

Veli-Matti Kähäri, Leena Koulu ja Nea Malila

Ihomelanooma yleistyy nopeasti

Ihomelanooma on yleistynyt Suomessa 1950-luvulta lähtien tasaisesti sekä naisilla että miehillä. Nykyisin uusia tapauksia todetaan runsaat 1 360 vuosittain, ja ikävakioitu ilmaantuvuus on jo noin 14/100 000, kun se 1950-luvun lopussa oli noin 2/100 000. Ilmaantuvuudeltaan ihomelanooma on miesten viidenneksi yleisin ja naisten toiseksi yleisin syöpä. Ihomelanoomasta aiheutuva kuolleisuus sen sijaan ei ole lisääntynyt ilmaantuvuuden tapaan. Ikävakioitu kuolleisuus on nykyisin noin 2/100 000, kun se 1950-luvun lopulla oli noin 1/100 000. Suomessa ihomelanooman ilmaantuvuus on edelleen pienempi kuin muissa Pohjoismaissa, joissa ilmaantuvuus on suurin Tanskassa ja Norjassa (1).

Suomen Syöpärekisteriin ilmoitetuista melanoomista valtaosa on ihomelanoomia (96 %). Yleisin ihomelanooman histologinen tyyppi on pinnallisesti leviävä melanooma, joita on noin 70 % ihomelanoomista. Muita päätyyppejä ovat nodulaarinen melanooma (15 %), lentigo maligna -melanooma (10 %) ja akraalinen melanooma (5 %). Tavallisimmin primaarinen ihomelanooma sijaitsee suomalaisilla miehillä vartalossa (47 %) ja naisilla alaraajoissa (28 %). Melanooma on harvinainen lapsilla ja nuorilla, ja se yleistyy iän myötä (2). Vuotuisista tapauksista alle 30-vuotiailla todetaan vain 4 % ja 70-vuotiailla ja sitä vanhemmilla jopa 40 % (2).

Ihomelanooman ilmaantuvuus vaihtelee maamme sisällä. Ilmaantuvuus on suurin pääkaupunkiseudulla ja Pirkanmaalla, kun taas Pohjois- ja Itä-Suomessa se on pienempi.

Kuolleisuudessa ei kuitenkaan ole merkittäviä alueellisia eroja. Primaarisen ihomelanoo-

man ennuste on hyvä, ja suhteellinen viiden vuoden elossaolo-osuus on meillä lähes 90 %. Tärkeimpänä melanooman ennusteeseen vaikuttavana tekijänä voidaan pitää primaarimelanooman varhaista diagnoosia ja poistamista ennen sen leviämistä (Saarinen tässä numerossa).

Syitä ihomelanoomien yleistymiseen ovat sekä elintapojen muutokset että diagnostiikan parantuminen. Erilaiset aurinkokampanjat ja väestön tietoisuuden lisääminen voivat lisätä diagnostiikkaa, erityisesti varhaisten melanoomien toteamista. Lisäksi luomien histologian tutkiminen on tavallisempaa nyt kuin 1950- ja 1960-luvuilla. Nykykäytännön mukaan pigmenttiluomea ei pidä poistaa lähettämättä sitä histopatologiseen diagnoosin varmennukseen (Övermark ym. tässä numerossa).

Ihomelanooman tärkeimpänä syynä pidetään altistumista auringon ultraviolettisäteilylle (UV-säteily) ja etenkin ihon palamista lapsuudessa. Maailmanlaajuisesti ihomelanoomat ovat vaaleaihoisen väestön sairaus, ja ilmaantuvuus on erityisen suurta Australian valkoihosten parissa (3).

Melanoomalle on tunnettuja ja tunnistettavia riskitekijöitä, joista suuri osa voidaan havaita paljain silmin. Punapigmenttisyys ja siihen liittyvät auringonpolttamiset jo lapsuudessa lisäävät riskiä yli kaksinkertaiseksi verrattuna tummatukkaisiin ja hyvin aurinkoa sietäviin henkilöihin (4,5). Runsasloumiset henkilöt ovat yleensä hyvin aurinkoa sietäviä. Kuitenkin suuri luomien määrä lisää melanoomariskiä, yli 50 pigmenttiluomea 2,3-kertaiseksi ja yli 80 luomea 3,9-kertaiseksi verrattuna luomettomiin henkilöihin (6). Kliinisesti epätyypilliset luomet lisäävät melanoomariskiä yli kolminker-

taiseksi (6). Lentigo maligna -melanooma yhdistyy vahvasti krooniseen aurinkoaltistukseen, joka voidaan tunnistaa ihon valovaurioista eli lentigoista, rypyistä ja aurinkokeratooseista (5). Melanomalle tyypillisiä patogeneettisiä mutaatioita havaitaan myös hyvänlaatuisissa pigmenttiluomissa, ja epätyypillisten luomien mutaatioprofiili on jo lähempänä melanoomaa (7). Toisaalta kroonisesti valovaurioituneelle iholle kehittyneen melanooman mutaatioprofiili on erilainen kuin valolta suojatulle iholle kehittyneen melanooman (8). Kaikissa edellä mainituissa tapauksissa UV-säteilylle altistuminen lisää uusien mutaatioiden ja tätä kautta melanooman kehittymisen riskiä (8).

Aiemmin sairastettu melanooma lisää uuden primaarimelanooman riskiä noin kymmenkertaiseksi muuhun väestöön verrattuna (9). Lähisukulaisen sairastama melanooma lisää riskiä noin kaksinkertaiseksi (5). Kliinisen geenetikon konsultaatiota on syytä harkita, jos melanoomapotilaan suvussa vähintään kahdella muulla saman puolen sukulaisella on ollut melanooma, jos potilaalla on ollut vähintään kolme melanoomaa tai jos potilaan saman puolen lähisukulaisilla on ollut haimasyöpää (10, Vuoristo ym. tässä numerossa).

Uusien ihomelanoomatapausten vuosittaisen määrän ennustetaan lisääntyvän edelleen väestömme ikääntyessä. Syöpärekisterin ennusteiden mukaan vuosittaisen tapausmäärän lisääntyminen vuoteen 2030 mennessä on suurinta yli 75-vuotiaiden joukossa ja pysyy ennallaan tätä nuorempien osalta. Miesten vuosittaisen tapausmäärän ennustetaan lisääntyvän 39 % ja naisten 37 % vuosien 2013 ja 2030 välillä. Miesten ihomelanoomien ilmaantuvuus väestön määrään suhteutettuna lisääntyy 4 % ja naisten 14 %. On selvää, että melanoomatapauksen määrän lisääntyminen asettaa paineita terveydenhuoltojärjestelmämme resursseille sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Jotta ilmaantuvuuden kasvuun voidaan puuttua, tarvitaan järjestelmällinen ehkäisy- ja valistusohjelma, johon lääketieteellisten asiantuntijoiden lisäksi tarvitaan ainakin tulevat sote-alueet, Kela, THL ja Syöpäjärjestöt (11).

Keskeiset melanooman riskitekijät tunnetaan, ja niihin voidaan vaikuttaa. Ehkäisyn tu-

lee kohdistua erityisesti lapsiin ja nuoriin sekä yksilöihin, joilla on edellä mainittuja riskitekijöitä. Valistusta aurinkosuojauksesta tulisi antaa jo neuvoloissa ja päiväkodeissa, kuten Australiassa ja Saksassa tehdään. Ihomelanooman toteaminen varhaisvaiheessa on sen tehokkainta hoitoa. Siksi seuranta on kohdistettava melanooman kehittymiselle alttiisiin suuren riskin yksilöihin, joilla on iholla vaikeita aurinkovaurioita, runsaasti luomia tai epätyypillisiä luomia. ■



VELI-MATTI KÄHÄRI, LT, professori, yllääkäri

Turun yliopisto, kliininen laitos, iho- ja sukupuolitautioppi
Tyks, ihoklinikka

LEENA KOULU, LT, vastualuejohtaja, dosentti

Tyks, ihoklinikka
Turun yliopisto, kliininen laitos, iho- ja sukupuolitautioppi

NEA MALILA, LT, johtaja, professori

Suomen Syöpärekisteri
Tampereen yliopisto

SIDONNAISUUDET

Veli-Matti Kähäri: Ei sidonnaisuuksia
Leena Koulus: Ei sidonnaisuuksia
Nea Malila: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, ym. NORDCAN: cancer incidence, mortality, prevalence and survival in the Nordic countries. Version 7.3. Association of the Nordic Cancer Registries; Danish Cancer Society 8.7.2016. www.ncr.nu.
2. Syöpätalastot [verkkotietokanta]. Suomen Syöpärekisteri. www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, ym. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. WHO, IARC 2012. http://globocan.iarc.fr.
4. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, ym. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. Eur J Cancer 2005;41:45–60.
5. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, ym. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. Eur J Cancer 2005;41:2040–59.
6. Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Estimating the attributable fraction for cancer: a meta-analysis of nevi and melanoma. Cancer Prev Res (Phila) 2010;3:233–45.
7. Shain AH, Yeh I, Kovalyshyn I, ym. The genetic evolution of melanoma from precursor lesions. N Engl J Med 2015;373:1926–36.
8. Shain AH, Bastian BC. From melanocytes to melanomas. Nat Rev Cancer 2016;16:345–58.
9. van der Leest RJ, Flohri SC, Arends LR, ym. Risk of subsequent cutaneous malignancy in patients with prior melanoma: a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015;29:1053–62.
10. Gabree M, Patel D, Rodgers L. Clinical applications of melanoma genetics. Curr Treat Options Oncol 2014;15:336–50.
11. Harvima I, Kähäri VM, Ranki A, ym. Kansallinen ihosyöpäohjelma tarvitaan nyt. Suom Lääkäril 2016;71:462–3.