

Lymphoepithelioma-like karcinom kůže

MUDr. Ludmila Michnová¹, MUDr. Eva Traboulsi

Oddělení patologie, Ústřední vojenská nemocnice Vojenská fakultní nemocnice, Praha

Lymphoepithelioma-like karcinom kůže (lymphoepithelioma-like carcinoma of the skin – LELCS) je mimořádně vzácný nádor, který se morfoloicky velmi podobá nediferencovanému nazofaryngeálnímu karcinomu. Výskyt tohoto typu nádoru byl popsán v oblastech kůže exponovaných slunci, spíše u starších osob, ve věku kolem 70 let a projevuje se jako solitární uzlík. LELCS má velmi dobrou prognózu, většina pacientů je vyléčená lokální excizí.

Klíčová slova: lymphoepithelioma-like karcinom kůže, kazuistika, diferenciální diagnóza.

Lymphoepithelioma-like carcinoma of the skin

Lymphoepithelioma-like carcinoma of the skin (LELCS) is an extremely rare tumor morphologically similar to undifferentiated nasopharyngeal carcinoma. The presence of this type of tumor has been described in skin areas exposed to the sun, more often in the elderly in the age of 70, manifests as a solitary nodule. LELCS has very good prognosis, most patients are cured by local excision.

Key words: lymphoepithelioma-like carcinoma of the skin, case report, differential diagnosis.

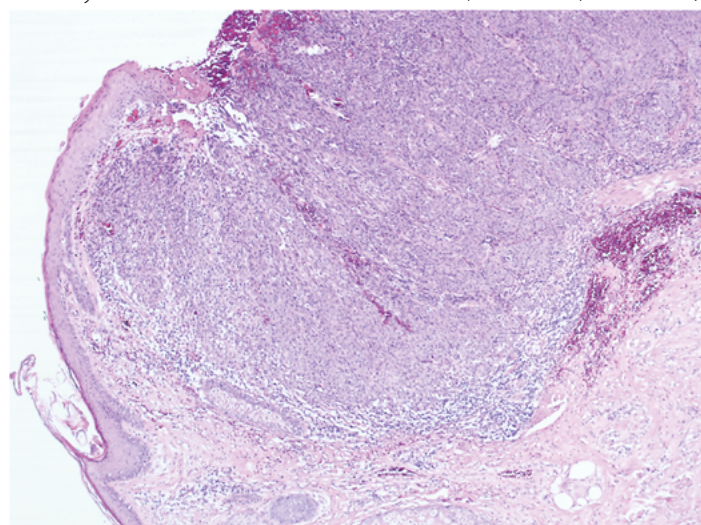
Případ

Na našem pracovišti jsme zpracovávali materiál 74letého pacienta, který přišel na kliniku dermatologie za účelem excize léze na kůži levého spánku, která se dle klinika svým makroskopickým obrazem nejvíce blížila vzhledu bazaliomu. Materiál byl na naše pracoviště dodán

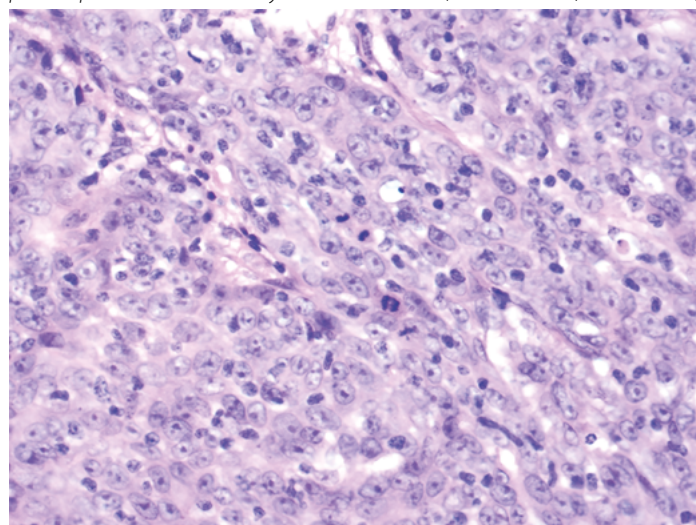
fixovaný ve formolu, v kožní excizi byla zastižena v centru ulcerovaná, bělavá léze o průměru 8 mm. Mikroskopicky byla kožní excize krytá v jednom místě na povrchu ulcerovanou epidermis, v přilehlých úsecích bez dysplastických změn. V korigu byla pod ulcerací patrná nádorová afekce, tvořená solidně uspořádanými epiteloidními

elementy s většími, světlými jádry s patrnými jadérky a nevýraznou cytoplazmou (Obr. 1). Mitotická aktivita byla vysoká, dosahovala až 5 mitóz/HPF (Obr. 2). Ve spodině afekce byla výrazná lymfoidní celulizace, která se objevovala i mezi nádorovými elementy. Nádorová angioin vazé ani perineurální šíření nádorových struktur

Obr. 1. Excize z kůže s nádorovou infiltrací, tvořenou solidně uspořádanými nádorovými buňkami a hustou zánětlivou celulizací (zvětšení 50x, barvení H&E)

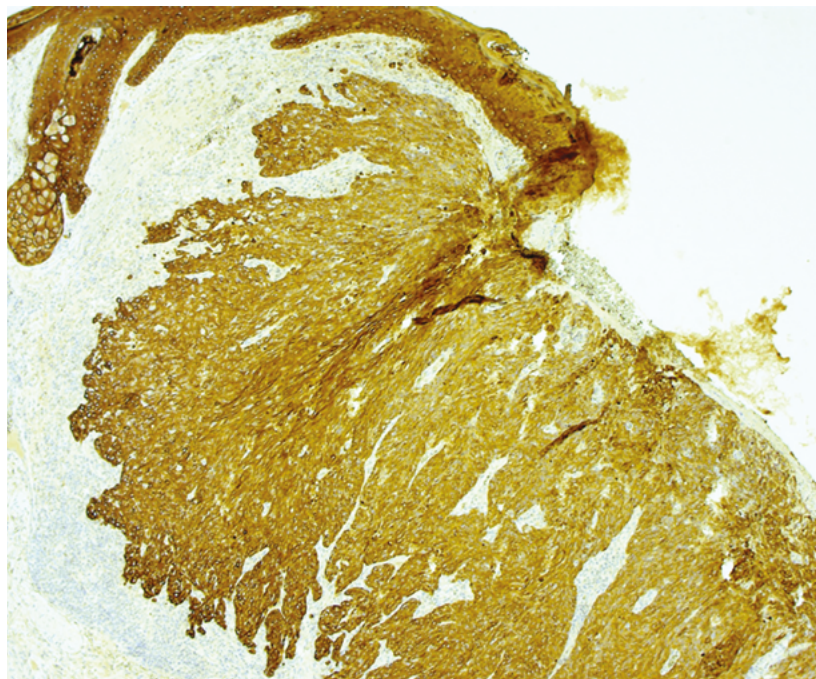
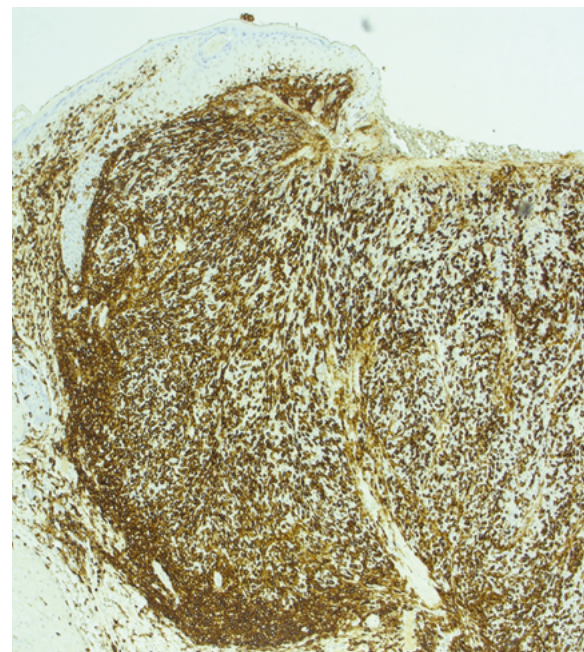


Obr. 2. Epiteloidní nádorové elementy s výraznou mitotickou aktivitou, prostoupené akcentovanou lymfoidní celulizací (zvětšení 400x, barvení H&E)



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORKY: MUDr. Ludmila Michnová, ludmila.michnova@uvn.cz
Oddělení patologie ÚVN Praha
U Vojenské nemocnice 1 200, 169 02 Praha 6

Cit. zkr: Dermatol. praxi. 2022;16(3):161-162
Článek přijat redakcí: 7. 4. 2022
Článek přijat k publikaci: 12. 4. 2022

Obr. 3. Imunohistochemické barvení pomocí CK AE1/AE3 (zvětšení 50×)**Obr. 4.** Imunohistochemické barvení pomocí LCA (CD45) – zvýraznění husté lymfoidní celulózy (zvětšení 50×)

zastižené nebyly. Nádorové buňky byly pozitivní s imunohistochemickým markrem CK AE1/3 (Obr. 3), negativní byl S100 protein, Melan-A, HMB-45, Synaptofyzin a Chromogranin A. Marker LCA byl pozitivní v lymfoidní celulóze, negativní v nádorových buňkách (Obr. 4). Morfologie a imunoprofil odpovídaly lymphoepithelioma-like karcinomu kůže, který byl potvrzený po vyloučení primárního origa v nosohltanu a dalších lokalizacích.

Diskuze

Výskyt lymfoepitheliomu podobného karcinomu byl popsán v různých lokalizacích vč. hrtanu, slinných žláz, žaludku, plic, v děložním čípku a močovém měchýři (1). Vznik nediferencovaného nazofaryngeálního karcinomu je spojován s infekcí EBV (Epstein-Barr vir). U nádorů čípku děložního či v oblasti análního kanálu byla popisována souvislost s infekcí lidským papillomavirem (HPV). V análním kanálu byla prokázána přítomnost high risk HPV a bloková pozitivita imunohistochemického markeru p16. V případě LELCS nebyla potvrzena spojitost s výše popsány infekcemi (1, 2).

V kůži byl nádor poprvé zaznamenán v roce 1988 Swansonem a doposud bylo v literatuře popsáno pouze 70 případů s výskytem v kůži (3). V případě kožního výskytu se nejčastěji objevuje na sluncem exponovaných místech tváře a krku, nicméně popsány byly i případy na hrudi a končetinách (4). Velikost léze se v různých lokalitách

liší, většina dosahuje průměr 2–3 cm a tyto nádory se vyskytují spíše u starších pacientů, kolem 70 let, bez predilekce k některému pohlaví (4). Obecně se jedná o tumor s nízkým maligním potenciálem. Agresivnější varianty mohou zakládat metastázy do lymfatických uzlin i extranodálně a za nejagresivnější jsou považovány případy s perineurální propagací (5).

LELCS se typicky projevuje jako tužší uzlík bělavé, béžové, či světle červené barvy, dermatoskopicky s nálezem větvičích se cév charakteristických pro bazaliom a dlaždicobuněčný karcinom (6). Nádor většinou roste pomalu, je indolentní a může růst několik měsíců až let. Mikroskopicky se nejčastěji vyskytuje ve střední až hluboké dermis, je neostře ohraničený, tvořený je epitelioidními buňkami, uspořádanými lobulárně, nebo v hnízdech, obklopených hustým infiltrátem T a B lymfocytů (7). Nádorové buňky jsou poměrně velké, mají špatně zřetelnou cytoplazmu, vezikulární jádra, prominentní jadérka a vysoký mitotický index. Dlaždicová diferenciace se v rámci tohoto nádoru nevyskytuje, nicméně byly popsány případy s adnexální diferenciací směrem k folikulárním, ekrinním a mazovým strukturám. Mitózy jsou v této lézi hojné (1). Pozitivita nádorových buněk pomocí CK AE1/3, EMA či CK5/6 prokazuje epiteliální diferenciaci. Lymfoidní markery LCA, CD3 a CD 20 jsou pozitivní v okolí lymfoidním infiltrátu, který má charakter reaktivního procesu (4).

Hlavní diferenciální diagnostika zahrnuje metastatické šíření nediferencovaného nazofaryngeálního karcinomu nebo lymphoepithelioma-like karcinomu z jiných míst. Špatně diferencovaný dlaždicobuněčný karcinom s výrazným lymfocytárním infiltrátem obvykle vykazuje epidermální původ a dysplastické změny epidermis. Karcinom z Merkelových buněk je typický pozitivitou CK20 a neuroendokrinních markerů. Melanom či lymfom je možné odlišit také využitím imunohistochemie pomocí S100, HMB-45, Melan A, SOX 10, resp. lymfoidních markerů. Důležité je taky myslet na kožní lymfadenom, který na rozdíl od LELCS nevykazuje cytologické atypie, zvýšenou mitotickou aktivitu a na periferii epiteliálních hnízd je zastižené palisádování (1).

Kurativní účinek má zpravidla širší excize následovaná podrobným vyšetřením k vyloučení karcinomu nosohltanu. LELCS má nízký metastatický potenciál, má lepší prognózu než dlaždicobuněčný karcinom či melanom, nicméně byly popsány případy s perineurálním šířením, s metastazováním do lymfatických uzlin, resp. recidiva nádoru (8). V případech s perineurálním šířením, neúplnou chirurgickou excizí či metastazováním byla využita adjuvantní radioterapie s dobrým výsledkem (9).

Literatura u autorky
a na www.dermatologiepropraxi.cz