

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/284859010>

Kutant primært malign melanom

Article · June 2014

CITATIONS

0

READS

52

3 authors:



Carsten Sauer Mikkelsen

Bredgade 13, 2 sal. Brønderslev. Denmark

60 PUBLICATIONS 199 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Reem Dina Jarjis

Rigshospitalet

10 PUBLICATIONS 2 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Gudjon Leifur Gunnarsson

Sykehuset Telemark

26 PUBLICATIONS 45 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Rosacea - time for a new approach [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Carsten Sauer Mikkelsen](#) on 28 November 2015.

The user has requested enhancement of the downloaded file. All in-text references [underlined in blue](#) are added to the original document and are linked to publications on ResearchGate, letting you access and read them immediately.

● Kutant primært malignt melanom

Af Carsten Sauer Mikkelsen, Helene Ringe Holmgren, Reem Dina Jarjis, Andrew Nybo og Gudjon L. Gunnarsson



Biografi

Carsten Sauer Mikkelsen, speciallæge i Dermato-venereologi, hudklinikken i Brønderslev.

Helene Ringe Holmgren, speciallæge i Dermato-venereologi, hudklinikken i Frederikshavn.

Reem Dina Jarjis, reservelæge, Plastikkirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital.

Andrew Nybo, assistent på hudklinikken i Brønderslev.

Gudjon L. Gunnarsson, speciallæge i plastikkirurgi, overlæge ved sygehuset i Telemark, Norge.

Forfatters adresse

Bredgade 13, 2. sal.
9700 Brønderslev
c.s.mikkelsen@
hotmail.com

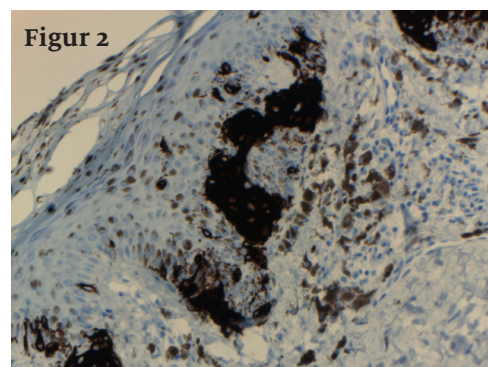
Med serien »Månedens dermatologiske billede« håber vi at skærpe læsernes sikkerhed udi det visuelle. Dermatologen indskærper, at det gælder om at registrere de enkelte elementers udbredelse, form, farve, størrelse, overflade og afgrænsning – sammenholdt med symptomerne.

Modermærkekræft - malignt melanom - er den hudsygdom, som både patienter og læger oftest bekymrer sig om. Heldigvis er de fleste pigmenterede nævi fredelige at se på, og patienten kan beroliges eller evt. henvises uden dramatik til et tjek hos dermatologen. Faretegn, ABCDE-regel og hvornår vi skal reagere hurtigt beskrives i denne artikel.

 MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis



Figur 1 / Malignt melanom in situ

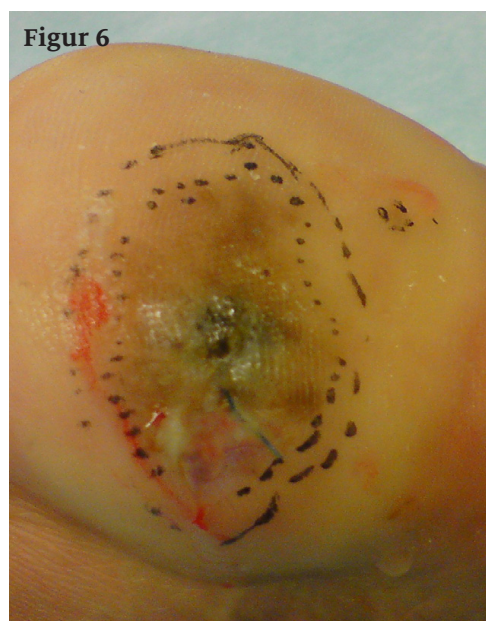


Figur 2 / Ved mikroskopi ses intraepidermal (in situ) spredning af neoplastiske melanocytære celler med abnorm opvækst til øvre lag af epidermis. 200 x immunfarvning for MLA, der farver melanocytterne brune.

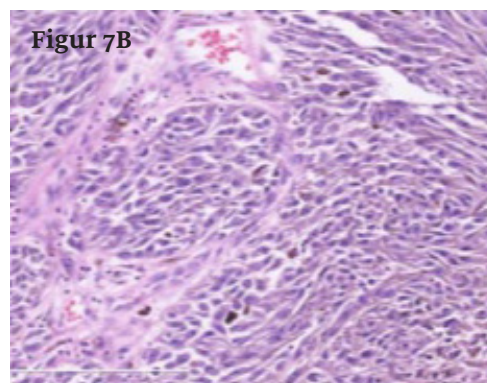
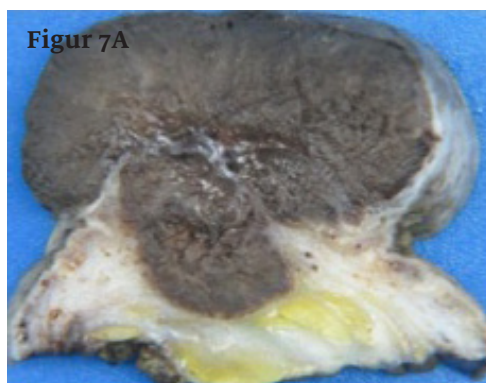
(Tekst: Overlæge Gidrius Salkus, Patologisk Institut, Aalborg Universitetshospital)



Figur 3 og 4 / Superficielt spredende malignt melanom lokaliseret på højre bryst – medalt for areola mamma. Der ses et nævus, som er asymmetrisk i 2 planer, har uregelmæssig afgrænsning til omgivende hud og uensartet mørkebrun/blåsort/sort farve. Måler 13x15 mm. Dermatoskopi (episkopi): Der ses enkelte black dots, samt antydning af mælkeslør og områder med regression. Patologi: Superficielt spredende malignt melanom level 3 (1,1mm) > 1 mitose pr. mm².



Figur 5 og 6 / Malignt melanom er den hyppigst forekommende type maligne tumor på foden. Til trods for mange års forskning er prognosen fortsat dårlig. Forskning har vist, at malignt melanom på foden ofte har et mere fremskredent stadie end malignt melanom andre steder på kroppen. Dette understreger vigtigheden af, at hele patientens hudorgan gennemses ved den objektive undersøgelse hos lægen. Patienter med suspekterte læsioner her skal derfor omgående viderehenvises til dermatologisk vurdering. Forsinket diagnose er associeret med signifikant forringet prognose.



Figur 7 og 8 / Forandring svarende til thorax' overflade visende et nodulært malignt melanom level IV, tumortykkelse 18 mm. Der er over 15 mitoser pr. mm². Patienten blev henvist til helkrops PET / CT – scanning på mistanke om malignt melanom-metastase. Der blev senere konstateret lymfeknudemetastaser på hals og aksil samt lytiske knoglemetastaser i costae, columna thoracalis samt os sacrum, desuden indvækst i musculus piriformis sin.

Figur 7A / Makroskopibillede. Nodulært malignt melanom. Et tværsnit gennem eksotisk nodulær pigmenteret tumor.

Figur 7B / Histologi, høj forstørrelse. Nodulært malignt melanom. Tumoren består af tenformede, neoplastiske, melanocytære celler. Der er forekomst af mitoser. (Tekst/patologibillede ved overlæge Gidrius Salkus. Patologisk Institut, Aalborg Universitetshospital)



Malignt melanom
– modermærkekræft -
[http://www.medibox.
dk/show.
php?docid=3609](http://www.medibox.dk/show.php?docid=3609)

Malignt melanom er en af de hyppigste kræftformer blandt unge voksne, specielt kvinder (1), og den kræftform, som øges mest i hyppighed med ca. 3-5 % stigning pr. år (2). I Danmark angives en 10-dobling af forekomsten inden for de sidste 50 år. I 2012 var der 2.060 registrerede tilfælde af malignt melanom i Danmark. Den højeste incidens af maligne melanomer er i Australien (88,7 nye tilfælde pr. år pr. 100.000 indbyggere). Danmark er på en 6. plads (37,5 nye tilfælde pr. år pr. 100.000 indbyggere). En ekspertgruppe under WHO konkluderer, at der er direkte sammenhæng mellem brug af solarium og modermærkekræft.



Figur 9 / Metastase fra malignt melanom udviklet over blot 3 uger, hvilket understreger vigtigheden af akut vurdering, excision og omgående histopatologisk vurdering ved mistanke om malignt melanom.

Det antages, at 5-10 % af maligne melanomer udvikles på genetisk grundlag, mens ultraviolette stråler er en vigtig ydre årsag hos 2/3 (3, 4). Solforbrænding i børne- og ungdomsårene ser ud til at have større betydning end solforbrænding senere i livet. Antallet af almindelige, atypiske og dysplastiske nævi på en persons krop er desuden korreleret til risikoen for at udvikle malignt melanom. Maligne melanomer udvikler sig ikke nødvendigvis på steder på kroppen med maksimal soleksponering.

Malignt melanom opstår, når nævusceller undergår malign transformation. Svulsten udgår fra nævusceller i epidermis, hvorefter tumor bliver invasiv og penetrerer dybere ned i og uden for dermis.

Der er følgende kliniske typer af malignt melanom: superficielt spredende melanoma (ca. 75 %), nodulære melanomer (ca. 10-15 %), akralt lentiginøst melanom (ca. 5-10 %), lentigo maligna melanoma (ca. 5 %) og de sjældent forekommende amelanotisk melanoma og desmoplastisk melanom.

Malignt melanom-stadier inddeles hos patologen. Anvendelsen af Clark-level til stadieinddeling er erstattet af antal af mitoser pr. mm².

Enhver praktiserende læge bør have kendskab til ABCDE-reglen ved undersøgelse af nævi og undervise deres patienter i selvtjek og udvikle øget opmærksomhed på eventuelle steder, hvor der kommer alarmerende vækst eller ændringer. ABCDE-reglen er som følger:



Modermærke
– malignitetsmis-
tanke - [http://www.
medibox.dk/show.
php?docid=2583](http://www.medibox.dk/show.php?docid=2583)

Tabel 1 / ABCDE

A.	Asymmetry (dvs. den ene halvdel kan ikke spejles i den modsatte, dette gælder både omridset af tumor og farvefordelingen)
B.	Border eller afgrænsning til omgivelserne (ved nævus er denne glat, medens den har karakter af fjorde og tanger ved malignt melanom)
C.	Colour (farvevariation, i malignt melanom er der ofte tre eller flere mulige farver: sort, mørkebrun, lysebrun, rød, hvide, orange, rosa eller gråblå)
D.	Diameter (over 6 mm kan være tegn på malignt melanom)
E.	Evolution (ændring) (dvs. vækst, form- eller farveændring, kløe, ulceration eller andre forandringer i elementet) (5)

Asymmetri og ændring fra tidligere tilstand er de bedste indikatorer for atypiske celler og bør foranledige til videre udredning.

Malignt melanom er en aggressiv tumor, som vokser i synlige områder, og excision i tidligt stadium kan være den eneste behandling, som kræves til helbredelse af denne potentielle livstruende tilstand.

Det er derfor vigtigt hurtigst muligt at foretage excision af læsionen uden forsinkelse, hvis begrundet mistanke om malignt melanom foreligger.

Såfremt der kommer en patient med en læsion med stærk mistanke til malignt melanom, anbefales det at henvise patienten direkte til nærmeste plastikkirurgiske afdeling, da patienten kan ses inden for få dage i henhold til kræftpakken. Plastikkirurgisk afdeling bestemmer, hvorvidt der skal foretages supplerende sentinel node, og planlægger eventuel yderligere udredning ved mistanke om dissemineret sygdom (scanning – FDG-PET/CT, røntgen af thorax, blodprøver).

Foretag aldrig curretage af en læsion, hvor malignt melanom mistænkes. Adskillige gange har patienter med små currettede områder på 1-2 cm² fået bekræftet melanocytter i hudvævsprøven, hvor den histopatologiske vurdering umuliggjorde en korrekt stadietildeling. Dette medførte, at patienterne blev behandlet, som om læsionen er et dybt malignt melanom; dvs. med påkrævet udvidet 2 cm re-excision suppleret med sentinel node af lymfeknuder i de nærliggende områder.

Nogle nævi forsøges desværre fjernet ved frysebehandling (cryoterapi). En frysebehandling fjerner ikke nødvendigvis melaninet, og der kan fremkomme et amelanotisk og hyperpigmenteret udseende, og forandringen synes yderligere malignitetssuspekt. Det er nærmere en regel end en undtagelse, at patienterne efterfølgende henvises til en second opinion og ønsker excision af det cryobehandlede nævus for en sikkerheds skyld.



Kræftpakke indgang
– modermærke -
[http://www.medibox.
dk/show.
php?docid=35573](http://www.medibox.dk/show.php?docid=35573)
– udfor "Såfremt
der kommer en ...



Tumorer i huden, billedsamling - <http://www.medibox.dk/show.php?docid=1732>

Ved læsioner med begrænset mistanke til melanom bør en excision foretages. Derfor anbefales det, at enhver praktiserende læge kender de basale principper ved hudbiopsier og små operationer. Sikkerhedsmargin i forhold til DMG's (Dansk Melanom Gruppens) rekommanderede ekscisionsafstande.

Summa summarum:

Alle læger burde have kendskab til og formidle ABCDE-reglen til patienter med multiple nævi eller tidligere malignt melanom.

Hvis en læsion giver begrundet mistanke for malignt melanom eller er for stor til excision med marginer og direkte sutur, skal patienten uden forsinkelse henvises til en specifik malignt melanom-modtagelse.

Behandlingsmetoden for et malignt melanom er kirurgi. Der findes desværre ingen valideret alternativ metode til behandling af maligne melanomer.

Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet

Referencer:

1. Nyfors A, Larsen TE, Aamdahl S, red. Handlingsprogram for kutant malignt melanom i Norge. Oslo: Norsk Melanom-gruppe og Den norske Kreftforening, 1999.
2. Jacobsen KD, Fosså SD, Aamdahl S. Malignt melanom - diagnostikk og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3094-7.
3. Koh HK, Geller AC, Miller DR, Grossbart TA, Lew RA. Prevention and early detection strategies for melanoma and skin cancer: Current status. Arch Dermatol 1996; 132: 436-442.
4. Thompson JF, Scolyer RA, Kefford RF. Cutaneous melanoma. Lancet 2005; 365: 687-701.
5. Huddoktor.dk "ABCDE-reglen". <http://huddoktor.dk/doctor/N%C3%A6vi/3/2285.html>