

Melanom, føflekk eller talgvorte?

Det kan være vanskelig å skille mellom malignt melanom, pigmentnævus og seboreisk keratose. Bruk av kyrette og stanseeksisjon er enkle prosedyrer som kan utføres i allmennpraksis for å avklare diagnosen.

Diagnostikk av malignt melanom kan være vanskelig. Spesielt kan seboreiske keratoser (taulgorter eller gammelmannsvorter) og pigmentnævi (føflekker) forveksles med malignt melanom.

Vi presenterer her, med tekst og video, tre enkle prosedyrer som allmennlegen kan utføre for å gi pasientene raskere diagnose, og – ved malignt melanom – tidligere behandling og bedre prognose.

Seboreiske keratoser

Seboreiske keratoser er epidermale hyperkeratoser uten malignitetspotensial. Slike lesjoner er svært vanlig hos eldre og er den mest aktuelle differensialdiagnosen ved mistanke om malignt melanom hos personer over 40 år. Seboreiske keratoser oppstår over uker til måneder i voksen alder. Lesjonene kan variere i farge, fra lysebrune til brunsvarte (fig 1) og kan løsne ved berøring eller små traumer. De etterlater seg da små, forbigående erosjoner, men kan komme tilbake på samme sted. Ved dermatoskop vil en seboreisk keratose ha et karakteristisk utseende med verrukos overflate og talgdråper (1). Slike lesjoner vil vanligvis være enkle å diagnostisere med sikkerhet.

Er det likevel tvil om diagnosen, bør lesjonen fjernes med en kyrette (video 1). Prosedyren er rask, lett å utføre og krever ingen oppdekking eller suturering. Dersom et keratotisk materiale lar seg fjerne enkelt og etterlater en jvn, hvitlig, lettblødende overflate (video 1), er diagnosen seboreisk keratose bekrefet. Det kyretterte materialet bør ved fortsatt tvil sendes til histologisk undersøkelse.

Atypiske pigmentnævi

Pigmentnævi med diameter > 5 mm, uregelmessig form og varierende farge betegnes i dermatologisk litteratur som atypiske eller dysplastiske pigmentnævi. De har alltid en makuløs (dvs. flat) komponent (2).

Personer med fem eller flere atypiske pigmentnævi har 5–10 ganger høyere risiko for å utvikle kutant malignt melanom enn personer uten atypiske pigmentnævi (3). Slike lesjoner er en indikator for en hudtype som lettere utvikler malignt melanom, snarere enn et mulig forstadium til melanom i seg selv (2).

Dermatoskopi kan være til hjelp i diagnostikken, men krever både opplæring og erfaring, noe de fleste allmennleger ikke har (4). Fordi det kan være vanskelig å skille en atypisk pigmentnævus fra et malignt melanom, vil man ved tvil måtte

foreta en eksisjon for sikker diagnostikk avklaring. Fjerning av mindre pigmentnævi, inkludert atypiske pigmentnævi, kan utføres ved hjelp av en kniv med sirkulært blad (video 2). Lesjonen bør fjernes med fri rand. Histologisk undersøkelse vil avklare diagnosen. Hvis lesjonen er større enn 6 mm bør en ordinær, båtformet eksisjon foretrekkes (video 3).

Malignt melanom

Malignt melanom er en alvorlig form for kreft som utgår fra melanocytter, vanligvis i hud.

Tidlig diagnostikk og behandling med eksisjon bedrer overlevelsen. De vanligste og viktigste faresignalene er vekst og fargeforandring, særlig utvikling av sorte partier. Pigmenterte lesjoner som avviker fra andre ved sitt utseende eller sin utvikling, ofte omtalt som den stygge andungen-tegnet, bør vies særlig oppmerksomhet. ABCDE-regelen (ramme 1) er noe mer komplisert og er mest aktuell for helsepersonell (6, 7). Regelen baserer seg på at de fleste maligne melanomer er asymmetriske, har en uregelmessig avgrensning, har fargevariasjon med svarte partier, har diameter over 6 mm og at de har endret seg. ABCDE-regelen er egnet for å identifisere mange tilfeller av melanom, men i mindre grad noduløse varianter; disse har symmetrisk form og samtidig dårligste prognose (8).

Dersom legen mistenker eller ikke kan utelukke diagnosen malignt melanom, bør lesjonen eksideres i sin helhet med minst 2 mm fri rand, enten med en stanse (video 2) eller en båtformet eksisjon (video 3).

Dette er prosedyrer som alle allmennleger bør beherske. Dersom de ikke gjør det, skal pasienten henvises med klar og entydig formulert henvisning til hudlege eller kirurg, som bør ta imot pasientene senest innen to uker (9).

Seboreiske keratoser versus malignt melanom

Seboreiske keratoser kan klø, vokse raskt og ha en mørk farge med svarte partier. De kan derfor være vanskelig å skille fra malignt melanom på klinisk grunnlag alene. At pasienten har flere lesjoner med samme eller tilnærmet samme utseende, taler sterkt for diagnosen seboreiske keratoser. Deres stearinaktige eller verrukøse konsistens ved palpasjon skiller dem fra atypiske pigmentnævi og malignt melanom.

Overflatisk spredende malignt melanom er den vanligste formen for melanom. Slike lesjoner kan være makuløse eller bare lett

eleverte. Overflaten er som regel jvn, ikke fetlig og sjeldent verrukøs. Et nodulært malignt melanom har oftest en jvn avgrensning, men kan vokse fort og samtidig være under 6 mm i diameter. Overflaten er sjeldent verrukøs.

Atypisk pigmentnævus versus malignt melanom

Atypiske pigmentnævi vil vanligvis ikke klø, men klø er også et relativt sjeldent symptom ved malignt melanom. Både atypiske pigmentnævi og malignt melanom kan ha uregelmessig form og farge. Dersom lesjonen har vært stasjonær over flere måneder uten tegn til endringer, taler dette for diagnosen atypisk pigmentnævus, ettersom et malignt melanom vanligvis vil vokse i utbredelse og/eller endre pigmentering over tid. Særlig karakteristisk for malignt melanom er utvikling av nye svarte partier ujevnt fordelt innen lesjonen.

Et malignt melanom er vanligvis større enn 5 mm i diameter. Pasienter kan derfor læres opp til å bli kjent med pigmenterte lesjoner som ikke lar seg skjule bak enden på en blyant – dette kalles gjerne for blyant-testen. Dersom en slik lesjon vokser i utbredelse eller endrer form/pigmentering, øker



Figur 1 Fotomontasje av malignt melanom, atypisk pigmentnævus og talgvorte på huden



Figur 2 Nødvendig utstyr: kyrette, ringformet kniv (stanse) og skalpell

Tabell 1 Viktigste differensialdiagnostiske kriterier for å skille malignt melanom fra seboreisk keratose og atypisk pigmentnævus

	Seboreisk keratose	Atypisk pigmentnævus	Malignt melanom
Anamnese	Alder > 30 år Utvækst Rask vekst Kløe, irritasjon Ofte truncus	Alder > 20 år Noen liknende lesjoner Ingen eller liten endring Ikke kløe Ofte truncus	Alder > 20 år Solitær føflekkliknende lesjon som har endret seg i farge og form Svart komponent (90 %)
Funn	Flere lesjoner av liknende art Talgaktig Verrukøs Homogen Kan være svart Løsner i biter	Pigmentert lesjon med uregelmessig form, farge og størrelse Flat komponent Flere av liknende utseende Ikke talgaktig	Solitær Pigmentert lesjon med svart eller heterogent farge mønster som skiller seg fra de andre Ikke talgaktig konsistens
Differensialdiagnose	Melanom: Ikke verrukøs Mer heterogen i farge og form Aldri flere lesjoner av samme type Solar keratose: Flat, tørr, erytematos, sjeldent pigmentert	Melanom: Større uregelmessighet i farge, svart farge, solitær	Seboreisk keratose Pyogent granulom: Raskt voksende blødende tumor Atypisk pigmentnævus: Lite endring, mindre farge variasjon Pigmentert basaliom: ofte flere mindre liknende lesjoner
Diagnostisk prosedyre	Kyrreting, lar seg skrape av med lett blødning Histologisk undersøkelse ved tvil	Eksisjon med stanse hvis < 6 mm eller vanlig båtformet totaleksisjon Histologisk undersøkelse	Eksisjon med 2 mm fri rand Histologisk undersøkelse

mistanken om malignt melanom. Vi anbefaler da enten klinisk vurdering med eventuell eksisjon, eller henvisning til hudlege/kirurg.

Dermatoskopi utført av erfaren skopør vil høyne muligheten til å kunne skille atypisk pigmentnævus fra malignt melanom (10).

Diskusjon

Vi har i denne artikkelen beskrevet de viktigste kliniske symptomer og tegn som skiller seboreiske keratoser og atypiske pigmentnævi fra maligne melanomer. Dersom det etter anamnese og klinisk undersøkelse fortsatt foreligger tvil om diagnosen, har vi presentert tre prosedyrer (med video) som en allmennlege bør kunne utføre for sikker avklaring av diagnosen. Vi tror økt bruk av disse prosedyrene kan gi tidligere diagnose og dermed bedre prognosene ved malignt

melanom. Samtidig kan en sikrere diagnose av seboreiske keratoser og atypiske pigmentnævi i allmennpraksis innebære raske avklaring for pasientene, og færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Claus Lützow-Holm
clau-lut@online.no
Petter Gjersvik
Per Helsing

Claus Lützow-Holm (f. 1956) er dr.med. og spesialist i hud- og veneriske sykdommer og driver privat avtalepraksis. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt prosjektstøtte fra Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring i forbindelse med utarbeiding av internettbasert opplæring.

Petter Gjersvik (f. 1952) er dr. med., spesialist i hud- og veneriske sykdommer og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Helsing (f.1958) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege med malignt melanom som viktigste forskningsområde, ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitets-sykehus, Rikshospitalet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

modern era: part I. Historical, histologic, and clinical aspects. J Am Acad Dermatol 2012; 67: 1.e1–16, quiz 17–8.

- Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. Eur J Cancer 2005; 41: 28–44.
- Schoop T, Funk J. Føflekk eller malignt melanom? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 511.
- Grob JJ, Bonerandi JJ. The «ugly duckling» sign: identification of the common characteristics of nevi in an individual as a basis for melanoma screening. Arch Dermatol 1998; 134: 103–4.
- Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW. Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. CA Cancer J Clin 1985; 35: 130–51.
- Abbas NR, Shaw HM, Rigel DS et al. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. JAMA 2004; 292: 2771–6.
- Goodson AG, Grossman D. Strategies for early melanoma detection: Approaches to the patient with nevi. J Am Acad Dermatol 2009; 60: 719–35, quiz 736–8.
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne melanomer. Oslo: Helsedirektoratet, 2011.
- Carli P, de Giorgi V, Chiarugi A et al. Addition of dermoscopy to conventional naked-eye examination in melanoma screening: a randomized study 1997–2001. Br J Dermatol 2004; 50: 683–9.

Mottatt 21.12. 2012, første revisjon innsendt 14.3. 2013, godkjent 14.5. 2013. Medisinsk redaktør Vegard Bruun Wyller.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

 Video på www.tidsskriftet.no

Publisert først på nett.

Litteratur

- Marghoob AA, Braun RO, Kopf AW. Atlas of dermatoscopy. London: Taylor and Francis, 2006.
- Duffy K, Grossman D. The dysplastic nevus: from historical perspective to management in the