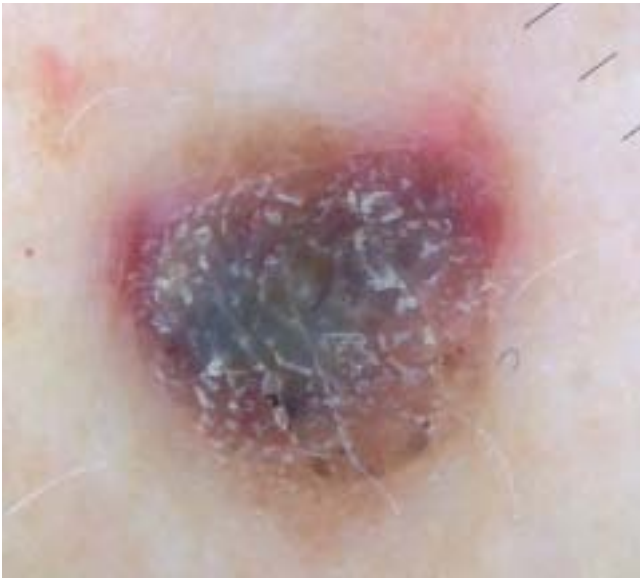
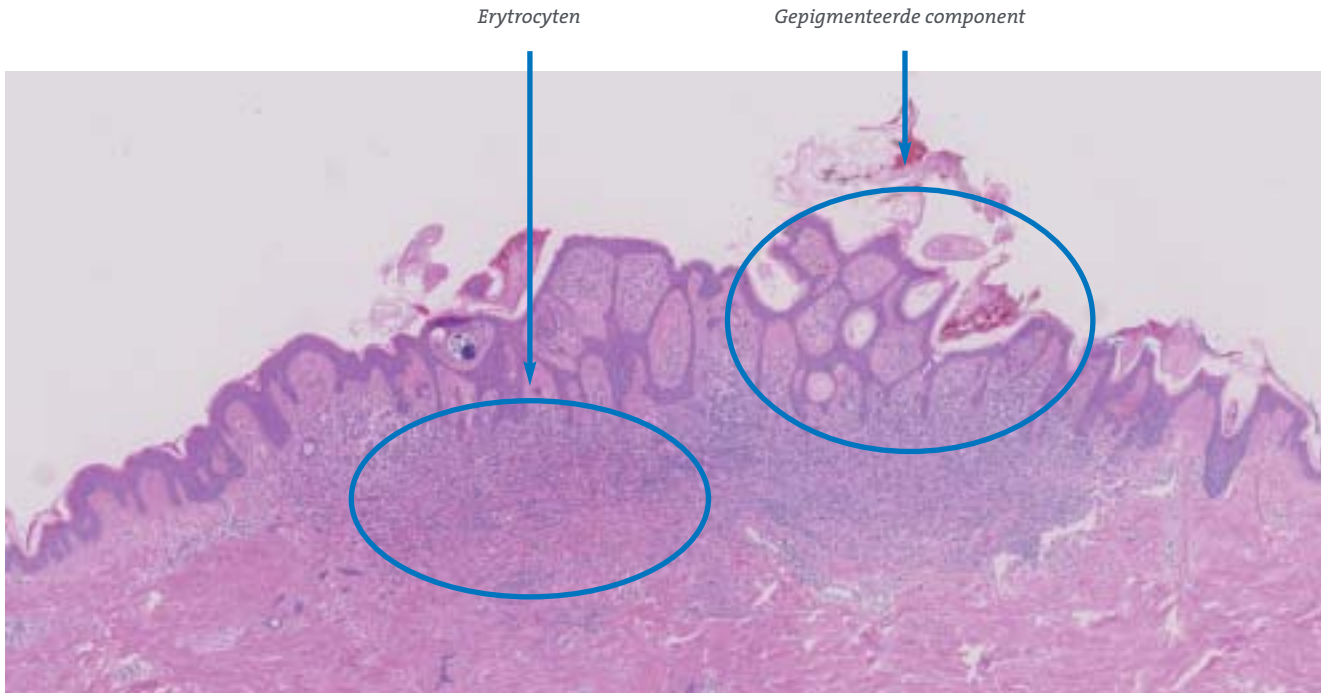


1. Klinisch presenteerde de laesie zich als een 5 mm grote zwartblauwe, licht asymmetrische papel met erytheem rondom (figuur 4). Dermatoscopisch zijn geen melanocyttaire kenmerken aanwezig. Op 12 uur is een structuurloos bruin en op 6 uur een bruin tot bruingrijs gebied te zien. Centraal in de laesie is een irregulaire grijsblauwe pigmentatie met fijne, witte schilfers zichtbaar. De laesie is aan de laterale zijden omgeven door een witroze (op 10 uur) tot erythemateus gebied. Dermatoscopische argumenten voor een angioom, granuloma pyogenicum of basaalcelcarcinoom ontbreken.
2. Voor de differentiële diagnose werd klinisch gedacht aan een dermale naevus na trauma of een nodulair melanoom. De laesie werd twee dagen na het spoedconsult geëxcideerd, waarbij werd opgemerkt dat het erytheem rondom de laesie was uitgebreid. Histopathologisch onderzoek stelde de diagnose dermale naevus (figuur 5). Ook na diepere doorsnijdingen werd deze diagnose bevestigd. Er werd een symmetrisch verheven laesie gezien, bestaande uit een dermale melanocyttaire proliferatie. Het epitheel toonde normale opbouw en uitrijping. De aanvullende melan A-kleuring bevestigde dat er geen ascensie was. Ondanks dat patiënte zich geen trauma kon herinneren, lijkt hier dus wel sprake van een getraumatiseerde naevus. In retrospect kan dit ook de snelle verandering van het erythemateuze gebied rondom de naevus verklaren. Een getraumatiseerde naevus wordt ook wel een *targetoid hemosiderotic* naevus genoemd en wordt gekarakteriseerd door een erythemateuze halo. [1-3] Klinisch is het vrijwel altijd een nodulaire naevus met plotse kleurverandering en (deels) erytheem rondom. Dermatoscopisch wordt een globulair of structuurloos bruin patroon gezien, vermengd met rode tot paarszwarte gebieden en erytheem rondom. Dit type naevus vormt een uitzondering op de regel om twijfelachtige nodulaire laesies direct te excideren, waarbij bij een typische anamnese gekozen kan worden voor follow-up op korte termijn van 1-2 weken. Echter kon patiënte in onze casus geen trauma herinneren en werd direct voor een excisie gekozen. Net als in onze casus, kunnen de patiënten uit de zes casussen beschreven door Tomasini et al. en de twee door Patrizi et al., zich geen trauma van de naevus herinneren en was de naevus meestal op het bovenste deel van het lichaam gelokaliseerd (*trauma-prone*). [2,4] Hoewel de naam getraumatiseerde naevus doet vermoeden dat er trauma aan vooraf is gegaan, is hier dus vaak geen sprake van. Er zijn drie manieren waarop een getraumatiseerde naevus kan helen: restitutio ad integrum (de naevus wordt weer zoals vanouds), een permanent litteken (niet te verwarren met regressie) en als een recurrent naevus (zogenoemde recurrenente pigmentatie). [1,3]



Figuur 4. Dermatoscopisch beeld.



Figuur 5. Histopathologische coupe van de geëxcideerde naevus.

3. Om een melanoom uit te kunnen sluiten, werd besloten de laesie te excideren. Omdat het om een verdachte nodulaire laesie ging, is niet gekozen voor follow-up op korte termijn. Er werd geen verder beleid ingesteld.

LITERATUUR

1. Zalaudek I. Targetoid hemosiderotic nevus. *Dermoscopy level 1: disease-based learning*. International Dermoscopy Society, 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=vtAnKGIYaLg> geraadpleegd: 23-09-2018.
2. Tomascini C, Broganelli P, Pippione M. Targetoid hemosiderotic nevus. A trauma-induced simulator of malignant melanoma. *Dermatology* 2005; 210(3):200-5.
3. Soyer H, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Johr R. *Colour atlas of melanocytic lesions of the skin. Chapter III: Irritated nevus and Meyerson's nevus*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Germany, 2007.
4. Patrizi A, et al. Targetoid hemosiderotic naevus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(4):493-4.