

*Prikaz bolesnika/  
Case reports*

SPITZ NEVUS - PRIKAZ SLUČAJA

SPITZ NEVUS - CASE REPORT

**Correspondence to:**

Dr **Andelija Živković Stanojević**

ul. Vojvode Tankosića 36/8, Niš –  
Medijana

064-4223235

e-mail: dr.andjelija@gmail.com

Dom zdravlja Bela Palanka

Ul. Branislava Nušića 2

18310 Bela Palanka

Andelija Živković Stanojević<sup>1</sup>, Darko Simonović<sup>1</sup>,  
Jordan Radojičić<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dom zdravlja Bela Palanka

<sup>2</sup> Vojna Bolnica Niš

\* Zahvalnost za ustupanje dermoskopskih slika dugujemo doc dr Danici Todorović Živković,  
KC Niš, Klinika za kožne i polne bolesti

**Ključne reči**

Spitz nevus, fototip kože, dermoskopija,  
samopregled

**Key words**

Spitz nevus, skin phototype, dermoscopy,  
self-examination

**Sažetak**

Nevusi su benigne pigmentne lezije kože sačinjene od tzv. „nevusnih ćelija“. Posebno se ističe značaj Spitz nevusa (i njegovih varijanti) jer mogu pokazivati veliku kliničku, ali i histološku sličnost sa malignim melanomom. U radu je prikazan slučaj pacijentkinje stare 37 godina koja se javlja zbog promene na koži unutrašnje strane desne nadlaktice u vidu mladeža koga ima od detinjstva i svraba kože u njegovoj okolini. Unazad godinu dana lezija dobija nepravilni oblik, ivicu i nejednaku prebojenost. Kliničkim pregledom konstatovana je promena na koži unutrašnje strane desne nadlaktice, 5x4 mm, nepravilnog oblika, nehomogeno pigmentovana, bez promena na koži u okolini. Zbog anamnezom dobijenih i kliničkim pregledom uočenih faktora rizika upućena je dermatologu. Nakon načinjene dermoskopije i dobijene slike Spitz nevusa urađena je ekscizija nevusa i konačna patohistološka dijagnoza kompozitnog nevocelularnog nevusa čime je lečenje završeno. Iz razloga učestalosti pigmentnih kožnih lezija kod ljudi nameće se potreba za njihovim prepoznavanjem, praćenjem i ako je potrebno lečenjem. Za izabranog lekara je važno da prepoznaje faktore rizika za pojavu ovih lezija, kliničke znake za suspektne lezija koje zahtevaju dalje sagledavanje od strane dermatologa. Osnova dermatološkog praćenja je dermoskopija kao neinvazivna, *in vivo* metoda pregleda kožnih promena i eventualnog njihovog diferenciranja.

**Cilj:** Sve suspektne pigmentne lezije kože obavezno pregledati dermoskopski, posebno ako je pacijent sa verifikovanim faktorima rizika. Potrebno je kontinuirano sprovesti preventivni rad usmeren na sticanje zdravih životnih navika i edukovati pacijenta za samopregled kože.

**UVOD**

Nevusi su benigne pigmentne tvorevine kože sačinjene od tzv. „nevusnih ćelija“<sup>(1)</sup>. Postoje specijalne vrste nevusa koji se nazivaju po autorima i spoljašnjem izgledu kao što su Spitz nevus (sa Reedovom varijantom), halo nevus, blue nevus i displazni nevus<sup>(2)</sup>.

Spitz nevus je najčešće benigni, stečeni tumor melanocitnog porekla-epiteloidnih i/ili vretenastih melanocita, opisan prvi put još 1948. godine od strane Sofi Spic (Sophie Spitz) kao „melanom detinjstva“. Javlja se uglavnom kod dece, ali i kod odraslih<sup>(3,4)</sup>. Iz razloga što se Spitz nevus morfološki i biološki može ispoljiti u širokom spektru od benigne do maligne forme razlikuju se Spitz nevus, atipični Spitz nevus i maligni melanom<sup>(5)</sup>. „Klasični“ Spitz nevus je u vidu papule ružičaste-pink ili boje kože ili nodusa, brzo rastući, lokalizovan uglavnom na koži donjih ekstremiteta ili

lica kod dece ili mlađih adolescenata. Kod mlađih osoba može imati braonkastu do crnu boju<sup>(4,6)</sup>. Većina lezija je manja od 1 cm u prečniku i solitarna je, mada se mogu javiti i multipli Spitz nevusi diseminovanog ili grupisanog rasporeda. Lezije su retko bolne. Svaku leziju koja je veća od 1 cm u prečniku, ulcerisane površine ili nodularna treba smatrati suspektnom pa i u najranijem detinjstvu. U proseku 0,5-1% hirurški ekscidiranih nevusa u detinjstvu i adolescenciji čine Spitz nevusi<sup>(4)</sup>. Retko se ponovo javlja čak i u slučaju nepotpune ekscizije, mada bi bilo idealno izvesti kompletnu eksciziju svakog Spitz nevusa<sup>(4)</sup>. Atipični Spitz nevusi su heterogena grupa tumora kože sa neodređenim biološkim potencijalom različite histopatologije (veliki broj oblika – desmoplastični, angiomatoidni, verukozni, pleksiformni, padžetoidni, halo, mešoviti, granulomatozni i tubularni)<sup>(5)</sup>. Histološki se karakteriše prisustvom velikih vretenastih ili

epiteloidnih ćelija sa hiperhromatskim jedrima u mnogim ćelijama. Oko nevusnih ćelija se vide retke Langerhansove ćelije, dokaz maturacije, kao i sekundarne epidermalne i stromalne promene<sup>(2,3,7)</sup> – obavezan je i izražen edem oko ćelija i vaskularna ektazija zbog koje i nastaje edem, u dubljim slojevima su prisutni limfociti, epidermalna hiperplazija; čest je nalaz ružičastih globularnih struktura (Kamino tela) na epidermo-dermalnoj junciji<sup>(7)</sup>. Ranije su Kamino tela smatrana za specifičnost Spitz nevusa<sup>(2)</sup>, međutim sada se zna da ih nema u svim Spitz nevusima, a mogu biti prisutna i kod melanoma<sup>(2,4,7)</sup>. Praktični značaj Spitz nevusa, pa i u slučaju prikazane pacijentkinje je klinička, a posebno histološka sličnost sa malignim melanomom. Međutim čak i među iskusnim dermatopatolozima moguća su razmimoilaženja u dijagnostikovanju pa se traži i konzilijarno mišljenje<sup>(5,7,8)</sup>. Ako se lezija oglasi za atipični Spitz nevus ili Spitzoidni melanocitni tumor sa nesigurnim malignim potencijalom može se pribeci kompletnej eksciziji, a ako je suspektan melanom, postupa se po protokolu za melanom, pa i biopsiji sentinel limfnog nodusa. Potvrda maligne prirode primarnog tumora koji se drenira u taj limfni nodus je pozitivna biopsija sentinela<sup>(7)</sup>. Zbog moguće dijagnostičke dileme koja je pred istraživačima, novija istraživanja baziraju se na molekularnim alteracijama lezija koje bi omogućile diferencijaciju Spitz nevusa od malignog melanoma<sup>(5)</sup>.

#### Prikaz bolesnika

Pacijentkinja stara 37 godina javlja se zbog promene na koži unutrašnje strane desne nadlaktice u vidu „mladeža” i svraba kože u okolini promene u poslednjih par meseci. Navodi da kožnu promenu ima od rođenja, da je bila pravilnog okruglog oblika i tamno braon boje po celoj površini. Od pre godinu dana mladež počinje da menja oblik - postaje lako nepravilan i ovalan. Ova promena oblika usledila je pošto je unutrašnja ivica mladeža postala nejasno ograničena prema okolnoj koži. Takođe u središnjem delu promena postaje nešto svetlije smeđe boje. Svrab kože u okolini mladeža povezivala je sa trenjem nadlaktice o telo i odeću kao i iritaciju kože kozmetičkim sredstvima (dezodorans). Negira povređivanje i krvarenje iz mladeža i njegove okoline, nije uočila crvenilo ni pojavu sličnih ili drugačijih promena na koži u okolini samog mladeža, negira vidljive promene veličine mladeža.

U ličnoj anamnezi navodi izuzetnu osetljivost kože pri izlaganju suncu, višestruko pregorevanje kože u detinjstvu i kasnije u životu, čak i pored korišćenja sredstava za zaštitu od sunca. Kao mlađa često se nekontrolisano izlagala suncu i u najtoplijem delu dana, posebno prilikom boravka na moru. Negira ranija oboljenja kože kao i druge bolesti od značaja. Negira bolesti kože, maligne bolesti, melanom, kao i druge bolesti od većeg socio-medicinskog značaja u porodici. Ne pušač je, ne konzumira alkohol; negira alergiju na lekove i hranu.

Pri pregledu konstatuje se postojanje pigmentne lezije na koži srednje trećine unutrašnje strane desne nadlaktice. Promena nepravilnog ovalnog oblika, dimenzija 5x4 mm, nehomogeno pigmentovana, tamno smeđe boje sa diskretno svetlijim centralnim delom koji se nastavlja ka medijalnoj

ivici lezije koja nejasnom granicom prelazi u nepromenjenu kožu okoline. Na koži okoline same lezije nisu uočene promene u smislu infekcije, zapaljenja ili postojanja satelitskih lezija. Sama promena je palpatorno bezbolna, u desnoj pazušnoj jami i okolnim regijama ne palpiraju se uvećani limfatici.

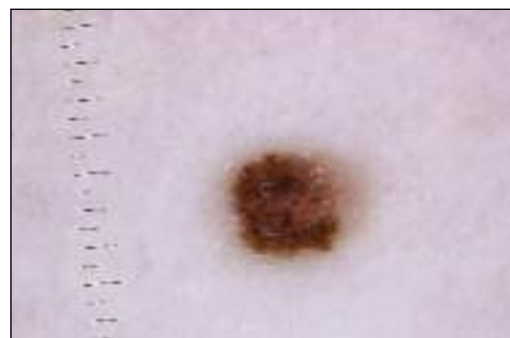


Slika 1. klinički prikaz nevusa

Nakon pregleda same promene načinjena je inspekcija i drugih delova kože i vidljivih sluzokoža. Konstatovano je da se radi o osobi sa izrazito svetlom bojom kože, pegama po koži celog tela, svetlim očima (zelene) i svetloj kosi (plavo-smeđa) - tip II po Fitzpatrick-ovoj klasifikaciji fototipa kože.

Nakon dobijenih anamnestičkih podataka i učinjenog kliničkog pregleda postavlja se radna dijagnoza promene na koži. Pretpostavlja se da je u pitanju pigmentni-melanocitni nevus. Pacijentkinja se upućuje dermatologu iz više razloga - mladež koji je promenio oblik, boju, ivicu, pojava svraba kože u okolini mladeža, fototip kože, anamnestički podatak o pregorevanju u detinjstvu i kasnije u životu - pod radnom dijagnozom Naevus naevomelanocyticus-pigmentni nevus.

Dermatolog je nakon načinjenog kliničkog pregleda postavio indikaciju za dermoskopskim pregledom promene. Promena je okarakterisana dermoskopski kao moguća Spitzoidna lezija sa preporukom za hirurškom ekscizijom i patohistološkom verifikacijom.

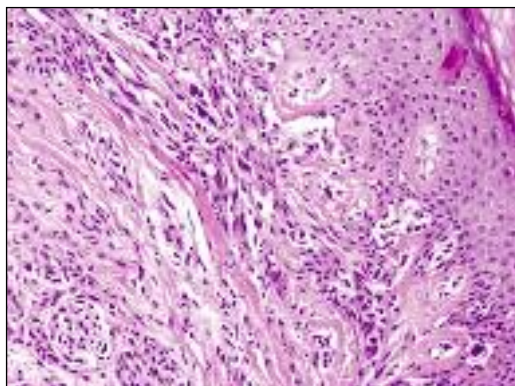


Slika 2. dermoskopska slika nevusa

Nakon inicijalnog sagledavanja od strane hirurga, u lokalnoj anesteziji učinjena je ekscizija promene na koži desne brahijalne regije, sutura i postavljen zavoj, a sama promena poslata na patohistološki pregled. Postoperativni tok je uredno protekao, rana zarasla per primam, a konci skinuti.

Patohistološki nalaz materijala koji je serijski obrađivan i analiziran je glasio: makroskopski nalaz - dobijen zrnast

uzorak kože, promera 5x3 mm, sa svetlosmeđom promenom na površini, u nivou kože, prečnika 3 mm, uzet u rad u celi- ni u jedan kalup. Patohistološka dijagnoza - Nevus cutis nevocellulare compositus partim pigmentosus.



Slika 3. patohistološka slika nevusa

Lečenje pacijentkinje je završeno sa postavljenom dijagnozom sa datom preporukom za neophodnim preduzimanja preventivnih mera nadalje - samopregleda kože i periodičnih dermoskopskih pregleda.

### DISKUSIJA

Pigmentne lezije kože su česte kod ljudi i nameću potrebu za njihovim poznavanjem, praćenjem i po potrebi lečenjem. Za izabranog lekara važno je da prepozna faktore rizika za pojavu ovih lezija - konstitucionalni i faktori sredine<sup>(9)</sup>. Od faktora sredine glavni za razvoj melanocitnih lezija kože je izlaganje suncu. Što se konstitucije tiče zna se da se broj nevusa povećava do srednjeg životnog doba, a potom smanjuje (retko prisutni na rođenju, razvijaju se u detinjstvu ili adolescenciji), fototip kože (tip I ili II) kao i evropska etnička pripadnost - bela rasa povezuju se sa većim brojem nevusa, genetska predispozicija i pozitivna porodična anamneza o melanomu, pojedine studije navode i pol kao bitan faktor (dečaci imali veći broj nevusa)<sup>(9)</sup>. Od pomenutih konstitucionalnih faktora ističe se fototip kože kao determinišući faktor osetljivosti kože na ultravioletno zračenje. Po Fitzpatrick-ovoj klasifikaciji fototipa kože u proceni senzitivnosti obuhvaćena je procena rizika za karcinom kože baziranog na fototipu kože<sup>(9)</sup> - tip I svetla koža, crvena kosa, pege, plave ili zelene oči, nikada ne crne na suncu; tip II plava kosa, zelene oči, lako pregoreva, slabo crne na suncu; tip III braon kosa, braon oči, umereno pregoreva, postepeno crne na suncu; tip IV tamna kosa i oči, nikada ne pregorevaju i uvek pocrne brzo. Fototipovi I, II, III su pod rizikom od razvoja svih vrsta fotooštećenja (od solar lentiga, actinic keratosis do nemelanomskih kožnih karcinoma i malignog melanoma)<sup>(10)</sup>.

Za kliničku detekciju i praćenje pigmentnih lezija kože posebno je važna dermoskopija kao neinvazivna, in vivo tehnika pregleda. Zahvaljujući dermoskopiji moguće je bolje diferenciranje benignih i malignih pigmentnih kožnih lezija<sup>(10)</sup>, diferencijacija na melanocitne i nemelanocitne

promene i diferencijacija unutar tih grupa<sup>(11)</sup>, kao i veće sigurnosti kliničke dijagnoze malignog melanoma. Svaka nova pigmentna lezija na koži koja se javi posle 30-40. godine života, kao i morfološke izmene u već postojećim pigmentnim lezijama su suspektne na melanom, a da bi se označile suspektim poštuje se tzv. ABCD(E) kriterijum koji se unazad 30-ak godina koristi u kliničkoj praksi pri proceni pigmentnih lezija koje zahtevaju dalju evaluaciju od strane dermatologa<sup>(12)</sup> - (Asymmetry-asimetričan izgled, Border irregularity-nepravilne ivice, Color varietation-promena boje, najčešće u smislu pojačanja pigmentisanosti, Diameter-lezija prečnika većeg od 6 mm, Enlargment-uvećanje)<sup>(1)</sup>. Iz praktičnih razloga koristi se i tzv. glazgovska lista koja uključuje jedan od ABCD kriterijuma, svrab i 6 kliničkih znakova suspektosti lezije- prisutna lezija veća od 6 mm u prečniku, podatak o uvećanju lezije, pojava nepravilne ivice, znaci inflamacije lezije, nepravilna pigmentisanost, pojava krvarenja, ulceracija i krusta<sup>(1)</sup>.

Preventivne mere koje su važne u zaštiti od pigmentnih lezija kože odnosile bi se na: ponašanje na suncu – izbegavanje izlaganja suncu u najtoplijem delu dana od 10 do 17 sati u letnjim mesecima, izbegavanje sunčanja, obavezno korišćenje krema sa visokim zaštitnim faktorom (SPF 50+) za otkrivene delove tela, nošenja odeće svetlih boja, od prirodnih materijala (pamuk, lan) u letnjim mesecima, odeće sa dugim rukavima i nogavicama, korišćenje kapa, kačketa i šešira sa širokim obodom, naočara za sunce, obuće od prirodnih materijala. Posebno je važna edukacija o samopregledu kože - u dobro osvetljenoj prostoriji, ispred velikog ogledala i uz korišćenje ručnog ogledala, samostalno ili uz pomoć druge osobe za teže dostupne delove tela pregledati kožu, ali i dostupne sluzokože. Pregled obuhvata: lice - posebno nos, usne, uši (prednja i zadnja strana), kosmati deo glave ili kožu poglavine ako ste bez kose, vrat, grudni koš (žene posebno kožu između i ispod dojki), pazušne jame, ramena, leđa, gornje i donje ekstremitete sa obe strane, uključujući i šake, stopala, tabane, prostor između prstiju kao i područje genitalija. Pored posmatranja potrebno je i rukama preći preko kože jer se neke promene lakše pipaju nego što se uočavaju.

### Zaključak

Kod prikazane pacijentkinje je zbog navedenih simptoma u vezi pigmentne kožne lezije na ruci, anamnestički prikupljenih podataka o postojanju većeg broja faktora rizika i opisane kliničke slike kožne promene savetovana i urađena dermoskopija. Zbog suspektne dermoskopske slike Spitzoidnog nevusa koji je najčešće benigna pigmentna lezija, ali koji klinički i histološki može podsećati na melanom je bilo neophodno učiniti eksciziju sa patohistološkom verifikacijom. Iako je lečenje prikazane pacijentkinje završeno ona mora i na dalje biti predmet interesovanja izabranog lekara kroz preventivni rad i dermatologa kroz periodične dermoskopske preglede godišnje ili po potrebi i češće, pre svega zbog detektovanih faktora rizika.

### Abstract

Nevus are benign lesions of skin made of nevus cells. Significance of Spitz nevus (and its variations) is emphasized because they could show great clinical and also histological similarity to malignant melanoma. In following presentation female patient 37-year-old reports changes of skin on the interior side of the right upper arm in the form of nevus which is present from childhood and itching in its surroundings. One year backwards lesion's form, edges and colorations become irregular. After clinical examination, change of skin on the interior side of the right upper arm, dimensions 5x4 mm, irregular form, inhomogeneous without changes in surroundings is observed. Patient gets order for dermatologist regarding to risk factors from anamnesis and clinical examination. After dermoscopy and overview of Spitz nevus, treatment is completed with excision of nevus and final pathohistological diagnosis of composite naevocellular nevus. Because of high frequency of pigment lesions in population, recognition, supervision and if necessary treatment is needed. For family doctor it is important to recognize risk factors for occurrence of this lesions, clinical signs for suspiciousness of lesions that require further dermatological examinations. Foundation of dermatological supervision is dermoscopy as non-invasive, in vivo method for skin changes examination and their eventual differentiation.

**Conclusion:** All suspicious pigment lesions of skin should always be examined dermoscopically, especially for patients with verified risk factors. Continuous prevention in developing healthy life habits and education of patients for self-examination is necessary.

### LITERATURA

1. Paravina M, Spalević Lj, Stanojević M, Todorović J, Binić I, Jovanović D. Dermatovenerologija. Prosveta, Niš, 2003; 292-98, 310-17.
2. Atanacković M, Bacetić D, Basta-Jovanović G, Begić - Janeva A, Boričić I, Brašanac D i dr: Patologija, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Katedra za patologiju, Beograd 2009; 710-19.
3. Busam KJ, Kutzner H, Cerroni L, Wiesner T. Clinical and pathologic findings of Spitz nevi and atypical Spitz tumors with ALK fusions. Am J Surgical Path 2014; 38(7): 925-33.
4. Weedon D: Weedon's Skin Pathology, 3rd Ed., Churchill Livingstone Elsevier, 2010, 721-27.
5. Miteva M., Lazova R: Spitz nevus and atypical Spitzoid neoplasm, Semin. Cutan Med Surg; 2010;29(3):165-73.
6. Ferrara G, Gianotti R, Cavicchini S, Salviato T, Zalaudek I, Argenziano G: Spitz nevus, Spitz tumor and spitzoid melanoma a comprehensive clinicopathologic overview, Dermatol clin, 2013;31(4):589-98.
7. Busam J. Klaus: Dermatopathology Foundations in diagnostic pathology. Saunders Elsevier 2010; pp. 448-55
8. Rapini RP. Spitz nevus or melanoma? Semin Cutan Med Surg , 1999,18(1):56-63.
9. Todorović-Živković D: Povezanost strukturnog obrasca, distribucije pigmenta i boje melanocitnih nevusa određenih metodom dermoskopije sa tipom kože i uzrastom: Doktorska disertacija, Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet 2013; 9, 14-18, 83, 126.
10. Fredberg I.M, Elsen A.Z, Wolff K, Austen K.F, Goldsmith L.A, Katz S.I: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, (Two Vol. Set), 6th Ed., 2003; 1014-20, 1038-39.
11. Krstić N, Čanović P, Ravić - Nikolić A, Miličić V: Uloga dermoskopije u dijagnostici malignog melanoma, MED. ČAS. ISSN 0350. 1221. UDK. 61, 2010.
12. Tsao H, Olazagasti, Cordoro, Brewer, Taylor, Bordeaux et al: Early detection of melanoma: reviewing the ABCDEs, American Academy of Dermatology Ad Hoc Task Force For the ABCDEs of Melanoma; Journal of the American Academy of Dermatology 2015, 72, (4), 717-723.