

Ассоциация специалистов по проблемам меланомы  
www.melanomapro.ru

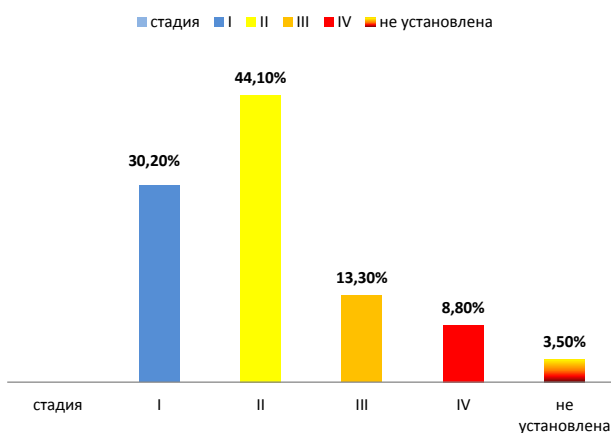


Демидов Л.В., Синельников И.Е.  
НМИЦ им. Н.Н. Блохина МЗ РФ  
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ

## Дерматоскопическая диагностика меланомы кожи. Взаимодействие клинициста и патоморфолога.



### Показатели диагностики меланомы кожи в России

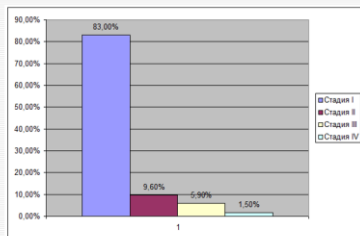


Менее 30% случаев  
диагностируется на  
стадии I

□ Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году.  
Материалы ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена»



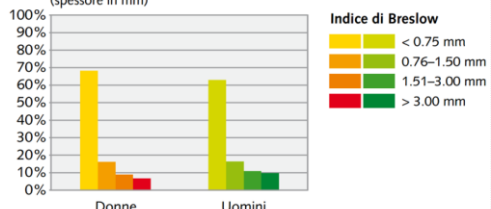
## Показатели диагностики МК в Испании



Melanoma Characteristics at Diagnosis From The Spanish National Cutaneous Melanoma Registry: 15 Years of Experience. (Actas Dermosifilogr. 2013;104:789-99. - Vol. 104 Num.09)

## Показатели диагностики МК в Швейцарии

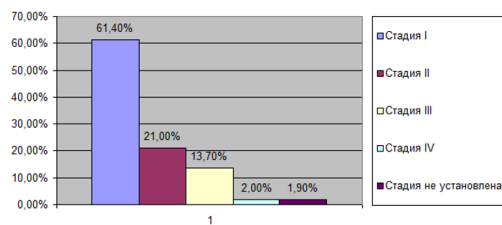
Percentuale secondo l'indice di Breslow, (spessore in mm)



Fonte: NICER, RCT

© UST

## Показатели диагностики МК в Великобритании



<http://www.cancerresearchuk.org/>

МЕЛАНОМА  
ПРО

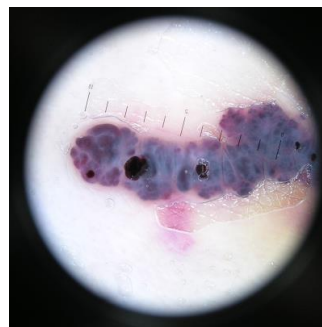
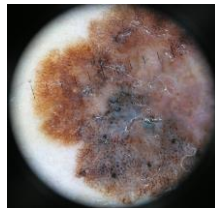
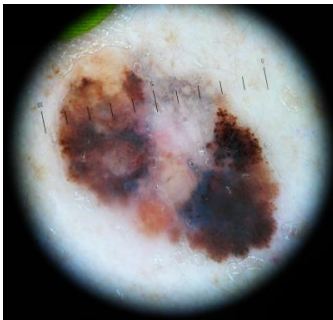
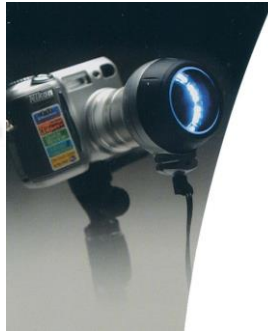
## Смертность от меланомы кожи в России

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Всего заболело	6914	7713	7235	7364	7732	7744	8013	8416	8718	8723	8974
Всего умерло	2902	3023	3023	3033	3159	3159	3325	3495	3368	3419	3456
Индекс отношения числа умерших к впервые диагностированным случаям	<b>41,9</b>	<b>39,1</b>	<b>41,7</b>	<b>41,1</b>	<b>40,8</b>	<b>40,7</b>	<b>41,5</b>	<b>41,5</b>	<b>42,0</b>	<b>39,2</b>	<b>38,5</b>

□ Материалы ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена»

МЕЛАНОМА  
ПРО

## Дерматоскопия – неинвазивный метод диагностики меланоцитарных и немеланоцитарных образований кожи.



МЕЛАНОМА  
ПРО

## Атипичная пигментная сеть



Home Page

Course Menu

Second Step Menu

Local Features

### 1. Pigment Network

#### Definition

The pigment network appears as a delicate, **regular grid of brownish lines** over a diffuse light-brown background.

#### Histopathologic correlates

Histopathologically, the lines of the pigment network correspond to more or less **pigmented and elongated rete ridges** and the meshes of the network correlate to the dermal papillae. The appearance of the pigment network is thus determined by size and configuration of rete ridges.

#### Diagnostic significance

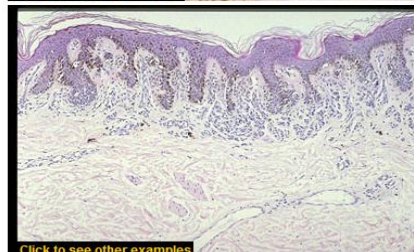
The pigment network represents the **dermoscopic hallmark of melanocytic lesions** independent of their biologic behavior. Remarkably, the assessment of the pigment network alterations is helpful for differentiating between benign and malignant melanocytic proliferations, especially when they are confined to the epidermis and superficial dermis.

Материалы интерактивного атласа дерматоскопии EDRA

Back Next



Click to see other examples



Click to see other examples

МЕЛАНОМА  
ПРО

## Бело-голубая вуаль



Home Page

Course Menu

Second Step Menu

Local Features

### 4. Blue-whitish veil

#### Definition

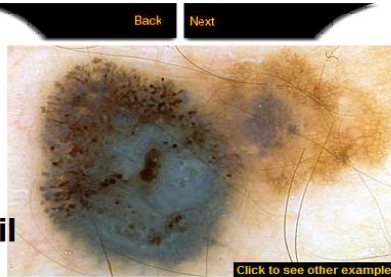
Blue-whitish veil is a confluent, gray-blue to whitish-blue, diffuse pigmentation associated with pigment network alterations, dots/globules and/or streaks.

#### Histopathologic correlates

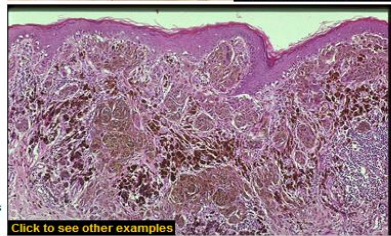
The histopathologic correlate of blue-whitish veil is an **acanthotic epidermis** with compact orthokeratosis and more or less pronounced hypergranulosis usually overlying a large melanin-containing area such as **confluent nests of heavily pigmented melanocytes in the upper dermis**. This particular constellation of histopathologic findings may be observed in malignant melanomas but also in Spitz/Reed nevi.

#### Diagnostic significance

Blue-whitish veil, as defined above, is almost exclusively found in **malignant melanomas** and **Spitz/Reed nevi**. At least in our judgement, based on its pure dermoscopic appearance, no differentiation between the veil in melanomas and Spitz/Reed nevi is feasible. However, the presence of a blue-whitish veil is a helpful clue for distinguishing melanoma from Clark nevus since, as a rule, no blue-whitish veil is present in the latter.



Click to see other examples



Click to see other examples

Материалы интерактивного атласа дерматоскопии EDRA

МЕЛАНОМА  
ПРО

## Регрессивные структуры



Home Page

Course Menu

Second Step Menu

Local Features

### 7. Regression Structures

#### Definition

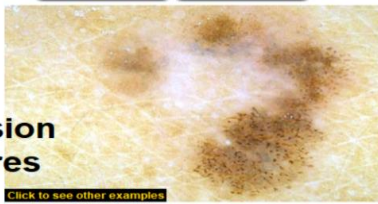
The fascinating biologic phenomenon of regression in melanoma is dermoscopically reflected by **white areas, blue areas and a combination of both**. White areas, formerly called white scar-like areas, are more or less well-circumscribed white zones resembling a superficial scar. Blue areas, synonymously named gray-blue areas, peppering, or multiple blue-gray dots, are small diffuse or speckled zones with a gray-blue or gray coloration. A particular pitfall when assessing the so-called combinations of white and blue areas is the fact that **this combination is virtually indistinguishable from the blue-whitish veil**.

#### Histopathologic correlates

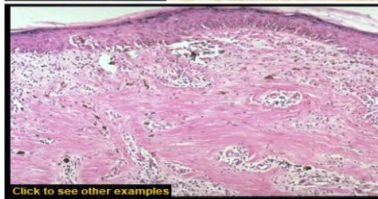
Histopathologically, regression of melanoma is characterized by fibrosis and/or variable amounts of melanophages within a thickened papillary dermis. So, **white areas correspond to fibrosis** and **blue areas to melanosis**. However, since fibrosis and melanosis are commonly found together, combinations of white and blue areas are often noted also dermoscopically.

#### Diagnostic significance

White areas, blue areas and especially the combination of both features are **rather specific dermoscopic criteria for melanoma**. However, regression structures may be occasionally found in **Clark nevi** and, in such instance, the differentiation from regressive melanoma may be difficult not only dermoscopically but also histopathologically. Regression structures, especially of the melanosis type, may be found in **lichen planus-like keratosis** or in **pigmented actinic keratosis** and may basically be indistinguishable from melanoma with regression.



Click to see other examples

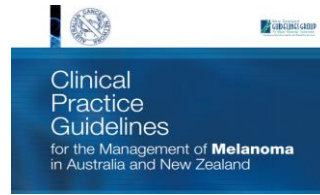


Click to see other examples

Материалы интерактивного атласа дерматоскопии EDRA

МЕЛАНОМА  
ПРО

5 Clinical diagnosis		
1. Training and utilisation of dermoscopy is recommended for clinicians routinely examining pigmented skin lesions	A	21-30, 50
2. Consider the use of sequential digital dermoscopy imaging to detect melanomas that lack dermoscopic features of melanoma	B	34-37
3. Consider the use of baseline total body photography as a tool for the early detection of melanoma in patients who are at high risk for developing primary melanoma	C	42-50

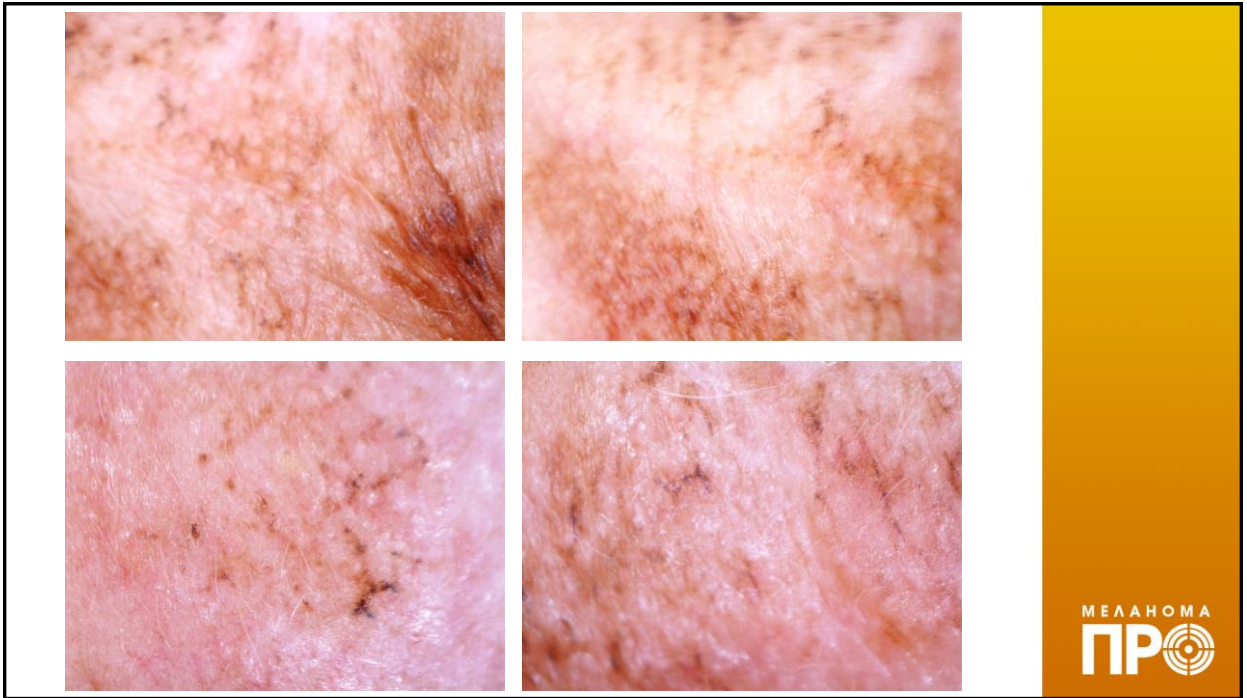


**Tabelle 7: Synopse der Empfehlungen aus den Quell-Leitlinien zu den Schlüsselfragen, Stand vor initialer Konferenz (Kick-off-Veranstaltung) der Leitliniengruppe, Mai 2010**

Thema / Fragestellung	Australische LL New Zealand Guidelines Group (2008) <sup>1</sup>	Englische LL NICE (2005) <sup>2</sup>	Französische LL HAS - French National Authority for Health (2005) <sup>3</sup>	Kanadische LL Cancer Care Ontario (2006 - 2009) <sup>4-7</sup>	Übereinstimmung	Geplante Bearbeitung
<b>I. Diagnostik</b>						
Welche Klassifikation sollte zum Staging des MM eingesetzt werden?	Benutzung der AJCC-/UICC-Klassifikation wird empfohlen (B)	Klassifikation nach AJCC/UICC wird in der LL verwendet	Verwendung der AJCC-/UICC-Klassifikation, 5. und 6. Ausgabe		Ja	Konsens
Welche diagnostischen Verfahren/Hilfsmittel können helfen, die klinische Diagnose des MM zu sichern?	Klinische Untersuchung, Anamnese mit Konzentration auf Veränderungen von Hautläsionen; Dermatoskopie wird empfohlen (A); Beobachtungsperiode möglich; Einsatz von „Sequential digital dermoscopy imaging“ und/oder „Total body photography“ kann in Zweifelsfällen in Erwägung gezogen werden (B)	Klinische Untersuchung, <u>Dermatoskopie</u>	Klinische Untersuchung, <u>Dermatoskopie</u>		(Ja)	<u>Adaptation der australischen LL</u>
Erhöht der Einsatz der	Training in	Empfohlen	Keine Erwähnung			

**Evidenztabelle**  
 der S3 Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms“  
 Version 1.1 - Februar 2013  
 AWMF-Register-Nummer: 032-0240L





**SURGPATH MEDICAL CONSULTANTS**  
PLOT 6C MAKINDU CLOSE KOLOLO  
P. O. BOX 9003 KAMPALA (U)  
TEL: 0414500155/077696666

**Surgical Pathology Report**

Name: NATAGALU, OLGA      Collected Date: 20 Jul 2015  
 DOB: 1 Jan 1959      Age: 56      Sex: Female      Received Date: 20 Jul 2015  
 PIN:      Report Date: 23 Jul 2015  
 Med. Rec. #:      Case #: S15-02072  
 Physician:

IMAGE 1      IMAGE 2

**Preoperative Diagnosis:**  
1.5 mm punch biopsy left lower eyelid area, r/o melanoma. Uneven patch with altered sensation, expanding. Its highly suspicious on dermoscopy. R/o malignancy.

**DIAGNOSIS:**  
 Skin left lower eyelid, biopsy:  
 - Lentigo simplex.  
 - No evidence of malignancy.  
 - See comment.

**Comment:**  
The skin biopsy shows localized increase of melanin pigment within the basal keratinocytes (images 1 and 2), consistent with a lentigo simplex. There is no atypia or malignancy.

SM-GM      \* George Maama, M.D., F.R.C., F.CAP  
Electronically Signed (24 July 2015)

Specimen Submitted:  
Microscopic Description:  
1 H&E stained slide reviewed.  
Gross Description:

**LANCET LABORATORIES**  
Uganda  
Key to Diagnostic Excellence

Lancet Laboratories Uganda Limited  
Buganda Lab Kampala  
Tel: +256414341621

**PATHOLOGY REPORT**

Patient :      Doctors Ref      Lab Ref :      Page  
 NATAGALU OLGA      NOT AVAILABLE      711534093 / 19/07/15-

**HISTOLOGY**

**MICROSCOPIC EXAMINATION**

The hematoxylin and eosin (H&E) stained sections are examined using light microscopy.  
The sections show skin tissue.  
The epidermis shows features of elongated rete ridges with increased basal pigmentation. There is no increase in the number of melanocytes or nest formation seen.  
There is basophilic degeneration of the collagen of the upper dermis and a mild lymphocytic cellular infiltrate.  
There are no features of melanoma seen.

**CONCLUSION**  
 LEFT EYE, LOWER LID LESION, PUNCH BIOPSY:  
 -SOLAR (ACTINIC) LENTIGO NOT COMPLETELY EXCISED

Signed (Final):      Dr Robert Lukande      23/07/15  
 For consultations use direct line +256 775194866





**תאור מיקרוסקופי ואבחנה**

LENTIGO MALIGNA, SEE DESCRIPTION:  
 SKIN BIOPSY SHOWING ATYPICAL LENTIGINOUS MELANOCYTIC PROLIFERATION WITH FEW MELANOCYTIC NESTS ASSOCIATED FOCALLY WITH PROMINENT PIGMENT INCONTINENCE. THERE IS ALSO ADNEXAL INVOLVEMENT AND THE MELANOCYTES SHOW MODERATE AND FOCALLY MARKED CYTOLOGIC ATYPIA.  
 THE LESION FOCALLY INVOLVES THE LATERAL MARGINS.

T01000 , M87422

07/12/2016

הדפסה ג'ני גומל

21507

**תאור מיקרוסקופי ואבחנה**

723 (LOWER AREA) - SKIN INVOLVED BY LENTIGO MALIGNA, EXTENDING INTO THE ADNEXAE AND REACHING THE LATERAL MARGINS.  
 724 (UPPER AREA) - INVOLVED BY LENTIGO MALIGNA, REACHING THE MARGINS.

T01000 , M87422

11/12/2016

הדפסה ג'ני גומל

P T / 722 / 2016

בדיקות פתולוגיות לרפואה

תיאור מאקרו: דר' נורדין גאורגי  
בדיקה מיקרוסקופית / אבחנות

**K-1315: Left cheek:**  
Intradermal nevus. Margins are free.

→ Nevus

**K-1316: Left cheek (after MOHS):**

Malignant melanoma, Breslow thickness 0.2 mm, Clark level II. No ulceration. No regression. No

↓ NO change in depth 0.2mm compared to last







МЕЛАНОМА  
ПРО

Гистологическое исследование  
№ 30888

Вид материала	Меланома
Макроописание	Ромбовидный лоскут кожи 4x2, 5 см. С подлежащей жировой тканью толщиной 1 см. Отступя от краев резекции на 0, 6 см. ;2см. ;1 см. На краю имеется серый узел диаметром 0, 5 см. К нему прилежит черный округлый приподнятый участок размером 0, 6x0, 5 см.
Микроописание	В дерме иссеченного лоскута кожи отмечается два образования, одно представлено папилломатозным внутридермальным меланоцитарным пигментным невусом, второе расположенное рядом с первым и представлено поверхностно распространяющейся меланомой с вертикальной фазой роста. Опухолевые клетки в сосочковом слое и местами в ретикулярном слое дермы, так же опухоль инвазируют эпидермис. Меланин в небольшом количестве расположен внутри- и внеклеточно. Эпидермис над опухолью не изъязвлен. Митозы малочисленные. Толщина опухоли не более 2 мм. В окружающей дерме очаговая умеренно выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация. По краю иссечения опухолевые клетки не обнаружены.
Заключение	Папилломатозный внутридермальный меланоцитарный пигментный невус кожи. Меланома кожи, поверхностно распространяющаяся форма с началом вертикального роста, 3 уровень инвазии по Кларку, толщина по Бреслоу не более 2 мм. Митотическая активность слабая. Опухоль удалена в пределах непораженных тканей. Микропрепараты совместно просмотрены с врачом-гистологом Карпухиной А. С.

МЕЛАНОМА  
ПРО

Гистологическое исследование	
Макроописание	Патологоанатомическое исследование № 16/1-4897. 1. 1 - 1. 4: 4 стекла ГЭ № 30888/16 + 4 бл.
Микроописание	1. 1-1. 4: Лоскут кожи с ростом с наличием внутридермального папилломатозного невуса, в крае которого в дерме и эпидермальном соединении выявлен рост злокачественной опухоли представленной солидными структурами и гнездными скоплениями из атипичных меланоцитарных клеток с выраженным ядерным полиморфизмом, наличием фигур патологических митозов (1 митоз на 1 мм <sup>2</sup> ) и гранулами бурого пигмента в цитоплазме. Сосудистая инвазия не выявлена. Опухоль прорастает в сосочково-ретикулярный слой дермы. Толщина опухоли - 1,2 мм. Лимфоидная инфильтрация стромы умеренная (++) . Достоверных данных за спонтанный регресс нет. Сателлиты и транзитные метастазы не обнаружены. Края препарата без опухолевого роста.
Заключение	<u>Поверхностно-распространяющаяся меланома кожи (уровень инвазии по Кларку - 3, толщина опухоли по Бреслоу - 1,2 мм)</u> с инвазией сосочково-ретикулярного слоя дермы, без изъязвления, исходящая из края внутридермального меланоцитарного невуса.

МЕЛАНОМА  
ПРО

<p><b>CHUV</b> Service d'oncologie médicale   <i>Unil</i> UNIL   Université de Lausanne</p> <p><b>Status</b> Nœvi ronds, symétriques et semblables entre eux, sans aucun signe d'atypie au dermatoscope visible sur l'examen corps entier. Cicatrice au niveau de l'épigastre mesurant 5,5 cm de longueur, calme et souple. Les aires ganglionnaires sont libres.</p> <p><b>Examens complémentaires</b> Le patient apporte avec lui les lames histologiques de l'excision du 10.11.2016 ainsi que les blocs paraffine de l'excision. Les images radiologiques apportées par le patient sur CD sont ajoutées au PACS.</p> <p><b>Conclusions, traitement et évolution</b> Étant donné les 2 rapports d'histopathologie discordants concernant l'épaisseur du Breslow et la présence ou non d'une zone de régression effectués par des laboratoires en Russie, nous proposons au patient de faire une relecture formelle des lames d'histologie par les dermatopathologues du CHUV. Finalement, nous retenons le diagnostic de <b>mélanome de type SSM avec un Breslow à 0,28 mm</b>, ce qui classe le patient dans un score T1aN0M0, soit un stade I. Il n'y a donc pas d'indication à faire une recherche de ganglion sentinelle. Concernant les marges de l'excision, elles n'ont pas été précisées par le chirurgien opérateur en Russie. Nous conseillons dans ce contexte une reprise des marges de sécurité à 1 cm, ce qui peut être discuté avec l'opérateur s'il est sûr d'avoir pris d'emblée 1 cm de marge par rapport aux bords de la lésion pigmentée. Dans la négative, une reprise est donc indiquée avec 1 cm de marge.</p> <p>Un suivi dermatologique avec examen du corps entier et palpation des aires ganglionnaires doit être effectué tous les 6 mois pendant la 1<sup>re</sup> année, puis tous les ans à vie.</p> <p>Le patient a été contacté par e-mail pour l'annonce de ses résultats et nous lui envoyons le rapport de consultation à son domicile. De même, le DVD avec les imageries effectuées en Russie ainsi que les blocs de l'histologie qu'il nous avait apporté lors du rendez-vous du 15.12.2016 ont été renvoyés à son adresse postale.</p> <p>Nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Monsieur et Cher Confrère, nos meilleures salutations.</p> <p style="text-align: center;">Prof Olivier Michielin      Dre Cecile Triboulet Médecin chef                      Médecin assistante</p> <p style="text-align: center;"><small>La présence des noms des signataires atteste de la validation électronique du document par ces derniers</small></p> <p><b>Copie(s)</b> Dr Tobias Zingg, BH.15.503, 1011 Lausanne</p> <p><b>Annexe (Medex)</b> Joindre rapport de relecture de lame D1602728 (dans Archimède)</p>	<p>МЕЛАНОМА ПРО</p>
--	-------------------------

Пациентка Т, 1991 г.р.



МЕЛАНОМА  
ПРО



МЕЛАНОМА  
ПРО



### Микроскопическое описание:

Диспластический невус с фокусами, подозрительными на малигнизацию, рекомендовано ИГХ - исследование

ИГХ-исследование: в опухолевых клетках экспрессия Melan A, экспрессия Ki 67 выражена неравномерно 2-17%. Клетки лимфоидного инфильтрата экспрессируют CD45.

**Заключение:** Диспластический невус с небольшим фокусом эпителиоидноклеточной меланомы с 1 митозом на мм<sup>2</sup>, без изъязвления, без достоверных признаков сосудистой инвазии, с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией. Уровень инвазии по Кларку 2, толщина по Бреслоу – 0,5 мм. В краях резекции кожи опухолевого роста нет.

## Заключение

1. Улучшение качества клинической диагностики закономерно приводит к выявлению ранних форм меланомы кожи, порой представляющих затруднение не только для клинициста, но и для патоморфолога.
2. В течение времени, по мере распространения дерматоскопии и появления большего количества обученных этому методу клиницистов, таких случаев будет становиться больше.
3. Возможно, что нам нужны новые формы взаимодействия между клиницистом и патоморфологом уже сейчас, чтобы быть готовыми к развитию ситуации в будущем (Карта препарата от клинициста? Дерматоскопические снимки в направлении? Иная информация, необходимая патоморфолога?



МЕЛАНОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
РЕШЕНИЕ  
ПРОБЛЕМ  
МЕЛАНОМЫ

## Вопросы диагностики и лечения меланомы и опухолей кожи

Ежегодная научно-практическая конференция

Даты:

**13-14 апреля 2018**

Место:

**г. Москва**

Бесплатная он-лайн регистрация:  
с 01 ноября 2017 по 01 апреля 2018

Прием тезисов:

с 01 ноября 2017 по 01 марта 2018

Программа, форма регистрации и прем тезисов:

[melanomapro.ru](http://melanomapro.ru)

