

**Britta Krynitz**, ST-läkare ([britta.krynitz@ks.se](mailto:britta.krynitz@ks.se))

**Bernt Lindelöf**, docent, överläkare; båda vid hudkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

## Melanoma Monday räddar liv och sparar pengar

### Fyra maligna melanom hittades bland 161 undersökta personer

■ Antalet fall av nyupptäckta maligna melanom ökar kraftigt i stora delar av den vita befolkningen världen över. Av de elakartade tumörformerna är malignt melanom den som ökat snabbast i Sverige. De senaste 20 åren har incidensökningen för hela Sverige legat mellan 2 och 4 procent årligen. År 2000 rapporterades 1 616 nya fall i hela Sverige, jämfört med 1 155 fall år 1985, vilket motsvarar en ökning med 40 procent (Figur 1) [1]. I Stockholms- och Gotlandsregionen har incidens-takten varit stabil under de senaste tio åren; här registrerades 350–400 nya fall per år [2]. Malignt melanom förekommer i alla åldrar men är sällsynt hos barn. Det finns tydliga könsskillnader: Yngre kvinnor löper högre risk än yngre män. Hos kvinnor uppstår tumörerna oftast på benen och hos män på ryggen. Medianåldern vid insjuknandet är 57 år. Trots incidensökningen i Sverige har mortaliteten sedan 1970-talet legat stabil. Detta anses bero på framför allt tidigare upptäckt och behandling, vilket i sin tur beror på större medvetenhet bland befolkningen och i sjukvården.

#### Tidig diagnos viktig

Prognosen varierar och beror på tumörtjocklek (mm) och närvaro av ulceration och lymfkörtelmetastaser. Bäst prognos har tunna (<1 mm) melanom utan lymfkörtelmetastaser. Sämst prognos har tjocka (>4 mm), lymfkörtelpositiva eller till andra organ (framför allt lunga och hjärna) metastaserade melanom. Femårsöverlevnaden är 95 procent vid tunna maligna melanom och 67 procent vid tjocka. År melanomet ulcererat sjunker överlevnaden till 45 procent. Oberoende av tjocklek är överlevnaden vid en makroskopiskt positiv lymfkörtel och tumörluceration 29 procent och vid fjärrmetastaser bara 7 procent [3, 4]. Därför är tidig diagnos avgörande för överlevnaden och utgör samtidigt en avsevärd samhällsekonomisk vinst.

Solens ultraviolettera (UV) strålning är den enda säkerställda yttre orsaken till melanom. Det uppskattas att mer än 80 procent av alla melanom orsakas av solexponering, även hos befolkningar i solfattiga klimat. Det är inte den ackumulerade UV-ljusdosen, som vid annan hudcancer, t ex skivepitelcancer eller basaliom, som är problemet utan i stället finns en relation mellan malignt melanom och solinducerade akuta brännskador i huden. Man har konstaterat att risken för ma-

ligt melanom är störst om brännskadorna är frekventa under barnaåren.

#### EU-initiativ

Den 13 maj 2002 var det för tredje gången i Sverige dags för »Melanoma Monday«, ett unikt europeiskt samarbetsprojekt mellan EUs hudläkare för prevention av maligna melanom. Hudkliniker och privata hudläkare ställde upp och erbjöd hudundersökning i hela Europa.

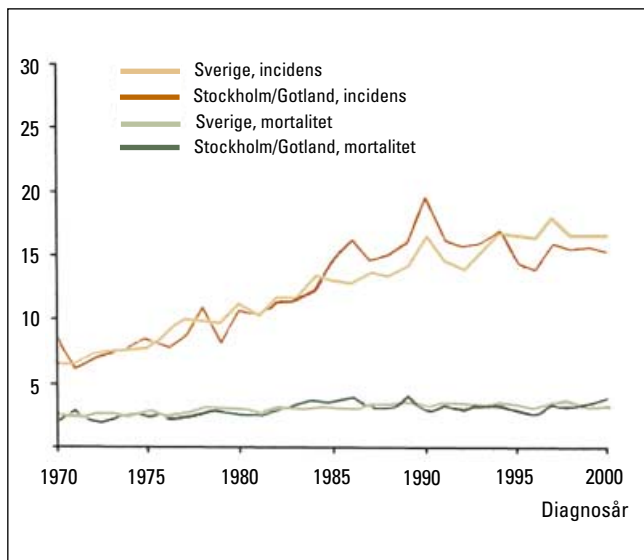
I Stockholm deltog hudklinikerna på de stora sjukhusen och ett flertal privatpraktiserande hudläkare. Till skillnad från tidigare år var undersökningen på sjukhusen denna gång inte avgiftsfri, utan 120 kronor debiterades, frikort gällde och barn undersöktes gratis. Detta hade ingen negativ inverkan på tillströmningen av människor. De fyra hudklinikerna tillsammans med Cancerpreventiva enheten, Samhällsmedicin, annonserade en vecka innan i tidningen Metro, som delas ut vid tunnelbane- och pendeltågsstationer. Alla tider bokades redan samma dag som annonsen publicerades. Upplägget på Karolinska sjukhuset bestod av tidsbokade läkarbesök på tio minuter och en läkare som opererade hela dagen.

#### Resultat av 2002 års Melanoma Monday

På hudkliniken vid Karolinska sjukhuset undersöktes 161 patienter, 110 kvinnor och 51 män. Av dessa var 29 procent födda på 1970-talet och 22 procent på 1960-talet. Hos fem kvinnor födda 1916, 1921, 1959, 1970 och 1972 hittades tre yttligt spridande melanom (SSM), ett lentigo malignt melanom (LMM) och ett gravt dysplastiskt nevus. Lokalisationen var i tre fall på underbenen, i ett fall på ryggen och i ytterligare ett fall i ansiktet. Tumörtjockleken var 0,52 mm (Clark-nivå II), 0,63 mm (Clark-nivå III), 1,25 mm (Clark-nivå IV) och 0,4 mm (Clark-nivå II). Den kliniska misstanken om malignt melanom var svag i samtliga fall; de primära kliniska diagnoserna var dysplastiskt nevus, kongenitalt nevus och basaliom.

Samtliga patienter reopererades (excisionsmarginal 1–2 cm), och fallen följs upp enligt vårdprogrammet för malignt melanom i Stockholms- och Gotlandsregionen.

Av 161 patienter opererades/biopsrades 28. Enstaka patienter genomgick upp till fyra ingrepp. De övriga diagnoserna (PAD) var dysplastiskt nevus (n=6), benigt nevus (n=13),



Figur 1. Åldersstandardiserad incidens och mortalitet per 100 000 personår av kutant malignt melanom i Sverige 1970–2000.

basaliom (n=5), seborroisk keratos (n=2), Spitz' nevus, nodulus cutaneus (benigt fibröst histiocytom), benign aktinisk lentigo, likenoid keratos, fibrokeratom och eksem.

### Screening lönar sig

Screeningundersökningar i kombination med relevant information i medier leder till tidig upptäckt av malignt melanom genom att personer i riskzoner uppmärksammas. Detta konstaterades efter »Melanoma Monday« i Belgien 1999, då 2 767 personer undersöktes [5]. Bara den dagen hittades 25 maligna melanom och 59 basaliom. Inom de följande fyra veckorna fann man ytterligare 141 maligna melanom.

Flera författare har diskuterat kostnaderna av tidig diagnos av maligna melanom. För år 1997 gjordes en beräkning av de årliga kostnaderna för 40 300 nypupptäckta maligna melanom i USA [6]. Per patient med lokaliserad sjukdom (<1,5 mm tumörtjocklek) låg notan på 1 300 dollar/år. Vid en tumörtjocklek >4 mm blev kostnaden 3 300 dollar/patient/år. Kostnaderna ökade till 41 000 dollar/patient/år vid metastaserande sjukdom. De senaste siffrorna ligger på ca 60 000 dollar/patient/år, beroende på nyare och dyrare behandling [7].

När det gäller screeningundersökningar för malignt melanom och kostnadseffektiviteten finns en bred spannvärd i bedömningen: American Association of Dermatology och American Cancer Society rekommenderar regelbundna undersökningar, medan amerikanska Preventive Service Task Force och International Union Against Cancer inte gör det [8]. Det finns beräkningar av kostnadseffektiviteten av melanoscreening i USA för år 1998 [8]. Vid sådana komplicerade beräkningar sätter man de direkta medicinska kostnaderna i relation till förväntad förlängd livslängd och levnadskvalitet. Resultatet är en kvot som anger de överskridande (extra) kostnaderna för att förlänga patientens liv med ett levnadsår, och ju lägre siffra, desto högre kostnadseffektivitet (desto mindre kostsamt är det att screena). Det största inflytandet på resultaten hade prevalensen av malignt melanom i den undersökta befolkningen, kostnaderna per screeningundersökning och sannolikheten för att hitta ett melanom. Kostnadseffektiviteten ansågs vara högst för män över 50 år: 15 000 dollar per vunnet levnadsår. Prevalensen av malignt melanom bland amerikanska män i denna grupp var 0,0025 år 1998. Statistiken i Sverige liknar den amerikanska: Malignt melanom hos män är vanligast i 60–80-årsåldern. För kvinnor under 50 år

### II Melanoma Monday år 2003

Nästa undersökning äger rum den 12 maj 2003. För hudkliniker i Stockholm kommer annonsen i tidningen Metro cirka en vecka innan.

var däremot kostnadseffektiviteten betydligt lägre: 51 000 dollar per vunnet levnadsår. Prevalensen av malignt melanom i denna grupp var 0,0008. Det är alltså dyrare att rädda liv i gruppen »kvinnor under 50 år« än i gruppen »män över 50 år«. Också i Sverige är maligna melanom hos kvinnor mer jämnt fördelade mellan de olika åldersgrupperna.

Författarna anser att hudscreening av högriskpopulationer och av oroliga personer, som på eget initiativ söker sig till sjukvården, är kostnadseffektiv och därmed jämförbar med andra cancerpreventiva screeningprogram. Exempelvis är kostnadseffektiviteten av cellprovsundersökningar för cervixcancer hos kvinnor 46 000 dollar per vunnet levnadsår [9].

Inom Stockholms läns landsting har kostnaderna år 1999 för 2 785 personer med malignt melanom inom slutent- och primärvård beräknats till ca 22 miljoner kronor och till ca 7 800 kronor per person, oavsett stadium eller typ av malignt melanom [10].

Det har konstaterats att tidigare cancerpreventiva kampanjer har lett till en temporär ökning av malignt melanom-incidensen. I Figur 1 ser man exempelvis en tydlig incidenstopp av malignt melanom år 1990 – det är då Cancerfonden organiserade en kostnadsfri preventionskampanj i hela landet. Följden blev en markant ökning just detta år. Att screeningundersökningar, som Melanoma Monday, eller bedömningar av nevi på hälsomässor eller Cancerfondens »sola sakta-aktioner«, räddar liv och pengar betvivlar vi hudläkare på Karolinska sjukhuset inte. De patienter som sökte hos oss den 13 maj 2002 var huvudsakligen kvinnor (68 procent). Fler ansträngningar behöver göras för att få män från 50-årsåldern att bli medvetna om sina nevi och därmed få denna typ av screeningkampanj att bli ännu effektivare, kanske också genom ännu bättre stöd från medierna.

### Referenser

1. The Swedish Cancer Registry, Cancer incidence in Sweden 2000. Stockholm: National Board of Health and Welfare; 2002.
2. www.sll.se/oc (under rapporter).
3. Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, Thompson JF, Reintgen DS, Cascinelli N, et al. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. *J Clin Oncol* 2001;19:3622-34.
4. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, Atkins MB, Cascinelli N, Coit DG, et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol* 2001;19:3635-48.
5. Vandaele MM, Richert B, Van der Endt JD, Boyden B, Brochez L, del Marmol V, et al. Melanoma screening: results of the first one-day campaign in Belgium ('melanoma Monday'). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000 Nov;14(6):470-2.
6. Tsao H, Rogers GS, Sober AJ. An estimate of the annual direct cost of treating cutaneous melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:669-80.
7. Hillner BE, Kirkwood JM, Agarwala SS. Burden of illness associated with metastatic melanoma: an audit of 100 consecutive referral center cases. *Cancer* 2001 May 1;91(9):1814-21.
8. Freedberg KA, Geller AC, Miller DR, Lew RA, Koh HK. Screening for malignant melanoma: A cost-effectiveness analysis. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:738-45.
9. Eddy DM. Screening for cervical cancer. *Ann Intern Med* 1990;113:214-26.
10. Solvanor Hudcancer – en interventionsplan. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2001. s. 97-114.