

Melanooma

Keskeistä

- Mikä hyvänsä epäilyttävä luomi voidaan poistaa perusterveydenhuollossa.
- Melanoomaa on epäiltävä, jos ihon luomi alkaa kasvaa, muutttaa väriään, sen ympärille tulee satelliitteja tai se vuotaa verta tai visvaa. Melanooma voi muodostua myös aiemmin terveelle iholle tai limakalvolle.
- Melanoomaksi epäilty muutos on poistettava tarkempaa histopatologista diagnoosia varten mahdollisimman nopeasti. Jos muutosta ei voi kokonaan poistaa, voi siitä ottaa koepalan. Koepala ei huononna ennustetta.

Epidemiologia ja riskitekijät

- Melanooma on tällä hetkellä vaa-leaihoisten ihmisten nopeimmin yleistyvä pahanlaatuinen kasvain.
- Auringon ultravioletti säteily on melanooman riskitekijöistä tärkein.
- Melanoomaa ei voi sulkea pois kliinisillä perusteilla, ja se voi kehittyä myös aiemmin terveeltä näyttäneelle iholle. Melanooman toteamiseen suunnitelluilla kliinisillä tarkistuslistoilla voidaan päästä verraten hyvään tarkkuuteen, mutta niiden herkkyys jää puutteelliseksi ^C.

Ehkäisy

- Ehkäisevillä toimenpiteillä pyritään UV-säteilyn vaikutuksen vähentämiseen.
- Stabiili pigmenttiluomen muuttuminen melanoomaksi on niin harvinaista, ettei luomien profylaktisesta poistosta ole hyötyä runsasluomisille potilaille.

Toiminta melanoomaepäilyssä

- Melanoomaepäilyyn tulee syntyä, jos luomi on
 - ♦ selvästi kasvanut tai muuttanut väriään
 - ♦ poikkeuksellisen kookas
 - ♦ saanut ympärilleen satelliitteja
 - ♦ syntynyt aiemmin poistetun melanooman kohdalle.
- Potilaalta poistetaan viivytyksettä epäilyttävä luomi tai otetaan koepala ihomuutoksesta perusterveydenhuollossa.
- Ihomuutosten leveillä poistomarginaaleilla ei ole osoitettu olevan vaikutusta eloonjäämisennusteeseen eikä niillä todennäköisesti ole vaikutusta myöskään paikalliseen uusiutumiseen.
- Dysplastinen melanosyyttiluomi hoidetaan normaalilla poistolla (1–5 mm:n marginaali riittää). Muuta hoitoa, tutkimuksia tai seurantaa ei tarvita, jos luomi on kokonaan poistettu eli se ei kasva marginaaliin.
 - ♦ Jos potilaalla on dysplastinen luomisyndrooma, johon liittyy useita poikkeavia luomia, seurantakäynnit järjestetään mahdollisuuksien mukaan ihotautilääkärillä.

PRIMAARIVAIHEEN TUTKIMUKSET

- Jos patologi vastaa kyseessä olevan melanooma, potilas ohjataan kirurgiseen jatkohoitoon ja varmistetaan, että hoito toteutuu ilman viivytyksiä.
- Suurelle osalle primaarimelanoomapotilaista tehdään arpialueen resektio sekä vartijasolmuketutkimus. Muita rutiinimaisia kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia

ei tehdä leikkausvaiheessa eikä myöhemmin seurannan aikana. Poikkeuksena korkean uusiutumiskorkean potilaat, joita voidaan seurata yksilöllisesti erikoissairaanhoidossa.

MELANOOMAN KIRURGINEN HOITO

- Tehdään laajempi ihon ja ihonalaiskudoksen poisto kasvaimen ympäriltä. Poiston laajuus riippuu tuumorin sijainnista, melanooman paksuudesta (Breslowin luokitus) ja melanooman infiltraation syvyydestä (Clarkin luokitus).
- Hyvin pinnalliset melanoomat (Clark I–II, Breslow < 1 mm) poistetaan 1 cm:n terveen kudoksen marginaalilla. Syvemmissä melanoomissa poistetun melanooma-alueen arpi tai biopsoitu melanooma poistetaan 1–2 cm:n marginaalein ja ihonalainen rasva faskiatasolle saakka.
- Poisto tehdään ihopoimujen suuntaisesti, paitsi raajoissa raajan akselin (ja imuteiden) suuntaisesti, jolloin suora sulku on usein mahdollinen.
- Suurelle osalle potilaista tehdään vartijasolmuketutkimus tarkan levinneisyyden selvittämiseksi.

LÄÄKEHOITO

- Melanooman lääkehoito voidaan jakaa
 - ♦ liitännäishoitoon (adjuvanttihoitoon), jolla pyritään vähentämään suuren riskin melanooman uusiutumista, ja
 - ♦ levinneen taudin palliatiiviseen lääkehoitoon.
- Onkologisten hoitojen tehoa ennustavat tekijät ovat melanoomas-

sa huonosti tunnettuja.

- Vakiintunutta liittänoishoitokäytäntöä ei ole.
- Solunsalpaajista ei ole vielä osoitettu olevan hyötyä liittänoishoidoissa.
- Liittänoishoitona on korkean uusiutumiseriskin potilailla erikseen harkituissa tapauksissa käytetty ihonalaista alfainterferonia (IFN-alfa). Sillä on voitu siirtää taudin uusimista, mutta vaikutus kokonaiskuolleisuuteen on vähäinen ja hoitoon liittyy merkittävästi haittavaikutuksia.

Levinnyt melanooma

ALUEELLISESTI LEVINNYT MELANOOMA

- Vartijasolmukkeen tila on ihomelanooman vahvin yksittäinen ennustetekijä keskisyvissä ja paksuissa melanoomissa.
- Vartijasolmuketutkimus tehdään yleensä potilaille, joilla on todettu ≥ 1.0 mm:n paksuinen ihomelanooma ja/tai joiden melanoomassa on muita aktiivisuutta osoittavia piirteitä, kuten haavautuminen (ulseraatio) tai verisuoni-invaasio.
- Jos vartijasolmuketutkimuksessa löydetään metastasointia, primaarileikkauksen yhteydessä tai jälkikäteen tehdään kyseisen imusolmukealueen evakuaatio.
- Kaikki potilaat, joilla on metastasointi vartijasolmukkeessa ja/ tai muissa paikallisissa imusolmukkeissa, ohjataan onkologin

hoitoon. Näille potilaille tehdään harkinnan mukaan kuvantamistutkimuksia ja yksilöllinen hoito- tai seurantaohjelma.

- Alueellista leviämistä ovat paikallisesidiivit arnessa, satelliitit tai ”in-transit”-metastaasit ja alueelliset imusolmukemetastaasit, ja niiden ensisijainen hoito on kirurginen.
- Jos potilaalla on palpoituvia imusolmukkeita ja kliinisesti epäillään melanooman leviämistä paikallisiin imusolmukkeisiin, ennen resektiota ja mahdollista vartijasolmuketutkimusta tehdään kaikukuvaus ja ohutneulabiopsia. Jos näissä tutkimuksissa todetaan metastasointia, tehdään yleensä vartalon tietokonetomografia ennen imusolmukkeiden evakuaatiota.
 - ♦ Kaikututkimus on epäspesifisempi imusolmukemetastaasien osoittamisessa kuin vartijasolmuketutkimus eikä korvaa viimeksi mainittua. Vartijasolmuketutkimusta ei kuitenkaan tarvita, jos metastasointi todetaan jo kaikututkimuksella ja/ tai neulanäytteellä.

METASTAATTINEN MELANOOMA

- Distaalista, etäpesäkkeistä melanoomaa sairastavan potilaan hoito suunnitellaan yksilöllisesti.
 - ♦ Mikäli melanooma on levinnyt vain paikallisiin imusolmukkeisiin, ne pyritään poistamaan kirurgisesti (ks. yllä).
 - ♦ Yksittäisiä distaalisia etäpesäkkeitäkin voidaan tapauskohtaisesti hoitaa kirurgisesti.
 - ♦ Solunsalpaajilla ja uusilla lääkkeillä (ipilimumabi, vemurafenibi, dabrafenibi) on saatu tuloksia laajallekin levinneen melanooman hoidossa, vaikka hoito on palliatiivinen.

MELANOOMAPOTILAAN JÄLKISEURANTA

- Seurannassa keskitytään mahdollisten iho- tai imusolmukealueiden uusiutumien ja uusien ihokasvainten toteamiseen ja kannustetaan potilasta omatoimiseen seurantaan.
- Melanoomapotilasta seurataan 6–12 kk:n välein, kunnes taudin toteamisesta on kulunut 5 vuotta. Seuranta paikka sovitaan paikallisesti. Toivottavaa on, että potilaan näkisi aina sama lääkäri.
- Mikäli potilaalla on runsaasti luomia tai perinnöllinen dysplastinen neevus -oireyhtymä, on melanooman jälkiseuranta syytä keskittää ihotautiysikköön. Tasokkaat valokuvat helpottavat seuranta, ja ainakin näiden melanoomapotilaiden seuranta jatkuu läpi elämän.
- Jälkitarkastuksessa otetaan huomioon potilaan yleistila ja oireet sekä palpoidaan melanooman poistoalue ja paikalliset imusolmukkeet. Kuvantamistutkimuksia ei rutiinisti tarvita.
 - ♦ Melanoomasatelliitit esiintyvät usein ihonalaisina kyhmyinä ja kuultavat ihon alla tummina pisteinä. Melanooma saattaa metastasoida ensimmäiseksi paikallisiin imusolmukkeisiin, joita seurataan tarkasti palpoinnalla ja tarvittaessa kaikututkimuksella.
 - ♦ Jos kliinisessä tutkimuksessa epäillään melanooman leviämistä, tutkitaan myös PVK, maksakokeet, keuhkokuva ja maksan kaikututkimus tai kokovartalon tietokonetomografia.

Kirjallisuutta

Salava A, Ranki A, Saksela O. Dysplastinen melanosyyttiluomi. *Duodecim* 2010;126(21):2492-501.

Koskivuo I, Suominen E. Ihomelanooman muuttuva kirurginen hoito. *Duodecim* 2008;124(17):1995-2003

Artikkelin täydellinen versio on luettavissa Lääkärin tietokannoista Terveysportista www.terveysportti.fi

Lääkärin käsikirja 3.10.2013
Pia Vihinen
© 2014 Kustannus Oy Duodecim