

PREVALENȚA MELANOMULUI MALIGN ȘI A ALTOR LEZIUNI CŪTANATE UV INDUSE MALIGNE ȘI NON- MALIGNE ÎN CONTEXTUL EXPUNERII PROFESIONALE SAU SEZONIERE LA SOARE ÎN JUDEȚUL VÂLCEA

PREVALENCE OF MALIGNANT MELANOMA AND OF OTHER MALIGNANT AND NON-MALIGNANT UV-INDUCED SKIN LESIONS IN THE CONTEXT OF OCCUPATIONAL OR SEASONAL SUN EXPOSURE IN VÂLCEA COUNTY

OANA ALEXANDRA NIȚULESCU*, SIMONA ROXANA GEORGESCU**

Rezumat

Articolul de mai jos reprezintă o trecere în revistă succintă a câtorva cazuri de leziuni cutanate maligne și non-maligne UV induse, ce s-au adresat cabinetului de dermato-venerologie înființat în Municipiul Râmnicu-Vâlcea cu ajutorul finanțării obținute în cadrul proiectului Antreprenoriat Sustenabil în Regiunea Sud Vest Oltenia. Mulțumită finanțării obținute a fost achiziționat un aparat de videodermoscopie cu ajutorul căruia se realizează screeningul leziunilor melanocitare atât benigne, cât și maligne. Prin intermediul acestui demers (achiziționarea unui aparat de videodermoscopie), se fluidizează accesul pacienților la screeningul computerizat, eficient, standardizat, susținut de ultimele inovații tehnologice.

Cuvinte cheie: nevi, melanom, dermatoscopie.

Intrat în redacție: 18.10.2020

Acceptat: 24.11.2020

Summary

The article below is a brief review of several cases of malignant and non-malignant UV-induced skin lesions, which reached the dermato-venerology practice established in Râmnicu-Vâlcea by means of funding obtained within the project Sustainable Entrepreneurship in South-West Oltenia Region. Thanks to the obtained funding, a videodermoscopy device was purchased, with the help of which the screening of both benign and malignant melanocytic lesions is performed. Through this approach (purchase of a videodermoscopy device), patients' access to computerized, efficient, standardized screening, supported by the latest technological innovations, is streamlined.

Keywords: naevi, melanoma, dermoscopy.

Received: 18.10.2020

Accepted: 24.11.2020

* Dermamed Oana Nițulescu - Râmnicu-Vâlcea.

** Clinica Dermato-Venerologie, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș”, București, U.M.F. “Carol Davila”, București.
Clinic of Dermato-Venerology, “Dr. Victor Babeș” Clinical Hospital of Infectious and Tropical Diseases, Bucharest, “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest.

Lucrarea de față își propune să illustreze câteva cazuri clinice reprezentative ce s-au prezentat în cadrul cabinetului medical înființat într-o zonă urbană, Municipiul Râmnicu Vâlcea.

Inițial, cercetarea urma să se întindă pe durata a doi ani, cuprinzând acțiuni de voluntariat în regiunile rurale din județul Vâlcea. Însă au existat condiții restrictive generale în contextul pandemiei SARS-COV2. Astfel, lucrarea de față nu include campaniile de voluntariat menționate.

Organizarea unor acțiuni de voluntariat a fost considerată inoportună, deoarece ar fi presupus o expunere atât a personalului medical, cât mai ales a potențialilor pacienți, voluntari, luându-se în considerare ca agregarea unor grupuri mari de pacienți voluntari, vârstnici, în marea lor majoritate, ar fi periculoasă în contextul actual medico-sanitar.

Dermatoscopia reprezintă o unealtă clinică de diagnostic dermatologic. Ea este o tehnică neinvazivă, frecvent uzitată în dermatologie, „prelungind ochiul dermatologului dincolo de limitele clinice”.

Dermatoscopia se poate clasifica în dermatoscopie convențională care se realizează cu ajutorul dermatoscopului (instrumentul ce augmentează imaginea precum lupă, având o lentilă măritoare) și dermatoscopie digitală realizată cu ajutorul unui sistem computerizat alcătuit dintr-un aparat foto (ce fotografiază pacientul din cap până în picioare, aparatul foto fiind situat pe o tijă pe care glisează de sus în jos și de jos în sus pentru a realiza serii de fotografii), un fundal (un panou de care pacientul stă „lipit”), și din camera de macroscopie care este un dermatoscop mult mai eficient, având o putere de augmentare mult mai mare față de dermatoscopul clasic. Toate aceste elemente sunt interconectate digital. Imaginile obținute cu ajutorul aparatului de fotografiat, cât și cele obținute cu ajutorul camerei de macroscopie sunt standardizate, putând fi stocate, analizate în contextul clinic și comparate de la o vizită la alta la medicul dermatolog.

Videodermatoscopia este o metodă ce își găsește un binemeritat loc în cabinetele de dermatologie, deoarece este o metodă standardizată ce permite stocarea imaginilor și urmărirea pe termen lung a leziunilor melanocitare

This paper aims to illustrate several representative clinical cases which approached in the medical practice established in an urban area, Municipality of Râmnicu Vâlcea.

Initially, the research was intended to last for two years, including volunteering actions in rural areas from Vâlcea County. However, there were general restrictive conditions in the context of the SARS-COV2 pandemic. Thus, this paper does not include the mentioned volunteering campaigns.

The organisation of volunteering actions was considered inappropriate, because it would have involved an exposure of both the medical staff and especially the potential patients, volunteers, considering that the aggregation of large groups of volunteer patients, mostly elderly, would be dangerous in the current medical-sanitary context.

Dermoscopy is a clinical tool for dermatological diagnosis. It is a non-invasive technique, frequently used in dermatology, “extending the dermatologist’s eye beyond clinical limits”.

Dermoscopy can be classified into conventional dermoscopy performed by means of a dermatoscope (the instrument that magnifies the image like a magnifying glass, with a magnifying lens) and digital dermoscopy performed using a computerised system consisting of a camera (which photographs the patient from head to toe, the camera being located on a rod on which it slides from top to bottom and from bottom to top to take a series of photos), a background (a panel to which the patient is “attached”), and the macroscopy camera which is a much more efficient dermatoscope, with a much higher magnification power than the classic dermatoscope. All these elements are digitally interconnected. The images obtained by means of the camera, as well as those obtained by means of the macroscopy camera are standardised, can be stored, analysed in the clinical context and compared from one visit to another to the dermatologist.

Videodermoscopy is a method that finds a well-deserved place in dermatology practices, because it is a standardized method allowing the storage of images and the long-term follow-up of benign melanocytic lesions, early detection, in the

benigne, detectarea precoce, în stadii incipiente a celor maligne, cât și limitarea exciziilor nevilor în scop profilactic. Cu toate că este o metodă standardizată ce respectă niște algoritmi clari, videodermatoscopia nu înlocuiește ochiul clinicianului, el fiind cel care are puterea de decizie atât din punctul de vedere diagnostic, cât și terapeutic.

Regula:

- A (Asimetrie)
- B (Borders; aspectul marginilor)
- C (Culoare)
- D (Differential Structures - elemente structurale): rețea pigmentară; depigmentarea; marginile leziunii; globule brune; zone astructurale; puncte negre; striuri radiare; valul albastru; pseudopode.

„Lista celor 7 criterii”, după Argenziano, ce cuprinde 3 criterii majore: rețea pigmentară atipică, val alb albastru, tipar vascular atipic și 4 criterii minore: striuri neregulate, pigmentație neregulată, globule neregulate, tipar de regresie.

Prevalența cancerului de piele este în creștere ca urmare a expunerii cumulative sau intense la radiațiile solare. Mai mult decât atât, „această problemă este augmentată de către tendințele dictate de modă, accesul facil la soare, găurile în stratul de ozon și creșterea speranței de viață a populației.”

De asemenea, „un rol important, dar nu singurul îl joacă fototipul persoanei care se expune la radiația solară, cantitatea expunerii la radiația solară, intensitatea expunerii, durata expunerii la soare și expunerea la soare în copilărie.”

Dintre fototipurile cutanate, primele două sunt mai susceptibile la cancerul de piele, însă și celelalte fototipuri devin susceptibile în caz de arsură solară.

„Intensitatea afectării cutanate datorată expunerii la radiația solară depinde de:

- Fototip.
- Expunerea cumulativă la radiația ultravioletă.
- Intensitatea expunerii la soare.
- Expunerea la soare în copilărie.
- Apropierea de Ecuator”.

early stages of malignancies, as well as limiting the excisions of naevi for prophylactic purposes. Although it is a standardized method that respects clear algorithms, videodermoscopy does not replace the clinician’s eye who is the one having the decision-making power both from a diagnostic and therapeutic point of view.

Rule:

- A (Asymmetry)
- B (Borders; appearance of borders)
- C (Colour)
- D (Differential Structures): pigment network; depigmentation; lesion borders; brown globules; astructural areas; dark spots; radial streaks; blue veil; pseudopods.

According to Argenziano, the “List of the 7 criteria” includes 3 major criteria: atypical pigment network, blue-white veil, atypical vascular pattern and 4 minor criteria: irregular streaks, irregular pigmentation, irregular globules, regression pattern.

The prevalence of skin cancer is increasing due to cumulative or intense exposure to solar radiation. Moreover, “this problem is exacerbated by fashion trends, easy access to the sun, ozone layer holes and increase in the life expectancy of the population.”

Likewise, “an important role, but not the only one, is played by the phototype of the person exposing to solar radiation, the amount of solar radiation exposure, the intensity of exposure, the duration of sun exposure and the sun exposure in childhood.”

Among the skin phototypes, the first two are more susceptible to skin cancer, but the other phototypes also become susceptible in case of sunburn.

“The intensity of the skin damage due to solar radiation exposure depends on:

- Phototype.
- Cumulative exposure to ultraviolet radiation.
- Intensity of sun exposure.
- Sun exposure in childhood.
- Proximity to the Equator”.

Material și Metodă

S-a efectuat un studiu retrospectiv ce include un număr de 61 de pacienți cu expunere la soare. Ei au fost selectați dintre pacienții ce s-au adresat cabinetului de dermatologie pe parcursul a 9 luni în cursul anului 2020.

Cei 61 de pacienți au fost evaluați clinic, dermatoscopic convențional și cu ajutorul videodermatoscopului, cu accent pe leziunile postexpunere la soare. În cazul câtorva pacienți, diagnosticarea, dar mai ales stabilirea conduitei terapeutice au impus și efectuarea examenului histopatologic.

Rezultate

Au fost evaluați 61 de pacienți, dintre care 33 de femei și 28 de bărbați, cu vârste cuprinse între 25 și 81 de ani (femei între 25 și 81 ani, bărbați între 25 și 80 ani), având mediul de proveniență atât urban (majoritatea, 34 de pacienți), cât și rural 27 de pacienți, cu expunere atât sezonieră, cât și profesională la soare (expunerea profesională este semnificativ mai răspândită în cazul pacienților din mediul rural).

Caracteristicile grupului:

Variabilă	Total	Procent
Sex		
Feminin	33	54%
Masculin	28	46%
Mediul		
Urban	34	56%
Rural	27	44%
Vârsta		
<30 ani	6	10%
30-40 ani	6	10%
41-50 ani	10	16%
51-60 ani	10	16%
61-70 ani	16	26%
71-80 ani	12	20%
>80 ani	1	2%
Localizare		
Trunchi	35	57%
Membru superior	8	13%
Membru inferior	5	8%
Față	12	20%
Ureche	1	2%
Expunere		
Profesională	25	41%
Sezonieră	36	59%

Material and Method

A retrospective study was performed that included a number of 61 patients with sun exposure. They were selected from patients who went to the dermatology practice for 9 months during 2020.

The 61 patients were clinically evaluated, with the conventional dermatoscope and using a videodermatoscope, focusing on lesions after sun exposure. In the case of some patients, the diagnosis, but especially the establishment of the therapeutic conduct also required the performance of the histopathological examination.

Results

61 patients were evaluated, out of which 33 women and 28 men, aged between 25 and 81 years (women between 25 and 81 years, men between 25 and 80 years), coming from both urban (most of the cases, 34 patients) and rural environment (27 patients), with both seasonal and occupational sun exposure (the occupational exposure is significantly more common in patients from rural areas).

Group features:

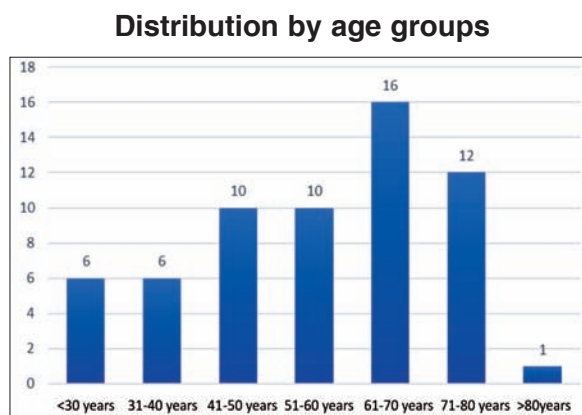
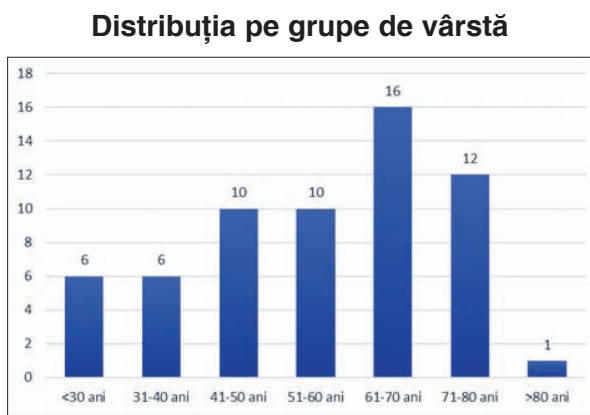
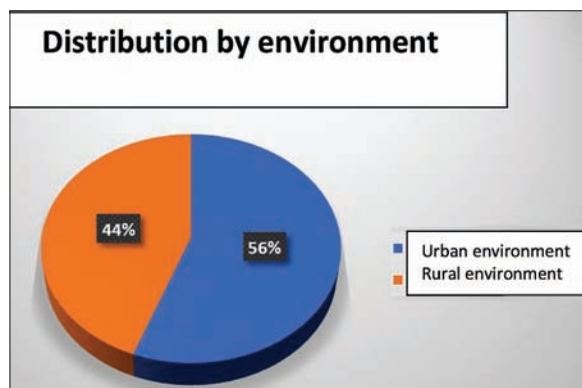
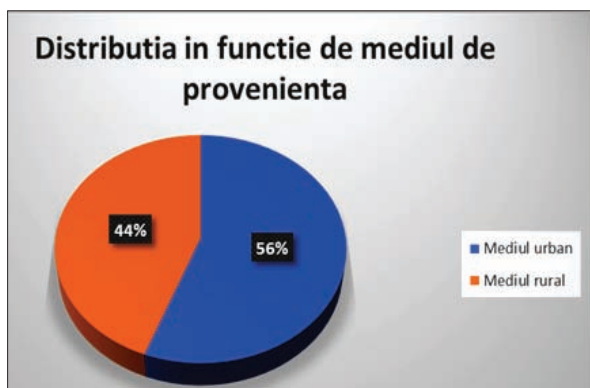
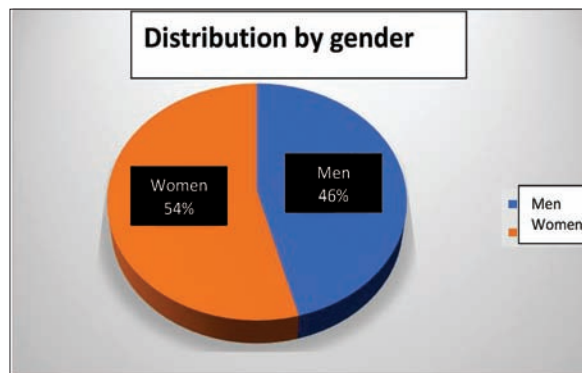
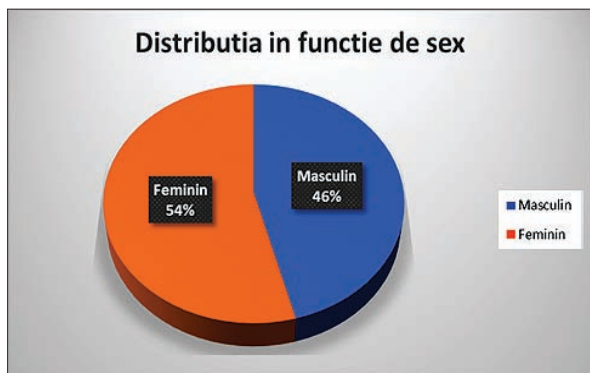
Variable	Total	Percentage
Sex		
Women	33	54%
Men	28	46%
Environment		
Urban	34	56%
Rural	27	44%
Age		
<30 years	6	10%
30-40 years	6	10%
41-50 years	10	16%
51-60 years	10	16%
61-70 years	16	26%
71-80 years	12	20%
>80 years	1	2%
Location		
Torso	35	57%
Upper limb	8	13%
Lower limb	5	8%
Face	12	20%
Ear	1	2%
Exposure		
Occupational	25	41%
Seasonal	36	59%

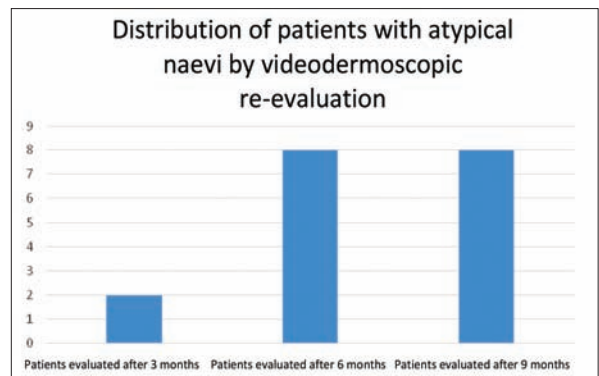
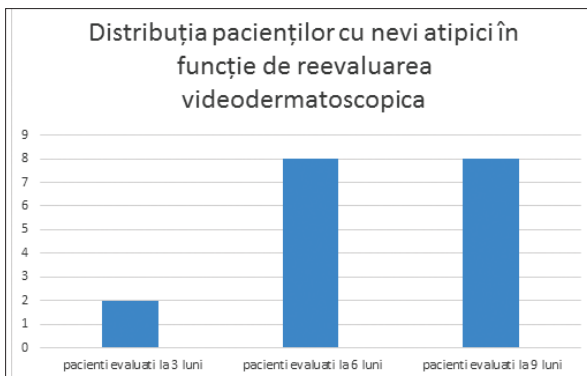
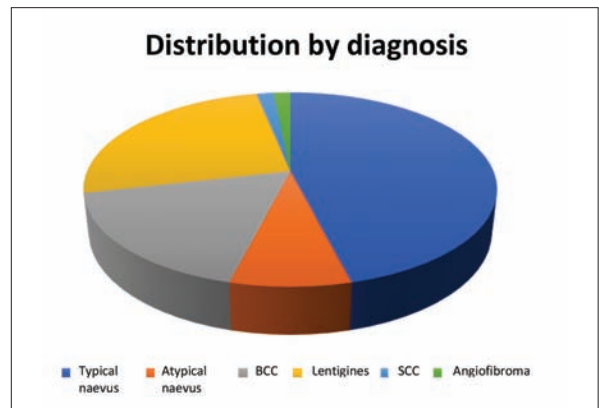
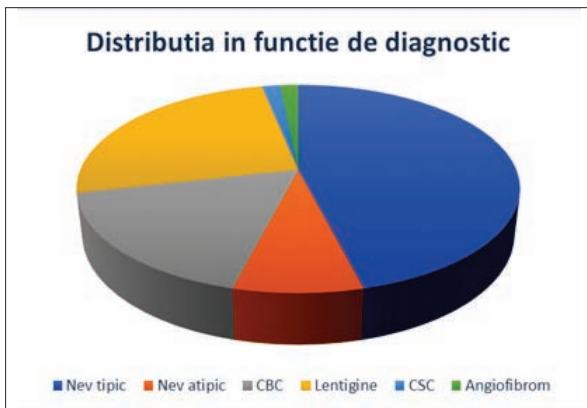
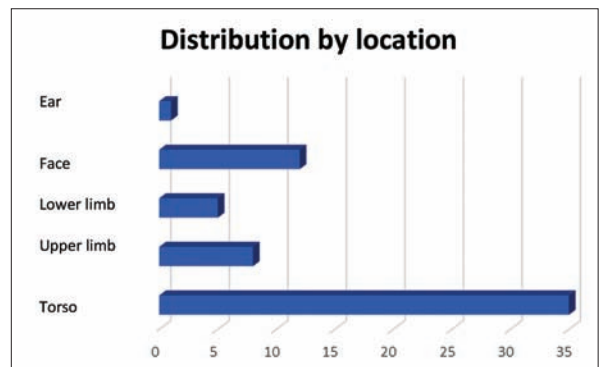
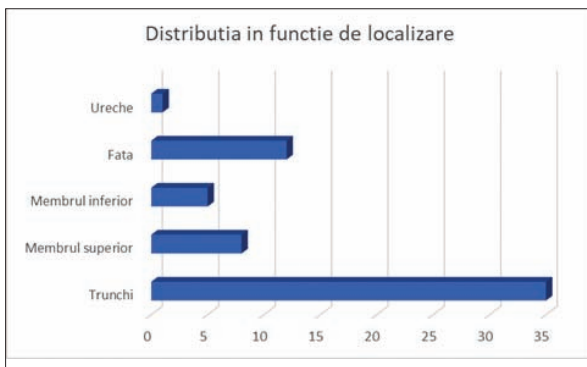
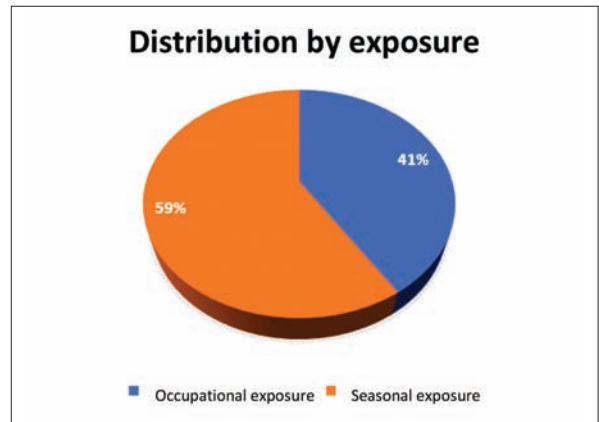
Diagnostic		
Nev tipic	29	46%
Nev atipic	5	8%
CBC	11	17%
Lentigine	16	25%
CSC	1	2%
Angiofibrom	1	2%

Vârsta minimă a fost 25 de ani. Vârsta maximă 81 de ani. Vârsta medie a fost 55,62 (16,3) ani. Vârsta medie în rândul pacienților de sex masculin a fost 55,25 (17,7) ani. În rândul pacienților de sex feminin a fost 55,93 (15,24) ani.

Diagnosis		
Typical naevus	29	46%
Atypical naevus	5	8%
BCC	11	17%
Lentigines	16	25%
SCC	1	2%
Angiofibroma	1	2%

The minimum age was 25 years. The maximum age was 81 years. The average age was 55.62 (16.3) years. The average age among male patients was 55.25 (17.7) years. Among female patients, it was 55.93 (15.24) years.





Pentru a evalua acuratețea dermatoscopiei convenționale, respectiv videodermatoscopiei, am comparat diagnosticul dermatoscopic cu cel histopatologic. Acesta din urmă a fost efectuat la pacienții la care s-a suspectat o tumoră malignă cutanată în urma examenului dermatoscopic, dar și la cerere. În studiu au fost incluși 24 de pacienți la care s-au efectuat dermatoscopia convențională, videodermatoscopia și examenul histopatologic.

Dermatoscopia convențională
18/24 = 75 % corelare de diagnostic
Videodermatoscopia
22/24=91,66% corelare diagnostic

Test McNemar

Dermatoscopia convențională	Videodermatoscopia	
	Poz	Neg
Poz	18	0
Neg	4	2
chi-square= 4.0000		
p=0,045		

Sensibilitatea videodermatoscopiei a fost mai mare comparativ cu sensibilitatea dermatoscopiei convenționale în ceea ce privește stabilirea diagnosticului în grupul studiat. Diferența dintre cele două metode de diagnostic este semnificativă din punct de vedere statistic ($p=0,045$).

Trebuie însă ținut cont de faptul că leziunile au fost vizualizate de către medicul dermatolog cu experiența redusă în dermatoscopia atât convențională, cât și digitală, adică sub doi ani de experiență clinică în dermatoscopia convențională și digitală.

Diagnosticul de melanom a fost suspectat la 4 pacienți după dermatoscopia convențională și la 2 dintre acești pacienți după videodermatoscopia. Examenul histopatologic a stabilit însă diagnosticul de nev displazic la 3 dintre pacienți și CBC la unul dintre pacienți.

Pacienții cu nevi atipici, 5 la număr, au fost chemați pentru reevaluare: 2 la 3 luni și 3 la 6 luni. Cei doi pacienți chemați la 3 luni au fost reevaluați și la 6 respectiv 9 luni, ceilalți urmând să fie reevaluați la 1 an. Reevaluările nu au identificat modificări suplimentare.

De asemenea, pacienții care în urma examenului histopatologic au fost diagnosticați cu nevi

To evaluate the accuracy of conventional dermoscopy, respectively of videodermoscopy, we compared the dermoscopic diagnosis with the histopathological one. The latter was performed for patients who were suspected to have a malignant skin tumour following the dermoscopic examination, but also upon request. The study included 24 patients who underwent conventional dermoscopy, videodermoscopy and histopathological examination.

Conventional dermoscopy
18/24 = 75 % diagnostic correlation
Videodermoscopy
22/24=91.66% diagnostic correlation

McNemar's test

Conventional dermoscopy	Videodermoscopy	
	Poz	Neg
Poz	18	0
Neg	4	2
chi-square= 4.0000		
p=0,045		

The sensitivity of videodermoscopy was higher compared to the sensitivity of conventional dermoscopy in terms of establishing the diagnosis in the study group. The difference between the two diagnostic methods is statistically significant ($p = 0.045$).

However, it should be taken into account that the lesions were visualized by the dermatologist with limited experience in both conventional and digital dermoscopy, namely less than two years of clinical experience in conventional and digital dermoscopy.

The diagnosis of melanoma was suspected in 4 patients after conventional dermoscopy and in 2 of these patients after videodermoscopy. However, the histopathological examination established the diagnosis of dysplastic naevus in 3 of the patients and BCC in one of the patients.

5 patients with atypical naevi were called for re-evaluation: 2 patients after 3 months and 3 patients after 6 months. The two patients called after 3 months were also re-evaluated after 6 and 9 months, respectively, the others being re-evaluated after 1 year. The re-evaluations did not identify any additional changes.

Also, patients who after the histopathological examination were diagnosed with dysplastic

displazici, deși inițial se ridicase suspiciunea de melanom, au fost reevaluați la 6 și la 9 luni, neidentificându-se modificări.

Pacienții luați în calcul sunt cei diagnosticați de la început cu nevi atipici, plus cei trei pacienți al căror examen histopatologic a dus la aceeași concluzie.

Leziuni clinice

A. Lentigo solar

Poate fi considerat un precursor al keratozelor seboreice și se găsește situat pe față, pe toracele superior, pe partea dorsală a antebrățelor și pe partea dorsală a mâinilor.

Keratoza seboreică plată situată pe mâini și pe față este numită pată legată de îmbătrânire de către pacient și lentigo solar de către practicianul dermatolog.

Din punctul de vedere clinic, lentigo este o pată pigmentară, rotundă sau ovală cu diametrul de aproximativ 5mm, cu margini bine delimitate, aproximativ regulat.

Clasificare:

1. Lentigo simplex.
2. Lentigo actinic.
3. Lentigo reticulat.

1. Lentigo simplex

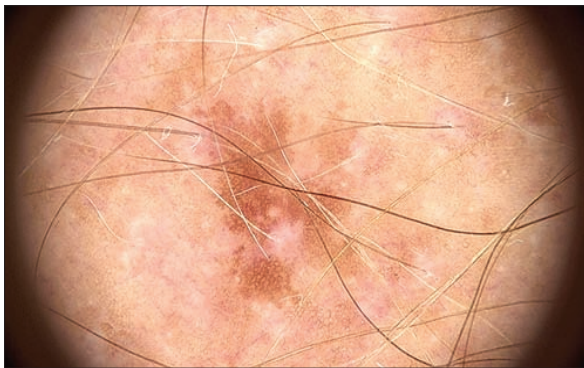


Figura 1. Lentigo simplex: Leziune melanică ce păstrează simetria pe axa longitudinală, ce prezintă o rețea pigmentară regulată, tipică, cu pigmențatie mai accentuată în centru și mai ștearsă către periferie, fără elemente vasculare.

Figure 1. Lentigo simplex: Melanic lesion which preserves the symmetry on the longitudinal axis, which presents a regular, typical pigment network, with more accentuated pigmentation in the centre and more blurred towards the periphery, without vascular elements.

naevi, although initially melanoma was suspected, were re-evaluated after 6 and 9 months and no changes were identified.

The patients considered are those diagnosed from the beginning with atypical naevi, plus the three patients whose histopathological examination led to the same conclusion.

Clinical lesions

A. Solar lentigo

It can be considered a precursor of seborrheic keratoses and it is found on the face, upper chest, dorsal forearms and dorsal hands.

Flat seborrheic keratosis located on the hands and face is called age spot by the patient and solar lentigo by the dermatologist.

From a clinical point of view, lentigo is a pigmented spot, round or oval, with a diameter of about 5 mm, with well-defined borders, approximately regular.

Classification:

1. Lentigo simplex,
2. Actinic lentigo,
3. Reticulated lentigo.

1. Lentigo simplex

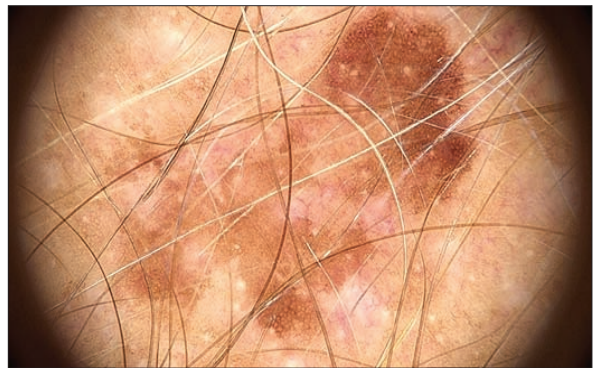


Figura 2. Lentigo reticulat: Leziune melanică relativ simetrică pe ambele axe, cu rețea pigmentară aproximativ regulată, cu pigmențatie mai accentuată în cadranul superior drept și mai ștearsă către periferie, prezentând zone decolorate, rotunde sau rotund ovalare.

Figure 2. Reticulated lentigo: Relatively symmetrical melanic lesion on both axes, with approximately regular pigment network, with more accentuated pigmentation in the right upper quadrant and more blurred towards the periphery, presenting discoloured, round or round and oval areas.

Criteria ce arată că leziunea nu este malignă:

- Rețea tipică;
- Culoare uniformă;
- Lipsa vascularizației.

2. Lentigo reticulat

Prezintă discrete zone de culoare roșiatică, ce se întrepătrund cu zonele decolorate.

Vascularizația este absentă.

B. Nevii

Nevii melanocitari sau mai simplu nevii reprezintă proliferări benigne ale melanocitelor ce iau naștere din creasta neurală în viața fetală. Nevii congenitali sunt prezenți din naștere sau la scurt timp după naștere, fiind mai mari ca nevii dobândiți. Densitatea nevilor este proporțională cu nuanța de culoare a pielii, cu cât este mai închisă pielea cu atât sunt mai puțini nevi.

S-a ales pentru exemplificare un nev atipic.

C. Carcinomul bazocelular

Definiție: Carcinomul bazocelular este cea mai comună tumoră malignă derivată din celulele bazale ale epidermului inferior. El este cea mai comună tumoră malignă cutanată fiind determinat de expunerea cumulativă la radiația solară, însă nu este singurul factor etiologic.

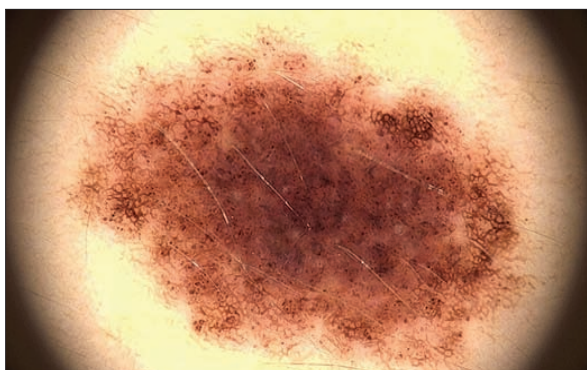


Figura 3. Nev nevocelular dobândit, compus (cu structuri atât epidermice, cât și dermice), prezintă rețea pigmentară regulată, asimetric, cu o zonă de pigmentație mai accentuată în centru, de culoare gri albastrui, cu globule brune.

Figure 3. Acquired compound nevocellular naevus (with both epidermal and dermal structures), has a regular pigment network, being asymmetric, with a more accentuated bluish gray pigmentation area in the centre, with brown globules.

Criteria showing that the lesion is not malignant:

- Typical network;
- Uniform colour;
- Lack of vascularization.

2. Reticulated lentigo

It has discrete reddish areas, which intertwine with the discoloured areas.

Vascularization is absent.

B. Naevi

Melanocytic naevi or just naevi are benign proliferations of melanocytes that arise from the neural crest in foetal life. Congenital naevi are present from birth or shortly after birth, being larger than acquired naevi. The density of the naevi is proportional to the colour of the skin, the darker the skin the fewer the naevi.

An atypical naevus was chosen as an example.

C. Basal cell carcinoma

Definition: Basal cell carcinoma is the most common malignant tumour derived from the basal cells of lower epidermis. It is the most common skin malignant tumour being



Figura 4. Nev nevocelular dobândit- simetric, colorat relativ neomogen, ce prezintă o zonă mai decolorată central, fără fugă de pigment, cu globule în periferie, vizibile mai ales în jumătatea inferioară.

Figure 4. Acquired symmetrical nevocellular naevus, relatively nonhomogeneously coloured, showing a more discoloured central area, without pigment leakage, with globules in the periphery, visible especially in the lower half.



Figura 5. Nev nevocelular dobândit asimetric, cu pigmentare neuniformă și discontinuă (se observă o zonă pigmentată excentrică în dreapta ce nu pare a avea legătură cu nebul în sine) mai accentuată în periferie; cu rețea pigmentară vizibilă tot periferic, cu ochiuri inegale. Nu se observă fuga de pigment, însă leziunea prezintă o zonă centrală mai ștearsă și relativ neomogen colorată.

Figure 5. Acquired asymmetrical nevocellular naevus, with uneven and discontinuous pigmentation (an eccentric pigmented area is observed on the right side that does not seem to be related to the naevus itself) more accentuated in the periphery; with pigment network visible also peripherally, with unequal meshes. No leakage of pigment is observed, but the lesion has a more blurred and relatively nonhomogeneously coloured central area.

Carcinomul bazocelular este cea mai întâlnită formă de cancer uman, cu o incidență anuală în creștere în Statele Unite ale Americii. Atunci când este diagnosticat devreme, majoritatea cazurilor se tratează în cabinetul de dermatologie, fiind într-o proporție foarte mare vindecabil.

Forme clinice:

CBC superficial sau pagetoid, CBC nodular, CBC chistic, CBC ulcerat, CBC pigmentar, CBC morfeiform sau sclerodermiform, CBC cheloidian, CBC superficial, CBC polipoid, Fibroepitelioma of Pinkus, CBC metatipic, CBC cicatricial/pe cicatrici, CBC metastatic-extrem de rar

CBC pigmentar se caracterizează prin prezența pigmentației melanice a celulelor tumorale și stromale. Tumora este o leziune papulară sau nodulară de culoare neagră sau cu nuanțe de albastru. Marginea perlată și telangiectaziile pot fi prezente, dar sunt dificil de recunoscut.

Dermatoscopia ajută la stabilirea diagnosticului, dar biopsia și examinarea histopatologică sunt esențiale.

Din punctul de vedere dermatoscopic, CBC-uri se împart în pigmentare și nepigmentare. Semne dermatoscopice aproape cu valoare

determinată de radiația solară cumulată, dar nu este singurul factor etiologic.

Basal cell carcinoma is the most common form of human cancer, with an increasing annual incidence in the United States. When diagnosed early, most cases are treated in the dermatology practice, being to a very large extent curable.

Clinical forms:

Superficial or pagetoid BCC, nodular BCC, cystic BCC, ulcerated BCC, pigmented BCC, Morpheaform or sclerodermiform BCC, keloidal BCC, superficial BCC, polypoid BCC, Fibroepitelioma of Pinkus, metatypical BCC, cicatricial BCC, metastatic BCC – extremely rare.

Pigmented BCC is characterized by the presence of melanin pigmentation of tumour and stromal cells. The tumour is a black or blue-coloured papular or nodular lesion. Pearly border and telangiectasias may be present, but are difficult to recognize.

Dermoscopy helps establish the diagnosis, but biopsy and histopathological examination are essential.

From a dermatoscopic point of view, BCCs are divided into pigmented and non-pigmented. Dermatoscopic signs with almost pathogno-

patognomonică: globulele mari cu aspect de ardezie; globule de culoare brun albastru gri; elemente foliacee; structuri în spiță de roată; ulcerarea; capilare dilatate și ramificate.

Caz clinic ales pentru exemplificare: CBC pigmentar (Fig. 6).

Caz clinic: sex masculin, vârsta 60 de ani, localizare gamba.

Nevi intradermici.

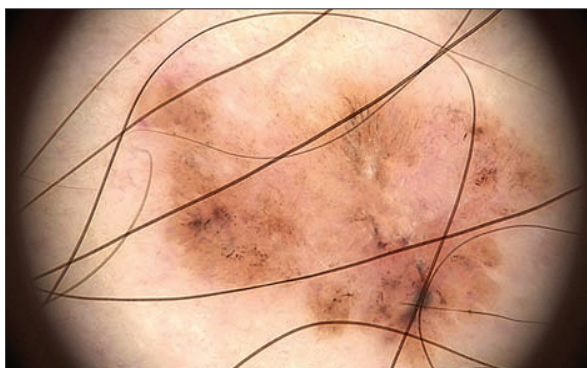


Figura 6. CBC pigmentar- leziune circumscrișă ce nu prezintă rețea pigmentară, neomogen colorată, cu striuri radiare vizibile mai ales în zona orei 12, cu o porțiune centrală semnificativă discret decolorată.

Figure 6 Pigmented BCC - circumscribed lesion that does not present a nonhomogeneously coloured pigmented network, with radial streaks visible especially in the 12 o'clock area, with a significant discreetly discoloured central part.

Concluzii

1. Dermatoscopia joacă un rol foarte important în practica de zi cu zi a clinicianului. Faptul că prevalența melanomului malign a crescut în ultimele decade (pe seama prevalenței melanoamelor aflate în stadii incipiente), se datorează și introducerii examinării dermatoscopice în mod uzual în rândul cabinetelor de dermatologie. Nu trebuie însă uitați factorii ce țin de mediul înconjurător, respectiv situarea într-o anumită regiune geografică, efectele industrializării, găurile din stratul de ozon, factorii socio-culturali (accesul facil la soare, tendințe legate de modă și înfrumusețare).

Suspiciunea de melanom malign a fost ridicată la 4 dintre pacienții luați în studiu, însă diagnosticul de melanom malign a fost infirmat prin examinarea histopatologică. Pacienții cu

monic value: large globules with a slate appearance; brown bluish-gray blood cells; foliar elements; spoke-wheel-like structures; ulceration; dilated and branched capillaries.

Clinical case chosen for example: pigmented BCC (Fig. 6).

Clinical case: male, 60-year-old, location on calf.

Intradermal naevi .

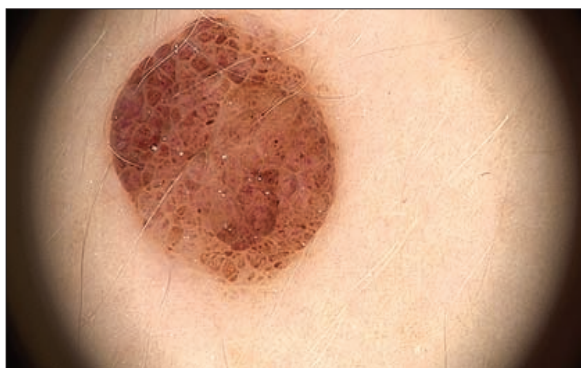


Figura 7. Imagine tipică de nev intradermic, fără potențial malign

Figure 7. Typical image of intradermal naevus, without malignant potential

Conclusions

1. Dermoscopy plays a very important role in the daily practice of the clinician. The fact that the prevalence of malignant melanoma has increased in recent decades (due to the prevalence of melanomas in its early stages) is also due to the introduction of the dermatoscopic examination usually in dermatology practices. However, we should not forget the environmental factors, namely the location in a certain geographical region, the effects of industrialization, the ozone layer holes, the socio-cultural factors (easy access to the sun, trends related to fashion and beauty).

The suspicion of malignant melanoma was raised for 4 of the studied patients, but the diagnosis of malignant melanoma was invalidated by the histopathological examination. Patients with suspected melanoma who had melanic

suspiciune de melanom care aveau leziuni melanice (nevi displazici) au fost urmăriți ulterior la 9 luni, neidentificându-se modificări suplimentare. Pacienții cu nevi atipici au fost urmăriți la minimum 3 luni și maximum 6 luni; leziunile melanice nefiind schimbate.

2. În contextul actual sanitar pandemic, consider oportună achiziționarea unui aparat de videodermoscopie ce ușurează diagnosticul unor afecțiuni dermatologice maligne și pre-maligne, realizând și screeningul cancerului de piele. Dată fiind necesitatea unui astfel de instrument într-o regiune geografică și socio-economică, respectiv Sud-Vest Oltenia, centralizată (polul economic Craiova), achiziționarea unui sistem de videodermoscopie reprezintă o oportunitate de dezvoltare a practicii dermatologice în regiune, iar pentru pacienți de acces mai rapid la screening-ul computerizat al leziunilor melanice.

lesions (dysplastic naevi) were subsequently monitored after 9 months, and no further changes were identified. Patients with atypical naevi were monitored after a minimum of 3 months and after a maximum of 6 months; the melanic lesions remaining unchanged.

2. In the current pandemic context, I consider it appropriate to purchase a videodermoscopy device that facilitates the diagnosis of malignant and premalignant dermatological conditions and that also performs the screening of skin cancer. Given the need for such an instrument in a geographical and socio-economic region, respectively the centralized (Craiova economic pole) South-West Oltenia region, the purchase of a videodermoscopy system is an opportunity to develop dermatological practice in the region, and for the patients it means faster access to computerized screening for melanic lesions.

Bibliografie/Bibliography

1. P. I. Ionescu, 2007, *Dermoscopie Practică (Practical Dermoscopy)*, Publisher: Celsius.
2. Argenziano G., Fabbrocini G., Carli P., De Giorgi V., Sammarco E., Delfino M., 1998, *Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7 point checklist based on pattern analysis*. Arch. Dermatology.
3. Argenziano G., Fabbrocini G., Carli P., De Giorgi V., Delfino M. 1999 *Clinical and dermoscopic criteria for the preoperative evaluation of cutaneous melanoma thickness*, J Am Acad Dermatol.
4. Carli P., De Giorgi V., Soyer H.P., Mannone F., Giannotti B., 2000, *Dermoscopy in the diagnosis of pigmented skin lesions – A new semiology for the dermatologist*, J Eur Acad Dermatol Venerol
5. Dick V, Sinz C, Mittlbock M, Kittler H, Tschandl P. 2019, *Accuracy of computer-aided diagnosis of melanoma: a meta-analysis*. JAMA Dermatol.
6. Del Rosario F, Farahi JM, Drendel J, et al., 2018, *Performance of a computer-aided digital dermoscopic image analyzer for melanoma detection in 1,076 pigmented skin lesion biopsies*. J Am Acad Dermatol.
7. Winkler JK, Sies K, Fink C, Toberer F, Enk A, Deinlein T, Hofmann-Wellenhof R, Thomas L, Lallas A, Blum A, Stolz W, Abassi MS, Fuchs T, Rosenberger A, Haenssle HA. 2020, *Melanoma recognition by a deep learning convolutional neural network-Performance in different melanoma subtypes and localisations*. Eur J Cancer.
8. L.,Katz S., B., A., D., K., 2012, *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, Eighth Edition*, McGraw-Hill
9. A. du Vivier, 2013, *Atlas of Clinical Dermatology*, Fourth Edition, Publisher: Elsevier Saunders.
10. Christopher Bichakjian, MD, (Co-Chair) et al., 2017, *Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma*, Article in Press – American Academy of Dermatology
11. Burgdorf, W.H.C.; Plewig, G.; Wolff, H.H. Landthaler, M. (Eds.), 2009, *Braun-Falco's Dermatology*, Springer Verlag.
12. J. D'Orazio , S. Jarrett, A. Amaro-Ortiz, T.Scott, 2013, *UV Radiation and the Skin*, F
13. Saurat J.H. 2017 *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles* –Elsevier Masson
14. Burns T (Editor), Breathnach S.(Editor), Cox N.(Editor), Griffiths C.(Editor), 2013 *Rook's Textbook of Dermatology, 8th Edition*, Wiley-Blackwell.
15. Bologna J. Jorizzo J. Schaffer J., 2012, *Dermatology*, Saunders
16. Haenssle H. A., Fink C., Schneiderbauer R., Toberer F., Buhl T., Blum A., Kallou A., Hassen A Ben Hadj, Thomas L., Enk A. & Uhlmann L., 2018, *Man against machine: diagnostic performance of a deep learning convolutional neural network for dermoscopic melanoma recognition in comparison to 58 dermatologists* Annals of Oncology

17. Fink C., Blum A., Buhl T., Mitteldorf C., Hofmann-Wellenhof R., Deinlein T., Stolz W., Trennheuser L., Cussigh C., Deltgen D., Winkler J.K., Toberer F., Enk A., Rosenberger A., Haenssle H.A., 2020 *Diagnostic performance of a deep learning convolutional neural network in the differentiation of combined naevi and melanomas*, JEADV
18. Haenssle H.A., Fink C., Toberer J., Winkler J., Stolz W., Deinlein T., Hofmann-Wellenhof R., Lallas A., Emmert S., Buhl T., Zutt M., Blum A., Abassi M.S., Thomas L., Tromme I., Tschandl P., Enk A., Rosenberger A., 2020, *Man against machine reloaded: performance of a market-approved convolutional neural network in classifying a broad spectrum of skin lesions in comparison with 96 dermatologists working under less artificial conditions* Annals of Oncology.

Conflict de interese:

Articolul de față reprezintă tema de cercetare în cadrul proiectului Antreprenariat Sustenabil în Regiunea Sud Vest Oltenia, POCU exercițiu financiar 2014-2020. Cu ajutorul finanțării obținute s-a achiziționat un sistem de videodermatoscopie.

Conflict of interest:

This article represents the research topic of the project Sustainable Entrepreneurship in South-West Oltenia Region, HCOP 2014-2020. By means of the obtained funding, a videodermoscopy system was purchased.

Adresa de corespondență: Oana Alexandru Nițulescu
E-mail: cioboataoana@yahoo.com

Correspondance address: Oana Alexandru Nițulescu
E-mail: cioboataoana@yahoo.com