

NEV AXILAR CU ATIPII DE LOCALIZARE – PREZENTARE DE CAZ

ANTONELA-ANCA NICOLAU¹, MARIANA AȘCHIE²¹Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, ²Universitatea „Ovidius” Constanța

Cuvinte cheie: nev, axilă, atipie, displazic, melanom

Rezumat: Nevii melanocitari sunt tumori benigne de importanță majoră în relație cu melanomul. Recent a fost recunoscut un grup de nevi melanocitari care pot simula atât un nev displazic, cât și un melanom (nevi cu localizări speciale). Unele dintre aceste localizări includ zonele flexurale, precum axila, care sunt caracterizați de un pattern în cuiburi, cu variații mari ale dimensiunilor cuiburilor nevice joncționale, cât și de originea acestor cuiburi în vârful crestelor papilare sau a spațiului interpapilar. Atipiile citologice și alterările stromale sunt de obicei absente la nevi cu localizare flexurală. În acest articol prezentăm cazul unui nev axilar îndepărtat chirurgical de la o femeie în vârstă de 27 de ani, cu dimensiunea maximă de 0,6 cm și care, la examinarea inițială a fost considerat drept o proliferare melanocitară atipică, dar în urma analizelor ulterioare, diagnosticul final a fost de nev melanocitar compus cu atipii legate de localizare.

Keywords: nevus, axillary, atypia, dysplastic, melanoma

Abstract: Melanocytic nevi are benign tumors of major importance in relation with malignant melanoma. Recently was recognized a group of melanocytic nevi that may simulate dysplastic nevi as well as melanoma (nevi of special sites). Some of these special sites include the flexural locations such axilla, that are characterized by nested pattern with great variability of the size of the junctional nests, as well as origin of the nests at the tips of the rete ridges and from the inter-rite ridges regions. The cytologic atypia and stromal alterations seem to be absent from the flexural nevi. We present the case of an axillary nevus surgically removed from a 27 years old female, measuring 0,6cm in greatest dimension that on first examination was considered to be an atypical melanocytic proliferation but after further analysis the final diagnosis was of compound melanocytic nevus of site related atypias.

INTRODUCERE

Recent a fost recunoscut un grup de nevi, aflat în continuă creștere, care pot simula atât un nev displazic cât și un melanom. Caracteristicile atipice ale acestor nevi sunt legate de localizarea acestora și se întâlnesc de obicei la nivelul regiunilor acrale, genitale, mamare, flexurale (axilă, inghinal etc.) și la nivelul capului și gâtului.(1) Aceste caracteristici arhitecturale se suprapun cu melanomul malign sau nevul displazic, deseori ducând la supradiagnosticarea acestora. În opinia lui D.E. Elder (Modern Pathology, 2006) “este la fel de important a recunoaște un nev displazic adevărat, cât și de a evita supradiagnosticarea nevilor cu localizări speciale ca nevi displazici sau melanoame”.(1)

Unele dintre aceste localizări anatomice speciale oferă explicații fizice pentru elementele atipice ale nevilor din acele locuri, cum ar fi stratul cornos gros și dermatoglifyle de la nivel palmar și plantar.(2) Axila face parte din localizările flexurale, după cum este descrisă de numeroși autori, împreună cu regiunea ombilicală, inghinală, antecubitală, fosa poplitee, regiunea pubiană, scrotul, perineul și regiunea perianală, cât și, în funcție de tipul constituțional, faldurile de la nivelul gâtului și abdomenului. Unii autori sugerează posibilitatea unei origini embriologice sau a unei influențe hormonale pentru elementele atipice ale nevilor din aceste localizări.(2,3).

Patternul histologic cel mai frecvent observat în aceste localizări este papilomatoza, caracterizată prin cuiburi melanocitare de dimensiuni variate, dispuse de-a lungul crestelor papilare. Unele cazuri asociază atipii citologice ușoare care sunt întotdeauna limitate la nivel joncțional sau la nivelul componentei dermice interpapilare.

Un alt pattern, mai puțin frecvent, este foarte asemănător patternului nevilor mamari, cu neregularități ale cuiburilor nevice de-a lungul joncțiunii dermo-epidermice și cu atipii citologice uniforme.(4,5)

Aceste leziuni pot prezenta atipii la nivelul dermului, necesitând în consecință mai multă atenție pentru excluderea unui melanom. Rongioletti et al. au efectuat un studiu asupra nevilor flexurali (40 de leziuni, 13 de la nivelul axilei) și au identificat 22 de leziuni (55,5%) cu atipii citologice și a fost sugerată ipoteza unei etiologii mecanice.(6)

PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unei paciente de sex feminin în vârstă de 27 de ani, care prezintă la nivelul axilei drepte o leziune elevată cu diametrul maxim de 0,6 cm, de culoare maroniu închis, cu margini neregulate. Leziunea a fost îndepărtată chirurgical și trimisă pentru investigații suplimentare la Serviciul Clinic de Anatomie Patologică al SCJU Constanța. În Serviciul de Anatomie Patologică, specimenul recoltat este inițial examinat la gheață, iar apoi a

¹Autor corespondent: Mariana Așchie, Str. B-dul Tomis, Nr. 145, Constanța, 900591, România, E-mail: aschiemariana@yahoo.com, Tel:+40724590090

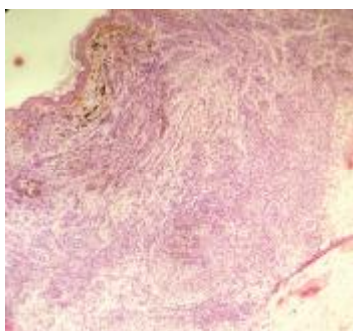
Articol intrat în redacție în 07.02.2013 și acceptat spre publicare în 14.06.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2013;2(3):165-167

fost procesat în parafină și examinat folosind colorații uzuale precum hematoxilin-eozina și Van-Gieson.

Nu au fost necesare examinări imunohistochimice pentru stabilirea diagnosticului.

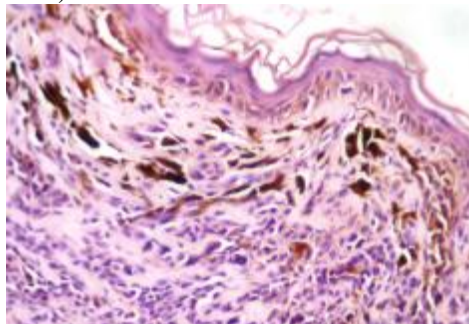
Examinarea la gheață evidențiază o proliferare melanocitară atipică la nivelul joncțiunii dermo-epidermice și dermului superficial. Atipiile citologice sunt dificil de evaluat, de aceea pentru diagnosticul final și de certitudine se vor aștepta fragmentele procesate în parafină. Examinarea secțiunilor la parafină a relevat o leziune papilomatoasă, relativ simetrică, alcătuită din cuiburi de celule nevice de dimensiuni diferite cu tendință la confluaire. Aceste cuiburi sunt prezente la nivelul joncțiunii dermo-epidermice și dermului papilar (figura nr. 1.)

Figura nr. 1. Nev axilar compus. Cuiburile melanocitare au tendință de confluaire și se observă maturizarea dermică (H.E. ob.x 4)



Unele melanocite prezintă atipii minore, uniforme la nivelul joncțiunii dermo-epidermice, cu nuclei ușor hipertrofiați dar raport nucleu-citoplasmatic păstrat. Nu s-a identificat activitate mitotică. Se observă, de asemenea, un răspuns inflamator limfocitar de intensitate scăzută. Colorația van Gieson evidențiază absența fibroplaziei dermului papilar. Astfel, diagnosticul final este de nev melanocitar cu atipii de localizare (figura nr. 2).

Figura nr. 2. Nev axilar compus cu atipii celulare ușoare (HE ob.x 20)



Când ne confruntăm cu un diagnostic de “nev cu localizare specială”, trebuie să luăm în calcul faptul că aceste leziuni pot fi atât nevi displazici adevărați sau chiar melanoame maligne, în consecință ar trebui să primească o atenție specială.(1,7)

Unii autori consideră că în unele cazuri sunt imposibil de interpretat cu siguranță, de aceea pot primi un diagnostic descriptiv. Se poate folosi diagnosticul de “proliferare melanocitară atipică superficială cu semnificație necunoscută” atunci când leziunea prezintă o proliferare epidermică sau câteva celule în dermul superficial, cât și diagnosticul de “tumoră melanocitară cu potențial malign incert”, pentru leziuni cu o componentă dermică importantă.(7,8,9)

În 2004, Rongioletti et al. a efectuat un studiu interinstituțional pe 101 nevi mamari, evaluând 10 parametrii histologici pentru fiecare nev (asimetria, absența demarcării laterale, proliferarea lentiginoasă, pattern în cuiburi sau discoeziv, melanocite intraepidermice deasupra stratului bazal, afectarea foliculului pilos, absența maturizării dermice a melanocitelor, atipii melanocitare, fibroplazia dermului papilar și infiltratul inflamator limfocitar dermic), notând fiecare parametru cu 2 dacă a fost prezent și cu 1 dacă a fost absent sau imposibil de evaluat.(5) Pornind de la această metodă de evaluare, leziunea analizată de noi a obținut un scor de 13, datorită prezenței patternului în cuiburi și discoeziv, atipiilor citologice ușoare și infiltratului inflamator limfocitar. Prezența a numai trei din cei zece parametri este în favoarea diagnosticului de nev cu atipii de localizare, față de un nev displazic adevărat.

În 2010, David Elder a publicat un studiu (Dysplastic nevi: an update, *Histopathology* 2010, 56, 112-120), prezentând un număr de caracteristici histologice ce pot fi de ajutor în distingerea melanomului de nevil displazic și nevil comun.

Aceste caracteristici includ: dimensiunea (care ar trebui să rămână sub 0,4cm pentru a nu ridica probleme); simetria (prezentă în nevi comuni și chiar în cei displazici și absentă în melanom); reacția epidermului (aspect normal în nevil comun și cu creste papilare uniforme alungite în nevil displazic); celulele lezionale sunt mixte (epitelioide și nevoide) în nevil displazic și nevoide în nevil obișnuit; patternul în cuiburi este predominant în nevil comun și cel displazic, dar este variabil în melanom; cuiburile sunt discrete în nevil comun dar în nevil displazic formează punți între papilele dermice adiacente și devin coalescente în melanom; patternul lentiginos este discontinuu, atât în nevil displazic, cât și în cel comun, și continuu în melanom; patternul pagetoid este minim în nevil comun și focal în nevil displazic; atipiile nucleare sunt ușoare și foarte rare în nevil obișnuit și ușor-moderate în nevil displazic; mitozele sunt absente în nevi comuni și rare sau, de obicei, absente în nevi displazici, spre deosebire de melanom în care mitozele sunt prezente la 1/3 din cazuri; celulele dermice se maturizează în nevi displazici și comuni; fibroplazia dermică este minimă în nevil obișnuit, concentrică în nevil displazic și difuză în melanom; limfocitele sunt prezente în număr foarte mic în nevi comuni dobândiți și au dispoziție focală, perivasculară în nevi displazici sau sub formă de bandă, lichenoidă în melanom; regresia este absentă în nevi comuni și de obicei rară în nevi displazici. Pentru a considera o leziune melanocitară nev displazic sau melanom, aceasta trebuie să întrunească majoritatea caracteristicilor histologice prezentate mai sus.(7,8,9)

În cazul de față, leziunea examinată este relativ simetrică, cu dimensiuni maxime de 0,6 cm, elemente ce sunt în favoarea unui nev displazic. Epidermul are aspect normal, în concluzie, nu există reacție gazdă din partea epidermului. Celulele lezionale sunt de tip nevoid, sunt dispuse în cuiburi, de formă și dimensiuni uniforme. Patternul lentiginos și pagetoid este absent. Aceste ultime criterii sunt în favoarea unui nev comun. Atipiile nucleare sunt ușoare, iar mitozele sunt absente. Celulele nevice de la nivelul dermului se maturizează, fibroplazia dermică este absentă și a fost identificat un infiltrat limfocitar de intensitate minimă. De asemenea nu se identifică fenomene de regresie. Deși această leziune melanocitară prezintă unele caractere ce pot indica un nev displazic, majoritatea aspectelor sale sunt acelea ale unui nev obișnuit, de aceea s-a decis asupra diagnosticului de nev melanocitar cu atipii de localizare.

CONCLUZII

Importanța unei examinări atente a nevilor cu localizări speciale reiese din pericolul supradiagnosticii, cât și al subdiagnosticării unei leziuni maligne. Dacă nu sunt considerați drept melanoame, poate fi numiți nevi displazici, deși acești nevi cu atipii de localizare au un comportament complet benign fără semnificație prognostică. Sunt de obicei fenomene izolate, și nu se asociază cu risc crescut de apariție a unui melanom. În același timp, trebuie reținut că în aceste localizări, pot totuși apărea nevi displazici, cât și melanoame.

REFERINȚE

1. Elder DE. Precursors to melanoma and their mimics: nevi of special sites, *Modern Pathology*. 2006;19:S4-S20.
2. Hosler GA, Moresi JM, Barret TL. Nevi with site related atypia: a review of melanocytic nevi with atypical histologic features based on anatomic site. *J. of Cut. Pathology*. 2008;35:889-898.
3. Morgan MB, Raley BA, Vannarath RL, Lightfoot SL, Everett MA. Papillomatous melanocytic nevi: an estrogen related phenomenon. *J. Cutan Pathol*. 1995;22:446.
4. Massi G, LeBoit PE. Histologic diagnosis of nevi and melanoma. Polypoid nevus of pregnancy and milk line nevi. Steinkopfh, Verlag, Darmstadt, Germany:2004. p. 329.
5. Rongioletti F, Urso C, Batolo D, et Al. Melanocytic nevi of the breast: a histologic case-control study. *J. Cutan Pathol*. 2004;31:137.
6. Rongioletti F, Ball RA, Marcus R, Barnhill RL. Histopathological features of flexural melanocytic nevi: a study of 40 cases. *J. Cutan Pathol*. 2000;27:215.
7. Barnhill RL, Piepkorn M, Busam KJ, Pathology of melanocytic nevi and malignant melanoma, 2nd Ed, Springer, 2003, Ch. 5, 75-86.
8. Elder ED, Dysplastic naevi: an update, *Histopathology*. 2010;56:112-120.
9. Slater DN. Expert Opinion, What criteria reliably distinguish melanoma from benign melanocytic lesion? *Histopathology*. 2000;37:464-472.