



Melanooma

Mitä uutta päivityksessä

- Solariumin kosmeettista käyttöä ei suositella nuorille eikä sellaisille henkilöille, joilla on auringossa herkästi palava ihotyyppi.
- Melanooman mitoosifrekvenssi on itsenäisenä ennustetekijänä korvannut Clarkin luokituksen TNM-luokituksessa.
- Melanoomaleikkauksen tervekudsmarginaalin leveys on tarkentunut, ja leikkauksesta on siten tullut yhä enemmän potilasta säästävä.
- Isoloitua raajaperfuusiohoitoa voidaan käyttää laajoissa tai nopeasti uusiutuviissa raajojen in transit -metastaaseissa valikoiduilla potilailla.

Epidemiologia ja riskitekijät

Ihomelanooma on ollut vuosikymmenien ajan nopeimmin yleistäviä syöpiä Suomessa ja muissa länsimaissa. Tärkein riskitekijä on auringon UV-säteilyn aiheuttama ihon palaminen. Solariumin UV-säteily voi mahdollisesti lisätä melanoomariskiä^C.

Diagnoosi

Perusterveydenhuollon lääkärin tehtävänä on tunnistaa ja poistaa epäilyttävät luomet ja ihomuutokset. Ne poistetaan kokonaan pienellä (1–2 mm) terveeseen ihon marginaalilla aina, kun se on mahdollista. Melanooman diagnoosi perustuu histologiseen tutkimukseen. Kaikki poistetut pigmenttiluomet tulee tutkia mikroskooppisesti. Jos täydellinen poisto ei ole mahdollista ihomuutoksen suuren koon tai hankalan sijainnin vuoksi, siitä voi ottaa osabiopsian.

Ennustetekijät

Primaarimelanooman paksuus (Breslow'n mitta) on merkittävin ennusteeseen vaikut-

tava ominaisuus^A. Melanooman ulseraatio ja mitoosien määrä ovat Breslow'n mitan ohella tärkeitä itsenäisiä ennustetekijöitä^B. Clarkin luokitus on jäänyt pois kansainvälisestä TNM-luokituksesta, mutta tärkeänä apuluokitukseksi sen määrittämistä käytetään edelleen.

Melanoomapotilaan tärkein levinneisyys- ja ennustetutkimus on vartijasolmukebiopsia. Sen tekemistä suositellaan aina, kun melanooma on yli 1 mm:n paksuinen. Ohuempissa melanoomissa vartijasolmuketutkimusta voidaan harkita muiden ennustetekijöiden (mitoosifrekvenssi, ulseraatio, Clarkin luokka, potilaan ikä) mukaan.

Melanooman leikkaushoito

Melanooman tärkein hoitomuoto on erikoissairaanhoidossa tehtävä leikkaus. Melanooma tai sen poistoarpi poistetaan 1–2 cm:n levyisellä marginaalilla ja samalla poistetaan gammakuvauksessa merkityt vartijasolmukkeet histologista tutkimusta varten. Leikkausmarginaalia suurennetaan melanooman paksuuden mukaan, mutta yli 2 cm:n marginaalia ei enää suositella, koska leveä marginaali (3–5 cm) ei pidennä tauditonta elinaikaa eikä kokonaiselinaikaa kapeaan marginaaliin (1–2 cm) verrattuna (TAULUKKO). Jos vartijasolmukkeessa

TAULUKKO. Suositus melanooman paksuuden (Breslow'n mitta) mukaan määräytyvistä melanooman leikkausmarginaaleista.

Melanooman paksuus	Leikkausmarginaali	Näytön aste ¹
Melanooma in situ	0.5–1 cm	D
≤ 1.0 mm	1 cm	C
1.1–2.0 mm	1–2 cm	B
2.1–4.0 mm	2 cm	B
Yli 4.0 mm	2 cm	B

¹ Näytön aste sen suhteen, että kyseinen marginaali on taudin uusiutumisen tai ulkonäkömuutoksen suhteen yhtä turvallinen kuin leveä (3–5 cm) marginaali

todetaan mikrometastaasi, potilaalle tehdään toisessa vaiheessa koko imusolmukealueen poisto.

Melanooman liitännäislääkehoito

Melanooman liitännäishoitona voidaan käyttää alfainterferonia (IFN-alfa) valikoiduille potilaille, joilla uusiutumisen riski on suuri. IFN-alfa-liitännäishoito pidentää tauditonta elin-aikaa muttei selvästi kokonaiselinaikaa^A.

Uusiutuneen ja levinneen melanooman hoito

Melanooman paikallisten uusiutumien, in transit -metastaasien ja imusolmukeuusiutumien hoidossa leikkaushoito on tärkeä. Leikkaus voi tulla kyseeseen myös rajoittuneiden sisäelinmetastaasien hoidossa. Toistuvien ja kirurgisella hoidolla hallitsemattomien raajojen in transit -metastaasien hoidossa voidaan käyttää hypertermistä isoletua raajaperfuusiota (ILP, isolated limb perfusion). ILP-hoidolla voidaan yli puolella potilaista mahdollisesti saavuttaa hyviä palliatiivisia tuloksia ja joillakuilla jopa täydellinen hoitovaste^C. ILP-hoito on valtakunnallisesti keskitetty Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan.

Etäpesäkkeinen melanooma (levinneisyysaste IV) ei yleensä parane, ja sen hoito on pal-

liatiivista. Yksittäisissä tapauksissa lääke- tai sädehoidoilla saatetaan saavuttaa edullinen hoitovaste tai jopa pysyvä paraneminen.

Melanoomapotilaan seuranta

Seurannan tavoitteena ovat taudin uusiutumisen mahdollisimman varhainen havaitseminen, potilaan opastaminen omatoimiseen seurantaan ja hänen psyykinen tukemisensa. Pienen uusiutumisen riskin potilaiden seuranta voidaan toteuttaa myös perusterveydenhuollossa. ■

ILKKA KOSKIVUO (puheenjohtaja)

TIINA JAHKOLA

JAANA JALAVA-BROMAN

ILPO KINNUNEN

KATRIINA KUKKONEN-HARJULA

SEPPO PYRHÖNEN

OLLI SAKSELA

PIA VIHINEN

SUSANNA VIROLAINEN

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Chirurgi Plastici Fenniaen asettama työryhmä

NÄYTÖN ASTEEN LUOKITUS:

A = VAHVA TUTKIMUSNÄYTTÖ

B = KOHTALAINEN TUTKIMUSNÄYTTÖ

C = NIUKKA TUTKIMUSNÄYTTÖ

D = EI TUTKIMUSNÄYTTÖÄ

Koko suositus saatavissa: www.kaypahoito.fi

Summary

Update on Current Care Guidelines: Melanoma

This updated guideline focuses on the diagnosis and treatment of cutaneous melanoma. Diagnosis is based on the excision and histopathological analysis of a suspected skin lesion. Definitive surgery should be performed by an experienced surgical unit. Sentinel node biopsy is standard care in the case of clinically nodal-negative patients with intermediate-thickness or thick melanomas. Complete lymph node dissection is performed selectively in the case of sentinel-positive patients. Adjuvant therapy with interferon-alpha can be considered in high-risk patients. The follow-up schedule of an asymptomatic patient can be based on histopathological and clinical prognostic factors.