

Histopatologia

- Nabłonek paraepidermoidalny ze zwiększoną ilością melaniny w warstwie podstawnej.

Diagnostyka różnicowa

- Znamiona melanocytowe.
- Czerniak.

Leczenie

- Zmiany łagodne.
- Zabiegi ze wskazań estetycznych – krioterapia, laseroterapia.
- W przypadku podejrzenia czerniaka – wycięcie chirurgiczne.

Słoneczne plamy soczewicowate
(*starcze plamy soczewicowate, Lentigo solaris, Lentigo senilis, plamy wątrobowe*)

Etiologia i patogenez

- Plamy występujące u dorosłych w miejscach narażonych na przewlekłe działanie światła.

Objawy kliniczne

- Na powierzchniach grzbietowych dłoni, przedramionach, ramionach, na twarzy – jasnobrązowe plamy wielkości ziaren soczewicy.
- Zmiany mogą cechować nieregularne granice i zlewanie się z otaczającą skórą.

Histopatologia

- Wydłużone sople naskórkowe ze zwiększoną ilością melaniny w szczycach.
- Cechy przewlekłego uszkodzenia słonecznego naskórka i skóry właściwej.

Diagnostyka różnicowa

- Lentigo maligna*.
- Łojotokowe rogowacenie naskórka.

Leczenie

- Dermabrazja.
- Krioterapia.
- Laseroterapia.
- PDT (*photodynamic therapy*).
- LED.

Znamiona melanocytowe
(*Naevi melanocytici*)

Według Happle'a są to widoczne, ograniczone, długotrwałe zmiany na skórze i błonach śluzowych zbudowane z melanocytów. Klinicznie to zmiany plamiste lub grudkowe o zabarwieniu podobnym do koloru skóry, niebieskim, brązowym lub czarnym.

Znamiona skórne

Klinicznie zmiany o szaroniebieskim, sinym zabarwieniu i nieostrych brzegach. Melanocyty tych znamion kończą migrację w skórze właściwej, nigdy nie osiągając naskórka.

Plama mongolska
(*Macula mongolica, Mongolian spot*)

Etiologia i patogenez

- Występuje głównie u dzieci ras kolorowych (u pow. 90% Azjatów i Latynosów).
- Zwykle zanika w ciągu 3–4 lat po urodzeniu, niekiedy może utrzymywać się do wieku średniego.

Objawy kliniczne

- Błękitne lub szaroniebieskie przebarwienie w okolicy krzyżowo-ogonowej.

Histopatologia

- W warstwie siateczkowej skóry właściwej wydłużone komórki dendrytyczne o układzie równoległym do powierzchni skóry.

Diagnostyka różnicowa

- Naczyniak jamisty.

Leczenie

- Zmiana nie ulega transformacji złośliwej, leczenie nie jest konieczne.

Znamię Oty (*Naevus fusco-coeruleus ophtalmomaxillaris Ota, Oculodermal melanocytosis*)

Etiologia i patogenez

- Zmiany barwnikowe ograniczone głównie do osób rasy azjatyckiej.
- Występujące trzykrotnie częściej u kobiet.
- Pojawiają się tuż po urodzeniu lub w okresie dojrzewania i przemian hormonalnych.

Objawy kliniczne

- Niebieskawe lub brązowe plamy w okolicy skroniowej, oczodołowej, jarzmowej, czołowej skóry twarzy.
- Mogą obejmować twardówkę, spojówkę, rogówkę i siatkówkę oka, błonę śluzową nosa i ust.
- Zmiany najczęściej są jednostronne.

Diagnostyka różnicowa

- Naczyniak jamisty.

Histopatologia

- W górnej strefie warstwy siateczkowej skóry właściwej, pomiędzy włóknami kolagenowymi, stwierdza się wydłużone, dendrytyczne melanocyty.

Leczenie

- Obserwacja.
- Kosmetyka korekcyjna.
- Laseroterapia.

Znamię Ito (*Naevus fusco-coeruleus deltoideum-acromialis, deltoideoacromial melanocytosis*)

Etiologia i patogenez

- Podobnie jak w przypadku znamienia Oty.

Objawy kliniczne

- Plamy niebieskawe lub brązowe, zajmujące obszar nadobojczykowy, okolice łopatki i karku.

Histopatologia

- Podobnie jak w znamieniu Oty.

Diagnostyka różnicowa

- Zmiany naczyniowe w tkance podskórnej.

Leczenie

- Leczenie nie jest konieczne.

Znamię błękitne (*Naevus coeruleus, blue nevus*)**Etiologia i patogenez**

- Łagodna zmiana barwnikowa uwarunkowana genetycznie.

Objawy kliniczne

- Zazwyczaj pojedynczy, spisty, niebieski guzek średnicy do 1 cm.
- Może umiejscawiać się w całej skórze.

Histopatologia

- Wydłużone, wrzecionowate melanocyty zawierające ziarnistości melaninowe w skórze właściwej, a nawet tkance podskórnej, rzadko dochodzące do naskórka.

Diagnostyka różnicowa

- Włókniak twardy.
- Dermatofibrosarcoma protuberans*.
- Neurofibroma, neurilemoma*.
- Przerzut czerniaka do tkanki podskórnej.

Leczenie

- Znamię złośliwieje niezmiernie rzadko.
- Ze względu na trudności diagnostyczne związane z lokalizacją zmian – wskazana obserwacja lub chirurgiczne usunięcie zmiany.



Rycina 12-1. Znamię błękitne.

Znamiona zwykłe

Guzy barwnikowe zbudowane z melanocytów, charakteryzujące się dużą liczbą odmian klinicznych i histologicznych.

Plama soczewicowata (*Lentigo simplex*)**Etiologia i patogenez**

- Zmiany o mnogim charakterze często występujące u dzieci, niezależne od działania światła.
- Mogą być pierwszym etapem na drodze rozwoju znamienia melanocytowego.

Objawy kliniczne

- Mała, płaska, regularna, dobrze odgraniczona od otoczenia plama koloru brązowego wielkości ziarna soczewicy.

Histopatologia

- Zwiększona ilość prawidłowych melanocytów w warstwie podstawnej naskórka.

Diagnostyka różnicowa

- Znamię melanocytowe (znamię łączące).

Leczenie

- Obserwacja, w przypadku podejrzenia przemiany złośliwej wycięcie diagnostyczne z weryfikacją histopatologiczną.

Znamię Clarka**Etiologia i patogenez**

- Zmiana łagodna barwnikowa uwarunkowana genetycznie.
- Dodatkowe elementy etiologiczne to czynniki hormonalne oraz intensywne ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe.

Objawy kliniczne

- Lekko wyniosłe, gładkie lub nieznacznie brodawkowate zmiany barwnikowe.

Histopatologia

- Melanocyty na granicy skórno-naskórkowej oraz w górnych warstwach skóry właściwej.

Diagnostyka różnicowa

- Brodawka łojotokowa.
- Melanoma malignum*.

Leczenie

- Obserwacja, usunięcie diagnostyczne w przypadku podejrzenia przemiany złośliwej.

Znamię Mieschera**Etiologia i patogenez**

- Łagodna zmiana barwnikowa uwarunkowana genetycznie.

Objawy kliniczne

Guzy o szerokiej podstawie i gładkiej powierzchni, nieznacznie wybarwiony lub o kolorze skóry, zlokalizowany na twarzy.

Histopatologia

- Melanocyty na granicy skórno-naskórkowej oraz w górnych warstwach skóry właściwej.

Diagnostyka różnicowa

- Melanoma amelanoticum*.
- Naevus Spitz*.
- Fibroma*.

Leczenie

- Obserwacja, usunięcie diagnostyczne w przypadku podejrzenia przemiany złośliwej.

Znamię Unny**Etiologia i patogenez**

- Łagodna zmiana barwnikowa uwarunkowana genetycznie.

Objawy kliniczne

- Mocno wybarwione, brodawkowe znamię najczęściej na skórze tułowia.

Histopatologia

- Melanocyty na granicy skórno-naskórkowej oraz w górnych warstwach skóry właściwej.

Diagnostyka różnicowa

- Brodawka łojotokowa.
- Czerniak.

Leczenie

- Obserwacja, w przypadku podrażnień lub urazu mechanicznego usunięcie ze wskazań profilaktycznych.

Znamię Spitz (Melanoma juvenile, spindle and epithelioid cell nevus)**Etiologia i patogenez**

- Znamię częste u dzieci, jednak w 1/4 przypadków pojawia się po 30. roku życia. Łagodna zmiana o charakterze nabytym, mogąca występować w powiązaniu z innymi wrodzonymi zaburzeniami.

Objawy kliniczne

- Są to zazwyczaj pojedyncze guzki o gładkiej powierzchni i dobrze odgraniczonym brzegu, barwy czerwonej lub sinawej.
- Nie wykazują skłonności do rozpadu i odczynu zapalnego.
- Na powierzchni często pojawiają się liczne rozszerzone naczynia włosowate (teleangiectazje).
- Przebieg jest powolny, zmiany nie ulegają zezłószeniu.

Histopatologia

- Duże wrzecionowate melanocyty pojedyncze i w gniazdach na granicy skóry i naskórka.
- Komórki o dużych jądrach z nielicznymi i prawidłowymi figurami podziału.
- Nie ma atypii komórkowej.
- Komórki znamienia nie przenikają powyżej warstwy podstawnej naskórka.

Diagnostyka różnicowa

- Melanoma malignum*.
- Naevus pigmentosus*.
- Leiomyosarcoma*.
- Carcinoma fusocellulare*.
- Granuloma*.

Leczenie

- Zabieg chirurgiczny – usunięcie zmiany diagnostycznej (z minimalnym marginesem tkanek zdrowych).

Znamiona wrodzone

(owłosione znamię wrodzone, znamię olbrzymie, znamię kąpielowe)

Etiologia i patogenez

- Przyczyna powstawania wrodzonych znamion melanocytowych jest niejasna.
- Powstają prawdopodobnie w wyniku zaburzenia migracji melanocytów z komórek grzebienia nerwowego w trakcie rozwoju embrionalnego.
- W większości przypadków mają charakter sporadyczny.
- Duże, zniekształcające znamiona pojawiają się z częstotliwością 1/5 000–1/20 000 urodzeń.

Objawy kliniczne

- Znamiona o różnorodnym obrazie klinicznym o wielkości od kilku milimetrów do rozmiarów obejmujących powierzchnię całej skóry.
- Mogą istnieć już w momencie narodzin lub pojawić się w okresie niemowlęcym.
- Większość z nich jest z terminalnym owłosieniem, spotykane są również zmiany nieowłosione.
- Większość znamion ma owalny kształt z brodawkową powierzchnią i ciemne zabarwienie.
- Obecność dużych znamion wrodzonych może być związana z występowaniem chorób i zespołów wrodzonych (nerwiakowłókniakowatość typu I).

Znamiona wrodzone podzielono w zależności od wielkości na małe (do 1,5 cm), średniej wielkości (od 1,5 cm do 20 cm) oraz duże (powyżej 20 cm). Znamiona duże są obarczone ok. 6–15% ryzykiem przemiany nowotworowej w *Melanoma malignum*.

Histopatologia

- Melanocyty w skórze i przydatkach skórnych, duża liczba włosów terminalnych.

Diagnostyka różnicowa

- Znamię koloru kawy z mlekiem.
- Znamiona naskórkowe.
- Znamię płaskie.
- Znamię Beckera.
- Znamię melanocytowe o charakterze nabytym.



Rycina 12-2. Znamię wrodzone.

Leczenie

- Obserwacja.
- Dermabrazja.
- Wycięcie chirurgiczne.
- Usuwanie etapowe.
- Zabiegi usunięcia połączone z zastosowaniem ekspanderów lub wolnych przeszczepów skóry.
- Plastyki płatowe.

Znamiona płaskie (*Naevus spilus*)**Etiologia i patogeneza**

- Łagodna zmiana barwnikowa uwarunkowana genetycznie.

Objawy kliniczne

- Plama koloru kawy z mlekiem z licznymi nakrapianymi małymi znamionami.

Histopatologia

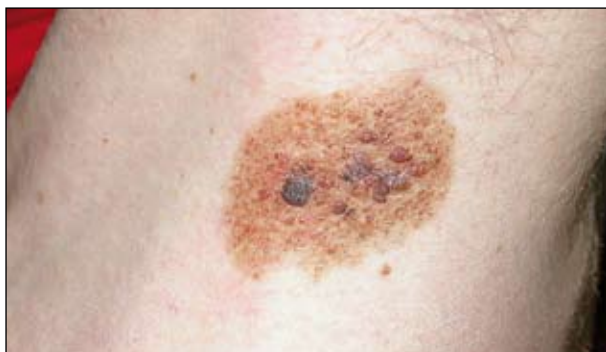
- Różnorodny obraz histologiczny: cechy znamion łączących, złożonych, znamion Spitz.

Diagnostyka różnicowa

- Melanoma malignum*.

Leczenie

- Znamię nie wymaga leczenia.



Rycina 12-3. Znamię płaskie.

Znamię z odbarwieniem (znamię Suttona, Halo naevi, bielactwo odśrodkowe nabyte)**Etiologia i patogeneza**

- W wyniku nagromadzenia limfocytów i następujących reakcji immunologicznych dochodzi do niszczenia zarówno melanocytów tworzących znamię, jak i w jego bezpośrednim otoczeniu.

Objawy kliniczne

- Znamię częste u osób młodych, najczęściej jako pojedynczy wykwit na plecach.
- Zazwyczaj wokół znamienia lub paru znamion powstaje obszar odbarwienia.
- Często czynnikiem inicjującym jest oparzenie słoneczne.
- Z upływem czasu może zaniknąć całe znamię, a obszar odbarwienia w późniejszym okresie może ulec repigmentacji.



Rycina 12-4A, B. Znamię Suttona.

Histopatologia

- Rozróżnia się odmiany – zapalną i niezapalną (zmiana niezapalna nie ulega samoistnej regresji).
- W odmianie zapalnej stwierdza się naciek z komórek limfoidalnych i makrofagów w skórze właściwej.
- Gniazda melanocytów ulegają rozproszeniu i uszkodzeniu.

Diagnostyka różnicowa

- Czerniak z cechami regresji.

Leczenie

- Zmiany nie wymagają leczenia.
- W wypadku wątpliwości co do rozpoznania wskazane jest profilaktyczne usunięcie.

Znamiona dysplastyczne (*Dysplastic naevi*)**Etiologia i patogeneza**

- Częste zmiany melanocytowe występujące pojedynczo u ok. 60–90% populacji.

Objawy kliniczne

- Najczęściej płaskie, ciemne zmiany średnicy zwykle kilku–kilkunastu milimetrów, zlokalizowane najczęściej na tułowie.
- Charakteryzują się asymetrycznym kształtem, nieregularnym ograniczeniem, niejednorodną pigmentacją, zmienną dynamiką rozwoju.
- W niektórych przypadkach mogą posiadać obszary regresji lub obwodowego zaczerwienienia.
- W okresie pokwitania, ciąży lub przy nadmiernej ekspozycji na światło słoneczne ich ilość zazwyczaj się zwiększa.
- Na bazie znamienia dysplastycznego może dojść do rozwoju czerniaka.

Histopatologia

- Gniazda melanocytów rozprzestrzenione poza granice zasadniczej części znamienia.
- Zwiększenie ilości melanocytów w strefie łączącej z tendencją do szerzenia się w kierunku warstwy rogowej naskórka.
- Częsty rozwój włóknienia w warstwie brodawkowatej z odczynem limfocytarnym.
- Czasami zwiększone tworzenie naczyń.

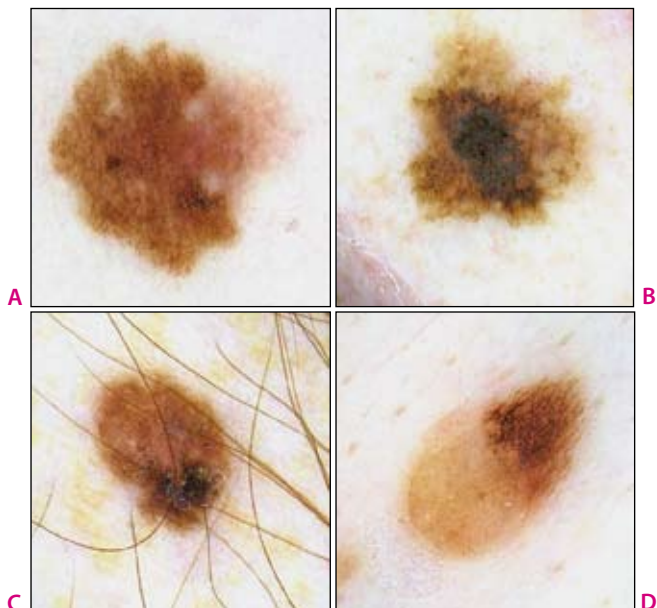
Diagnostyka różnicowa

- Czerniak.

Leczenie

- Obserwacja dermatoskopowa lub wideodermatopowa w odstępach 3–6- miesięcznych.

- Fotoprotekcja oraz samokontrola.
- W przypadku podejrzenia przemiany złośliwej wycięcie diagnostyczne znamienia.



Rycina 12-5A, B, C, D. Znamiona dysplastyczne.

Czerniak (*Melanoma malignum*)

Epidemiologia

- Melanoma malignum* to najbardziej złośliwy nowotwór skóry wywodzący się z melanocytów znamion barwnikowych lub powstający *de novo* w skórze niezmięnionej.
- W skali całego świata liczba nowych zachorowań na czerniaka ulega podwojeniu, co 10 lat.
- Prawie 80% wszystkich zachorowań odnotowuje się w Ameryce Północnej, Europie, Nowej Zelandii.
- Częstość zachorowań w Europie to 12/100 000, w Australii i południowo-zachodnich Stanach Zjednoczonych 40/100 000.
- Uważa się, że na czerniaka skóry łatwiej zapadają osoby o jasnej skórze, włosach blond i niebieskich oczach.
- Choroba statystycznie częściej dotyczy kobiet, lokalizując się na kończynach dolnych lub twarzy.
- U mężczyzn najczęstszą lokalizacją zmian jest skóra tułowia.
- W Polsce czerniak złośliwy jest rzadkim nowotworem. W 2002 roku odnotowano 1831 zachorowań na czerniaka (822 u mężczyzn i 1009 u kobiet) oraz 875 zgonów (424 u mężczyzn i 451 u kobiet). W tym samym roku wskaźnik śmiertelności wynosił 0,52 u mężczyzn i 0,45 u kobiet.

Etiologia i patogenez

- Głównymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania są:
 - Nadmierna ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe i oparzenia słoneczne (naturalne – promienie słoneczne i sztuczne – solaria).

- Obecność znamion melanocytowych, a zwłaszcza dysplastycznych.
- Jasny (I lub II) fototyp skóry, rude włosy, piegę, jasne włosy, niebieskie oczy.
- Ciężkie oparzenia słoneczne przebyte w dzieciństwie.
- Rodzinne występowanie czerniaka (FAMM syndrome).
- Stany immunosupresji nabytej lub wrodzonej.
- Obecność znamion melanocytowych wrodzonych (II i III grupa).
- Stałe drażnienie mechaniczne lub chemiczne.

Kliniczno-histologiczne odmiany czerniaka

Złośliwa plama soczewicowata (*Lentigo maligna*, *lentigo maligna melanoma*, *plama Hutchinsona*)

Objawy kliniczne

- Stanowi przedinwazyjną postać czerniaka lentigialnego – *melanoma in situ*.
- Zwykle występuje u osób starszych rasy białej, głównie kobiet, na skórze przewlekle poddawanej działaniu promieni słonecznych.
- Najczęstsza lokalizacja to twarz.
- Występuje w postaci małej, dobrze odgraniczonej, nieregularnej plamki barwy od brązowej do czarnej.

Histopatologia

- W obrazie mikroskopowym widoczny jest rozrost atypowych melanocytów w warstwie podstawnej naskórka.
- Komórki cechuje atypia, pleomorfizm, obecność licznych figur podziału.
- W podścielisku występują nacieki z limfocytów wokół cienkościennych naczyń, histocyty wypełnione melaniną, cechy zaniku naskórka i elastozę słoneczną w podścielisku oraz atypowe melanocyty w nabłonku przydatków skóry.

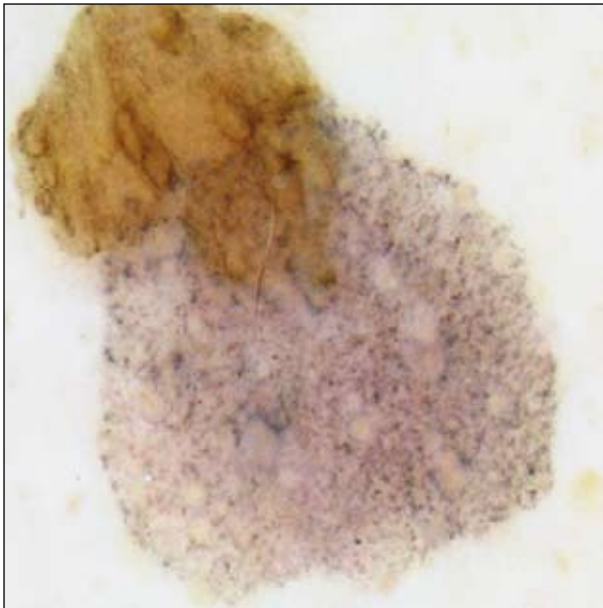
Diagnostyka różnicowa

- Czerniak szerzący się powierzchownie.
- Rogowacenie słoneczne.
- Podrażnione brodawki łojotokowe.
- Słoneczne plamy soczewicowate.

Czerniak lentigialny (*Lentigo maligna melanoma*)

Objawy kliniczne

- Powstaje na bazie plamy złośliwej soczewicowatej.
- Stanowi 5% wszystkich przypadków czerniaka.
- Rozwija się u osób nadużywających kąpiele słonecznych, w skórze z cechami zaniku słonecznego (*keratosis solaris*, *keratosis senilis*).
- Powstaje jako płaska, brązowa lub brązowo-czarna, nieregularna plama różnej wielkości z niejednorodną pigmentacją, a także częstymi strefami rozjaśnienia (regresji).
- Badaniem mikroskopowym stwierdza się w fazie po-



Rycina 12-6. Czerniak lentigialny.

ziomej linijnie ułożone melanocyty, głównie w warstwie podstawnej lub w postaci soplej skórno-naskórkowych (faza pionowa).

- W patogenezie tego typu czerniaka znaczącą rolę odgrywa promieniowanie słoneczne.
- Ma powolny, wieloletni przebieg i dość dobrze rokuje.

Czerniak szerzący się powierzchownie (Superficial Spreading Melanoma, SSM)

Objawy kliniczne

- Stanowi 60–70% wszystkich czerniaków występujących u osób rasy kaukaskiej.
- Najczęstsza lokalizacja u mężczyzn to górne partie ciała (plecy), a u kobiet kończyny dolne (podudzia).
- Na skórze widoczny jest pod postacią płaskich lub płasko wyniosłych zmian barwnikowych, wyraźnie odgraniczonych od otoczenia. Brzegi zmian mogą posiadać wypustki barwnika na przemian z ogniskami zaniku zabarwienia.
- Kolory zmiany to odcienie od brązu do koloru czarnego, białe ogniska (z cechami regresji), zaczerwienienia (związane z odczynem zapalnym), odcień szaroniebieski (połączenie zaniku w naskórku z inwazją skóry właściwej).

Histopatologia

Atypowe melanocyty pojedyncze i zgrupowane w „gniazdach komórkowych” w obrębie akantotycznego naskórka. Prekursorem SSM jest *melanoma in situ* rozwijający się na podłożu znamienia lub plamy barwnikowej.

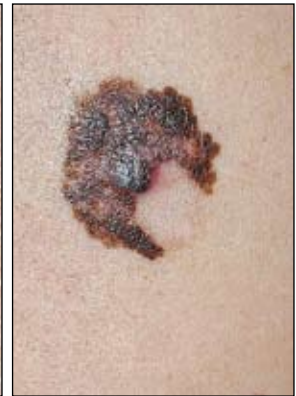
Czerniak guzowaty (Nodular melanoma, NMM)

Objawy kliniczne

- Stanowi około 15–30% wszystkich czerniaków.
- Rozwijają się w dowolnych lokalizacjach, najczęściej na tułowiu.
- Występuje głównie u mężczyzn w średnim wieku.



A



B

Rycina 12-7A, B. Czerniak szerzący się powierzchownie.



A



B

Rycina 12-8A, B. Czerniak guzowaty.



A



B

Rycina 12-9A, B. Czerniak guzowaty.

- Powstające ognisko często przypomina grudkę, dlatego bywa również nazywany *papular melanoma*.
- Zmiany guzkowe są najczęściej czarne, ale mogą mieć również barwę purpurową lub czerwono-brązową.
- W niektórych przypadkach wokół guza może pojawić się jasna obwódka, tzw. halo.
- Mogą mieć kształt symetryczny, średnicę 1–2 cm i większą, szybko powiększającą się, mogą ulegać owrzodzeniu lub krwawieniu.

Histopatologia

- Lity guz zbudowany z komórek o różnorodnym obrazie mikroskopowym (wrzecionowate, epitelioidalne, polimorficzne).

- Widoczny naciek skóry właściwej lub tkanek leżących głębiej.

Czerniak okolic dystalnych (Acro-lentiginosum melanoma, acrolentiginous melanoma, ALM)

Objawy kliniczne

- ALM stanowi 2–10% czerniaków u rasy białej, u rasy czarnej, Hiszpanów czy Azjatów odsetek ten zwiększa się ponad 20%.
- Występuje głównie na podszewkach stóp i na dłoniach, przede wszystkim w obrębie palców (okolice około- i podpaznokciowe stóp i dłoni).
- Najczęściej pojawia się u ludzi starszych około 60. roku życia.
- Ocena kliniczna tego typu sprawia największe trudności, ponieważ skóra rąk i stóp pokryta jest naskórkiem o grubej warstwie rogowej, co utrudnia wczesną diagnostykę.
- W początkowej fazie jest nieregularnie zabarwioną plamą o cechach zbliżonych do złośliwej plamy soczewicowatej. W jej obrębie mogą pojawić się obszary regresji oraz egzofityczny wzrost.
- Okoliczne tkanki ulegają obrzękowi i zaczerwienieniu.
- Pod płytką paznokciową pojawiają się nieregularne pasma barwnika.

Histopatologia

Duże, mocno rozgałęzione atypowe melanocyty w warstwie podstawnej naskórka, w miarę wzrostu gniazda melanocytów w obrębie strefy łączącej z następującym naciekiem skóry właściwej.

Inne odmiany czerniaka

Czerniak błon śluzowych (Acral lentiginous mucosal melanoma, ALMM)

Objawy kliniczne

- Czerniak o lokalizacji w błonie śluzowej jamy ustnej jest rzadki, stanowi około 1–2% wszystkich postaci nowotworu. Jest nowotworem błon śluzowych z przyległym, wewnątrz nabłonkowym komponentem typu *lentigo*. W obrazie klinicznym w początkowym okresie rozwoju przedstawia się w postaci niebolesnej, brązowo-czarnej plamy, która często jest zlekceważona lub niezauważona przez pacjentów.
- W późniejszym okresie tworzy się guzdek lub guzek, który ulega owrzodzeniu albo nacieka otaczającą błonę śluzową.
- W bardzo rzadkich przypadkach może wystąpić postać bezbarwna.
- Rokowanie w ALMM jest złe, odsetek pięcioletnich przeżyć wynosi 5%.

Czerniak desmoplastyczny (Desmoplastic melanoma)

Objawy kliniczne

- Dotyczy głównie osób w wieku 40–60 lat. Najczęściej występuje u kobiet.
- Ognisko pierwotne pojawia się na skórze twarzy lub ramienia.

- Rozwija się głównie w wyniku progresji zmian powierzchniowych, takich jak *lentigo maligna*.
- Komórki są najczęściej wrzecionowate, o różnym stopniu atypii. Ich wzrostowi towarzyszy znaczna produkcja włókien kolagenowych, co powoduje trudności różnicowania z guzami neurogennymi (*schwannoma*) i włóknistymi (*dermatofibrosarcoma, fibromatosis*).
- Zwykle zawierają niewielką ilość melaniny.
- Często zmianie towarzyszy odczyn desmoplastyczny z obfitym naciekiem limfocytów.
- Charakterystyczne jest naciekanie nerwów.

Czerniak neurotropowy (Neurotropic melanoma)

Objawy kliniczne

- Podobnie jak *desmoplastic melanoma* cechuje się inwazją nerwów, jest zbudowany z komórek wrzecionowatych i wykazuje cechy desmoplazji.
- Większość przypadków NM nie różni się w istotny sposób od DM, dlatego określa się je niekiedy terminem *desmoplastic neurotropic melanoma*. Główną różnicą między nimi jest fakt, iż odmiany neurotropowe cechują się większą agresywnością rozwoju.
- Częste są wznovy miejscowe, ponieważ doszczętne leczenie operacyjne jest technicznie trudne.

Czerniak amelanotyczny (Melanoma amelanoticum)

Objawy kliniczne

- Stanowi mniej niż 2% wszystkich przypadków czerniaka. Jest jedną z najcięższych postaci. Nie zawiera barwnika lub bardzo małe jego ilości.
- Brak syntezy barwnika jest wyrazem mniejszej dojrzałości komórek nowotworowych, a tym samym ich większej złośliwości.
- Rzadką odmianą tego nowotworu jest amelanotyczny *lentigo maligna*, który może przypominać przedinwazyjną postać raka płaskonabłonkowego (choroba Bowena) lub *keratosis actinica*.
- Zmiana powstaje na skórze niezmienionej i ma kolor skóry prawidłowej lub różowawy. Wiąże się z tym późne rozpoznanie, które dodatkowo pogarsza i tak już niekorzystne rokowanie.

Czerniak łóżyska paznokcia (Subungual melanoma)

Objawy kliniczne

- Stanowi 1–3% wszystkich czerniaków.
- Ta postać występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn.
- Większość przypadków pojawia się między 60. a 70. rokiem życia.
- Najczęściej umiejscawia się pod płytką paznokciową palucha lub kciuka.

Czerniak gałki ocznej

Objawy kliniczne

- Występuje jednakowo często u obu płci.
- Ze względu na odmienności budowy układu chłonnego w gałce ocznej (brak naczyń chłonnych) różni się przebiegiem klinicznym od czerniaka skóry i błon śluzowych.