky i dermatoskopicky velmi obtížné, v některých případech téměř nemožné. Naštěstí jsou vyloženě amelanotické varianty maligního melanomu vzácné. Tyto léze unikají pravidelně pozornosti v počátečním stadiu a bývají předmětem vyšetření většinou až jako nodulární projevy s odpovídající horší prognózou pro pacienta. Zaměnit je můžeme za celou řadu diagnóz – např. bazaliom, spinaliom, seboroickou veruku, cévní nádory, intradermální melanocytový névus, névus Spitzové, mezenchymální nádory, lymfocytom, lymfom a další. Důležité je na amelanotický melanom v diferenciální diagnostice nepigmentovaných kožních nádorů vždy myslet a snažit se jej adekvátním způsobem vyloučit. To v praxi znamená často nejprve snahu diagnostikovat nebo vyloučit projevy, které mohou melanom napodobovat a mají více specifický klinický a/nebo dermatoskopický nález. Pokud nemůžeme vyloučit melanom, tak je třeba vždy provést chirurgickou excizi a histopatologické vyšetření.

V rámci dermatoskopického vyšetření je vhodné nejprve pátrat po přítomnosti pigmentových struktur. Jen poměrně malý počet melanomů je zcela amelanotických. U většiny vyšetřovaných lézí jsme schopni identifikovat alespoň zbytkovou pigmentaci (hypomelanotické melanomy), která nemusí být viditelná pouhým okem. Nález zbytků pigmentové sítě, pigmentových hnědých globulí, bezstrukturních okrsků hnědé pigmentace nebo regresivních struktur může v kombinaci s amelanotickou částí léze vést ke správné diagnóze (obr. 4). Některé melanomy jsou jen částečně pigmentované a nabízejí na první pohled viditelnou kombinaci pigmentované a amelanotické části s odlišnými dermatoskopickými rysy.

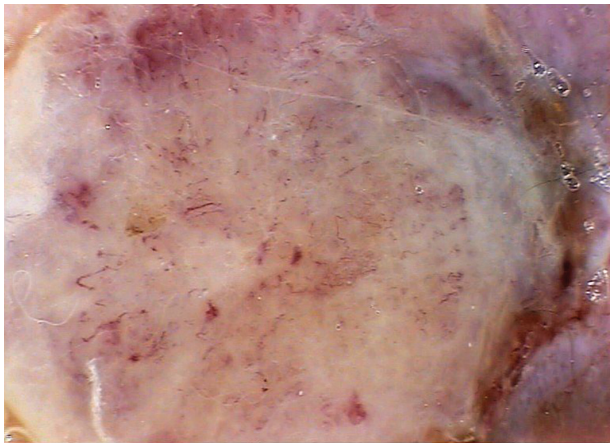
Nález cévních struktur v dermatoskopickém obrazu amelanotického melanomu se může lišit podle tloušťky nádoru [1, 2, 3]. *U tenkých nádorů* (tloušťky přibližně do 1mm podle Breslowa) se jedná hlavně o mnohočetné tečkovité cévy, jejichž uspořádání na růžovém pozadí nebývá pravidelné. V těchto případech může být velmi obtížné odlišit amelanotický melanom od névu Spitzové, vodítkem je pak také věk pacienta a délka trvání projevu. V menším počtu můžeme zachytit u tenkého amelanotického melanomu i různé formy lineárních cév. *Středně silné amelanotické melanomy* (asi 1–2 mm podle Breslowa) mají rozmanité cévní struktury. Kromě tečkovitých cév se objevují četně různé typy lineárních ektazií (rovné, zahnuté, vlásenkovité, zalomené). Právě polymorfismus a nepravidelné uspořádání jednotlivých cév jsou pro amelanotické melanomy nejvíce typické. Pozadí amelanotických melanomů má většinou barvu jahodového mléčného koktejlu („milky shake“ nebo „red-white color“). Tato barva dermatoskopického pozadí není pro melanom specifická a někdy se s ní setkáváme také u bazaliomů a pyogenních granulomů. Diagnosticky cenný je nález centrální bělavé retikulární depigmentace. Může být viditelná i ulcerace. *Silné nádory* (nad 2 mm podle Breslowa) jsou často ulcerované, cévní struktury jsou výrazně polymorfní co do tvaru i velikosti a jsou nepravidelně uspořádané. Tečkovité cévy jsou již vzácným nálezem, spíše převažují různě deformované lineární ektazie. Cévy bývají delší a mohou být zahnuté, rozštěpené nebo spirálovité. U výrazně nodulárních projevů se výjimečně objevují také silné rozvětvené cévy, které věrně připomínají kožní karcinomy nebo růžovočervené větší globule („milky red globules“). Jednotlivé varianty dermatoskopického nálezu u různě silných melanomů ilustrují obrázky 5–7.

U amelanotických melanomů si tedy všímáme klinických pomocných kritérií: většinou nodulární, tuhá, nebolestivá, zvětšující se léze. V dermatoskopu pátráme po pigmentových strukturách, cévním polymorfismu a mléčném růžovém pozadí. Dermatoskopický nález bývá často asymetrický, chaotický. Nejsou přítomna specifická dermatoskopická kritéria nemelanocytových projevů, které melanom nejčastěji

proLékaře.cz | 11.11.2026



Obr. 5. Tenký melanom (Breslow 0,1 mm)
Dermatoskopický obraz je kombinací převažujících tečkovitých cév s nepravidelnými lineárními ektaziemi.



Obr. 6. Středně silný melanom (Breslow 1,8 mm)
Dermatoskopicky je nápadný cévní polymorfismus na bělavém pozadí léze.



Obr. 7. Silný melanom (Breslow 3,0 mm)
Dermatoskopický obraz je polymorfní, chaotický, nepravidelný. Při okraji jsou zbytky hnědé pigmentace podmíněné melaninem, jinak je pozadí většinou růžovočervené s nápadními bělavými liniemi. Cévní struktury jsou výrazně polymorfní a nepravidelně uspořádané, je viditelná ulcerace.



Obr. 8. Metastáze melanomu do kůže

napodobují (bazaliom, seboroická veruka, cévní nádory). V případě jakékoliv nejistoty přistupujeme k chirurgické excizi a histopatologickému vyšetření.

Kožní metastázy maligního melanomu bývají především při známé anamnéze pacienta klinicky snadno diagnostikovatelné. Většinou jsou mnohočetné; ojediněle je metastáza solitární nebo není znám primární tumor a diferenciální diagnostika může být složitější. Klinicky jde o poměrně rychle rostoucí papuly či hrboly různé velikosti a barvy (růžové, červené, modré, hnědé, černé), které bývají na pohmat tuhé a nebolestivé.

Dermatoskopický nález je velmi různorodý a podle literatury existuje 5 jeho variant. Dvě z nich jsou amelanotické/hypomelanotické a charakterem cévních struktur připomínají buď hemangiom (lakuny, homogenní červená pigmentace), nebo spíše primární melanom (cévní polymorfismus) – obrázek 8.

LITERATURA

1. MARTÍN, J. M., BELLA-NAVARRO, R., JORDÁ, E. Vascular patterns in dermoscopy. *Actas Dermosifiliogr.*, 2012, 103, p. 357–375.
2. ROSENDAHL, C., CAMERON, A., TSCHANDL, P. et al. Prediction without Pigment: a decision algorithm for non-pigmented skin malignancy. *Dermatol. Pract. Concept.*, 2014, 4, 1, p. 59–66.
3. ZALOUDEK, I., KREUSCH, J., GIACOMEL, J. et al. How to diagnose nonpigmented skin tumors: A review of vascular structures seen with dermoscopy: Part I. Melanocytic skin tumors. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2010, 63, p. 361–374.

Do redakce došlo dne 6. 11. 2015

Adresa pro korespondenci:
doc. MUDr. Tomáš Fikrle, Ph.D.
Dermatovenerologická klinika LF UK a FN
Dr. E. Beneše 13
305 99 Plzeň
e-mail: fikrle@fnplzen.cz