

Melanom hos äldre. Kliniska fall med dermatoskopi

Tillhörande nationellt vårdprogram för malignt melanom

2022-06-21

Initiativtagare och medförfattare är Christer Lindholm, docent, överläkare, RCC Sydöst Linköping. Bilddokumentet med dess text är framtaget av Jan Lapins, docent, överläkare, Hudkliniken, i samarbete med Medicinsk Bild, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, samt av Kari Nielsen, docent, överläkare vid hudmottagningarna vid Skånes universitetssjukhus, Lund, och Helsingborgs lasarett.

Bildmaterialet är fritt att använda för undervisningsändamål, men källan ska anges.

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
September 2014	Version 1
November 2016	Version 2
Januari 2018	Version 3, ny mall
Juni 2022	Version 4

Innehållsförteckning

Inledning	4
Åldersfördelning.....	5
Lokalisation och riskmarkörer	6
Melanomtyper hos äldre	7
Tjocklek och prognos	8
Viktiga kliniska symtom för melanomtyper vanliga hos äldre personer	9
Ytligt växande melanom (SSM)	9
Nodulärt melanom (NM)	9
Lentigo maligna melanom (LMM)	9
Akralt melanom eller akralt lentiginöst melanom (ALM)	10
Fallbeskrivningar.....	10
Fallbeskrivningar av nodulära melanom (NM)	10
Dermatoskopi av nodulära melanom (NM)	10
Fallbeskrivning av akralt melanom (ALM).....	16
Nevimönster hos barn, unga och äldre	25
Dysplastiskt junctionnevus med lentiginöst växtsätt, "dysplastic nevus of the elderly" eller "atypical lentiginous junctional nevus of the elderly of Kossard" (Kossards nevus)	25
Fallbeskrivningar av "dysplastic nevus of the elderly" eller "atypical lentiginous junctional nevus of the elderly of Kossard" (Kossards nevus).....	27
Fallbeskrivning av extrafaciell lentigo maligna	29
Fallbeskrivningar av melanom med ytligt växtsätt (SSM).....	30
Referenser	35

BILAGA 3

Melanom hos äldre. Kliniska fall med dermatoskopi

Inledning

Ofta är äldre patienter i mindre omfattning bekymrade över eller medvetna om sina hudförändringar, jämfört med yngre patienter. Det medför att melanom hos äldre inte sällan diagnostiseras i ett sent stadium och med sämre prognos.

Det är därför viktigt att göra **alla**, men inte minst primärvårds- och omsorgspersonal, uppmärksamma på de specifika karakteristika som kännetecknar melanom i de äldre åldersgrupperna.

Vi vill med denna bilaga ge exempel på och sprida kunskap om äldres melanom, så att tidigare diagnoser och förhoppningsvis bättre prognoser kan uppnås för äldre patienter med melanom.

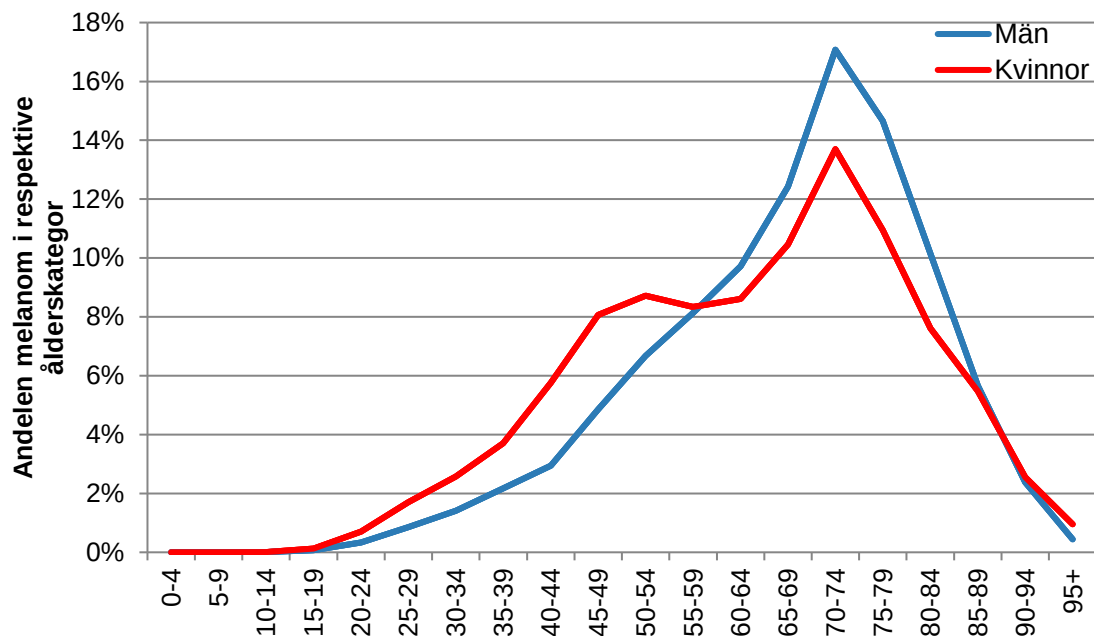
Melanom hos äldre personer skiljer sig genom annan lokalisation och annan fördelning av melanomtyper, och patienterna har genom detta en annan sjukdomsbild än yngre personer. Melanomen är dessutom ofta tjockare vid diagnos, vilket medför en sämre prognos. Hos äldre är melanomen också oftare kopplade till kronisk solexponering. Solskador i huden såsom aktiniska keratoser likaväl som annan hudcancer, t.ex. basalcells cancer och skivepitel cancer, utgör därför kliniska riskmarkörer för både kronisk solexponering och ökad melanomrisk.

Figurerna nedan baseras på data från det nationella kvalitetsregistret för hudmelanom samt data från Socialstyrelsens statistikdatabas. Bilderna har tagits fram av Rasmus Mikiver, statistiker vid Regionalt cancercentrum Sydöst.

Referenslista finns i slutet av bilagan.

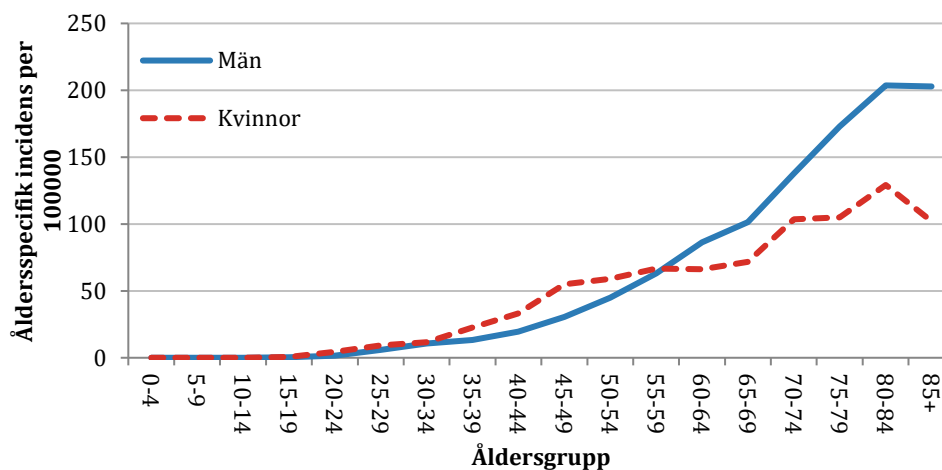
Åldersfördelning

Figur 1. Åldersfördelning vid diagnos uppdelat på kön 2016–2020.



Medianålder för melanomdiagnos var 70 år för män och 65 år för kvinnor 2020.

Figur 2. Åldersstandardiserad incidens för melanom uppdelat på kön 2020.



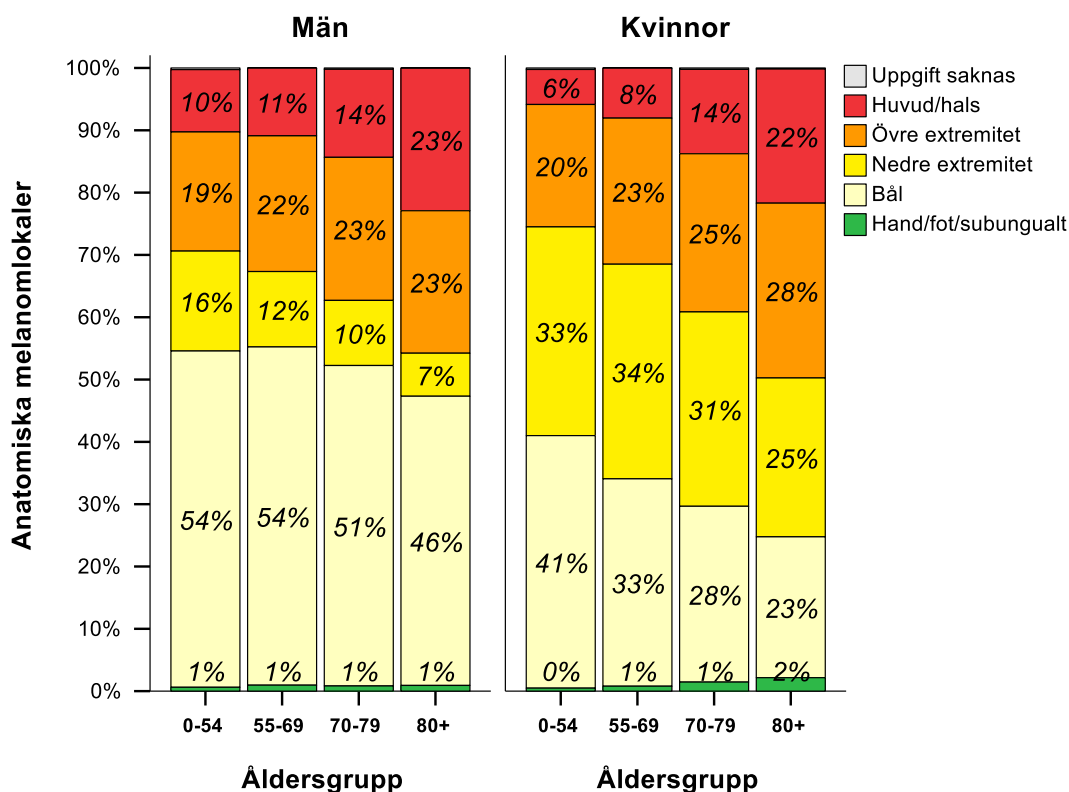
Den åldersjusterade incidensen är betydligt högre efter 60 års ålder för både kvinnor och män.

Lokalisation och riskmarkörer

Melanom hos äldre är ofta lokaliserade till ansikte, hals och övre extremiteter, och hittas oftare hos patienter med solskadad hud och därigenom uppkomna lesioner som aktinisk keratos, basalcells cancer, Mb Bowen /skivepitelcancer in situ och skivepitelcancer (7). Av detta skäl bör patienter med markörer för kronisk solexponering frikostigt erbjudas en helkroppsundersökning av sin hud för att man inte ska missa att diagnostisera ett samtidigt förekommande melanom.

Hos yngre personer är *många* pigmenterade nevi och *kliniskt atypiska* nevi både riskmarkörer och främsta differentialdiagnos till melanom. Detta gäller inte i samma utsträckning för äldre personer, eftersom nevi med åldern tillbakabildas och naturligt blir färre. Därmed är det större risk att ett ”avvikande nevus” hos en person över 50 år istället är ett melanom. Samtidigt innebär det en större möjlighet att kunna upptäcka melanom hos äldre, eftersom dessa patienter har färre kvarvarande pigmenterade nevi. Viktiga differentialdiagnoser till melanom hos äldre är seborroiska keratoser och solara lentignes men även andra typer av hudcancer. Dermatoskopi är därför av stort värde för alla åldersgrupper.

Figur 3. Ålder och fördelning av melanomlokaler i Sverige, uppdelat på kön 2016–2020.

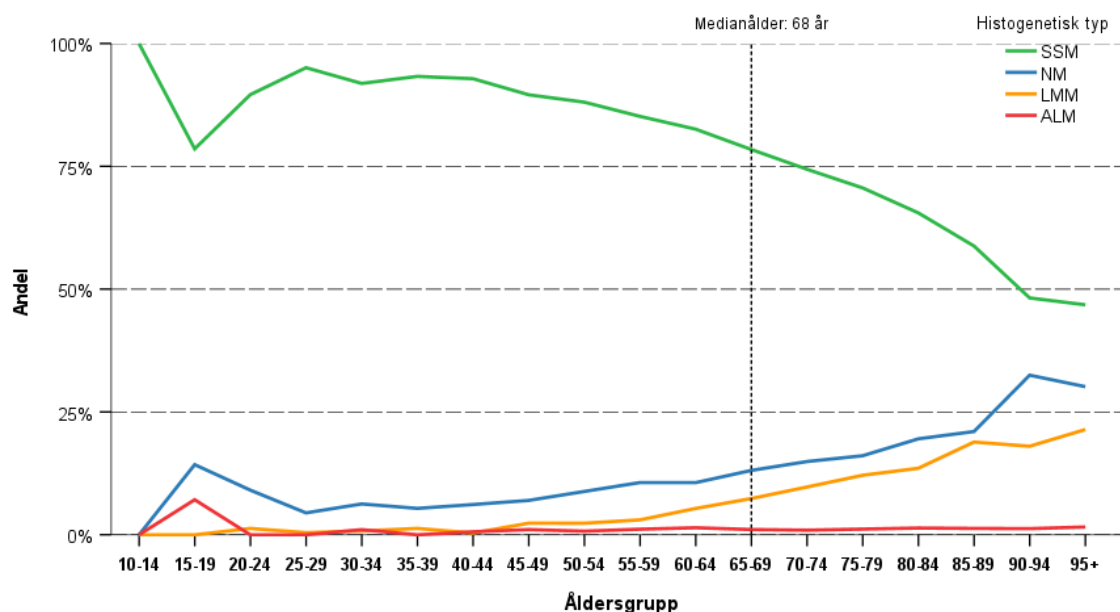


Melanomtyper hos äldre

Sjukdomsbilden i äldre åldersgrupper är annorlunda, med en dubbelt så stor andel av såväl lentigo maligna melanom som nodulära melanom. Eftersom nodulära melanom utgör cirka 15 procent av alla melanom i Sverige, men orsakar 45 procent av all melanomdöd, är det av stor vikt att dessa melanom uppmärksammas så tidigt som möjligt (8-10).

Orsaker till det annorlunda spektrumet av melanomtyper hos äldre kan vara en kroniskt solskadad åldrande hud och ett åldrande immunsystem. Hudens struktur och funktion förändras med stigande ålder. En solskadad och atrofisk åldrad hud utgör en sämre barriär mot invasiva tumörer. Huden får dessutom försämrat lokalt immunförsvar med åldern, vilket kan bidra till både andra typer av melanom och sämre prognos hos äldre jämfört med yngre patienter (1-4).

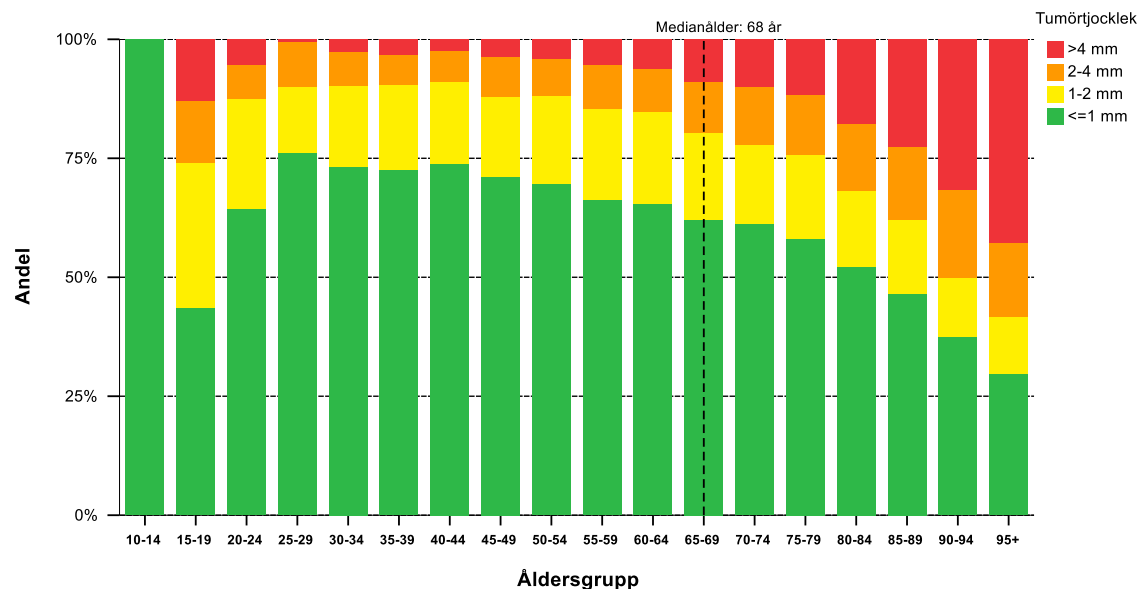
Figur 4. Andel per histogenetisk typ per åldersgrupp, 2016–2020.



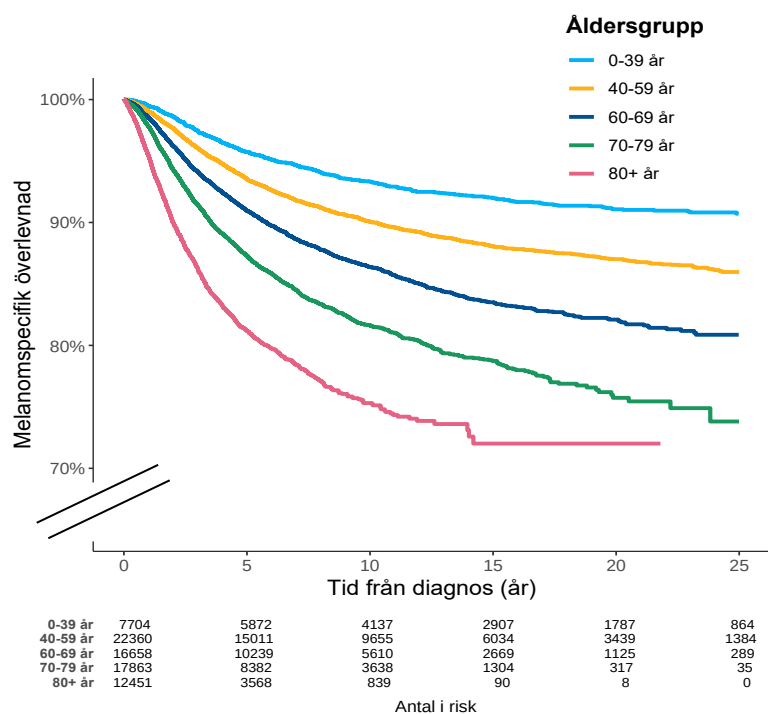
Tjocklek och prognos

Melanomets tjocklek mätt i mm vid diagnos är en av de viktigaste prognostiska faktorerna för överlevnad. Ju tjockare melanom vid diagnos, desto sämre överlevnad. Äldre patienter har tjockare melanom än yngre vid diagnos, vilket medför en sämre överlevnad (11-14). Ålder i sig utgör en oberoende prognostisk faktor för melanom (5-6).

Figur 5. Fördelning av tumörtjocklek uppdelat på ålder, 2016–2020.



Figur 6. Melanomspecifik överlevnad relaterat till ålder, 1990–2020.





Viktiga kliniska symtom för melanomtyper vanliga hos äldre personer

Ytligt växande melanom (SSM)

Alarmsymtom för ytligt spridande melanom (SSM) hos äldre är, precis som hos yngre, oftast klassiska *kliniska* tecken, ABCDE som står för asymmetry, irregular border, multiple colours, diameter > 6 mm, evolution, och klassiska *dermatoskopiska* tecken.

Även om andelen SSM är lägre hos äldre personer än hos yngre, är SSM den vanligaste melanomtypen även hos äldre. Till skillnad mot hos yngre, där SSM oftare ses hos individer som samtidigt har många nevi i olika storlekar, kan de hos äldre vara den enda pigmenterade lesionen p.g.a. att flertalet nevi normalt tillbakabildats med ökande ålder. Se fallbeskrivningar 17–21.

Nodulärt melanom (NM)

Alarmsymtom såväl som kliniska kännetecken för nodulärt melanom (NM) är *inte* de ovan nämnda ABCD-tecknen, utan en upphöjd, fast och inom någon eller några få månader tillkommen och tillväxande hudförändring. Därför används akronymen EFG för alarmsymtom och kliniska kännetecken för nodulära melanom. EFG står för elevated, firm and continuous growth for over 1 month.

Observera att ett NM inte måste vara stort och pigmenterat. Det är oftast symmetriskt, homogent i färgen, litet och avgränsat och kan inte sällan vara opigmenterat eller hypopigmenterat.

Det nodulära melanomet saknar därmed det ”klassiska kliniska utseendet som förknippas med melanom”. Differentialdiagnoser till NM är ofta benigna hudlesioner såsom dermatofibrom, kärltumörer, intradermala nevi, seborroiska keratoser eller basalcells cancer, vilket ofta medför både ”patients delay” och ”doctors delay”, och därmed en fördröjd diagnos.

Även vid dermatoskopi kan nodulära melanom vara ospecifika och därför svårare att diagnostisera. Kliniskt opigmenterade eller hypopigmenterade melanom har ofta en pigmenterad rest som kan ses vid dermatoskopi, vilket kan vara till vägledning vid undersökning.

Vid misstanke om nodulärt melanom bör man liksom vid andra melanomtyper högprioritera diagnostisk excision eller remiss till hudläkare för bedömning inom standardiserat vårdförlopp (SVF). Se fallbeskrivningar 1–4.

Lentigo maligna melanom (LMM)

Alarmsymtom för lentigo maligna melanom (LMM) är tillväxt av en ofta sedan länge stationär pigmenterad fläck av typen lentigo maligna, där tillkomst av upphöjda och fasta förändringar kommer på några månader. Dessa melanom är starkt förknippade med kronisk solexponering och sitter därför främst i huvud-ansikte-halsregionen. Patienterna har ofta först haft lentigo maligna (in situ-stadiet) under lång tid.

Dermatoskopi ger i dessa fall ett gott stöd för diagnos, och patienterna bör remitteras till hudläkare p.g.a. melanomens lokalisation i huvud-ansikte-halsområdet och deras ibland diffusa avgränsning mot omgivande hud. Se fallbeskrivningar 6–12.

Akralt melanom eller akralt lentiginöst melanom (ALM)

Akrala melanom, även kallade akrala lentiginösa melanom, (ALM) utgör omkring 1,5 procent av alla melanom. De är lokaliserade akralt, det vill säga på handflator och fötter, fotsulor och under naglar. Akrala melanom är den till procent vanligaste melanomtypen hos personer med melaninrik hud, men förekommer även hos personer med ljus hudtyp. Eftersom melanomtypen är ovanlig i Sverige sker diagnos ofta i sent tumörstadium och det är viktigt att känna till melanomtypen.

ALM är dessutom i en tredjedel av fallen opigmenterade eller hypopigmenterade och kan vara hyperkeratotiska. Feltolkningar, av både patient och läkare, är därför vanliga och de akrala melanomen misstas t.ex. för inväxta naglar, kronisk paronyki, vårtor, clavus, callusbildning, pyogena granulom, nagelsvamp, fotsvamp, traumatisk subungual blödning, dåligt läkande fotsår och traumatiska fotsår. Feltolkningar fördröjer diagnosen och försämrar prognosen.

Biopsier bör därför användas frukostigt vid opigmenterad eller hypopigmenterad lesion och osäkerhet om benign diagnos på akral lokal.

Pigmenterade lesioner på akral lokal bör lättare väcka misstankar om melanom, och alltid diagnostiseras med fullständig excision såsom på andra lokaler. Dermatoskopi är även vid ALM av stort värde (se fallbeskrivning 5).

Fallbeskrivningar

Fallbeskrivningar av nodulära melanom (NM)

Nodulära melanom (NM) utgör cirka 15 procent av melanomen hos patienter under 50 år och 24–28 procent hos patienter 50 år och äldre, och utgör nära hälften av alla melanom tjockare än 2,0 mm.

NM saknar egentligt horisontellt växtsätt och är ofta snabbväxande.

Anamnestiskt är tiden till dess att patienten söker ofta bara några få månader. NM är vanligast hos äldre män och lokaliserade till huvud- och halsområdet.

Nodulära melanom upptäcks oftare av patienten själv eller närstående och upptäcks också oftare i primärvården än andra typer av melanom.

NM uppstår oftast de novo från normal hud; de är relativt små, upphöjda och fasta i konsistensen. Kliniskt saknar de ofta särskilda karaktärsdrag för melanom. De är ofta amelanotiska vid klinisk undersökning men kan ha en sparsam pigmentrest, synlig vid dermatoskopi som avslöjar ett melanocytärt ursprung (8-10).

Dermatoskopi av nodulära melanom (NM)

Vid tidiga NM är dermatoskopi bättre än en undersökning med blotta ögat och kan avslöja särdrag som en homogent desorganiserad asymmetrisk bild eller en mer diffus struktur med atypiska kärl.

Även dermatoskopiskt saknar NM inte sällan asymmetri i mönster och färg. Vid nodulär tumör är bedömning av andra karakteristika och ledtrådar därför viktigast.



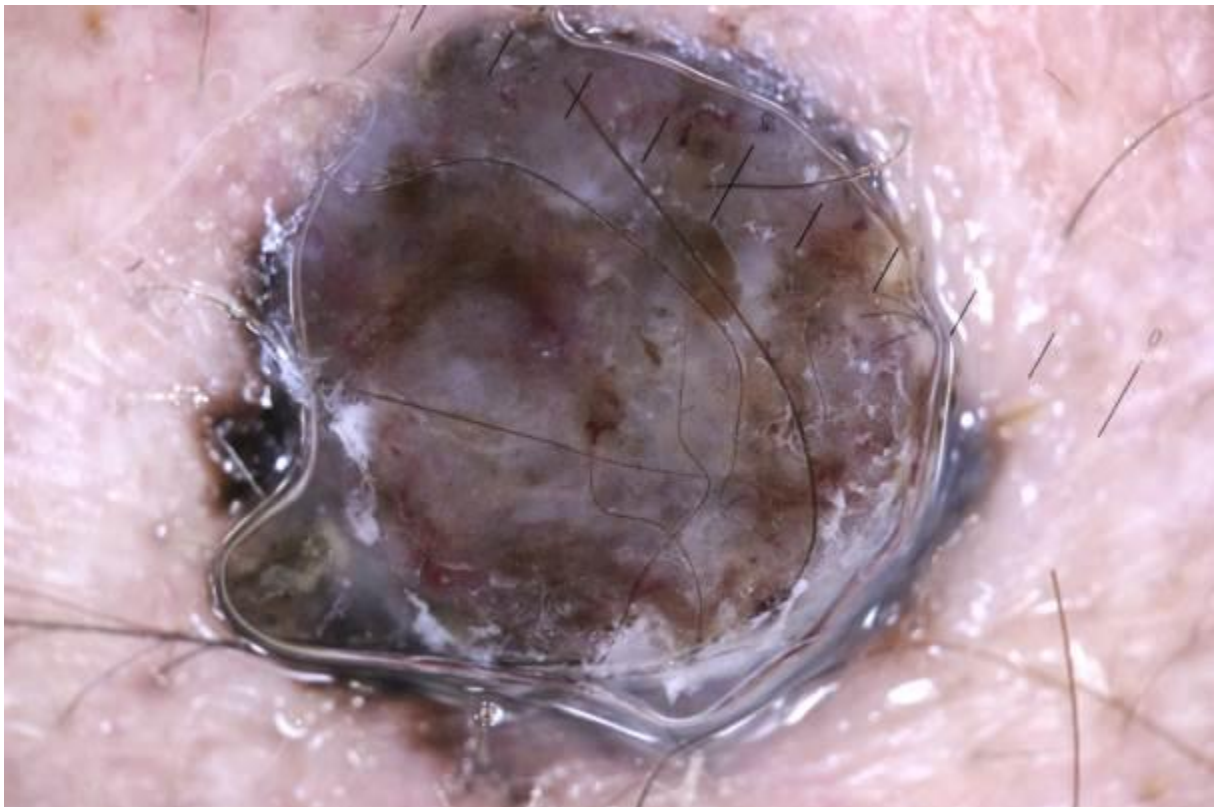
Förekomst av både blå och svart färg i tumören talar starkt för nodulärt melanom.

Kliniskt opigmenterade melanom är ofta snarare hypopigmenterade än helt opigmenterade, och har ofta en diskret pigmenterad rest som kan vara till vägledning. Vid helt opigmenterade melanocytära tumörer finns bara kärlmönstret som vägledning. Polymorf kärlbild förekommer även i andra typer av hudcancer men utgör också ett kännetecken för nodulärt melanom, särskilt i kombination med en mjölkig rödvit bakgrundsfärg.

Nodulära tumörer som inte direkt kan avfärdas som benigna ska utan fördröjning excideras för att få histopatologisk diagnos.

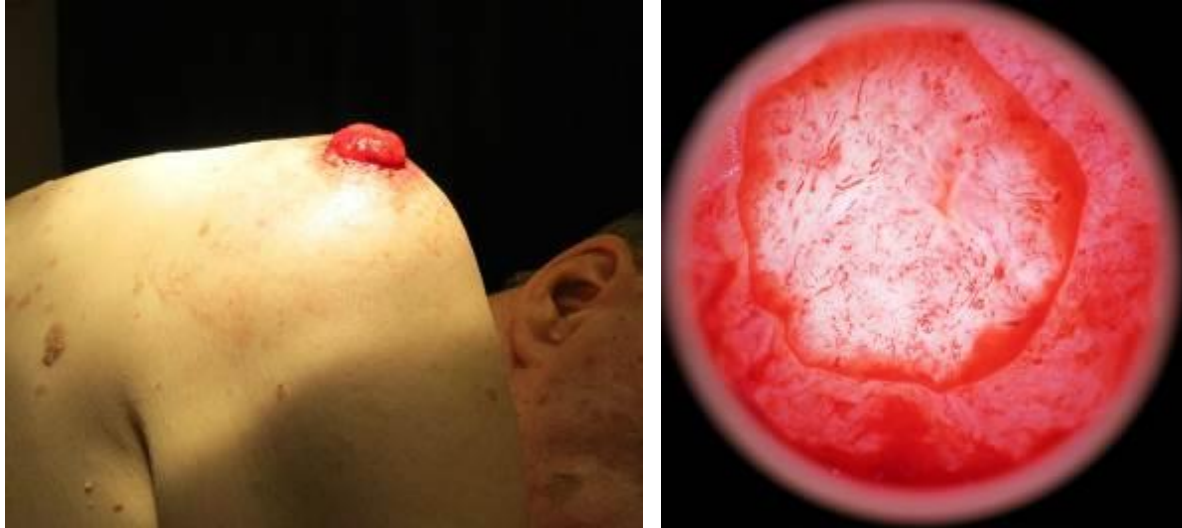
Fall 1. 60-årig man. Sedan en månad känt av och noterat förändring i skalpen som han behandlade som hårsäcksinflammation. Därefter snabb tillväxt och söker på hudklinik eftersom han själv misstänker melanom. Denna 11 mm nodulära tumör exciderades redan vid första mottagningsbesöket med ett par millimeters marginal.

PAD visar ett 5,4 mm tjockt nodulärt melanom med litet preexisterande dermalt nevus.



Fall 2. 88-årig man. 4 år tidigare haft ett tunt (< 1 mm) melanom av SSM-typ på ryggen. Söker på vårdcentral för en sedan knappt 2 månader snabbt tillväxande lättblödande, nu 25 mm stor tumör på höger axel.

PAD visar 11 mm tjockt nodulärt, opigmenterat melanom.



Dermatoskopi:

Dermatoskopiskt ses enbart bisarr kärlteckning med polymorfa kärl och skiftande mjölkig rödvit bakgrundsfärg. Inga typiska karakteristika för basalcellscancer eller skivepitelcancer ses.

Differentialdiagnoser utöver opigmenterade melanom är andra opigmenterade tumörer, såsom basalcellscancer, lågt differentierad skivepitelcancer, merkelcellscancer eller kutan cancermetastas.

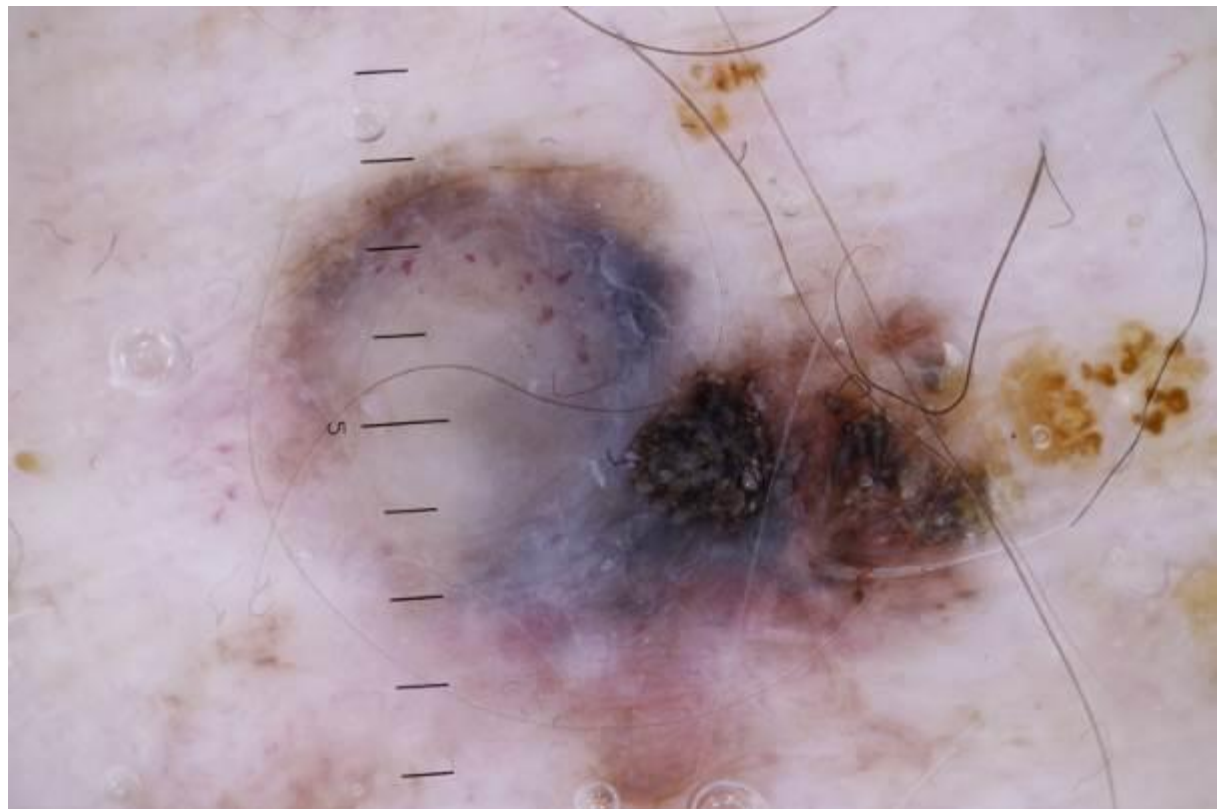
Fall 3. 88-årig kvinna med nodulärt melanom på armen.



Dermatoskopi:

Olika typer av nodulära opigmenterade tumörer är ofta svåra att särskilja såväl kliniskt som dermatoskopiskt. Som regel är det bara den vaskulära morfologin som kan undersökas och den är i allmänhet ospecifik och ger därför sällan säkert stöd för diagnostiken. Dessa ska därför alltid diagnostiseras histopatologiskt om det inte finns en helt entydigt benign klinik.

Fall 4. Patient med tidigare skivepitelcancer och basalcelscancer. Vid uppföljning och helhudsundersökning identifieras detta 2,1 mm tjocka melanom.



Dermatoskopi:

Nodulära melanom kan sakna asymmetri i mönster och färger, och vid nodulära pigmenterade tumörer kan istället förekomst av specifika ledtrådar ge vägledning i diagnostiken av melanom. Se Kliniska melanomfall med dermatoskopi, bildbilaga till Nationellt vårdprogram för malignt melanom.

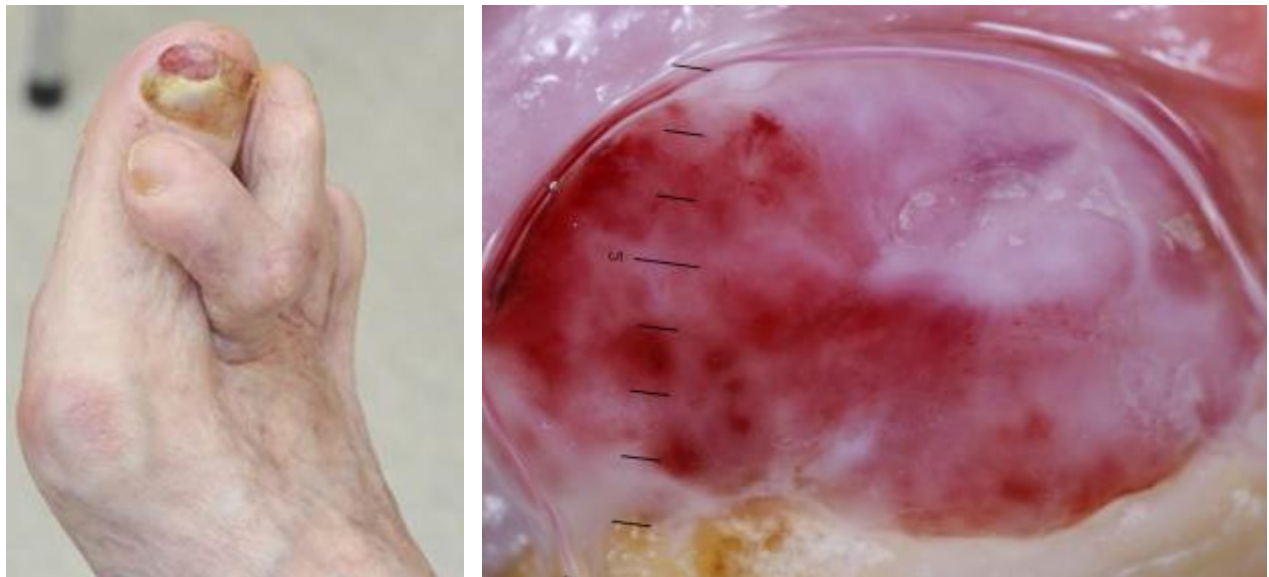
Fallbeskrivning av akralt melanom (ALM)

ALM utgör omkring 1,5 procent av alla melanom. De är lokaliserade till handflator och fötter, fotsulor och under naglar.

De är i en tredjedel av fallen opigmenterade eller hypopigmenterade och kan vara hyperkeratotiska. Feltolkningar är vanliga och melanomen misstas t.ex. för inväxta naglar, kronisk paronyki, vårtor, clavus, callusbildning, pyogena granulom, nagelsvamp, fotsvamp, traumatisk subungual blödning, dåligt läkande fotsår och traumatiska fotsår, vilket fördröjer diagnosen och försämrar prognosen.

Dermatoskopi vid ALM kan visa en typisk pigmentering längs med fingeravtryckens åsar kring svettkörtelmynningarna, parallell "ridge pattern" (eng.) och oregelbunden pigmentering i longitudinella linjer i naglar. Kliniskt opigmenterade lesioner uppvisar oftast en viss restpigmentering vid undersökning med dermatoskop, vilket är en viktig ledtråd till melanom.

Fall 5. 90-årig kvinna med ett kliniskt opigmenterat subungualt melanom på stortån.



Dermatoskopi:

Opigmenterade lesioner kan inte bedömas avseende asymmetri i mönster eller färg. I opigmenterade melanom ses olika nyanser av rött och rosa: "milky red".

Det är vanligt att kliniskt opigmenterade melanom i dermoskopi åtminstone har någon pigmenterad zon som kan vara vägledande gentemot andra opigmenterade tumörer.

Kärleteckningen i opigmenterade nodulära melanom är relativt ospecifik med polymorfa kärl, vilket ju även kan ses i andra opigmenterade nodulära tumörer.

Vid plana opigmenterade melanom eller i en plan komponent av nodulärt melanom talar förekomst av punktformiga kärl, som sällan ses i t.ex. basalcellscancer, för melanocytär lesion.



Fallbeskrivningar av lentigo maligna (LM) och lentigo maligna melanom (LMM)

Lentigo maligna melanom (LMM) utgör 2 procent av melanomen hos patienter under 50 år och 10 procent hos patienter 50 år och äldre. Patienterna väntar ofta länge med att söka, alltifrån månader till många år. Medianåldern vid diagnos är över 70 år. LMM utgår från *lentigo maligna* (LM) som är dess in situ-fas. LMM syns ofta i kroniskt solskadad hud, på huvud och hals, särskilt på kinder men även på bål, armar och ben.

LMM har genom sitt in situ-stadium LM en mycket lång horisontell växtfas, vanligen under många år. Kliniskt ses ofta en oskarpt avgränsad brun till gråsvart oregelbundet pigmenterad fläck med inslag av fina mörkare pigmenteringar. Lesionen kan bli flera centimeter stor. Inte sällan missuppfattas förändringarna under lång tid som godartade: lentigo solaris, tunna seborroiska keratoser eller pigmenterade aktiniska keratoser.

Dermatoskopisk undersökning underlättar differentialdiagnosen betydligt där man kan se olika brun och grå färg till skillnad från lentigo solaris, som uppvisar olika ljus bruna nyanser. I LM ses den grå färgen ibland som peppar-lika grå prickar eller som grå ringar kring hårfollikelöppningarna. Vid långt gången LM och vid invasivitet (LMM) sker tillväxten ofta snabbt, inte sällan liknande den vid nodulärt melanom. Dermatoskopiskt kan då follikelöppningarna vara helt igensatta av grå, blå eller svart pigmentering.

Lentigo maligna (LM), d.v.s. in situ-fasen i ansiktet, extrafaciell lentigo maligna och lentiginösa nevi av typen Kossards nevus som oftast ses på bålarna hos män och benen hos kvinnor, är tidiga förstadier till invasiva melanom i solskadad hud hos äldre. Alla dessa förändringar har i regel en långvarig horisontell växtfas och bör kunna identifieras vid systematisk eller opportunistisk screening av äldre och då remitteras till hudläkare eller excideras radikalt innan de övergår i ett invasivt växande melanom (16-17).

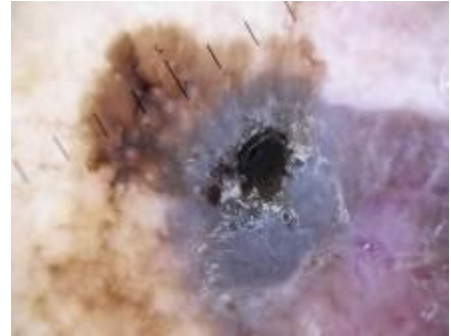
Fall 6. 96-årig kvinna med ett tjockt (Breslow 14 mm) LMM. Det finns även en komponent av lentigo maligna LM (in situ-fasen), som här kan ses som en brun pigmentfläck kring tumören.



Lentigo maligna och invasiva lentigo maligna melanom ses i senare åldrar och är sällsynta före 40 års ålder. De har i regel en långvarig horisontell växtfas inte sällan över många år, ibland årtionden, och övergång från LM till LMM hinner inte alltid ske under patientens livstid. Förloppet är dock varierande och oförutsägbart och snabb utveckling till invasivt melanom förekommer.

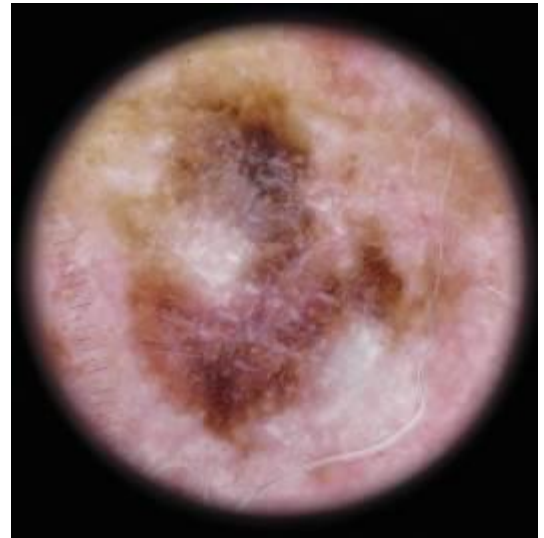
Fall 7. 103-årig kvinna. Kommit för uppföljning av en basalcellscancer vid ögat. Utvecklade mellan 2006 och 2011 detta kliniska och dermatoskopiskt otvetydiga invasiva melanom av typen LMM.

Pigmentfläcken på kinden kan förutsättas ha varit en lentigo maligna redan 2006.



Fall 8. 84-årig man som kontrollerats för multipla aktiniska keratoser, skivepitelcancer in situ och basalcellscancer. Denna 20 x 25 mm stora hudförändring i skalpen har tillkommit, men anamnesen ger inte information om hur snabbt lesionen uppstått.

PAD visar melanom av typen LMM, med 0,4 mm tjocklek.



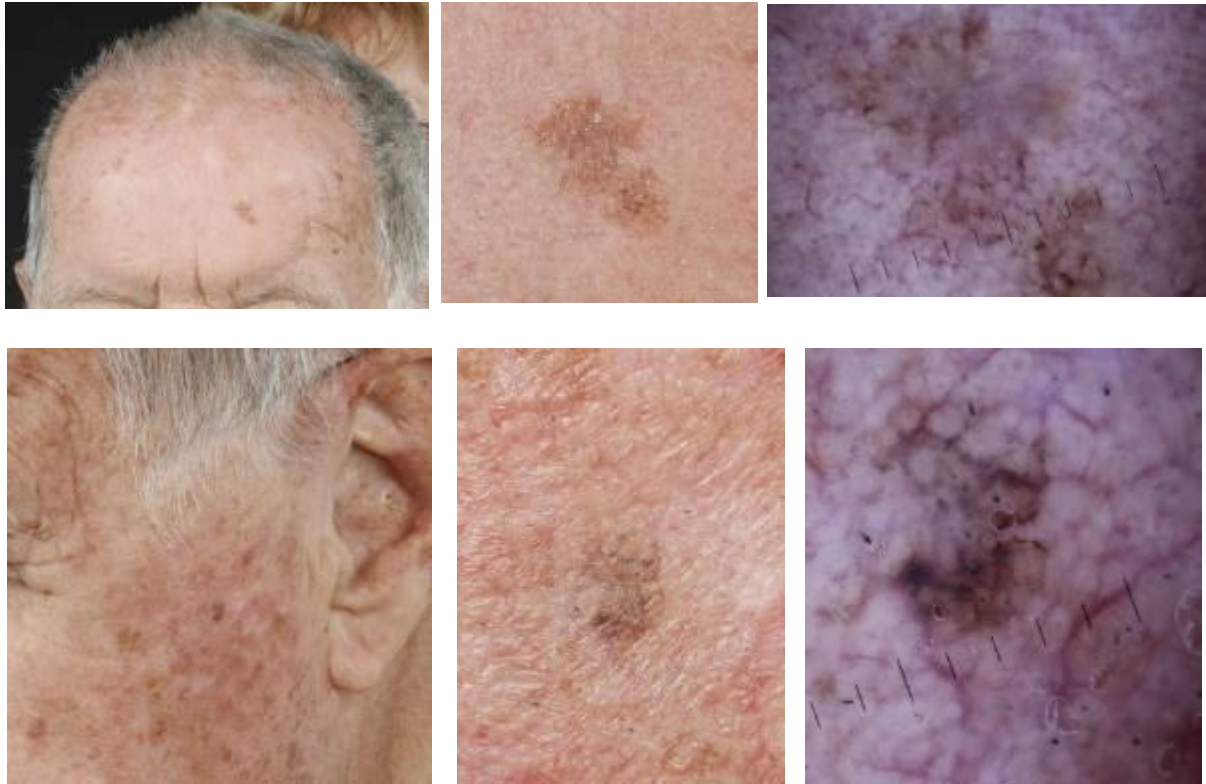
Dermatoskopi:

Hos äldre där seborroiska keratoser och lentigo solaris är vanliga försvårar sådana kombinationer diagnostiken, och patienter negligerar kanske nytillkomna förändringar eftersom de tror att det är en ny seborroisk keratos eller lentigo.

Vid dermatoskopi av lesioner i huvud, ansikte och hals är alla typer av grå eller blå strukturer viktiga ledtrådar till melanom och föranleder expertbedömning.

Fall 9. 80-årig man. Huden undersökt i samband med basalcellscancer. Noteras två misstänkta pigmenterade lesioner i ansiktet.

PAD visar lentigo maligna i bägge.



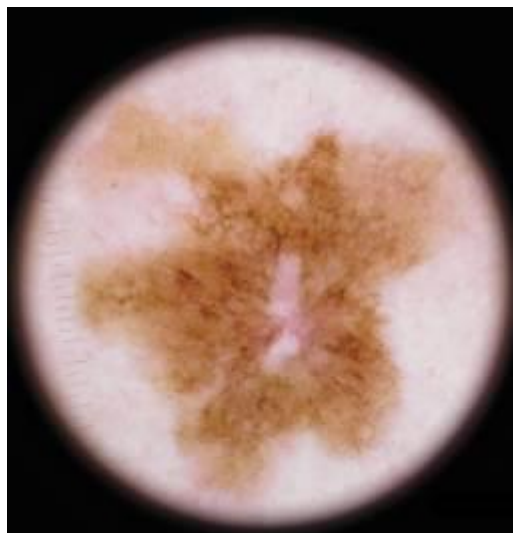
Dermatoskopi:

Den vanligaste differentialdiagnosen till lentigo maligna är lentigo solaris eller seborroisk keratos. Det är svårt att skilja dessa lentigo maligna i pannan och på kinden från seborroiska keratoser utan dermatoskopi. Multipla lentigo maligna hos samma patient är inte ovanligt.

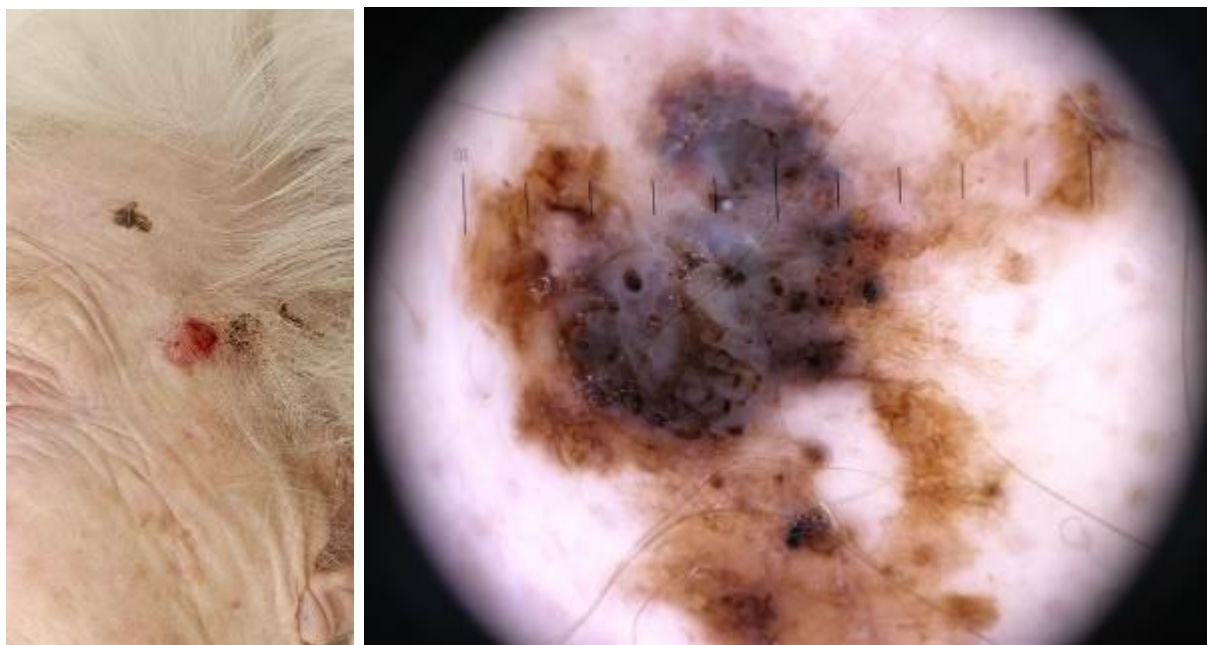
Lägg märke till "darkening sign", vilket innebär att lentigo maligna *kliniskt* kan vara relativt ljusa men syns mörkt pigmenterade i dermatoskopet. Detta skiljer sig mot dermatoskopi av lentigo solaris och seborroiska keratoser, som behåller samma ljusare bruna färgton vid dermatoskopi. Utöver andra ledtrådar till lentigo maligna motiverar förekomst av grå eller blå strukturer i pigmenterade lesioner i ansiktet histopatologisk undersökning för att utesluta melanom.

Fall 10. 83-årig kvinna som har sökt på vårdcentral för pigmentlesion på tinning-kind. Huden i ansiktet syns tydligt solskadad med rynkor och flera lentigo solaris.

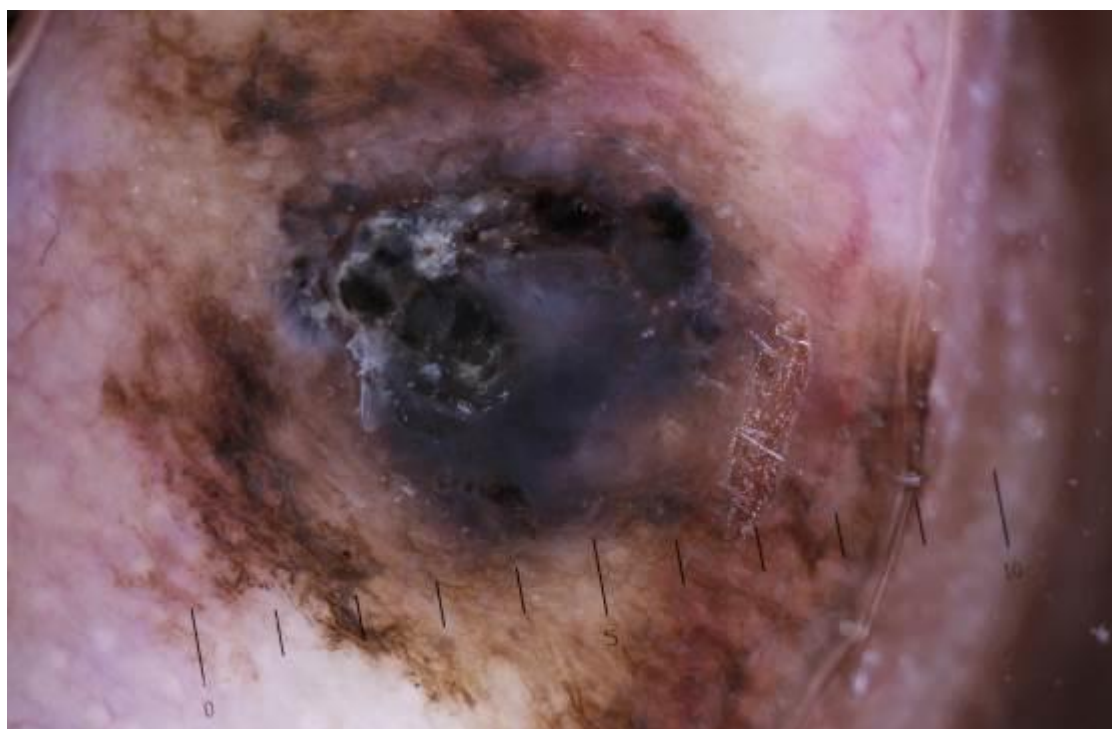
PAD visar lentigo maligna.



Fall 11. 85-årig kvinna remitterad för en stor basalcellscancer i tinningen. Ett invasivt melanom av typen LMM (Breslow 1,1 mm) identifieras ovanför denna och excideras samtidigt med basalcellscancern.



Fall 12. 93-årig man. I samband med remiss för ulcererad skivepitelcancer i skalpen identifieras detta invasiva melanom (Breslow 1,8 mm) utgående från lentigo maligna på vänster öras helixkant.





Nevimönster hos barn, unga och äldre

Antalet nevi ökar under uppväxt och tonår och nya uppstår normalt fram till 30–40-årsåldern, för att därefter stabiliseras till antalet. Efter 50-årsåldern börjar flertalet nevi att tillbakabildas och antalet nevi minskar och har nästan helt försvunnit i höga åldrar. Nya nevi eller tillväxt i nevi är således ovanligt efter 50 års ålder. Vid nya eller tillväxande nevi hos äldre är därför misstanke om melanom särskilt berättigad.

Dermatoskopiskt har flertalet nevi i barndomen ett globulärt mönster (pattern of clods) som är typiskt för dermala nevi och sammansatta/compound nevi. Under tonåren och hos unga vuxna, då antalet nevi snabbt ökar, är nevi huvudsakligen av retikulär typ (reticular lines). Med ökande ålder går många av dessa retikulära nevi successivt i involution och minskar i antal, och nevi av strukturlös/homogen typ som är karakteristiskt för dermala eller sammansatta/compound nevi blir återigen dominerande.

Dysplastiskt junctionnevus med lentiginöst växtsätt, "dysplastic nevus of the elderly" eller "atypical lentiginous junctional nevus of the elderly of Kossard" (Kossards nevus)

En typ av plana pigmenterade förändringar som tillkommer och utvecklas hos äldre, särskilt i kroniskt solskadad hud, och ofta blir större än 10 mm och dermatoskopiskt har ett oregelbundet nätverksmönster, kan patologen svara ut som ett dysplastiskt nevus med lentiginöst växtsätt. Dessa kallas även för "dysplastic nevus of the elderly" eller "atypical lentiginous junctional nevus of the elderly of Kossard" (Kossards nevus) och det är inte helt klarlagt men anses vara en tidig form av in situ-melanom på lentigo maligna-spektrumet (17).

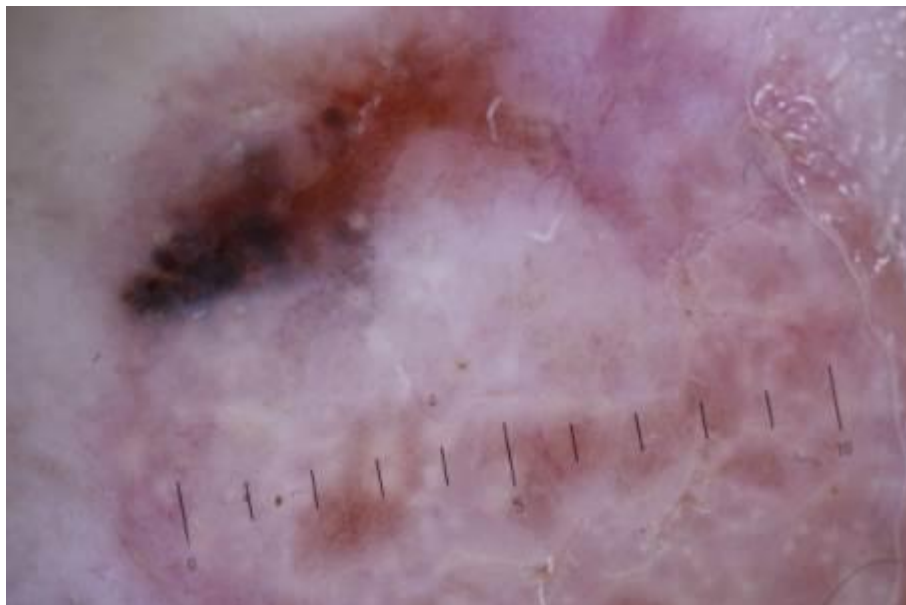
Dessa pigmenterade hudförändringar har både kliniskt och histopatologiskt en oskarp avgränsning mot normal hud, på ett liknande sätt som vid lentigo maligna. En excisionsmarginal på 5 mm är därför motiverad.

Det är viktigt att känna till vilka nevi som förväntas vara normala för åldern, för att kunna identifiera vad som avviker från det förväntade. Ett exempel på detta är att nyttillkomna nevi av retikulär typ/"junctiontyp" efter 50-årsåldern är ovanliga och ska väcka misstanke om melanom, då särskilt av typen "dysplastic nevi of the elderly"/Kossards nevi eller extrafaciell lentigo maligna.

Fall 13. 72-årig man. Sedan ungdomsåren haft mängder av nevi med varierande storlekar och utseende, följts med kontroller och exciderat ett 50-tal nevi genom åren. För 13 år sedan opererad för 2 st. in situ-melanom. Vid den senaste kontrollen hos hudläkare noteras denna förändrade lesion.

I hudstatus syns rikligt med seborroiska keratoser och rikligt med papulösa eller nodulära ljusbruna eller hudfärgade nevi av kongenital typ.

PAD visar ett 1,5 mm tjockt melanom i nevus av kongenital (dermal) typ.

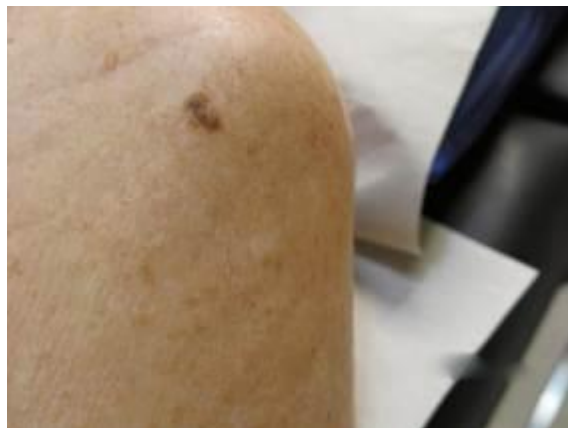


Kliniskt och dermatoskopiskt ses ett melanom i kanten av ett nevus av kongenital/dermal typ. Lägg märke till att denna patient har haft mycket rikligt pigmenterade nevi i ungdomen men att de har minskat i antal med ökande ålder, och att patienten nu bara uppvisar dessa dermala nevi där melanom har uppstått i kanten av ett av dessa.

Fallbeskrivningar av "dysplastic nevus of the elderly" eller "atypical lentiginous junctional nevus of the elderly of Kossard" (Kossards nevus)

Fall 14. 82-årig man. Vid undersökning i samband med uppföljning för en basalcelscancer noteras denna pigmenterade lesion.

PAD visar gravt dysplastiskt nevus med övergång i melanoma in situ.

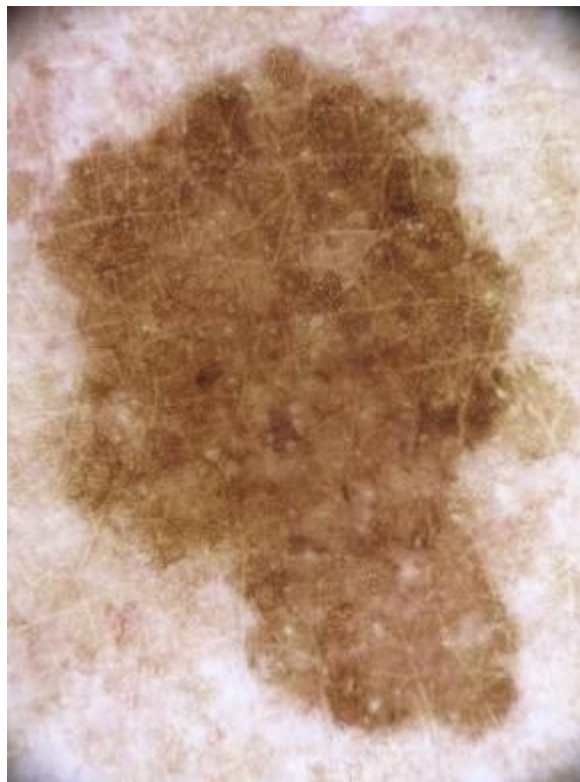


Det "gravt dysplastiska nevus" som patologen beskriver i detta fall kan förmodas vara en utvecklingsfas av ett och samma in situ-melanom, dvs. ett Kossards nevus. Ett exempel på ett Kossards nevus visas i fall 15.

Kossards nevus ska särskiljas mot så kallade dysplastiska nevi eller Clarks nevi, som är den vanligaste typen av nevi hos *yngre*.

Clarks nevi, tidigare ofta kallade "dysplastiska nevi", är inte oftare associerade till melanom än små nevi av så kallad kongenital typ (dermala eller compound nevi). En liten fraktion av Clarks nevi, som ses hos yngre, är kliniskt och histopatologiskt svåra att säkert skilja mot in situ-melanom, men är ändå biologiskt benigna. Dessa brukar beskrivas av patologen som ett "gravt dysplastiskt nevus". Osäkerhet vid bedömningen av dessa anses medföra både under- och överdiagnostik av in situ-melanom och tunna melanom.

Fall 15. 90-årig man med Kossards nevus på ryggen.



Kossards nevus i kroniskt solskadad hud, större än 10 mm, och dermatoskopiskt ses ett oregelbundet nätverksmönster.

Fallbeskrivning av extrafaciell lentigo maligna

Fall 16. 93-årig kvinna som tidigare opererats för multipla basaliom i ansiktet. Sedan drygt ett år återkommande sårbildning på nästippen som visade sig vara ett ytterligare basaliom. Visar därvid också upp en pigmentfläck på höger underarm som funnits i några år, som tillvuxit det sista halvåret och även blivit mer upphöjd.

PAD visar ett 1,7 mm tjockt melanom, Clark nivå IV i anslutning till ett ”dysplastiskt nevus”. Komponent till vänster i dermatoskopibilden väl förenligt med ett Kossards nevus. Fallet belyser också att melanom på övre extremiteterna blir vanligare med åldern (se figur 3).



Fallbeskrivningar av melanom med ytligt växtsätt (SSM)

Melanom med ytligt växtsätt (SSM) är även hos äldre den vanligaste melanomtypen.

Fall 17. 91-årig kvinna söker för misstänkt pigmenterad lesion på ryggen. Inga andra pigmenterade hudförändringar syns på ryggen.

PAD visar SSM-melanom, 0,7 mm tjocklek.

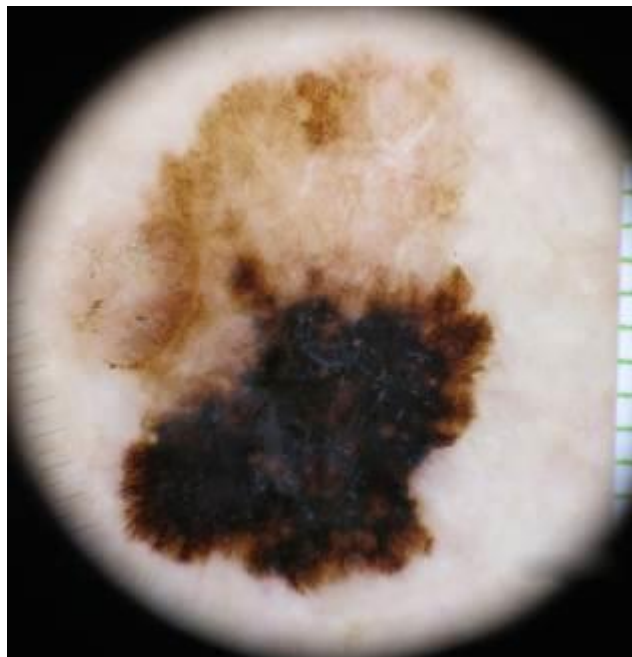


Även om andelen melanom av SSM-typ är lägre än hos yngre är ytligt spridande melanom (SSM) den vanligaste melanomtypen även hos äldre. Till skillnad mot hos yngre, där de oftare ses hos individer som samtidigt har många nevi i olika storlekar, kan de vara den enda pigmenterade lesionen p.g.a. att flertalet nevi normalt tillbakabildas med ökande ålder.

Ytligt spridande melanom hos äldre uppvisar, precis som hos yngre, oftast klassiska *kliniska* tecken (ABCDE: asymmetry, irregular border, multiple colours, diameter > 6 mm, evolution) och klassiska dermatoskopiska tecken.

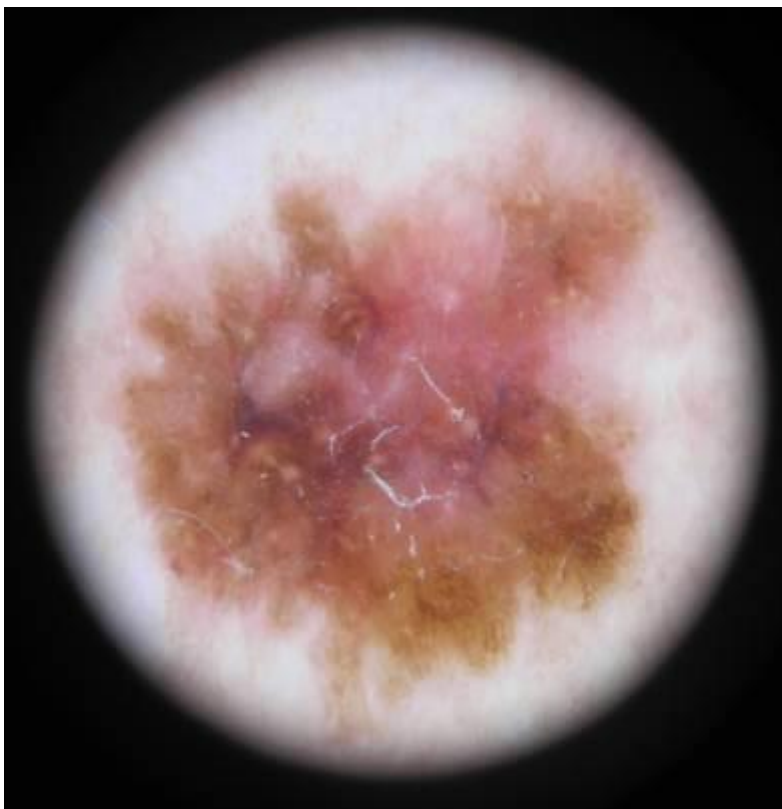
Fall 18. 81-årig kvinna. Ensamboende. Sökt vårdcentral för smärta i axeln varvid denna för patienten okända mörkt pigmenterade lesion uppmärksammas.

PAD visar SSM-melanom, 0,4 mm tjocklek.



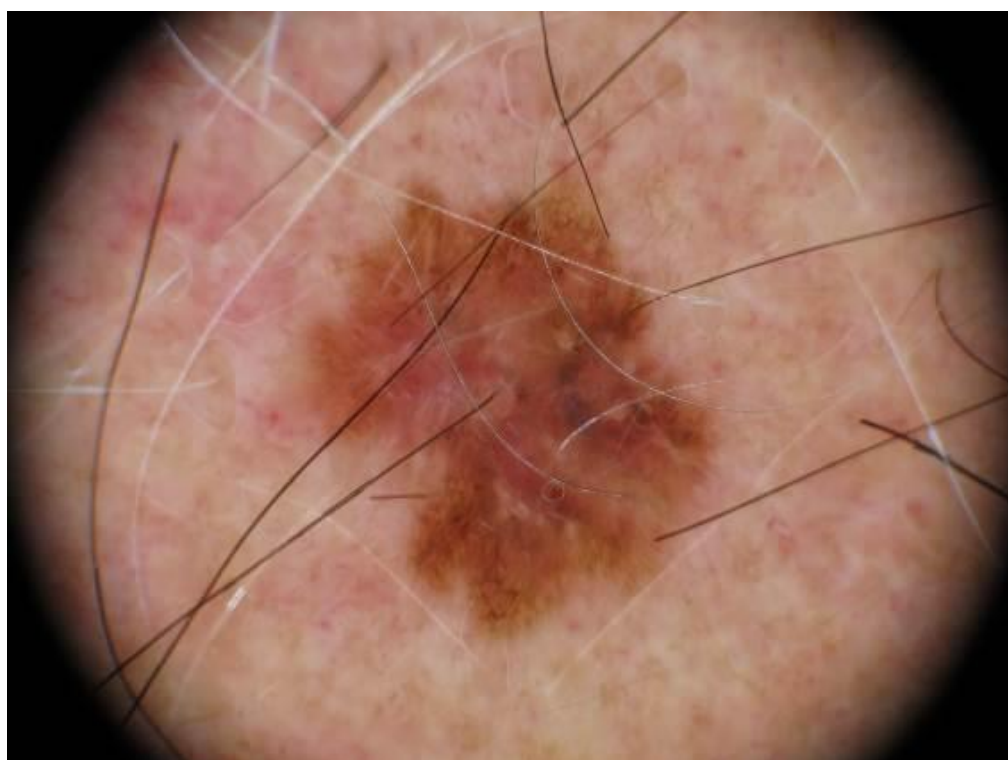
Fall 19. 69-årig kvinna som sökt på vårdcentral för förändring på örat. Vid helkroppsundersökning av huden identifieras denna pigmenterade lesion på ryggen.

PAD visar SSM-melanom, 0,4 mm tjocklek.



Fall 20. 68-årig man. Hustrun har sedan 6 månader uppmärksammat tillväxande pigmentlesion i nacken.

PAD visar SSM-melanom, 0,4 mm tjocklek.



Fall 21. 90-årig kvinna. Remiss från primärvården. 10 mm stor kliniskt nodulär opigmenterad tumör i jugulum. Tolkades som basalcells cancer i första hand och exciderades med denna frågeställning.



Dermatoskopi:

Förekomsten av de pigmenterade zonerna som kan ses i dermatoskopin kan istället vara vägledande till melanomfrågeställning och snabbare handläggningstid.

Trots att lesionen kliniskt ter sig som nodulär, hade detta melanom en horisontell växtfas i PAD och tolkas därför som SSM-melanom och inte ett som nodulärt melanom, Clark nivå IV, 5,3 mm i tjocklek.



Referenser

1. Rivers, J. K. (2004). Is there more than one road to melanoma? *Lancet*, 363(9410), 728–730.
2. Anderson, W. F., Pfeiffer, R. M., Tucker, M. A., & Rosenberg, P. S. (2009). Divergent cancer pathways for early-onset and late-onset cutaneous malignant melanoma. *Cancer*, 115(18), 4176–4185.
3. Ko, J. M., Velez, N. F., & Tsao, H. (2010). Pathways to melanoma. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 29(4), 210–217.
4. Whiteman, D. C., Pavan, W. J., & Bastian, B. C. (2011). The melanomas: a synthesis of epidemiological, clinical, histopathological, genetic, and biological aspects, supporting distinct subtypes, causal pathways, and cells of origin. *Pigment Cell & Melanoma Research*, 24(5), 879–897.
5. Balch, C. M., Soong, S.-J., Gershenwald, J. E., Thompson, J. F., Coit, D. G., Atkins, M. B., et al. (2013). Age as a prognostic factor in patients with localized melanoma and regional metastases. *Annals of Surgical Oncology*, 20(12), 3961–3968.
6. Stokes, W. A., & Lentsch, E. J. (2014). Age is an independent poor prognostic factor in cutaneous head and neck melanoma. *The Laryngoscope*, 124(2), 462–465.
7. Zalaudek, I., Lallas, A., Longo, C., Moscarella, E., Todorovic-Zivkovic, D., Ricci, C., et al. (2013). Problematic lesions in the elderly. *Dermatologic Clinics*, 31(4), 549–64.
8. Mar, V., Roberts, H., Wolfe, R., English, D. R., & Kelly, J. W. (2013). Nodular melanoma: a distinct clinical entity and the largest contributor to melanoma deaths in Victoria, Australia. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(4), 568–575.
9. Shen, S., Wolfe, R., McLean, C. A., Haskett, M., & Kelly, J. W. (2014). Characteristics and Associations of High-Mitotic-Rate Melanoma. *JAMA Dermatology*.
10. Greenwald, H. S., Friedman, E. B., & Osman, I. (2012). Superficial spreading and nodular melanoma are distinct biological entities. *Melanoma Research*, 22(1), 1–8.
11. Kruijff, S., Bastiaannet, E., Francken, A. B., Schaapveld, M., van der Aa, M., & Hoekstra, H. J. (2012). Breslow thickness in the Netherlands: a population-based study of 40 880 patients comparing young and elderly patients. *British Journal of Cancer*, 107(3), 570–574.
12. Lasithiotakis, K. G., Petrakis, I. E., & Garbe, C. (2010). Cutaneous melanoma in the elderly: epidemiology, prognosis and treatment. *Melanoma Research*, 20(3), 163–170.
13. Tsai, S., Balch, C., & Lange, J. (2010). Epidemiology and treatment of melanoma in elderly patients. *Nature Reviews. Clinical Oncology*, 7(3), 148–152.

14. Fleming, N. H., Tian, J., Vega-Saenz de Miera, E., Gold, H., Darvishian, F., Pavlick, A. C., et al. (2013). Impact of age on the management of primary melanoma patients. *Oncology*, 85(3), 173–181.
15. Swetter, S. M., Boldrick, J. C., Jung, S. Y., Egbert, B. M., & Harvell, J. D. (2005). Increasing incidence of lentigo maligna melanoma subtypes: northern California and national trends 1990-2000. *The Journal of Investigative Dermatology*, 125(4), 685–691.
16. Tschandl, P., Rosendahl, C., & Kittler, H. (2014). Dermatoscopy of flat pigmented facial lesions. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*.
17. Kossard, S. (2002). Atypical lentiginous junctional nevi of the elderly and melanoma. *Australas J Dermatol*, 43, 93-101.



Regionala cancercentrum –regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se