

Dlaždicobuněčné intraepiteliální neoplazie kůže a sliznic

MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.

Kožní oddělení FN Ostrava

Mezi dlaždicobuněčné intraepiteliální neoplazie třetího stupně, nebo-li carcinoma in situ, patří Bowenova nemoc, Queyratova erytroplazie a bowenoidní papulóza, léze s histologicky stejnou charakteristikou, ale z důvodu odlišné anatomické lokalizace, jiným klinickým obrazem.

Klíčová slova: Bowenova nemoc, Queyratova erytroplazie, bowenoidní papulóza.

Squamous cell intraepithelial neoplasias of the skin and mucosa

Grade 3 squamous cell intraepithelial neoplasias, or carcinoma in situ, include Bowen's disease, erythroplasia of Queyrat, and bowenoid papulosis, i.e. lesions with similar histological characteristics but, due to different anatomical location, with a different clinical presentation.

Key words: Bowen disease, Erythroplasia of Queyrat, bowenoid papulosis.

Dermatol. praxi 2012; 6(3): 152–153

DEFINICE, EPIDEMIOLOGIE, PREDILEKČNÍ LOKALIZACE

Mezi dlaždicobuněčné intraepiteliální neoplazie třetího stupně, nebo-li carcinoma in situ, patří Bowenova nemoc, Queyratova erytroplazie a bowenoidní papulóza, léze s histologicky stejnou charakteristikou, ale z důvodu odlišné anatomické lokalizace, jiným klinickým obrazem.

Bowenova nemoc je obvykle tvořena solitární kožní lézí lokalizovanou na slunci exponované i neexponované kůži trupu, hlavy a končetin, méně často postihující okolí nehtů a oblast anogenitální. U žen se vyskytuje častěji na dolních končetinách, u mužů v oblasti hlavy. Postihuje častěji muže mezi 60–80 lety.

Queyratova erytroplazie je léze stejných histologických parametrů jako Bowenova nemoc, která vzhledem k odlišné lokalizaci má jiný klinický vzhled. Typicky se vyskytuje u mužů mezi 30.–40. rokem věku na předkožce, žaludu nebo v oblasti zevního ústí uretry, méně často na sliznici zevních rodidel žen nebo na sliznicích dutiny ústní.

Bowenoidní papulóza je léze stejných histologických parametrů jako Bowenova nemoc, vyskytující se u jedinců obou pohlaví, nejčastěji mezi 20.–40. rokem věku, vznikající během krátké doby ve formě mnohočetných drobných červenavých nebo hnědočervených papul na sliznici zevního genitálu, na perineu a v perianální oblasti.

ETIOPATOGENEZE

Bowenova nemoc

Etiopatogeneze je multifaktoriální, chronická expozice ultrafialovému záření, radiační léčba, dříve byl příčinou chronický přívod arzenu v potravinách nebo léčivech, infekce lidským papilomavirem je méně častá. Vztah mezi infekcí lidským papilomavirem a rizikem progresu v invazivní karcinom je stále předmětem výzkumu. Pravděpodobnost přechodu do invazivního karcinomu je nízká, ne však vyloučena.

Queyratova erytroplazie

Etiopatogeneze je spojena s charakteristikami sexuálního chování. Chronická mikrotraumata genitálu, nízká úroveň intimní hygieny, iritace smegmatem, opakované balanitidy a infekce lidským papilomavirem hrají významnou roli. Růst léze je velmi pomalý, onemocnění má schopnost přejít v invazivní spinocelulární karcinom častěji než v případě Bowenovy nemoci a metastázovat do spádových uzlin. Metastatický potenciál nepřesahuje 20%.

Bowenoidní papulóza

Etiopatogeneze je spojena s infekcí lidským papilomavirem, často s onkogenními typy 16 a 18, méně často s typy 31–35, 39, 42, 49 a 51–54.

KLINICKÝ OBRAZ

Bowenova nemoc vytváří narůžovělá, někdy červenohnědá ložiska, plochá, s šupinami na povrchu. Ložiska se zvětšují velmi pomalu, někdy bývají na povrchu přítomny stroupky a pigmentované okrsky. Ložiska jsou podobná psoriáze nebo ekzému.

Queyratova erytroplazie se klinicky projevuje jako ostře ohraničené ložisko sytější červené někdy až červenohnědé barvy, hladkého povrchu, s tendencí k tvorbě drobných erozí a mokvajících okrsků. Povrch léze bývá vlhkého sametového vzhledu, lehce vyvýšený.

Bowenoidní papulóza vytváří rychle rostoucí, většinou vícečetné hnědé, červenohnědé nebo fialové papuly velikosti 3–8 mm, solitární nebo seskupené. Bývá u mladších sexuálně aktivních jedinců a bývá často spojena s pozitivitou HPV infekce. Projevy mají tendenci ke spontánní regresi, mohou ale recidivovat. Přechod do invazivního spinocelulárního karcinomu je vzácný.

Diagnóza je stanovena na základě klinického vyšetření a musí být potvrzena histologickým vyšetřením. V histologickém obraze jsou přítomny atypické buňky, dyskeratóza a atypické mitózy v akantotické epidermis. V kóru bývá přítomen lymfocytární a plazmocytární infiltrát.

Tabulka 1. Charakteristika jednotlivých typů intraepiteliální neoplazie

	Queyratova erytroplazie	Bowenova nemoc	Bowenoidní papulóza
definice	intraepiteliální karcinom	intraepiteliální karcinom	intraepiteliální karcinom
lokalizace	žalud, předkožka, ústí uretry, sliznice vulvy	hlava, trup, končetiny	zevní genitál, perianální oblast, perineum
pohlaví a věk	muži 30–40 let	obě pohlaví 60–80 let častěji muži	obě pohlaví 20–40 let častěji ženy
klinický obraz	červené ložisko velikost 0,5–3 cm ostré ohraničení sametový vlhký vzhled	červenohnědé ložisko velikost 1–5 cm neostré ohraničení vzhled ekzému či psoriázy	červenohnědé až fialové papuly velikost 3–8 mm
histologie	buněčné atypie dyskeratóza atypické mitózy	buněčné atypie dyskeratóza atypické mitózy	buněčné atypie dyskeratóza atypické mitózy
přítomnost HPV infekce	častá (typ 8, 16, 39, 51)	méně častá (typ 5, 16, 18, 20, 23, 31, 33, 34)	velmi častá (typ 16, 18)
spontánní regrese	ne	ne	ano
možná progresse v invazivní karcinom	ano (do 30 %)	ano (do 5 %)	vzácně
metastatický potenciál	do 20 % u invazivních	malý	ne

HPV – human papilloma virus

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA**Bowenova nemoc**

psoriáza, ekzém, lichen, bazaliom, aktinická keratóza, lupus erythematodes chronicus.

Queyratova erytroplazie

Zoonova balanitida (balanitis circumscripta plasmacellularis), erozivní lichen planus, erozivní balanitida, erozivní poléková reakce, recidivující herpes genitalis, pemphigus vulgaris, jizvící bulózní pemphigoid a extramamární Pagetova choroba.

Bowenoidní papulóza

seboreické veruky, Bowenova nemoc, ploché juvenilní veruky, lichen ruber planus, condylomata acuminata, papulózní léze u syfilis.

LÉČBA

- chirurgická léčba
- laserová ablace (Neodymium: YAG nebo carbon dioxide laser)
- kryoterapie
- radioterapie (jednotlivá dávka 3 – 5 Gy, do celkové dávky 40 – 60 Gy)
- lokální imunomodulátor imiquimod (Aldara 5% creme)
- fotodynamická léčba

Léčba lézí v oblasti genitálu může být vzhledem k lokalizaci problematická, vždy je třeba provést histologické potvrzení a pacienty pečlivě dlouhodobě sledovat. V případě Bowenovy nemoci volíme ve většině případů léčbu chirurgickou, v případě Queyratovy erytroplazie se v posledních letech stále více uplatňuje v léčbě imiquimod nebo fotodynamická léčba.

Literatura

1. Alessi SS, Sanches JA, Oliveira WR, et al. Treatment of cutaneous tumors with topical 5% imiquimod cream. Clinics 2009; 64(10): 961–966.
2. Arlette JP. Treatment of Bowen's disease and erythroplasia of Queyrat. Br J Dermatol. 2003; 149(Suppl 66): 43–49.
3. Barnhill RL. Textbook of Dermatopathology. McGraw-Hill New York. 2004: 526–596.
4. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatology. Mosby London 2003: 1681–1684.
5. Braun – Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatología a venerología. Osveta Martin 2001: 1200–1202.
6. Elder DE. Lever's Histopathology of the Skin. Lippincott Philadelphia 2009: 656–657.
7. Feldmeyer L, Krausz-Enderlin V, Tondury B, et al. Methylaminolaevulinic acid photodynamic therapy in the treatment of erythroplasia of Queyrat. Dermatology 2011; 223(1): 52–56.
8. Fischer BK, Margesson LJ. Genital Skin Disorders. Mosby St. Luis Missouri 1998: 81–82.
9. Habif TP. Clinical Dermatology. Mosby Edinburgh 2004: 748–750.
10. Štokr J, et al. Dermatovenerologie. Galén a Karolinum Praha 2008: 369–370.

Článek přijat redakcí: 23. 7. 2012

Článek přijat k publikaci: 22. 8. 2012

MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.

Kožní oddělení FN Ostrava
17. listopadu 1 790, 708 52 Ostrava
yveta.vantuchova@fno.cz

