

Meri-Sisko Vuoristo, Siru Mäkelä, Marja Nores, Laura Bouchard ja Leena Koulu

Miten ja missä ihomelanoomapotilasta seurataan?

Ihomelanoomapotilaiden määrä lisääntyy, valtaosa heistä paranee ja seuranta tarvitsee yhä useampi potilas. Seurannan tavoitteena on uusiutumisen ja uuden primaarimelanooman varhainen diagnosointi. Optimaalisesta seurantaohjelmasta ei ole konsensusta, ja seurantaohjeet pohjautuvat pääosin levinneisyysluokituksen perusteella arvioituun uusiutumiserisktiin. Varhaisvaiheen melanoomaan sairastuneet ohjataan leikkauksen jälkeen perusterveydenhuoltoon seurantaan, jonka kulmakivi on kliininen tutkimus koko ihon tarkastus mukaan luettuna. Erikoissairaanhoidon piiriin jäävien potilaiden melanooman uusiutumiseriski on suurempi, ja heiltä taudin merkkejä haetaan aktiivisemmin tiuhempien käyntien ja kuvantamistutkimusten avulla. Potilaan panos pinnallisten uusiutumien löytymisessä on tärkeä, joten potilasta tulee evästää omaseurannan toteuttamiseen. Potilasta tulee myös muistuttaa siitä, että suojautumalla auringon ultravioletti säteilyltä voi pienentää ihosyöpäriskiään.

Kun melanooman ilmaantuvuus jatkuvasi lisääntyy, myös seuranta tarvitsevien kuratiivisesti hoidettujen potilaiden määrä suurenee. Seurannan toteutus on vaihdellut kotimaassa ja kansainvälisesti (1,2). Ensimmäinen tavoite on kuitenkin kaikkien potilaiden osalta sama: uusiutuman ja uuden primaarimelanooman varhainen diagnosointi siinä toivossa, että varhainen hoito kantaa pitkään.

Mitään seurantaohjelmaa ei ole osoitettu muita paremmaksi, eikä oireettomien potilaiden rutiinimaisen seurannan ole osoitettu pidentävän elinaikaa (1). Toisaalta satunnaisesti tutkimuksia on niukasti ja seuranta tutkimukset on toteutettu aikana, jolloin elinaikaa pidentävää hoitoa metastasointiin ei ole ollut. Uudet, aiempaa tehokkaammat melanooman systeemilääkkeet ovat kuitenkin muuttaneet tilannetta. Etäpesäkkeiden varhainen toteaminen kasvaintaakaan ollessa pieni luo paremmat edellytykset hyvälle ja pitkäkestoiselle hoitovasteelle (Hernberg ym. ja Vihinen ym. tässä numerossa).

Koska tutkimusnäyttö on vajavaista, seurantaohjeet pohjautuvat pääosin melanooman uu-

siutumiserisktiin, jota arvioidaan TNM-levinneisyysluokituksella (**TAULUKKO**) (3). Seurannan intensiivisyys lisääntyy levinneisyysasteiden perusteella. Valtaosan potilaista melanooma on diagnoosivaiheessa paikallinen, ja tällöin ennuste on niin hyvä, että suurelle osalle näistä potilaista riittää leikkauksen jälkeen kliininen seuranta perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa seurataan kohtalaisen ja suuren uusiutumiseriskin potilaita ja niitä, joiden ihotyyppi viittaa suureen melanooma-alttiuteen.

Noin 20–25 %:lla melanoomapotilaista tauti uusiutuu (4,5). Melanooma voi uusiutua melanooma-arpeen, imuteiden sisäisesti satelliittietäpesäkkeinä arven lähistölle tai in transit-etäpesäkkeinä arven ja lähi-imusolmukkeiden välille sekä lähi-imusolmuke- tai kaukoetäpesäkkeinä (3). Paikallis-alueellisista uusiutumista osa on kuratiivisesti hoidettavissa, mutta systeeminen metastasointi hyvin harvoin. Tosin metastasoinnekin melanooman vaste lääkehoitoon voi venyä vuosien mittaiseksi, jopa jäädä pysyväksi (Hernberg ym. ja Vihinen ym. tässä numerossa) (6). Suomessa vuosina 2012–2014 seurattujen melanoomapotilaiden

TAULUKKO. Melanooman seurantaohje.

Levinneisyys	Seurantapaikka	Seuratatutkimukset, -tiheys ja -aika
Levinneisyysaste IA: T1a NOM0 T1a Breslow $\leq 1,0$ mm, haavautumaton ja mitoosien määrä alle $1/\text{mm}^2$	Perusterveydenhuolto	Kliininen tutkimus kerran vuodessa viiden vuoden ajan
Levinneisyysaste IB: T1b–2a NOM0 T1b Breslow $\leq 1,0$ mm, haavautunut tai mitoosien määrä vähintään $1/\text{mm}^2$ T2a Breslow $1,01$ – $2,0$ mm, haavautumaton	Kuten yllä	Kuten yllä
Levinneisyysaste IIA: T2b–3a NOM0 T2b Breslow $1,01$ – $2,0$ mm, haavautunut T3a Breslow $2,01$ – $4,0$ mm, haavautumaton	Perusterveydenhuolto	Kliininen tutkimus 1–2 kertaa vuodessa kolmen vuoden ajan, sen jälkeen kerran vuodessa viiteen vuoteen saakka
Levinneisyysaste IIB–IIC: T3b–4a NOM0 T3b Breslow $2,01$ – $4,0$ mm, haavautunut T4a Breslow $> 4,0$ mm, haavautumaton T4b Breslow $> 4,0$ mm, haavautunut	Erikoissairaanhoido Perusterveydenhuolto	Kliininen tutkimus 3–6 kuukauden välein 2–3 vuoden ajan, sen jälkeen 6–12 kuukauden välein viiteen vuoteen saakka Kuvantamistutkimukset 6–12 kuukauden välein 3–5 vuoden ajan Erikoissairaanhoidon jälkeen kliininen tutkimus kerran vuodessa 5–10 vuoteen saakka
Levinneisyysaste III (imusolmukkeisiin metastasoitunut): T1a–4b N1–3M0	Kuten yllä	Kuten yllä

suhteellinen kymmenen vuoden elossaolo-osuus on hyvä, 84 % (Karri Seppä, henkilökohtainen tiedonanto).

Melanooman primaarihoito on usein suora- viivainen leikkaushoito, ja potilaan psyykkiset tarpeet saattavat jäädä lyhyen erikoissairaanhoidojakson aikana huomiotta. Kolmanneksella melanoomapotilaista on raportoitu huomattavaa psyykkistä kuormittuneisuutta, joten seurannassa tulisi kiinnittää huomiota myös psyykkisen ja psykososiaalisen tuen tarpeeseen (7).

Melanoomapotilaan seuranta perusterveydenhuollossa

Potilaat, joilta on leikattu varhaisvaiheen melanooma, ohjataan kirurgian yksiköstä perusterveydenhuollon seurantaan. Leikkauksesta toipumisen jälkeen on otollinen ajankohta käydä läpi seurantaohjeistusta ja arvioida myös potilaan psyykkistä tilannetta (8). Mikäli kirurgista jälkিতarkastuskäyntiä ei järjestetä, on suositeltavaa ohjata potilas hakeutumaan ensimmäiselle käynnille perusterveydenhuoltoon jo parin kuukauden kuluttua. Yhteydenotto perusterveydenhuoltoon on potilaan oman aktiivisuuden varassa. Tiedon välittyminen erikoissairaanhoidosta

perusterveydenhuoltoon on tärkeää, mihin potilaan mukana kulkeva tavanomainen paperinen epikriisi on edelleen käytännöllisin.

Varhaisvaiheen melanoomilla tarkoitetaan in situ -melanoomaa (jota ei tarvitse seurata) ja levinneisyysasteen I invasiivista melanoomaa, mikä tarkoittaa enintään 2 mm:n paksuisia Breslow'n luokituksen mukaisia paikallisia melanoomia (haavautuneet 1–2 mm:n melanoomat pois luettuna). T1-luokan melanoomien ennuste on erinomainen, sillä yli 95 % potilaista paranee (9,10). Koko levinneisyysasteen I osalta viiden vuoden elossaolo-osuus on noin 90 % (5). Uusiutumista 70–80 % ilmaantuu kolmen vuoden kuluessa (11,12). Varhaisvaiheen melanoomien seurantaohjelmaksi riittää kliininen tutkimus kerran vuodessa viiden vuoden ajan, minkä jälkeen vain erityisiin riskiryhmiin kuuluvien seuranta on tarpeen (TAULUKKO).

Levinneisyysasteen IIA melanoomat lukeutuvat varhaisvaiheen melanoomien ja suuren riskin melanoomien välimaastoon. Potilaiden pitkäaikaisennuste on kohtuullisen hyvä (80 %), joten heitäkin voidaan seurata perusterveydenhuollossa (13). Levinneisyysasteen IIA potilaat saattavat hyötyä levinneisyysasteen I potilaita tiuhemmasta seurannasta esi-

merkiksi siten, että kolmen vuoden ajan käynnit ovat puolivuositain.

Suuren uusiutumiseriskin melanoomapotilaita voidaan seurata perusterveydenhuollossa sen jälkeen, kun seuranta erikoissairaanhoidossa päättyy. Myös näille potilaille riittää pääsääntöisesti kliininen seurantakäynti kerran vuodessa, ja heidän kokonaisseuranta-aikansa on enintään kymmenen vuotta.

Seurantakäynnillä tehdään tavanomainen kliininen tutkimus. Se käsittää anamneesin ja statuksen, johon kuuluvat auskultaatio, pinnallisten imusolmukealueiden palpaatio, vatsan palpaatio ja melanooma-arven seudun sekä koko ihon tarkastus hiuspohjasta jalkapohjiin potilaan riisuuduttua alushoususilleen. Perusterveydenhuollossa melanoomapotilaalle ei tarvitse tavanomaisesti tehdä muita tutkimuksia. Laboratoriokokeita ja kuvantamistutkimuksia järjestetään kohdennetusti löydösten ja oireiden mukaan.

Runsasluomiset potilaat kannattaa lähettää ihotautien poliklinikkaan arvioon (**KUVA**). Epäilyttävät ihomuutokset poistetaan kiireellisesti tai potilas lähetetään kirurgian poliklinikkaan. Varsinainen uusiutuma arvessa on melanooman yhteydessä harvinainen, mutta kun melanooman paksuus lisääntyy, riski suurenee (3). Pään ja kaulan alueen melanoomien uusiutuminen arvessa on yleisempää (14). Melanoomapotilaiden riski sairastua muihin ihosyöpiin on myös suurentunut (15).

Melanooman yleisimmät metastasointikohteet ovat imusolmukkeet, iho, ihonalaiskudos, keuhkot, maksa, aivot ja luusto (3,13,16). Melanooma voi levitä myös epätavallisiin kohteisiin, kuten suolistoon. Metastasointi pyritään varmistamaan sytologisesti tai histologisesti jo perusterveydenhuollossa, mikäli se on mahdollista. Esimerkiksi poikkeavista imusolmukkeista voidaan ottaa kaikukuvauksen yhteydessä ohutneulabiopsia.

Potilaan osallistaminen seurantaan

Potilas itse voi havaita melanooman uusiutumisen ihossa ja joskus myös pinnallisilla imusolmukealueilla. Omatarkkailua suositellaan laajalti melanooman seurantasuosituksissa,

vaikka tutkimusnäyttö sen hyödyllisyydestä on rajallista (1,17). Saksalaistutkimuksessa melanooman paikallis-alueellisista uusimista vain kolmanneksen löysi potilas itse, mitä tutkijat pitivät huolestuttavana (18). He korostivatkin potilaiden pontevampaa opastamista omatarkkailuun. Muissa raporteissa potilaiden tai läheisten löytämien osuus melanooman uusiutumisesta on ollut suurempi, 47–62 % (11,16,19). Lisäksi on todettu, että ihoaan seuraavien potilaiden uudet primaarimelanoomat diagnosoidaan ohuempina kuin niiden, jotka eivät kiinnitä ihoonsa huomiota (20).

Melanooman uusiutumien ja ihosyöpien näkyvät ja tunnusteltavat hälyttävät merkit on syytä opettaa potilaille ja muistuttaa heitä omatarkkailun tärkeydestä myös seurannan päättyessä. Melanooman uusiutumiseen voivat viitata näppyvät tai kyhmyt arven seudun ihossa, ihon alla tai muualla iholla. Muutos voi olla ihonvärinen, punertava, mustanruskea tai mustikansininen. Kaulalla, kainaloissa tai nivustaipeissa voi tuntua suurentuneita imusolmukkeita.

Kirjallisuudessa ihon omatarkastusta suositellaan tehtäväksi 1–6 kuukauden välein (17). Käytännön ohjeeksi riittänee kuitenkin koko ihon tarkastelu noin kolmen kuukauden välein peilejä ja tarvittaessa valokuvaustakin apuna käyttämällä. Joillekin potilaille tämä saattaa olla hankalaa, ja läheistä voi pyytää avuksi. Potilaan on tiedettävä yhteydenottoreitti vastaanotolle, jos hälyttävää ilmenee.

Seuranta erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidossa seurannan tavoite on tunnistaa suuren riskin potilaan melanooman uusiutuma vaiheessa, jossa potilaan ennusteseen voidaan hoidolla vaikuttaa. Uusista melanoomalääkkeistä hyötyvät todennäköisimmin ja pitempään hyväkuntoiset, vähäoireiset potilaat, joiden kasvaintaakka on pieni (Hernberg ym. ja Vihinen ym. tässä numerossa).

Suuren uusiutumiseriskin ryhmänä on totuttu pitämään paksuja, yli 4 mm:n melanoomia ja haavautuneita 2–4 mm:n melanoomia (levinneisyysasteet IIB ja IIC) sekä imusolmukkeisiin levinnyttä melanoomaa (**TAULUKKO**).



KUVA. Rungsasluominen selkä.

Näitä sairastavien potilaiden viiden vuoden elossaolo-osuus on 40–70 % (13,21).

Levinneisyysasteen II melanoomien uusiutumista puolet on systeemisiä ja puolet paikallisia, kun taas levinneisyysasteen III melanoomien uusiutumista kaksi kolmasosaa on imusolmuke- tai kaukoetäpesäkkeitä ja vain kolmannes paikallisia (16,22). Imusolmukeisiin levinneen melanooman uusiutumista huomattava osa ilmaantuu kahden vuoden kuluessa, ja viiden vuoden kuluttua niitä ilmenee hyvin vähän (16). Potilaalla on merkittävä rooli paikallisen uusiutumisen toteamisessa, mutta etäpesäkkeet löytyvät pääosin oireettomina kuvantamistutkimuksissa (22).

Valtaosa uusiutumista todetaan kolmen vuoden kuluessa, joten sekä kansainvälisissä että kotimaisissa ohjeissa suositetaan varsin yhte-nevästi suuren riskin potilaille vointiarviokäyntiä ja kliinistä tutkimusta aluksi 3–6 kuukauden välein 2–3 vuoden ajan, minkä jälkeen käynnit jatkuvat 6–12 kuukauden välein 5–10 vuoteen saakka (**TAULUKKO**). Seuranta voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa viimeistään viiden vuoden kuluttua syöpädiagnoosista.

Keuhkokuivasta tai vatsan kaikukuvauksesta ei ole hyötyä subkliinisten systeemisten uusiutumien tunnistamisessa, mutta alueellisten imusolmuke-etäpesäkkeiden tunnistamisessa

kaikukuvaus on hyödyksi (19,23). Vartalon tietokonetomografioita (TT) on päädytty tekemään yhä enemmän jo lähtötilanteessa sekä sen jälkeen 6–12 kuukauden välein enintään viiden vuoden ajan (22). Positroniemissiotomografia-TT (PET-TT) voidaan järjestää tarvittaessa tarkentavana tutkimuksena (24).

Tavanomaisista verikokeista on vain rajallisesti hyötyä etäpesäkkeiden toteamisessa. Melanooman kasvainmerkkiaine S100B on tarkempi kuin laktaattidehydrogenaasi, mutta sen käyttö on jäänyt maassamme vähäiseksi. Joissakin kansainvälisissä suosituksissa sitä kuitenkin suositellaan suuren riskin melanoomapotilaiden seurantaan (25).

Milloin ihotautilääkäri seuraa melanoomapotilasta?

Ihomelanoomapotilaan riski sairastua uuteen primaarimelanoomaan on noin kymmenkertainen muuhun väestöön verrattuna. Melanooman sairastaneista 5 % sairastuu uuteen melanoomaan kymmenen vuoden kuluessa (15). Ihotautilääkärin rooli ihomelanoomapotilaan seurannassa on löytää mahdolliset uudet melanoomat varhaisvaiheessa.

Jos potilas on runsasluominen (**KUVA**) eli hänellä on yli 50 tavanomaista pigmenttiluomea

ylävartalon alueella sekä kliinisesti epätyypillisiä luomia, ärjyluomia, on muista poikkeavan ”ruman ankanpoikasen” erottaminen vaikeaa. Muista selvästi eroava pigmenttimuutos tai luomitilanteen muutos saattavat viitata syöpään. Luomistatuksen dokumentointi kliinisin valokuvin ja dermatoskopiakuvin mahdollistaa muutoksen toteamisen. Yleensä nämä riskipotilaat käyvät ihotautilääkärin seurannassa 12 kuukauden välein. Mikäli seurannan aikana löytyy uusia melanoomia, seuranta voi olla elinikäinen. On tärkeää, että riskipotilaat saavat tarvittaessa ottaa suoraan yhteyttä erikoissairaanhoidon, mikäli huomaavat seurantakäyntien välillä ihollaan epäilyttäviä muutoksia. Runsasluomisen henkilön alttius sairastua melanoomaan koskee koko ihoa. Oireettomien, muutumatottomien luomien profylaktisesta poistosta ei ole hyötyä. Mikäli potilaan iholla on vain vähän luomia ja muutoksen toteaminen on siten helppoa, järjestelmällistä kuvadokumentaatiota ei tarvita. Joka tapauksessa potilaan koko ihon tutkiminen kuuluu melanooman sairastaneen potilaan seurantakäynteihin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa.

Mikäli melanoomapotilaalla tai hänen terveellä sukulaisellaan on todettu perinnölliselle melanomalle altistava geenimutaatio, suositellaan ihotautilääkärin tekemää tutkimusta 3–12 kuukauden välein (26,27).

Milloin harkitaan kliinisen geneetikon konsultaatiota?

Lähisukulaisen sairastama melanooma lisää melanoomariskin noin kaksinkertaiseksi (28). Melanooman alttiusgeenejä (esimerkiksi *CDKN2A*- ja *BAP1*-geenien ituratamutaatiot) voidaan tarvittaessa määrittää potilailta ja heidän terveiltä sukulaisiltaan. Mikäli melanoomapotilaan tai hänen terveen sukulaisensa melanomalle altistava geenimutaatio on todettu, pitää myös muistaa heidän alttiutensa muihin syöpiin – erityisesti haimasyöpään, jos kyseessä on *CDKN2A*-kasvunrajoitegeenin mutaatio.

Kliinisen geneetikon konsultaatiota on syytä harkita, jos melanoomapotilaan suvussa vähintään kahdella muulla saman puolen sukulaisella on ollut melanooma, jos potilaalla on ollut

Ydinasiat

- ▶ Ihomelanooman sairastaneita seurataan uusiutumien ja uuden primaarimelanooman varalta.
- ▶ Hyväennusteisia melanoomapotilaita seurataan perusterveydenhuollossa kliinisin tutkimuksin ilman rutiinimaisia laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia.
- ▶ Potilaita, joiden uusiutumisriski tai alttius sairastua uuteen melanoomaan on suuri, seurataan erikoissairaanhoidossa kliinisesti kuvantamistutkimuksin ja valokuvin.
- ▶ Melanoomapotilaita opastetaan omaseurantaan ja auringolta suojautumiseen.

vähintään kolme melanoomaa tai jos hänen saman puolen lähisukulaisellaan on ollut haimasyöpä (29). Kliininen geneetikko toteuttaa perinnöllisyysneuvonnan ja tarvittavat geneettiset selvitykset.

Melanoomapotilas ja aurinko

Ihomelanooman suurin yksittäinen ulkoinen riskitekijä on altistuminen auringon ultraviolettisäteilylle (UV-säteily). Melanoomapotilaalle tulee opettaa järkevän auringolta suojautumisen periaatteet. Ihon palamista ja pitkäaikaista auringolle altistumista ilman suojaa on vältettävä, eikä melanoomapotilaan pidä käydä solariumissa. Päiväsaikaan on hyvä hakeutua varjoon intensiivisimmän UV-säteilyn aikaan. Ilmatieteen laitoksen ilmoittaman UV-indeksin avulla voidaan arvioida suojautumistarvetta. Iho kannattaa suojata ensisijaisesti kevyellä vaateuksella, päähinettä ja aurinkolaseja on hyvä käyttää ja auringonsuojatuotteita suositellaan täydennykseksi. Auringonsuojavoiteet voivat pienentää melanoomariskiä, mutta ne voivat myös aiheuttaa väärää turvallisuudentunnetta, eikä niiden turvin pidä pitkittää auringossa oleskelua (30).

Auringolta suojautumista on syytä kerrata seurantakäynneillä. On todettu, että melanoomapotilaiden altistuminen UV-säteilylle alkaa

lisääntyä ja auringonsuojavoiteiden käyttö vähenee jo toisena vuonna diagnoosin jälkeen. Melanoomapotilaat myös harrastavat aurinkomatkailua verrokkeja enemmän (31).

Lopuksi

Perusterveydenhuollon rooli melanooman seurannassa suurenee. Melanoomapotilaiden seurannan keskittäminen tietyille yksikön lääkäreille parantaa todennäköisesti seurannan laatua ja onnistunee ainakin suurehkoissa terveydenhuollon yksiköissä. Potilaan luottamus seurantaan paranee, jos vastaanottava lääkäri pysyy samana. Satunnaistetussa tutkimuksessa havaittiin, että yleislääkäreille järjestetyn perhdytyksen jälkeen potilaat olivat tyytyväisempiä seurantaan ja noudattivat tarkemmin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon ohjeita (32).

Potilaan osallistaminen seurantaan korostuu hyväennusteisten melanoomien lisääntyessä. Myös terveydenhuollon resurssien järkevän käytön kannalta potilaiden omaa panosta uusiutumien toteamisessa tulisi korostaa. Samalla olisi taattava nopea pääsy lääkärin arvioon tarpeen ilmetessä.

Paikallisen melanooman hoito on usein suoriivaista ja leikkaushoidon pitkäaikaishaitat vähäisiä. Uusiutumia ilmenee vähän ja elinajan odote on hyvä. Toisaalta melanooma on mahdollisesti kuolemaan johtava tauti, ja potilas voi tarvita tukea sopeutumisprosessissa (18). Julkisen sektorin täydennykseksi syöpäjärjestöt ja alueelliset syöpäyhdistykset tarjoavat tukea, neuvontaa ja psykososiaalista kuntoutusta.

Suuren uusiutumisriskin potilaiden seurannassa erikoissairaanhoidon piirissä uusiutumien varhaisella toteamisella on mahdollisuus vaikuttaa potilaan tulevaisuuteen. ■

MERI-SISKO VUORISTO, dosentti, yllilääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö, kliininen onkologia
Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry, Tampere

SIRU MÄKELÄ, LT, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri
HYKS Syöpäkeskus, Helsingin yliopisto, Helsinki

MARJA NORES, LL, yleislääketieteen erikoislääkäri
Leppävaaran terveysasema, Espoon kaupunki

LAURA BOUCHARD, LT, ihotautilin erikoislääkäri
HYKS, ihotautilin klinikka, Helsinki

LEENA KOULU, dosentti, vastuualuejohtaja
Turun yliopisto, kliininen laitos, iho- ja sukupuolitautioppi
TYKS Ihoklinikka, Turku

SIDONNAISUUDET

Meri-Sisko Vuoristo: Asiantuntijapalkkio (Roche), luentopalkkio (Roche), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Roche, GSK, BMS)
Siru Mäkelä: Asiantuntijapalkkio (Amgen, BMS, GSK, MSD, Novartis, Roche), luentopalkkio (BMS, MSD, Roche), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Celgene, MSD, Pfizer, Roche)
Marja Nores: Ei sidonnaisuuksia
Laura Bouchard: Asiantuntijapalkkio (Abbvie), luentopalkkio (Sanquin), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (L'Oréal/La Roche-Posay)
Leena Koul: Ei sidonnaisuuksia

SUMMARY

Prevention and follow-up of melanoma – How and where?

The number of melanoma patients is on the rise, most of them have curative treatment and the number of patients requiring follow-up is increasing. The follow-up is aimed at an early diagnosis of recurrence and new primary melanoma. There is no consensus on the optimal follow-up program, and follow-up guidelines are mainly based on the estimated risk of recurrence based on staging classification. Following surgery, those affected with early-stage melanoma are referred to primary health care for follow-up, the cornerstone of which is clinical examination, including full-body skin examination. Among the patients remaining within specialized care the risk of recurrence of melanoma is greater and signs of the disease are being sought more actively through more frequent visits and imaging studies. The patient's contribution to finding superficial recurrences is important, so the patient should be briefed for carrying out self-monitoring. The patient should also be reminded of the possibility to reduce the risk of skin cancer by protecting against solar ultraviolet radiation.

KIRJALLISUUTTA

1. Cromwell KD, Ross MI, Xing Y, ym. Variability in melanoma post-treatment surveillance practices by country and physician specialty: a systematic review. *Melanoma Res* 2012;22:376–85.
2. Mrazek AA, Chao C. Surviving cutaneous melanoma: a clinical review of follow-up practices, surveillance, and management of recurrence. *Surg Clin North Am* 2014;94:989–1002.
3. Melanooma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Chirurgi Plastiikki Fenianen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012 [julkaistu 26.1.2012]. www.kaypahoito.fi.
4. Hohnheiser AM, Gefeller O, Göhl J, ym. Malignant melanoma of the skin: long-term follow-up and time to first recurrence. *World J Surg* 2011;35:580–9.
5. Rockberg J, Amelio JM, Taylor A, ym. Epidemiology of cutaneous melanoma in Sweden – stage-specific survival and rate of recurrence. *Cancer Epidemiol* 2016;139:2722–9.
6. Vuoristo MS, Hahka-Kemppinen M, Parvinen LM, ym. Randomized trial of dacarbazine versus bleomycin, vincristine, lomustine and dacarbazine (BOLD) chemotherapy combined with natural or recombinant interferon-alpha in patients with advanced melanoma. *Melanoma Res* 2005;15:291–6.
7. Cornish D, Holterhues C, van de Poll-Franse LV, ym. A systematic review of health-related quality of life in cutaneous melanoma. *Ann Oncol* 2009;20(Suppl 6):vi51–8.
8. Lehto US, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Ann Oncol* 2005;16:805–16.
9. Green AC, Baade P, Coory M, ym. Population-based 20-year survival among people diagnosed with thin melanomas in Queensland, Australia. *J Clin Oncol* 2012;30:1462–7.
10. Lyth J, Hansson J, Ingvar S, ym. Prognostic subclassifications of T1 cutaneous melanomas based on ulceration, tumour thickness and Clark's level of invasion: results of a population-based study from the Swedish Melanoma Register. *Br J Dermatol* 2013;168:779–86.
11. Dicker TJ, Kavanagh GM, Herd RM, ym. A rational approach to melanoma follow-up in patients with primary cutaneous melanoma. *Scottish Melanoma Group. Br J Dermatol* 1999;140:249–54.
12. Maroti M, Ulf E, Lyth J, ym. A prospective population-based study, aiming to support decision-making in a follow-up programme for patients with cutaneous malignant melanoma, based on patterns of recurrence. *Eur J Dermatol* 2016; 26:586–91.
13. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, ym. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol* 2009;27:6199–206.
14. Blakely AM, Comissiong DS, Vezeridis MP, Miner TJ. Suboptimal compliance with National Comprehensive Cancer Network Melanoma Guidelines: who is at risk? *Am J Clin Oncol*, julkaistu verkossa 24.1.2017. DOI 10.1097/COC.0000000000000362.
15. van der Leest RJ, Flohil SC, Arends LR, ym. Risk of subsequent cutaneous malignancy in patients with prior melanoma: a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:1053–62.
16. Romano E, Scordo M, Dusza SW, ym. Site and timing of first relapse in stage III melanoma patients: Implications for follow-up guidelines. *J Clin Oncol* 2010;28:3042–7.
17. Watts CG, Dieng M, Morton RL, ym. Clinical practice guidelines for identification, screening and follow-up of individuals at high risk of primary cutaneous melanoma: a systematic review. *Br J Dermatol* 2015;172:33–47.
18. Livingstone E, Krajewski C, Eigentler TK, ym. Prospective evaluation of follow-up in melanoma patients in Germany – results of a multicentre and longitudinal study. *Eur J Cancer* 2015;51:653–67.
19. Francken AB, Bastiaannet E, Hoekstra HJ. Follow-up in patients with localised primary cutaneous melanoma. *Lancet Oncol* 2005;6:608–21.
20. DiFronzo LA, Wanek LA, Morton DL. Earlier diagnosis of second primary melanoma confirms the benefits of patient education and routine postoperative follow-up. *Cancer* 2001;91:1520–4.
21. Costa Svedman F, Pillas D, Taylor A, ym. Stage-specific survival and recurrence in patients with cutaneous malignant melanoma in Europe – a systematic review of the literature. *Clin Epidemiol* 2016;8:109–22.
22. Park TS, Phan GQ, Yang JC, ym. Routine computer tomography imaging for the detection of recurrences in high-risk melanoma patients. *Ann Surg Oncol* 2017;24:947–51.
23. Garbe C, Paul A, Kohler-Späth H, ym. Prospective evaluation of a follow-up schedule in cutaneous melanoma patients: recommendations for an effective follow-up strategy. *J Clin Oncol* 2003;21:520–9.
24. Bastiaannet E, Wobbes T, Hoekstra OS, ym. Prospective comparison of [18F] fluorodeoxyglucose positron emission tomography and computed tomography in patients with melanoma with palpable lymph node metastases: diagnostic accuracy and impact on treatment. *J Clin Oncol* 2009;27:4774–80.
25. Gebhardt C, Lichtenberger R, Utikal J. Biomarker value and pitfalls of serum S100B in the follow-up of high-risk melanoma patients. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016;14:158–64.
26. Saura E, Eliades PJ, Shannon K, ym. Hereditary melanoma: update on syndromes and management. *Genetics of familial atypical multiple mole melanoma syndrome. J Am Acad Dermatol* 2016;74:395–407.
27. Saura E, Eliades PJ, Shannon K, ym. Hereditary melanoma: update on syndromes and management. *Emerging melanoma cancer complexes and genetic counseling. J Am Acad Dermatol* 2016;74:411–20.
28. Gandini S, Sera F, Cattaruzza, ym. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer* 2005;41:2040–59.
29. Gabree M, Patel D, Rodgers L. Clinical applications of melanoma genetics. *Curr Treat Options Oncol* 2014;15:336–50.
30. Green AC, Williams GM, Logan V, ym. Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. *J Clin Oncol* 2011;29:257–63.
31. Idorn LW, Datta P, Heydenreich J, ym. A 3-year follow-up of sun behavior in patients with cutaneous malignant melanoma. *JAMA Dermatol* 2014;150:163–8.
32. Murchie P, Nicolson MC, Hannaford PC, ym. Patient satisfaction with GP-led melanoma follow-up: a randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2010;102:1447–55.