

DŽINOVSKI KONGENITALNI NEVUS-PRIKAZ SLUČAJA

Viktor Lazarević, Jelica Todorović, Danica Todorović-Živković, Aleksandar Janković, Danijela Popović i Ivana Binić

Kongenitalni nevomelanocitni nevusi (KN) benigne su nevusne proliferacije prisutne na rođenju. Incidenca džinovskih KN je 0,002% novorođene dece. Prikazujemo 20- godišnju osobu ženskog pola sa džinovskim KN koji zahvata gotovo celu površinu desne ruke. Dermoskopija je vrlo korisna u diferencijalnoj dijagnostici pigmentnih promena kože. KN se dermoskopski karakteriše prisustvom uniformnih globula, "oblutaka". Džinovski KN, koji zahvata više od 5% površine tela, ima povećan rizik za razvoj malignog melanoma. Terapijske mogućnosti KN su: ekscizija sa graftovima, dermabrazija kiretaža, laserski tretman. Neophodni su periodični pregledi kože. *Acta Medica Medianae 2006;45(1):83-85.*

Ključne reči: kongenitalni nevus, dermoskopija

Klinika za kožne i polne bolesti Kliničkog centra u Nišu

Kontakt: Viktor Lazarević
Klinika za kožne i polne bolesti Kliničkog centra
Bulevar dr Zorana Djindjića 48
18000 Niš, Srbija i Crna Gora
Tel.: 064/158 22 05,
E-mail: lepimali2002@yahoo.com

Uvod

Kongenitalni nevomelanocitni nevusi (KN) su benigne nevusne proliferacije prisutne na rođenju. Jedan broj KN pojavljuje se posle novorođenačkog perioda, to je takozvani "tardivni" tip. Džinovski melanocitni nevusi su melanocitni nevusi veći od 20 cm (ili 5% površine tela), dok su mali melanocitni nevusi manji od 1,5 cm.

Mali KN javljaju se kod 1% novorođenčadi (1).

Incidenca džinovskih kongenitalnih nevusa je znatno manja – oko 0,002% novorođene dece (1).

Dermoskopija je neinvazivna dijagnostička metoda koja se pokazala kao vrlo korisna u diferencijalnoj dijagnostici pigmentnih promena kože (2). Dermoskopija omogućava vizuelizaciju struktura (kriterijuma) koje se ne vide običnim kliničkim pregledom, olakšavajući dijagnozu pigmentnih promena na koži.

Prikaz slučaja

Prikazujemo 20-godišnju osobu ženskog pola sa džinovskim KN nepravilnog oblika, koji zahvata gotovo celu površinu kože desne ruke. Nevus je uniformno tamno braon, prebojen (Slika 1). Granica prema neizmenjenoj koži je nepravilna na ramenu i oštra u predelu ručnog zgloba (Slika 2). Površina nevusa je glatka, prekrivena oštrim tamno prebojenim dlakama.

Nevus je bio prisutan na rođenju, zahvatajući istu površinu.

U daljoj i bližoj porodici, navodno, nema sličnih promena na koži.

Nikada nije imala povećan intrakranijalni pritisak ni znake kompresije kičmene moždine.



Slika 1. KN nepravilnog oblika, zahvata gotovo celu površinu dene ruke. Jasna granica prema ručnom zglobo

Objektivnim pregledom ne uočava se skolioza, spina bifida, ni znaci asimetrije, atrofije ili hipertrofije kranijalnih kostiju. Rtg kranijalnih kostiju je bez osobenosti. Laboratorijske analize su u granicama referentnih vrednosti.

Uradjena dermoskopija: globularni pigmentni obrazac, sa uniformnim globulama. Prisutna su polja sa tamnim tačkama (dark spots) koja ne uključuju marginu i nisu signifikantna.

Predložena je biopsija, ali je bolesnica odbila.

Pre par godina, predloženo je operativno uklanjanje nevusa, na koje bolesnica nije pristala.



Slika 2. KN nejasno ograničen u predelu desnog ramena

Diskusija i zaključak

KN najverovatnije potiču od nevomelanoblasta neuralne cevi.

Postoje podaci o porodičnoj pojavi malih i džinovskih KN uz pretpostavku da se mali KN verovatno nasledjuju autozomno dominantno sa nepotpunom penetracijom (1). Naša bolesnica negira pojavu sličnih pigmentnih promena u bližoj i daljoj porodici.

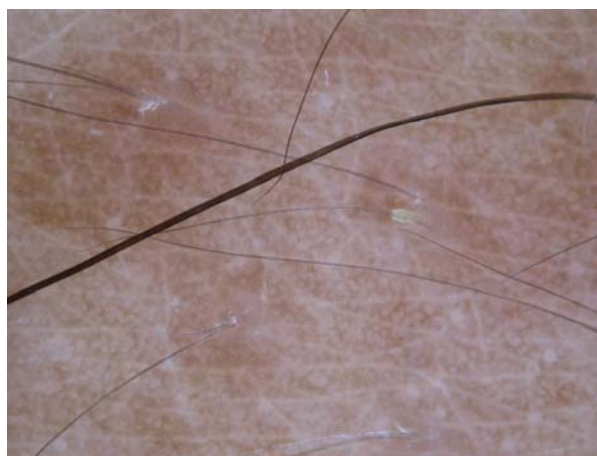
Većina KN uvećava se srazmerno sa rastom zahvaćenog dela tela i kod odraslih ne menjaju svoje dimenzije. Manji broj KN se u odojačkom periodu uvećava više nego što je to posledica rasta zahvaćenog dela tela. Kod naše bolesnice, nevus je na rođenju zahvatao definitivnu površinu i srazmerno se uvećavao sa rastom desne ruke.

Oblik KN može biti ovalan, okrugao ili nepravilan. Boja nevusa u prvim mesecima života može da bude svetlosmedja i da vremenom dobije tamniju nijansu. Površina KN može da bude glatka, naborana, cerebriformna, verukozna ili lobulirana. U toku prve godine života ili kasnije na površini KN javljaju se grube, pigmentovane dlake. Kod naše bolesnice nevus je dobio definitivnu prebojenost u prvoj godini života,

kada su se na površini javile i tamno prebojene dlake.

Nekoliko razvojnih anomalija mogu biti povezane sa KN: skolioza, spina bifida, atrofija, asimetrija, elefantijaza, hipertrofija kranijalnih kostiju. KN može biti povezan i sa neurokutanom melanozom i leptomeningealnom melanocitozom (3). Kod naše bolesnice nije bilo znakova razvojnih anomalija.

Dermoskopija je vrlo korisna u diferencijalnoj dijagnostici pigmentnih promena kože, omogućava ranu detekciju melanoma i smanjuje broj nepotrebnih ekscizija benignih kožnih promena. KN se dermoskopski karakteriše prisustvom globula, "oblutaka" (4,5). Dermoskopija KN kod naše bolesnice jasno pokazuje globularni pigmentni obrazac (Slika 3,4).



Slika 3. Dermoskopija KN-Globularni pigmentni obrazac



Slika 4. Dermoskopija KN-Globularni pigmentni obrazac

Prednosti dermoskopije su što se promena može detaljno analizirati i pratiti vremenom i što je metoda neinvazivna i laka za izvođenje (6). Nedostatak dermoskopije je što je vidno polje aparata limitirano, pa se veće promene ne mogu evaluirati. Ovaj nedostatak se prevazilazi povezivanjem digitalnih sa dermoskopskim slikama (6).

Iskustvo u konvencionalnoj dermoskopiji samo se parcijalno može koristiti u dermoskopiji KN i standardni kriterijumi ne bi trebalo da se interpretiraju na isti način kao kod ostalih pigmentnih promena kože. Većina autora smatra is-

prekidanost granice promene znakom koji govori u prilog malignog melanoma. Ovaj kriterijum nije primenjiv na KN i KN se mogu smatrati izuzetkom konvencionalne interpretacije dermoskopije.

Džinovski KN, koji zahvata više od 5% površine tela ima signifikantno povećan rizik za razvoj malignog melanoma, koji je procenjen na 4,5-8,5% (7). Rizik za razvoj malignog melanoma kod malih KN je kontroverzan. Maligni melanom koji se razvija od drugih nevusa tipično potiče od dermo-epidermalnog spoja, dok se kod džinovskog kongenitalnog nevusa maligni melanom razvija duboko u dermisu (8).

Mogućnosti za terapiju džinovskih KN su sledeće: ekscizija sa graftovima, dermabrazija, kiretaža, laserski tretman.

Potpuna hirurška ekscizija promene, najčešće, nije moguća. Pored rizika za nastanak melanoma, odluka o hirurškom lečenju zavisi i od kozmetičkih i funkcionalnih razloga. Tretman laserom može da poboljša izgled nevusa, ali ne otklanja rizik ka malignoj alteraciji.

Neophodni su periodični pregledi kože. Nevusi se fotografišu i prate na svakih 4 do 6 meseci (9,10).

Literatura

1. Pavlovic MD, Karadaglic Dj. Hiperplazije, benigni tumori i displazije melanocita. U: Karadaglic Dj ured. Dermatologija. Beograd:Vojno izdavački zavod-Versalpress, 2000. str. 910-3.
2. Zalaudek I, Zanchini R, Petrillo G, Ruoko E, Soyer P, Argenziano G. Dermoscopy of an acral congenital melanocytic nevus. *Pediatr Dermatol* 2005; 22: 188-91.
3. Agero ALC, Benvenuto-Andrade C, Dusza SW, Halpern AS, Marghoob AA. Asymptomatic neurocutaneous melanocytosis in patient with large congenital melanocytic nevi: A study of cases from an Internet-based registry. *J Am Acad Dermatol* 2005; in press.
4. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of consensus meeting via the internet. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48:679-93.
5. Weisman K, Lorentzen HF, Sand C. Dermoscopy. Leo Pharma; 2005.
6. Braun RP, Calza AM, Kischer J, Saurat J. The use of digital dermoscopy for the follow-up of congenital nevi: A pilot study. *Pediatr Dermatol* 2001; 18:277-81.
7. Bittencourt FV, Marghoob AA, Kopf AW, Koenig KL, Bart RS. Large congenital melanocytic nevi and the risk of development of malignant melanoma and neurocutaneous melanocytosis. *Pediatrics* 2000; 106:736-41.
8. Dasu MRK, Barrow RE, Hawkins HK, McCauley RL. Gene expression profiles of giant hairy naevi. *J Clin Pathol* 2004;57:849-55.
9. Vozmediano J, Romero MA, Manrique A, Nieto I, Riande P, Gonzalez A, Hens A. Giant congenital nevus degenerating towards disseminated malignant melanoma after a follow-up period of ten years. *J Eu Acad Dermatol* 1995;5:132-3.
10. Williams ML. Controversies in pediatric dermatology: Congenital nevi. *Pediatr Dermatol* 2000; 17:79-80.

GIANT CONGENITAL NEVUS – CASE REPORT

Viktor Lazarevic, Jelica Todorovic, Danica Todorovic-Zivkovic, Aleksandar Jankovic, Danijela Popovic and Ivana Binic

Congenital nevomelanocytic nevi (CN) are benign melanocytic proliferations present at birth. The incidence of giant CN is 0,002% in the newborns. The paper presents the case of a 20-year old female with giant CN on the skin of the right hand. Dermoscopy is very useful in differential diagnosis of pigmented skin lesions. Dermoscopic characteristics of CN are the presence of uniform globules - the "pebble stone" pattern. Giant CN overtaking more than 5% of the skin has an increased risk of malignant melanoma. Possible therapy modalities for CN are: excision with grafts, dermabrasion, curettage and laser. Periodical check-ups are necessary. *Acta Medica Mediane* 2006;45(1):83-85.

Key words: congenital nevus, dermoscopy