

# Vrodené, získané, dysplastické a rizikové melanocyárne névy

MUDr. Katarína Poláková, PhD.

Dermatovenerologická ambulancia, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Pigmentové névy sú benígne kožné lézie, ktoré vznikajú ložiskovitým zmnožením a transformáciou melanocytov hlavne v oblasti bazálnej vrstvy epidermis alebo na dermoepidermálnej junkcii, prípadne v derme. Veľké a obrovské kongenitálne névy predstavujú ťažké rozhodovanie pre lekára i rodičov vzhľadom na ich malígnu potenciál (4 – 6% riziko vzniku melanómu). Dysplastické névy svojím klinickým vzhľadom neraz imitujú iniciálny melanóm. Jedinci s výskytom veľkého počtu dysplastických névov majú vyššie riziko vzniku melanómu ako bežná populácia. Riziko vzniku melanómu priamo v melanocyárnom néve je však nízke. Klinicky pokojné névy netreba preventívne odstraňovať, pretože melanóm často vzniká aj na zdravej koži, kde predtým nebol žiaden névus. Prínosnejšie je pre pacienta poučenie o klinických črtách incipientného melanómu, inštrukciách o samovyšetovaní kožného povrchu a nutnosti návštevy dermatológa pri akejkoľvek zmene névu.

**Kľúčové slová:** vrodené, získané, atypické melanocyárne névy, riziko vzniku melanómu.

## Congenital, acquired dysplastic and risk melanocytic naevi

Pigmented naevi are benign skin lesions, arising from deposited multiplying and melanocytic transformation, mainly in the basal layer of epidermis, or in dermo-epidermal junction, or in dermis. Large and giant congenital naevi represent difficult decision for physician and parents as well, in consideration of their malignant potential (4 – 6% risk of melanoma developing). Dysplastic naevi in clinical appearance often imitate initial melanoma. Risk of arising melanoma directly in melanocytic naevus is however low. It is not necessary to remove preventively clinically settled naevi, because melanoma can often appears on the healthy skin, where before no naevus was. Beneficial for patient is disclaimer about clinical appearance of initial melanoma, instruction about self-examination of skin surface and necessity to visit dermatologist, when the naevus is changing.

**Key words:** congenital, acquired, atypical melanocytic naevi, risk of melanoma development.

Via pract., 2011, roč. 8 (3): 132–135

## Vrodené melanocyárne névy

Vrodené – kongenitálne melanocyárne névy sú hamartómy, spôsobené pravdepodobne postzygotickými poruchami v maternici. Sú prítomné väčšinou už pri narodení alebo sa objavia najneskôr v 1. – 2. roku života. Podľa viacerých epidemiologických štúdií má 1 – 6% celkovej populácie jeden alebo viac kongenitálnych melanocyárnych névov (CMN). Riziko malignity rastie proporčne podľa veľkosti névu a pohybuje sa počas života od 4 – 6%.

## Klasifikácia

Klasifikujú sa podľa maximálneho priemeru na:

- **malé** (priemer menej ako 1,5 cm),
- **stredné** (priemer 1,5 – 20 cm),
- **veľké** (viac ako 20 cm v priemere).

Niektorí autori (1) rozlišujú 4 veľkostné typy névov a stratégie manažmentu sa líši podľa ich rozmerov pri narodení a predpokladanej veľkosti v dospelosti (tabuľka 1).

## Prognóza

Predpokladaná veľkosť lézií v dospelosti je najužitočnejším prognostickým faktorom.

Veľký počet satelitných névov v blízkosti veľkej lézie tiež zvyšuje riziko vzniku melanómu (2). Menšie névy, ktoré nedosiahnu v dospelosti veľkosť 1,5 cm, len zriedkavo progredujú do melanómu. Névy sa menia s rastom dieťaťa, neraz je náročné ich hodnotenie. Napriek tomu, každá zmena névu, ktorá sa týka farby, tvaru alebo hrúbky, vyžaduje ďalšie hodnotenie na vylúčenie melanómu.

**Profylaktické odstránenie** vysoko rizikových lézií **nezaručuje ochranu** pred vznikom melanómu. Je možná aj rekurencia v mieste, kde bol predtým odstraňovaný névus. Navyše, tretina melanómov vzniká na rozličných miestach

**Obrázok 1.** Stredne veľký kongenitálny, prevažne intradermálny névus na ľavom predkolení.



**Tabuľka 1.** Manažment kongenitálnych melanocyárnych névov podľa veľkosti (1).

Veľkosť	Veľkosť v detstve	Predpokladaná veľkosť v dospelosti	Stratégia manažmentu
Obrovské	viac ako 14 cm	viac ako 40 cm	odstrániť névus, sledovať rekurenciu v pôvodnom alebo vzdialenom mieste
Veľké	viac ako 7 cm na trupe, zadku alebo končatinách viac ako 12 cm na hlave	20 – 40 cm	odstrániť névus, sledovať rekurenciu v pôvodnom alebo vzdialenom mieste
Stredné	0,5 – 7 cm	1,5 – 20 cm	odporučiť sledovanie u dermatológa
Malé	menej ako 0,5 cm	menej ako 1,5 cm	odporučiť sledovanie v primárnej starostlivosti

mimo pôvodného névu. Z týchto dôvodov pacient musí byť pravidelne sledovaný, aj keď mal kongenitálny névus odstránený (obrázok 1).

### Získané melanocytárne névy

**Získané melanocytárne névy** sú **benigne neoplázie**, objavujú sa zvyčajne medzi 2. – 30. rokom života. Maximum dosahujú medzi 12. – 25. rokom, môžu pribúdať až do 60. roku života, potom ich počet klesá pre involúciu a regresiu. Ich dynamika sa dá stručne charakterizovať: "rodíme sa bez névov, umierame bez névov".

Stále **nejestvuje jednotná klasifikácia**, ktorá by odlišovala bežné získané névy od atypických (dysplastických, Clarkových). Klinicky banálny névus môže mať histologické znaky dysplázie, zatiaľ čo tieto znaky môžu chýbať v klinicky atypickom néve. Výskyt získaných melanocytárnych névov je u bielej populácie taký častý, že nemôžu byť brané ako defekty, či abnormality, napriek faktu, že podľa definície ide o melanocytárne neoplázie a musia sa považovať za patologický proces (3).

Kontrastne k vrodeným melanocytárnym névom, nie ich veľkosť, ale ich **počet a klinická variabilita** sú známe ako **rizikové faktory pre vývoj melanómu**.

### Teórie névogenézy

Napriek rozdielom medzi vrodenými a získanými névami existuje medzi nimi určitý jednotiaci koncept – tzv. **Unova teória nadol smerujúcej migrácie**. Podľa nej névy vznikajú zo zvýšeného počtu melanocytov na dermo-epidermálnej junkcii (lentigo simplex a junkčný névus), formujú hniezda v priebehu času (compound naevus), prípadne migrujú kompletne do dermis (dermálny névus). Crammer v roku 1988 posunul ďalej opačný model, známy ako **teória migrácie nahor**. V nej je vyslovený postulát, že prekursorové bunky melanocytov odvodené z pluripotných kmeňových buniek neurálnej lišty putujú počas embryogenézy pozdĺž nervov do dermy, dozrievajú tu a nakoniec migrujú ako funkčné melanocyty do epidermis.

Hoci teória migrácie nahor vysvetľuje niektoré histopatologické črty névov lepšie, nikdy nebola široko akceptovaná. Pravdepodobne môžu melanocyty a névové bunky migrovať oboma smermi. Ďalšia možnosť je, že névové bunky migrujú nielen vertikálne, ale aj horizontálne. Toto môže vysvetľovať zväčšenie névu v priebehu času (3).

**Zavedenie dermatoskopie** (epiluminiscenčnej mikroskopie) – „mostu“ medzi klinickým a histopatologickým vyšetrením névu výrazne zvýšilo šancu zachytiť malý melanóm. Dermatoskopické vyšetrenie sledovaním viacerých ultraštruktúrnych detailov (špecifické morfológické štruktúry, distribúcia pigmentu a farby) dokáže odlíšiť benigne, dysplastické a maligne melanocytárne lézie. Hodnotia sa mnohé kritériá, vypočítavajú sa rozličné skóre, ktorých senzitivita a špecifita je pomerne vysoká. Digitálna dermatoskopia dokáže automaticky analyzovať viaceré údaje týkajúce sa symetrie, okrajov, farby a priemeru lézie. Veľmi významná je však možnosť počítačovej archivácie dermatoskopického nálezu a s časovým odstupom sledovanie dynamiky prípadných zmien.

**Duálny koncept névogenézy** založený na dermatoskopických pozorovaniach **rozlišuje**:

- **névy, objavujúce sa v detstve s globulárnou štruktúrou** (podobne ako vo vrodených melanocytárných névoch). Predpokladá sa pri nich endogénna cesta vývoja, trvajú celý život a sú umiestnené v derme;

- **névy s pigmentovou sieťou, objavujúce sa po puberte**, sú indukované exogénnymi faktormi (UV žiarenie), môžu byť indikátorom rizika pre vznik melanómu „de novo“.

Schematicky je duálna hypotéza névogenézy vyjadrená v tabuľke 2 (3).

**Bodová mutácia** (V 6000F) v **B-RAF géne** (proto-onkogén na chromozóme 7q34) je somatický defekt, ktorý môže byť indukovaný intermitentnou expozíciou slnku a môže byť prvým, včasným krokom v procese vzniku me-

lanómu a névov. Predpoklad, že táto mutácia je somatický jav zapríčinený intermitentným UV ožiarovaním, má pôvod v experimentálnych výsledkoch o melanómoch lokalizovaných na miestach, ktoré sú kryté pred slnkom (koža na akrách alebo sliznice), pretože tieto zvyčajne túto mutáciu nevykazujú (3).

### Klasifikácia névov

**Vrodené i získané névy sa delia na junkčné zmiešané** (dermo-epidermálne, *compound*) a **dermálne**, podľa umiestnenia melanocytov v epiderme, derme, resp. oboch.

Argenziano (4) a spoluautori navrhli **klasifikáciu névov na základe klinickej, dermatoskopickej a histopatologickej charakteristiky**, ktorá ich delí na **7 skupín**:

- **globulárny (kongenitálny) névus**. Ak sa nachádza pri narodení, ide o pravý kongenitálny, ak sa objaví pred pubertou, je to včasný získaný névus. Klinicky sú tieto névy mierne alebo viac elevované, u dospelých prevažuje papilomatózny povrch, sú symetrické, zvyčajne do 15 mm. Dermatoskopicky najviac dominujú hnedé globule, u dospelých skôr „dlažobné kocky“, bezštruktúrne úseky hnedej pigmentácie. Histopatologicky u detí prevažne zmiešané, u dospelých dermálne;

- **retikulárny (získaný) névus**. Sú to neskoré melanocytárne névy, najčastejšie sa vyskytujú u dospelých. Malé sú do 6 mm, veľké medzi 6 – 15 mm. Klinicky bývajú ploché, alebo mierne elevované, hnedé až čierne, symetrické, monomorfne. Dermatoskopicky sa nachádza pravidelná pigmentová sieť s úsekmi hypopigmentácií alebo bez nich, možné sú aj bezštruktúrne zóny hnedej, resp. čiernej farby. Histopatologicky sú junkčné alebo zmiešané. V nich sa niekedy objavujú aj dysplastické črty, lentiginózna melanocytárna hyperplázia, náhodná cytologická atypia, lamelárna/koncentrická fibroplázia, nerovnomerná distribúcia hniezd z névo-

**Tabuľka 2.** Duálna hypotéza névogenézy podľa (3).

Melanocytárne névy	
Endogénne (geneticky determinované)	Exogénne (UV radiácia)
Dermatoskopicky: globuly alebo dlažobné kocky	Dermatoskopicky: pigmentová sieť (retikulárna)
Predominantne: dermálne melanocyty	Predominantne: epidermálne melanocyty
Migrácia: vertikálna, alebo imobilná	Migrácia: horizontálna
Stabilný životný cyklus	dynamický životný cyklus
Iničiálne: B-RAF pozitívna, neskôr je možná jej negatívizácia	B-RAF pozitívna

**Obrázok 2.** Získaný junkčný, retikulárny névus na pravom stehne.



vých buniek s preklenovacím fenoménom, výrazná nepravidelnosť pigmentovej siete. Retikulárne névy môžu regredovať počas života, niektoré v 7. – 9. dekáde vymiznú (obrázok 2);

- **Spitz/Reed névus** (výbuch hviezdy – *starburst*). Sú to nezvyčajné névy, väčšinou sa objavujú ako získané u detí i dospelých, sú zriedkavé u starých ľudí. Počas života môžu vymiznúť. Klinicky sa kedysi popisovali ako ružové, najmä ak sa vyskytovali na tvári u detí. Väčšina histopatologicky vyšetrených je však hnedých až čiernych. (71,3 – 92,7%). Zvyčajne sú ploché až mierne elevované, niekedy kupulovité, predilekčne na tvári, končatinách a v gluteálnej oblasti. Lézie sú symetrické, ostro ohraničené. Dermatoskopicky sa popisuje fenomén, ktorý pripomína výbuch hviezdy – mnohopočetné pigmentové prúžky alebo veľké globule usporiadané symetricky radiálne na periférii. Niekedy sa nájdu bodkovité cievy a retikulárne depigmentácie v nepigmentovaných léziách. Histopatologicky sú junkčné alebo compound, zložené z výrazne pigmentovaných, vysoko kohéznych vretenovitých a/alebo epiteloidných melanocytov, paralelne a/alebo kolmo na povrch kože, uložené v hniezdach, s roztrúsenou alebo chýbajúcou pigmentáciou;
- **modrý névus** (blue, homogénny). Objavuje sa ako kongenitálny alebo získaný, perzistuje počas celého života. Klinicky ide o ploché alebo elevované papuly, plaky, či noduly rozličnej veľkosti modrastej, bridlicovo sivej až čiernej farby, zriedkavejšie sú hypochrómne. Dermatoskopicky sa nachádzajú homogénne bezštruktúrne zóny modrej farby. Histopatologicky bývajú dendriticko-sklerotické. Tmavo pigmentované dendritické melanocyty sú roztrúsené s melanofágmi medzi zhrubnutými zväzkami kolagénu v strednej a hornej dermis;
- **s lokalitou súvisiace névy**
  - **akrálné**. Vrodené alebo získané, ploché, či mierne elevované, hnedé až čierne a dlaniach, chodidlách. Dermatoskopicky vidno paralelné ryhy, priehradky, vlákna. Histopatologicky junkčné hniezda melanocytov okolo *cristae limitantes*, transepidermálna eliminácia melanínu a/alebo s intraepidermálnym rozptylom jednotlivých melanocytov pozdĺž sulci superficiales;
  - **tvárové**. Kongenitálne alebo včasné získané, najviac u detí, hnedé ploché

alebo mierne elevované, symetrické, menšie ako 15 mm. U dospelých elevácia a telové sfarbenie (pripomínajúce mäso, dužinu). Dermatoskopicky u detí pseudoretikulárne usporiadanie, u dospelých zvyšky pigmentácie s čiarkovitými cievkami. Histopatologicky vo včasnej lézii junkčná zložka. V plne vyvinutej kupulovitej lézii mierne vyšší počet bazálnych melanocytov a dermálnych hniezd z uniformných lymfocytom podobných melanocytov, starnutím neurotizácia melanocytov a alebo široké pruhy sklerohyalinizovaného kolagénu;

#### ■ **névy so špecifickými črtami**

- **kombinovaný** (compound, dermoepidermálny, zmiešaný). Vyskytuje sa ako kongenitálny alebo získaný s dvoma časťami rozdielnej farby a veľkosti. Dermatoskopicky sú prítomné najmenej dve z nasledovných štruktúr: sieťovité, globulárne, homogénne, výbuch hviezdy. Histopatologicky sú to dva druhy névu postavené tesne vedľa seba alebo pravidelne zlúčené;
- **halo névus**. Kongenitálny alebo získaný, pri ktorom sa vyvinie lem depigmentácie obkružujúci inak monomorfnú hnedú pigmentovú léziu. Dermatoskopicky globulárne štruktúry s rozličným množstvom granúl podobných na „modré korenie“ a/alebo jazvovité úseky. Histopatologicky lichenoidné pruhovité symetrické lymfocytárne infiltráty s melanofágmi pod névom s možným zväčšením jadra v prežívajúcich melanocytoch;
- **iritovaný névus**. Kongenitálny alebo získaný, plochý až mierne elevovaný, hnedý, čierny, modro-červený, s alebo bez periférneho erytému. Dermatoskopicky retikulárne, globulárne alebo bezštruktúrne zóny s rozličným množstvom sivých a červených pigmentových ložísk. Histopatologicky záplatovité, väčšinou perivaskulárne lymfocytárne infiltráty vnútri névu;
- **névus s ekzematóznym halo**. Kongenitálny alebo získaný, plochý alebo mierne elevovaný, hnedý až čierny, na periférii s ekzematóznymi zmenami. Dermatoskopicky retikulárne, globulárne alebo bezštruktúrne zóny s variabilným množstvom žltkastých oblastí. Histopatologicky ekzematózne zmeny v rámci névu;

**Obrázok 3.** Syndróm dysplastických névov v dolnej časti chrbta.



- **rekurentný névus**. Kongenitálny alebo získaný s atypickými črtami, zvyšky predchádzajúcej traumy alebo nekompletného odstránenia. Dermatoskopicky atypické oblasti pigmentácie a jazvovitých štruktúr. Histopatologicky nepravidelná lentiginózna melanocytárna hyperplázia s niekoľkými vzostupne sa šíriacimi melanocyty v epiderme nad oblasťou jazvovitej fibrózy v dermis;

#### ■ **neklasifikovateľné melanocytárne lézie**

Klinicky jeden z predchádzajúcich typov névov vykazujúci atypické črty (nedá sa vylúčiť melanóm). Dermatoskopicky jeden z predchádzajúcich typov névov s jedným alebo s viacerými atypickými rysmi (favorizovaná je diagnóza névu, ale nedá sa vylúčiť melanóm). Histopatologicky jeden z predchádzajúcich typov névov s jedným alebo viacerými atypickými rysmi.

### Dysplastické névy

**Dysplastické névy** (atypické névy, stimulatory melanómu, Clarkove névy, atypická melanocytárna hyperplázia, aktivované névy) sú **nezvyčajné melanocytárne lézie**, ktoré svojím klinickým i dermatoskopickým obrazom **môžu imitovať iniciálny melanóm**. Na rozdiel od bežných získaných névov sú veľké, nepravidelne tvarované, s rozličnými odtieňmi hnedej až hnedočiernej farby. Aspoň jeden rozmer dysplastického névu presahuje 6 – 7 mm, niekedy sú väčšie ako 15 – 20 mm. Zvyčajne sú škvrnito pigmentované s viacerými odtieňmi hnedej, čiernej, niekedy ružovej až červenkastej farby. Tvarovo sú nepravidelné, v dvoch na seba kolmých osiach asymetrické, niekedy sa prirovnávajú k volskému oku.

Najčastejšie sú lokalizované na trupe, často najmä na miestach, ktoré sú tzv. „dvojito chránené“ pred slnkom (miesta kožného povrchu kryté spodnou bielizňou). Môžu sa vyskytovať jednotlivo alebo sú viacpočetné, existujú pacienti s desiatkami takýchto névov.

O **syndróme dysplastických névov** hovoríme vtedy, ak **ich počet dosahuje najmenej sedem atypických útvarov**. Objavujú sa zvyčajne až v puberte, ale môžu sa tvoriť aj neskôr, vo vyššom veku. Vzhľadom často pripomínajú melanoma in situ alebo začínajúci melanóm v horizontálnej rastovej fáze, preto ich niektorí autori označujú ako simulátory melanómu. Na rozdiel od melanómu však po dosiahnutí určitej veľkosti a vzhľadu zostávajú stacionárne. Chýba im trvalý vývoj, ktorý je typický pre melanóm. U niektorých pacientov s dysplastickými névami sa atypické črty zvyraznia, ale môžu sa aj stratiť. V ojedinelých prípadoch môžu atypické névy aj kompletne regresovať (5).

**Nositelia dysplastických névov** majú dvojnásobne **vyššie riziko vzniku melanómu** už pri jednom takomto néve, ak je prítomných 10 a viac lézií, riziko sa zvyšuje dvanásťnásobne. Melanóm však u nositeľov dysplastických névov nevzniká väčšinou už v predtým existujúcom atypickom néve, ale de novo na zdravej koži,

alebo sa objaví v klinicky predtým benígnom néve. Nie je preto nutné preventívne odstraňovať pokojné a nemeniace sa dysplastické névy s predstavou, že tak zabránime vzniku melanómu (obrázok 3).

### Rizikové névy

Za **rizikové névy** treba považovať všetky névy, u ktorých sa nedá jednoznačne klinickým či dermatoskopickým vyšetrením rozlíšiť, či je afekcia dysplastický névus alebo už začínajúci melanóm. V takýchto prípadoch treba indikovať excíziu s histopatologickým rozborom. Rovnako sa má postupovať, ak pacient udáva zmenu farby névu alebo jeho rast.

V tomto postupe je veľmi nápomocná digitálna dermatoskopia, ktorá poskytuje možnosť počítačovej archivácie dermatoskopického nálezu a s časovým odstupom sledovanie dynamiky prípadných zmien.

Diferencovať klinicky benígnu atypický névus, hraničnú léziu alebo včasný melanóm je

obťažné, preto je nevyhnutné mať dostatočne nízky prah pre excíziu, aby sa vylúčilo nezachytenie melanómu.

### Literatúra

1. McLaughlin MR, O'Connor NR, Ham P. Newborn skin: part II. birthmarks. *Am Fam Physician* 2008; 77 (1): 56–60.
2. Hale EK, Stein J, Ben-Porat L et al. Association of melanoma and neurocutaneous melanocytosis with large congenital melanocytic naevi – results from the NYU–LCMN registry. *Br J Dermatol* 2005; 152 (3): 512–517.
3. Zalaudek I, Hofmann-Wellenhorst R, Kittler H et al. A dual concept of neovogenesis: Theoretical considerations based on dermoscopic features of melanocytic nevi. *JDDG* 2007; 11 (5): 985–992.
4. Argenziano G, Zalaudek I, Ferrara G et al. Proposal of a new classification system for melanocytic naevi. *Br J Dermatol* 2007; 157: 217–227.
5. Krajsová I. Melanom. *Maxdorf, Jessenius* 2006: 332 s..

### MUDr. Katarína Poláková, PhD.

Dermatovenerologická ambulancia,  
Preventívne centrum, Onkologický  
ústav sv. Alžbety  
Heydukova 10, 812 50 Bratislava  
kpolakova@ousa.sk



## Herman Jiří, Musil Dalibor a kolektiv: Žilní onemocnění v klinické praxi

Ojedinelá publikace podrobně a systematicky pojednává o onemocnění žil v různých částech lidského těla. Zevrubný teoretický pohled na etiopatogenezi, kliniku, diagnostiku a léčbu je v každé kapitole doplněn a dokreslen bohatou, názornou obrazovou dokumentací a četnými kazuistikami. Je popsáno postižení žilního systému hlavy, krku, horních a dolních končetin, dutiny břišní a pánve i hemoroidy. Nechybí rozsáhlá, jindy poněkud opomíjená, kapitola věnovaná žilním malformacím a hemangiomům.

Grada, ISBN 978-80-247-3335-7, kat. číslo 4012, 280 s.



**Distribúcia v SR:** Grada Slovakia, s.r.o., Moskovská 29, 811 08 Bratislava, tel.: 02/5564 5189

[www.grada.sk](http://www.grada.sk)

## Plantážne kávy z celého sveta

### Internet

- čerstvá káva
- On - line shop
- 24 hodín denne
- bez poštovného
- množstvo informácií
- fórum o káve
- facebook

### Home

- kvalitné kávovary
- čerstvo pražená káva
- najširší výber káv
- kávové špeciality

### Office

- skvelá káva
- bezplatné nájmy
- rýchle dodávky
- profylaktický servis

[www.kafe.sk](http://www.kafe.sk)

Č e r s t v á  
**BARZUZ**  
K á v a