

1 500 nya fall varje år Maligt Melanom

Maligt melanom är den maligna tumör-formen i ett brett spektrum av pigmenterade hudförändringar i melanocyt-naevuscells-systemet.

Varje år registreras i Sverige cirka 1 500 nya fall av maligt melanom. Antalet fall har ökat kraftigt under senare år och man bedömer att förekomsten fördubblas för varje dekad.

Trots den ökade incidensen och den totala mortalitetsökningen har den individuella mortaliteten minskat. I dag är femårsöverlevnaden 70-80 % jämfört med cirka 12% under de två första dekaderna i detta sekel.

Den förbättrade överlevnaden beror troligen på att diagnosen maligt melanom ställs tidigare idag. Ett större antal tumörer diagnosticeras alltså idag i den så kallade radiära växtfasen och sådana tumörer är förhållandevis lätta att diagnosticera och botas genom enkel kirurgisk excision. Om tumörer progredierar till så kallad vertikal växtfas försämras prognosen och den är ungefär densamma som hos patienter för 50 år sedan med tumör i samma utvecklingskede. Tumören är mycket sällsynt hos barn. Hos män sitter maligna melanom ofta på halsen, i hårbotten och på bålen. Hos kvinnor sitter de oftare i ansiktet och på armar och ben, framförallt på underbenen.

Riskfaktorer

Den främsta riskfaktorn för uppkomst av maligt melanom är solexponering tillsammans med vissa ärftliga faktorer. UVB-strålning från solen är den viktigaste exogena faktorn. Viss typ av hud ökar känsligheten för solstrålning. Ökad risk för maligt melanom finns hos personer med vissa typer av naevi; stora kongenitala naevi och dysplastiska (atypiska) naevus utgör riskfaktorer. Sannolikt uppstår en del maligna melanom i huden i befintliga dysplastiska naevus. Även ett stort antal "banala" naevi utgör en riskfaktor.

Klassifikation av maligt melanom

Klassifikationen av maligt melanom i huden baseras på klinisk/histopatologisk bedömning. Den vanligaste tumörformen är ytligt spridande maligt melanom (SSM) som utgör cirka 50-75%. Tumören växer initialt ytligt i huden och oftast har man i anamnesen en pigmenterad hudförändring som funnits under många år.

Lentigo maligna melanom (LMM) uppstår ur långsamt växande lentigo maligna. Denna förändring finns framför allt i ansiktet hos äldre personer. LM-melanom kan vara stora. Utgör cirka 5-15 %.

Nodulärt maligt melanom (NM) utgör cirka 15-35% och ter sig som en mer avgränsad mörk tumör, papelliknande i huden.

Akralt lentiginöst maligt melanom (ALM), cirka 5-10 % förekommer i handflator, fotsulor samt under naglarna.

Det finns grupper av ovanliga former som är sällan förekommande, till exempel desmoplastiska, neutropa melanom. Tumörindelningen bygger på de olika mönster som förändringarna uppvisar mikroskopiskt.

Prognostiska faktorer

Ett flertal både kliniska och histopatologiska prognostiska faktorer har identifierats. Den viktigaste faktorn är kliniskt stadium (3-stadier) eftersom tumörspridning indikerar dålig prognos. Den lokaliserade tumörens viktigaste prognosfaktor är vertikal tumörtjocklek vilken mäts i tiondels mm. Det finns stark korrelation mellan denna faktor och överlevnad. Det är en

viktig uppgift för patologen att exakt mäta största tumörtjockleken. Ju tjockare tumör, det vill säga ju djupare infiltration i huden desto sämre prognos.

Utifrån denna viktiga prognosfaktor beslutar man om marginaler vid utvidgad kirurgi samtidigt som denna faktor styr uppföljningsrutiner för patienter. Andra prognosfaktorer är patientens kön (bättre överlevnad hos kvinnor), tumörens lokalisering (bättre prognos hos patienter med melanom på extremiteter). Tumörulceration talar för sämre prognos. Patientens ålder spelar viss roll. Hos patienter med melanomdiagnos måste tumören stadieindelad. Den histopatologiska bedömningen är omfattande och i sitt PAD-utlåtande måste patologen beskriva den morfologiska typen, tumörens invasionsdjup enligt Clark (I – V). I Clark II-tumörer måste man beskriva radial respektive vertikal växtfas. Är tumören i vertikal fas betyder det att melanomet kan ge upphov till metastaser. Man måste mäta tumörens tjocklek enligt Breslow.

Vidare måste man beskriva eventuell ulceration, regressiva förändringar, antalet mitoser, inflammatoriska svaret, kärlinväxt, förekomst av mikrosatelliter, ange preexisterande pigmentnaevus, banal eller atypisk. I denna beskrivning är det viktigt att bedöma radikaliteten både makroskopiskt och mikroskopiskt, vilket anges i mm till närmaste resektionsrand. Alla pigmenterade hudförändringar bör undersökas histopatologiskt. Detta innebär att laserbehandling av naevus är förbjuden. Stansbiopsier bör undvikas. Pigmenterade hudförändringar bör excideras med god marginal så att hela förändringen är avlägsnad. Kirurgi är den primära behandlingen vid malignt melanom. Vid spridd sjukdom ges adjuvant behandling. Patienter med diagnosen malignt melanom måste följas upp.

*Wojciech Czerwinski,
Överläkare, Patologi/Cytologi*