



Melanom er farlig, føflekker er snille

LEDER

PETTER GJERSVIK

E-post: petter.gjersvik@medisin.uio.no

Petter Gjersvik er professor i hudsykdommer ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Pigmenterte hudlesjoner skal eksideres ved mistanke om malignitet. Uten slik mistanke bør føflekker stort sett få være i fred.

Mange er engstelige for å utvikle melanom, som har høy risiko for metastasering og fatalt utfall når lesjonen er over en viss tykkelse (1). Rundt to tredeler av alle melanomer i hud utvikler seg fra melanocytter i huden utenfor føflekker, altså *utenfor* pigmenterte nevi (2). Det er derfor misvisende og uheldig å kalle melanom for føflekkreft. Uttrykket fremmer en forestilling om at føflekker er forstadier til kreft (3).

De to viktigste spørsmålene en lege skal stille en pasient som ønsker å få undersøkt føflekker for mulig melanom, er: Har du lagt merke til om det har kommet én ny flekk som avviker i utseende fra dine gamle føflekker? Har du lagt merke til om én føflekk har endret seg, dvs. vokst, endret farge eller avgrensning og blitt annerledes enn de andre? Sier pasienten at det er noe merkelig med akkurat *den* flekken, skal legen lytte særlig godt. Risikofaktorer for melanom, slik som familiær forekomst, lys hudtype, solforbrenning og tidligere hudkreft, må også kartlegges.

Pigmenterte hudlesjoner vurderes klinisk ved enkel visuell inspeksjon. Den mye brukte ABCDE-regelen – dvs. asymmetri (A), uregelmessig avgrensning (border; B), uregelmessig farge, ofte med sorte partier (colour; C), bredde > 6 mm (D) og elevasjon (E) – er nyttig ved mistanke om overflatisk spredende melanom, men fanger ikke like godt opp et nodulært melanom, som kan være symmetriske, med skarp, regelmessig avgrensning og jevn, sort farge. Et nyttig tegn kan være det såkalte *stygge andungen-tegnet*, dvs. at én lesjon tydelig avviker i utseende fra de øvrige pigmenterte hudlesjonene pasienten har (4). Dermatoskopi kan være til hjelp (5), men få allmennleger behersker denne teknikken.

Eksisjon av en hudlesjon skal bare gjøres etter en avveining mellom potensiell nytte, faren ved å avstå og sannsynlige ulemper

Mange søker lege for å få undersøkt eller fjernet én eller flere føflekker. Slike konsultasjoner kan utgjøre en ikke ubetydelig del av fastlegers og hudlegers hverdag. Det finnes «føflekklinikker» og leger som oppgir «føflekkfjerning» som ett av flere inngrep de tilbyr. Dette bidrar til at det gjøres svært mange eksisjoner av pigmenterte hudlesjoner på svak indikasjon, der resektatet sendes til landets ofte overbelastede avdelinger for patologi for histologisk diagnose, noe som kan forsinke andre prøvesvar. Studier fra bl.a. Sverige fastslår at bare en liten brøkdel av slike resektater viser seg å være et melanom (6). Det er ingen

farbar vei å fjerne åpenbart benigne pigmentnevi for å forebygge kreft.

Dette betyr selvfølgelig ikke at alle eksisjoner av pigmenterte hudlesjoner som viser seg å være benigne, har vært unødvendige, for diagnosen melanom kan være vanskelig å stille, både klinisk og histologisk. Å overse et melanom er ikke bra. Men det minner oss om dette: Eksisjon av en hudlesjon skal bare gjøres etter en avveining mellom potensiell nytte, faren ved å avstå og sannsynlige ulemper.

Det er ingen farbar vei å fjerne åpenbart benigne pigmentnevi for å forebygge kreft

Eksisjoner i hud gir *alltid* arr, ofte kosmetisk skjemmende og av og til i form av hypertrofisk arr eller keloid. En føflekk bør derfor ikke fjernes på bestilling fra pasienten sånn uten videre. Legen må tenke seg om. En åpenbart benign pigmentnevus bør ikke fjernes «for sikkerhets skyld». Hvis legen, basert på anamnese og lesjonens utseende, mener at lesjonen kan være et melanom, skal den eksideres. Frykt for kreft – cancerofobi – kan være en legitim grunn, men bare unntaksvis. Det samme gjelder en elevvert pigmentnevus som står i veien for bh-stropp eller belte, eller som av andre grunner gjør det rimelig å fjerne den. Hvis mistanken om melanom er svak, kan pasienten henvises til hudlege for vurdering.

I Tidsskriftet publiserer nå Berg-Knudsen og medarbeidere en klinisk oversiktsartikkel med gode tips og veiledning om eksisjon av hudlesjoner (7). Forfatterens råd er ikke bare aktuelle ved melanomsuspekterte pigmenterte hudlesjoner, men også ved andre hudlesjoner med uklar diagnose, for eksempel ved mistanke om basalcellekarsinom. Jeg håper artikkelen blir lest, lastet opp og brukt av mange allmennleger, leger i spesialisering og medisinstudenter. En dyktig lege skal vite både når det *ikke* skal skjæres, *når* det skal skjæres og *hvordan* det skal skjæres.

LITTERATUR:

1. Geisler J, Bachmann IM, Nyakas M et al. Malignt melanom – diagnostikk, behandling og oppfølging i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2154–8. [PubMed][CrossRef]
2. Pampena R, Kyrgidis A, Lallas A et al. A meta-analysis of nevus-associated melanoma: Prevalence and practical implications. J Am Acad Dermatol 2017; 77: 938–945.e4. [PubMed][CrossRef]
3. Gjersvik P, Roscher I. Melanom – ikke føflekkreft. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0114. [PubMed][CrossRef]
4. Gaudy-Marqueste C, Wazaefi Y, Bruneu Y et al. Ugly duckling sign as a major factor of efficiency in melanoma detection. JAMA Dermatol 2017; 153: 279–84. [PubMed][CrossRef]
5. Weber P, Tschandl P, Sinz C et al. Dermatoscopy of neoplastic skin lesions: recent advances, updates, and revisions. Curr Treat Options Oncol 2018; 19: 56. [PubMed][CrossRef]
6. Lindelöf B, Hedblad MA, Ringborg U. Nevus eller malignt melanom? Rätt kompetens ved diagnostik gir lägre kostnader. Läkartidningen 2008; 105: 2666–9.
7. Berg-Knudsen T, Ingvaldsen CA, Mørk G et al. Eksisjon av hudlesjoner. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0060. [CrossRef]

Publisert: 23. juni 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0486
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no