

DERMATOSCOPIE

1. Dermatoscopie toonde geclusterde globules (➡ aangegeven met een rode pijl) kenmerkend voor een melanocyttaire laesie. Op de achtergrond wordt een asymmetrisch erythemateus structuurloos gebied gezien met puntvaatjes (aangegeven met een blauwe pijl ➡). Centraal naar caudaal is een wit gebied zichtbaar. Er is geen scherpe begrenzing.
2. De diagnose **STUMP** (*Spitzoid Tumor of Unknown Malignant Potential*) werd uiteindelijk gesteld. Onze differentiële diagnose op basis van de kliniek bestond uit spitznaevus vanwege de presentatie van een roze papel

en het ontstaan van de laesie in enkele maanden op relatief jonge leeftijd. Spitznaevi presenteren zich klassiek als een solitaire erythemateuze of bruine papel in het gezicht bij jongere kinderen of op de lagere extremiteiten. Initieel groeien ze snel.¹ 50-70% van de patiënten met een spitznaevus is jonger dan twintig jaar.¹

De klinische differentiële diagnose bestond verder uit dermatofibroom, adnextumor of culicosis.

De dermatoscopie ondersteunde door aanwezigheid van geclusterde globules de diagnose van een melanocytaire laesie. Puntvaatjes zijn beschreven bij spitznevi. Echter bij een 'klassieke' spitznevi zijn deze symmetrisch verdeeld over de gehele laesie wat bij onze casus niet het geval was. Gezien de atypische dermatoscopische presentatie, waren onze verdere overwegingen een atypische naevus, spitznevi in regressie, dan wel een naevus in regressie, een STUMP of melanoom.²

Op basis van de kliniek en dermatoscopie konden we nog geen definitieve diagnose stellen.

3. Besloten werd tot een diagnostische excisie. Omdat de histologie niet eenduidig was, werd deze gereviseerd door het melanoompanel en toonde een STUMP.

De casus werd besproken op het multidisciplinaire melanoomoverleg voor het vervolgbeleid. Besloten werd tot re-excisie met 1 cm marge. De Nederlandse melanoomrichtlijn adviseert om de optimale marges voor re-excisie te bepalen aan de hand van het klinische en histologische beeld, waarbij marges van 0,5 of 1 cm worden aangehouden bij respectievelijk een lage of hoge verdenking op een maligniteit.³

Patiënte zal volgens de dermato-oncologische follow-up zoals bij een melanoom worden vervolgd.

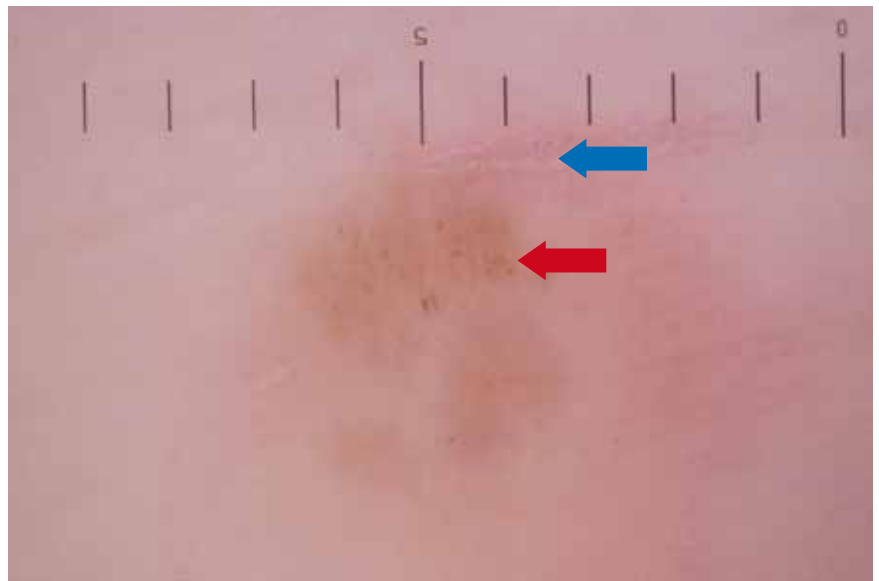
Een STUMP is een tumor die zowel kenmerken heeft van een spitz naevus als van een melanoom.²

Bij dermatoscopie worden verschillende patronen bij spitz naevi beschreven; starburst-patroon, globulair-patroon, homogeen patroon met puntvaatjes, netwerkpatroon en negatief netwerkpatroon.⁴⁻⁶ Deze patronen worden bij een STUMP ook gezien veelal in een asymmetrische vorm zoals bij onze casus.⁴

De differentiële diagnose tussen spitznaevus of STUMP of melanoom wordt gemaakt op basis van de histologie. Indien het klinische beeld of dermatoscopie afwijkt van het klassieke beeld, wordt daarom geadviseerd tot diagnostische excisie vanwege onzekere digniteit.^{2,5,7}



Figuur 1. Macroscopisch beeld.



Figuur 2. Dermatoscopisch beeld.

LITERATUUR

1. Schaffer JV. Update on melanocytic nevi in children. *Clin Dermatol* 2015;33:368-86.
2. Tom W, Hsu J, Eichenfield L, Friedlander S. Pediatric "STUMP" lesions: Evaluation and management of difficult atypical Spitzoid lesions in children. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:559-572.
3. Nederlandse Melanoom Werkgroep. Landelijke richtlijn Melanoom, versie 2.0. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland; 2012.
4. Moscarella, Lallas A, Kyrgidis A, et al. Clinical and dermoscopic features of atypical Spitz tumors: A multicenter, retrospective, case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2015;73:777-84.
5. Moscarella, Al Jalbout S, Piana S, et al. The stars within the melanocytic garden: unusual variants of Spitz naevi. *Br J Dermatol* 2015;172:1045-51.
6. Ferrara G, Gianotti R, Cavicchini S, et al. Spitz nevus, Spitz tumor, and spitzoid melanoma: a comprehensive clinicopathologic over-view. *Dermatol Clin* 2013;31:589-98.
7. Dika E, Fantì P, Fiorentino M, et al. Spitzoid tumors in children and adults: a comparative clinical, pathological, and cytogenetic analysis. *Melanoma Res* 2015;25:295-301.