
Føflekker og melanom

LEDER

HENRIK JESPERSEN

hejes@ous-hf.no

Henrik Jespersen er ph.d., spesialist i onkologi og overlege ved Avdeling for kreftbehandling ved Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hvor skarp er egentlig grensen mellom kreft, forstadier til kreft og ufarlige pigmentflekker?

Hudmelanom er den raskest økende kreftsykdommen i Norge og store deler av Europa og Nord-Amerika (1). Økningen tilskrives ofte økt eksponering for ultrafiolett stråling pga. endrede solvaner. Samtidig viste Welch og medarbeidere i 2021 at selv i et hypotetisk ekstremscenario kan økt solesponering kun forklare en liten del av økningen i melanominsidens i USA (2). Det må finnes andre bidragende årsaker. At dødeligheten av melanom i samme periode har ligget stabilt, kan tyde på betydelig overdiagnostikk.

Norge stikker seg imidlertid ut i melanomstatistikken. Ikke bare er melanomdødeligheten her blant de høyeste i verden, den er også – i motsetning til i de fleste andre land – stigende. Norske pasienters melanomer er tykkere og oppdages senere enn melanomer hos pasienter i våre naboland (3). Primærtumorens størrelse har prognostisk betydning for de fleste kreftformer, men der målestokken ellers typisk er et antall centimeter, utgjør selv mikroskopiske forskjeller i tykkelsen av et melanom en dramatisk forskjell i prognose: Nesten alle pasienter operert for melanomer tynnere enn én millimeter vil være kurert, mens opp mot halvparten av pasientene operert for melanomer tykkere enn fire millimeter vil utvikle metastaser innen fem år (4).

Det er en særegenhet ved melanom at primærtumorens framvekst kan inspiseres med det blotte øye og fjernes i tidlige stadier uten større risiko eller ubehag. Samtidig befinner tynne melanomer og forstadier til melanom seg på et morfologisk kontinuum sammen med ufarlige føflekker med ulike grader av celleforandringer. Siden grensedragningen mellom benign og malign hviler på subjektive kriterier og patologens skjønn, er vurdering av pigmenterte

hudlesjoner en utfordrende oppgave. Internasjonale studier har vist at interobservatørvariasjonen er stor, og at det har skjedd en glidning mot at lesjoner som tidligere ble vurdert som benigne, blir vurdert som melanom noen tiår senere (5, 6).

«Siden grensedragningen mellom benign og malign hviler på subjektive kriterier og patologens skjønn, er vurdering av pigmenterte hudlesjoner en utfordrende oppgave»

Epidemiologiske forskjeller gjør at det er god grunn til å undersøke om det samme er tilfelle i Norge, hvilket Gjersvik og medarbeidere gjør i en studie som nå publiseres i Tidsskriftet (7). Her har 196 pigmenterte hudlesjoner fra 2009 og 2018–19 blitt systematisk revurdert av tre erfarne patologer. I likhet med tidligere internasjonale studier finner de et lite tilfredsstillende samsvar mellom studiens patologer. Heldigvis er samsvaret best der det teller som mest, dvs. for invasive melanomer, men også her finner de flere eksempler på motstridende vurderinger. Dessverre har destruksjon av sykehusets preparater fra 1999 begrenset forfatterens ambisjoner om å undersøke endring av diagnostikk over tid. At nesten en tredjedel av revurderingene av preparatene fra 2009 resulterer i en mer alvorlig diagnose enn den opprinnelige, gjør det derimot nærliggende å tro at en diagnostisk glidning kan ha bidratt til den økende insidensen også i Norge.

Selv om den histopatologiske vurderingens millimeterpresisjon gjør den til en ubestridt gullstandard for risikovurdering av melanomer, illustrerer studien til Gjersvik og medarbeidere at metoden har mangler, særlig i gråsonen mellom det klart benigne og det klart maligne. Flere molekylærpatologiske metoder er allerede etablert som rutinemessig komplement til morfologisk utseende og immunhistokjemiske markører, men har langt ifra vist sitt fulle potensial. Innen få år vil for eksempel analyser av primære melanomers genuttrykk forhåpentligvis kunne bidra til å avdekke hvilke som har særlig høy risiko for å spre seg (8).

Historisk sett har melanom med spredning vært en sykdom med svært begrensede behandlingsmuligheter. Det siste tiåret har dette heldigvis endret seg radikalt med innføringen av både målrettet behandling og immunterapi. Disse behandlingsformene har også vist seg svært effektive i å forebygge tilbakefall hos opererte pasienter. Patologiens rolle i korrekt prognostisering er derfor viktigere enn noen gang. Parallelt har det også skjedd vesentlige endringer i den kirurgiske håndteringen. I en klinisk oversiktsartikkel som også publiseres i Tidsskriftet nå, bidrar Berentzen og medarbeidere med oppdatert kunnskap for å sikre korrekt utredning og primærbehandling av primære melanomer, en av våre vanligste kreftsykdommer (9).

REFERENCES

1. Årsrapport 2020 - Nasjonalt kvalitetsregister for melanom. Oslo: Kreftregisteret, 2021.
<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021->

10/%C3%85rsrapport%20Nasjonalt%20kvalitetsregister%20for%20melanom%202020.pdf Lest 4.10.2022.

2. Welch HG, Mazer BL, Adamson AS. The Rapid Rise in Cutaneous Melanoma Diagnoses. *N Engl J Med* 2021; 384: 72–9. [PubMed][CrossRef]
3. Robsahm TE, Helsing P, Nilssen Y et al. High mortality due to cutaneous melanoma in Norway: a study of prognostic factors in a nationwide cancer registry. *Clin Epidemiol* 2018; 10: 537–48. [PubMed][CrossRef]
4. Bleicher J, Swords DS, Mali ME et al. Recurrence patterns in patients with Stage II melanoma: The evolving role of routine imaging for surveillance. *J Surg Oncol* 2020; 122: 1770–7. [PubMed][CrossRef]
5. Frangos JE, Duncan LM, Piris A et al. Increased diagnosis of thin superficial spreading melanomas: A 20-year study. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67: 387–94. [PubMed][CrossRef]
6. Elmore JG, Barnhill RL, Elder DE et al. Pathologists' diagnosis of invasive melanoma and melanocytic proliferations: observer accuracy and reproducibility study. *BMJ* 2017; 357: j2813. [PubMed][CrossRef]
7. Gjersvik P, Veierød M, Thompson A et al. Histopatologisk revurdering av melanom og andre melanocytære hudlesjoner eksidert i 2009 og 2018–19. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0204. [CrossRef]
8. Garg M, Couturier DL, Nsengimana J et al. Tumour gene expression signature in primary melanoma predicts long-term outcomes. *Nat Commun* 2021; 12: 1137. [PubMed][CrossRef]
9. Berentzen Å, Brevig T, Hermann R et al. Melanom – utredning og primærbehandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0043. [CrossRef]

Publisert: 24. oktober 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0626
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.