

Ihomelanooman kirurginen hoito

Suomen Melanoomaryhmä ry:n suositus 2022

1. Melanoomaksi epäillyn muutoksen diagnostinen poisto

- Epäilyttävien luomien tai muiden ihomuutosten tutkiminen ja poisto toteutetaan perusterveydenhuollossa
- Melanoomaksi epäilty muutos poistetaan aina jos mahdollista kokonaan pienellä (1-2 mm) marginaalilla
- Muutos poistetaan ihopoimujen suuntaisella veneiillolla, mutta raajoissa akselin suuntaisesti
- Jos muutos on kookas tai sijaitsee anatomisesti ongelmallisella alueella, muutoksesta voidaan ottaa osabiopsia veneiillolla tai biopsiastanssilla
- Muutos lähetetään histopatologiseen tutkimukseen, ja jos melanoomadiagnoosi varmistuu, potilas lähetetään melanooman kirurgiseen hoitoon perehtyneeseen erikoissairaanhoidon yksikköön (plastiikkakirurgia/yleiskirurgia/ihotaudit).
- Pään ja kaulan alueen melanoomien hoito on STM:n asetuksella keskitetty yliopistollisiin keskussairaaloihin, mutta potilaskohtainen harkinta on mahdollista esim. vanhusten kohdalla

2. Primaarimelanooman leikkaushoito erikoissairaanhoidossa

2.1 Leikkausmarginaali

- Melanooma in situ: leikkausmarginaali 5 mm
- 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

2.2 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

2.3 Vartijasolmukebiopsia

- Melanooman vartijasolmukebiopsia voidaan tehdä sairaalassa, jossa on isotooppilaboratorio ja menetelmän käytössä tarvittavaa kirurgista ja patologista 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 kuvantamistutkimus (UÄ/CT), ja epäilyttävistä imusolmukkeista otetaan kuvantamisohjattu neulanäyte, mielellään paksuneulabiopsia
- Jos epäilyttävässä imusolmukkeessa todetaan neulabiopsian perusteella etäpesäke, tehdään levinneisyystutkimukset ja konsultoidaan syöpälääkäreitä
- Jos lähialueen imusolmukkeissa todetaan makroskooppiset etäpesäkkeet, läike- tai leikkaushoitoa harkitaan moniammatillisessa ihokasvaintyöryhmässä

2.4 Vartijasolmukebiopsian indikaatio

- Vartijasolmukebiopsia suositellaan tehtäväksi, jos Breslow'n mitta on > 1.0 mm ja melanooma on kliinisesti paikallinen (T2-4N0M0, AJCC-aste IB–IIC).
- Vartijasolmukebiopsiaa voidaan harkita ohuissa T1-melanoomissa (paksuus ≤ 1 mm), jos primaarituumorin kasvainluokka on T1b (Breslow 0.8-1.0 mm tai melanooma on ulseroitunut) erityisesti, jos T1b-melanoomaan liittyy muita imusolmukemetastasoinnin riskiä suurentavia tekijöitä: esim. potilaan nuori ikä (<40 - 50 v.), primaarikasvaimen mitoosit tai lymfovaskulaarinen invaasio
- Vartijasolmukebiopsiaa voidaan harkita myös histologisesti vaikeasti tulkittavissa kasvaimissa (MELTUMP), jos melanooman todennäköisyyden arvioidaan olevan suuri ja sen paksuus on > 1.0 mm
- Vartijasolmukebiopsiaa voidaan harkita, jos melanooman paksuus on jäänyt epäselväksi epäadekvaatin biopsiatavan vuoksi

2.5 Vartijasolmukebiopsian 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 vartijasolmukkeeseen gammakuvaukselle ehdoton vasta-aihe, mutta patenttisiniväriä ei tule käyttää

2.6 Vartijasolmukebiopsian erityistilanteet

- Syvän inguinaalialueen (iliaca-alue, pelvis-alue) vartijasolmukkeet voidaan jättää poistamatta, jos radioaktiivisimmat vartijasolmukkeet paikantuvat pinnalliselle nivusalueelle ja niistä saadaan edustavat näytteet
- Parotisrauhanen sisällä sijaitseva vartijasolmuke suositellaan poistettavaksi yhteistyössä H&N kirurgin kanssa

2.7 Imusolmuke-evakuaatio

- Jos potilaan vartijasolmukkeessa todetaan mikrometastaasi, rutiinimaista täydentävää imusolmuke-evakuaatiota (CLND, completion lymph node dissection) ei suositella, koska vain n. 20 %:lla voidaan todeta etäpesäkkeitä muissa imusolmukkeissa, ja heillä imusolmuke-evakuaatio ei paranna elinajan ennustetta, mutta voi aiheuttaa merkittäviä jälkihaittoja, kuten kroonista lymfedeemaa
- Hoidollista imusolmuke-evakuaatiota (TLND, therapeutic lymph node dissection) harkitaan ihokasvaintyöryhmän päätöksellä niille potilaille, joilla todetaan lähi-imusolmukealueen kliininen makrometastaasi, jolla tarkoitetaan palpaatiolla ja/tai kuvantaen todettua ja histopatologisesti varmennettua etäpesäkettä
- Jos potilaalla todetaan imusolmukemetastaasien lisäksi samanaikaisesti systeemisiä etäpesäkkeitä, imusolmuke-evakuaatioon ryhdytään vain, jos se on potilaan oireiden lievittämiseksi mielekästä

2.8 Uusiutuneen melanooman leikkaushoito

- Paikallisesti uusiutuneen melanooman ensisijainen hoito on kirurginen poisto terveeseen kudoksen marginaalilla (1-2 cm)
- Paikallisesti uusiutuneen melanoomassa ei tehdä rutiinimaista vartijasolmuketutkimusta, jos se on tehty jo primaarihoitovaiheessa
- Paikallisesti rajoittuneiden satelliittien ja intransit-metastaasien ensisijainen hoito on kirurginen poisto terveeseen kudoksen marginaalilla
- Nopeasti poiston jälkeen uusiutuvien ja laajojen intransit-metastaasien hoidossa ensisijainen hoito on ei-kirurginen (systeeminen lääkehoito, intralesionaalinen immunoterapia tai sädehoito)
- Laajoissa raajan intransit-metastaaseissa voidaan harkita isoloitua raajaperfuusiohoitoa (ILP), joka on valtakunnallisesti keskitetty HUS:iin (lähete: HUS Syöpäkliniikka)

2.9. Systemisesti levinneen melanooman etäpesäkkeiden leikkaushoito

- Yksittäisten etäpesäkkeiden kirurgista poistoa voidaan harkita, jos etäpesäke on anatomisesti rajoittunut ja poisto on teknisesti mahdollista ja mielekäs
- Lääkehoidon jälkeen jäännöstuumorin tai lääkehoidon aikana kasvavan tuumorin leikkaushoitoa voidaan harkita, jos tauti on lääkehoidolla hallinnassa tai taudinkulku on hidas
- Etäpesäkkeen poistoa voidaan harkita elämänlaatua parantavana palliatiivisena hoitona

3. Moniammatillinen ihokasvainryhmä

- Ihokasvainryhmään osallistuvat kirurgi tai muu leikkaushoidosta vastaava klinikko, syöpälääkäri, patologi, ihotautilääkäri, radiologi ja hoitoalan asiantuntija
- Kaikki melanoomapotilasta koskevat keskeiset hoitopäätökset tulisi käsitellä moniammatillisesti
- Ihokasvainryhmä voi ottaa kantaa myös muiden hyvinvointialueiden erikoissairaanhoidon yksiköiden lähettämiin ongelmatapauksiin

4. Kirjallisuutta

- Faries ym. Completion dissection or observation for sentinel-node metastasis in melanoma. N Engl J Med 2017
- Garbe C, ym. European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment – Update 2022. Eur J Cancer 2022
- Gershenwald JE, ym. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer Eight edition Cancer staging manual. CA Cancer J Clin 2017
- Leiter ym. Final analysis of DeCOG-SLT Trial: No survival benefit for complete lymph node dissection in patients with melanoma with positive sentinel node. J Clin Oncol 2019
- Michielin O, ym. ESMO consensus conference recommendations on the management of locoregional melanoma: under the auspices of the ESMO Guidelines Committee. Ann Oncol 2020
- Multicenter Selective Lymphadenectomy Trials Study Group. Therapeutic value of sentinel lymph node biopsy in patients with melanoma. A randomized clinical trial. JAMA Surgery 2022
- Peach H, ym. Current role of sentinel lymph node biopsy in the management of cutaneous melanoma: A UK consensus statement. JPRAS 2020
- Vuoristo M, ym. Pelvic sentinel lymph nodes have minimal impact on survival in melanoma patients. BJS Open 2021
- 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 2018

Hoitosuositus päivitetty 4.10.2022

Työryhmä

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