

Bilaga 2

Melanom – kliniska fall med dermatoskopi
Tillhörande nationella vårdprogrammet
Malignt melanom

2024-06-11

Bilagan tillhör Nationella vårdprogrammet Malignt melanom

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
November 2012	Version 1
Maj 2013	Version 2
Januari 2018	Version 3 ny mall
Juni 2024	Version 4, ny mall



Innehållsförteckning

Bilaga 2.....	4
Melanom - kliniska fall med dermatoskopi	4
Inledning	4
Bildfallen	5
Rekommenderat utbildningsmaterial.....	6
Kliniska melanomtyper.....	8
Tidig diagnostik av de olika melanomtyperna	8
Superficiellt spridande melanom (SSM).....	8
Nodulära melanom (NM)	8
Lentigo maligna melanom (LMM)	9
Akrala lentiginösa melanom (ALM)	9
Spitzoida melanom	10
Desmoplastiska melanom.....	10
Förekomst av små melanom	11
Nevi som differentialdiagnos, riskmarkör och prekursor till melanom	11
Spitz nevi	11
Dysplastiska nevi	12
Referenser	68

BILAGA 2

Melanom - kliniska fall med dermatoskopi

Materialet har framtagits av Jan Lapins och Karolinska universitetssjukhusets fotografer har tagit bilderna.

Inledning

Maligna melanom i huden uppvisar olika kliniska förlopp och har ibland mycket olika utseenden. Avsikten med denna bilaga är att illustrera detta och att höja den tekniska beredskapen för att finna tunna och botbara melanom. Bilagan är inte någon lärobok men ett komplement för läkare som ju under sin karriär sällan kommer att se mer än några enstaka primära melanom.

I början av 60-talet var melanom ovanliga och kunskapen begränsad. ”En mörk hudförändring som växer, kliar, blöder och dödar” var ett känt uttryck för medicinarstudenterna. I början av 1970-talet började man mäta melanomtjocklek och WHO gick ut med budskapet att tunna melanom (< 1mm) ofta botades och arbetet med tidig upptäckt av melanom påbörjades. Beskrivningar av melanom med ABCD och senare E kriterier tillkom och fler melanom diagnostiserades. Under 2000-talet har dermatoskopi alltmer kommit att användas som ett viktigt hjälpmedel för att öka den diagnostiska säkerheten men även för att minska andelen av onödiga excisioner. I dag utgör in situ melanom cirka 25 procent av alla diagnostiserade melanom och drygt 50 procent av alla invasiva melanom är tunna med mycket god prognos. Hos yngre kvinnor cirka 65 procent! I Australien utgör tunna melanom cirka 60 procent i ett populationsbaserat material. Det finns således utrymme för förbättring av den tidiga diagnostiken i Sverige. Det förtjänar att påpekas att melanom hos äldre kan ha en annan bild som t.ex. lentiginösa melanom i solskadad hud där anamnesen kan vara mer än månads- till mångårig eller för nodulära melanom där anamnesen kan vara kort (1–2 månader). Pigmenteringen kan för den sistnämnda vara sparsam och EFG-kriterierna (elevated, firm, growing) används. Ett bättre samarbete mellan primärvården och hudläkare kan vara en del av detta och sannolikt kan teledermatologi bli ett framtida komplement. Det gäller ju att finna ”den fula ankungen” bland vanligt



förekommande nevi, senila keratoser o.s.v. Det är givetvis inte alltid så lätt som det låter, men vi kan alltid bli skickligare genom träning och tilltagande erfarenhet då det gäller diagnostik av hudtumörer. Bildmaterialet är fritt att använda för undervisningsändamål men källan skall anges.

Bildfallen

Fallen visas med översiktsbilder, närbilder och dermatoskopi.

Alla morfologiska metoder för att utskilja maligna från benigna pigmenterade lesioner har betydande begränsningar. Detta gäller vid klinisk makroskopisk undersökning såväl som vid undersökning med dermatoskopi. Inte sällan saknas de särdrag för melanom som kan utnyttjas vid den morfologiska bedömningen, inte minst vid små eller nodulära melanom och melanom i tidig utveckling.

Anamnestiska uppgifter om förändring över tid såsom nyttillkommen lesion, tillväxt, förändrad färg, form eller blivit upphöjd, ihållande eller återkommande klåda, irritation eller annan förnimmelse, rodnad eller sår, övertrumfar därför den morfologiska bedömningen. Vid sådana anamnestiska uppgifter bör biopsi eller excision utföras om inte undersökningen visar en tveklöst benign morfologi (t.ex. seborrhoisk keratos).

Textrutorna till bildfallen sammanfattar kortfattat anamnesen, den kliniska bilden och en tolkning av dermatoskopibilderna med hjälp av revised pattern analysis.

Vid revised pattern analysis används definitioner på 5 basic elements; lines (reticular, branched, parallel, radial, curved), pseudopods, circles, clods, dots (and structureless) som i olika kombinationer bildar patterns. Därtill används analys av färgerna i lesionen. Analysen fullföljs med hjälp av en sammanvägning av typiska ledtrådar till en eller flera möjliga diagnosförslag. Formeln är $\text{patterns} + \text{colors} + \text{clues} = \text{diagnosis}$.

Med hjälp av en förenklad algoritm ”Chaos and clues” som har revised pattern analysis som utgångspunkt kan användaren redan i början av sin dermatoskopiutbildning identifiera pigmenterade lesioner som ger misstanke om malignitet oavsett om det är melanom, pigmenterad basalcellscancer eller pigmenterad Mb Bowen. Med ökande erfarenhet utnyttjas en alltmer komplett pattern analysis och möjlighet att ange mer specifika diagnosförslag.

Vid "Chaos and Clues" väljs de pigmenterade lesioner ut som uppvisar asymmetri i patterns eller colors (Chaos) och dessa undersöks vidare avseende ledtrådar till malignitet (Clues). Förekommer chaos och minst en av åtta clues krävs biopsi/excision eller samråd med mer erfaren bedömare. Dessa åtta clues är "Structureless area, eccentric", "Lines reticular or branched, thick", "Gray or blue structures", "Black dots or clods, peripheral", "Lines radial or pseudopods, segmental", "Polymorphous vessels", "White lines", "Lines parallel, ridges (acral skin)".

Formeln är $\text{chaos} + 1 \text{ clue} = \text{malignancy}$.

I faktarutorna är tolkningen av den dermatoskopiska bilden kortfattade exempel på hur metoden kan användas. Arbetsspråket är engelska och utmärks med kursiv text.

Rekommenderat utbildningsmaterial

Rosendahl C, Cameron A, McColl I, Wilkinson D. Dermatoscopy in routine practice - 'Chaos and Clues'. Aust Fam Physician. 2012 Jul;41(7):482–7. Artikeln är tänkt för allmänläkare och innehåller en kortfattad och didaktisk beskrivning med bl.a. tre schematiska figurer som förklarar de termer som beskrivits ovan kompletterat med kliniska bilder.

Revised pattern analysis presenteras i boken Dermatoscopy - An Algorithmic Method Based on Pattern Analysis av författarna Harald Kittler, Cliff Rosendahl, Alan Cameron och Philipp Tschandl.

På www.derm101.com finns revised pattern analysis presenterad med mer än 150 kliniska fall tillsammans med tillhörande histopatologi. Fem nya fall tillkommer varje månad.

Den förenklade algoritmen "Chaos and clues" presenteras på <http://chaosandclues.blogspot.se/>

Avgiftsfri uppkoppling mot International Dermoscopy Society (IDS) <http://dermoscopy-ids.org> och arbetsgruppen "Dermatocopy" på Facebook erbjuder många möjligheter till att träna och utveckla kunskaper i dermatoskopi.

Att se många lesioner är kanske det viktigaste för att bli en god bedömare av pigmentlesioner. Det finns utöver "Chaos and clues" flera andra tolkningsmetoder eller algoritmer för dermatoskopi. Man kan välja metod



utifrån det arbetssätt som man finner sig bäst tillrätta med eller är van att använda.

I boken Dermoscopy: An Atlas 3e av författarna Scott Menzies, Kerry Crotty, Christian Ingvar och William McCarthy presenteras ett stort antal fall och det finns också en CD med bildfall att träna på.

I boken Dermoscopy: The Essentials av författarna H. Peter Soyer, Giuseppe Argenziano, Rainer Hofmann-Wellenhof och Iris Zalaudek presenteras ett stort antal fall.

Med tack till

Många har hjälpt till att ta fram fallen och bilderna. Den höga kvaliteten på bilderna tackar vi Karolinskas fotografer för.

Dokumentet har blivit bättre tack vare professionellt stöd, råd, och kommentarer.

Christer Lindholm som tog initiativet till bildbilagan och bollade med bildfallen. Den nationella vårdprogramgruppen för malignt melanom. Läraren i dermatoskopi Mari-Anne Hedblad som varje år har hållit uppskattade kurser i ämnet sedan snart 20 år tillbaka. Christian Ingvar som redan 1996 skrev artiklar om dermatoskopi och också är författare till en bok i ämnet. Harald Kittler som har gått igenom fallen med avseende tolkningen enligt metoden ”revised patter analysis” och ”chaos and clues”. Unga dermatologer under utbildning som kommenterat fallen ur ett lärandeperspektiv.

Vi tackar också patienterna som ställt upp och låtit oss använda bilderna för att vi skall kunna lära oss mer om malignt melanoms många ansikten.

Jan Lapins

Kliniska melanomtyper

Den klassificering av de olika undergrupperna av melanom som förordas av WHO och som används i dag föreslogs ursprungligen av Wallace Clark (1) och utgår från särskiljande kliniska, histopatologiska och epidemiologiska kännetecken och associationer till speciella lokaler i huden.

Melanomen klassificeras som superficiellt spridande melanom (SSM), nodulära melanom (NM), lentigo maligna melanom (LMM) och akrala lentiginösa melanom (ALM). Dessutom har spitzoida melanom, nevoida melanom, desmoplastiska melanom och andra ovanliga melanomtyper tillkommit.

Melanomtyp har framför allt ett värde för beskrivningen av kliniskt förlopp och utseende men har i sig ingen prognostisk betydelse om man tar hänsyn till melanomtjocklek, ulceration eller mitoser (2).

Tidig diagnostik av de olika melanomtyperna

Superficiellt spridande melanom (SSM)

Vanligaste melanomtypen i alla åldersgrupper men andelen minskar med åldern (3).

Anamnestiskt kan det gå några få månader till något år innan patienten uppsöker sjukvård. SSM är den melanomtyp som har ökat mest och har starkast relation till intermittent solexponering och till förekomst av många nevi, särskilt ökat antal stora nevi. SSM har en horisontell växtfas vilket ger möjlighet att diagnostisera dem i ett tidigt skede.

För exempel se fall 1–8, 31–32.

Nodulära melanom (NM)

NM utgör cirka 10 procent av melanomen hos patienter under 55 år och ökar till drygt 20 procent hos patienter 75 år och äldre, och utgör nära hälften av alla melanom tjockare än 2,0 mm (4, 5). Anamnestiskt är tiden till dess att patienten söker ofta bara några få månader. De är vanligast hos äldre män och lokaliserade till huvud- och halsområdet.

NM saknar egentligt horisontellt växtsätt och är ofta snabbväxande. 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 melanocytärt ursprung. 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 (6, 7). Eftersom NM oftast är symmetriska, homogena i färgen och små, används akronymen EFG som står för "elevation, firm and continuous growth for over 1 month" för att beskriva dem.

För exempel se fall 15–17.

Lentigo maligna melanom (LMM)

LMM utgör 2 procent av melanomen hos patienter under 55 år men ökar till drygt 10 procent hos patienter 75 år och äldre. Medianåldern vid diagnos är över 70 år. Anamnestiskt är tiden till dess patienten söker inte sällan lång, alltifrån månader till många 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 och extremiteter. LMM har 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 seborrhoiska keratoser eller pigmenterade aktiniska keratoser. Dermatoskopisk undersökning underlättar differentialdiagnosen betydligt och kan vägleda biopsitagning av lesioner som sitter i ansiktet och som är för stora för primär diagnostisk excision (8).

För exempel se fall 18–23.

Akrala lentiginösa melanom (ALM)

ALM utgör omkring 1,5 procent av alla melanom och är lokaliserade till handflator och fötter, fotsulor och under naglar. De är i en tredjedel av fallen amelanotiska eller hypomelanotiska och kan vara hyperkeratotiska (8).

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.

Biopsier bör användas frikostigt vid osäkerhet om benign diagnos eftersom sjukdomsbilden ofta är atypisk, särskilt för de amelanotiska akrala melanom

som har likheter med benigna hyperkeratotiska dermatoser. Pigmenterade lesioner bör diagnostiseras med excision såsom på andra lokaler. Dermatoskopi visar oftast en typisk pigmentering i fingeravtryckens åsar och oregelbunden pigmentering i longitudinella linjer i naglar. Kliniskt amelanotiska lesioner kan uppvisa en viss restpigmentering vid undersökning med dermatoskop, vilket är en viktig ledtråd till melanom (9–11).

För exempel se fall 25–28.

Spitzoida melanom

Spitzoida melanom diagnostiseras i ett spektrum av Spitz nevi (se avsnitt om Spitz nevi nedan), atypisk spitzoid melanocytär tumör och spitzoida melanom. Spitzoida melanom har likheter med Spitz nevi både kliniskt och histopatologiskt men är oftast större än 6 mm och är oftare asymmetriska. De kan vara röda och opigmenterade eller svagt pigmenterade men kan också vara svart pigmenterade.

Dermatoskopiskt kan asymmetri i olika avseenden och en perifer oregelbunden komponent vara vägledande liksom en mer oregelbunden kärllkomponent vid opigmenterad tumör (12).

För exempel se fall 13.

Desmoplastiska melanom

Desmoplastiska melanom utgör mindre än 4 procent av fallen på en högspecialiserad klinik. Oftast ses de hos äldre med kroniskt solskadad hud, vanligast i huvud- och halsområdet (60 procent) men även på bål och extremiteter. Det är vanligare hos män än kvinnor.

Desmoplastiska melanom har en uttalad fibrotisk bindvävskomponent som ger dem ett ospecifikt ärrlikt utseende, ofta helt utan pigment eller med ett svagt pigmentinslag eller rodnad.

De kan uppträda som dermatofibromlika papler, nodulära fasta tumörer eller ärrlika plack. De diagnostiseras därför sällan tidigt. I majoriteten av fallen är de associerade till en ytlig komponent av lentigo maligna som kan ge tidigare diagnos och därför bör man vid LM palpera huden för att hitta en eventuell induration (13).

För exempel se fall 21.



Förekomst av små melanom

Flertalet melanom är större än de vanligaste förekommande nevi, dvs. större än 6 mm i diameter, oftast omkring 1 cm, men ungefär 20 procent är mindre än 5 mm (94). Alla typer av melanom förekommer som relativt små (< 5–6 mm). Nodulära melanom är generellt sett mindre än SSM och är ofta mindre än 6 mm (4).

Små melanom upptäcks för det mesta genom att de har tillkommit på kort tid och i allmänhet är mörkare än övriga nevi. Dermatoskopi stärker ofta misstanken men ibland kan ihållande eller återkommande klåda vara den enda signalen om malignitet vid små melanom varför patientens anamnes är viktigt att ta hänsyn till i dessa fall.

För exempel se fall 3.

Nevi som differentialdiagnos, riskmarkör och prekursor till melanom

Nevi är den vanligaste differentialdiagnosen mot melanom och förekomst av ett stort antal nevi är markör för ökad risk att få melanom (15, 16). Risken för melanom ökar proportionellt med ökande antal nevi, särskilt om patienten har fler än hundra nevi, och i högre grad med ökande antal stora nevi. Starkast samband ses vid melanom hos yngre individer (17).

Melanom uppstår i omkring 30 procent av fallen i ett nevus (övriga uppstår de novo i till synes frisk hud), med varierande rapporterad frekvens av förvärvade nevi, små nevi med kongenitala drag och Clarks/dysplastiska nevi (18, 19). Risken för att utveckla melanom i ett enskilt nevus är dock mycket liten och excisioner i förebyggande syfte är inte en rimlig åtgärd (20).

För exempel se fall 9–12 .

För en riskbedömning kan det totala antalet nevi och särskilt större nevi (större än 5 mm) uppskattas.

För exempel se fall 32 och 33.

Spitz nevi

Spitz nevi är en ovanlig form av benigna nevi som vanligen uppträder hos barn och unga vuxna. Hälften av fallen ses före 10 års ålder och majoriteten före

20 års ålder, men de kan förekomma i alla åldrar. De tillväxer relativt snabbt och upplevs därför ofta som alarmerande.

De är vanligen små, 6 mm eller mindre, och ses vanligen som en ljusröd till mörkröd, bruntonad eller svart pigmenterad, ofta upphöjd förändring.

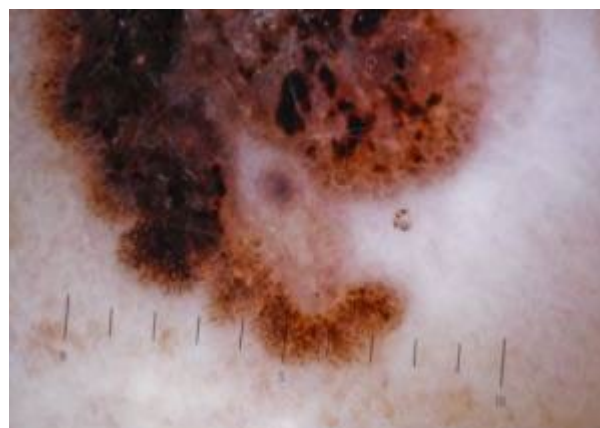
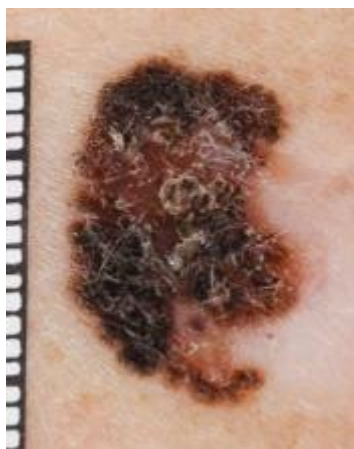
Hos barn och unga är den vanligaste lokalen huvud- och halsregionen följt av nedre extremiteter, särskilt hos flickor. De har oftast en typisk histopatologisk bild men kan ibland vara svåra att säkert avgränsa mot melanom, så kallad spitzoid tumör med oklar malignitetspotential (STUMP, även i vidare bemärkelse benämnt som melanocytär tumör med okänd malignitetspotential, MELTUMP), och som då kan ge anledning till handläggning såsom vid melanom (20).

För exempel se fall 38–41.

Dysplastiska nevi

Begreppet kliniskt dysplastiska/atypiska nevi används inte längre internationellt bland dermatologer. Begreppet är inte definierat vid dermatoskopisk bedömning av nevi. Användningen av begreppet för riskklassificering (antalet kliniskt atypiska/dysplastiska nevi) har använts i studier men det finns en stor variation mellan bedömare om vad som är ett atypiskt nevus. Vid riskklassificering för kliniskt bruk är det lämpligare med en uppskattning av det totala antalet nevi och antalet stora nevi (> 5 mm) (22).

Fall 1. 33-årig kvinna med pigmentlesion som förändrats på ryggens övre del. Sparsamt nevi.



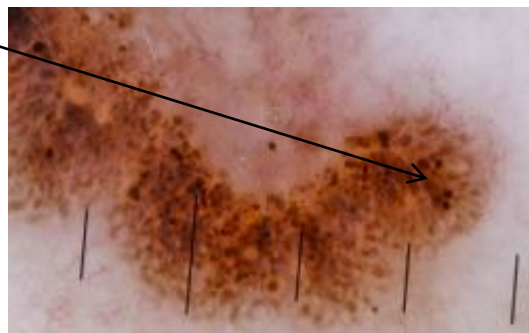
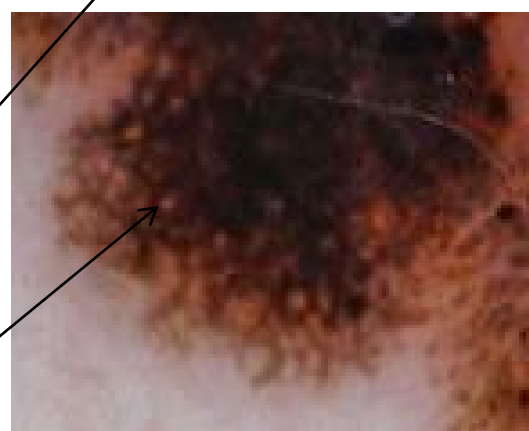
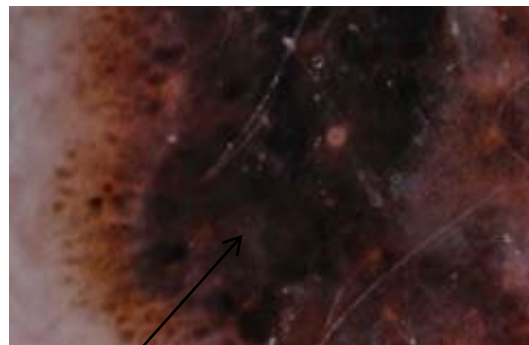
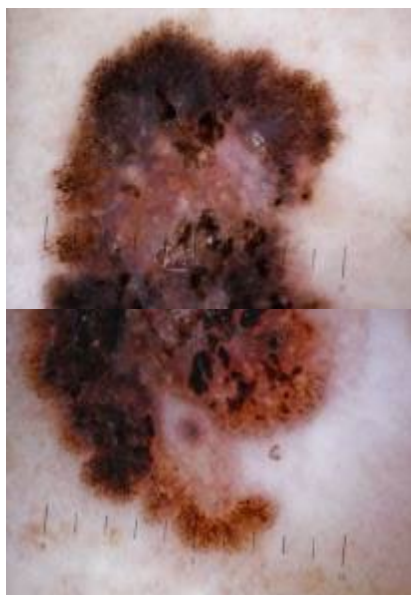
Klinik: Storleksökning, färgförändring, klåda. 15 mm stor lesion, asymmetrisk avseende färg och form. Flera färger.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (lines reticular, clods, structureless), asymmetric. Multiple colors (light brown, dark brown, black, grey).

Clues to malignancy: Thick lines, reticular and branched. Eccentric structureless area. Black dots or clods, peripheral. Grey or blue structures.

PAD: SSM 0,9 mm tjocklek. Mitoser T1b. SNB negativ.



8 clues to malignancy

Eccentric structureless area

Lines reticular or branched, thick

Grey or blue structures

Black dots or clods, peripheral

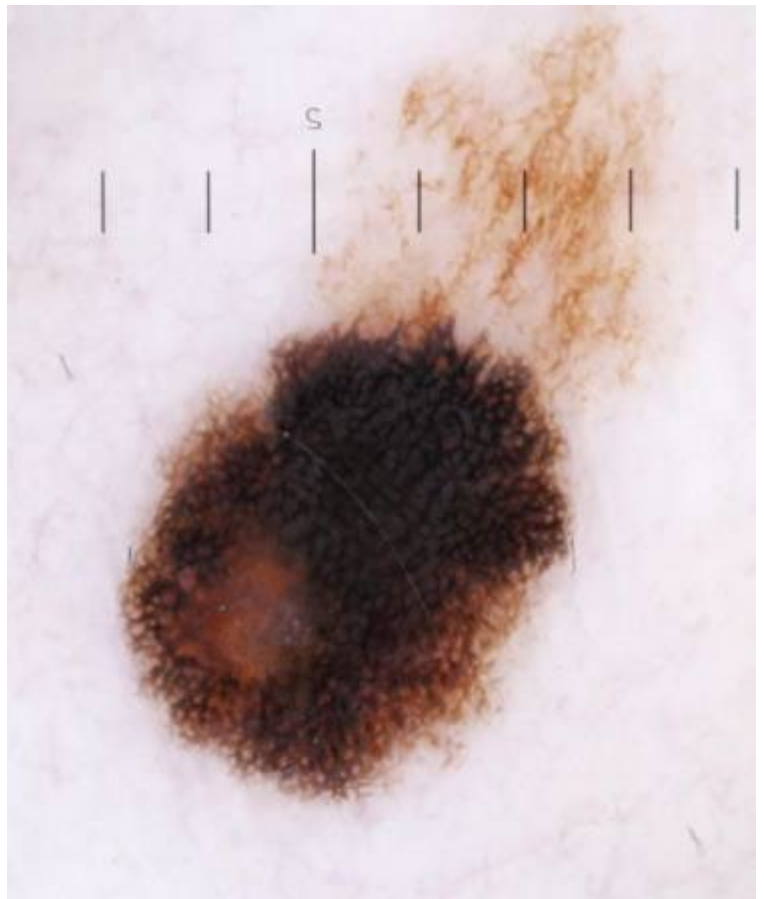
Lines radial or pseudopods, segmental

Polymorphous vessels

White lines

Lines parallel, on the ridges (acral skin)

Fall 2. 45-årig kvinna. Två år sedan opererats för >1 mm tjockt melanom på ryggen med negativ sentinel node biopsi, på annan ort. Sedan 4 månader upptäckt att ett tidigare litet födelsemärke har förändrat sig, blivit större och ändrat färg. Kliat lite. Rikligt nevi.



Klinik: 7x4 mm asymmetriskt pigmenterad, ljus och mörkt brun lesion i vänster flank.

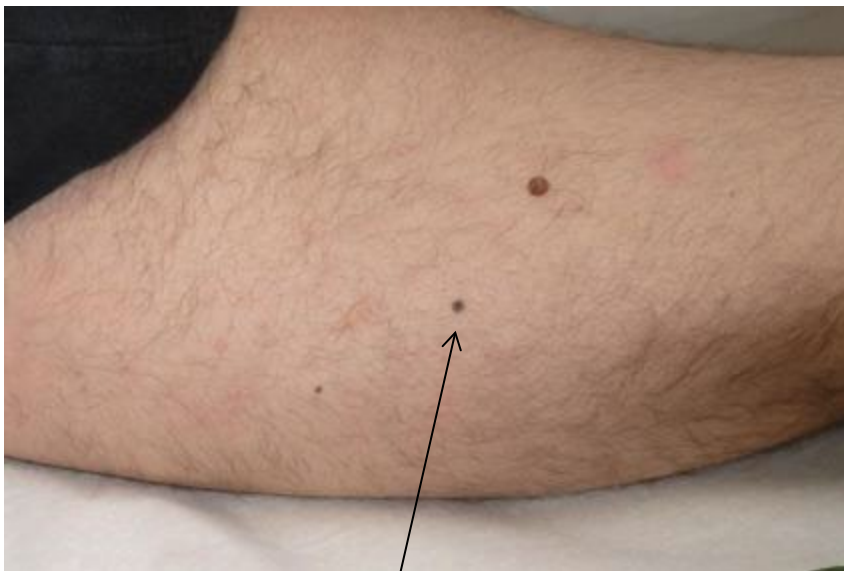
Dermatoskopi:

Chaos: One pattern (lines reticular). More than one color (light brown, dark brown), asymmetric.

Clues to melanoma: Lines reticular, thick. Grey structures.

PAD: SSM med 0,4 mm tjocklek, Clark nivå II.

Fall 3. 53-årig man. Vid undersökning av hudläkare på Psoriasisförbundets behandlingsanläggning noterats en sedan 2 år nyttillkommen pigmentlesion på lårets insida.



Klinik: Nyttillkommen helt liten, 4 mm, lätt asymmetriskt brun till svart lesion.

Dermatoskopi:

Chaos: One pattern (structureless). More than one color (brown and black), asymmetric.

Clues to malignancy: Grey or blue structures.

Vid små melanom saknas ofta *chaos* (asymmetri i struktur eller färg) och bedömning av enbart *clues* kan då vara vägledande.

PAD: SSM med 0,5 mm tjocklek, Clark nivå III.



Fall 4. 57-årig man. Upptäckt nytillkommen pigmentlesion på ryggen.



Klinik: Nytillkommen 12 mm stor lesion. Mörkt brun till svart, asymmetrisk i färg och form.

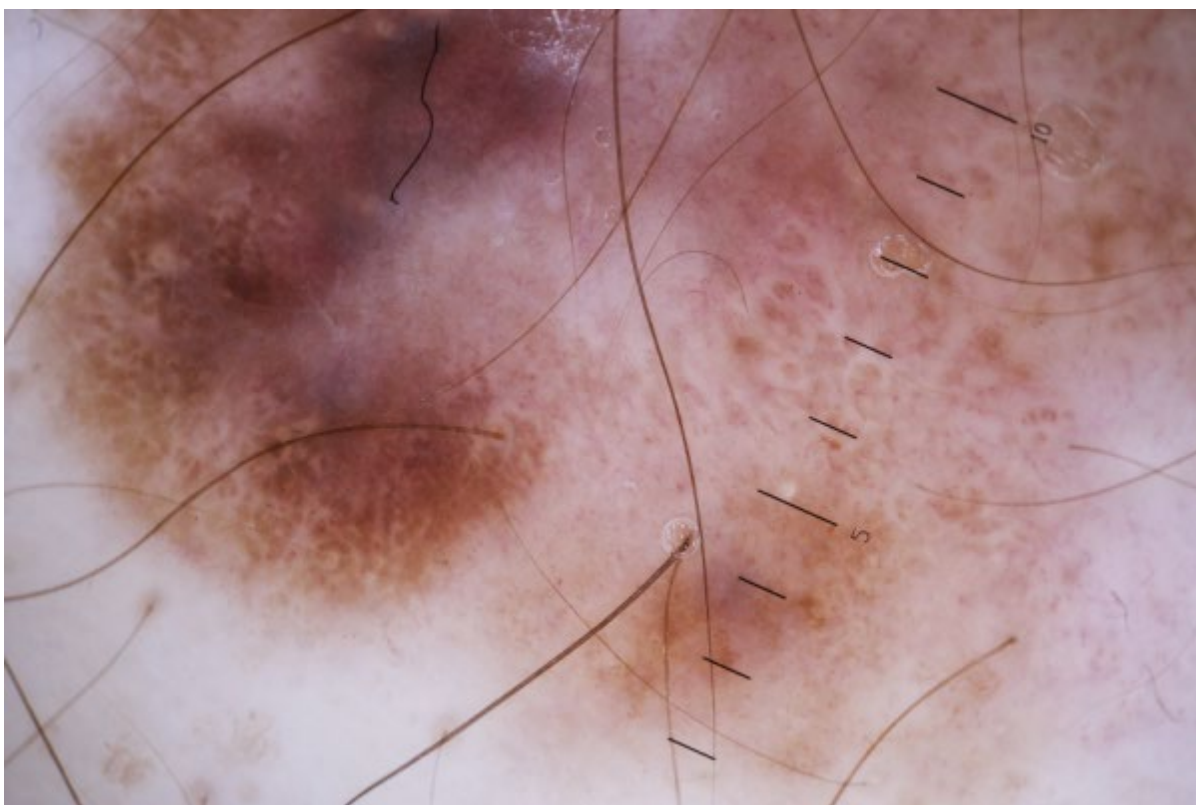
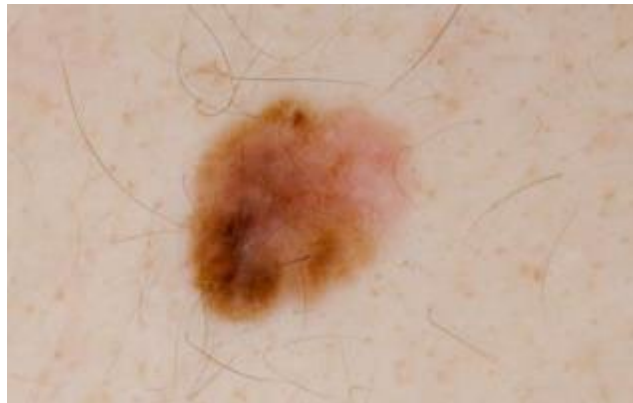
Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (reticular lines, structureless), asymmetric. Multiple colors (light brown, dark brown, black, grey, blue).

Clues to malignancy: Radial lines, segmental. Grey or blue structures. Black dots, peripheral. Structureless area, eccentric.

PAD: SSM in situ.

Fall 5. 47-årig man. Tidigare befintligt nevus vänster brösttrygg som har tillvuxit och ändrat färg.



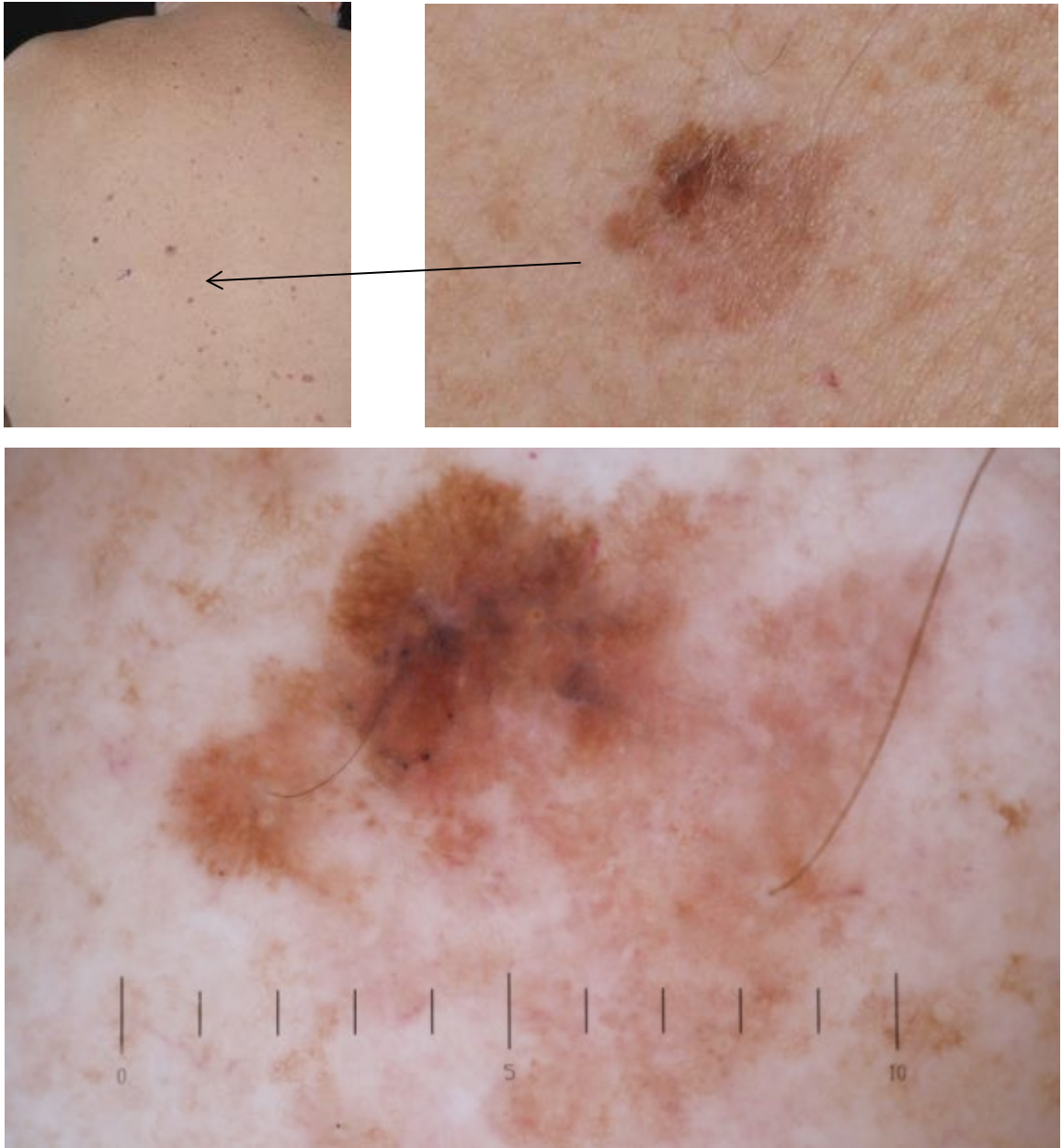
Klinik: Förändring i tidigare känt nevus. 20 mm. Asymmetri i färg och form. Multipla färger inklusive ljusrött. Behåring.

Dermatoskopi: *Chaos: More than one pattern (clods, structureless), asymmetric. Multiple colors (light brown, dark brown, pink).*

Clues to malignancy: Structureless area, eccentric. Grey or blue structures. White lines, reticular (negative network).

PAD: SSM utgående från preexisterande compoundnevus. 1 mm tjockt, Clark nivå III.

Fall 6. 66-årig man. Utredning pga. melanommetastas i axill med okänd primärtumör. Vid helkroppss hudundersökning identifieras en misstänkt pigmentlesion på ryggen.



Klinik: Identifieras en 12 mm ljus till mörkt brun pigmentlesion med asymmetri i färg och form.

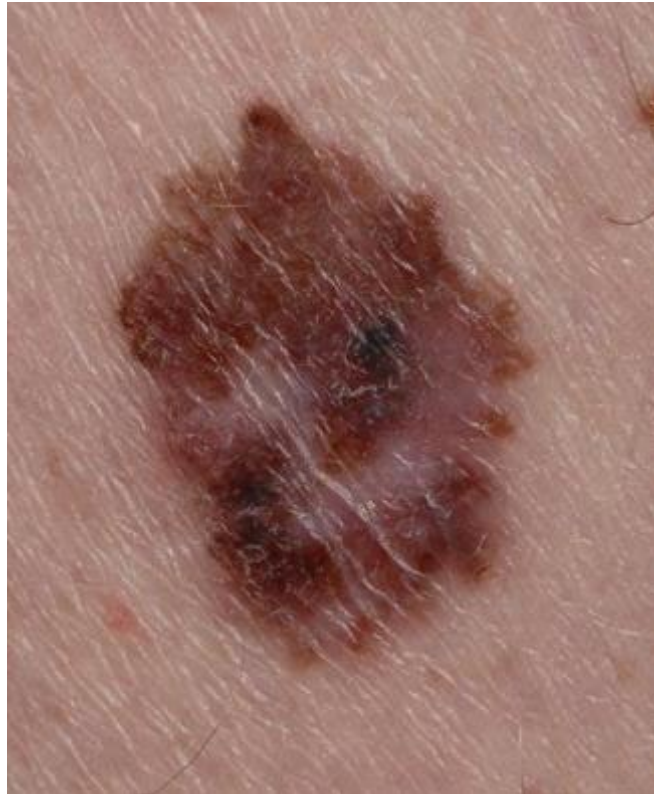
Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (reticular, structureless), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown).

Clues to malignancy: Structureless area, eccentric (light brown). Grey or blue structures. Reticular lines, thick. Radial lines, segmental.

PAD: SSM 0,4 mm tjocklek, Clark nivå II. Inga regressionsfenomen. Tolkas som osannolik primärtumör.

Fall 7. 64-årig man. Senaste 2 åren noterat tillväxande pigmentlesion på låret.



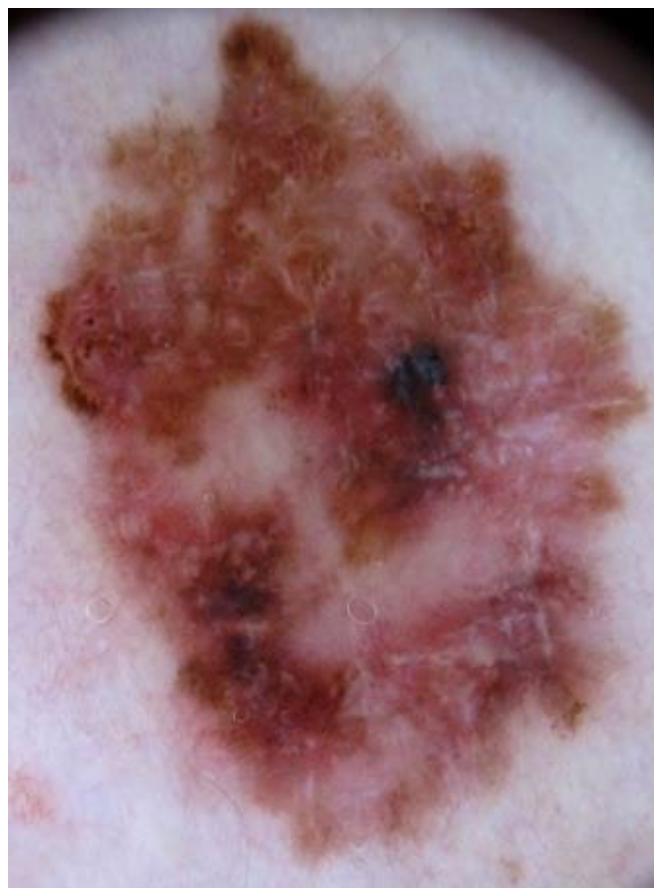
Klinik: Tillväxande och ändrad färg. 18 mm, asymmetrisk i kontur och färger, vitt, ljust rött, grått, ljust och mörkt brunt och svart.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (lines reticular, structureless), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown, black, grey, pink).

Clues to malignancy: Grey or blue structures. White lines, (perpendicular). Black dots, peripheral. Polymorphous vessels including vessels as dots.

PAD: SSM, 0,7 mm tjocklek, Clark nivå III, utbredda regressionsfenomen ned till 1,2 mm.





8 clues to malignancy

Structureless area, eccentric

Lines reticular or branched, thick

Grey or blue structures ●

Black dots or clods, peripheral ●

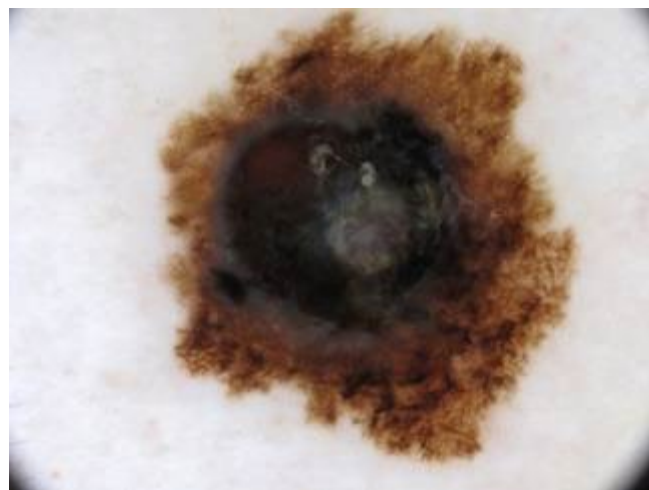
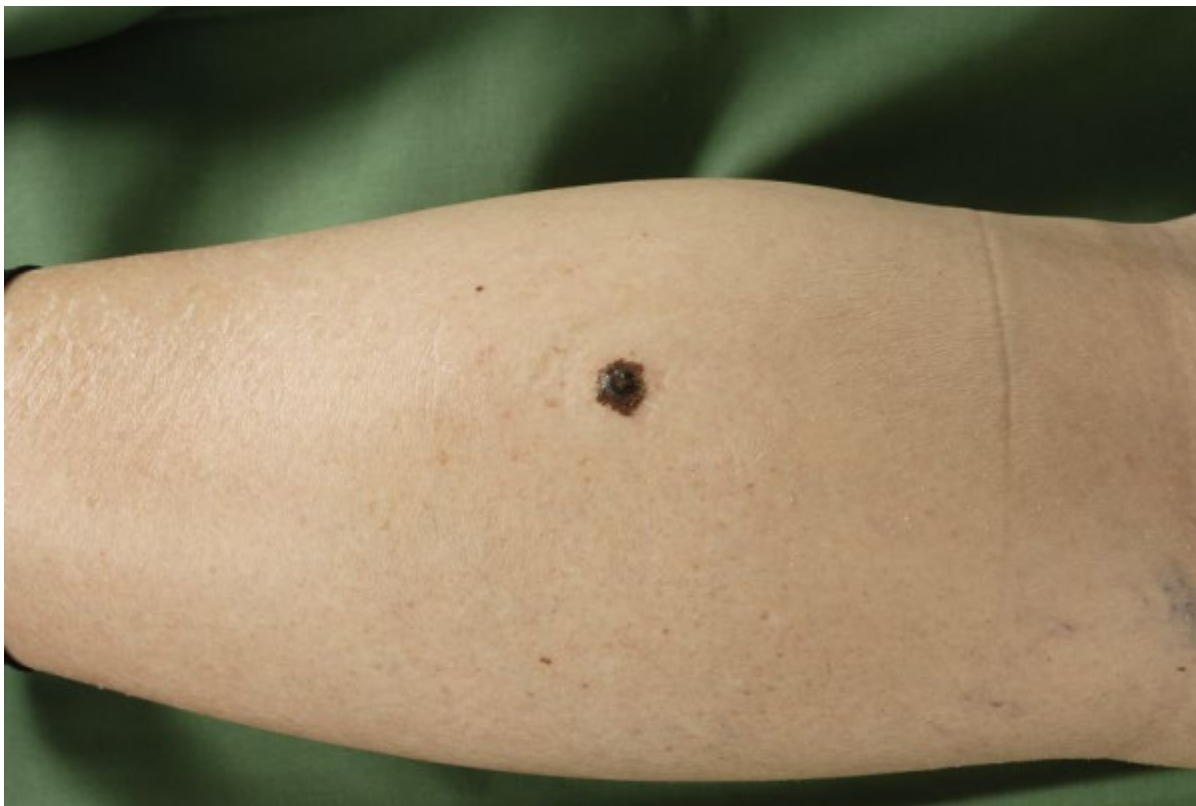
Lines radial or pseudopods, segmental

Polymorphous vessels

White lines ●

Lines parallel, on the ridges (acral skin)

Fall 8. 75-årig kvinna. Sedan ett år tillväxande svart tumör på vad.



Klinik: Tillväxande svart till brun 15 mm perifert makulär, centralt nodulär, asymmetrisk tumör.

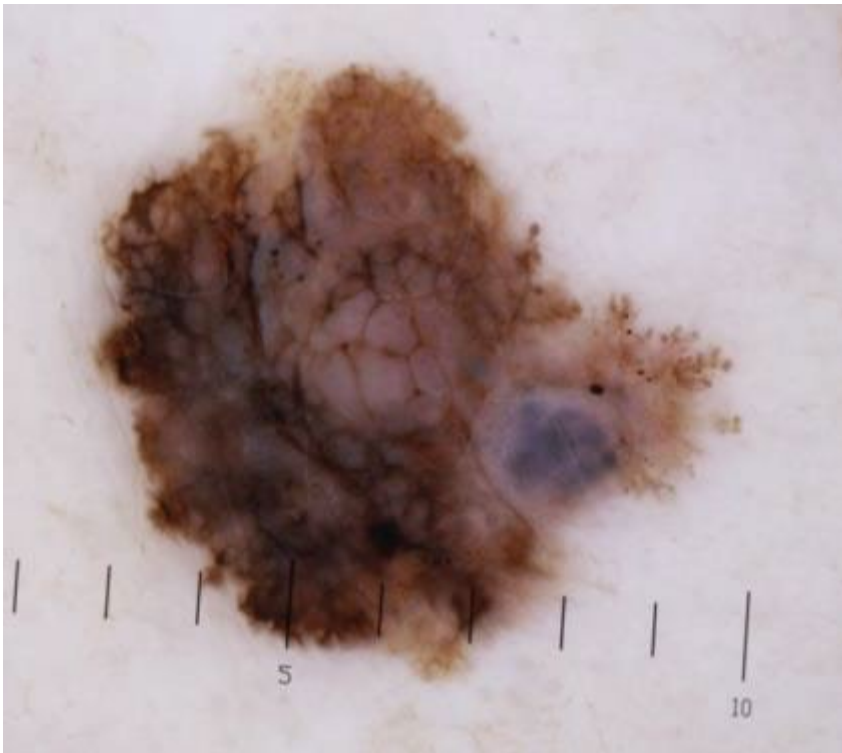
Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (lines reticular, structureless), asymmetric. More than one color (brown, black).

Clues to malignancy: Structureless area, eccentric. Reticular lines, thick. Grey or blue structures.

PAD: SSM 1,5 mm tjocklek, Clark nivå IV.

Fall 9. 50-årig kvinna. Söker för screening på Euromelanomdag. Har själv inte noterat någon förändring i denna lesion som hon har haft sedan barndomen.



Klinik: 7 mm mörkbrun till svart lesion. Asymmetrisk i form och färg.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (radial lines, clods and structureless), asymmetric. Multiple colors (light brown, dark brown, black, grey or blue).

Clues to malignancy: Pseudopods, segmental. Radial lines, segmental. Black clods or dots, peripheral. Grey or blue structures. Structureless area, eccentric.

PAD: Melanom 0,7 mm tjocklek, Clark nivå III i kongenitalt nevus.

Fall 10. 32-årig man. Medfött nevus på öra långsamt förändrats och mörknat.



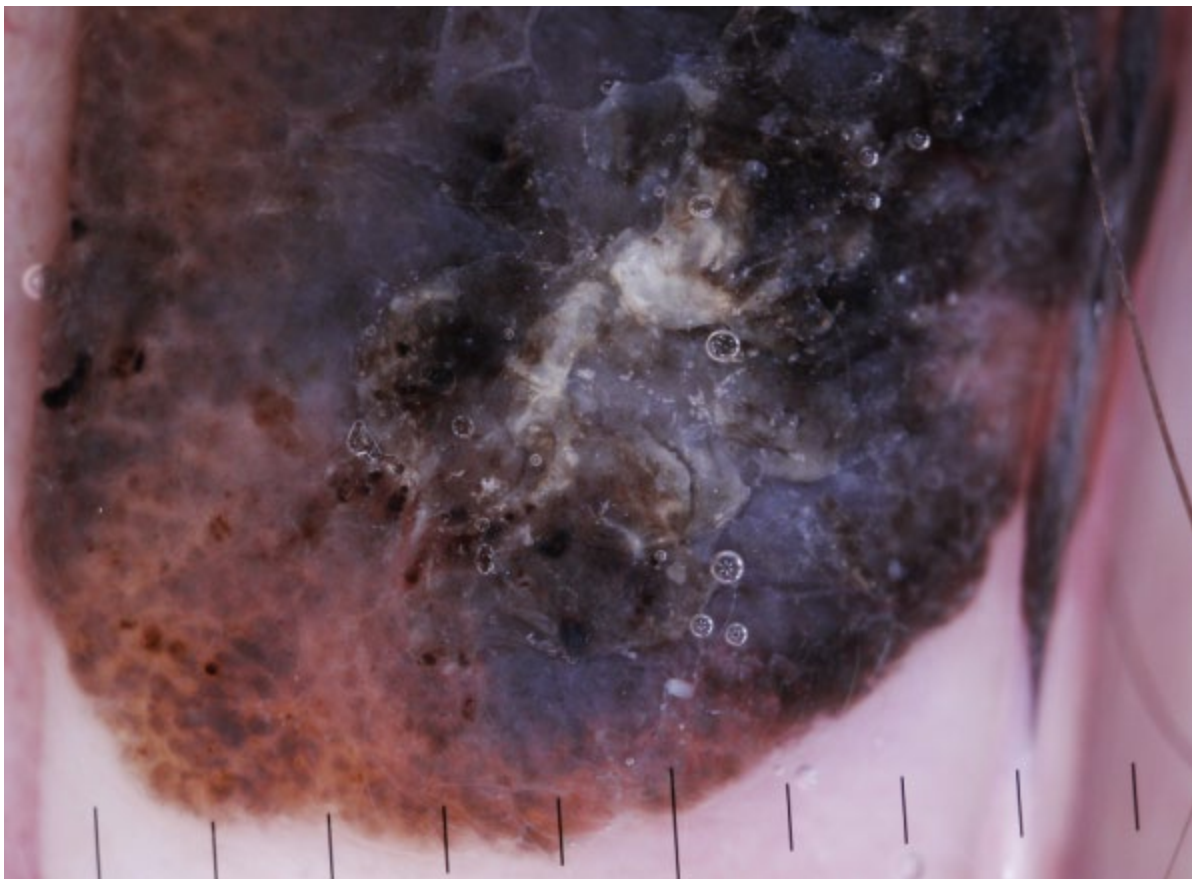
Klinik: Förändring i medfött nevus. Brun till svart, 14 mm lesion, ställvis fjällande och krusterad.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (clods, structureless), asymmetric. More than one color (brown, black, grey).

Clues to malignancy: Grey or blue structures. Black dots and clods, peripheral. Structureless area, eccentric.

PAD: Melanom 1,3 mm tjocklek, Clark nivå IV med ulceration i kongenitalt nevus.





Fall 11. 17-årig man. Medfött nevus av nevus spilus typ med nyttillkommen mörk nodulus.



Klinik: Tillkommit pigmenterad papel i medfött nevus. I ett 4 cm stort nevus en 5 mm mörkare blå-svart nodulus.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (clods, structureless), asymmetric. More than one color (brown, dark brown, blue).

Clues to melanoma: Grey or blue structures. Structureless area, eccentric. White lines.

**PAD: Kongenitalt nevus av spilustyp med melanomutveckling (>1 mm tjocklek).
SNB negativ.**

Fall 12. 18-årig kvinna. Sedan 6 månader en hyperpigmenterad papel i medfött födelsemärke.



Klinik: Mörkbrunt nevus med mörkare brunsvart asymmetrisk delvis papulös komponent.

Dermatoskopi:

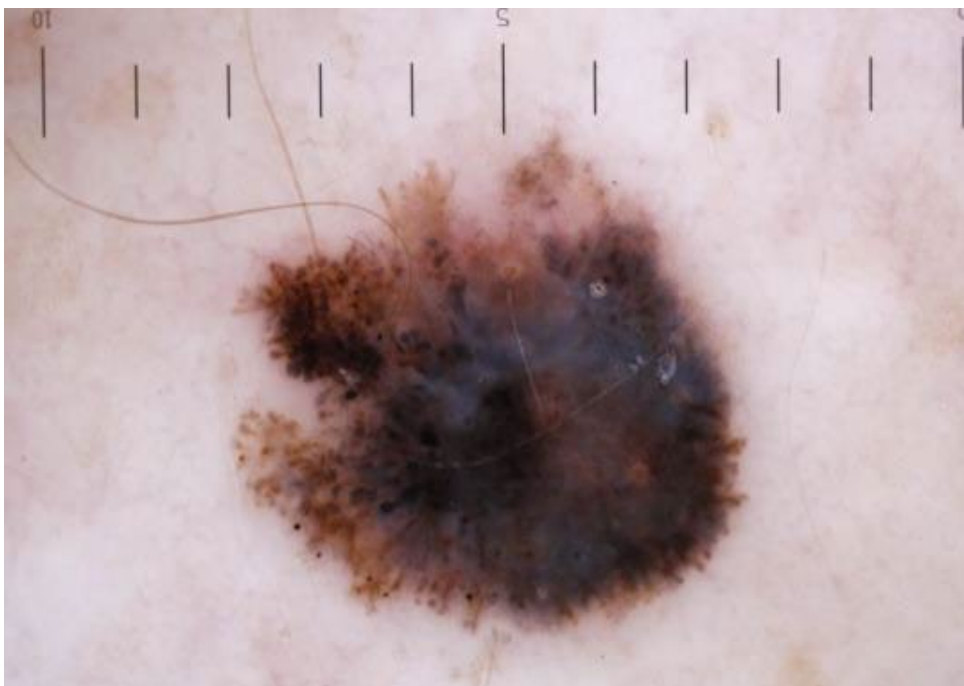
Chaos: More than one pattern (clods, structureless), asymmetric. More than one color (brown, black).

Clues to malignancy: Grey or blue structures. Structureless area, eccentric.

PAD: Melanom 0,8 mm, Clark nivå III i preexisterande kongenitalt nevus.



Fall 13. 65-årig kvinna. Pat har i flera års tid haft pigmenterad förändring på hö lårs framsida. Hennes make har sista halvåret tyckt att den har vuxit något.



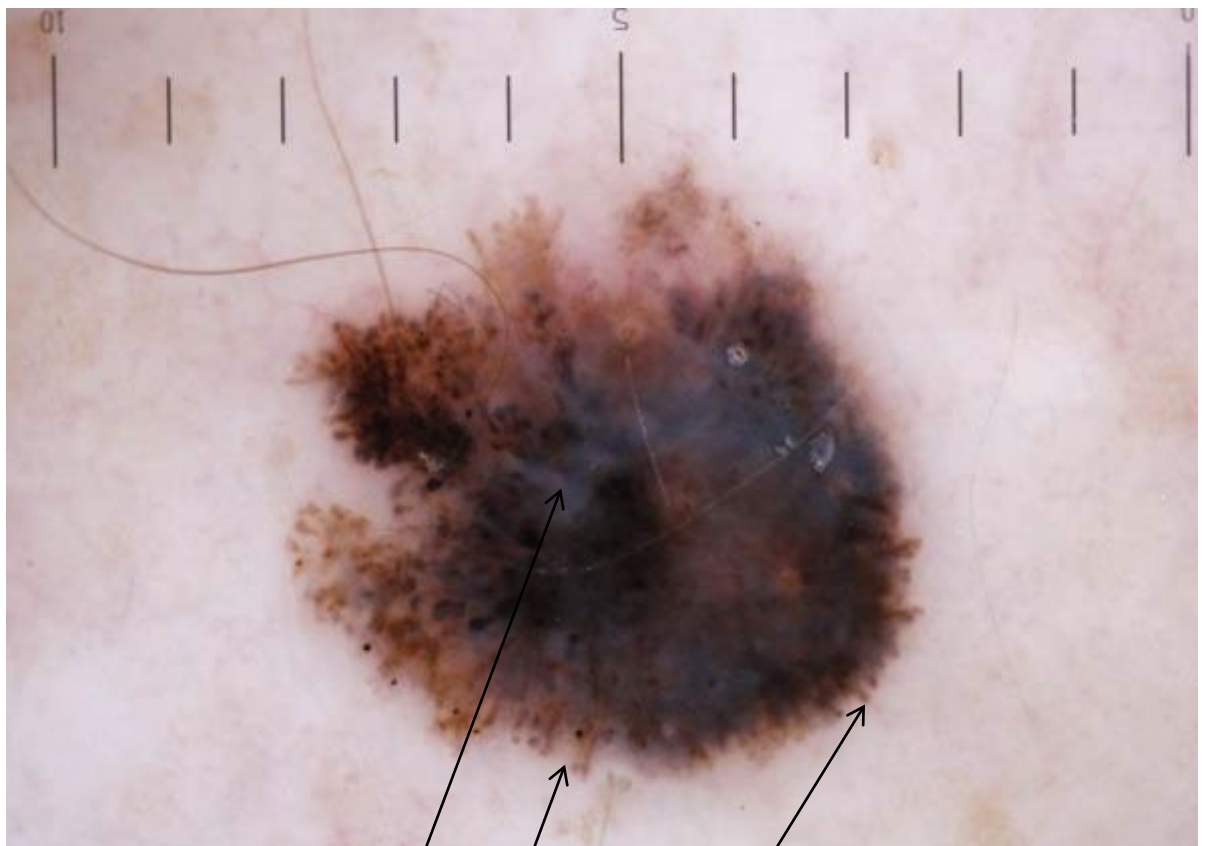
Klinik: Storleksökning. 6 mm lesion, asymmetrisk avseende färg och form. Mörkt brun-svart.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (radial lines, clods, structureless), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown, black).

Clues to malignancy: Pseudopods and radial lines, segmental. Structureless area, eccentric. Black dots and clods, peripheral. Grey or blue structures.

PAD: Spitzoitt melanom med 0,7 mm tjocklek, Clark nivå III.



8 clues to malignancy

Structureless area, eccentric

Lines reticular or branched, thick

Grey or blue structures

Black dots or clods, peripheral

Lines radial or pseudopods, segmental

Polymorphous vessels

White lines

Lines parallel, on the ridges (acral skin)

Fall 14. 59-årig man. I vänster flank en hudförändring som uppstått de novo sedan ett halvår. Initialt klåda.



Klinik: Nyttillkommen, tillvuxit, klåda. En fast 20x8 mm stor ljus röd tumör utan telangi-ektatiska kärl. Fjällning. Ett litet blekt brunt pigmenterat segment i nederkanten antyder att kan vara en melanocytär lesion.

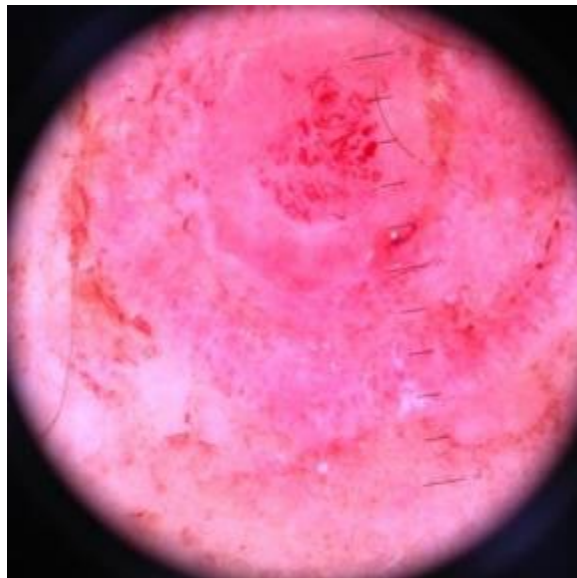
Dermatoskopi: Vid analys av opigmenterad lesion är *chaos* inte viktigt. (Ulcerationen är orsakad av biopsi)

One color (light red - "milky red").

Clues to melanoma: Structureless pigmented zone. Polymorphous vessels including dots (dots, lines-straight, coiled and looped). (Vessels as dots ses som regel inte vid basalcellscancer men talar för melanocytär lesion).

PAD: Biopsi och excision visade amelanotiskt melanom, Clark nivå IV, 2,3 mm tjocklek. SNB negativ.

Fall 15. 69-årig kvinna. Sedan 6 månader snabbt tillväxande lättblödande tumör på underarm.



Klinik: Snabbt tillväxande 14 mm blåröd ulcererad nodulus.

Dermatoskopi:

Vid analys av opigmenterad lesion är *chaos* inte viktigt. *One color (pink or red)*.

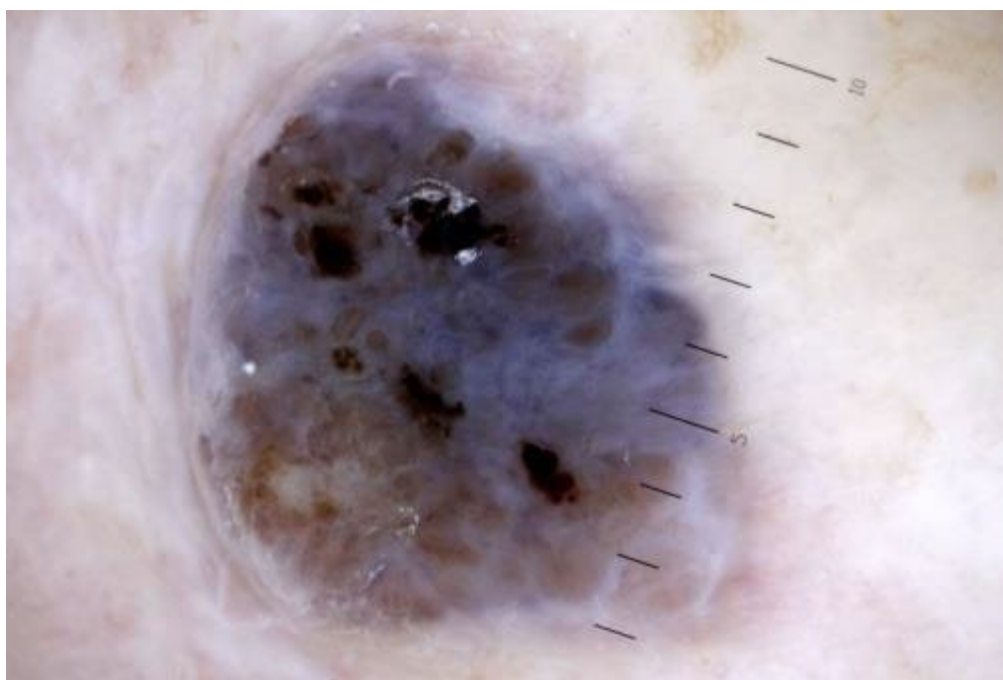
Clues to malignancy: Polymorphous vessels (Vessels as dots. Short curved vessels. Coiled vessels).

Differentialdiagnoser utöver amelanotiskt melanom är andra opigmenterade tumörer t.ex. Merkel cell cancer. *Polymorphous vessels including vessels as dots* talar för melanom och ses inte vid basalcellscancer.

PAD: Amelanotiskt NM. 3,5 mm tjocklek. Clark nivå IV.

Olika typer av nodulära opigmenterade tumörer är ofta svåra att särskilja såväl kliniskt som vid dermatoskopi. 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 skall därför alltid diagnosticeras med histopatologi om det inte finns en helt entydigt benign klinik.

Fall 16. 89-årig man med flera familjemedlemmar som har haft melanom. Tolv år sedan opererat ett 0,6 mm tjockt melanom på buken. Nyligen opererad för 4,1 mm tjockt melanom höger underben. Vid uppföljande helkroppss hudundersökning på gemensam onkolog och hudmottagning identifieras en brunsvart nodulär tumör mellan skulderbladen. Okänd för patienten men han har känt stickningar i ryggen.



Klinik: På ryggen en 8 mm stor monomorf brunsvart nodulus som palperas fast i konsistensen. Smärre kryptor i ytan och har därför en viss likhet med en seborrhoisk keratos. Pat har f.ö. mycket sparsamt seborrhoiska keratoser.

Dermatoskopi:

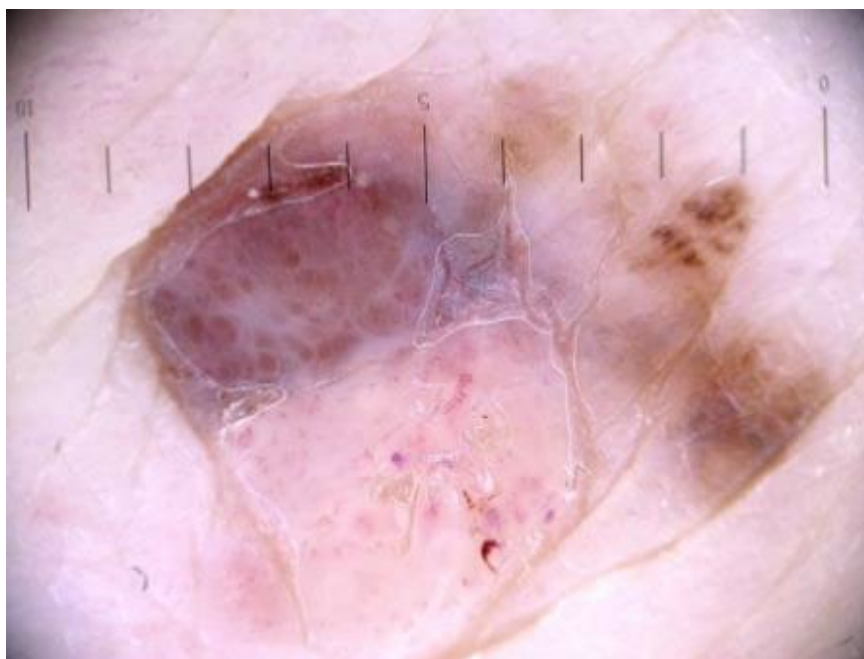
Chaos: More than one pattern (clods and structureless), asymmetric. More than one color (light brown, black, blue).

Clues to malignancy: Grey and blue structures (clods). White lines. Black clods, peripheral.

No clues to seborrheic keratosis: Clods and circles (comedolike openings, crypts). Vid seborrhoisk keratos är färgen på clods white, yellow, orange or brown och inte enbart black eller grey som i detta fall.

PAD: Nodulärt melanom, 4 mm tjocklek, Clark nivå IV, med ulceration.

Fall 17. 82-årig kvinna. Sökt VC för basalcellscancer och då har denna komplexa lesion uppmärksamats vid helkroppstatus.



Klinik: Lesionen okänd för patienten. En fast 9 mm stor tumör med flera komponenter. Dels blågrå och dels ljusröd papulös komponent och en makulös pigmenterad del.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (clods, structureless), asymmetric. Multicolored (brown, grey).

Clues to malignancy: Grey or blue structures. Structureless area, eccentric. Polymorphous vessels. White lines.

Clues to melanoma: Pigmented zone.

Vid nodulära melanom saknas ofta *chaos* (asymmetri i struktur eller färg) och värdering av enbart *clues* kan då vara till hjälp.

PAD: Nodulärt melanom med 1,4 mm tjocklek, Clark nivå III.

Fall 18. 66-årig kvinna. Noterat nyttillkommen pigmenterad lesion i tinningen.



Klinik: Nyttillkommen 7 mm ljus till mörkbrun pigmentfläck med mindre svarta prickar i.

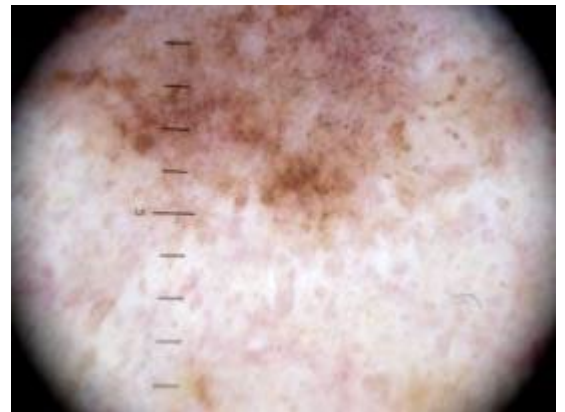
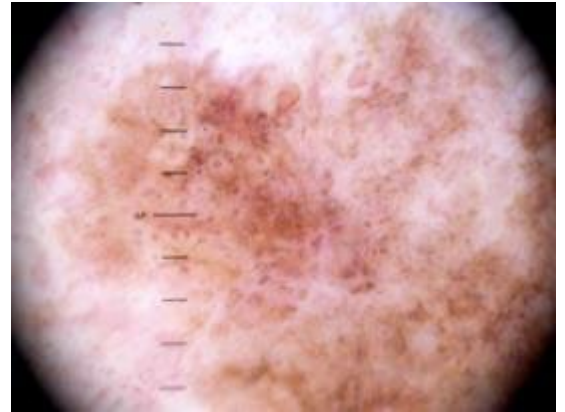
Dermatoskopi: *Chaos: One pattern (circles on a tan structureless background). More than one color (brown, dark brown and grey), asymmetric.*

Clues to malignancy: Grey circles. Dots inside circles är en ytterligare ledtråd för lentigo maligna.

I huvud och halsområdet är *grey or blue structures* en ledtråd till malignitet även om *chaos* hade saknats.

PAD: LMM in situ.

Fall 19. 90-årig kvinna. För 12 år sedan behandlades (ev. skrapats) en förändring i området, återkommit en pigmenterad fläck som sedan långsamt tillvuxit.



Klinik: Recidiv. Storleksökning, 15 mm stor mörkt brun macula med ojämn kontur och något ojämn pigmentering.

Dermatoskopi:

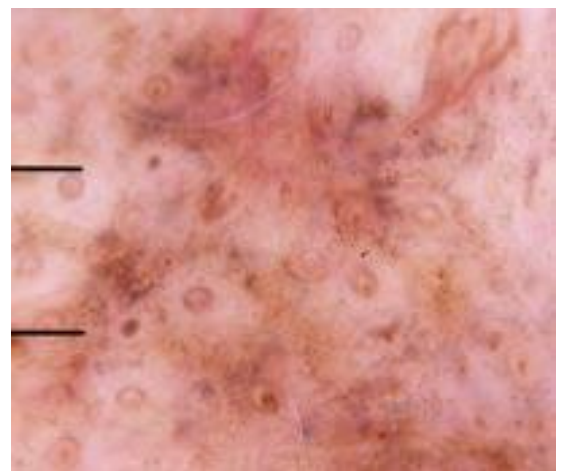
Chaos: More than one pattern (circles, dots, structureless), asymmetric. More than one color (brown, grey or blue).

Clues to malignancy: Grey circles. Grey or blue dots and clods.

För huvudhalsområdet gäller att diagnostik med biopsi bör utföras vid förekomst av grå eller blå strukturer även om *chaos* saknas för att bekräfta eller utesluta LM-utveckling

PAD: Biopsi och efterföljande excision visade LM in situ.

Excision utfördes med ett par mm marginal och kompletterades med postoperativ recidivprofylaktisk Buckybehandling.



Fall 20. 65-årig kvinna. Mångårig solexponering bl.a. som golfspelare.
Sedan flera år långsamt tillväxande och mörknande fläck på underbenet.



Klinik: Tillvuxit och mörknat. Asymmetri avseende kontur och färg.

Dermatoskopi:

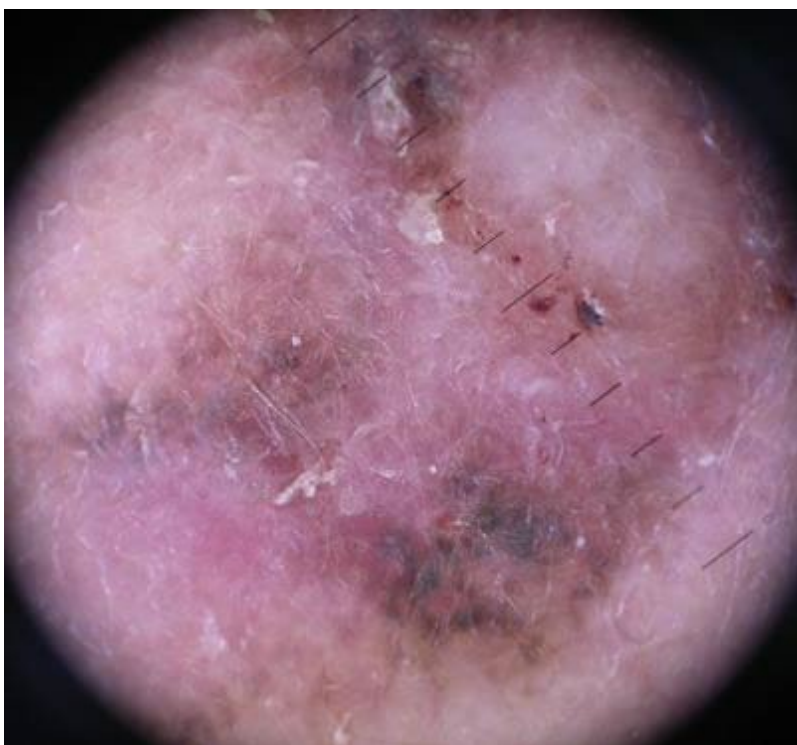
Chaos: One pattern (reticular lines). More than one color (light brown, dark brown, black), asymmetric. Clues to malignancy: Reticular lines thick. Grey or blue structures. Eccentric structureless area.

PAD: LMM med mikroinvasiv komponent (motsvarande det blå-grå-svarta området).

Exciderades med snäv klinisk marginal följt av postoperativ recidivprofylaktisk Buckystrålning kring äret.



Fall 21. 92-årig man. Denna pigmenterade lesion noterades vid 6-månaders kontroller pga. flera tidigare invasiva skivepitelcancrar i skalpen.



Klinik: Sedan 4 månader tillväxande 15 mm pigmenterad lesion i tinning. Asymmetrisk i form och färg, brun, svart och röd. Palpabelt infiltrat.

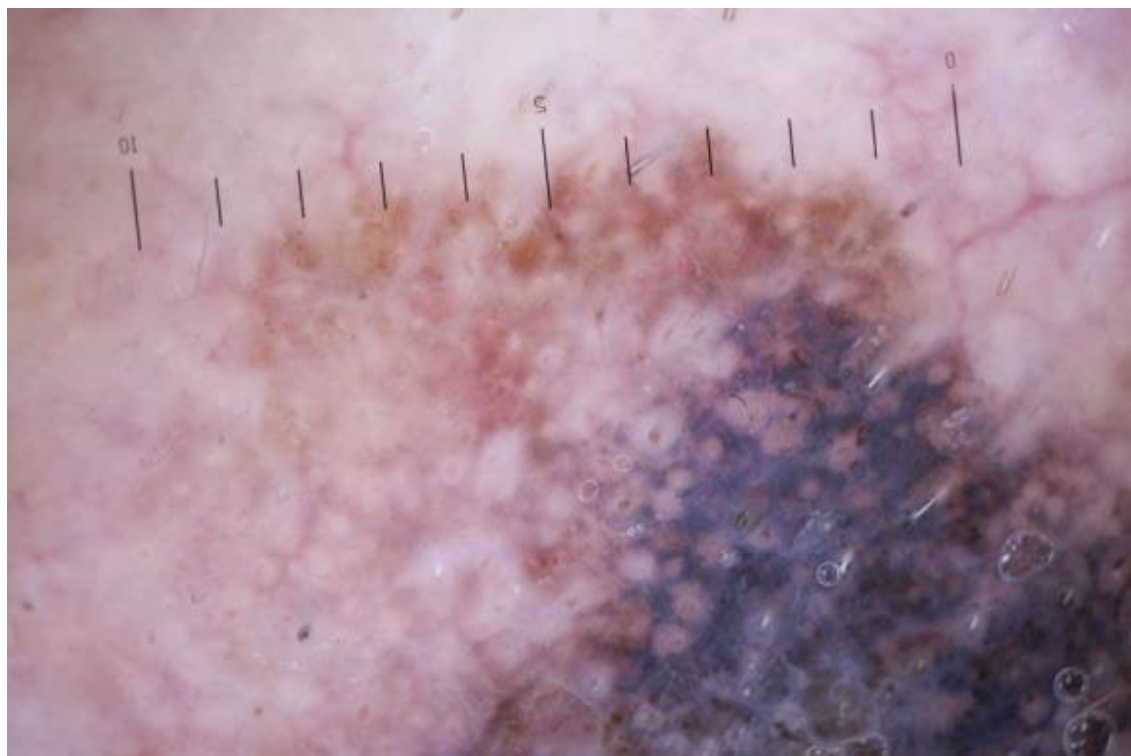
Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (clods, structureless), asymmetric. More than one color (brown, black, grey, pink).

Clues to malignancy: Grey or blue structures. Eccentric structureless zone.

PAD: LMM med desmoplastisk komponent. 4,3 mm tjocklek, Clark nivå V.

Fall 22. 90-årig man. Vårdpersonal på åldringsboende har noterat mörk pigmentlesion på vänster kind.



Klinik: På ålderdomshem noterats brunsvart 15 mm pigmenterad lesion på kind.
Asymmetri avseende form och färg, flera färger.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (circles, structureless), asymmetric. More than one color (brown, black, grey, pink).

Clues to malignancy: Grey-black structures (circles, some filled).

PAD: LMM 0,9 mm tjocklek, Clark nivå III.

Fall 23. 70-årig man. Sedan 6 månader noterat pigmenterad fläck på örat.



Klinik: Nyttillkommen 12 mm stor mörkpigmenterad macula med ojämn kontur och ojämn pigmentering.

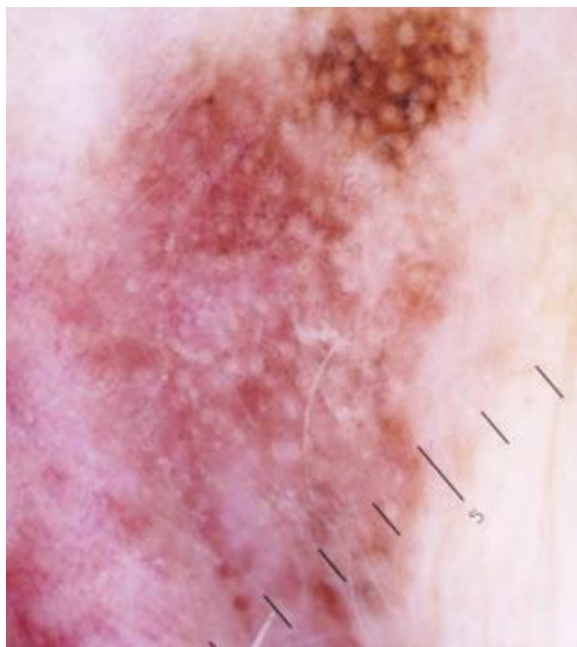
Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (circles, structureless), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown, pink).

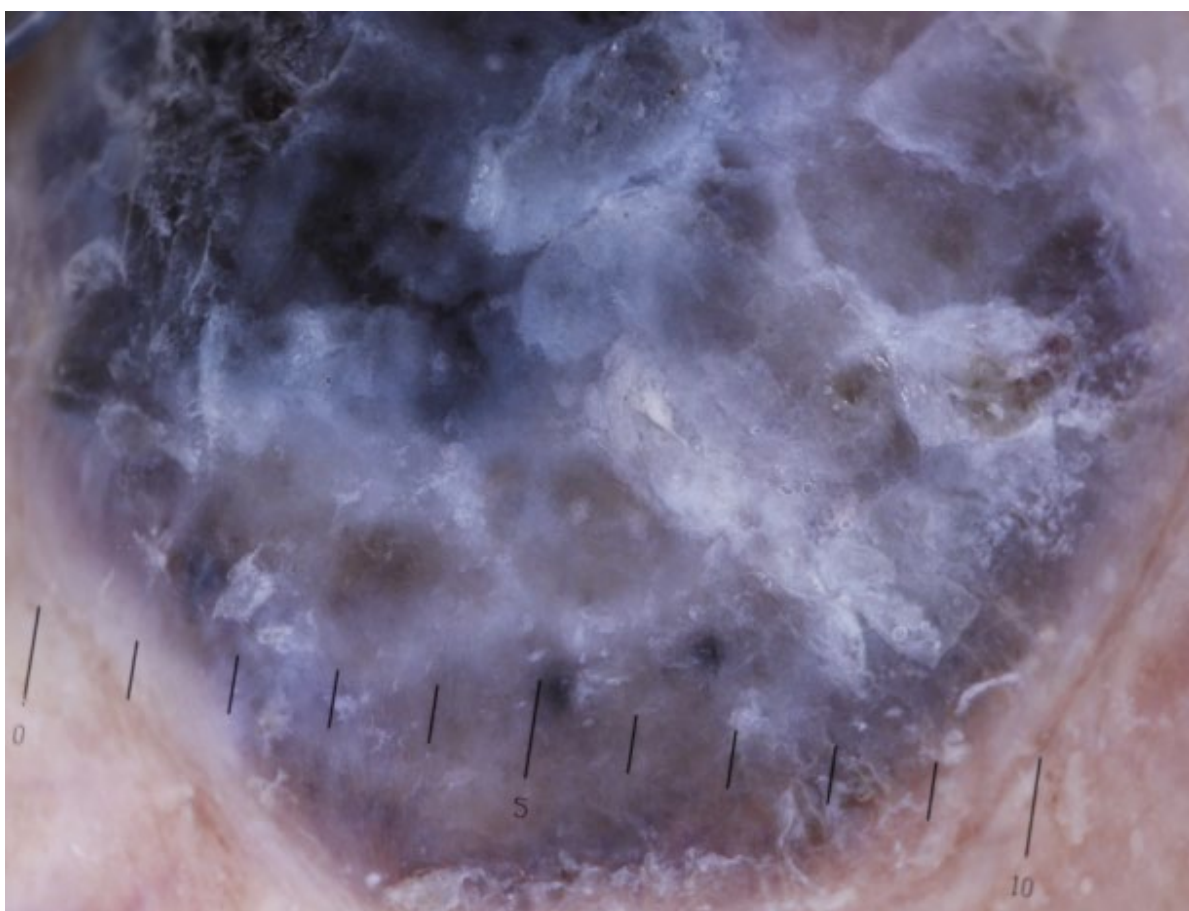
Clues to malignancy: Grey and black dots arranged in circles. Grey or blue dots and structureless. Eccentric structureless zone.

För huvudhalsområdet gäller att diagnostik med biopsi eller excision bör utföras vid förekomst av blå eller grå strukturer även om *chaos* saknas.

PAD: Biopsi och efterföljande excision visade LMM, 1,3 mm tjocklek, Clark nivå IV.



Fall 24. 90-årig man. Sedan flera år noterat en ibland blödande förändring på axel.



Klinik: Tillväxande under flera år. Blödning. 24 mm blåsvart nodulärt plack. Fjällning.

Dermatoskopi:

Chaos: One pattern (structureless or clods). More than one color (grey, blue, black), asymmetric.

Clues to malignancy: Grey or blue structures (grey-blue-black clods and structureless).

PAD: Ej närmare klassificerbart melanom 4,6 mm, Clark nivå IV, med ulceration.

Fall 25. 68-årig kvinna. Noterats pigmenterad lesion under vänster framfot sedan ett år.



Klinik: Nyttillkommen 15 mm lesion på fotsula. Mörkbrun pigmentering. Tunn hyperkeratos.

Dermatoskopi:

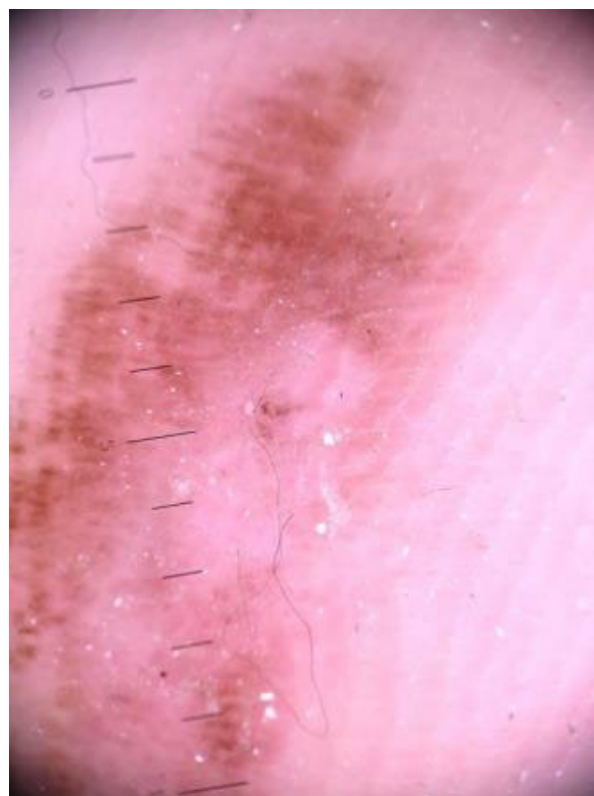
Chaos: More than one pattern (parallell lines on the ridges and structureless), asymmetric.

More than one color (brown and pink).

Clues to malignancy: Parallel lines arranged on the ridges. Eccentric structureless zone.

Parallel lines arranged on the ridges (åsmönster) ses bara vid akrala lesioner och är ett tecken på melanom även utan chaos.

PAD: Akralt melanom < 1 mm tjocklek.



Fall 26. 76-årig man. Under senaste året noterat pigmenterad förändring på häl.



Klinik: Utbredd akral lesion som är oregelbundet fläckig i brunt och svart.

Dermatoskopi:

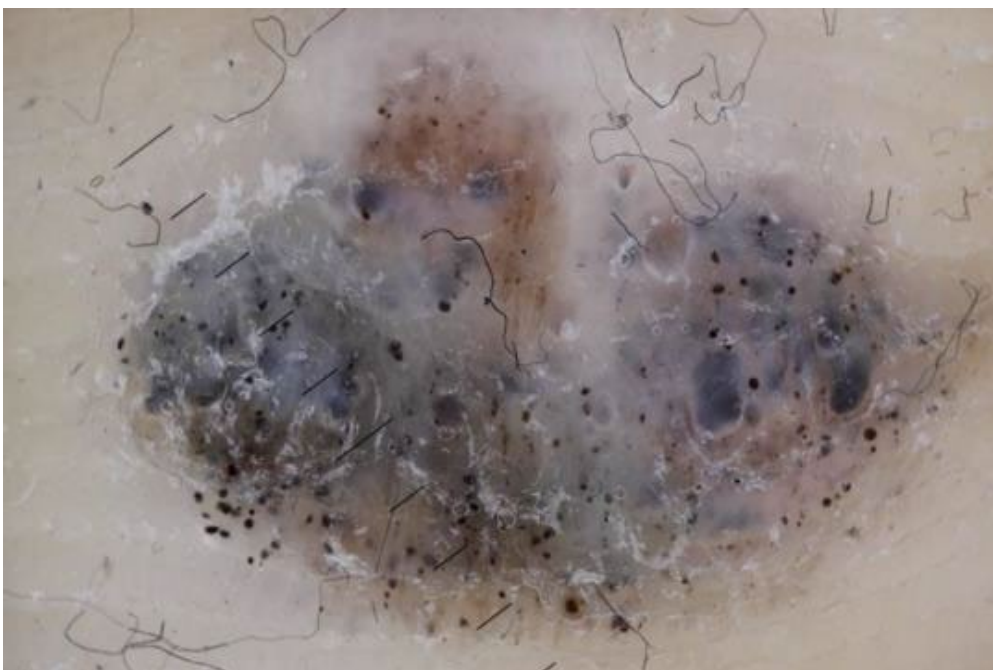
Chaos: More than one pattern (parallel lines on the ridges, clods, structureless), asymmetric. Multiple colors (brown, dark brown, black, grey).

Clues to malignancy: Parallel lines on the ridges. Grey or blue structures. Black clods and dots, peripheral. Radial lines, segmental.

PAD: Akralt melanom 1 mm tjocklek.

Excisionsmarginalerna inritas under belysning med Woods ljus för bättre visualisering av pigment. Preoperativ biopsi har tagits för att verifiera melanomdiagnosen.

Fall 27. 47-årig kvinna. Sedan 2 år noterat pigmenterad förändring under häl. Senaste 6 mån ömmande.



Klinik: Tillväxande akral 12 mm grå, brun, svart lesion. Ömmande. Fjällande. Hyperkeratos.

Dermatoskopi:

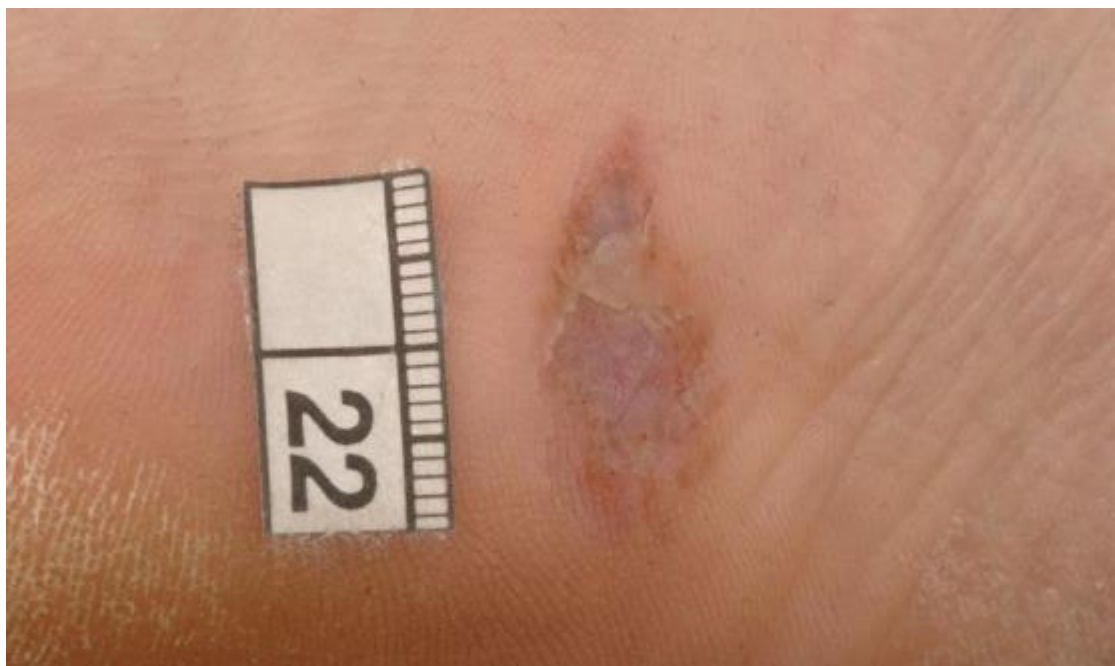
Chaos: More than one pattern (clods, structureless), asymmetric. Multiple colors (grey, blue, brown, black).

Clues to malignancy: Grey or blue clods and dots. Black clods and dots, peripheral.

PAD: Akralt melanom med 9 mm tjocklek.



Fall 28. 46-årig kvinna. Upptäckt pigmentförändring på häl.

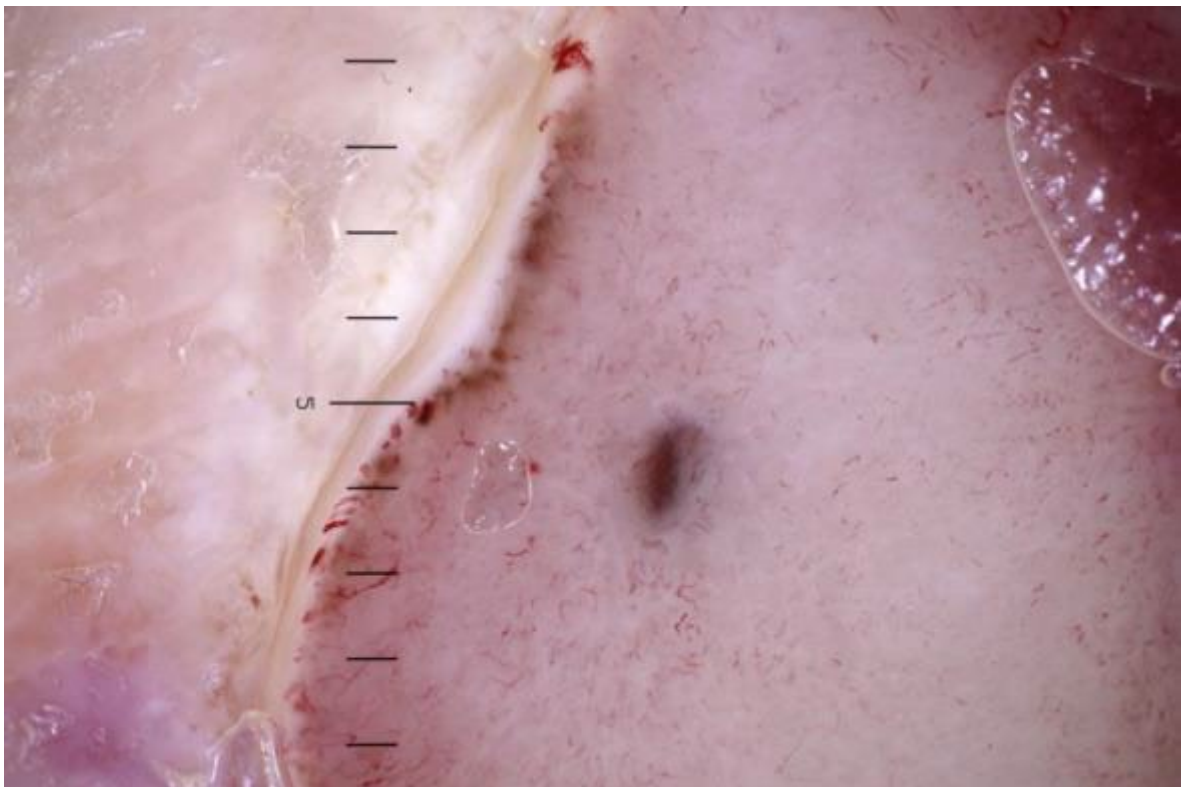


Klinik: Nyttillkommen 24 mm akral spolförmig fjällande macula. Centralt grå-blå med perifert brun pigmentering.

Dermatoskopibild saknas.

PAD: Akralt melanom 0,7 mm tjocklek, Clark nivå II.

Fall 29. 81-årig kvinna med LM på näsvinge 1980-talet och melanom på arm 1990-talet. Sedan två år tillbaka veckovisa omläggningar av ett fotsår på främre trampdyna, initialt utgående från klavusliknade lesion och bedömt som trycksår. Avlastande behandling. Tidvis insänkt sår, ibland nära läkning. Successivt ökad storlek. Pga. tillkommen vulstighet tog distriktsläkare tre biopsier som visade melanom.



Klinik: Långdraget fotsår. En fuktande 25x30 mm stor ljus röd tumör.

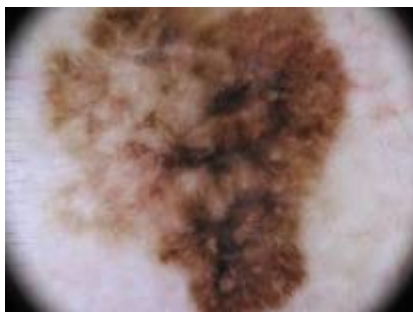
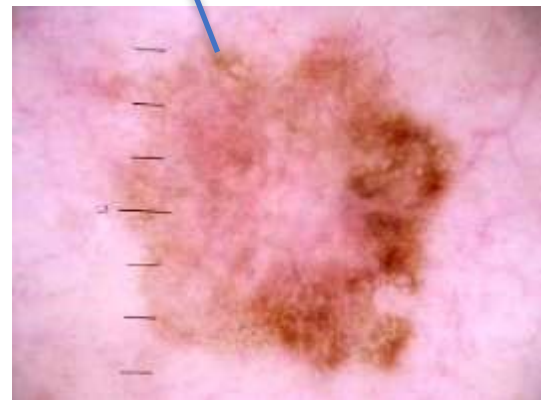
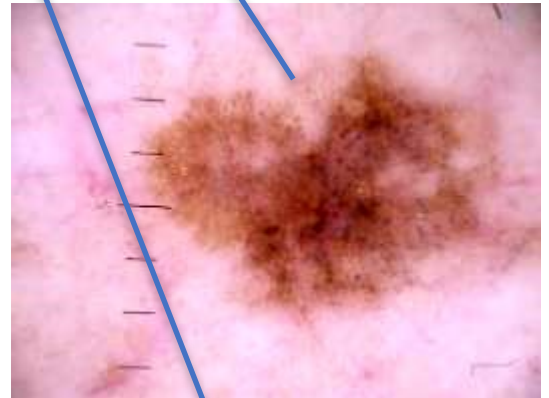
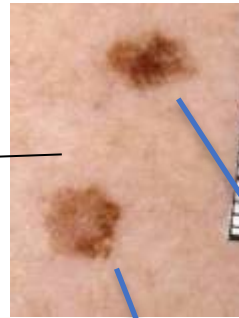
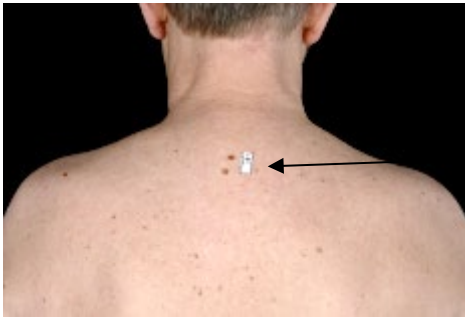
Dermatoskopi:

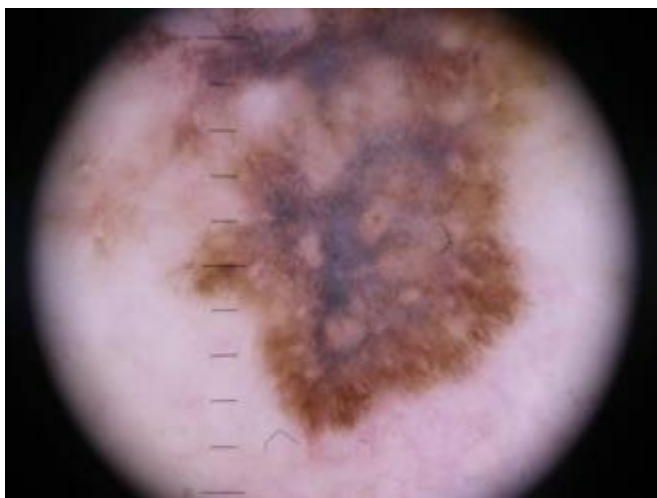
Vid analys av opigmenterad lesion är *chaos* inte viktigt. *One color (light red)*.

Clues to melanoma: Pigmented zone. Polymorphous vessels (dots, linear-straight, curved, serpentine, looped, helical and branched).

PAD: Biopsier visade amelanotiskt melanom. Planeras för excision.

Fall 30. 68-årig man. Melanom av SSM-typ Clarknivå II 0,5 mm tjocklek (T1a) på höger axel. För diagnos av detta melanom räcker den makroskopiska bedömningen långt. För de två in situ melanomen (Tis) på ryggen är dermatoskopiundersökning mycket värdefull för diagnostiken.



**Dermatoskopi:**

Chaos: More than one pattern (reticular lines, dots, structureless), asymmetric.

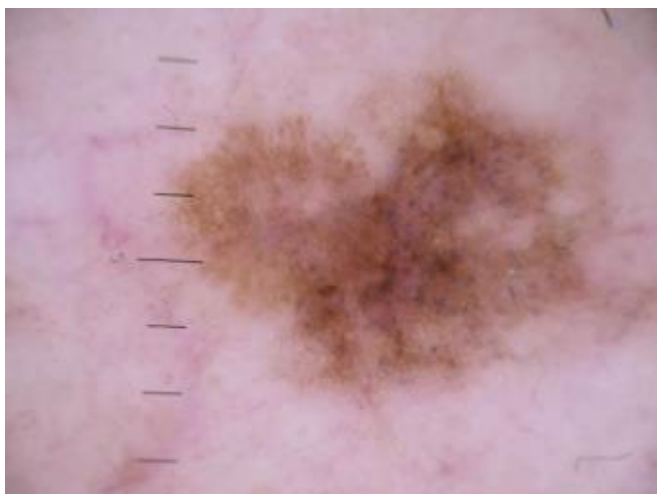
More than one color (light brown, dark brown, black).

Clues to malignancy: Grey or blue structures. Structureless area, eccentric.

Radial lines, segmental.

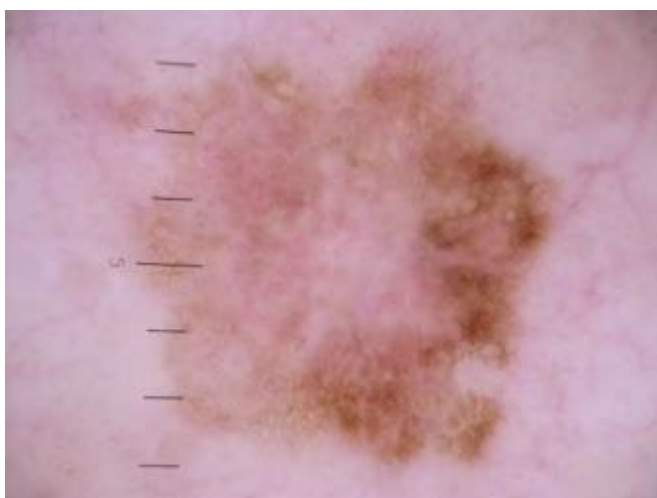
PAD: Melanom av SSM-typ

Clarknivå II med 0,5 mm tjocklek.

**Dermatoskopi:**

Chaos: More than one pattern (reticular lines, clods), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown).

Clues to malignancy: Grey or blue structures. Radial lines, segmental.

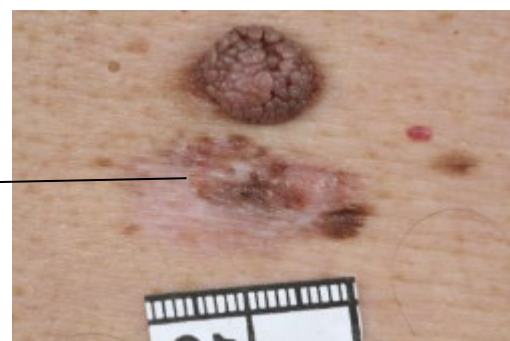
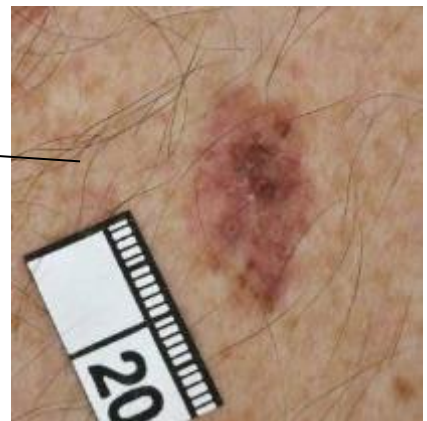
PAD: Melanoma in situ.**Dermatoskopi:**

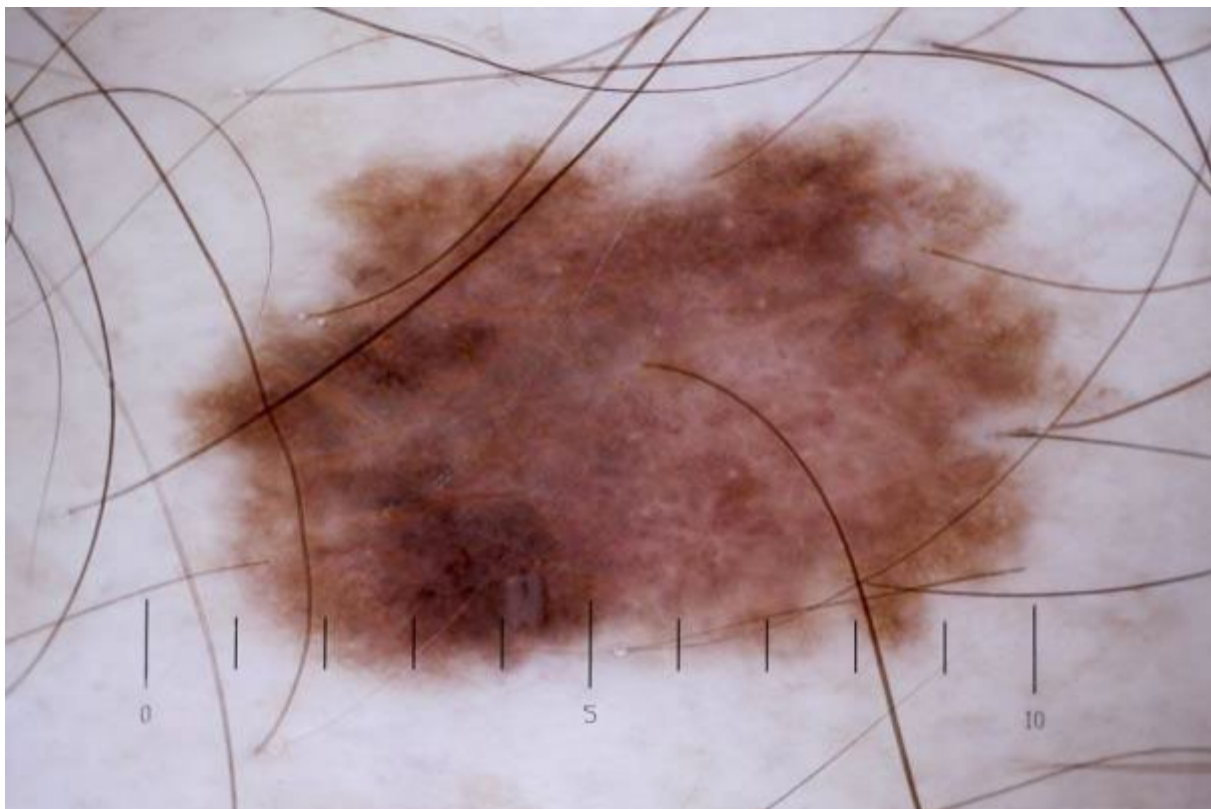
Chaos: More than one pattern (reticular lines, structureless), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown).

Clues to malignancy: Grey or blue structures. Structureless area, eccentric. Polymorphous vessels.

PAD: Melanoma in situ.

Fall 31. 54-årig man opererad för ett melanom på ryggen med tjocklek 5 mm, Clark nivå IV (se ärr) som utgått från ett kongenitalt nevus. Sentinel node har varit negativt i bägge axillerna. Vid uppföljning diagnosticeras ytterligare tre melanom. På vänster axels framsida ett SSM 0,9 mm, Clark nivå III och i vänster ryggslut ett 0,7 mm Clark nivå III, bägge med djup regression (T1a) samt ett SSM in situ (Tis) nedom vä skulderblad. Patienten har ett stort antal nevi varav flera med kliniskt avvikande utseende och vissa av dessa har exciderats.





Klinik: 10 mm pigmenterad lesion asymmetrisk i färg och form.

Dermatoskopi:

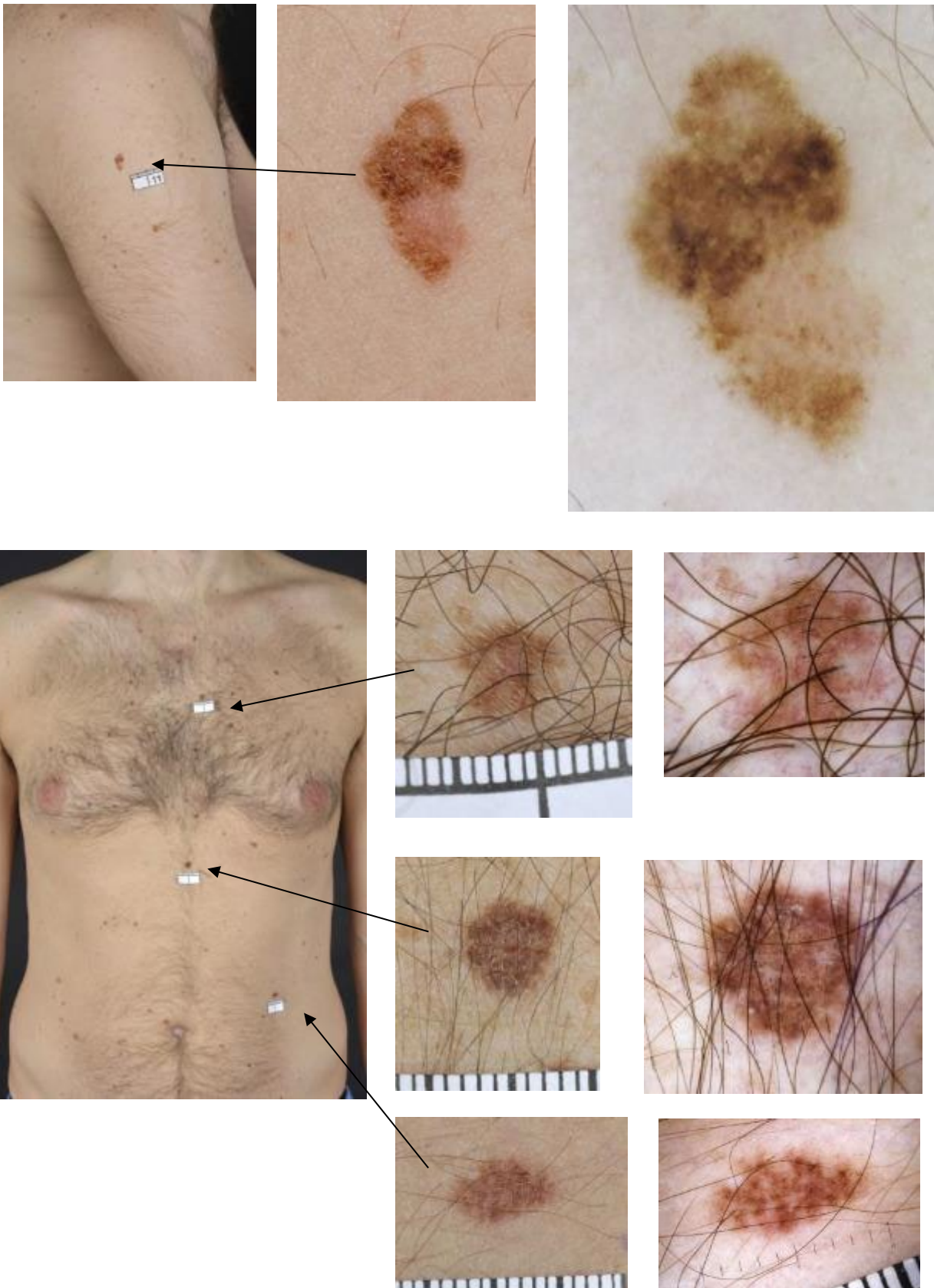
Chaos: More than one pattern (reticular lines, structureless), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown).

Clues to malignancy: Reticular lines, thick. Structureless area, eccentric. Grey structures.

I lesionen förekommer möjligen ett ljusare men inte vitt *negative network*. *Reticular white lines (negative network)* skall vara vitare än hudfärgad för att vara en *clue to melanoma*.

PAD: SSM in situ.

Fall 32. 40-årig man med SSM melanom 0,4 mm tjocklek, Clark nivå II, utgående från ett histopatologiskt dysplastisk nevus på hö överarm. Många nevi av olika typer varav flertal större än 5 mm.





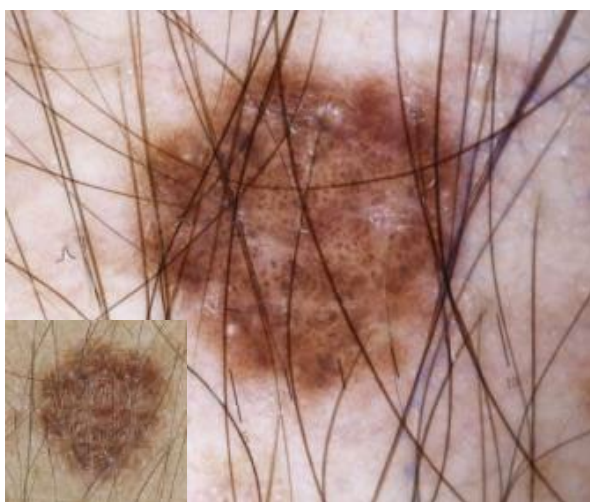
Klinik: Makulöst. 8 mm. Oregelbunden avgränsning. Varierande färg. Kliniskt nevus.

Dermatoskopi:

No chaos: One pattern (reticular lines). One color (brown).

No clues to malignancy.

Förenligt med Clarks nevus. Ej exciderad.



Klinik: Lätt papulöst. 12 mm. Regelbunden färg och avgränsning. Kliniskt nevus.

Dermatoskopi:

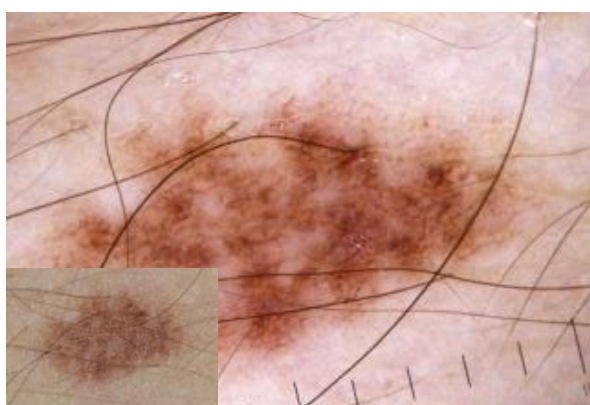
No chaos: More than one pattern (Clods centrally arranged. Reticular lines in the periphery), symmetric. Two colors (light brown in the center, dark brown in the periphery), symmetric.

No clues to malignancy.

I lesionen förekommer möjligen ett ljusare men inte vitt *negative network* som ligger centralt och symmetriskt inom lesionen. Det har i detta fall istället tolkats som *brown clods* mot en ljusare brun eller hudfärgad bakgrund och är då inget *clue to melanoma*.

Reticular white lines (negative network) skall vara vitare än hudfärgad för att vara en *clue to melanoma*.

Förenligt med nevus av Clarks eller yttlig kongenital typ. Ej exciderad.



Klinik: Makulöst med minimal papulös komponent. 14 mm. Oregelbunden avgränsning. Varierande färg. Kliniskt nevus.

Dermatoskopi:

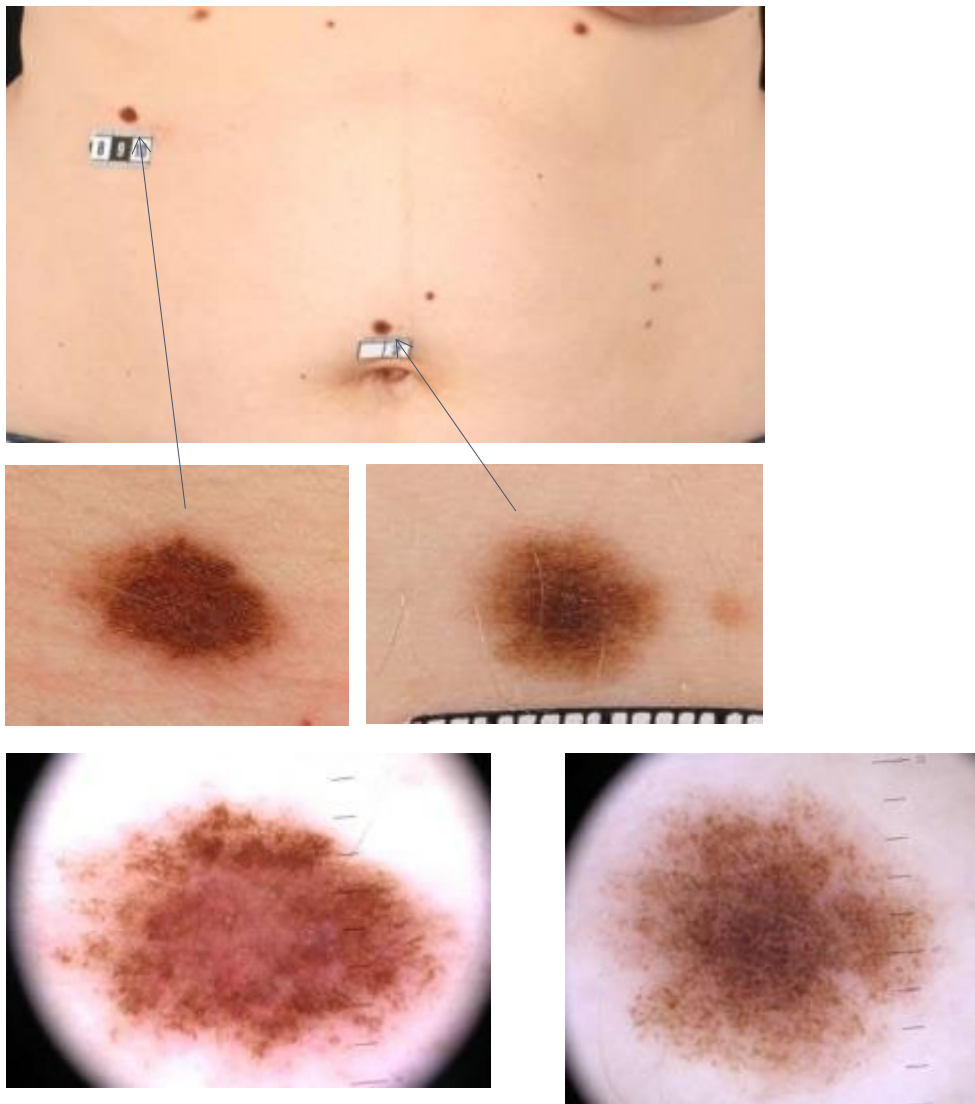
No chaos: One pattern (lines reticular or branched).

One color (brown, variegated), symmetric.

No clues to malignancy.

Förenligt med Clarks nevus eller nevus av yttlig kongenital typ. Ej exciderad.

Fall 33. 30-årig kvinna. Nyligen opererats för ett tunt melanom (0,8 mm tjocklek, Clark nivå II) och ett gravt dysplastiskt nevus på ryggen. Patienten själv orolig för två långsamt tillväxande nevi på buken.



Klinik: Långsamt tillväxande 10 mm
Långsamt tillväxande 10 mm lesion
symmetrisk avseende färg och form.

Dermatoskopi:

No chaos: More than one pattern (lines reticular and branched, structureless), symmetric. One color (brown, speckled).

Clues to melanoma: Lines reticular or branched, thick. I frånvaro av chaos en svag ledtråd men kan vara skäl till excision eller uppföljning.

PAD: Compoundnevus med lätt dysplasi.

Klinik: Långsamt tillväxande 8 mm lesion
symmetrisk avseende färg och form.

Dermatoskopi:

No chaos: More than one pattern (lines reticular, clods), symmetric. One color (brown, darker in the center).

Clues to melanoma: Subtle grey or blue structures central. I frånvaro av chaos en svag ledtråd förutom i ansiktet.

PAD: Compoundnevus med lätt dysplasi.

Fall 34. 19-årig kvinna. Medfött nevus. Ändrat form under det senaste året.



Klinik: Medfött nevus med förändrad kontur. 12 mm stor mörkbrun till svart pigmentlesion med oregelbunden kontur.

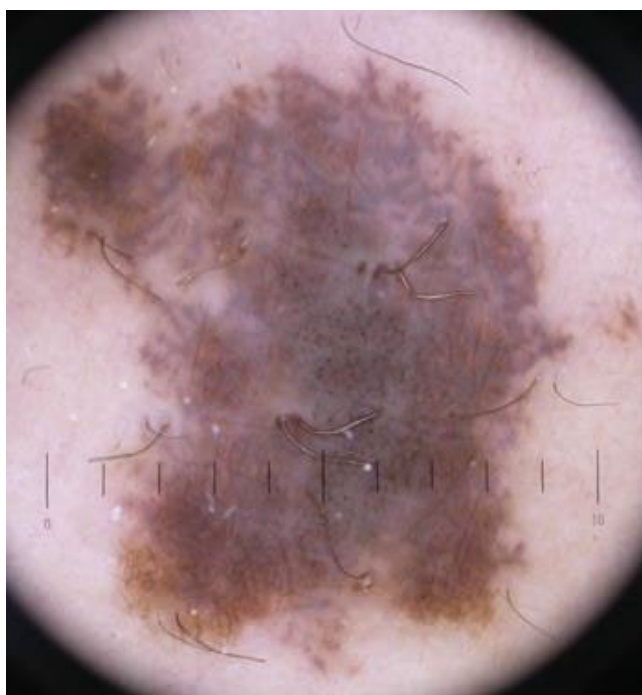
Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (lines branched and structureless), asymmetric.

More than one color (brown, grey).

Clues to malignancy: Blue or grey structures. Lines branched thick. Radial lines, segmental.

PAD: Kongenitalt nevus utan dysplasi.



Fall 35. 41-årig kvinna. Sedan 5 år tillbaka tillväxande pigmenterad lesion distalt på underben. En bekant som är blivande läkare har uppmärksammat denna.



Klinik: Sedan 5 år tillväxande 9 mm ljus till mörkt brun lesion på vad. Viss asymmetri i färg och form.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (reticular and branched lines, dots, structureless), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown).

Clues to melanoma: Grey or blue structures. (Notera att *black dots* förekommer centralt men inte perifert och är då inte ett *clue to melanoma*. *Radial lines* skall finnas i kanten och inte inom lesionen).

PAD: Måttligt till gravt dysplastiskt nevus marginalis med fokal fibros.

Fall 36. 45-årig kvinna. Nyttillkommet och snabbt tillväxande pigmenterad lesion. Klåda.



Klinik: Tillvuxit. Klåda. 6 mm stor mörkbrun till svart något oregelbunden med rodnad i periferin.

Dermatoskopi:

Chaos: One pattern (structureless). More than one color (brown, black and grey), asymmetric.

Clues to malignancy: Blue or grey structures.

PAD: Kombinerat Spitz och blått nevus.



Fall 37. 45-årig kvinna. Sedan mer än två år långsamt tillväxande pigmenterad lesion på bröstet.



Klinik: Nyttillkommen pigmentlesion sedan några år. Asymmetrisk kontur och färg, brunt och svart.

Dermatoskopi:

No chaos: More than one pattern (central structureless, peripheral reticular lines), symmetric. More than one color (central black, peripheral brown), symmetric.

No clues to malignancy.

PAD: Nevoid lentigo (ovanligt stor).

Fall 38. 30-årig kvinna. Nyttillkommen pigmentlesion på låret.



Klinik: Nyttillkommen 5 mm stor brunsvart pigmentlesion med asymmetrisk kontur.

Dermatoskopi:

No chaos: More than one pattern (radial lines in the entire circumference, central clods), symmetric. More than one color (brown, black, grey or blue, variegated), asymmetric.

Clues to malignancy: Grey or blue structures.

Radial lines ligger i detta fallet inte enbart segmentellt utan omfattar hela omkretsen.

Stämmer bäst med ett Spitznevus av Reeds typ. Bör excideras för att säkert utesluta melanom hos individer >12 år.

PAD: Reednevus.

Fall 39. 32-årig kvinna. Sedan två år tillväxande mörkt pigmenterad lesion på lårets insida.



Klinik: Nyttillkommen och tillväxande homogent svart och symmetrisk 10 mm stor pigmentlesion.

Dermatoskopi:

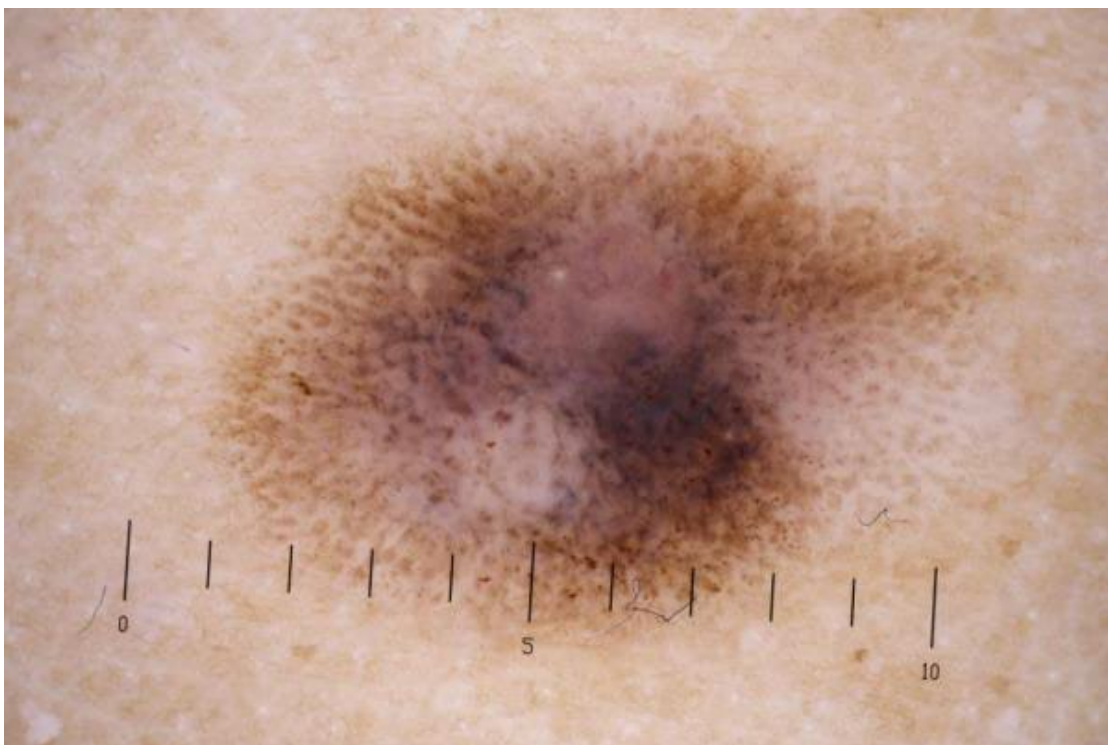
No chaos: More than one pattern (radial lines or pseudopods, structureless), symmetric. More than one color (black, grey or blue), symmetric.

Clues to Spitz tumor (Reed type): Radial lines or pseudopods in the entire circumference. Central black-grey structureless. Central wide grey lines

PAD: Atypisk spitzoid tumor med osäker malignitetspotential (STUMP). Reed-liknande bild.

Utfördes utvidgad excision till 1 cm klinisk marginal.

Fall 40. 25-årig kvinna. Så länge hon minns haft en liten pigmentlesion på högra underbenets distala framsida. Denna har under våren och sommaren tillvuxit.



Klinik: Tillväxande 10 mm stor lesion med flera färger mörkt och ljus rött, brunt och grått. Asymmetri i färg och form.

Dermatoskopi: *Chaos: More than one pattern (clods, dots, structureless), asymmetric. More than one color (brown, grey). Clues to malignancy: Grey or blue structures. White lines, reticular (negative network). Polymorphous vessels.*

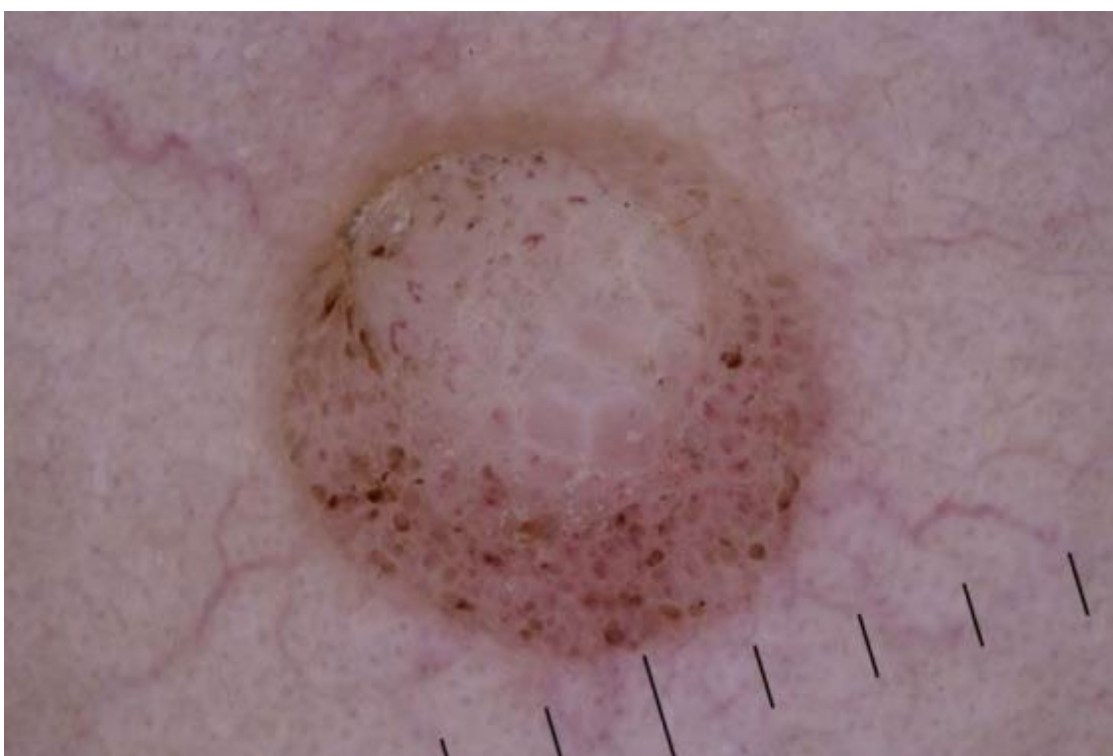
Clues to pigmented Spitz tumor: White lines between clods. Brown clods in the periphery, grey structureless in the center. Central wide grey lines.

PAD: Atypisk spitzoid tumor av compoundtyp med betydande avvikelser (STUMP).

Utfördes kompletterande molekylärbiologiska analyser (aCGH =komparativ genomhybridisering) som inte visade kromosomala tillskott eller förluster. Slutlig bedömning därför i första hand Spitz nevus. Inklusive utvidgad excision borttagen med 1 cm klinisk marginal.



Fall 41. 6-årig pojke. Snabbt tillväxande röd nodulus på kinden.



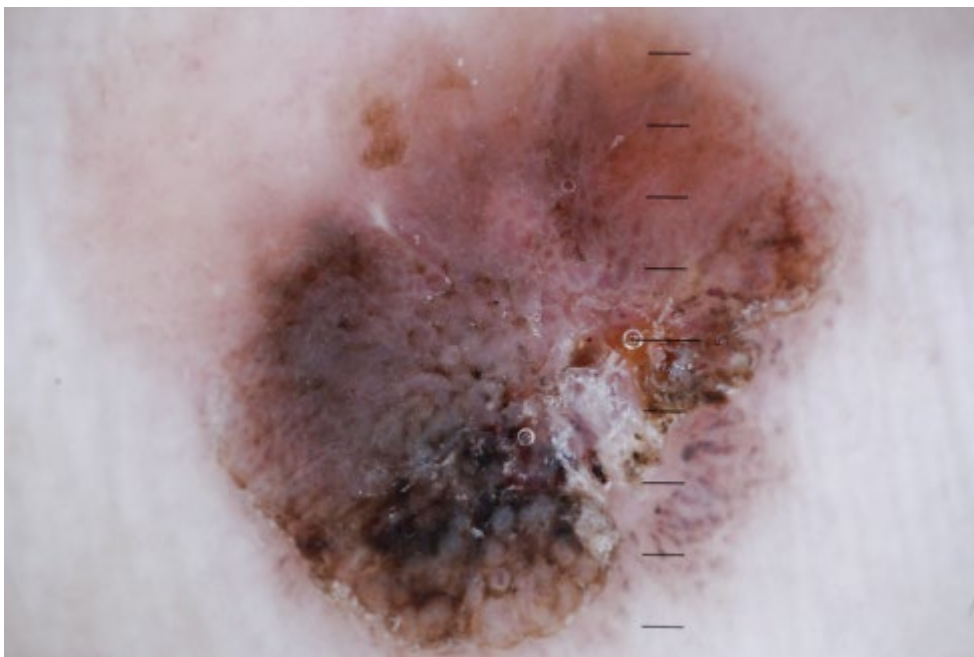
Klinik: Snabbt tillväxande 6 mm stor rosa-röd nodulus i ansiktet på ett barn.

Dermatoskopi:

No chaos: One pattern (clods). More than one color (brown, light red), symmetric. No clues to malignancy. Clues to Spitz nevus: Light brown and skin colored clods, peripheral. Larger polygonal skin colored clods, central.

PAD: Klassiskt Spitznevus.

Fall 42. 74-årig kvinna. Har sedan så långt hon minns haft en pigmentlesion på vänster sida av bröstkorgen. För 20 år sedan u s denna hos hudläkare och bedömdes då som benign. I samband med självundersökning av bröstet känt att denna hade blivit annorlunda. Har haft viss klåda. Undersöks på hudklinik på Euromelanoma dag.



Klinik: Tidigare känd pigmentlesion som förändrats. Klåda. 12 mm stor upphöjd fast pigmenterad lesion med asymmetri i färg (ljus rött, brunt och svart) och form. Perifer rodnad. Liten krusta och fjällning.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (dots, clods, structureless), asymmetric. Multiple colors (light brown, dark brown, black, grey, pink).

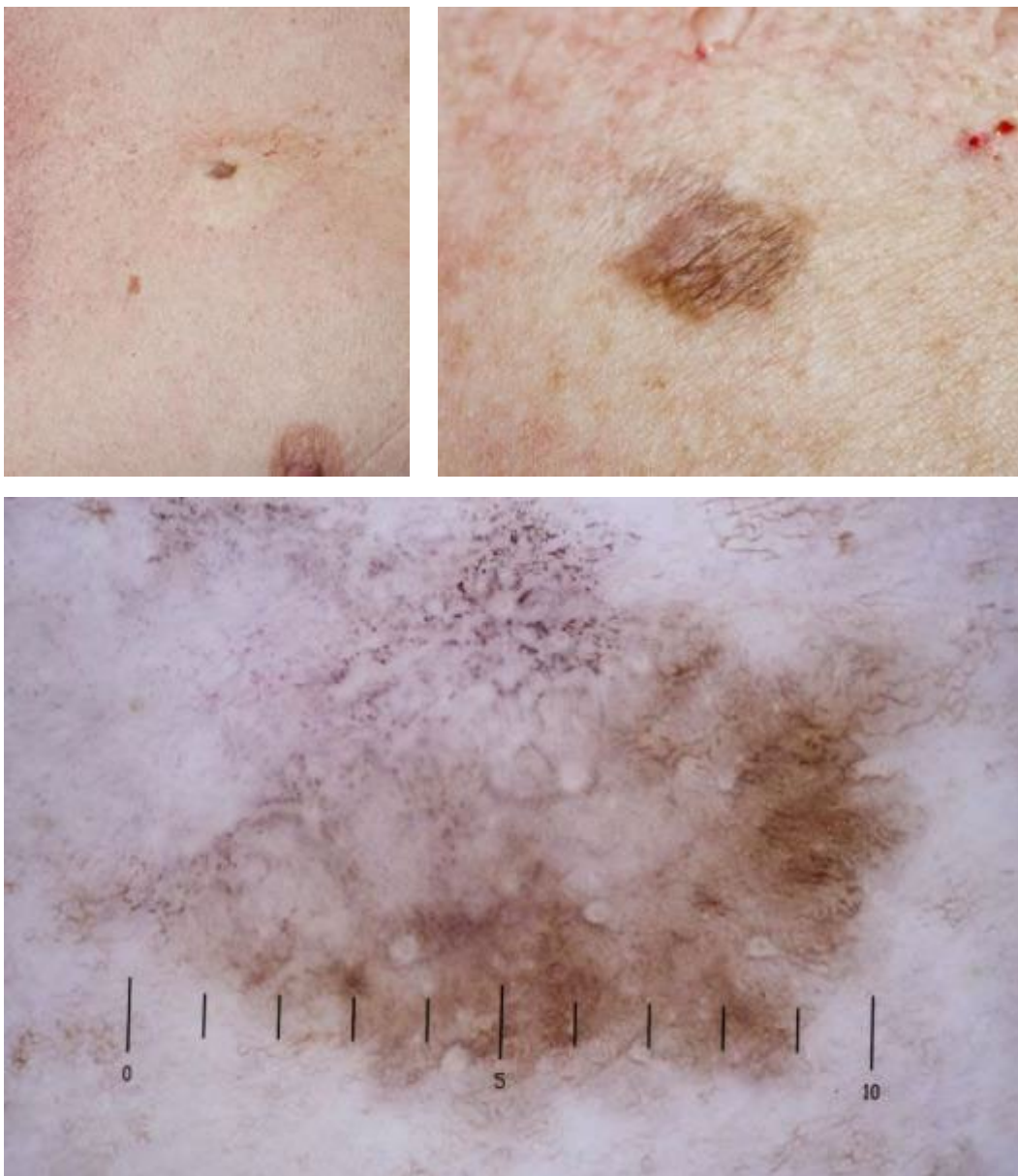
Clues to malignancy: Structureless area, eccentric. Grey or blue structures. Black clods, peripheral.

Polymorphous vessels.

Clues to seborrheic keratosis: Thick lines curved. Circles.

PAD: Kraftigt inflammerat skivepitelpapillom ("irriterad" seborrhoisk keratos) med övergång till benign lichenoid keratos. Inga identifierade melanocyter vid immunfärgning.

Fall 43. 58-årig kvinna. Sedan minst 3 år tillbaks haft en pigmenterad lesion över bröstet som sedan 3-4 månader tillbaka förändrats, blivit mer upphöjt och varit lättblödande.



Klinik: Förändring, på kort tid blivit tjockare och funnits blödning. 12x7 mm stor lesion, asymmetrisk avseende färg och form, mörkt brunt med ett inslag av grått pigment samt övre segment med en ljusare komponent.

Dermatoskopi:

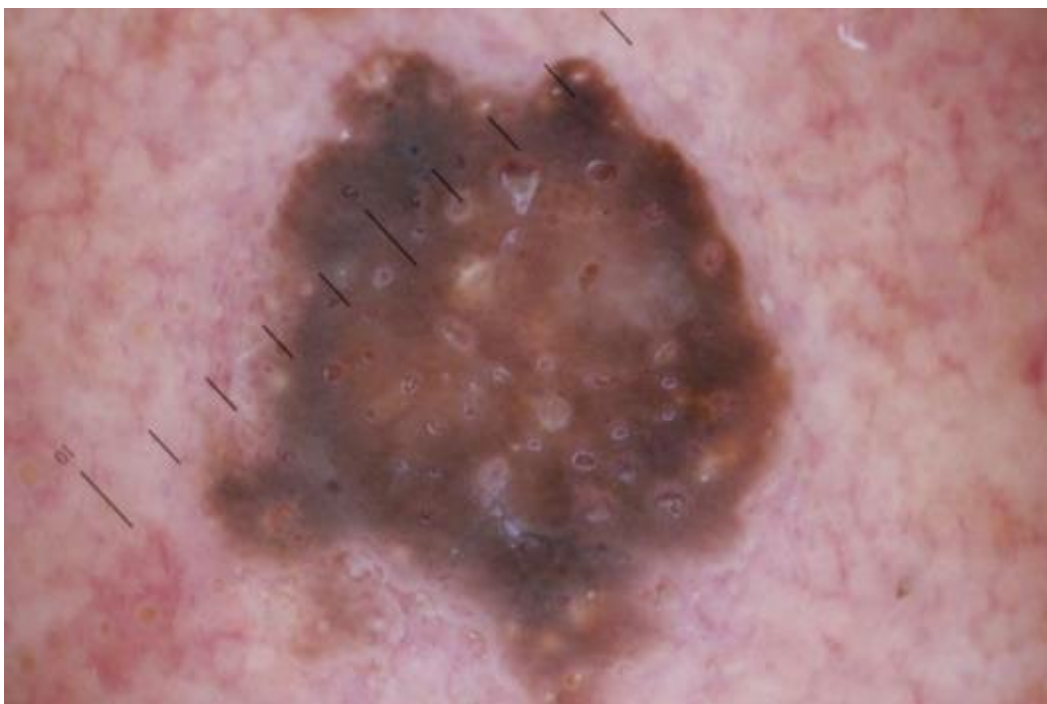
Chaos: More than one pattern (thin curved lines and dots), asymmetric. More than one color (brown, grey or blue).

Clues to malignancy: Grey or blue structures (dots).

Clues to lentigo solaris: lines curved thin (fingerprinting). Circles.

PAD: Diagnostisk excision visar benign lichenoid keratos (övre segmentet) och lentigo solaris (nedre segmentet).

Fall 44. 56-årig man. Sedan några år pigmenterad lesion i ansiktet.
Uppmuntrad av hustrun att låta undersöka denna.



Klinik: Långsamt utvecklad pigmentlesion på kind. 9 mm stor svartbrun, skarpt avgränsad, upphöjd.

Dermatoskopi:

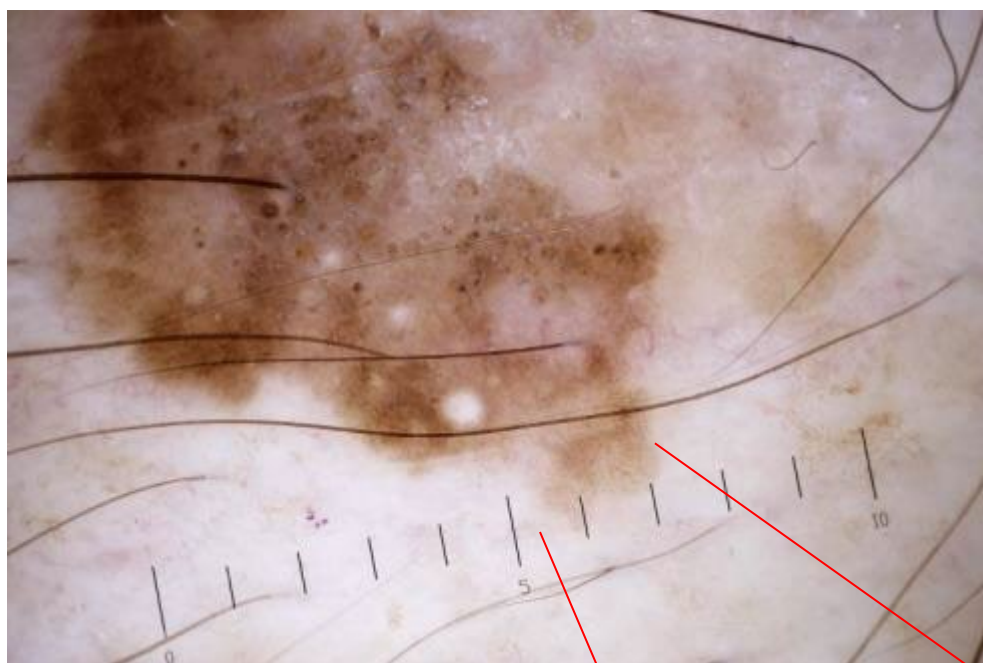
Chaos: More than one pattern (clods, structureless), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown).

Clues to malignancy: Grey or blue structures (structureless).

Clues to seborrheic keratosis: Demarcated scalloped borders. Multiple large white and yellow clods. Circles.

PAD: Shavebiopsi visade seborrhoisk keratos.

Fall 45. 74-årig man. Kontroller efter att tre år tidigare ha diagnostiserats med 4 melanom av SSM-typ. Ett med tjocklek 1,5 mm och övriga 3 in situ. Noteras en 14 mm pigmenterad lesion på höger axel.



Klinik: Kontroller pga. multipla melanom. En 14 mm stor pigmenterad lesion, asymmetrisk avseende färg och form. Torr keratotisk yta.

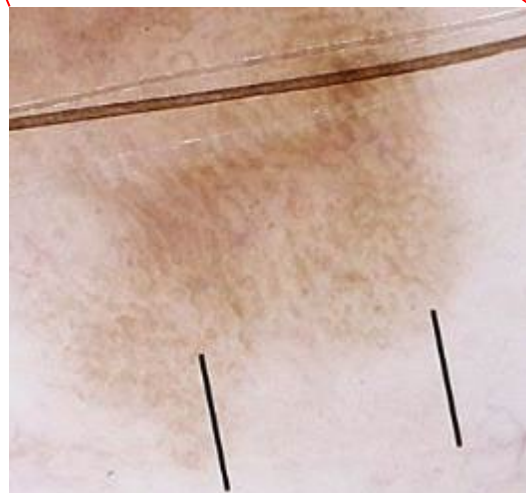
Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (reticular lines branched, clods, structureless), asymmetric. More than one color (light brown, dark brown).

No clues to malignancy.

Clues to seborrheic keratosis: Sharply demarcated scalloped borders. White clods (milia like cysts). Yellow, orange and brown polygonal clods. Lines curved (fingerprinting). Circles.

PAD: Lentigo solaris med övergång till seborrhoisk keratos.



Fall 46. 53-årig man, vid undersökning för annan diagnos hos gastroenterolog noteras pigmenterad lesion i ryggslutet och som remitteras med misstanke om melanom.



Klinik: Av patienten ej uppmärksammas pigmenterad tumör på ryggen. Brun 15x20 mm stor lesion med central vitt ärrlikt parti.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one structure (clods, structureless), asymmetric. Colors: More than one color (brown, orange, yellow).

No clues to malignancy.

Clues to seborrheic keratosis: Brown, orange, yellow and white clods and dots. Circles. Skin colored clods with looped and coiled vessels in the center. Thick curved lines. (Crypts and milium-like structures. Cerebriform structures. Hairpin vessels.)

PAD: Akantotisk seborrhoisk keratos med centralt regressionsfenomen.

Fall 47. 68-årig man. Långsamt tillväxande pigmenterad lesion ovan höger ögonbryn.



Klinik: Långsamt tillväxande 10 mm stor pigmentlesion. Viss asymmetri i form och pigmentering.

Dermatoskopi:

No chaos: More than one pattern (thin lines curved, circles), symmetric. One color (brown).

No clues to malignancy.

Clues to lentigo solaris: Dermacated concave borders (moth eaten borders). Light brown circles. Brown lines curved thin (fingerprinting). Holes=follicular openings.

PAD: Ej biopsrad. Klinik och dermatoskopi stammer väl med en lentigo solaris.

Fall 48. 55-årig kvinna. Sedan 6 månader noterat nyttillkommen pigmenterad lesion på höger skuldra.



Klinik: Nyttillkommen 7 mm stor lesion med asymmetrisk kontur och oregelbunden mörkbrun till blåsvart pigmentering.

Dermatoskopi:

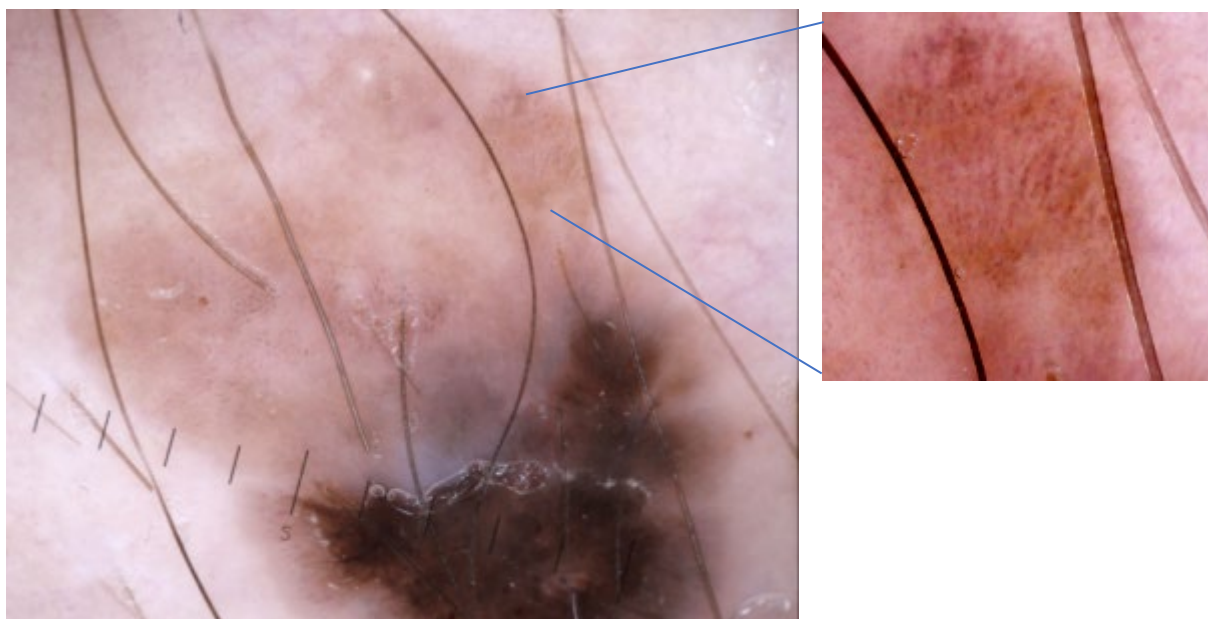
Chaos: More than one pattern (radial lines, clods and structureless), asymmetric. Multiple colors (brown, black, grey or blue).

Clues to malignancy: Lines radial, segmental. Grey or blue structures. Black clods, peripheral. Structureless area, eccentric.

Clues to basal cell carcinoma: Thick radial lines or clods joined at a common base (leaf like area). Radial lines converging at a central dot or clod (spook-wheel area).

PAD: Pigmenterad basalcelscancer.

Fall 49. 61-årig kvinna, nyligen opererad för lumsbråck, som sedan 6 månader noterat en mörkt pigmenterad lesion i höger pubisregion.



Klinik: Nyttillkommen 12 mm stor lesion med asymmetriskt brun och svart pigmentering.

Dermatoskopi:

Chaos: More than one pattern (short curved lines, radial lines, dots, structureless), asymmetric. More than one color (brown, black).

Clues to malignancy: Grey or blue structures. Structureless area, eccentric. Radial lines, segmental.

Clues to pigmented Bowen disease: Dots arranged in lines.

PAD: Pigmenterad Mb Bowen.

Referenser

- Clark WH, Jr., From L, Bernardino EA, Mihm MC. The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer research*. 1969;29(3):705-27.
2. Scolyer RA, Long GV, Thompson JF. Evolving concepts in melanoma classification and their relevance to multidisciplinary melanoma patient care. *Molecular oncology*. 2011;5(2):124-36.
3. Nationellt kvalitetsregister för hudmelanom. Diagnosår 1995-2008 2016. Available from: http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/hud/kvalitetsregister/melanom_natkvalreg1990-2008.pdf.
4. Bergenmar M, Hansson J, Brandberg Y. Detection of nodular and superficial spreading melanoma with tumour thickness $\leq$ 2.0 mm--an interview study. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation*. 2002;11(1):49-55.
5. Geller AC, Elwood M, Swetter SM, Brooks DR, Aitken J, Youl PH, et al. Factors related to the presentation of thin and thick nodular melanoma from a population-based cancer registry in Queensland Australia. *Cancer*. 2009;115(6):1318-27.
6. Chamberlain AJ, Fritschi L, Kelly JW. Nodular melanoma: patients' perceptions of presenting features and implications for earlier detection. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2003;48(5):694-701.
7. Kalkhoran S, Milne O, Zalaudek I, Puig S, Malvehy J, Kelly JW, et al. Historical, clinical, and dermoscopic characteristics of thin nodular melanoma. *Archives of dermatology*. 2010;146(3):311-8.
8. Smalberger GJ, Siegel DM, Khachemoune A. Lentigo maligna. *Dermatologic therapy*. 2008;21(6):439-46.
9. Phan GQ, Messina JL, Sondak VK, Zager JS. Sentinel lymph node biopsy for melanoma: indications and rationale. *Cancer control : journal of the Moffitt Cancer Center*. 2009;16(3):234-9.
10. Soon SL, Solomon AR, Jr., Papadopoulos D, Murray DR, McAlpine B, Washington CV. Acral lentiginous melanoma mimicking benign disease: the Emory experience. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2003;48(2):183-8.
11. Phan A, Touzet S, Dalle S, Ronger-Savle S, Balme B, Thomas L. Acral lentiginous melanoma: a clinicoprognostic study of 126 cases. *The British journal of dermatology*. 2006;155(3):561-9.
12. Zedek DC, McCalmont TH. Spitz nevi, atypical spitzoid neoplasms, and spitzoid melanoma. *Clinics in laboratory medicine*. 2011;31(2):311-20.
13. Busam KJ. Desmoplastic melanoma. *Clinics in laboratory medicine*. 2011;31(2):321-30.



14. Singh AD, Borden EC. Metastatic uveal melanoma. *Ophthalmology clinics of North America*. 2005;18(1):143-50, ix.
15. Tucker MA, Halpern A, Holly EA, Hartge P, Elder DE, Sagebiel RW, et al. Clinically recognized dysplastic nevi. A central risk factor for cutaneous melanoma. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1997;277(18):1439-44.
16. Chang YM, Newton-Bishop JA, Bishop DT, Armstrong BK, Bataille V, Bergman W, et al. A pooled analysis of melanocytic nevus phenotype and the risk of cutaneous melanoma at different latitudes. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2009;124(2):420-8.
17. Bataille V, Grulich A, Sasieni P, Swerdlow A, Newton Bishop J, McCarthy W, et al. The association between naevi and melanoma in populations with different levels of sun exposure: a joint case-control study of melanoma in the UK and Australia. *British journal of cancer*. 1998;77(3):505-10.
18. Longo C, Rito C, Beretti F, Cesinaro AM, Pineiro-Maceira J, Seidenari S, et al. De novo melanoma and melanoma arising from pre-existing nevus: in vivo morphologic differences as evaluated by confocal microscopy. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2011;65(3):604-14.
19. Sagebiel RW. Melanocytic nevi in histologic association with primary cutaneous melanoma of superficial spreading and nodular types: effect of tumor thickness. *The Journal of investigative dermatology*. 1993;100(3):322s-5s.
20. Tsao H, Bevona C, Goggins W, Quinn T. The transformation rate of moles (melanocytic nevi) into cutaneous melanoma: a population-based estimate. *Archives of dermatology*. 2003;139(3):282-8.
21. Dal Pozzo V, Benelli C, Restano L, Gianotti R, Cesana BM. Clinical review of 247 case records of Spitz nevus (epithelioid cell and/or spindle cell nevus). *Dermatology*. 1997;194(1):20-5.
22. Kittler H, Tschandl P. Dysplastic nevus: why this term should be abandoned in dermatoscopy. *Dermatologic clinics*. 2013;31(4):579-88, viii.



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