

Molekularna i morfološka raznolikost spitz melanocitnih neoplazmi

Novak, Ivan

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:565990>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-26**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine
Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Medicinski fakultet

Ivan Novak

**MOLEKULARNA I MORFOLOŠKA RAZNOLIKOST SPITZ MELANOCITNIH
NEOPLAZMI**

Diplomski rad



Zagreb, 2024.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Kliničkom zavodu za patologiju i citologiju Ljudevit Jurak Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Monike Ulamec, u sklopu studije koja se provodi u suradnji s Klinikom za kožne i spolne bolesti Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice u Zagrebu kao referentnim centrom ministarstva zdravlja za melanocitne lezije i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2023./2024.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA

ALK	proto-onkogen odgovoran za nastanak anaplastičnog limfoma (engl. <i>anaplastic lymphoma receptor tyrosine kinase</i>)
APC	tumor-supresorski gen u adenomatoznoj polipozi kolona (engl. <i>adenomatous polyposis coli</i>)
ARAF	proto-onkogen iz <i>Raf</i> obitelji proto-onkogeni
AST	atipični Spitz tumor
BAP1	tumor-supresorski gen (engl. <i>BRCA1 Associated Protein 1</i>)
BRAF	proto-onkogen iz <i>Raf</i> obitelji proto-onkogeni (engl. <i>rapidly accelerated fibrosarcoma</i>)
CDKN2A	tumor-supresorski gen (engl. <i>Cyclin Dependent Kinase Inhibitor 2A</i>)
CGH	komparativna genomska hibridizacija (engl. <i>comparative genomic hybridization</i>)
CTNNB1	proto-onkogen (engl. <i>Catenin Beta 1</i>)
CYSLTR2	gen za cisteinil leukotrienski receptor 2 (engl. <i>Cysteinyl Leukotriene Receptor 2</i>)
DCTN1	podjedinica makromolekularnog kompleksa dinaktina (engl. <i>Dynactin Subunit 1</i>)
DNA	deoksiribonukleinska kiselina (engl. <i>deoxyribonucleic acid</i>)
EIF1AX	gen za eukariotski translacijski inicijacijski faktor 1A (engl. <i>Eucaryotic Translation Initiation Factor 1A X-Linked</i>)
EHBP1	protein važan za promet endocitotskih vezikula (engl. <i>EH domain binding protein 1</i>)
ERK	kinaza regulirana izvanstaničnim signalom (engl. <i>extracellular signal-regulated kinase</i>)
ETV6	gen za transkripcijski faktor iz ETS obitelji (engl. <i>ETS Variant Transcription Factor 6</i>)
FISH	fluorescentna <i>in situ</i> hibridizacija
GNAQ	gen za alfa podjedinicu gvanin vezujućih proteina u G alpha q signalnom putu (engl. <i>G Protein Subunit Alpha Q</i>)
GNA11	gen za alfa 11 podjedinicu gvanin vezujućih proteina (engl. <i>G Protein Subunit Alpha 11</i>)
HE	histološka boja hemalaun-eozin
HMB45	monoklonalno protutijelo koje se veže na glikoprotein u premelanosomima, imunohistokemijski biljeg melanocitnih lezija (engl. <i>human melanoma black 45</i>)
HRAS	proto-onkogen iz <i>Ras</i> obitelji proto-onkogeni (mala GTP-aza, od engl. <i>rat sarcoma virus</i>)

IAMPUS	intraepidermalna atipična melanocitna proliferacija neodređenog značenja (engl. <i>intraepidermal atypical melanocytic proliferation of uncertain significance</i>)
JAK	Janus kinaza
Ki67	imunohistokemijski biljeg proliferacije tumorskih stanica
MAPK	proteinske kinaze aktivirane mitogenima (engl. <i>mitogen activated protein kinases</i>)
MAP2K1	proto-onkogen (engl. <i>Mitogen-Activated Protein Kinase Kinase 1</i>)
MAP3K3	proto-onkogen (engl. <i>Mitogen-Activated Protein Kinase Kinase Kinase 3</i>)
MAP3K8	proto-onkogen (engl. <i>Mitogen-Activated Protein Kinase Kinase Kinase 8</i>)
Melan-A/MART-1	transmembranski protein, imunohistokemijski biljeg melanocita (engl. <i>Melanoma Antigen Recognized by T-cells 1</i>)
MELTUMP	melanocitni tumor nesigurnog malignog potencijala (engl. <i>melanocytic tumor of uncertain malignant potential</i>)
MEK	akronim koji dolazi od MAPK/ERK Kinase
MET	proto-onkogen koji kodira tirozin kinazni receptor za hepatocitni faktor rasta (engl. <i>Mesenchymal Epithelial Transition</i>)
MITF	transkripcijski faktor povezan s mikroftalmijom (engl. <i>microphthalmia-associated transcription factor</i>)
MYO5A	gen koji kodira motorni protein miozin V (engl. <i>Myosin VA</i>)
NGS	sekvenciranje sljedeće generacije (engl. <i>next generation sequencing</i>)
NRAS	proto-onkogen iz Ras obitelji proto-onkogeni
NTRK	gen za neurotrofni tirozin kinazni receptor (engl. <i>Neurotrophic Tyrosine Receptor Kinase</i>)
Pan-TRK	imunohistokemijsko protutijelo koje se veže na Trk A, B i C proteine
PI3K	fosfoinozitud-3-kinaze (engl. <i>phosphoinositide-3-kinases</i>)
PLC γ 1	stanični faktor rasta iz obitelji C fosfolipaza (engl. <i>Phospholipase C Gamma 1</i>)
PRKAR1A	gen koji kodira regulatornu podjedinicu o cAMP-u ovisnih kinaza (engl. <i>Protein Kinase CAMP-Dependent Type I Regulatory Subunit Alpha</i>)
PRKCA, PRKCB	alfa i beta C kinazni proteini (engl. <i>Protein Kinase C Alpha, Protein Kinase C Beta</i>)
PTEN	tumor-supresorski gen (engl. <i>Phosphatase and Tensin Homolog</i>)
PWWP2A	gen koji kodira kromatin vezujući protein važan u regulaciji acetiliranja histona
p14/ARF	tumor-supresorski protein, stabilizator proteina p53
p16/INK4A	tumor-supresorski protein, inhibitor o ciklinu ovisnih kinaza
p53	multifunkcionalan tumor-supresorski protein
RAF1	proto-onkogen iz <i>Raf</i> obitelji proto-onkogeni

<i>RET</i>	proto-onkogen koji kodira tirozin kinazni receptor za neurotrofne faktore iz glija stanica
RNA	ribonukleinska kiselina (engl. <i>ribonucleic acid</i>)
<i>ROS1</i>	proto-onkogen iz podskupine gena koji kodiraju inzulinske tirozin kinazne receptore
RT-PCR	reverzna transkripcija lančanom reakcijom polimeraze (engl. <i>reverse transcription polymerase chain reaction</i>)
SAMPUS	površinska atipična melanocitna proliferacija neodređenog značenja (engl. <i>superficial atypical melanocytic proliferation of uncertain significance</i>)
SF3B1	podjedinica 1 faktora prekrajanja 3b (engl. <i>Splicing Factor 3b Subunit 1</i>)
SOX10	transkripcijski faktor iz SOX obitelji, imunohistokemijski marker neuroektodermalnih tumora (engl. <i>SRY-Box Transcription Factor 10</i>)
S100	kiseli protein 100%-tne topljivosti u amonijevoj sulfatnoj otopini, imunohistokemijski marker melanocitnih lezija
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
STAT	protein u JAK-STAT signalnom putu (engl. <i>signal transducer and activator of transcription protein</i>)
TERT	reverzna transkriptaza telomeraze (engl. <i>Telomerase Reverse Transcriptase</i>)
<i>TPM3</i>	gen kojim je kodiran tropomiozin 3 (engl. <i>Tropomyosine 3</i>)
UV	ultraljubičasto

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	I
SUMMARY	II
1. UVOD	1
1.1. Melanocitni tumori kože.....	1
1.2. Spitz melanocitni tumori	4
1.2.1. Klinička obilježja	4
1.2.2. Patohistološka obilježja	5
1.2.3. Molekularna obilježja	6
2. HIPOTEZA	9
3. OPĆI I SPECIFIČNI CILJEVI RADA	10
3.1. Opći cilj	10
3.2. Specifični ciljevi	10
4. MATERIJALI I METODE.....	10
4.1. Klinički podatci i tkivni uzorci ispitanika.....	10
4.2. Patohistološka analiza i mjerenje preparata	11
4.3. Imunohistokemijsko bojenje i analiza	11
4.4. Statistička analiza.....	12
5. REZULTATI	12
5.1. Klinička obilježja	12
5.2. Patohistološka obilježja	14
5.3. Imunohistokemijska obilježja	16
5.4. Obilježja ALK, ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijski pozitivnih Spitz neoplazmi	19
6. RASPRAVA.....	23
7. ZAKLJUČCI	28
8. ZAHVALE	28
9. POPIS LITERATURE	29
10. ŽIVOTOPIS	32

SAŽETAK

MOLEKULARNA I MORFOLOŠKA RAZNOLIKOST SPITZ MELANOCITNIH NEOPLAZMI

Ivan Novak

Spitz neoplazme distinktivna su skupina melanocitnih tumora okarakterizirana specifičnim kliničkim, patohistološkim i molekularnim obilježjima. Dije se na Spitz nevuse, maligne Spitz melanome te intermedijarne atipične Spitz tumore (AST) koji predstavljaju dijagnostički vrlo izazovne lezije. Specifične pokretačke mutacije u Spitz tumorima najvažniji su distinktivni faktor ovih lezija u usporedbi s drugim melanocitnim neoplazmama, a neke od najčešćih su fuzije onkogeni *ALK*, *ROS1*, *NTRK1*, *NTRK3*, *MET* i *RET* koji kodiraju tirozin kinazne receptore te fuzije onkogeni *MAP3K8* i *BRAF* koji kodiraju serin/treonin kinaze. Aktualna istraživanja usmjerena su na korelacije između patohistoloških značajki i molekularnih promjena u svrhu povećanja moći razlikovanja benignih od malignih Spitz lezija. U našem smo istraživanju analizirali kliničke i patohistološke značajke te imunohistokemijski profil 24 Spitz nevusa i 24 AST-ova. Patohistološka analiza obuhvaćala je tip stanica, pagetoidnu ekstenziju, limfocitnu upalu, Kamino tjelešca, stanični pleomorfizam, mitotsku aktivnost te pigmentaciju. Semikvantitativna imunohistokemijska analiza provedena je nakon bojenja preparata klasičnim biljezima p16, Melan-A, HMB45 i Ki67 te nekonvencionalnim protutijelima *ALK*, *ROS1* i Pan-TRK. U AST-ovima je utvrđen veći broj malignih patohistoloških značajki (najznačajnija razlika pronađena je u intenzitetu pagetoidne ekstenzije, $P=0.02$) izuzev odsutnosti Kamino tjelešaca te duboko smještenih dermalnih mitoza. Klinička obilježja maligniteta (promjer i dubina lezija) također su izraženija u AST-ovima, no bez statističke značajnosti. Među klasičnim imunohistokemijskim markerima najintenzivnija razlika pronađena je u Ki67 profilu koji upućuje na veću proliferativnost AST-ova ($P=0.01$). Ekspresiju *ALK*, *ROS1* i Trk proteina u međusobno smo isključivom obrascu dokazali u po 4% Spitz nevusa, dok je u skupini atipičnih Spitz tumora ekspresija navedenih proteina prema istom redoslijedu dokazana u 8%, 17% odnosno 33% lezija. Uočeno je da ekspresija *ROS1* proteina korelira s naglašenom pagetoidnom ekstenzijom, a dominacija epiteloidnog tipa stanica u lezijama s ekspresijom *ALK*, *ROS1* i Trk proteina potencijalno je distinktivno obilježje navedenih lezija. Potreban je nastavak našeg istraživanja uz pomoć citogenetičkih ili molekularnih tehnika poput sekvenciranja sljedeće generacije u svrhu analize konkordantnosti imunohistokemijske ekspresije ispitivanih proteina i genskih fuzija.

KLJUČNE RIJEČI: Spitz, imunohistokemija, *ALK*, *ROS1*, *NTRK*

SUMMARY

MOLECULAR AND MORPHOLOGICAL DIVERSITY OF SPITZ MELANOCYTIC NEOPLASMS

Ivan Novak

Spitz neoplasms comprise a spectrum of melanocytic tumors which include benign Spitz nevi, malignant Spitz melanomas and atypical Spitz tumors (AST) for which precise distinction between nevi and melanomas is very challenging. Specific driver mutations are the most important distinguishing factor of Spitz lesions, and some of the most common are tyrosine kinase fusions of ALK, ROS1, NTRK1, NTRK3, MET and RET, as well as serine-threonine kinase fusions of MAP3K8 and BRAF. Current studies are focused on correlations between pathohistological features and molecular changes in order to increase the power to distinguish between benign and malignant Spitz neoplasms. In our research, we analyzed the clinical and pathohistological features, and the immunohistochemical profile of 24 Spitz nevi and 24 ASTs. Pathohistological analysis included cell type, pagetoid extension, lymphocytic infiltration, Kamino bodies, cellular pleomorphism, mitotic activity and pigmentation. Semiquantitative immunohistochemical analysis was performed after staining the preparations with classical markers p16, Melan-A, HMB45 and Ki67, and unconventional antibodies ALK, ROS1 and Pan-TRK. A greater number of malignant pathohistological features were found in ASTs (intensity of pagetoid extension showed most significant difference, $P=0.02$) except for the absence of Kamino bodies and deeply located dermal mitoses. Clinical features of malignancy (diameter and depth of lesions) were also more pronounced in ASTs, although without statistical significance. Among the classical immunohistochemical markers, the most intense difference was found in the Ki67 profile, which points to a higher proliferative nature of ASTs ($P=0.01$). Moreover, ASTs showed expression of ALK in 8% of lesions, ROS1 in 17% and Trk in up to 33%, while Spitz nevi showed expression of each protein in 4% of lesions. In all cases expression of these proteins was mutually exclusive. It was observed that the expression of ROS1 protein correlates with a notable pagetoid extension, and domination of epithelioid type of cells might be potential distinguishing feature of Spitz tumors which express ALK, ROS1 or Trk proteins. Further research using cytogenetic or molecular techniques such as next generation sequencing is necessary to test concordance between expression of the proteins and gene fusions.

KEY WORDS: Spitz, immunohistochemistry, *ALK*, *ROS1*, *NTRK*

1. UVOD

1.1. Melanocitni tumori kože

Koža je najčešće tumorsko sijelo u čovjeka, a benigni su melanocitni tumori najčešći tumori kože (1). Uobičajeno se ove neoplazme nazivaju melanocitnim nevusima, ili samo nevusima (2). Pored benignih nevusa, u skupinu melanocitnih tumora također ubrajamo jedan od najzloćudnijih tumora ljudskog tijela, melanom, te melanocitome koji sa svojim kliničkim, patohistološkim i genetičkim obilježjima predstavljaju intermedijarnu skupinu tumora između benignih nevusa i malignih melanoma (2–4). Iako postoji napredak u molekularnom razumijevanju procesa tumorigeneze melanocitnih neoplazmi, postoje brojne sive zone sa neodgovorenim pitanjima koja su poticaj za daljnja istraživanja. Jedna od takvih sivih zona jest pitanje staničnog porijekla samih melanocitnih tumora. Naime nije sasvim jasno razvijaju li se melanocitne neoplazme iz diferenciranih melanocita ili njihovih stanica prethodnika (engl. *precursor cells*). Melanociti su specijalna vrsta stanica koje nastaju iz pluripotentnih stanica neuralnog grebena (5,6). Predloženo je više modela razvoja melanocitnih neoplazmi od kojih je najprihvaćeniji model razvoja iz epidermalnih melanocita (7). Melanocitni nevusi bili su smatrani hamartomima, međutim današnje poznavanje neovogeneze potvrđuje da je riječ o benignim neoplazmama s pokretačkim (engl. *driver*) genskim mutacijama u istim onkogenima koji su aktivirani u nekim melanocitomima i melanomima, ali bez dodatnih susljednih genskih promjena (2). Postojanje iste pokretačke mutacije u nevusu i melanomu ne upućuje na nevažnost te mutacije u malignoj transformaciji, već na nedostatnost jedne jedine početne genske promjene za malignu preobrazbu stanice (8,9). Danas su u stanicama melanocitnih neoplazmi poznate brojne pokretačke mutacije u različitim onkogenima kao što su *BRAF*, *NRAS*, *HRAS*, *GNAQ*, *ROS1*, *ALK*, *NTRK1*, *MAP3K8* i ostali. Mutirani onkogeni aktiviraju određene stanične signalne puteve poput MAPK, PI3K, G alfa q i ostalih, koji u konačnici stimuliraju preživljenje i diobu tumorskih stanica (10–13). No za razliku od melanoma, stanice nevusa nemaju neograničenu sposobnost dijeljenja te se samo privremeno nalaze u stanju stabilne klonalne ekspanzije. Različiti su mehanizmi odgovorni za takvu ograničenu proliferaciju nevusnih stanica. Primjerice, u stanju hiperaktivacije MAPK signalnog puta dolazi do aktivacije inhibitora staničnog ciklusa kao što su tumor-supresori p16 (INK4A) i p14 (ARF) koji na različite načine onemogućuju napredovanje stanice kroz stanični ciklus. Tako p16 djeluje kao inhibitor o ciklinu ovisnih kinaza, dok p14 sprječava razgradnju tumor-supresora p53. Ovaj koncept obustave daljnje progresije stanične diobe nakon mutacije onkogeno poznat je kao „onkogenima inducirano stanično starenje“ (engl. *oncogene-induced senescence*) (10,14). Fenomen poznat kao „replikacijom ili telomerama inducirano stanično starenje“ (engl. *replicative or telomere-induced senescence*) također se smatra mogućim mehanizmom odgovornim za ograničenu proliferaciju nevusnih stanica. Riječ je o konceptu prema kojem stanica nakon izvjesnog broja dioba iscrpi svoj diobeni potencijal zbog kritičnog skraćivanja telomera (10). Međutim upitan je stvaran doprinos ovog mehanizma ograničenju diobe nevusa, jer stanica bi se morala podijeliti 60-70 puta da bi se telomere skratile do kritične razine, a za nastanak je nevusa potrebno 13-16 dioba (14). Još jedan od

mehanizama koji bi ovim benignim neoplazmama mogao jamčiti ograničenu staničnu diobu jest onkogenima induciran upalni odgovor posredovan interleukinima 6 i 8. Tome u prilog govori i činjenica da je limfocitna upalna infiltracija često histološko obilježje velikog broja melanocitnih nevusa (10). Postoji više načina klasificiranja melanocitnih tumora koji se baziraju na različitim kriterijima, između kojih je biološki potencijal lezije zasigurno najvažniji. Aktualna klasifikacija melanocitnih tumora kože Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2018. godine (15) upravo u svom fokusu ima najzloćudnije melanocitne tumore, melanome, koji su također u središtu pozornosti dermatološke onkologije ali i dermatopatologije. Riječ je o multidimenzionalnoj klasifikaciji temeljenoj na kliničkim, histološkim, epidemiološkim i genomskim karakteristikama melanocitnih tumora (2). Temeljem ove klasifikacije, kako je i spomenuto melanocitni se tumori kože dijele na benigne tumore odnosno nevuse, intermedijarne melanocitome i maligne melanome. Premda 30-50% svih melanoma nastaje iz prethodnih benignijih tumora odnosno melanocitoma i/ili nevusa, velika većina nevusa ostaje stabilna i ne napreduje do melanoma. Procjenjuje se da je godišnji rizik progresije pojedinačnog nevusa u melanom manji od 1:33000. Stoga se kompletna ekscizija nevusa ne preporučuje kao metoda prevencije razvoja melanoma. Osim toga, osobe s većim brojem nevusa imaju veći rizik za razvoj melanoma ne samo na mjestu nastalog nevusa već i na drugim anatomskim lokalizacijama. Klinički i patohistološki može biti vrlo izazovno odrediti radi li se o benignom nevusu ili o melanocitnoj leziji značajnijeg biološkog potencijala (2). Jedna od značajnijih novina u novoj klasifikaciji SZO-a jest proširenje intermedijarne skupine tumora odnosno melanocitoma. Temeljem morfoloških kriterija, koji obuhvaćaju arhitekturu rasta i stanična obilježja, ta je skupina neoplazmi podijeljena na melanocitome niskog i visokog stupnja. Neki su od tih kriterija asimetričnost tvorbe, promjer lezije veći od 6 mm, prisutnost ulceracije, stanični pleomorfizam, značajna mitotska aktivnost u dubokim slojevima dermisa i sl. Shodno tome, nevusi ne zadovoljavaju gotovo ni jedan od tih kriterija, melanocitomi niskog stupnja zadovoljavaju ih nekoliko, gotovo ih je polovica zadovoljena u melanocitomima visokog stupnja, dok melanomi zadovoljavaju većinu kriterija. Međutim, pojedine melanocitome nije moguće precizno temeljem ovih kriterija razvrstati u one niskog odnosno visokog stupnja (16). U klasifikaciji SZO-a opisano je devet različitih patogenetskih puteva razvoja melanoma. Dva razvojna puta odnose se na melanome sluznica odnosno na uvealni melanom. Preostalih sedam puteva odnosi se na razvoj kožnih melanoma. Među njima, u njih troje melanomi nastaju iz intraepitelnih melanocita bez preegzistirajućih nevusa i/ili melanocitoma. Riječ je o lentigo malignom, dezmoplastičnom i akralnom melanomu. U preostala se četiri patogenetska puta melanomi razvijaju iz nevusa odnosno iz melanocitoma (2). U **tablici 1** prikazana su posljednja četiri razvojna puta od nevusa, preko melanocitoma do melanoma sa pripadajućim molekularnim karakteristikama.

Tablica 1. Razvoj pojedinih tipova melanoma iz različitih tipova nevusa kao početnih lezija. Nakon početne mutacije u nevusu, daljnja maligna transformacija u određeni melanocitom kao prijelazni

stupanj, odnosno melanom ovisi o susljednim genskim promjenama. Promjene u navedenim genima u pojedinom stupcu karakteristične su za lezije u istom stupcu.

Nevus	Običan melanocitni nevus			
Melanocitom/ Intermedijarna lezija	Displastični nevus	BAP1 inaktivirani nevus (BIN)	Duboki penetrirajući nevus (DPN)	Pigmentirani epiteloidni melanocitom (PEM)
Melanom	Površinsko šireći melanom	Melanom u BIN-u	Melanom u DPN-u	Melanom u PEM-u
Promijenjeni geni	<i>BRAF, NRAS, TERT, CDKN2A, p53, PTEN</i>	<i>BRAF, NRAS, BAP1</i>	<i>BRAF, MAP2K1, NRAS, CTNNB1, APC</i>	<i>BRAF, PRKAR1A, PRKCA</i>

Tablica 1. (nastavak)

Nevus	Spitz nevus	Prirođeni nevus (PN)	Plavi nevus (PLN)
Melanocitom/ Intermedijarna lezija	Atipični Spitz tumor/ Spitz melanocitom	Čvorić u PN-u	Atipični PLN
Melanom	Spitz melanom	Melanom u PN-u	Melanom u PLN-u
Promijenjeni geni	<i>HRAS, ALK, ROS1, RET, NTRK1, NTRK3, BRAF, MET, CDKN2A</i>	<i>NRAS, BRAF</i>	<i>GNAQ, GNA11, CYSLTR2, BAP1, EIF1AX, SF3B1</i>

Velik je broj aktualnih znanstvenih istraživanja u dermatopatologiji usmjeren na otkrivanje novih molekularnih obilježja melanocitnih tumora, kao i na definiranje kriterija koji će omogućiti što precizniju dijagnostičku distinkciju između nevusa, melanocitoma i melanoma. Naime, među najvećim izazovima moderne dermatopatologije upravo su patohistološka dijagnostika i klasifikacija melanocitnih tumora, a posebno melanocitoma (17). Netočna dijagnoza melanocitne neoplazme može rezultirati nepotrebnim ili s druge strane nedostatnim tretmanom lezije, odnosno u najgorem scenariju smrtnim ishodom u slučaju neprepoznatog melanoma (18,19). Bez daljnjeg znanja i razvoja molekularnih i/ili citogenetičkih dijagnostičkih pomoćnih alata kao što su NGS, RT-PCR, FISH ili CGH dijagnosticiranje ovih lezija ostat će nesigurna zona puna zamki koja kompromitira postojanje neprikosnovenog konsenzusa u dijagnostičkom postupku među ekspertima (16). Postojanje alternativnih deskriptivnih entiteta kao što su IAMPUS (intraepidermalna melanocitna proliferacija neodređenog značenja), SAMPUS (površinska atipična melanocitna proliferacija neodređenog značenja) i MELTUMP (melanocitni tumor nesigurnog malignog potencijala) također ukazuje na potrebu za poboljšanjem dijagnostike melanocitnih tumora. Poželjno je u što manjoj mjeri i samo privremeno do donošenja precizne dijagnoze koristiti ove deskriptivne nazive u dijagnostičkom postupku (2,17).

1.2. Spitz melanocitni tumori

Iako prvi opisi melanocitnih lezija, danas nam poznatih pod imenom Spitz melanocitni tumori, datiraju s početka 20. stoljeća, prvi znanstveni rad u kojem su one prepoznate i patohistološki definirane kao nova posebna skupina melanocitnih tvorbi objavljen je 1948. godine (20). Radi se o pionirskom radu znamenite američke patologinje Sophie Spitz (1910-1956), koji je s vremenom stekao status jednog od najcitiranijih znanstvenih radova u povijesti medicine (21). Naime, već su tada postojala opažanja da melanomi dijagnosticirani u djece rjeđe završavaju fatalnim kliničkim ishodom u usporedbi s melanomima u odraslih pacijenata. Upravo su ta opažanja ukazala na potrebu za detaljnijom analizom melanoma dječje i adultne dobi. U svom je radu, naslovljenom *Melanomas of childhood*, S. Spitz na uzorcima od 13 pacijenata, dobnog raspona od 18 mjeseci do 12 godina starosti, definirala histološka obilježja novih melanocitnih lezija nazvavši ih juvenilnim melanomima (22). Daljnja su istraživanja pokazala da navedene lezije nisu ograničene samo na dječju dob te ih danas u čast S. Spitz nazivamo Spitz nevusima (9,23). Iako je riječ o rijetkim neoplazmama, one zauzimaju važno mjesto u dermatologiji i patologiji zbog više osebujnih karakterističnih obilježja. Spitz tumori dijele se na benigne Spitz nevuse, maligne Spitz melanome te intermediarne atipične Spitz tumore (AST) koji predstavljaju dijagnostički vrlo izazovnu skupinu lezija s pojedinim preklapajućim histološkim obilježjima Spitz nevusa i Spitz melanoma (20,23). Točna incidencija Spitz nevusa nije poznata. Glavni je razlog tome njihovo indolentno kliničko ponašanje, zbog čega kao i druge vrste benignih lezija često bivaju klinički neprepoznati (24). Međutim, postoje procjene da otprilike 1% svih odstranjenih melanocitnih lezija otpada na Spitz neoplazme te se njihova godišnja incidencija procjenjuje na nešto više od 1/100.000. Također, smatra se da među Spitz neoplazmama broj AST-ova iznosi 6-8% ukupnog broja Spitz nevusa, dok se Spitz melanomi smatraju vrlo rijetkim lezijama (25). Kao i u većini drugih melanocitnih tumora, s iznimkom običnog melanocitnog nevusa i pojedinih tipova melanoma, rizični čimbenici za pojavu i razvoj Spitz tumora nisu definirani (13). Benton i suradnici, u svojoj studiji na skupini od 106 pacijenata sa Spitz neoplazmama i kontrolnoj skupini od 58 pacijenata, kao i meta-analizi dostupne literature, nisu uspjeli pronaći genetičke i okolišne rizične faktore za razvoj Spitz neoplazmi; ni jedan od ispitivanih parametara, kao što je rasa, etnička pripadnost, izloženost UV zračenju, Fitzpatrickov tip kože, osobna i obiteljska povijest bolesti, nije pokazao statističku značajnost (26).

1.2.1. Klinička obilježja

Spitz nevusi mogu se pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi, bez spolne predominacije te na bilo kojoj anatomske lokalizaciji. Međutim najčešće se razvijaju na licu i donjim ekstremitetima u djece i mlađih odraslih osoba. Klinički se manifestiraju kao kupolaste papule, mali plakovi ili makule različitih boja, od kremaste, crvenkaste pa do različitih nijansi smeđe boje (23). Karakterizirani su brzim rastom te mogu dostići veličinu od 1 cm u razdoblju od 6 mjeseci. Najčešće međutim ne prelaze 6 mm u promjeru te su simetrični i jasno ograničeni. Dermoskopski se mogu različito prezentirati, no najčešće pokazuju

zvjezdasti (engl. *starburst pattern*) i globularni obrazac (20,23,24). Atipični Spitz tumori dijele kliničke karakteristike sa Spitz nevusima, no ponekad su obilježeni asimetrijom, nepravilnim rubovima, promjerom većim od 1 cm, ulceracijom i sl. Spitz melanomi mogu se također svojim kliničkim obilježjima preklapati sa Spitz nevusima, iako kao i atipični Spitz tumori češće pokazuju veći rast, ulceraciju, asimetriju, promjenu boje i sl. Pojavljuju se u različitim dobnim skupinama, no ipak češće u starijih osoba u odnosu na Spitz nevuse (23). Klasično ABCDE pravilo (engl. *asymmetry, border irregularity, color variation, diameter ≥ 6 mm, evolution over time*) za praćenje melanoma ograničene je vrijednosti u kliničkoj evaluaciji Spitz melanoma te su navedeni kriteriji iz pravila ispunjeni u svega oko 40% djece mlađe od 10 godina starosti sa dijagnozom Spitz melanoma (20). Za razliku od klinički indolentnih Spitz nevusa, AST-ovi se smatraju lezijama nesigurnog malignog potencijala, dok su Spitz melanomi maligni tumori sa nešto boljom prognozom u usporedbi s konvencionalnim melanomom. Zanimljivo obilježje AST-ova jest česta prisutnost metastaza u regionalnim limfnim čvorovima, no iznimno rijetko sa razvojem distalne metastatske bolesti i smrtnim ishodom (13). Biopsija limfnog čvora čuvara nije se do sada pokazala korisnom u kliničkom tretmanu Spitz neoplazmi (18,23,27).

1.2.2. Patohistološka obilježja

Glavno patohistološko obilježje Spitz nevusa jesu epiteloidne ili vretenaste stanice s prominentnim jezgricama. Omjer ova dva tipa stanica različit je u pojedinim lezijama. Vretenaste stanice mogu se pojaviti u različitim varijantama kao što su uske izdužene, zaobljene ili poligonalne stanice. Epiteloidne stanice mogu biti vrlo velike, obilnih eozinofilnih citoplazmi s izgledom tzv. mliječnog stakla (engl. „*ground glass*“). Također, nevusne stanice često posjeduju više jezgara (22,23). Spitz nevusi obično su minimalno pigmentirane, dobro ograničene, simetrične lezije s jasnim lateralnim granicama. Mogu biti smješteni junkcionalno (na granici dermisa i epidermisa), protezati se kroz oba sloja kože (tzv. kompozitni nevusi) ili mogu u cijelosti biti smješteni u dermisu (10,20). Tipično su stanice Spitz nevusa udružene u gnijezda oko kojih se u junkcionalnom dijelu kože često mogu vidjeti rascjepi. Epidermis je karakteristično hiperplastičan s naznačenim epidermalnim produljcima, pored kojih su obično paralelno smještena izdužena gnijezda vertikalno orijentiranih vretenastih stanica (engl. „*raining-down/hanging bananas pattern*“) (18,23). U epidermisu nerijetko nalazimo tzv. Kamino tjelešca, eozinofilne globularne strukture sastavljene od komponenti bazalne membrane, poglavito laminina te kolagena tipa 4 i 7 (18,20). Ponekad se mogu vidjeti gnijezda melanocita u suprabazalnom sloju epidermisa, što je poznato kao „pagetoidna ekstenzija“ (18,19). Većina Spitz nevusa pokazuje fenomen sazrijevanja ili maturacije koji označava smanjivanje veličine staničnih gnijezda i samih stanica u dubljim slojevima dermisa te su na samom dnu lezije melanociti difuzno raspršeni bez udruživanja u gnijezda (14,18,23). Mitotska aktivnost u Spitz nevusima je niska i najčešće ne prelazi vrijednost od 2 mitoze po mm². Ukoliko su prisutne, mitoze se gotovo uvijek nalaze u površinskim dijelovima dermisa (20). Također, uobičajeno obilježje Spitz nevusa jest blaga limfocitna upalna infiltracija (23). Opisan je i neobičan slučaj Spitz nevusa s opsežnim intraneuralnim i perineuralnim širenjem (28). Postoji čitav niz

patohistoloških podtipova Spitz nevusa, poput dezmozoplastičnog, angiomatoidnog, tubularnog, pigmentiranog Reed nevusa, mikroidnog nevusa itd. (10,24). Atipični Spitz tumori dijele histološka obilježja sa Spitz nevusima, ali atipične ih značajke izdvajaju u posebnu skupinu. Slijedeći definiciju SZO-a, ispravnije bi ove tumore bilo zvati Spitz melanocitomima. Dakle, riječ je o neoplazmama koje pored tipičnih spitzoidnih obilježja imaju umjeren broj arhitekturnih i citoloških značajki malignosti (16). Tako su AST-ovi obično veće tvorbe od Spitz nevusa, asimetrične, slabije ograničene, s kompleksnijim organiziranjem stanica u gnijezda i snopiće. Stanice obično posjeduju veće jezgre sa upadljivim prominentnim jezgricama, broj mitozu i atipičnih mitotičkih figura veći je nego u nevusa, a fenomen sazrijevanja često je nepotpun. Također, rjeđe sadrže Kamino tjelešca u odnosu na nevuse, a obrnut je slučaj s pagetoidnom ekstenzijom (10,23). Međutim, usprkos ovakvom didaktičkom matematičkom pristupu patohistološkoj dijagnostici AST-ova, njihova distinkcija u odnosu na Spitz nevuse i Spitz melanome još uvijek predstavlja značajan izazov u dermatopatologiji. Patohistološka definicija Spitz melanoma vođena je sličnim načelima. Dakle, pored tipičnih spitzoidnih obilježja, Spitz melanomi ispunjavaju mnoštvo kriterija malignosti poput široke ulceracije lezije, asimetričnosti, nuklearnog pleomorfizma, većeg broja mitozu u dubokim dijelovima dermisa, izostanka sazrijevanja itd. (18,23).

1.2.3. Molekularna obilježja

Okosnica nove klasifikacije melanocitnih neoplazmi SZO-a jesu specifične molekularne promjene (2,15). Tako su Spitz tumori definirani kao neoplazme sa karakterističnim pokretačkim mutacijama koje se mogu podijeliti u nekoliko kategorija. Prve rekurentne genomske promjene opažene u Spitz tumorima bile su amplifikacija kratkog kraka 11. kromosoma (11p) i mutacija *HRAS* onkogen (11,25). Sljedeću kategoriju čine fuzije onkogen *ALK*, *ROS1*, *NTRK1*, *NTRK3*, *RET* i *MET* koji kodiraju receptorske tirozinske kinaze. Fuzije serin/treonin kinaza kodiranih onkogenima *MAP3K8* i *BRAF* čine treću kategoriju molekularnih promjena (11,29). Pored navedenih kategorija genskih alteracija otkrivene su i druge, nešto rjeđe molekularne promjene poput mutacija onkogen *MAP2K1*, fuzija onkogen *MAP3K3*, *RAF1*, *PRKCA/B*, *ARAF*, *NTRK2* itd. (11,25,30,31). Sve su navedene pokretačke genske promjene u Spitz tumorima tipično međusobno isključive (9,11,32). Postoje opisi melanocitnih lezija sa tipičnim spitzoidnim patohistološkim obilježjima, no bez prisutnih navedenih molekularnih karakteristika. Takve je lezije poželjno nazivati „spitzoidnim“ umjesto „Spitz“ lezijama, s obzirom na molekularnu utemeljenost definicije Spitz neoplazmi (23). U svojoj su studiji iz 2014. godine Wiesner i suradnici među prvim prepoznali kinazne fuzije kao česte molekularne promjene u Spitz neoplazmama (9). Različiti su mehanizmi nastanka genskih fuzija, uključujući translokacije, inverzije, delecije, duplikacije te druge složene genetičke promjene (33). Nakon transkripcije fuzioniranih gena, translacijom fuzijskog transkripta nastaje kimerični protein kojem nedostaje regulatorna ili autoinhibitorna domena nativnog kinaznog proteina, što rezultira konstitutivnom aktivnošću kinazne domene na C-terminalnom kraju (9,33). U većine je fuzija poznato mnoštvo različitih N-terminalnih fuzijskih partnera. Također, pojedini

onkogeni mogu imati iste fuzijske partnere. Primjerice, *TPM3* najčešći je fuzijski partner *ALK* onkogen, no često se nalazi i u fuzijama s onkogenima *ROS1* i *NTRK1* (8,11,34,35). Hiperaktivnost kinazne domene u različitim fuzijama dovodi do aktivacije različitih nizvodnih signalnih puteva koji rezultiraju proliferacijom i migracijom stanica, kao što je to primjerice slučaj u ETV6-NTRK3 ili MYO5A-NTRK3 fuzijama koje stimuliraju signalnu kaskadu u MAPK, PI3K i PLC γ 1 patogenetskim putevima (33,36). U spektru melanocitnih neoplazmi kinazne su fuzije najčešće prisutne u Spitz tumorima i pigmentiranim epiteloidnim melanocitomima, dok se puno rjeđe susreću u drugim melanocitnim lezijama (33). S druge strane, čitavo je mnoštvo tumora drugih sijela za čiji su rast i razvoj upravo zaslužne fuzije različitih onkogeni (11,31,36,37). Pojedine su kinazne fuzije terapijske mete već dostupnih kinaznih inhibitora, kao i poticaj za razvoj novih ciljanih lijekova. Tako je primjerice *ALK* i *ROS1* inhibitor krizotinib odobren za liječenje karcinoma pluća s prisutnim *ALK* fuzijama, dok se *RET* inhibitori vandetanib i kabozantinib koriste u liječenju medularnog karcinoma štitnjače (9). Upravo je stoga spoznaja da su kinazne fuzije česte molekularne promjene u Spitz neoplazmama vrlo važna zbog potencijalne terapijske primjene kinaznih inhibitora u slučajevima malignih varijanti Spitz tumora (9,32,33). NGS, FISH i RT-PCR različite su metode koje se koriste za otkrivanje genskih fuzija. Danas se RNA sekvenciranje sljedeće generacije smatra zlatnim standardom u otkrivanju genskih fuzija, prije svega zbog svoje izuzetne specifičnosti i osjetljivosti (32,37). Međutim, ove skupe visoko sofisticirane tehnike, prvenstveno NGS, nisu sastavni dio svakog patološkog laboratorija te su predloženi različiti dijagnostički algoritmi u cilju što racionalnije primjene pojedinih molekularnih i/ili citogenetičkih testova u dijagnostici Spitz neoplazmi (19,32,37). Imunohistokemija, kao iznimno brza, jeftina i široko dostupna metoda ima važno mjesto u dijagnostičkom postupku melanocitnih lezija. Među klasičnim imunohistokemijskim biljezima korištenim u dijagnostici Spitz neoplazmi nalaze se Melan-A (MART-1), S100, SOX10, MITF i HMB45, a standardno se određuje i proliferacijska aktivnost stanica mjerena ekspresijom nuklearnog biljega Ki67 (3,23). Također, posebna pažnja pridaje se izraženosti tumorsupresora p16 (INK4A) koji je kodiran genom *CDKN2A* smještenim na kromosomu 9p21.3. Naime, gubitak ekspresije ovog proteina povezuje se sa malignim histološkim značajkama Spitz tumora. Shodno tome, Spitz nevusi gotovo su uvijek p16 imunohistokemijski pozitivni u odnosu na AST i Spitz melanome (38). Za razliku od homozigotne, heterozigotna delecija 9p21 nije uvijek praćena gubitkom ekspresije p16. Međutim, do ekspresije p16 također neće doći u slučajevima heterozigotne delecije 9p21 u kombinaciji s drugim genomskim promjenama poput hipermetilacija ili mutacija istog gena na drugom istovjetnom kromosomu (38,39). Gubitak *CDKN2A* gena česta je sekundarna molekularna promjena u konvencionalnim melanomima, koji se međutim klinički ponašaju agresivnije od AST-ova i Spitz melanoma (12,18,38). To se objašnjava drugačijim pokretačkim mutacijama u ovim lezijama. Mutacije *BRAF* i *NRAS* onkogeni se smatraju karakterističnim za konvencionalne melanome te se u dijagnostičkom postupku teži isključenju dijagnoze Spitz lezije u slučaju prisutnih navedenih mutacija (13,27,40). Međutim, Cesinaro i suradnici opisali su AST sa citogenetički potvrđenom promjenom *ROS1* onkogeni i mutacijom *NRAS* onkogeni potvrđenom DNA sekvenciranjem sljedeće generacije,

ukazavši time na potrebu za daljnjim molekularnim istraživanjima (41). Napredak u molekularnom profiliranju Spitz neoplazmi rezultirao je prepoznavanjem korelacija između pojedinih molekularnih promjena i histoloških obilježja. Poznavanje takvih korelacija može biti vrlo korisno u praktičnom radu zbog mogućnosti boljeg odabira dodatnih imunohistokemijskih ili molekularnih testova potrebnih za potvrdu dijagnoze (35,42). Fuzije onkogeni *ALK*, *NTRK3*, *MAP3K8* i *BRAF* u dosadašnjim su istraživanjima pokazale najkonzistentnije morfološke promjene (29,42–44). Prepoznata su također određena ponavljajuća obilježja u slučajevima *NTRK1* i *ROS1* fuzija, no ipak s manjom dosljednošću (34,35). U **tablici 2** sažeto su prikazana patohistološka obilježja Spitz tumora s fuzijama određenih onkogeni.

Tablica 2. Odabrana morfološka obilježja Spitz neoplazmi s fuzijama *ALK*, *ROS1*, *NTRK1*, *NTRK3*, *MAP3K8* i *BRAF* onkogeni.

<i>ALK</i>	<i>ROS1</i>	<i>NTRK1</i>	<i>NTRK3</i>	<i>MAP3K8</i>	<i>BRAF</i>
pleksiforman raspored gnijezda melanocita, izbočen obris lezije	pagetoidna ektenzija, ravan obris lezije, dominantno vretenaste stanice	uski izduženi epidermalni produljci, lobulirana gnijezda stanica	kompozitni ili dermalni smještaj lezije, pigmentirani vretenasti melanociti	izražen stanični pleomorfizam, ulceracija, multinuklearne stanice	slojevit raspored melanocita, naglašena fibroza, stanični pleomorfizam

Fuzije *ALK*, *ROS1* i *NTRK1-3* onkogeni praćene su pozitivnim imunohistokemijskim reakcijama protutijelima usmjerenim na tirozin kinazne receptore kodirane navedenim onkogenima. Ove su fuzije za sada jedine pokretačke mutacije u Spitz neoplazmama koje se imunohistokemijom mogu predvidjeti, no ne i potvrditi. Stoga je ova metoda prepoznata kao izvrstan surogatni marker fuzija spomenutih onkogeni, koje spadaju među najčešće kinazne fuzije u Spitz tumorima (25,37,45). *ALK* (engl. *anaplastic lymphoma kinase*) transmembranski tirozin kinazni receptor iz obitelji inzulinskih receptora kodiran je istoimenim genom smještenim na kromosomu 2p23 (11). Poznate su brojne promjene ovog gena koje rezultiraju konstitutivnom stimulacijom PI3K-AKT, RAF-MEK1/2-ERK1/2 te JAK3-STAT3 signalnih puteva utječući tako na stanično preživljenje i proliferaciju (11,25). Osim u Spitz neoplazmama, fuzije *ALK* onkogeni pronađene su u anaplastičnim velikostaničnim limfomima, nesitnostaničnim karcinomima pluća, planocelularnim karcinomima jednjaka, kolorektalnim karcinomima, karcinomima bubrežnih stanica itd. (46). Prema dosadašnjim istraživanjima, najčešći su fuzijski partneri ovog onkogeni u Spitz tumorima *TPM3* i *DCTN1* (8,46). *ROS1* proto-onkogen nalazi se na kromosomu 6q22.1 te kodira istoimenu receptorsku tirozinsku kinazu, također uključenu u PI3K-AKT, RAF-MEK1/2-ERK1/2 i JAK3-STAT3 signalne puteve. Fuzije ovog onkogeni otkrivene su u Spitz neoplazmama, glioblastomima, kolangiokarcinomima, nesitnostaničnim karcinomima pluća i nekim drugim tumorima. *PWWP2A* smatra se najčešćim fuzijskim N-terminalnim partnerom *ROS1* onkogeni (11,25). Obitelj *NTRK* gena uključuje *NTRK1*, *NTRK2* i *NTRK3* gene smještene prema istom redoslijedu na kromosomima 1q23.1, 9q21.33 i 15q25.3. Navedeni geni kodiraju TrkA, TrkB i TrkC

tirozin kinazne receptore koji su eksprimirani u urednim neuronima središnjeg i perifernog živčanog sustava te u glatkim mišićima krvnih žila. Dostupna imunohistokemijska protutijela vežu se na C-terminalne regije Trk A, B i C proteina. S obzirom da ove regije ostaju očuvane u fuzijama, navedena protutijela istovremeno detektiraju divlje i fuzionirane Trk proteine te ih se stoga naziva Pan-TRK protutijelima (11,37,45). U fiziološkim okolnostima ti se receptori aktiviraju vezanjem različitih neurotrofina što rezultira aktivacijom PI3K-AKT, RAF-MEK1/2-ERK1/2 i PLC γ 1 nizvodnih signalnih puteva (25,37). Ovi procesi imaju važnu ulogu u razvoju, funkciji i preživljavanju neurona. Međutim, fuzije *NTRK* gena rijetko se susreću u tumorima živčanog tkiva (36,37). S druge strane ove su molekularne promjene česte (60-100%) u sekrecijskim karcinomima dojke, kongenitalnim mezoblastičnim nefromima, fibrosarkomima maternice i sl. Spitz neoplazme, zajedno s primjerice karcinomima štitnjače i pedijatrijskim gliomima, spadaju u skupinu tumora u kojoj se u 5-25% slučajeva pojavljuju *NTRK* fuzije (36,37). Mogućnost detekcije genskih fuzija u Spitz tumorima u dijagnostičkom postupku važna je zbog svakodnevnog širenja znanja o utjecaju pojedinih fuzija na biološki potencijal lezije. Spitz neoplazme sa *ALK*, *ROS1* i *NTRK* fuzijama najčešće imaju indolentan klinički tijek, no opisani su slučajevi lezija s neuobičajenim malignim histološkim obilježjima (11,25). Prema dosadašnjim istraživanjima, Spitz tumori s fuzijama *MAP3K8* i *BRAF* onkogeni u odnosu na Spitz tumore s fuzijama drugih onkogeni pokazuju agresivnije kliničko ponašanje i malignija histološka obilježja (11,25,29,31). Također, uočeno je da pojedine fuzije pokazuju karakteristične imunohistokemijske obrasce (11,41,45). To se objašnjava različitim N-terminalnim fuzijskim partnerima. Slično tome, smatra se da različiti N-terminalni partneri u genskim fuzijama imaju utjecaj na morfološke značajke Spitz tumora (46). Kontinuirana otkrića novih molekularnih karakteristika Spitz neoplazmi poticaj su za daljnja istraživanja i prilika za poboljšanje hodograma dijagnostike ovih intrigantnih lezija. U našem su istraživanju imunohistokemijski ispitivane ekspresije *ALK*, *ROS1* i Trk proteina te njihova povezanost s ostalim fenotipskim karakteristikama Spitz nevusa i AST-ova. Prema našim spoznajama i pretraživanjem literature ovo je najveća kohorta usporedbe ove dvije tumorske skupine.

2. HIPOTEZA

Atipični Spitz tumori u odnosu na Spitz nevuse pokazuju veću incidenciju ekspresije *ALK*, *ROS1* i Trk tirozin kinaznih receptora koja je povezana s karakterističnim morfološkim i imunohistokemijskim obilježjima.

3. OPĆI I SPECIFIČNI CILJEVI RADA

3.1. Opći cilj

Ispitati korelaciju ekspresije ALK, ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijskih biljega s kliničkim i patohistološkim karakteristikama te klasičnim imunohistokemijskim biljezima p16, Melan-A, HMB45 i Ki67 u Spitz nevusima i atipičnim Spitz tumorima.

3.2. Specifični ciljevi

1. Analizirati i usporediti klinička, patohistološka i klasična imunohistokemijska obilježja (p16, Melan-A, HMB45 i Ki67) Spitz nevusa i atipičnih Spitz tumora.
2. Analizirati i usporediti ekspresiju ALK, ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijskih biljega u Spitz nevusima i atipičnim Spitz tumorima.
3. Usporediti klinička, patohistološka i klasična imunohistokemijska obilježja (p16, Melan-A, HMB45 i Ki67) u Spitz nevusima i atipičnim Spitz tumorima s ekspresijom ALK, ROS1 i Trk proteina.

4. MATERIJALI I METODE

4.1. Klinički podatci i tkivni uzorci ispitanika

Prvi dio istraživanja učinjen je pretraživanjem Issa baze podataka Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice u cilju pronalaska pacijenata s dijagnozom Spitz nevusa i atipičnog Spitz tumora. Pronađena su 24 pacijenta s atipičnim Spitz tumorima dijagnosticiranim u periodu od 2017. do 2022. godine i jednak broj pacijenata sa Spitz nevusima dijagnosticiranim 2021. i 2022. godine. Pored patohistološke dijagnoze, prikupljeni su dostupni podatci o dobi i spolu pacijenata, kliničkoj dijagnozi, anatomskoj lokalizaciji lezija te promjeru i dubini lezija. U određenom su broju slučajeva bile dostupne informacije o imunohistokemijskoj ekspresiji biljega p16, Melan-A, HMB45 i Ki67, što je također zabilježeno i korišteno u idućim etapama istraživanja. Uzorci pacijenata bez podataka o navedenim biljezima naknadno su imunohistokemijski analizirani. U istraživanju nisu korišteni osobni podatci pacijenata te njihov identitet ni u kojem trenutku istraživanja nije bio ugrožen i bio je poznat jedino glavnom istraživaču (I.N.). Iz arhive Kliničkog zavoda za patologiju i citologiju Ljudevit Jurak prikupljeni su uzorci tkiva uklopljeni u parafin dobiveni zbog rutinske analize i dijagnostike navedenih neoplazmi. To podrazumijeva 24-satnu fiksaciju u 10%-tnom puferiranom formalinu, zatim dehidraciju u etanolu rastućih koncentracija (70%, 80%, 96% i 100%), ksilol i uklapanje u tekući parafin na +60°C. Nakon hlađenja na +4°C dobiveni parafinski blokovi rezani su kliznim mikrotomom te su dobiveni parafinski rezovi tkiva debljine 4 µm i postupkom deparafinizacije u ksilolu i dehidracije u nizu etanola padajućih koncentracija (100%, 96%, 80% i 70 %) obojeni hemalaun-eozin (HE) bojom. Iz arhive su također

izvađeni opisani mikroskopski preparati bojeni standardnom hemalaun-eozin metodom te dostupni preparati imunohistokemijski bojeni s p16, Melan-A, HMB45 i Ki67 biljezima.

4.2. Patohistološka analiza i mjerenje preparata

Mikroskopski preparati bojeni hemalaun-eozinom pregledavani su pomoću Olympus BX53F2 mikroskopa na različitim povećanjima (40x-400x) pod nadzorom mentorice. Analizirani su sljedeći parametri: tip stanica (epiteloidne/vretenaste), pagetoidna ekstenzija (nepostojana/blaga do umjerena/izražena), intenzitet limfocitne upale (blaga/umjerena/izražena), postojanje Kamino tjelešaca, prisutnost pleomorfizma stanica, broj i smještaj mitozna (površinska/srednja/bazalna trećina dermisa) te pigmentacija (nepostojana/blaga do umjerena/izražena). Preparati s nedostatnim podacima o promjeru i dubini naknadno su izmjereni pomoću N9700478 SC180 kamere s mikroskopom i odgovarajućim softverom (N5184000). Tijekom mikroskopskog pregledavanja preparata, reprezentativni su primjeri odabrani za fotografiranje koje je izvršeno navedenom kamerom.

4.3. Imunohistokemijsko bojenje i analiza

Za imunohistokemijsku analizu koristili smo sljedeća protutijela: primarno mišje monoklonalno protutijelo na p16 INK4a (HPA047838, Santa Cruz, „ready to use“, pozitivna kontrola tkivo cerviksa), primarno zečje poliklonalno protutijelo na Melan-A (HPA048662, Dako, „ready to use“, pozitivna kontrola metastaza melanoma u limfni čvor), primarno mišje monoklonalno protutijelo na HMB45 (IR05261-2, Dako, „ready to use“, pozitivna kontrola metastaza melanoma u limfni čvor), primarno mišje monoklonalno protutijelo na Ki67 (M724001-2, Dako, razrjeđenje 1:400, pozitivna kontrola tkivo limfnog čvora), zečje monoklonalno protutijelo na ALK (Ventana D5F3, pozitivna kontrola tkivo crvuljka), zečje monoklonalno protutijelo ROS1 (Cell Signaling Technology D4D6, pozitivna kontrola tkivo pluća), zečje monoklonalno protutijelo Pan-TRK (Ventana EPR17341, pozitivna kontrola tkivo mozga). Imunohistokemijska analiza učinjena je indirektnom ABC tehnikom, LSAB metodom kao vizualizacijskim sistemom na Dako TechMate TM automatiziranom stroju za imunohistokemijsko bojenje uz upotrebu streptavidin imunoperoksidaze protokola prema preporuci proizvođača. Analiza reakcije uključivala je lokalizaciju signala (jezgra, citoplazma, membrana) te postotak pozitivnih stanica, kao i intenzitet reakcije. Imunohistokemijska reakcija za p16, Melan-A, HMB45 smatrana je pozitivnom ukoliko je preko 95% stanica pokazivalo pozitivnu citoplazmatsku reakciju umjerenog do jakog intenziteta. Proliferacija je određivana u mjestu najjače reakcije (tzv., hot spot“), na povećanju mikroskopa 400x, računajući nuklearnu reakciju kao pozitivan signal te udio pozitivnih stanica na 100 tumorskih stanica. Reakciju za proteine ALK, ROS1 i Pan-TRK smatrali smo pozitivnom ukoliko su sve stanice pokazivale umjereno jako do jako izraženo citoplazmatsko smeđe obojenje. Analiza svih preparata učinjena je od strane glavnog istraživača (I.N.) i mentorice.

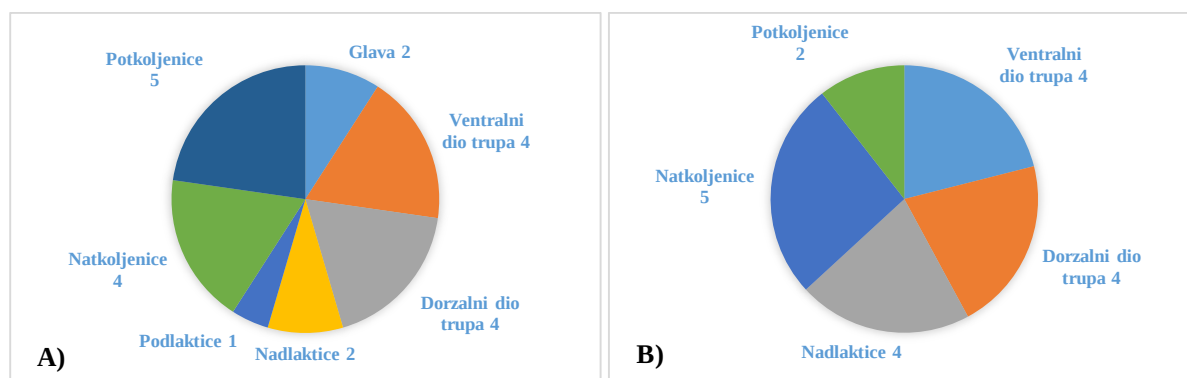
4.4. Statistička analiza

Statistička analiza izvršena je pomoću STATISTICA 64-bit 13.5 statističkog softvera tvrtke StatSoft. Normalitet distribucije ispitivanih varijabli provjeren je s pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog testa. S obzirom na nezavisnost analiziranih podataka isti su uspoređivani korištenjem Mann-Whitney U neparametrijskog testa. P vrijednosti $<0,05$ smatrane su statistički signifikantnima.

5. REZULTATI

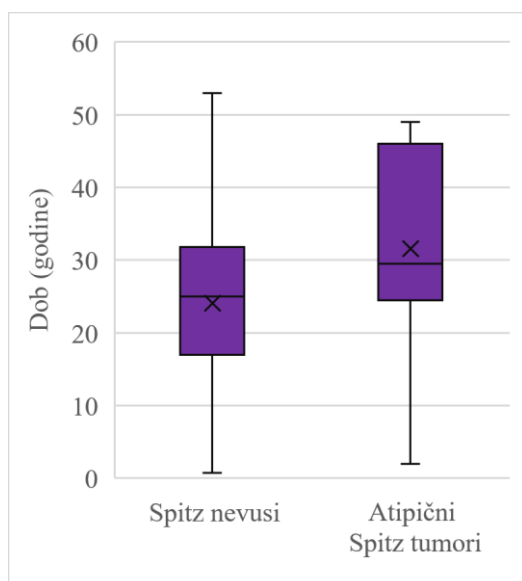
5.1. Klinička obilježja

Analizirane su 2 skupine od po 24 pacijenta. U skupini Spitz nevusa klinička dijagnoza postavljena je točno u 3/24 slučaja. Najčešća je klinička dijagnoza u ovoj ispitivanoj skupini bio melanocitni madež (7/24). U skupini atipičnih Spitz tumora podaci o kliničkoj dijagnozi nisu bili dostupni u 4/24 slučaja. U ovoj skupini točna klinička dijagnoza postavljena je u 1/24 slučaju, dok je u 3/24 slučaja dijagnoza bila Spitz nevus. Najčešća klinička dijagnoza (4/24) u ovoj skupini bio je displastični nevus. Obje skupine lezija pokazale su raznoliku anatomsku distribuciju (**slika 1**). Podatci o anatomskoj lokalizaciji nisu bili dostupni u 2/24 Spitz nevusa te u 5/24 atipičnih Spitz tumora.

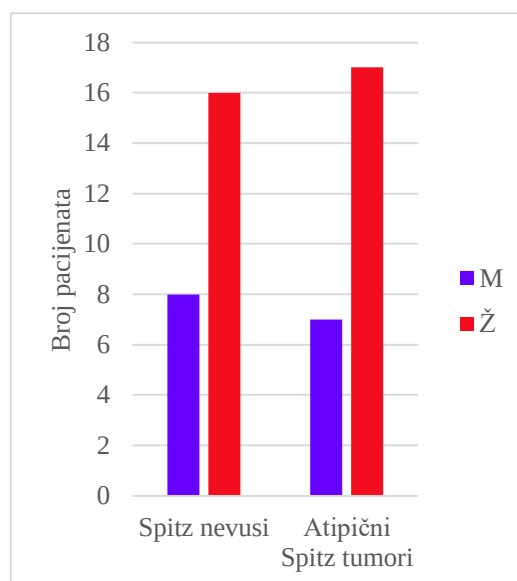


Slika 1. Tortni dijagrami prikaza anatomske lokalizacije **A)** Spitz nevusa i **B)** atipičnih Spitz tumora.

Podatci o dobi i spolu pacijenata te promjeru i dubini lezija detaljno su prikazani u **tablici 3**. Medijan životne dobi pacijenata u skupini Spitz nevusa iznosi 25 godina (**slika 2**). U istoj je skupini 8/24 pacijenata bilo dječje dobi. Najmlađa i najstarija dob u ovoj skupini bile su 9 mjeseci te 53 godine. Medijan dobi pacijenata u skupini AST-ova iznosi 29,5 godina, s rasponom od 2 do 49 godina. U ovoj su skupini 4/24 pacijenta bila djeca. U obje je ispitivane skupine veći broj pacijenata bio ženskog spola (**slika 3**).

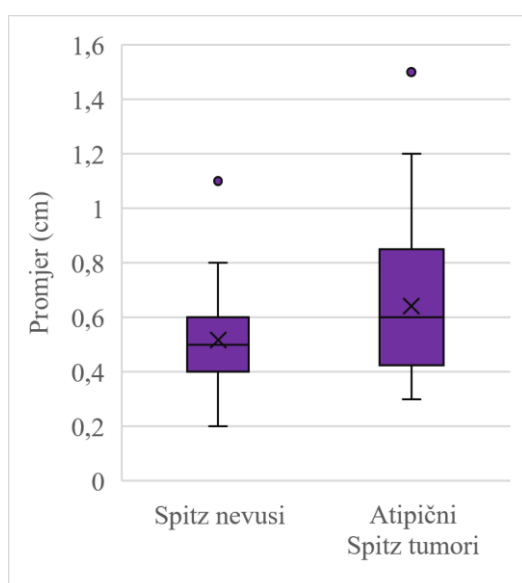


Slika 2. Dobna distribucija pacijenata prikazana kutijastim dijagramom.

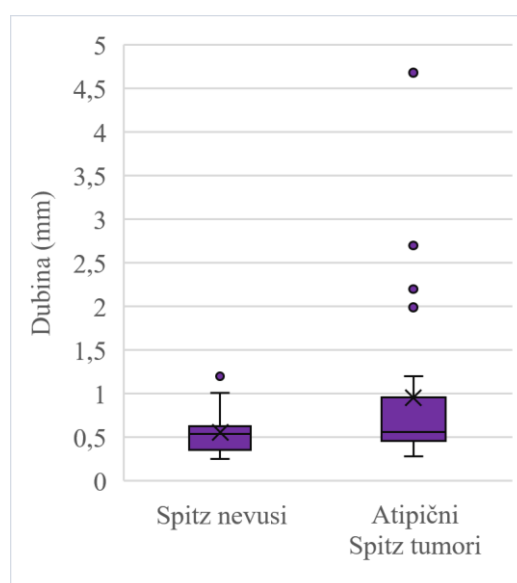


Slika 3. Spolna distribucija pacijenata pristupčastim dijagramom. M=muški spol, Ž=ženski spol.

Najveća lezija u skupini Spitz nevusa bila je promjera 1,1 cm, dok je medijan promjera u istoj skupini iznosio 0,5 cm. Medijan promjera AST-ova iznosio je 0,6 cm, a najveća je lezija bila promjera 1,5 cm (**slika 4**). 4/24 Spitz nevusa bila su u cijelosti smještena u epidermisu. Među preostalih 20 Spitz nevusa najdublje smješten bio je dubine 1,2 mm. Najdublje smješten AST mjerio je 4,68 mm. Prosječna dubina Spitz nevusa iznosila je 0,55 mm, atipičnih Spitz tumora 0,95 mm (**slika 5**).



Slika 4. Kutijasti dijagram promjera lezija.



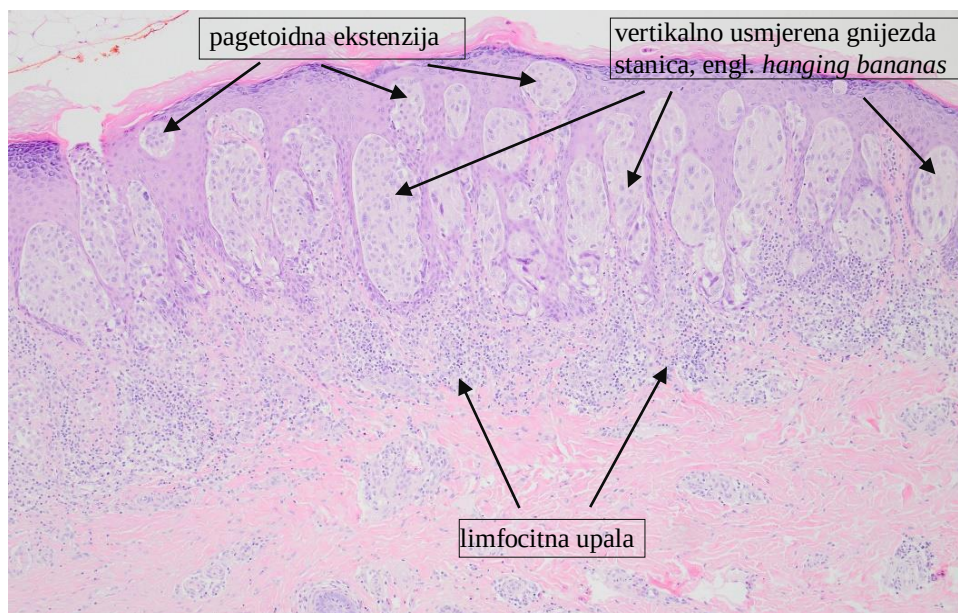
Slika 5. Kutijasti dijagram dubine lezija.

Tablica 3. Klinička obilježja Spitz nevusa i atipičnih Spitz tumora. C=medijan, SIQR=poluinterkvartilno raspršenje, n=ukupan broj lezija

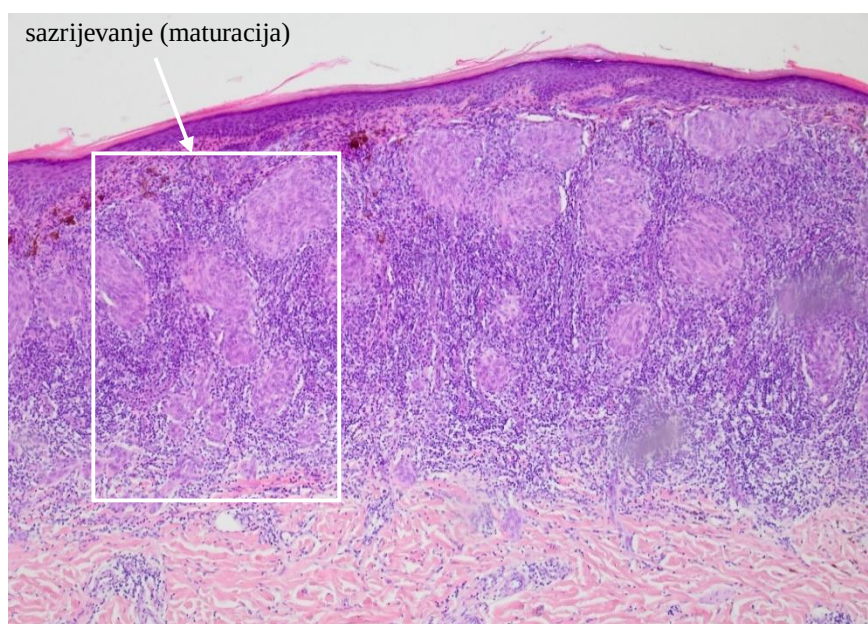
	Spitz nevusi n=24	Atipični Spitz tumori n=24	P vrijednost
DOB (godine) Raspon (C; SIQR)	0,75-53 (25; 7,35)	2-49 (29,5; 10,75)	0,1
SPOL M/Ž	8/16	7/17	0,69
PROMJER (cm) Raspon (C; SIQR)	0,2-1,1 (0,5; 0,1)	0,3-1,5 (0,6; 0,21)	0,43
DUBINA (mm) Raspon (C; SIQR)	0-1,2 (0,54; 0,16)	0,28-4,68 (0,56; 0,25)	0,14

5.2. Patohistološka obilježja

Detaljan prikaz patohistoloških obilježja obiju ispitivanih skupina nalazi se u **tablici 4**. Epiteloidan tip stanica bio je dominantan u 20/24 (83,3%) Spitz nevusa te u 19/24 (79,2%) AST-ova. Pagetoidna ekstenzija pronađena je u 20/24 (83,3%) AST-ova, za razliku od Spitz nevusa u kojima je ovaj fenomen pronađen u 14/24 (58,3%) lezija. Također, u skupini AST-ova pagetoidna je ekstenzija u više slučajeva bila jačeg intenziteta te se ovaj patohistološki parametar pokazao statistički značajnim ($P=0,02$) (**slika 6**). U svih je 48 lezija detektirana limfocitna upala te je u obje ispitivane skupine u većini slučajeva bila blagog intenziteta (**slike 6 i 7**).



Slika 6. Atipični Spitz tumor. HE bojenje. 100x povećanje. Između vertikalno usmjerenih staničnih gnijezda nalaze se izduženi epidermalni produljci. Pojedina gnijezda protežu se visoko u epidermis (pagetoidna ekstenzija). Na bazi tvorbe vidljiva je gusta limfocitna infiltracija te se također može primijetiti nepotpuno sazrijevanje.



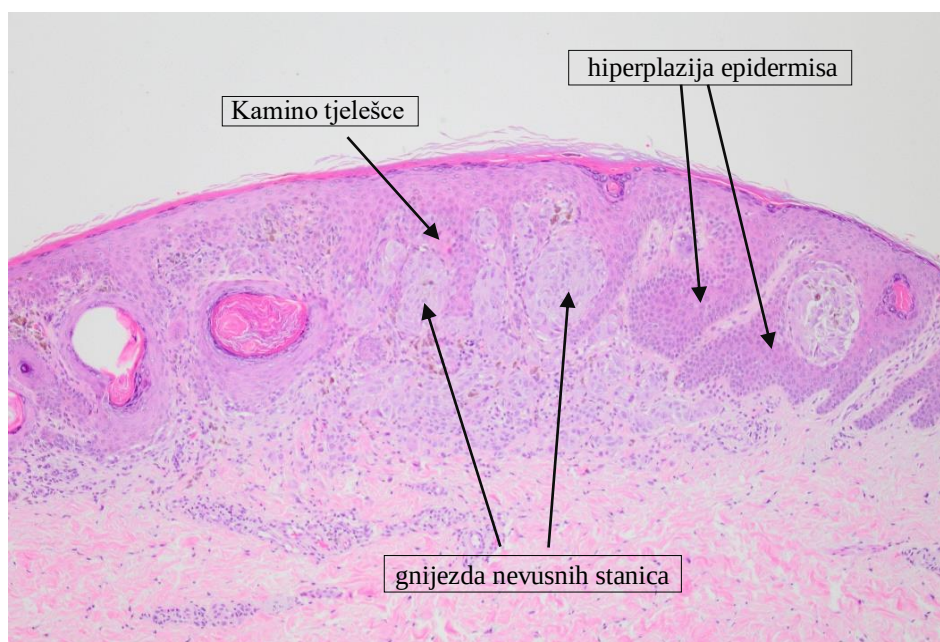
Slika 7. Dermalni atipični Spitz tumor. HE bojenje. 100x povećanje. Veličina gnijezda vretenastih melanocita smanjuje se prema bazalnim dijelovima tumora (sazrijevanje ili maturacija). Lezija je prožeta jakim limfocitnom upalom.

Kamino tjelešca pronađena su u 8/24 (33,3%) Spitz nevusa te u 11/24 (45,8%) AST-ova (**slika 8**). Ni jedan Spitz nevus nije sadržavao pleomorfne stanice, dok su s druge strane pleomorfne stanice pronađene u 4/24 (16,7%) atipična Spitz tumora. Po 1 mitozu/mm² bila je prisutna u 3/24 (12,5%) Spitz nevusa te u 9/24 (37,5%) AST-ova. U 2/24 (8,3%) atipična Spitz tumora pronađene su po 2 mitoze/mm². Sve mitoze nalazile su se u površinskim trećinama dermisa. Naposljetku, 6/24 (25%) Spitz nevusa i 2/24 (8,3%) atipična Spitz tumora nisu bila pigmentirana. Blaga do umjerena pigmentacija bila je prisutna u preostalih 18 (75%) Spitz nevusa i 20/24 (83,4%) AST-ova, dok su preostala 2/24 (8,3%) atipična Spitz tumora bila izrazito pigmentirana.

Tablica 4. Patohistološka obilježja Spitz nevusa i atipičnih Spitz tumora s pripadajućim P vrijednostima. n=ukupan broj lezija

	Spitz nevusi n=24	Atipični Spitz tumori n=24	P vrijednost
TIP STANICA			
dominantno epiteloidne	20 (83,3%)	19 (79,2%)	0,28
dominantno vretenaste	4 (16,7%)	3 (12,5%)	
bez dominacije	0	2 (8,3%)	
PAGETOIDNA EKSTENZIJA			0,02
nepostojana	10 (41,7%)	4 (16,7%)	
blaga do umjerena	12 (50%)	14 (58,3%)	
izražena	2 (8,3%)	6 (25%)	

LIMFOCITNA UPALA blaga umjerena izražena	17 (70,8%) 4 (16,7%) 3 (12,5%)	12 (50%) 11 (45,8%) 1 (4,2%)	0,2
KAMINO TJELEŠCA postojana nepostojana	8 (33,3%) 16 (66,7%)	11 (45,8%) 13 (54,2%)	0,52
PLEOMORFIZAM STANICA postojan nepostojan	0 24 (100%)	4 (16,7%) 20 (83,3%)	0,33
BROJ MITOZA/mm ² 0 1 ≥2	21 (87,5%) 3 (12,5%) 0	13 (54,2%) 9 (37,5%) 2 (8,3%)	0,05
PIGMENTACIJA nepostojana blaga do umjerena izražena	6 (25%) 18 (75%) 0	2 (8,3%) 20 (83,4%) 2 (8,3%)	0,05

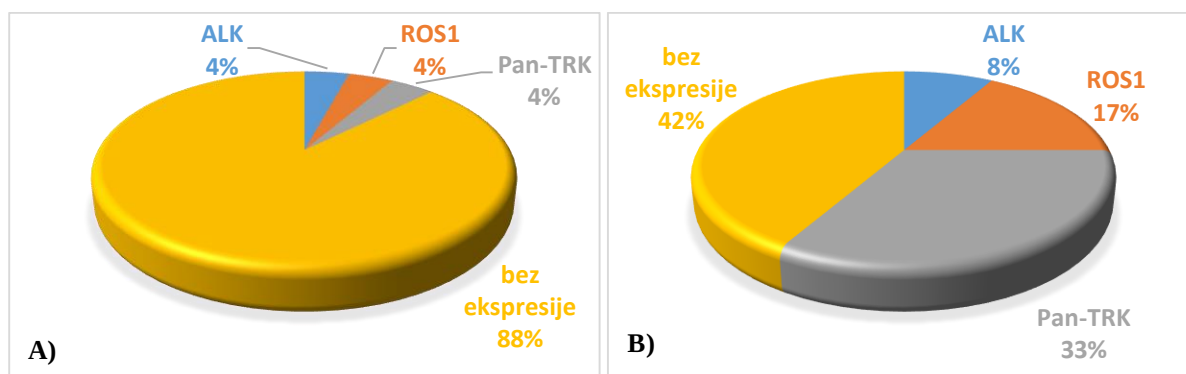


Slika 8. Kompozitni Spitz nevus. HE bojenje. 100x povećanje. U bazalnom sloju epidermisa vidi se homogena eozinofilna globulirana struktura – Kamino tjelešce. Primijećuje se fenomen sazrijevanja, kao i veliko stanično gnijezdo smješteno u cijelosti unutar hiperplastičnog epidermisa.

5.3. Imunohistokemijska obilježja

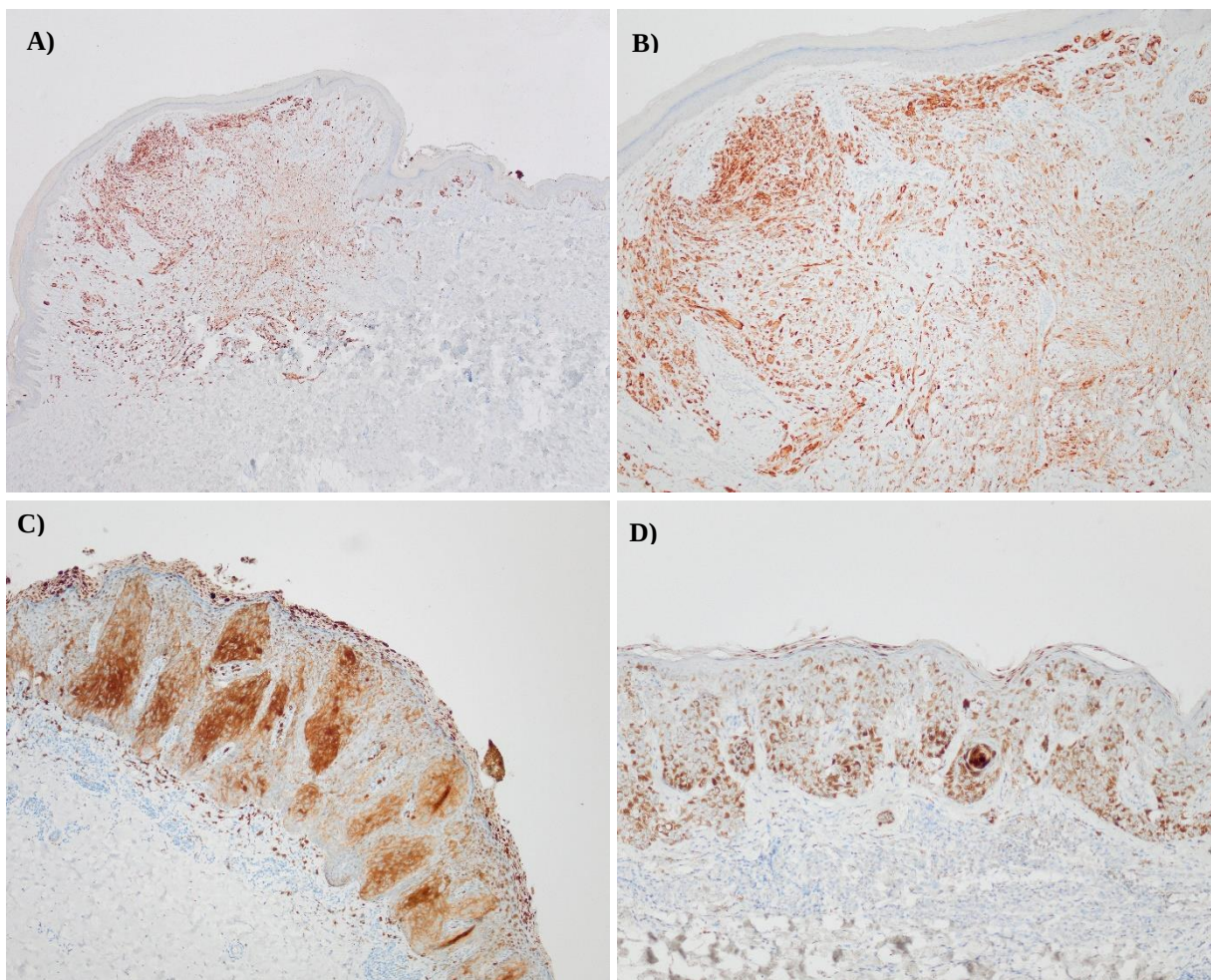
Među Spitz nevusima po jedna je lezija (4,2%) pokazala pozitivnu imunohistokemijsku ekspresiju ALK, ROS1 i Pan-TRK biljega. S druge strane, pozitivna ekspresija navedenih biljega u skupini atipičnih Spitz tumora prema istom je redosljedu iznosila 2/24 (8,3%), 4/24 (16,7%) te 8/24 (33,3%) (**slike 9 i 10**). U obje su ispitivane skupine navedeni biljezi pokazali međusobno isključiv pozitivitet, što drugim

riječima znači da ni u jednom od ukupno 17 slučajeva s pozitivnim reakcijama pojedinačne lezije nisu bile istovremeno pozitivne na 2 ili sva 3 navedena biljega, već na samo jednog od njih.

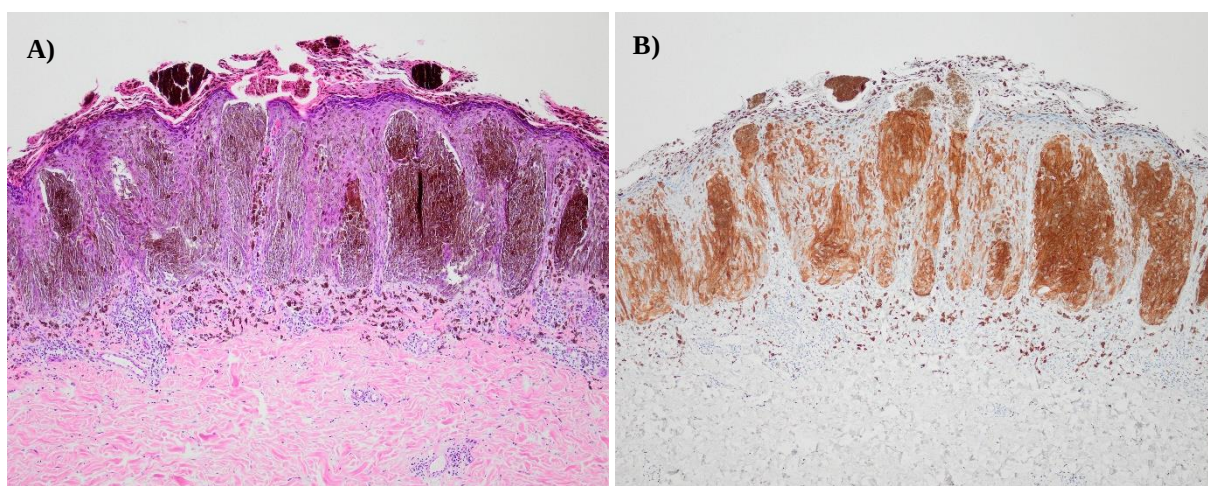


Slika 9. Tortni dijagrami s prikazom udjela tumora s pozitivnom i negativnom ekspresijom ALK, ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijskih biljega. **A)** Spitz nevusi. **B)** Atipični Spitz tumori.

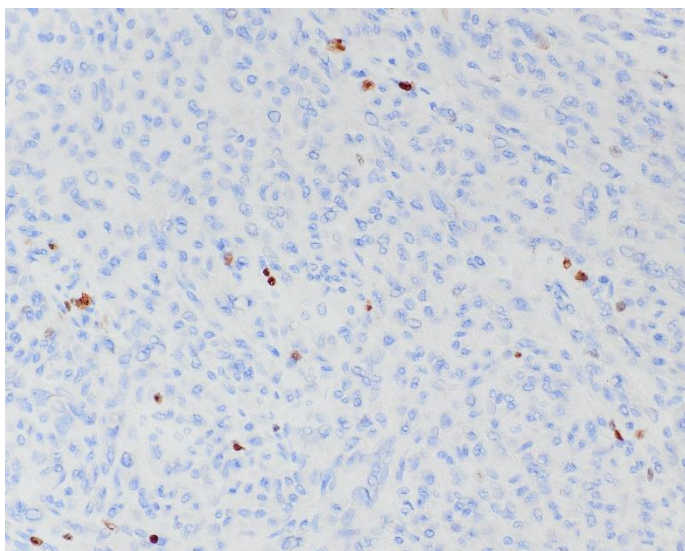
U svim Spitz nevusima te u 21/24 (87,5%) AST-ova ustanovljena je žarišna ili difuzna ekspresija biljega p16 (**slika 11**). Među AST-ovima u 3/24 (12,5%) slučajja biljeg p16 nije pokazao imunohistokemijsku ekspresiju. Indeks proliferacije stanica mjeren nuklearnim biljegom Ki67 pokazao se statistički značajnim parametrom te je u većini Spitz nevusa (79,2%) iznosio $\leq 2\%$, dok ni u jednom slučaju u istoj ispitivanoj skupini nije bio $> 5\%$. S druge je strane u 9/24 (37,5%) AST-ova navedeni indeks iznosio $\leq 2\%$ i u jednakom je broju lezija iznosio više od 2% te bio jednak ili manji od 5%. U 6/24 (25%) AST-ova indeks je bio $> 5\%$, a najveća utvrđena vrijednost u jednoj leziji iznosila je 15% (**slike 12 i 13**). Do sada izneseni imunohistokemijski podatci sabrani su u **tablici 5**. U obje je ispitivane skupine imunohistokemijski detektirana izraženost Melan-A proteina. Biljeg HMB45 je u 20/24 (83,3%) Spitz nevusa i 15/24 (62,5%) AST-ova pokazao pozitivitet u funkcionalnim dijelovima lezija. Negativna imunohistokemijska reakcija s navedenim je biljegom utvrđena u 4/24 (16,7%) Spitz nevusa te u 7/24 (29,2%) AST-ova, dok je difuzna pozitivna reakcija utvrđena u 2/24 (8,3%) atipična Spitz tumora.



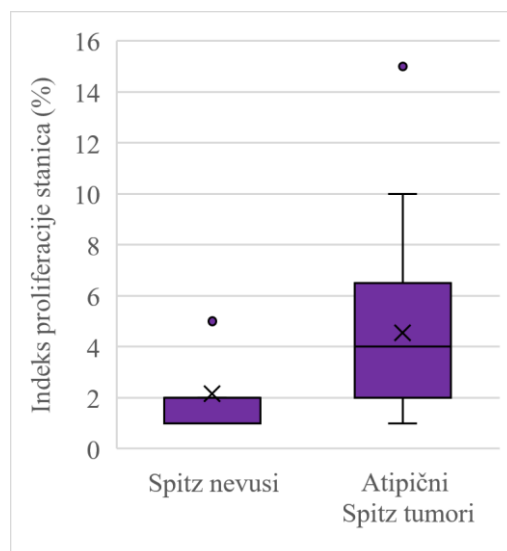
Slika 10. Spitz lezije s imunohistokemijski pozitivnim reakcijama. **A)** ALK bojenje. 40x povećanje. Vidljivi su jasni rubovi i klinast (engl. *wedge-shaped*) obris lezije. **B)** ALK bojenje. 100x povećanje. **C)** ROS1 bojenje. 100x povećanje. **D)** Pan-TRK bojenje. 200x povećanje.



Slika 11. Pigmentirani atipični Spitz tumor. **A)** HE bojenje. 100x povećanje. Na površini lezije vidi se ulceracija. Primijećuje se pagetoidna ekstenzija. Raspršene tumorske stanice na bazi tvorbe i stanice u gnjezdima obilno su pigmentirane. **B)** Isti tumor s difuznim pozitivnim p16 imunohistokemijskim bojenjem. 100x povećanje.



Slika 12. Ki67 imunohistokemijsko bojenje. 400x povećanje. U ovom slučaju indeks proliferacije iznosi 2%.



Slika 13. Indeks proliferacije stanica mjeren ekspresijom biljega Ki67 u 24 Spitz nevusa i 24 AST-ova prikazan kutijastim dijagramom.

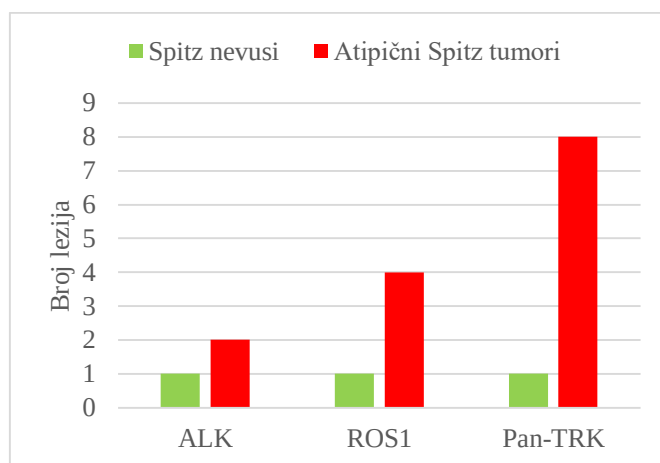
Tablica 5. Imunohistokemijska obilježja Spitz nevusa i atipičnih Spitz tumora s pripadajućim P vrijednostima. n=ukupan broj lezija

	Spitz nevusi n=24	Atipični Spitz tumori n=24	P vrijednost
ALK pozitivan negativan	1 (4,2%) 23 (95,8%)	2 (8,3%) 22 (91,7%)	0,8
ROS1 pozitivan negativan	1 (4,2%) 23 (95,8%)	4 (16,7%) 20 (83,3%)	0,18
Pan-TRK pozitivan negativan	1 (4,2%) 23 (95,8%)	8 (33,3%) 16 (66,7%)	0,09
p16 pozitivan negativan	24 (100%) 0	21 (87,5%) 3 (12,5%)	0,46
Ki67 ≤2% >2%, ≤5% >5%	19 (79,2%) 5 (20,8%) 0	9 (37,5%) 9 (37,5%) 6 (25%)	0,01

5.4. Obilježja ALK, ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijski pozitivnih Spitz neoplazmi

U **tablici 5** vidljiva je raspodjela ALK, ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijski pozitivnih Spitz lezija između Spitz nevusa i atipičnih Spitz tumora. Dakle, u skupini od ukupno 3 ALK pozitivne lezije nalaze

se 2 atipična Spitz tumora te 1 Spitz nevus. Između ukupno 5 ROS1 pozitivnih lezija nalazi se 1 Spitz nevus i 4 atipična Spitz tumora (slika 14).



Slika 14. Grafički prikaz distribucije 3 ALK, 5 ROS1 i 9 Pan-TRK imunohistokemijski pozitivnih Spitz lezija između Spitz nevusa i atipičnih Spitz tumora.

Klinička dijagnoza bila je ispravna u slučaju ALK pozitivnog Spitz nevusa. U preostala 2 slučaja ALK pozitivnih lezija kliničke su dijagnoze bile Spitz nevus i displastičan nevus, što se nije poklopilo s patohistološkom dijagnozom atipičnog Spitz tumora. U ROS1 pozitivnoj skupini jedna je lezija klinički prepoznata kao Spitz nevus, međutim patohistološki riječ je bila o atipičnom Spitz tumoru. Kliničke dijagnoze preostalih ROS1 pozitivnih lezija, kao i Pan-TRK pozitivnih lezija bile su različite te ni jedna nije odgovarala patohistološkoj dijagnozi. Podatci o anatomskim lokalizacijama lezija nisu bili dostupni u po 1 slučaju ALK i ROS1 pozitivnih lezija te u 2 Pan-TRK pozitivne lezije. Ostale ALK pozitivne lezije nalazile su se na lijevoj nadlaktici i lijevom ramenu, a ROS1 pozitivne lezije na abdomenu, leđima, lijevom ramenu i lijevoj natkoljenici. 2 Pan-TRK pozitivne lezije nalazile su se na desnoj natkoljenici, 3 na prsištu te po 1 na leđima i lijevom ramenu. Ostale kliničke karakteristike pacijenata odnosno ALK, ROS1 i Pan-TRK pozitivnih lezija prikazane su u **tablici 6**. U sve je 3 većina pacijenata bila ženskog spola. Medijani dobi pacijenata s ALK, ROS1 i Pan-TRK pozitivnim lezijama prema istom su redoslijedu iznosili 4, 30 i 29 godina, dok su medijani promjera i dubine lezija također prema istom redoslijedu iznosili 0,7, 0,5 i 0,6 cm, odnosno 2,2, 0,45 i 0,51 mm. Po jedna je lezija u ALK pozitivnoj i ROS1 pozitivnoj skupini bila intraepidermalno smještena.

Tablica 6. Klinička obilježja ALK, ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijski pozitivnih Spitz neoplazmi. C=medijan, SIQR=poluinterkvartilno raspršenje, n=ukupan broj lezija

	ALK n=3	ROS1 n=5	Pan-TRK n=9
DOB (godine) Raspon (C; SIQR)	2-28 (4; 13)	24-48 (30; 7,25)	17-48 (29; 7,25)
SPOL M/Ž	0/3	1/4	3/6
PROMJER (cm) Raspon (C; SIQR)	0,2-0,9 (0,7; 0,35)	0,4-0,9 (0,5; 0,15)	0,3-1,2 (0,6; 0,2)
DUBINA (mm) Raspon (C; SIQR)	0-4,68 (2,2; 2,34)	0-0,66 (0,45; 0,23)	0,28-0,81 (0,51; 0,1)

Patohistološke značajke sabrane su u **tablici 7**. Sve 3 ALK pozitivne lezije bile su građene od dominantno epiteloidnih stanica, bez kamino tjelešaca te sa blagim do umjerenim intenzitetom pagetoidne ekstenzije. U 2/3 ALK pozitivnih tumora pronađena je po 1 mitotička/mm² dok u preostalom slučaju mitoze nisu pronađene. U 2/3 slučajeva lezije su bile obilježene staničnim pleomorfizmom. S druge strane, pleomorfne stanice nisu pronađene ni u jednom slučaju ROS1 i Pan-TRK pozitivnih lezija. 4/5 ROS1 pozitivnih lezija bilo je građeno od dominantno epiteloidnih stanica. U istoj skupini u 2/5 lezija nije pronađena pagetoidna ekstenzija, a u preostalih je 3/5 lezija bila naglašena. Kamino tjelešca, kao ni mitotičke figure nisu pronađene u 4/5 ROS1 pozitivnih lezija, dok je u preostalom slučaju detektirana 1 mitotička/mm². Sve ROS1 pozitivne lezije bile su pigmentirane, a u 1/5 slučajeva pigmentacija je bila izražena. U Pan-TRK pozitivnoj skupini u 8/9 slučajeva dominirale su epiteloidne stanice, dok je u preostalom slučaju broj epiteloidnih i vretenastih stanica bio podjednak. U 1/9 slučajeva pagetoidna ekstenzija nije pronađena, u 6/9 slučajeva bila je blagog do umjerenog intenziteta, a izražena u preostala 2 slučaja. Kamino tjelešca zamijećena su u 5/9 slučajeva. Po 1 mitotička/mm² utvrđena je u 2/9 slučajeva, dok u preostalih 7/9 slučajeva mitoze nisu pronađene. Sve Pan-TRK pozitivne lezije bile su pigmentirane te je u 1/9 slučajeva pigmentacija bila obilna. Konačno, lezije iz svih triju skupina bile su infiltrirane limfocitima, no ni u jednom slučaju limfocitna upala nije bila naglašena. Također, sve uočene mitoze u svim lezijama bile su smještene u površinskim trećinama dermisa.

Tablica 7. Patohistološka obilježja ALK, ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijski pozitivnih Spitz neoplazmi. n=ukupan broj lezija

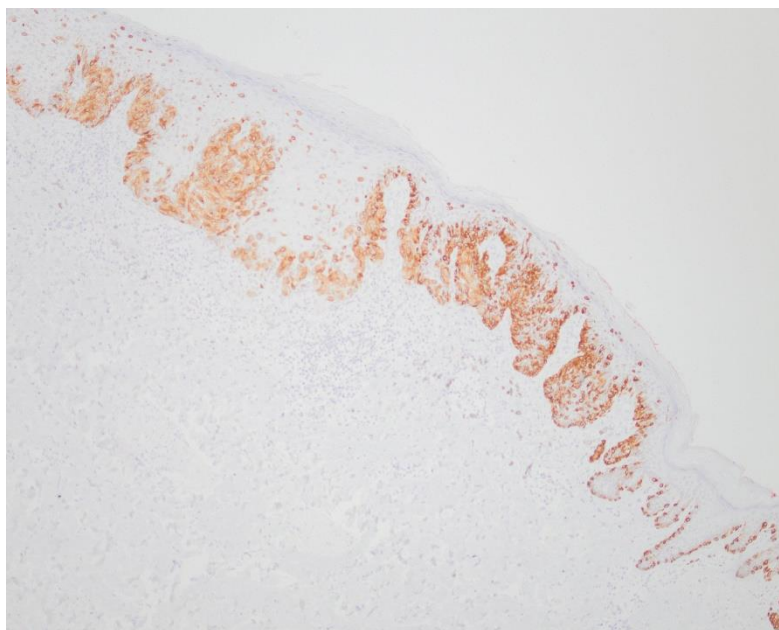
	ALK n=3	ROS1 n=5	Pan-TRK n=9
TIP STANICA			
dominantno epiteloidne	3/3	4/5	8/9
dominantno vretenaste	0/3	1/5	0/9
bez dominacije	0/3	0/5	1/9
PAGETOIDNA EKSTENZIJA			
nepostojana	0/3	2/5	1/9
	3/3	0/5	6/9

blaga do umjerena izražena	0/3	3/5	2/9
LIMFOCITNA UPALA			
blaga	2/3	3/5	3/9
umjerena	1/3	2/5	6/9
izražena	0/3	0/5	0/9
KAMINO TJELEŠCA			
postojana	0/3	1/5	5/9
nepostojana	3/3	4/5	4/9
PLEOMORFIZAM STANICA			
postojan	2/3	0/5	0/9
nepostojan	1/3	5/5	9/9
BROJ MITOZA/mm ²			
0	1/3	4/5	7/9
1	2/3	1/5	2/9
≥2	0/3	0/5	0/9
PIGMENTACIJA			
nepostojana	2/3	0/5	0/9
blaga do umjerena	1/3	4/5	8/9
izražena	0/3	1/5	1/9

U 2/3 ALK pozitivnih tumora nije zabilježena imunohistokemijska ekspresiju p16 proteina, za razliku od ROS1 i Pan-TRK skupina u kojima je u svim lezijama opažena pozitivna imunohistokemijska reakcija ovim biljgom. Utvrđena je podjednaka distribucija ALK pozitivnih i Pan-TRK pozitivnih lezija po kategorijama indeksa stanične proliferacije. U svakoj se od 3 kategorije nalazi se po 1/3 lezija iz ALK pozitivne i Pan-TRK pozitivne skupine. Za razliku od toga, u skupini ROS1 pozitivnih lezija indeks proliferacije stanica iznosio je ≤2% u 3/5 slučajeva, dok je u 2/5 slučajeva bio >2% , a ≤5%. U ALK pozitivnoj skupini lezija najveći indeks proliferacije stanica iznosio je 10%, odnosno 15% u Pan-TRK pozitivnoj skupini. U većini je lezija svih triju skupina biljeg HMB45 bio imunohistokemijski pozitivan u junkcionalnim dijelovima tvorbi (**tablica 8**). Sve su lezije iz svih triju skupina bile imunohistokemijski pozitivne na Melan-A (**slika 15**).

Tablica 8. Klasične imunohistokemijske značajke ALK, ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijski pozitivnih Spitz neoplazmi. n=ukupan broj lezija

	ALK n=3	ROS1 n=5	Pan-TRK n=9
p16			
pozitivan	1/3	5/5	9/9
negativan	2/3	0/5	0/9
Ki67			
≤2%	1/3	3/5	3/9
>2%, ≤5%	1/3	2/5	3/9
>5%	1/3	0/5	3/9
HMB45			
pozitivan junkcionalno	2/3	5/5	5/9
negativan	1/3	0/5	2/9
pozitivan	0/3	0/5	2/9



Slika 15. Spitz tumor. Melan-A imunohistokemijsko bojenje.
100x povećanje.

6. RASPRAVA

Spitz neoplazme intrigantna su skupina lezija iz opsežnog mozaika melanocitnih tumora. Nakon kliničke sumnje, patohistološka analiza, kao nezaobilazan korak u dijagnostičkom postupku, rijetko je kada dostatna za nedvojbeno postavljanje ispravne dijagnoze. Iz tog su razloga tehnike poput imunohistokemijskih, molekularnih i citogenetičkih testova vrlo važni pomoćni dijagnostički alati. Temeljem naših rezultata, klinička dijagnoza ispravno je postavljena u svega 4/48 (8,3%) ispitivanih slučajeva, što ilustrira značaj patohistološke analize i dodatnih molekularnih testova u dijagnostici Spitz neoplazmi. Među pregledanim znanstvenim radovima ni u jednom od njih nije na ovolikom ili većem broju pacijenata analizirana uspješnost kliničkog dijagnosticiranja Spitz lezija. Donji ekstremiteti i trup pokazali su se najčešćim anatomskim lokalizacijama u obje ispitivane skupine, što je djelomično u skladu s proučenom literaturom u kojoj se donji ekstremiteti i glava navode kao češće lokalizacije, no podatci variraju među pojedinim autorima (18,23,25). Dobiveni rezultati o dobi koji ukazuju na tipičnu pojavnost Spitz lezija u djece i mlađih odraslih osoba, kao i dominacija ženskog spola u obje ispitivane skupine u skladu su s literaturnim podacima (18,20). No čini se prema našim rezultatima da se AST-ovi pojavljuju u nešto kasnijoj dobi (prosječna dob 32 god.) u odnosu na Spitz nevuse (prosječna dob 24 god.). Na isto upućuju i radovi nekih drugih autora (18,47). Veća prosječna debljina te promjer AST-ova u odnosu na Spitz nevuse govore u prilog različitom biološkom potencijalu ovih dviju grupa lezija. Među proučavanim patohistološkim karakteristikama pagetoidna ekstenzija, odsutnost Kamino

tjelešaca, pleomorfizam stanica, prisutnost >1 dermalne mitoze/ mm^2 , mitoze smještene u dubokim slojevima dermisa te obilna pigmentacija spadaju u maligna histološka obilježja (10,16). Izuzev odsutnosti Kamino tjelešaca te duboko smještenih dermalnih mitoz, sva su navedena obilježja češće bila prisutna u AST-ovima, a pagetoidna se ekstenzija pokazala i statistički značajnim parametrom ($P=0,02$). Još jedan od parametara koji podupire veći biološki potencijal AST-ova u odnosu na Spitz nevuse, a koji se također pokazao statistički signifikantnim ($P=0,01$) jest indeks proliferacije stanica mjeren imunohistokemijskim biljegom Ki67. Navedeni je indeks u većem broju AST-ova (9/24, 37,5%) iznosio $>2\%$ i $\leq 5\%$ u usporedbi sa Spitz nevusima (5/24, 20,8%), dok za razliku od 6/24 (25%) AST-ova ni u jednom od Spitz nevusa nije iznosio $>5\%$. U 3/24 (12,5%) atipična Spitz tumora imunohistokemijski nije utvrđena ekspresija p16 proteina, za razliku od skupine Spitz nevusa u kojoj su sve lezije eksprimirale navedeni protein. Ova 3 slučaja zavređuju posebnu pažnju s obzirom na poznatu vezu između gubitka ekspresije ovog tumor-supresorskog proteina i malignih obilježja Spitz neoplazmi (38). Osim toga, u novijim je istraživanjima opažen čest izostanak ekspresije p16 proteina u Spitz lezijama s fuzijama *MAP3K8* onkogen (29,43). Ove se fuzije također *per se* povezuju s malignim karakteristikama Spitz neoplazmi. Stoga bi gubitak imunohistokemijske ekspresije tumor-supresora p16 mogao upućivati na potencijalnu prisutnost *MAP3K8* fuzije, odnosno na moguće agresivnije kliničko ponašanje takvih Spitz neoplazmi. Kervarrec i suradnici u svojoj su studiji u 77% Spitz lezija s prisutnim *MAP3K8* fuzijama primijetili izostanak imunohistokemijske ekspresije p16 proteina (43). Slično tome, Houlier i suradnici među 19/26 (73%) Spitz lezija s *MAP3K8* fuzijama nisu imunohistokemijski uspjeli potvrditi ekspresiju proteina p16; među tih je 19 lezija bilo 10 AST-ova i 9 Spitz melanoma (29). U našem je istraživanju svih 48 lezija pokazalo pozitivnu imunohistokemijsku reakciju s Melan-A protutijelom, bez značajne razlike u obrascu pozitiviteta u Spitz nevusima i AST-ovima, što pokazuje da navedeno protutijelo nije korisno za distinkciju ovih dviju skupina lezija. Protutijelo HMB45 koje se veže na antigene nezrelih stanica u melanocitnim neoplazmama u 20 je od 24 Spitz nevusa (83,3%) te u 15/24 (62,5%) AST-ova pokazalo pozitivnu imunohistokemijsku reakciju u junkcionalnim dijelovima tvorbi s gubitkom pozitiviteta prema bazi. Stanice melanocitnih tumora sazrijevaju u smjeru od površinskih prema bazalnim dijelovima dermisa te se ovaj fenomen smatra pokazateljem benigne prirode same lezije (14). Melanomi pokazuju difuzni pozitivitet u imunohistokemijskom bojenju ovim protutijelom, što upućuje na izostanak sazrijevanja (maturacije) stanica (3). Shodno tome, prema našim rezultatima nije iznenađujuć nešto manji broj AST-ova s junkcionalnim pozitivitetom u odnosu na Spitz nevuse. U 2/24 (8,3%) atipična Spitz tumora uočen je difuzni pozitivitet. Međutim, zbunjujuća je činjenica da je čak 7/24 (29,2%) AST-ova u usporedbi s 4/24 (16,7%) Spitz nevusa pokazalo negativnu imunohistokemijsku reakciju koja upućuje na zrelost stanica, tj. nizak maligni potencijal tumora. Ovaj podatak ilustrira raznolikost atipičnih Spitz tumora. Kao ni Melan-A, HMB45 protutijelo nije specifično za Spitz melanocitne neoplazme te stoga precizna dijagnoza iziskuje uporabu drugih molekularnih biljega. Posebno su se korisnim pokazala ALK, ROS1 i Pan-TRK protutijela. S navedenim je protutijelima imunohistokemijski moguće ispitati ekspresiju ALK, ROS1 i Trk tirozin kinaznih

receptora, koja je pokazala visoku podudarnost s fuzijama *ALK*, *ROS1* i *NTRK* gena, a koje su pored ostalih genskih fuzija karakteristična molekularna obilježja Spitz neoplazmi (11,25,37,41). Stoga je imunohistokemija odličan probirni test kojim je u slučaju pozitivne reakcije moguće pretpostaviti postojanje navedenih fuzija, odnosno naslutiti molekularne promjene tipične za Spitz lezije. Postojanje preciznih lijekova koji inhibiraju konstitutivno aktivirane kinaze, poput tkivno agnostičkog larotrektriniba koji se pokazao učinkovitim u liječenju solidnih tumora s prisutnim *NTRK* fuzijama ili entrektiniba koji je inhibitor *ALK*, *ROS1* i *Trk* kinaza objašnjava važnost mogućnosti detekcije fuzija u Spitz tumorima (37). U našem je istraživanju pozitivna imunohistokemijska reakcija s *ALK* protutijelom pronađena u 1/24 (4,2%) Spitz nevusa te u 2/24 (8,3%) AST-ova, odnosno u ukupno 3/48 (6,3%) analiziranih Spitz neoplazmi. Ekspresija *ROS1* proteina imunohistokemijski je potvrđena u 1/24 (4,2%) Spitz nevusa i 4/24 (16,7%) AST-ova, tj. ukupno je 5/48 (10,4%) ispitivanih Spitz lezija pokazalo ekspresiju ove molekule. Ekspresija *Trk* proteina ispitivana Pan-*TRK* protutijelom dokazana je u 1/24 Spitz nevusa (4,2%) i 8/24 (33,3%) AST-ova, dakle ukupno u 9/48 (18,8%) analiziranih Spitz tumora. Temeljem ovih je rezultata naša hipoteza o većoj ekspresiji navedenih proteina u AST-ovima potvrđena. Međutim, uočena je razlika s rezultatima drugih istraživača, a koji se također razlikuju međusobno. Primjerice, Kiuru i suradnici u svojoj su kohorti od 105 Spitz lezija u njih 28 (26.7%) imunohistokemijski potvrdili ekspresiju *ALK* proteina (44). Cappellesso i suradnici u svojem su istraživanju na velikoj skupini od 180 AST-ova ekspresiju *Trk* proteina evidentirali u svega 26 slučajeva odnosno 15%, što je otprilike upola manje u usporedbi s našim rezultatima (32). S druge strane, Cesinaro i suradnici publicirali su rad o 11 Spitz lezija s imunohistokemijski dokazanom ekspresijom *ROS1* proteina među 35 analiziranih slučajeva, što iznosi 31% (41). Vrlo je zanimljiv rezultat jedne brazilske grupe autora koja u svojem istraživanju na skupini od 47 Spitz lezija ni u jednom slučaju nije zabilježila pozitivnu imunohistokemijsku reakciju koristeći *ALK* i *ROS1* protutijela (47). Nesklad u ovim rezultatima možemo prije svega potražiti u neujednačenom broju ispitivanih skupina. Za razliku od naše studije u kojoj smo raspolagali sa jednakim brojem Spitz nevusa i AST-ova, u drugim su studijama analizirani različiti brojevi Spitz nevusa, AST-ova i Spitz melanoma. Također, kriteriji za patohistološku dijagnozu Spitz lezija razlikuju se među pojedinim ustanovama, što može rezultirati uporabom različitih melanocitnih lezija u imunohistokemijskim analizama. Cardili i suradnici u tumačenju svojih rezultata između ostalog navode i potencijalnu razliku molekularnog profila Spitz lezija u Brazilaca u odnosu na Europljane ili stanovnike Sjeverne Amerike koji su ispitanici u većini publiciranih znanstvenih istraživanja ove tematike (47). Oslanjajući se na rezultate većih istraživanja, procjenjuje se da su fuzije *ALK*, *ROS1* i *NTRK1* gena najčešće fuzije u Spitz tumorima. Wiesner i suradnici u svojem su istraživanju analizom 140 Spitz neoplazmi fuzije *ROS1*, *NTRK1* i *ALK* gena prema istom redoslijedu pronašli u 17%, 16% i 10% slučajeva (9). S obzirom na konkordantnost navedenih fuzija i ekspresije kimeričnih proteina detektabilnih imunohistokemijskim protutijelima, može se očekivati približno slična učestalost Spitz lezija s pozitivnim imunohistokemijskim reakcijama. Međutim, nesuglasje između ove pretpostavke i

rezultata našeg, kao i drugih istraživanja jasno oslikava kompleksnost Spitz neoplazmi i ukazuje na potrebu za daljnjim istraživanjima.

Korelacija između morfoloških obilježja i specifičnih molekularnih promjena odnosno pokretačkih mutacija glavna je tema aktualnih istraživanja. Prema našim rezultatima, lezije s imunohistokemijski dokazanom ekspresijom ALK, ROS1 i Trk proteina nisu bile klinički ispravno prepoznate, osim jednog ALK pozitivnog Spitz nevusa. Ovaj je rezultat u skladu s prvim dijelom našeg istraživanja u kojem je također pokazana vrlo mala uspješnost kliničkog prepoznavanja Spitz lezija. Anatomske lokalizacije ALK, ROS1 i Pan-TRK pozitivnih lezija bile su vrlo raznolike bez predominantne lokalizacije. Drugi su autori također u svojim radovima izvijestili o različitoj kožnoj distribuciji Spitz lezija imunohistokemijski pozitivnih na navedene biljege, no s pretežnom pojavnošću na donjim ekstremitetima (8,35,41,43). U usporedbi s ROS1 i Pan-TRK pozitivnim lezijama, ALK pozitivni tumori pojavili su se u mlađim pacijentima te su prodirali dublje u dermis. Smatra se da bi za veće dimenzije ALK imunohistokemijski pozitivnih Spitz lezija mogle biti odgovorne specifične ALK fuzije s reperkusijom na kasniju aktivaciju mehanizma staničnog starenja (25). S druge strane, srednji je promjer neoplazmi u sve 3 imunohistokemijske skupine bio jednak te su u sve 3 skupine pacijenti češće bili ženskog spola. Podatci o dubini i promjeru u skladu su s većinom proučenih znanstvenih radova, no uočen je nesklad među publiciranim radovima u pogledu spolne distribucije ovih lezija. Tako su primjerice pacijenti s ALK pozitivnim lezijama u istraživanjima dviju različitih grupa autora bili dominantno muškog spola (8,42). ALK pozitivni slučajevi temeljem naših se rezultata izdvajaju i s obzirom na prisutnost pleomorfni stanica, nepostojanje Kamino tjelešaca te češći izostanak pigmentacije. Ovi su rezultati u skladu s drugim istraživanjima (8,42–44). No, Kamino tjelešca također nisu uočena ni u 4/5 ROS1 pozitivnih slučajeva, kao ni u 4/9 Pan-TRK pozitivnih lezija. U sve su tri skupine barem u jednom slučaju detektirane mitoze, no ni u jednom pojedinačnom slučaju nije uočeno ≥ 2 mitoz/mm², što upućuje na nespecifičnost ovog patohistološkog parametra. Izražena pagetoidna ekstenzija detektirana je u 3/5 ROS1 pozitivnih slučajeva te u 2/9 Pan-TRK pozitivnih tumora, dok je u sve 3 ALK pozitivne lezije bila blagog do umjerenog intenziteta. Podatak o jačem intenzitetu pagetoidne ekstenzije u ROS1 pozitivnim lezijama također je sukladan s recentnom literaturom (34,43). Podatci o prevladavajućem tipu stanica razlikuju se među pojedinim istraživanjima. Tako su primjerice Cesinaro i suradnici u svojoj studiji ustanovili veći broj ROS1 pozitivnih lezija s dominantno epiteloidnim stanicama u odnosu na broj lezija s dominantno vretenastim stanicama, što je sukladno s našim rezultatom (41). S druge strane, Kervarrec i suradnici u sve su tri imunohistokemijske skupine utvrdili dominantno vretenaste stanice, što je u suprotnosti s našim rezultatima (43). Negativna ekspresija p16 proteina pronađena je u 2/3 ALK pozitivna tumora, dok su ROS1 i Pan-TRK pozitivne lezije u svim slučajevima ekspimirale ovaj protein. Ovo je zanimljiv podatak s obzirom da je među svih 48 ispitivanih lezija u našem istraživanju gubitak ekspresije ovog proteina pronađen u ukupno 3 slučaja. U jednom je od ova 2 ALK pozitivna slučaja indeks proliferacije stanica iznosio 10%, a dubina lezije 4,68

mm, što je najveća izmjerena debljina između svih 48 lezija analiziranih u istraživanju. Također, u istoj je leziji utvrđen izostanak Kamino tjelešaca, kao i prisutnost pleomorfnih stanica. Sve te karakteristike upućuju na veći maligni potencijal ove lezije u usporedbi s drugim slučajevima. U jednoj je Pan-TRK pozitivnoj leziji indeks proliferacije stanica iznosio 15% te je u istoj leziji uočena izražena pagetoidna ekstenzija i intenzivna pigmentacija. Obrazac imunohistokemijskog bojenja s HMB45 protutijelom koji ukazuje na izostanak sazrijevanja stanica uočen je u 2/9 Pan-TRK pozitivnih lezija, međutim izostanak drugih malignih obilježja u većini Pan-TRK pozitivnih lezija govori u prilog njihove benigne prirode. Blaga ili umjerena limfocitna upala zabilježena u svim lezijama iz svih triju skupina aludira na nespecifičnost ovog patohistološkog obilježja, koje stoga ne možemo dovesti u korelaciju s ekspresijom ALK, ROS1 ili Trk proteina. S druge strane, Kiuru i suradnici u svojem su istraživanju intenzivniju limfocitnu infiltraciju uočili u Spitz lezijama s ekspresijom TrkA proteina dokazanom NTRK1 protutijelom u usporedbi s ALK pozitivnim lezijama (44). Temeljem naših rezultata, ALK imunohistokemijski pozitivne Spitz neoplazme mogle bi biti okarakterizirane većim malignim potencijalom u odnosu na ROS1 i Pan-TRK pozitivne neoplazme. Međutim, u donošenju nedvojbenih zaključaka sprječava nas premalen broj ispitanika, koji je ujedno i glavna mana našeg istraživanja. S obzirom na nisku incidenciju Spitz tumora sa sličnim su se problemom susreli i drugi istraživači. To je također razlog ograničene uporabe statističke obrade podataka u ovakvim istraživanjima, što onemogućuje donošenje zaključaka visoke razine dokaza te su rezultati često izneseni opisnim načinom. Poželjan je nastavak našeg istraživanja uz pomoć molekularnih metoda, poput sekvenciranja sljedeće generacije u cilju odgovora na pitanje jesu li za ekspresiju ALK, ROS1 i Trk tirozin kinaznih receptora potvrđenu imunohistokemijskom tehnikom odgovorne kinazne fuzije ili neke druge molekularne promjene.

U novije je vrijeme uočena veza između pojedinih fuzija i specifičnih imunohistokemijskih obrazaca. Sve pozitivne imunohistokemijske reakcije s ALK, ROS1 i Pan-TRK protutijelima u našoj smo studiji detektirali u citoplazmi stanica, što je sukladno s većinom do sad publiciranih radova. Međutim, neki su istraživači pronašli neobične obrasce, pripisujući ih različitim N-terminalnim partnerima u genskim fuzijama. Tako su primjerice Bahrani i suradnici nedavno izvijestili o membranskom pozitivitetu ALK imunohistokemijskog bojenja u Spitz nevusu s *EHBP1-ALK* fuzijom. EHBP1 protein, N-terminalni partner u ovoj fuziji, sudjeluje u regulaciji transporta endocitotskih vezikula te je normalno smješten na staničnoj membrani (46).

Prepoznavanje karakterističnih morfoloških obilježja u dijagnostičkom postupku omogućilo bi predviđanje molekularne promjene u samoj Spitz neoplazmi. Također, prepoznavanje tipičnog imunohistokemijskog obrasca omogućilo bi još suptilniju pretpostavku o postojanju točno određene fuzije. U nastavku bi dijagnostičkog postupka dokaz fuzije uz pomoć pravilno odabranog dodatnog molekularnog testa mogao pacijenta učiniti kandidatom za preciznu terapiju kinaznim inhibitorom.

Nastavak istraživanja molekularnog profila Spitz lezija te prepoznavanje molekularno-morfoloških korelacija približit će nas ostvarenju ovog koncepta personalizirane medicine.

7. ZAKLJUČCI

Temeljem naših rezultata, Spitz neoplazme pokazale su najčešću pojavnost na trupu i donjim ekstremitetima u djece i mlađih odraslih osoba ženskog spola, no bez klinički jasne prezentacije te stoga precizna dijagnoza neminovno zahtijeva patohistološku i molekularnu analizu. Veće prosječne dimenzije, izraženija pagetoidna ekstenzija, postojanje pleomorfnih stanica, veći broj dermalnih mitozâ/mm² te izraženija pigmentacija upućuju na veći maligni potencijal atipičnih Spitz tumora u odnosu na Spitz nevuse. Na isti nas zaključak navode i češći gubitak ekspresije p16 proteina u atipičnim Spitz tumorima te njihova veća stanična proliferativnost u usporedbi sa Spitz nevusima.

Ekspresija ALK, ROS1 i Trk tirozin kinaznih receptora veća je u atipičnim Spitz tumorima nego u Spitz nevusima. Prosječna dubina lezija, nepostojanje Kamino tjelešaca, česta prisutnost pleomorfnih stanica te čest gubitak ekspresije p16 proteina u lezijama s dokazanom ekspresijom ALK proteina ukazuju na moguć veći maligni potencijal ALK pozitivnih u odnosu na ROS1 i Pan-TRK imunohistokemijski pozitivne Spitz neoplazme. Češća prisutnost naglašene pagetoidne ekstenzije u ROS1 imunohistokemijski pozitivnim Spitz lezijama mogla bi upućivati na korelaciju između ovog patohistološkog obilježja i ekspresije ROS1 proteina. Također, dominacija epitelioidnih stanica u većini lezija s dokazanom ekspresijom ALK, ROS1 ili Trk proteina mogla bi biti distinktivno histološko obilježje navedenih lezija u usporedbi sa Spitz lezijama bez ekspresije ovih tirozin kinaznih receptora.

Iako ukupan broj od 48 analiziranih Spitz lezija u našoj studiji predstavlja jednu od većih kohorti, za jasniju je sliku o molekularno-morfološkim korelacijama navedene zaključke neophodno verificirati na većem broju ispitanika, uz potvrdu molekularnim metodama analize.

8. ZAHVALE

Posebnu zahvalnost želim izraziti svojoj mentorici, doc. dr. sc. Moniki Ulamec, koja mi je omogućila da tijekom studija medicine zakoračim u fascinantan svijet znanosti. Svaki zajednički trenutak, svaki razgovor, savjet, riječ podrške i ostvareni mentorsko-mentijski odnos vrijednosti su bez roka trajanja!

Najljepša hvala prof. dr. sc. Majdi Vučić na stručnoj pomoći i toplim riječima u različitim fazama istraživanja!

Naposljetku, riječi hvale dugujem i Ivanu Pezelju, dr. med. zbog pomoći u statističkoj analizi podataka, kao i gospodinu Tomislavu Beusu bez kojeg u ovom radu ne bi bilo originalnih fotografija!

9. POPIS LITERATURE

1. Schofield J. Benign skin tumours. *Medicine (Baltimore)*. 2009 Jun 1;37(6):309–11.
2. Elder DE, Bastian BC, Cree IA, Massi D, Scolyer RA. The 2018 World Health Organization Classification of Cutaneous, Mucosal, and Uveal Melanoma: Detailed Analysis of 9 Distinct Subtypes Defined by Their Evolutionary Pathway. *Arch Pathol Lab Med*. 2020 Apr;144(4):500–22.
3. Šitum M i sur. Melanom: udžbenik i atlas. Zagreb: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Medicinska naklada; 2016.
4. Urso C. Melanocytic Skin Tumors: Genetic Aberrations and Clinicopathological Classification. *Dermatol Pract Concept*. 2020;10(1):e2020005.
5. Lin JY, Fisher DE. Melanocyte biology and skin pigmentation. *Nature*. 2007 Feb 22;445(7130):843–50.
6. Lipozenčić J i sur. Dermatovenerologija. 3. izmijenjeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
7. Grichnik JM, Ross AL, Schneider SL, Sanchez MI, Eller MS, Hatzistergos KE. How, and from which cell sources, do nevi really develop? *Exp Dermatol*. 2014 May;23(5):310–3.
8. Busam KJ, Kutzner H, Cerroni L, Wiesner T. Clinical and pathologic findings of Spitz nevi and atypical Spitz tumors with ALK fusions. *Am J Surg Pathol*. 2014 Jul;38(7):925–33.
9. Wiesner T, He J, Yelensky R, Esteve-Puig R, Botton T, Yeh I, i sur. Kinase fusions are frequent in Spitz tumours and spitzoid melanomas. *Nat Commun*. 2014;5:3116.
10. Luzar B, Bastian BC, Calonje E. Melanocytic nevi. U: Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee PH, ur. McKee's pathology of the skin: with clinical correlations. 4. izdanje. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2012. Str. 1150-1220.
11. Šekoranja D, Pižem J, Luzar B. An Update on Molecular Genetic Aberrations in Spitz Melanocytic Proliferations: Correlation with Morphological Features and Biological Behavior. *Acta Medica Acad*. 2021 Apr;50(1):157–74.
12. Urso C. Melanocytic Skin Neoplasms: What Lesson From Genomic Aberrations? *Am J Dermatopathol*. 2019 Sep;41(9):623–9.
13. Yeh I. New and evolving concepts of melanocytic nevi and melanocytomas. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc*. 2020 Jan;33(Suppl 1):1–14.
14. Damsky WE, Bosenberg M. Melanocytic nevi and melanoma: unraveling a complex relationship. *Oncogene*. 2017 Oct 19;36(42):5771–92.
15. Elder DE i sur. Melanocytic tumours. U: Elder DE i sur., ur. WHO classification of skin tumours. 4. izdanje. Lyon: IARC; 2018. Str. 65-152.
16. de la Fouchardiere A, Blokx W, van Kempen LC, Luzar B, Piperno-Neumann S, Puig S, i sur. ESP, EORTC, and EURACAN Expert Opinion: practical recommendations for the pathological diagnosis and clinical management of intermediate melanocytic tumors and rare related melanoma variants. *Virchows Arch Int J Pathol*. 2021 Jul;479(1):3–11.

17. Ferrara G, Argenziano G. The WHO 2018 Classification of Cutaneous Melanocytic Neoplasms: Suggestions From Routine Practice. *Front Oncol.* 2021;11:675296.
18. Harms KL, Lowe L, Fullen DR, Harms PW. Atypical Spitz Tumors: A Diagnostic Challenge. *Arch Pathol Lab Med.* 2015 Oct;139(10):1263–70.
19. Zaremba A, Lodde G, Murali R, Philip M, Cosgarea I, Jansen P, i sur. Molecular pathology as a diagnostic aid in difficult-to-classify melanocytic tumours with spitzoid morphology. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* 2021 May;148:340–7.
20. Brown A, Sawyer JD, Neumeister MW. Spitz Nevus: Review and Update. *Clin Plast Surg.* 2021 Oct;48(4):677–86.
21. Manchi M, Canzonieri V. Atypical melanocytic lesions: a historical overview. *Pol J Pathol Off J Pol Soc Pathol.* 2019;70(1):26–32.
22. Spitz S. Melanomas of childhood. *Am J Pathol.* 1948 May;24(3):591–609.
23. Yeh I, Busam KJ. Spitz melanocytic tumours - a review. *Histopathology.* 2022 Jan;80(1):122–34.
24. Menezes FD, Mooi WJ. Spitz Tumors of the Skin. *Surg Pathol Clin.* 2017 Jun;10(2):281–98.
25. Dal Pozzo CA, Cappellesso R. The Morpho-Molecular Landscape of Spitz Neoplasms. *Int J Mol Sci.* 2022 Apr 11;23(8):4211.
26. Benton S, Roth A, Khan AU, Zhao J, Kim D, Compres EV, i sur. Risk factors for the development of Spitz neoplasms. *Pediatr Dermatol.* 2022 Mar;39(2):220–5.
27. Gassenmaier M, Soltanpour N, Held L, Metzler G, Yazdi AS, Brecht IB, i sur. Diagnostic and prognostic classification of atypical spitzoid tumours based on histology and genomic aberrations: A prospective cohort study with long-term follow-up. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* 2022 Mar;163:200–10.
28. Brown RA, Wang JY, Raghavan SS, Zhang J, Wan DC, Born D, i sur. ALK-positive compound Spitz nevus with extensive perineural and intraneural neurotropism. *J Cutan Pathol.* 2021 Jan;48(1):154–9.
29. Houlier A, Pissaloux D, Masse I, Tirode F, Karanian M, Pincus LB, i sur. Melanocytic tumors with MAP3K8 fusions: report of 33 cases with morphological-genetic correlations. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc.* 2020 May;33(5):846–57.
30. Goto K, Pissaloux D, Tirode F, de la Fouchardière A. Spitz nevus with a novel TFG-NTRK2 fusion: The first case report of NTRK2-rearranged Spitz/Reed nevus. *J Cutan Pathol.* 2021 Sep;48(9):1193–6.
31. Quan VL, Zhang B, Mohan LS, Shi K, Isaacs MC, Panah E, i sur. Activating Structural Alterations in MAPK Genes Are Distinct Genetic Drivers in a Unique Subgroup Of Spitzoid Neoplasms. *Am J Surg Pathol.* 2019 Apr;43(4):538–48.
32. Cappellesso R, Nozzoli F, Zito Marino F, Simi S, Castiglione F, De Giorgi V, i sur. NTRK Gene Fusion Detection in Atypical Spitz Tumors. *Int J Mol Sci.* 2021 Nov 15;22(22):12332.
33. Quan VL, Panah E, Zhang B, Shi K, Mohan LS, Gerami P. The role of gene fusions in melanocytic neoplasms. *J Cutan Pathol.* 2019 Nov;46(11):878–87.

34. Gerami P, Kim D, Compres EV, Zhang B, Khan AU, Sunshine JC, i sur. Clinical, morphologic, and genomic findings in ROS1 fusion Spitz neoplasms. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc.* 2021 Feb;34(2):348–57.
35. Yeh I, Busam KJ, McCalmont TH, LeBoit PE, Pissaloux D, Alberti L, i sur. Filigree-like Rete Ridges, Lobulated Nests, Rosette-like Structures, and Exaggerated Maturation Characterize Spitz Tumors With NTRK1 Fusion. *Am J Surg Pathol.* 2019 Jun;43(6):737–46.
36. Yeh I, Tee MK, Botton T, Shain AH, Sparatta AJ, Gagnon A, i sur. NTRK3 kinase fusions in Spitz tumours. *J Pathol.* 2016 Nov;240(3):282–90.
37. Weiss LM, Funari VA. NTRK fusions and Trk proteins: what are they and how to test for them. *Hum Pathol.* 2021 Jun;112:59–69.
38. Harms PW, Hocker TL, Zhao L, Chan MP, Andea AA, Wang M, i sur. Loss of p16 expression and copy number changes of CDKN2A in a spectrum of spitzoid melanocytic lesions. *Hum Pathol.* 2016 Dec;58:152–60.
39. Yazdan P, Cooper C, Sholl LM, Busam K, Rademaker A, Weitner BB, i sur. Comparative analysis of atypical spitz tumors with heterozygous versus homozygous 9p21 deletions for clinical outcomes, histomorphology, BRAF mutation, and p16 expression. *Am J Surg Pathol.* 2014 May;38(5):638–45.
40. Quan VL, Zhang B, Zhang Y, Mohan LS, Shi K, Wagner A, i sur. Integrating Next-Generation Sequencing with Morphology Improves Prognostic and Biologic Classification of Spitz Neoplasms. *J Invest Dermatol.* 2020 Aug;140(8):1599–608.
41. Cesinero AM, Gallo G, Manfredini S, Maiorana A, Bettelli SR. ROS1 pattern of immunostaining in 11 cases of spitzoid tumour: comparison with histopathological, fluorescence in-situ hybridisation and next-generation sequencing analysis. *Histopathology.* 2021 Dec;79(6):966–74.
42. Amin SM, Haugh AM, Lee CY, Zhang B, Bubley JA, Merkel EA, i sur. A Comparison of Morphologic and Molecular Features of BRAF, ALK, and NTRK1 Fusion Spitzoid Neoplasms. *Am J Surg Pathol.* 2017 Apr;41(4):491–8.
43. Kervarrec T, Pissaloux D, Tirode F, Samimi M, Jacquemus J, Castillo C, i sur. Morphologic features in a series of 352 Spitz melanocytic proliferations help predict their oncogenic drivers. *Virchows Arch Int J Pathol.* 2022 Feb;480(2):369–82.
44. Kiuru M, Jungbluth A, Kutzner H, Wiesner T, Busam KJ. Spitz Tumors: Comparison of Histological Features in Relationship to Immunohistochemical Staining for ALK and NTRK1. *Int J Surg Pathol.* 2016 May;24(3):200–6.
45. Hechtman JF, Benayed R, Hyman DM, Drilon A, Zehir A, Frosina D, i sur. Pan-Trk Immunohistochemistry Is an Efficient and Reliable Screen for the Detection of NTRK Fusions. *Am J Surg Pathol.* 2017 Nov;41(11):1547–51.
46. Bahrani E, Kunder CA, Teng JM, Brown RA, Rieger KE, Novoa RA, i sur. Spitz nevus with EHBP1-ALK fusion and distinctive membranous localization of ALK. *J Cutan Pathol.* 2022 Jun;49(6):584–8.
47. Cardili L, Viana CR, Germano A, Fernandes M, Barcellos D, Landman G. Immunoexpression of BAP1, ROS1, and ALK in Spitzoid Melanocytic Tumors. *Int J Surg Pathol.* 2018 Sep;26(6):514–20.

10. ŽIVOTOPIS

Rođen sam 25.11.1999. u Varaždinu. Nakon završene Osnovne škole u Vidovcu, Osnovne glazbene škole u Varaždinu te privatne škole stranih jezika u kojoj sam učio njemački jezik, 2014. godine upisujem prirodoslovno-matematički smjer Prve gimnazije Varaždin te Srednju glazbenu školu u Varaždinu. Tijekom osnovnoškolskog i srednjoškolskog obrazovanja sudjelujem na više državnih i međunarodnih harmonikaških natjecanja na kojima sam nagrađivan sa 6 I. te 4 II. nagrade. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisujem 2018. godine. Tijekom studija aktivno sam sudjelovao na više međunarodnih znanstvenih kongresa iz područja patologije, onkologije i tumorske biologije u obliku sažetka i poster prezentacije. Prvi sam autor triju znanstvenih članaka koji se nalaze u postupcima recenzije međunarodnih časopisa. U akademskoj godini 2021./2022. nagrađen sam Rektorovom nagradom za individualni znanstveni rad. Na 5. godini studija sudjelovao sam kao demonstrator u izvedbi nastave iz medicinske biologije. Aktivni sam član Hrvatskog društva za istraživanje raka (HDIR), Europskog društva za istraživanje raka (EACR) te studentske sekcije za patologiju Medicinskog fakulteta.