

*Неразгадаемото наистина съществува. Зад тайните на природата остава нещо неуловимо, неосезаемо и необяснимо. Благоговението пред тази сила, надхвърляща възможностите на нашия разум, е моята религия. “*

**Алберт Айнщайн.**

## КАКВА Е ВАШАТА ДИАГНОЗА - ДЕРМАТОСКОПСКА И ХИСТОПАТОЛОГИЧНА КОРЕЛАЦИЯ

**И. Бакърджиев<sup>1</sup>, И. Красналиев<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Медицински Колеж, Медицински Университет- Варна

<sup>2</sup> Катедра по обща и клинична патология, Медицински Университет- Варна

### Резюме

*Представя се 38 год. жена с множество пигментни лезии в областта на гърба. През последните 4 месеца в една от лезиите в лявата скапуларна област забелязала поява на кафеникаво оцветяване. Фамилно необременена. Минали заболявания отрича. Не приема медикаменти.*

*Дерматологичен статус: В посочената област се наблюдава кафеникава макула с ясно изразени граници, диаметър 5, 9 x 6, 1 мм, овална форма и ексцентрично разположена тъмно кафеникава пигментация в единия край на лезията. До нея се наблюдава сателитна тъмно кафеникава макула с овална форма и диаметър 3x3 мм.*

*Дерматоскопско изследване: Дерматоскопското изследване с поляризирана светлина установи тънки ретикуларни линии предимно в периферията, ексцентрична тъмно кафеникава хиперпигментация, черни точки, васкуларни структури под формата на точки и линии, както и хипопигментни безструктурни участъци предимно в центъра на лезията. Дерматоскопското изследване на сателитната лезия показва тънки ретикуларни линии, единични черни точки, дискретно изразени кръгове и централно разположена тъмно кафеникава хиперпигментация. Беше извършена оценка със следните методи: ABCD (клинично и дерматоскопски), Menzies method, 7- point check list, risk level, алгоритмичен метод за прецизна диагноза. На базата на клиничната картина и дерматоскопското изследване бяха поставени следните диагнози: Dysplastic nevus, melanoma in situ и lentigo solaris (сателитна лезия).*

*Лечение: Извършена беше елиптична екцизия с последващо хистопатологично изследване. Обсъждат се клиничната, дерматоскопската и хистопатологична корелация.*

**Ключови думи:** дерматоскопия, dysplastic nevus, melanoma in situ, lentigo solaris, хистопатологична корелация

**Адрес за кореспонденция:** д-р И. Бакърджиев, дм, Медицински Колеж, Медицински Университет, Варна, бул. Цар Освободител 84

**e-mail:** varna2008@gmail.com

## WHAT IS YOUR DIAGNOSIS – DERMOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGICAL CORRELATION

Bakardzhiev I.<sup>1</sup>, Krasnaliev I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medical College, Medical University of Varna

<sup>2</sup> Department of General and Clinical Pathology, Medical University of Varna

### Abstract

*A 38 year old woman with multiple pigmented lesions in the back. During the last 4 months in one of the lesions in the left scapular area she noticed the appearance of brown discoloration. No family history for any disease. The patient denies any past medical history. She is not taking any medication.*

*Physical examination: The area of the lesion is a brown coloured macula with clear and well determined borders, diameter of 5.9 x 6.1 mm, oval shape and excentric deep brown pigmentation on one side of the lesion. Close to it is observed a satelite dark brown macula with oval shape and diameter of 3mm x 3mm*

*Dermatoscopy: The dermatoscopic exhamination with polarized light determined thin reticular lines, located predominantly in the peripheral area, excentric deep brown hyperpigmentation, black dots, vascular pattern (dots and lines) as well as hypopigmented structures predominantly at the centre of the lesion. The dermatoscopy of the satellite lesion showed thin reticular lines, single black dots, discrete circles and centrally located dark brown hyperpigmentation. The clinical evaluation was performed using the following methods: ABCD (clinically and dermatoscopically), Menzies method, 7-point check list, risk level, algorithmic method for accurate diagnosis. Based on the clinical presentation and the deramtoscopy the following diagnoses were established: Dysplastic nevus, melanoma in situ and lentigo solaris (satellite lesion)*

*Treatment: Elliptical excision was performed, followed by a histopathological examination. The clinical, dermatoscopic and histopathologic correlation come under review.*

**Key words:** dermatoscopy, dysplastic nevus, melanoma in situ, lentigo solaris, histopathologic correlation

**Address for coresspondence:** Bakardzhiev I., MD, Ph D, Medical College, Medical University of Varna, 84, Tzar Osvoboditel str., Varna, Bulgaria

**e-mail:** varna2008@gmail.com

### Описание на случая

Представя се 38 год. жена с множество пигментни лезии в областта на гърба. През последните 4 месеца в една от лезиите в лявата скапуларна област забелязала поява на кафеникаво оцветяване. Фамилно необременена спрямо наличието на кожни тумори. Минали заболявания отрича. Не приема медикаменти.

### Дерматологичен статус:

В посочената област се наблюдава кафеникава макула с ясно изразени граници, диаметър 5, 9 x 6, 1 мм, овална форма и ексцентрично разположена тъмно кафеникава пигментация в единия край на лезията. До нея се наблюдава сателитна тъмно кафеникава макула с овална форма и диаметър 3x3 мм. (Фиг. 1)



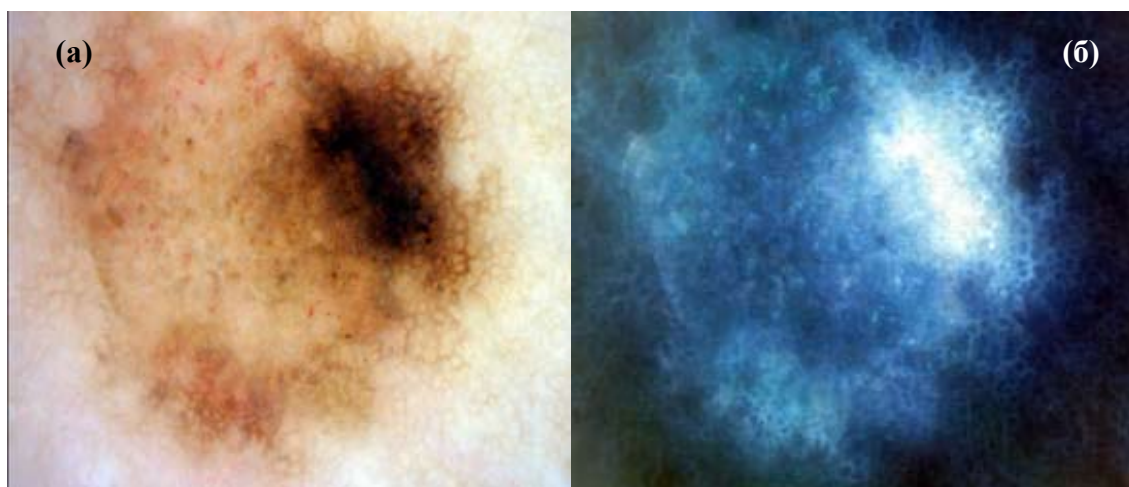
**Фиг. 1** Кафеникава макула с ясно изразени граници с ексцентрично разположена хиперпигментация и сателитна лезия в лява скапуларна област

### Дерматоскопско изследване:

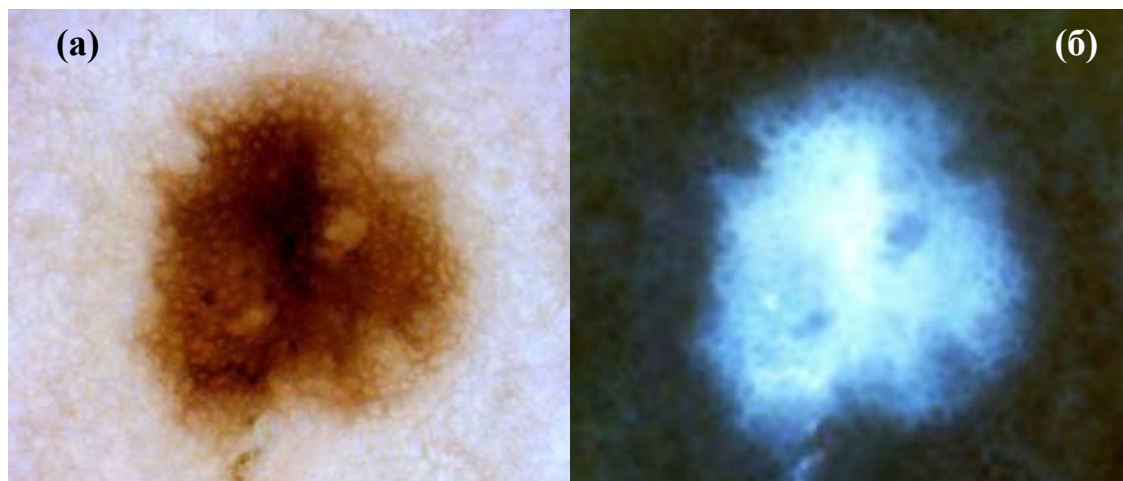
Дигиталното дерматоскопско изследване с поляризирана светлина установи тънки ретикуларни линии предимно в периферията, ексцентрична тъмно кафеникава хиперпигментация, черни точки, васкуларни структури под формата на точки и линии, както и хипопигментни безструктурни участъци предимно в центъра на лезията (Фиг. 2). Дерматоскопското изследване на сателитната лезия показва тънки ретикуларни линии, единични черни точки, дискретно изразени кръгове и централно разположена тъмно кафеникава хиперпигментация (Фиг. 3). При компютърно инвертиране на образа някои от структурите се визуализират по-добре (Фиг. 2 б, Фиг. 3 б)

### Дерматоскопска интерпретация

Беше извършена оценка със следните методи: ABCD клинично (поради малкия размер на лезията клинично не може да се интерпретира точна диагноза). ABCD дерматоскопски - общ брой точки = 5; между 4, 8 - 5, 5 брой точки лезията е суспектна за меланом (6, 7). Menzies scoring method - лезията е позитивна за меланом (5); 7- point check list (общ брой точки = 4, >3 меланом (1); risk level- medium (2). Алгоритмичен метод за прецизна диагноза - наличието на повече от един структурни елементи, асиметрия на структурите, повече от един цвят могат да бъдат интерпретирани



**Фиг. 2 (а)** Тънки ретикуларни линии предимно в периферията, ексцентрична тъмно кафеникава хиперпигментация, черни точки, васкуларни структури под формата на точки и линии, както и хипопигментни безструктурни участъци предимно в центъра на лезията. **(б)** Компютърно инвертиран образ



**Фиг. 3** Сателитна лезия. (а). Тънки ретикуларни линии, единични черни точки, дискретно изразени кръгове, централно разположена тъмно кафеникава хиперпигментация и фестонирани ръбове. (б) Компютърно инвертиран образ

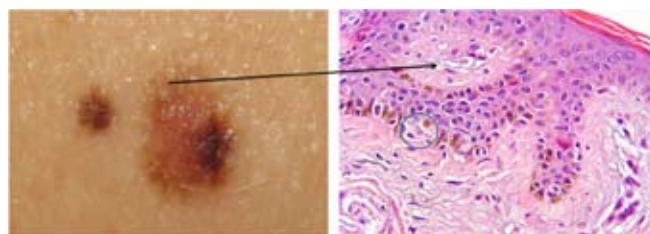
като *Melanoma malignum*. Екцентрично разположената хиперпигментация, тънките ретикуларни линии, предимно в периферията и повече от един цвят на лезията могат да бъдат интерпретирани като *Dysplastic nevus (Clark nevus)/Melanoma in situ*. Сателитна лезия – наличието на повече от един цвят, тънки ретикуларни линии, единични черни точки и централно разположена тъмно кафеникава хиперпигментация, са характерни за *Dysplastic nevus (Clark nevus)*. Дискретно изразените кръгове и наличието на ярко изразени фестонирани ръбове (*scalloped*) са в полза на дерматоскопска диагноза *lentigo solaris* (3, 4, 14).

#### Лечение:

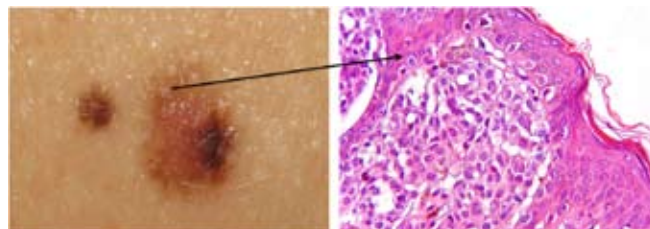
Извършена беше елиптична екцизия с последващо хистопатологично изследване.

#### Хистологично изследване

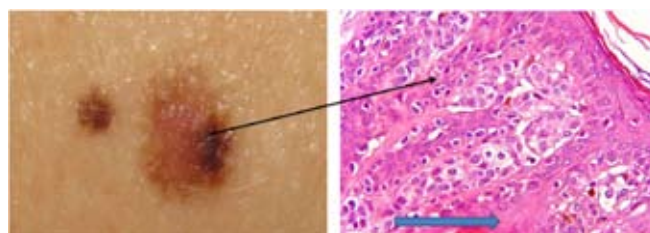
В периферията единични и гнезда от меланоцити по върха на *rete ridges* и дермо-епидермалната граница, леко изразени белези на цитологичен атипизъм, концентрична дермална фиброза и сливане на дермални папили, (Фиг. 4); в центъра – гранична активност без пейджетоиден растеж (Фиг. 5), *lace-like* акантоза (Фиг. 6), дермална компонента от гнезда и конфлуиращи повлекла от меланоцити с леко изразени белези на атипизъм, огнищно нарушена матурация; без митотична активност и лимфоцитна инфилтрация (Фиг. 7)



**Фиг. 4** Периферия - единични гнезда от меланоцити по върха на *rete ridges* и дермо-епидермалната граница, леко изразени белези на цитологичен атипизъм, концентрична дермална фиброза и сливане на дермални папили, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.

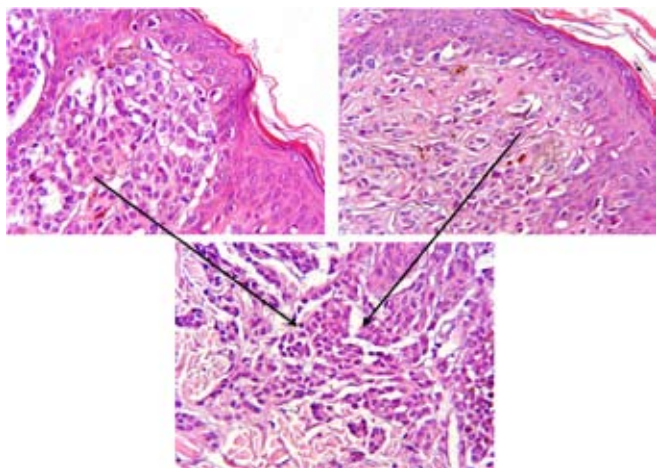


**Фиг. 5** Гранична активност без пейджетоиден растеж към горните слоеве на епидермиса, *lace-like* акантоза, дермална компонента от гнезда и конфлуиращи повлекла от меланоцити с леко изразени белези на атипизъм, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.



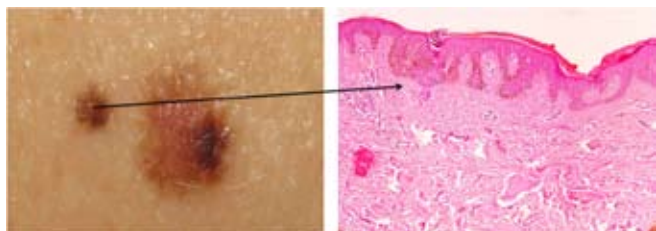
**Фиг. 6** *Lace-like* акантоза, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.

Малка сателитна лезия – кожа и подкожие с малък участък с удължени, *club shaped* *rete ridges*, повишен брой единични меланоцити в общо пигментирания базален слой, (Фиг. 8),

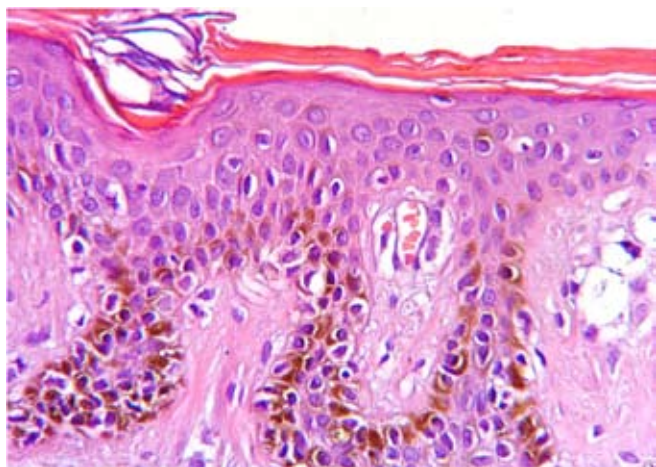


**Фиг. 7** Изразена матурация - меланоцитите в базата на лезията (долу) са по-малки от меланоцитите в гнездата и повлелката горе. В други участъци тя е леко нарушена, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.

участъци със сливане на дермални папили, без дермална компонента, без сигнификантен атипизъм (Фиг. 8) – морфологична картина на лентиго.



**Фиг. 8** Малка сателитна лезия - акантоза, леко изразена хиперкератоза, club-shaped rete ridges, огнично сливане на дермални папили, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 10.



**Фиг. 9** Пролиферация на единични меланоцити в дермо-епидермалната граница без сигнификантен цитологичен атипизъм; без пейджетоиден растеж, оцв. ХЕ, увеличение 10 x 20.

## Дискусия

Проблематичните меланоцитни лезии са широко дискутирани в литературата. Причините за това наложени от практиката са няколко: коректна диагноза на меланомите, които могат да наподобяват бенигнени невуси, диагнозата на бенигнени невуси, които могат да наподобяват меланоми и разбирането на концепцията за наличие на меланоцитни тумори с неясен биологичен потенциал и суперфициални атипични меланоцитни пролиферации с неясно значение (8, 11). Приемането на концепцията за „несигурност“ (uncertainty) се налага от липсата на универсално приети критерии (10, 12). Неоспорим е фактът, че съществуват „трудни“ лезии, които не покриват всички използвани критерии. Съществуват разногласия в мнението на експертите по немалък брой от проблематичните случаи. Несъгласието между експертите (20%) е съсредоточено основно в диагнозата на Spitz невусите при възрастни и Spitzoid меланомите, където достига 35-40% (16). Това показва че несигурността трябва да бъде приета, осмислена и вербално експресирана, като това може да промени последващите лечебни режими и мероприятия, като например по-широка ексцизия в приетите граници и/или сентинелна лимфна дисекция (9). Много обсъждана е и терминологията, чрез която се вербализира несигурността, въпрос от изключителна важност в комуникацията между патолог и клиницист. В литературата се откриват множество термини, които имплицират само едно – несигурност - Atypical nevus, Clark's nevus, B-K mole, Nevus with architectural disorder, Nevus with atypical melanocytic hyperplasia, MELTUMP (Melanocytic Tumor of Uncertain Malignant Potential) – туморогенна лезия с възможност за локален рецидив и метастазиране, SAMPUS (Superficial Atypical Melanocytic Proliferation of Uncertain Significance) – нетуморогенна лезия с възможност за локален рецидив (11, 13, 16, 17). Необходимо е да се осмислят понятия като „гранична лезия“, „нисък малигнен потенциал“ и „неясен малигнен потенциал“ (Borderline lesion, Low Malignant Potential, Uncertain Malignant Potential) (19). Това е възможно само ако се приеме концепцията за меланоцитната туморна прогресия – меланоцит (стабилен, с възможност за реактивна

пролиферация), невус (лимитирана туморна пролиферация), дисплазия (меланоцитна атипия + нарушение в архитектурата), *radial growth phase* (не-туморогенна необратима пролиферация), *vertical growth phase* (туморогенен меланом). Граничната лезия може да бъде биологично гранична в интермедиерна позиция в прогресията и диагностично гранична – лезии при които отсъстват някои от строгите диагностични критерии. Вероятно много от тези лезии не са биологично гранични – те са или бенигнени или малигнени (15). Лезии с нисък малигнен потенциал – присъства думата малигнен, но обикновено са с добра прогноза. Лезии с неясен малигнен потенциал – по-широк термин, който включва биологично и/или диагностично гранични лезии – това е зоната с най-голямо разминаване между експертите (10). Следва да се отбележи, че това се отнася само за проблематичните лезии. В болшинството от случаите, в двата края на биологичния и диагностичен континиум диагнозата на пигментните лезии в ежедневната практика се поставя бързо, точно и без експертни разногласия. Според нас изборът на терминология е въпрос на екипен подход след задълбочено обсъждане на всички клинични, дерматоскопски и морфологични данни. По-важно е не как ще се нарече конкретната лезия, а разбирането къде е тя по пътя на прогресията.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, De Giorgi V, Sammarco E, Delfino M. Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis. *Arch Dermatol*. Dec 1998;134 (12):1563-70.
2. Kenet RO, Fitzpatrick TB. Reducing mortality and morbidity of cutaneous melanoma: a six year plan. B). Identifying high and low risk pigmented lesions using epiluminescence microscopy. *J Dermatol*. Nov 1994;21 (11):881-4.
3. Kittler H, Rosendahl C, Cameron A, Tschandl P. *Dermatoscopy: An Algorithmic method based on pattern analysis*, 2011
4. Pehamberger H, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions: I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol*. 1987; 17: 571–83.
5. Menzies SW. A method for the diagnosis of primary cutaneous melanoma using surface microscopy. *Dermatol Clin* 19:299-305, 2001
6. Stolz W, Riemann A, Armand B, et al. ABCD rule of dermatoscopy: a new practical method for early recognition of melanoma. *Eur J Dermatol* 1994; 4: 521–27.
7. Nachbar F, Stolz W, Merkle T, et al. The ABCD rule of dermatoscopy: high prospective value in the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. *J Am Acad Dermatol*. 1994; 30: 551–59.
8. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, Friedman RJ, McCarthy WH, Osman I, Kopf AW, Polsky D. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. *JAMA*. 2004 Dec 8;292 (22):2771-6.
9. Scolyer RA, Murali R, McCarthy SW, Thompson JF. . Histologically ambiguous (“borderline”) primary cutaneous melanocytic tumors: approaches to patient management including the roles of molecular testing and sentinel lymph node biopsy. *Arch Pathol Lab Med*, 2010 Dec;134 (12):1770-7.
10. Cerroni L, Barnhill R, Elder D, Gottlieb G, Heenan P, Kutzner H, LeBoit PE, Mihm M Jr, Rosai J, Kerl H. Melanocytic tumors of uncertain malignant potential: results of a tutorial held at the XXIX Symposium of the International Society of Dermatopathology in Graz, October 2008. *Am J Surg Pathol*. 2010 Mar;34 (3):314-26.
11. Cerroni L, Kerl H. Tutorial on melanocytic lesions. *Am J Dermatopathol*. 2001 Jun;23 (3):237-41.
12. Burkhart CG. Dysplastic nevus declassified: even the NIH recommends elimination of confusing terminology. *Skinmed* 2003 Jan-Feb;2 (1):12-3.
13. Elder DE, Xu X. The approach to the patient with a difficult melanocytic lesion. *Pathology*. 2004 Oct;36 (5):428-34.
14. Andrea Gulia, Cesare Massone, *Advances in dermoscopy for detecting melanocytic lesions* F1000 Med Rep. 2012; 4: 11.
15. Stanley W. McCarthy, Richard A. Scolyer, Pitfalls and Important Issues in the Pathologic Diagnosis of Melanocytic Tumors *Ochsner J*. 2010 Summer; 10 (2): 66–74.
16. Requena C, Botella R, Nagore E, Sanmartín O, Llombart B, Serra-Guillén C, Guillén C, Requena L, Traves V. Characteristics of spitzoid melanoma and clues for differential diagnosis with spitz nevus. *Am J Dermatopathol*. 2012 Jul;34 (5):478-86.
17. Hagstrom WJ Jr, Faibisoff B, Soltani K, Robson MC. Dysplastic nevus syndrome (B-K mole syndrome). *Plast Reconstr Surg*. 1983 Feb;71 (2):219-24.
18. Abraham RM, Ming ME, Elder DE, Xu X. An atypical melanocytic lesion without genomic abnormalities shows locoregional metastasis. *J Cutan Pathol*. 2012 Jan;39 (1):21-4.
19. Zembowicz A, Scolyer RA. Nevus/Melanocytoma/Melanoma: an emerging paradigm for classification of melanocytic neoplasms? *Arch Pathol Lab Med*. 2011 Mar;135 (3):300-6. Review.