

kontrastní látky nesytlo. Uzavřeno jako makrocystický septovaný lymfangiom. Pacientka byla u lůžka vyšetřena hematologem s pomocí tlumočnicka. Rodiče byli obeznámeni s diagnózou i navrženým konzervativním léčebným postupem. Dítě bylo z 2. fyziologické gravidity (10letý bratr zdravý), PH/PD 3 200 g/50 cm, porod byl spontánní záhlavím, v termínu, nebyla kříšena, poporodní adaptace byla bez komplikací. Matka je v dispenzarizaci endokrinologa pro sníženou funkci štítné žlázy, otec je zdravý. Dítě bylo 2. den propuštěno plně kojeno do domácí péče s doporučením pravidelných kontrol v hematologické ordinaci. Přijímajícím a ošetřujícím lékařem byly při fyzikálním vyšetření na hýždích novorozence popsány pigmentové skvrny, kterým jsem při vyšetření cystického útvaru u lůžku větší pozornost nevěnoval. Při opakovaných návštěvách ve své ordinaci jsem mnohočetné šedomodré až nazelenalé kožní plochy dominantně přítomny v gluteální oblasti, zřetelně pozoroval i na konci kojeneckého období (Obr. 1). Pokládal jsem otci, který se mnou obvykle komunikoval, otázkami, kterými jsem chtěl vysvětlit a ve skrytu duše vyloučit i potenciální neopatrné zacházení s dítětem. Vzhledem k tomu, že oba rodiče jsem znal dlouhou dobu jako velmi pečlivé a starostlivé lidi, tuto možnost jsem si nepřipouštěl. Když otec viděl, že se opakovaně vracím k otázkám, týkajícím se jejich vzniku, rozsahu a vývoje, „vysvobodil mě“ ponaučením, že všechny vietnamské děti mívají tyto skvrny od narození a ty po několika letech úplně zmizí. S nelibostí jsem přiznal svou nevědomost a po skončení ordinace jsem netrpělivě vyhledal v PubMedu první odborné publikace o mongolských skvrnách, dnes označované jako vrozená dermální melanocytoza.

Pacientku jsme opakovaně vyšetřili k posouzení potenciálního růstu makrocystického lymfangiomu pomocí ultrazvukového vyšetření. To opakovaně potvrdilo postupnou regresi, původní cysty neměly téměř žádnou tekutinovou náplň a byly tvořeny z větší části jen tlustou stěnou. Některé spolu vzájemně komunikovaly, jiné byly samostatné, největší z nich byla asi 12 mm velká (UZ vyšetření ve věku 12 měsíců). Pacientka zůstává i nadále v naší odborné péči.

### Diskuze

Melanocyty jsou embryologicky odvozeny z kmenové populace melanoblastů, které

pocházejí z neurálního hřebene po uzavření neurální trubice. U lidského embrya začíná migrace ve 2,5 týdnu těhotenství (melanocyty byly v elektronovém mikroskopu prokázány v epidermis od 8. týdnu těhotenství) (5). Při normálním vývoji plodu jsou melanocyty přítomny v dermis embrya do deseti týdnů těhotenství a migrují do epidermis mezi 11. a 14. týdnem těhotenství. Do 20. týdne gestace by v dermální vrstvě neměly zůstat žádné melanocyty. U KDM **zůstávají melanocyty v dermis a aktivně produkují melanin**. Modrošedou barvu postižené kůže lze vysvětlit Tyndallovým efektem, kdy dermální **melanin rozptyluje kratší vlnové délky světla (modré světlo), které se odráží na povrchu kůže**. Extracelulární vlák-

nité pláště chrání dermální melanocyty. Tento plášť se však během života plodu a raného dětství postupně ztrácí a ničí, čímž pigmentové zbarvení kůže postupně vymizí (1).

Termín Mongolská skvrna je nadále používán v nejnovější literatuře, i když je považován za znevažující pro některé etnické skupiny lidí. Tento kožní nálezn je vhodné označovat jako kongenitální dermální melanocytoza (KDM). S tímto označením lze souhlasit, i proto, že se jedná o specifický popisný termín (vrozený) s histopatologickým významem (dermální melanocyty). KDM je nejčastější pigmentovou lézí u novorozenců.

Erwin Otto Eduard von Bälz byl v roce 1885 považován za prvního, kdo popsal tento klinický

**Obr. 1.** Mnohočetné modré, modrošedé až šedočerné (oválné ložisko) skvrny na zádech a hýždích vietnamského kojence ve věku jednoho roku života

