proLékaře.cz | 13.11.2026

Dermatoskopie v „netypických“ lokalizacích – ploché pigmentové projevy v obličeji

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

SOUHRN

Obličej, akrální části končetin, nehty a sliznice považujeme z hlediska dermatoskopického vyšetření za „netypické“ lokalizace. Anatomická stavba kůže se v těchto oblastech liší, a proto i dermatoskopické nálezy jsou odlišné. Na obličeji starších pacientů od sebe často odlišujeme ploché seboroické veruky (senilní lentiga), pigmentované aktinické keratózy a lentigo maligna. Tato diferenciální diagnostika patří z pohledu dermatoskopie v klinické praxi k nejobtížnějším. V současné době se doporučuje tzv. „inverzní přístup“, kdy nejprve hledáme kritéria dermatoskopického obrazu typická pro seboroickou veruku či aktinickou keratózu (šupiny, bílé a rozšířené folikuly, erytém, hnědé linie v paralelním nebo retikulárním uspořádání, ostré ohraničení léze a struktury běžné pro seboroickou veruku). Při jejich absenci považujeme projev za rizikový s ohledem na lentigo maligna. V nejasných případech volíme biopsii a histopatologické vyšetření.
Klíčová slova: dermatoskopie – seboroická veruka – aktinická keratóza – lentigo maligna – obličej

SUMMARY
Dermatoscopy in "Atypical" Locations – Flat Pigmented Lesions on the Face

From the point of view of dermatoscopic examination, we consider the face, acral parts of the limb, nails and mucous membrane to be "atypical" locations. The anatomical structure of the skin differs in these areas, and therefore the dermatoscopic findings are also different. On the face of elderly patients, we often diferentiate flat seborrheic keratosis (senile lentigo), pigmented actinic keratosis and lentigo maligna. From the point of view of dermatoscopy, this differential diagnosis is one of the most difficult in clinical practice. Currently, the so-called "inverse approach" is recommended, where we look for dermatoscopic criteria typical of seborrheic keratosis or actinic keratosis (scales, white and enlarged follicles, erythema, brown lines in a parallel or reticular arrangement, sharp lesion boundaries and structures common to seborrheic keratosis). In their absence, we consider the manifestation to be risky with respect to lentigo maligna. In unclear cases, we choose biopsy and histopathological examination.
Key words: dermatoscopy – seborrheic keratosis – actinic keratosis – lentigo maligna – face

Čes-slov Derm, 97, 2022, No. 6, p. 252–256

Dermatoskopie je zavedenou vyšetřovací metodou, která v běžné praxi vhodně doplňuje klinické vyšetření, a to především v rámci diferenciální diagnostiky kožních nádorů. Hodnocení dermatoskopických obrazů má svá pravidla, jež vznikla na základě korelace dermatoskopických struktur a barev s histopatologickými nálezy. Vyšetřujeme nejčastěji projevy lokalizované na trupu nebo končetinách (s výjimkou dlaní, chodidel a nehtů). V této „běžné lokalizaci“ mají v dermatoskopu ploché melanocytové projevy převážně charakteristické retikulární uspořádání, které je s přihlédnutím k anatomii kůže způsobeno zvlněným dermo-epidermálním rozhraním a prolínáním epidermálních čepů s dermálními papilami. Z pohledu dermatoskopie existují také „netypické lokalizace“, kde se setkáváme s odlišnými dermatoskopickými nálezy právě díky jiné anatomické stavbě kůže. Patří mezi ně obličej, dlaně a chodidla, nehty a sliznice. S použitím dermatoskopie při vyšetřování plochých pigmentových afekcí v těchto „netypických lokalizacích“ se vás pokusíme seznámit v následujících krátkých textech, tento se věnuje obličeji.

Dermo-epidermální rozhraní je na obličeji výrazně zploštělé, proto v dermatoskopu nevidíme u melanocytových lézí klasickou pigmentovou síť. Setkáváme se spíše s obrazem tzv. **pigmentové pseudosítě** [4]. V jejím případě je homogenní pigmentace v pravidelných odstupech přerušována světlejšími okrouhlými útvary, které odpovídají ústí četných vlasových folikulů. S ob-

proLékaře.cz | 13.11.2026

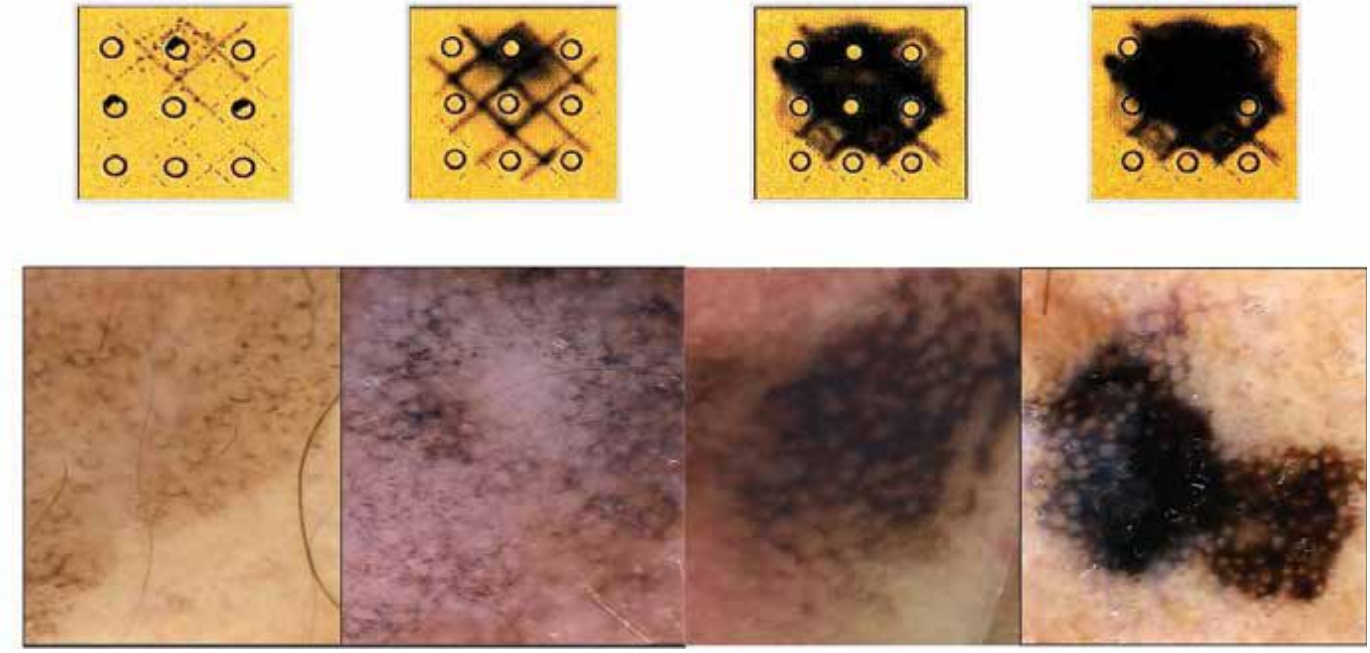
razem pigmentové pseudosítě se v obličeji setkáváme pouze u plochých afekcí, vyvýšené nodulární projevy mají většinou stejné dermatoskopické struktury jako v jiných lokalizacích.

Diferenciální diagnostika plochých pigmentových lézí v obličeji je jedním z nejobtížnějších témat dermatoskopického vyšetření vůbec. Nejčastěji tento typ projevů vyšetřujeme u starších pacientů v terénu chronicky solárně poškozené kůže. Vyšetřované afekce mohou mít barvu světle či tmavě hnědou, žlutohnědou, růžovohnědou, červenohnědou, šedou, šedohnědou nebo černohnědou. Může jít o jednotlivé nebo mnohočetné projevy. Některé projevy jsou zcela v úrovni kůže, jiné se lehce vyvyšují nad její povrch, mohou být drsné na pohmat, někdy pokryté z části krustou nebo hyperkeratózou.

V klinické praxi od sebe odlišujeme především plochou seboroickou veruku (lentigo solaris – stejný histopatologický i dermatoskopický obraz), pigmentovanou formu aktinické keratózy a lentigo maligna (eventuálně lentigo maligna melanom). Na obličeji starších pacientů se téměř nikdy nesetkáváme s plochými melanocytovými névy, protože starší pacienti mají v této lokalizaci téměř výhradně névy intradermálního typu. Rozhodujeme se tedy mezi časnou formou melanomu a výše uvedenými nemelanocytovými projevy. Pigmentované aktinické keratózy i seboroické veruky bývají častěji než lentigo maligna vícečetné a drsné na pohmat, ale v žádném případě toto není jednoznačným vodítkem. Všechny zvažované diagnózy rostou poměrně pomalu a dlouho horizontálně, mohou tedy být klinicky nápadné a relativně velké, aniž by se vyvyšovaly výrazně nad kožní povrch a způsobovaly pacientovi nějaké subjektivní či praktické potíže.

Po dlouhou dobu bylo prvotní snahou dermatologa identifikovat v dermatoskopickém obrazu struktury typické pro lentigo maligna [1, 3, 4, 5]. Je znám dermatoskopický model růstové progrese lentigo maligna v lentigo maligna melanoma, a to již od nejčasnějších fází růstu nádoru, které by v ideálním případě měly být cílem naší diagnostické snahy [5]. U časných forem lentigo maligna lze identifikovat asymetricky pigmentovaná folikulární ústí, anulárně-granulární struktury tvořené většinou drobnými tečkami v okolí vlasových folikulů, v pozdějších fázích růstu nádoru pak rhomboidní obrazce nebo asymetricky rozloženou difuzní pigmentaci překrývající ústí folikulů (obr. 1). Za diagnosticky cenný pro lentigo maligna je považován nález uvedených struktur v šedé barvě. Lentigo maligna roste většinou velmi pomalu, proto se můžeme u větších a nehomogenních lézí setkat s různými typy dermatoskopického nálezu v jednotlivých částech vyšetřovaného projevu. Všechny výše uvedené dermatoskopické znaky lentigo maligna/lentigo maligna melanomu samozřejmě stále platí, nicméně jejich identifikace u časných forem nádoru se ukázala často jako velmi obtížná až nemožná.

Byl proto představen tzv. **„inverzní přístup“** k této diferenciálně diagnostické problematice [2, 6]. Dia-



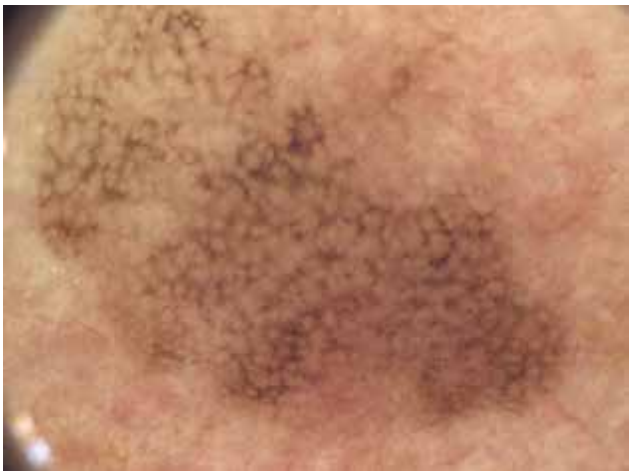
Obr. 1. Schématický model dermatoskopických obrazů růstové progrese lentigo maligna v lentigo maligna melanoma
Asymetricky pigmentovaná folikulární ústí, anulárně-granulární struktura, rhomboidní obrazce, difuzní pigmentace překrývající ústí folikulů. Šedé zbarvení jednotlivých struktur u časných forem nádoru.

(upraveno podle Schiffner R. et al., JAAD, 2000)

proLékaře.cz | 13.11.2026

gnostická úspěšnost lékařů se zdá být vyšší, pokud se lékař snaží nejprve odhalit dermatoskopická kritéria, která jsou spojována s nemelanocytovými projevy (tedy aktinickou keratózou a seboroickou verukou) a v případě jejich absence považuje všechny ostatní ploché pigmentové afekce v obličeji za potenciálně rizikové s ohledem na lentigo maligna/lentigo maligna melanom (obr. 2). Zmiňovaných „nemelanomových" dermatoskopických kritérií je celkem šest [2]. Pro aktinickou kerátózu jde o šupiny (scales – pigmented or nonpigmented), četná nápadně široká a bílá ústí vlasových folikulů (white and wide follicles) nebo v případě použití polarizovaného světla přítomnost tzv. rozet (rosettes) a erytém/retikulárně uspořádané cévy (erythema/reticular vessels) – obr. 3–5. Další tři kritéria jsou typická pro plochou seboroickou veruku (lentigo solaris), jde o paralelně nebo retikulárně uspořádané širší hnědé linie často připomínající fenomén otisku prstu (fingerprints), ostré ohraničení léze při jejím okraji (sharp demarcation) a přítomnost klasických dermatoskopických kritérií seboroické veruky – tedy hlavně pseudofolikulárních ústí, rohovinových pseudocyst a cerebriformního nálezu (classic criteria of seborrheic keratosis – milialike and comedolike strucrures, gyri et sulci) – obr. 6–8. Důležité je, že některé výše uvedené struktury by měly být v rámci hodnoceného dermatoskopického obrazu převládající nebo dominantní.

I přes inovaci hodnocení dermatoskopických nálezů plochých pigmentových lézí v obličeji touto „inverzní metodou" zůstává celá problematika poměrně obtížná, a to často i v klinicky běžných případech. Velké diagnostické problémy mohou způsobit částečně nebo kompletně regredované léze (fenoménu regrese mohou podléhat všechny tři diskutované diagnózy) a lichenoidní varianta aktinické keratózy. Z praktického hlediska je možné v případě diagnostické nejistoty u větších nebo obtížně chirurgicky řešitelných lézí (s ohledem na věk pacienta a lokalizaci projevu) dopo-



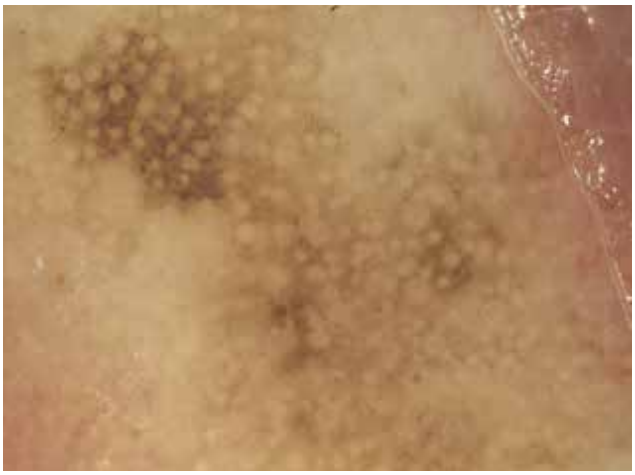
Obr. 2. Lentigo maligna*
Dermatoskopicky absence všech „nemelanomových" dermatoskopických kritérií. Přítomnost anulárně-granulární struktury šedé barvy, rhomboidních obrazců.



Obr. 4. Aktinická keratóza*
Dermatoskopicky červenohnědá barva (erytém +) a výrazně rozšířené bílé vlasové folikuly.

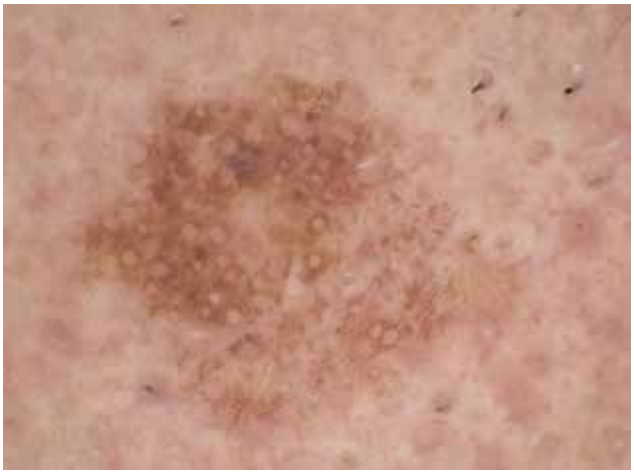


Obr. 3. Aktinická keratóza*
Dermatoskopicky erytém (někde až charakteru červené pseudosítě), olupování.

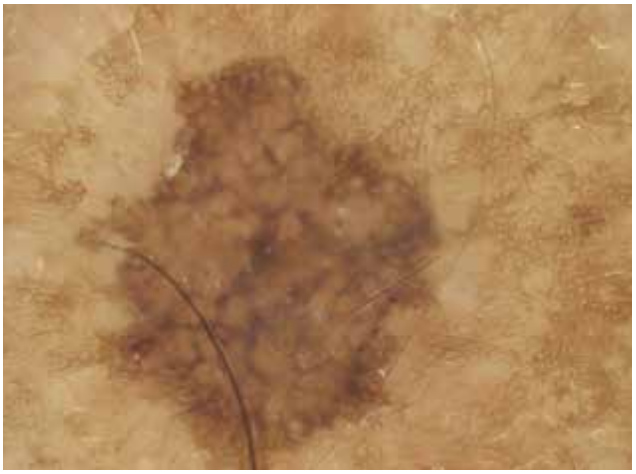


Obr. 5. Aktinická keratóza*
Dermatoskopickému obrazu dominují mnohočetné rozšířené bílé vlasové folikuly, v jejich okolí je šedohnědá pseudosíť.

proLékaře.cz | 13.11.2026



Obr. 6. Seboroická veruka*
Dermatoskopicky světle hnědé paralelně probíhající linie (fenomén otisku prstu), nápadně ostré ohraničení, někde rozšířené vlasové folikuly.

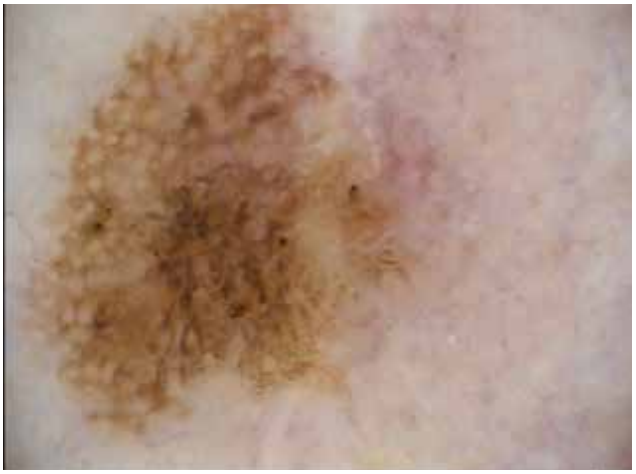


Obr. 7. Seboroická veruka*
Dermatoskopicky pravidelná léze světle hnědé barvy s nápadně ostře ohraničenými a někde jakoby „vykousanými" okraji, hnědé linie v retikulárním uspořádání.

ručit parciální excizi s následným histopatologickým vyšetřením. Je nutné ale upozornit na to, že některé plošně větší léze jsou již pouhým klinickým vyšetřením barevně a strukturálně nehomogenní a histopatologické nálezy z jednotlivých částí projevu se mohou stejně jako dermatoskopické obrazy do značné míry lišit. Navíc se u diskutované skupiny pacientů mohou poměrně často vyskytovat také kolizní nádory tvořené dvěma náhodně kolidujícími typy projevů. Je proto třeba pečlivě volit místo vhodné k odběru biopsie. Také v tomto ohledu může být dermatoskopické vyšetření nápomocné. Umožní vybrat ideální místo provedení biopsie a může navíc posloužit jako vhodná dokumentace pro případnou korelaci s histopatologickým nálezem.

Přestože je lentigo maligna časnou růstovou fází maligního melanomu, víme, že roste většinou dlouho ve formě in situ stadia nádoru a má tedy výbornou prognózu. Navíc se často jedná o staré pacienty a problematickou lokalizaci v obličeji, takže je možná určitá zdrženlivost v praktickém léčebném přístupu. K náročným a nepříjemným chirurgickým výkonům přistupujeme pouze se souhlasem pacienta u klinicky/dermatoskopicky jednoznačných nebo histopatologicky ověřených nálezů. V ojedinělých případech je možné volit i nechirurgické léčebné varianty nebo dokonce ponechat nález ke sledování bez léčby.

Závěrem lze tedy konstatovat, že diferenciální diagnostika plochých pigmentových projevů v obličeji může být klinicky i dermatoskopicky velmi obtížná. Dermatoskopie sehrává důležitou roli, i když nemůže nahradit vyšetření histopatologické. K jejímu využití v obličeji je třeba značná zkušenost a klinická praxe. Výše popsaný inverzní přístup k hodnocení dermatoskopických nálezů plochých pigmentových nádorů v obličeji je v současné době doporučeným postupem [2, 6].



Obr. 8. Seboroická veruka*
V části projevu cerebriformní dermatoskopický nález (gyri et sulci), pseudofolikulární ústí, hnědá pseudosíť.

LITERATURA

1. LALLAS, A., ARGENZIANO, G., MOSCARELLA, E. et al. Diagnosis and management of facial pigmented macules. *Clin Dermatol.,* 2014, 32(1), p. 94–100.
2. LALLAS, A., LALLAS, K., TSCHANDL, P. et al. The dermoscopic inverse approach significantly improves the accuracy of human readers for lentigo maligna diagnosis. *J Am Acad Dermatol.,* 2021, 84(2), p. 381–389.
3. LALLAS, A., TSCHANDL, P., KYRGIDIS, A. et al. Dermoscopic clues to differentiate facial lentigo malig-

*Prezentované projevy na obrázcích 2–8 byly excidovány a diagnózy histopatologicky ověřeny.

proLékaře.cz | 13.11.2026

na from pigmented actinic keratosis. *Br J Dermatol.*, 2016, 174(5), p. 1079–1085.
4. POCK, L., FIKRLE, T., DRLÍK, L., ZLOSKÝ, P. *Dermatoskopický atlas*. Phlebomedica, spol. s. r. o., 2008, 149 s. ISBN 978-80-901298-5-6.
5. SCHIFFNER, R., SCHIFFNER-ROHE, J., VOGT, T. et al. Improvement of early recognition of lentigo maligna using dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol.*, 2000, 42(1 Pt 1), p. 25–32.
6. TSCHANDL, P., GAMBARDELLA, A., BOESPFLUG, A. et al. Seven Non-melanoma Features to Rule Out Facial Melanoma. *Acta Derm Venereol.*, 2017, 97(10), p. 1219–1224.

Do redakce došlo dne 3. 11. 2022.

Adresa pro korespondenci:
doc. MUDr. Tomáš Fikrle, Ph.D.
Dermatovenerologická klinika LF UK a FN v Plzni
E. Beneše 13
355 99 Plzeň
e-mail: fikrle@fnplzen.cz

