

Primaarimelanooman kirurginen hoito

Suomen Melanoomaryhmän suositus 2018

1. Primaarimelanooman leikkaushoito

Leikkausmarginaali

- Breslow'n mitta ≤ 2.0 mm: leikkausmarginaali 1 cm
- Breslow'n mitta > 2.0 mm: leikkausmarginaali 2 cm
- Anatomiset olosuhteet huomioiden
- Leikkausmarginaalia suurennetaan, jos primaarituumoriin liittyy satelliittipesäkkeitä

Primaarituumorin kirurgisen hoidon tekniikasta

- Melanooma tai poistetun melanooman arpi poistetaan edellä mainituin marginaalein ja ihonalainen rasva faskiatasolle saakka tai anatomiset olosuhteet huomioiden
- Poisto tehdään ihopoimujen suuntaisesti, paitsi raajoissa raajan akselin ja imuteiden suuntaisesti, jolloin suora sulkua on usein mahdollinen
- Sulkumenetelminä käytetään suoraa sulkua, paikallisia kielekkeitä, ihonsiirtoa tai poikkeustapauksissa jopa mikrovaskulaarista kielekettä

2. Vartijasolmukebiopsia

- Melanooman vartijasolmukebiopsia voidaan tehdä sairaalassa, jossa on isotooppilaboratorio ja menetelmän käytössä tarvittavaa kirurgista ja patologistaa erityisosaamista
- Ennen vartijasolmukebiopsiaa potilaalle tehdään kliininen tutkimus, erityisesti imusolmukealueiden palpaatio
- Jos palpaation tai melanooman paksuuden (Breslow'n mitta yli 4 mm) perusteella epäillään lähi-imusolmukealueen etäpesäkkeitä, potilaalle tehdään ennen leikkausta imusolmukealueen ultraäänitutkimus, ja epäilyttävistä imusolmukeista otetaan ohutneulabiopsia
- Jos epäilyttävässä imusolmukeessa todetaan ohutneulabiopsian perusteella etäpesäke, potilaalle ei tehdä vartijasolmukebiopsiaa vaan imusolmuke-evakuaatio

Vartijasolmukebiopsian indikaatio

- Vartijasolmukebiopsia suositellaan tehtäväksi, jos Breslow'n mitta on ≥ 1.0 mm ja melanooma on kliinisesti paikallinen (aste I–II, cN0).
- Vartijasolmukebiopsiaa voidaan harkita ohuissa T1-melanoomissa (paksuus < 1 mm), jos primaarituumorin kasvainluokka on T1b (Breslow 0.8-1.0 mm tai melanooma on ulseroitunut)
- Vartijasolmukebiopsiaa voidaan harkita myös histologisesti vaikeasti tulkittavissa kasvaimissa, jos melanooman todennäköisyyden arvioidaan olevan suuri ja sen paksuus on ≥ 1.0 mm

Vasta-aiheet

- Vartijasolmukebiopsiaa ei tehdä potilaille, joiden yleistila on hyvin heikko ja elinajan ennuste lyhyt korkean iän tai vakavien liitännäissairauksien vuoksi
- Vartijasolmukebiopsiaa ei tehdä potilaalle, jolla on kliinisesti todettuja etäpesäkkeitä imusolmukkeissa tai muihin elimiin levinnyt melanooma
- Raskaus ei ole vartijasolmukkeen gammakuvaukselle ehdoton vasta-aihe, mutta patenttisiväriä ei tule käyttää

3. Primaarihoitovaiheen imusolmuke-evakuaatio

Imusolmukkeen makrometastaasi

- Primaarihoitovaiheen imusolmuke-evakuaation tärkein aihe on lähi-imusolmukealueen makrometastaasi, jolla tarkoitetaan kliinisesti ja/tai kuvantaen todettua ja sytologisesti/histopatologisesti varmennettua lähi-imusolmukealueen etäpesäkettä

Vartijasolmukkeen mikrometastaasi

- Mikrometastaasilla tarkoitetaan vartijasolmukkeen histopatologisen tutkimuksen (HE- tai immunohistokemiallinen värjäys) perusteella todettua etäpesäkettä
- Jos potilaalla todetaan vartijasolmukkeen mikrometastaasi, muissa saman alueen imusolmukkeissa on mikroskooppisia etäpesäkkeitä noin 10–20 %:n todennäköisyydellä
- **Vartijasolmuke-positiiviselle potilaalle voidaan suositella imusolmuke-evakuaation vaihtoehtona seurantaa, koska varhainen imusolmuke-evakuaatio ei satunnaistettujen tutkimusten perusteella paranna millään kriteereillä melanoomapotilaan elinajan ennustetta**
- Imusolmuke-evakuaatiota voidaan harkita erityisillä kriteereillä, jotka saattavat lisätä imusolmukemetastaasien todennäköisyyttä tai joiden suhteen tutkimustieto on puutteellinen (Taulukko 1)
- Potilasta tulee informoida varhaisen imusolmuke-evakuaation eduista (mahdollisesti parempi taudin paikallinen kontrolli) ja haitoista (erityisesti lymfedeman riski 24 %)
- Päätöksen imusolmuke-evakuaatiosta tai sen tekemättä jättämisestä tekee kirurgi yhdessä potilaan kanssa
- Hoitopäätöksen tukena voi olla sairaalassa toimivan moniammatillisen ihotuumorityöryhmän suositus
- Jos vartijasolmuke-positiiviselle potilaalle ei tehdä varhaisvaiheen imusolmuke-evakuaatiota, seurannan tulee tapahtua erikoissairaanhoidossa syöpätautien ja/tai kirurgian yksikössä yliopistollisen keskussairaalan määrittämän protokollan mukaan
- Seurannan aikana melanooma voi uusiutua lähialueen imusolmukkeisiin, ja tällöin useimmissa tapauksissa melanooma on levinnyt myös muihin elimiin
- Jos melanooma seurannan aikana uusiutuu imusolmukkeisiin, ja leviämistä muihin elimiin ei todeta, potilaalle tehdään imusolmuke-evakuaatio

Taulukko 1.

Vartijasolmuke-positiivisella potilaalla imusolmuke-evakuaatiota puoltavat erityiset kriteerit

- Metastaattisten vartijasolmukkeiden lukumäärä ≥ 3
 - Etäpesäkkeen koko imusolmukkeessa ≥ 4.0 mm
 - Etäpesäkkeen invaasio imusolmukkeen ulkopuolelle rasvakudokseen
 - Primaarituumorin satelliittipesäkkeet
 - Vartijasolmukkeen imutieinvaasio
 - Potilaan immunosuppressiivinen lääkitys
 - Lisäkriteerit, jotka huomioidaan muiden tekijöiden ohella: Breslow'n mitta ≥ 4.0 mm, melanooman ulseraatio
-

Kirjallisuutta

- Faries ym. Completion dissection or observation for sentinel-node metastasis in melanoma. N Engl J Med 2017.
- Leiter ym. Complete lymph node dissection versus no dissection in patients with sentinel lymph node biopsy positive melanoma (DeCOG-SLT): a multicentre, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncology 2016.
- Wong ym. Sentinel node biopsy and management of regional lymph nodes in melanoma: American Society of Clinical Oncology and Society of Surgical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol 2017.

Työryhmä

- Ilkka Koskivuo, Tyks Plastiikka- ja yleiskirurgia
- Micaela Hernberg, HUS Syöpätaudit
- Suvi Ilmonen, HUS Plastiikkakirurgia
- Tiina Jahkola, HUS Plastiikkakirurgia
- Susanna Juteau, HUS Patologia
- Siru Mäkelä, HUS Syöpätaudit
- Johanna Palve, Tays Plastiikkakirurgia
- Mikko Vuoristo, HUS Plastiikkakirurgia

Hoito-ohje on esitelty Suomen Melanoomaryhmä ry:n kevätkokouksessa Helsingissä 8.3.2018.