

primary and secondary skin neoplasms. It must always be correctly distinguished from other cutaneous malignancies with clear cell differentiation, which have a much more aggressive biological behaviour, worse prognosis and require a completely different therapeutic strategy.

Key words: atypical fibroxanthoma, clear cell differentiation, skin tumors.

Úvod

Atypický fibroxantóm (AFX) je zriedkavý mezenchýmový nádor patriaci do kategórie „nemelanómovej rakoviny“ kože (non-melanoma skin cancer, NMSC). V poslednej WHO klasifikácii tumorov kože (1) je kategorizovaný ako nádor s nejasným histogenetickým pôvodom a neurčitým biologickým správaním (kód 8830/1). Najčastejšie vzniká na častiach tela chronicky exponovaných slnečnému žiareniu, najmä na hlave a krku u starších osôb s výraznou prevahou mužov (1–4). Incidencia AFX nie je známa, ale v jednej novozélandskej štúdii (5) predstavoval iba 0,002 % všetkých biopsovaných prípadov NMSC. Histologicky pozostáva z mixtúry vretenovitých, histiocytoidných a epiteloidných nádorových buniek, ktoré zvyčajne vykazujú výraznú pleomorfiiu a početné mitózy (1–4). Okrem „bežného“ typu existujú aj zriedkavé varianty AFX s predominujúcou určitou bunkovou populáciou či rastovým vzorom, napr. „čistý“ vretenobunkový, keloidálny, granulárny, svetlobunkový, rabdoidný, pigmentovaný hemosiderotický, pseudoangiomatózny či myxoidný variant (1, 3, 4). Uvedená štruktúrna variabilita spôsobuje pre patológa značné diagnostické rozpaky, pretože podobný mikroskopický obraz zdieľajú rôzne iné nádory a keďže AFX nemá špecifický imunofenotyp, je vylučovacou diagnózou (1, 3, 4). V predkladanom článku autor opisuje prípad svetlobunkového variantu AFX u staršieho pacienta. Snaží sa v ňom poukázať na problematiku stanovenia správnej diagnózy a spôsob diagnostického myslenia pri biopsickom vyšetrení tejto zaujímavej nádorovej jednotky.

Kazuistika

Predmetom kazuistiky je 79-ročný muž, ktorý bol dlhodobo dispenzarizovaný v dermatoonkologickej ambulancii s viacpočetnými keratinocytovými karcinómami kože. Vo veku 70 rokov mal diagnostikovaný a chirurgicky odstránený keratoakantóm vyrastajúci za ľavou ušnicou a následne aj solídno-cystický bazocelulárny karcinóm lo-

kalizovaný za pravou ušnicou. Ako 75-ročný mal extirpovaný dobre diferencovaný vekuálny skvamocelulárny karcinóm v ľavej infraaurikulárnej oblasti. O rok neskôr mal resekovaný dobre diferencovaný skvamocelulárny karcinóm na čele vľavo. Všetky nádory boli odstránené kompletne s intaktnými resekčnými okrajmi a v sledovanom období bez známkov lokálnej recidívy. Vo veku 79 rokov pacient pozoroval niekoľko mesiacov rast ďalšej kožnej lézie na ľavom líci. Klinicky išlo o nebolestivý mierne prominujúci hnedobelavý nodul priemeru 5 mm imponujúci ako bazocelulárny karcinóm. Odstránený bol totálnou chirurgickou excíziou. Histologické vyšetrenie potvrdilo v kóriu pomerne ohraňované solídne ložisko pozostávajúce z pleomorfnej nádorobunkovej populácie (Obr. 1). Bunky mali voluminóznou svetlú až jemne eozinofilnú cytoplazmu a vykazovali zjavnú pleomorfiiu, miestami až monštruóznym vzhľadom s veľkými laločnatými hyperchrómnymi jadrami (Obr. 2). Dôkaz hlienu aj polysacharidov v cytoplazme (farbenie alcianovou modrou a metodikou PAS) bol negatívny. Mitózy sa vy-

skytali len sporadicky. Nádor rástol striktne intradermálne a nezasahoval do podkožného tuku. Imunohistochemicky bol pozitívny na vimentín, CD163, CD68, CD10 (Obrázok 3) a CD99 a negatívny na polyklonové cytokeratíny AE1/AE3, CD45, proteín S100, melan A, dezmin a alfa-hladkosvalový aktín. Bez nekroz, bez lymfovaskulárnej či perineurálnej nádorovej propagácie. Histomorfologický obraz a imunofenotyp zodpovedali svetlobunkovému variantu AFX. Nádor bol odstránený celý s minimálnou vzdialenosťou od resekčných línií 3,0 mm. Po stanovení diagnózy bol pacient ďalej sledovaný onkodermatológom bez ďalšej terapeutickú intervencie.

Diskusia

Hoci je AFX dlho (viac ako pol storočia) známa onkologická jednotka, stále je zdrojom kontroverzných diskusií týkajúcich sa histogenézy, terminológie a biologického správania (1, 3, 4). Pôvod tumoru je síce nejasný, ale väčšina znakov napovedá o fibroblastovom/histiocytovom origu (3, 4), čo potvrdzuje aj náš prípad. Štruktúrne aj imunofenotypovo je

Obr. 1. Solídny intradermálne rastúci nádor pozostávajúci z populácie pleomorfných buniek so svetlou cytoplazmou (hematoxylín & eozín, obj. 10x)

