



Mikael Mauno, Meri Övermark, Oskari Frisk, Kirsi Isoherranen, Anne Keinonen, Sari Koskenmies ja Sari Pitkänen

## Koko ihon tutkiminen kannattaa

**JOHDANTO.** Tutkimme HUS:n iho- ja allergiasairaalan toimenpideyksikköön vuoden aikana ihosyövän tai sen epäilyn vuoksi lähetettyjen potilaiden koko ihon. Kirjasimme iholta löytyneet muut ihosyövät tai niiden esiasteet, joista ei ollut mainintaa läheteessä.

**POTILAAT JA MENETLMÄT.** Potilaita oli 4 037, ja heidän keski-ikänsä oli 69 vuotta. Havainnot lisälöydösten määrästä tehtiin potilasasiakirjamerkintöjen ja vastaanottavien lääkäreiden pitämän erillisen tilastoinnin avulla.

**TULOKSET.** Koko ihon tarkastuksessa ihosyöpä löytyi lisälöydöksenä 568 potilaalta (14 %) ja melanooma 46 potilaalta (1 %). Eniten melanoomaa löydettiin vartalon alueelta, mutta myös alusvaatteiden alta ja jalkateristä. Lisälöydöspotilaista 54 % oli miehiä ja lähes puolet yli 70-vuotiaita.

**PÄÄTELMÄT.** Merkittävältä osalta potilaista löytyi lähediagnoosin lisäksi uusia ihosyöpiä tai niiden esiasteita. Perusterveydenhuollossa tulisi tutkia potilaan koko iho erityisesti, mikäli riskitekijöitä on paljon. Lyhyellä vastaanotolla ihon tutkiminen kannattaa kohdentaa vartalon alueelle.

Ihosyöpä on valkoihoisen väestön yleisin syöpämuoto, mikäli tyvisolusyövät laskeetaan mukaan (1). Suomessa tilastoidaan vuosittain yli 12 000 ihosyöpää, joista 8 500 on tyvisolusyöpiä, 1 700 okasolusyöpiä ja 1 900 melanoomia (1). Tyvisolusyöpätapausten todellinen lukumäärä on kuitenkin huomattavasti suurempi, noin 12 000–14 000 vuosittain, sillä syöpärekisteriin tilastoidaan samalta potilaalta vain yksi tyvisolusyöpä vuodessa ja vain yksi tyvisolusyöpä samalta ihoalueelta koko elämän aikana, vaikka potilaalla olisi ollut useita tyvisolusyöpiä. Ihosyövän esiasteitakaan ei tilastoida, mutta niiden aiheuttama kokonaiskuoritus yhdessä ihosyöpien hoidon kanssa on terveydenhuollollemme merkittävä (2).

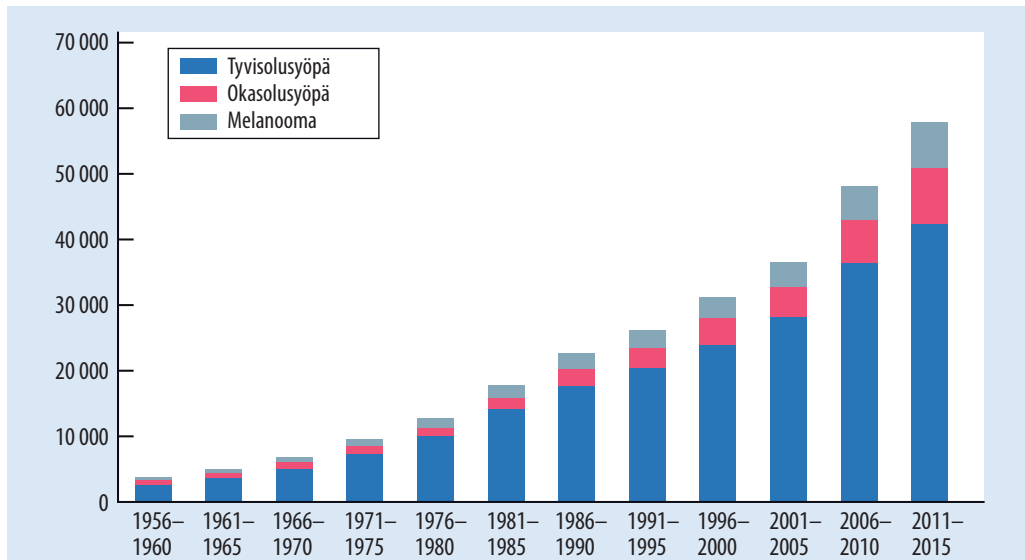
Ihosyöpien määrä on moninkertaistunut Suomessa viime vuosikymmenten aikana (**KUVA**) (1). Määrän lisääntyminen on seurausta muun muassa väestön vanhenemisesta ja immunosuppressiivisia hoitoja saavien potilaiden määrän lisääntymisestä. Ihosyöpien merkittävintä yksittäistä riskitekijää on koko elämän aikana saatu auringon ultravioletti säteilyn määrä.

Melanoomille altistavat erityisesti toistuva ihon palaminen lapsuudessa sekä runsasluomisuus (yli sata melanosyyttiluomea), punapigmenttisyys ja vaaleus. Lisäksi aiemmin sairastettu tai lähisukulaisen melanooma ovat merkittäviä riskitekijöitä (3). Elinsiirtopotilaan riski sairastua ihosyöpään, erityisesti okasolusyöpään, on kirjallisuuden mukaan jopa 60–250-kertainen normaali väestöön verrattuna. Tähän potilasryhmään tuleekin kiinnittää erityistä huomiota (4).

Ihosyöpäriski lisääntyy 50 ikävuoden jälkeen. Ei-melanoottista ihosyöpää todetaan eniten 75–79-vuotiailla ja melanoomaa eniten 65–69-vuotiailla (1). Tilastokeskuksen ennusteen mukaan juuri yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa tulevaisuudessa (5). Tämä ennustaa ihosyöpäpotilaiden määrän lisääntymistä ja yhteiskunnalle siten lisääntyviä hoitokustannuksia.

Melanoomat ovat eniten lisääntyvä ihosyöpäryhmä. Suomessa miesten ihomelanooman ikävakioidun ilmaantuvuuden on arvioitu suurenevan vuoteen 2030 mennessä 4 % vuo-





**KUVA.** Ihosyöpien määrän lisääntyminen Suomessa (1).

den 2013 lukemista ja naisten vastaavasti 14 % (6). Vuosittain eniten lisätapauksia todetaan yli 75-vuotiaiden joukossa, jossa miesten uusien tapauksien ennustetaan lisääntyvän 39 % ja naisten 37 % vuosien 2013 ja 2030 välillä. Yhteensä uusia ihomelanoomatapauksia ilmaantuu ennusteen mukaan vuonna 2030 noin 500 enemmän vuodessa nykytilanteeseen verrattuna (37 %:n lisäys) (6). Ei-melanoottisten ihosyöpienkin ilmaantuvuus lisääntyy, sillä tapauksia ilmenee ennusteen mukaan vuonna 2030 vuosittain jopa 1 187 enemmän kuin vuonna 2013 (6).

Ihosyövän hoitokustannukset ja terveydenhuollon resurssit vaikuttavat merkittävästi. Kanadalaisarvion mukaan ihosyöpien hoitokustannukset suurenevät 73 % vuoteen 2031 mennessä (7). Hoidon suorien kustannusten lisäksi ihosyövät aiheuttavat yhteiskunnalle epäsuoria kustannuksia muun muassa ennenikäisten syöpäkuolemien aiheuttamien menetettyjen produktiivisten vuosien myötä (8). Ihosyöpien mahdollisimman varhainen diagnosointi ja hoito ovat tärkeitä, sillä hoitokustannusten on osoitettu liittyvän suoraan taudin levinneisyyteen (9).

Ihosyövän ensisijainen hoitomuoto on leikkaus. Ihosyövän esiasteita, aktiivista keratoosia, in situ -karsinomia (Bowenin tauti) ja tyvi-

solusyövän pintamuotoa voidaan hoitaa myös konservatiivisesti. Konservatiivisia menetelmiä ovat jäädytyshoito, voidehoidot ja valoaktiivatiohoito (fotodynaaminen hoito, PDT). Hoidon valintaan vaikuttavat hoidettavan alueen koko ja sijainti sekä potilaan toimintakyky (2). Konservatiiviset hoidot ovat kirurgisia hoitoja huomattavasti halvempia ja myös potilasta säästävempiä (10).

Myös iäkkäiden potilaiden ihosyövän esiasheet kannattaa hoitaa ennen kuin ne muuttuvat invasiiviseksi syöväksi. Ihosyövän varhainen diagnoosi on hoidon onnistumisen ja potilaan ennusteen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Vaikka tyvisolusyöpä ei yleensä lähetä etäpesäkkeitä, se voi hoitamattomana kasvaa kookkaaksi sekä tunkeutua ihonalaiskudoksiin, luuhun ja rustoon. Tällöin hoitokustannukset ja potilaalle aiheutuvat kudosvauriot (toiminnalliset ja kosmeettiset haitat) ovat merkittäviä. Melanooma ja toisinaan okasolusyöpäkin voivat lähettää etäpesäkkeitä jo varhain. Potilaan elinajan odote huononee ja hoitokustannukset suurenevät, mikäli diagnoosi tai hoitoon pääsy viivästyy (9,11).

Perusterveydenhuollon lääkärit ovat etulinjassa varhaisen ihosyövän ja sen esiasteiden tunnistamisessa. Epäilyttävien ihomuutosten poisto tai kudoksen näytteen ottaminen ovat help-

poja tapoja varmistaa epäilyttävä ihomuutos. Suurin osa ihosyöpätapauksista diagnosoidaan perusterveydenhuollossa, mutta osa pahanlaatuisista muutoksista jää tunnistamatta, sillä yhden vastaanoton aikana potilasta ei ehdi riisuttaa tai muita hoidettavia asioita voi olla paljon.

Selvitimme, kuinka suurella osalla erikoissairaanhoitoon ihon pahanlaatuisen tai premalignin muutoksen vuoksi lähetetyistä potilaista on muita pahanlaatuisia tai premaligneja ihomuutoksia, joita ei ollut havaittu perusterveydenhuollossa. Pyrkimyksenä oli myös löytää suuren riskin potilaat, joiden koko ihon tarkastus perusterveydenhuollossa on tärkeää ja kustannustehokasta.

## Menetelmät ja potilaat

Tutkimusaineisto koostui HUS:n iho- ja allergiasairaalan toimenpideyksikköön syyskuun 2015 ja elokuun 2016 välillä uudella läheteellä tulleista potilaista. Lähettämisen syy oli joko kliininen epäily tai kudosnäytteen varmistettu ihosyöpä tai sen esiaste. Vastaanotolla potilaiden iho tutkittiin kokonaisuudessaan, ellei potilas tästä erikseen kieltäytynyt.

Potilaista kirjattiin ikä, sukupuoli, lähete-diagnoosi sekä vastaanotolla havaitut, epäilyttävät ja läheteessä mainitsemattomat ihomuutokset. Näiden muutosten sijainti iholla kirjattiin myös. Mikäli potilailla oli useita ihomuutoksia, kudosnäyte otettiin, kun epäiltiin invasiivista ihosyöpää tai diagnoosi oli kliinisesti epävarma. Aktiiviset keratoosit sekä suuri osa pinnallisista tyvisolusyövistä ja in situ -karsinoomista hoidettiin kliinisen diagnoosin perusteella.

## Potilaat ja lähete-diagnoosi

Potilaista karsittiin pois selkeästi hyvänlaatuisten syiden kuten synnynnäisten luomien ja verisuonimuutosten vuoksi lähetetyt potilaat. Jäljelle jäi 4037 keski-ikältään 69-vuotiaasta potilasta. Potilaiden iän vaihteluväli oli 15–102 vuotta. Miehiä oli 42 % ja naisia 58 %.

Läheteistä 52 %:ssa (2114/4037) diagnoosi oli varmistettu kudosnäytteen jo lähetävässä yksikössä. Lähete-diagnoosi varmennettiin kudosnäytteillä iho- ja allergiasairaalassa 1014:ssä

tapauksessa, muutoin diagnoosi oli kliininen. Yleisimmät lähete-diagnoosit olivat tyvisolusyöpä ja aktiivinen keratoosi. Histologisesti varmennettuja melanoomia lähete-diagnooseista oli 209/4037 (5 %), ja 19 melanoomaepäilystä kahdeksan varmentui histologisesti.

## Tulokset

**Lisälöydöksenä** iholta löytyi läheteessä mainitsematon pahanlaatuisen tai premaligni ihomuutos 1542 potilaalta (38 % potilaista). Histologisesti varmennettuja ihosyöpiä näistä löydettiin 568 potilaalta (14 %) yhteensä 866 kappaletta, joista tyvisolusyöpiä oli 577, oksolusyöpiä 13, in situ -karsinoomia 225 sekä melanoomia tai in situ -melanoomia 51. Viideltä potilaalta löytyi lisälöydöksenä kaksi melanoomaa. Ihosyövän esiasteita, aktiivista keratoosia tai aktiivista huulitulehdusta (keiliittiä) todettiin yhteensä 3064 kappaletta 1542 potilaalla. Histologisesti varmennettuja dysplastisia luomia oli 118 (**TAULUKOT 1 ja 2**). Lisälöydösten vuoksi otettiin yhteensä 1263 kudosnäytettä tai tehtiin diagnostinen poisto, joista 456 tapauksessa diagnoosi oli hyvänlaatuinen.

Lisälöydöksiä oli miehillä naisia yleisemmin. Löydösten määrä korreloi positiivisesti iän kanssa. Ihosyöpiä todettiin 13 %:lla miehistä ja 11 %:lla naisista. Potilaista 20 % oli yli 70-vuotiaita ja 7 % alle 70-vuotiaita. Kun mukaan otetaan myös premalignit ihomuutokset, 45 %:lta miehistä ja 34 %:lta naisista löytyi vähintään yksi tai useampi premaligni tai pahanlaatuisen muutos ( $p < 0,0001$ ). Näistä potilaista 48 % oli yli 70-vuotiaita. Suurin osa miesten premaligneista ja pahanlaatuisista ihomuutoksista löytyi yli 70-vuotialta (55 %).

**TAULUKKO 1.** Potilaat ja lisälöydösten määrä.

Potilaiden lukumäärä	4 037
Potilaiden keskimääräinen ikä (v) ja vaihteluväli	69 (15–102)
Miesten ja naisten osuus vastaavasti	1 706 (42 %) / 2 331 (58 %)
Potilaita, joilla pahanlaatuisia lisälöydöksiä	568 (14 %)
Potilaita, joilla pahanlaatuisia tai premaligneja lisälöydöksiä	1542 (38 %)

**TAULUKKO 2.** Lisälöydösten ihosyöpämäärät.

Syöpätyyppi	Potilaiden määrä	Leesioiden määrä	Miehet Leesioiden määrä (potilaiden määrä)	Naiset Leesioiden määrä (potilaiden määrä)
Okasolusyöpä	13	13	9 (9)	4 (4)
In situ -karsinooma	167	225	120 (92)	105 (75)
Tyvisolusyöpä	393	577	327 (213)	250 (180)
Melanooma	46	51	26 (23)	25 (23)
Yhteensä	619	866	482 (337)	384 (282)

**Melanoomat.** Analysoimme erikseen tutkimuksessa lisälöydöksinä diagnosoidut melanoomat. Niitä löytyi 46 potilaalta (23 naista ja 23 miestä) yhteensä 51. Viideltä potilaalta löytyi lisälöydöksenä kaksi melanoomaa. Eniten melanoomia löytyi yli 70-vuotiailta. Keski-ikä diagnosointihetkellä oli 79 vuotta. Melanoomista 22 (43 %) oli lentigo maligna- tai pinta-melanoomia ja 29 (57 %) invasiivisia. Viimeksi mainituista 25 (86 %) oli Breslow'n luokituksestaan alle 1 mm:n mittaisia. Neljän potilaan (14 %) melanooma oli Breslow'n luokituksestaan yli 1 mm, ja heistä kolme oli miehiä.

Lisälöydösmelanoomien sijainnit esitetään **TAULUKOSSA 3**. Ylivoimaisesti eniten melanoomia löydettiin koko ihon tarkastuksessa vartalon alueelta (30 kappaletta), ja vähiten yläraajoista. Päästä ja kaulalta sekä alaraajoista melanoomia löydettiin yhtä paljon (yhdeksän kummaltakin alueelta). Lisälöydösmelanoomapotilaiden lähettämissyöt esitetään **TAULUKOSSA 4**.

## Päätelmät

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää vuoden aikana koko ihon tarkastuksessa lisälöydöksenä havaittujen premalignien ja pahanlaatuisten ihomuutosten yleisyyttä potilailla, jotka lähetettiin erikoissairaanhoidon epäilyttävän ihomuutoksen vuoksi. Ilman koko ihon tutkimusta nämä muutokset olisivat todennäköisesti jääneet huomaamatta. Tutkimuksemme perusteella erityisesti yli 70-vuotiailla miehillä, joilla on ihon premaligni tai pahanlaatuinen muutos, on suurella todennäköisyydellä muitakin samanaikaisia ihosyöpiä. Sekä naisten että miesten muutokset sijaitsevat yleisimmin vartalon alueella.

Tilastokeskuksen tuoreimman ennusteen mukaan väestönkasvu on voimakkainta nimenomaan yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä: vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan suurenevan nykyisestä 23 %:sta 26 %:iin, vuonna 2060 jo lähes 30 %:iin (5). Ihosyövän varhaisen diagnoosin ja hoidon merkitys lisääntyy entisestään. Myös ihosyövän ikävakioitu ilmaantuvuus suurenee, joten syöpämäärä lisääntyy vieläkin voimakkaammin.

Erikoissairaanhoidon vuoden aikana lähetyiltä potilailta jopa 38 %:lta löytyi iholta jokin muu premaligni tai pahanlaatuinen ihomuutos kuin lähetteessä mainittu. Aktiivisen keratoosin suuri esiintyvyys ei ollut yllättävää potilaiden vanhan keski-ian vuoksi. Aktiivisen keratoosin todennäköisyys muuttua invasiiviseksi taudiksi on vain 0–0,075 % vuodessa, aiemmin ei-melanootin ihosyövän sairastaneilla 0,5 % (12). Aineistomme suhteellisen pieni okasolusyöpien lisälöydösten osuus (1,5 % kaikista lisälöydöksistä) tukee tätä tulosta.

Hoitopäätös tulisikin tehdä kokonais tilanteen, kuten potilaan iän, hoitotoiveen ja syöpähistorian mukaan. Myös ihon valovaurion vaikeus kannattaa ottaa huomioon, sillä esiasteiden määrän lisääntyessä syöpäriskikin luonnollisesti suurenee. Vaikka okasolusyöpien osuus lisälöydöksistä oli pieni, ne voivat toisinaan kasvaa aggressiivisesti (perineuraalinen kasvu), jolloin niiden varhainen tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää. Erityisesti hoidosta hyötyvät immunosuppressiopotilaat, joiden okasolusyöpäriski on muutenkin suurentunut.

Tutkimuksemme potilaista, joilla oli jokin premaligni tai pahanlaatuinen ihomuutos, 14 %:lta löydettiin lisälöydöksenä histologisesti varmistettu ihosyöpä. Eniten löydettiin odo-

tetusti tyvisolusyöpää, joka on ei-melanoottisista ihosyövistä kaikkein yleisin (1). Vaikka kyseessä ei olekaan potilaan henkeä uhkaava tauti, tyvisolusyövät kasvavat vuosien varrella ja voivat tunkeutua paikallisesti luuhun ja pehmytkudoksiin, jolloin leikkaushoidollakaan ei aina päästä kuratiiviseen lopputulokseen. Näin on erityisesti silloin, kun tyvisolusyöpä on histologiselta kasvutavaltaan aggressiivinen, toisin sanoen alatyypiltään mikronodulaarinen, sklerosoivasti tai infiltraatiivisesti kasvava tai siinä havaitaan perineuraalista kasvutapaa. Harvinaisen basoskvamootin tyvisolusyöpäkin saattaa lähettää etäpesäkkeitä.

Varhainen hoito on yhteiskunnalle kustannustehokkaampaa sekä potilaan kudoksia säästävämpää erityisesti vaikeasti hoidettavilla alueilla, kuten kasvoilla. Pinnallisesti kasvava tyvisolusyöpä voidaan hoitaa ei-kirurgisesti, mikä on leikkaushoitoa nopeampaa ja yhteiskunnalle halvempaa. Tämä onnistuu ihosyöpien hoitoon perehtyneeltä lääkäriltä polikliinisen vastaanoton yhteydessä. Mikäli pinnallisen ihosyövän hoidon aloitus viivästyy, syöpä voi muuttua monimuotoiseksi tyvisolusyöväksi, jolloin leikkaus on ainoa hoitokeino. Tämänkin vuoksi tyvisolusyövän mahdollisimman varhainen diagnoosi ja hoito ovat tärkeitä.

Aineiston 46 potilaan 51 melanoomaa ei olisi huomattu, jos potilaita ei olisi riisutettu. Suurin osa näistä potilaista oli lähetetty erikoissairaanhoidon muun syyn kuin löydetyn melanooman vuoksi. Löydökset jakaantuivat tasaisesti miesten ja naisten kesken. Suurin osa melanoomista löytyi vartalon alueelta, naisilla myös alaraajoista vaatehuokien alta. Kahdeksan lisälöydöksenä havaituista melanoomista sijaitti alusvaatteiden alla, jalkaterissä (sukkien alla) ja hiuspohjassa, yksi jopa silmälasien sankojen alla. Onkin tärkeää, että iho tarkastetaan huolellisesti, potilas riisutetaan ja huomioidaan myös ihoalueet, jotka yleensä eivät altistu auringolle.

Melanooman tai lentigo maligna -melanooman vuoksi lähetteen oli vuoden aikana saanut yhteensä 228 potilasta. Lisälöydöspotilaiden osuus vuoden aikana hoidetuista melanoomapotilaista oli 19 % eli varsin huomattava.

**TAULUKKO 3.** Lisälöydöksenä löytyneiden melanoomien sijainti iholla.

Sijainti	Yhteensä	Naiset	Miehet
Pää ja kaula	9	4	5
Vartalo	30	13	17
Yläraajat	3	1	2
Alaraajat	9	7	2
Yhteensä	51	25	26

**TAULUKKO 4.** Potilaiden lähediagnoosit, kun lisälöydöksenä oli melanooma.

Lähetteen syy	Lukumäärä
Melanooma ja lentigo maligna -melanooma	6
Tyvisolusyöpä	17
Aktiinikeratoosi ja Bowenin tauti	15
Melanosyyttiluomi	3
Määrittämätön	5
Yhteensä	46

Lisälöydöksenä havaituista invasiivisista melanoomista 86 % oli Breslow'n luokitukseltaan alle 1 mm:n paksuisia. Neljällä potilaalla melanooman Breslow'n luokitus oli 1–2 mm, jolloin vartijaimusolmuketutkimuksen aiheet nyky-suosituksen mukaan täyttyvät (13).

Erityisesti melanooman varhaisempi diagnoosi ennustaa parempaa hoitovastetta. TNM-luokan 1 melanoomien yhteydessä viiden vuoden elossaolo-osuus on yli 90 %, kun TNM-luokan 4 melanoomien yhteydessä vastaava luku on noin 25 % (11). Koko ihon tutkimisen on myös havaittu vähentävän paksujen melanoomien ilmaantuvuutta (14). Metastasoimaton varhaisen vaiheen melanooma voidaan parantaa leikkaushoidolla. Melanoomien seulonnan, joka toteutetaan tutkimalla koko iho, on havaittu vähentävän melanoomakuolleisuutta (15). Koko ihon tutkimisen on todettu olevan kustannustehokasta ja johtavan varhaisemman diagnosoinnin vuoksi parempiin hoito- ja kosmeettisiin tuloksiin (16). Tutkimusten perusteella levinneen melanooman hoidon kustannukset ovat yhteiskunnalle jopa 2–10-kertaiset varhaiseen hoitoon verrattuna (9).

Tutkimustuloksemme osoittavat, että ihomuutosta vastaanotolle näyttämään tulevan po-

## Ydinasiat

- ▶ Ihosyöpien ja etenkin melanooman ilmaantuvuus lisääntynyt lähivuosina merkittävästi.
- ▶ Merkittäväällä osalla erikoissairaanhoidon lähetetyistä potilaista on useita ihosyöpiä ja niiden esiasteita, enemmän kuin perusterveydenhuollossa on havaittu.
- ▶ Erityisesti miesten ja yli 70-vuotiaiden koko ihon tarkastus kannattaa.

tilaan ihon tarkastus kannattaa. Suurelta osalta potilaista, jotka oli lähetetty erikoissairaanhoidon epäilyttävän ihomuutoksen vuoksi, löytyi lähettämisen syytä olleen ihomuutoksen lisäksi jokin muu ihosyöpiä tai sen esiaste. Ihon tarkastus tulisi mahdollisuuksien mukaan tehdä jo lähetävässä yksikössä ja viimeistään erikoissairaanhoidossa. Tämä on tärkeää siksi, että

esimerkiksi suuri osa aktiivisista keratooseista hoidetaan jo perusterveydenhuollossa, ja mikäli ihoa ei tarkasteta, jäävät muut iholla olevat pahanlaatuiset muutokset huomaamatta. Riskiryhmässä ovat erityisesti yli 70-vuotiaat miehet.

## Lopuksi

Lyhyen vastaanoton puitteissa ihon tarkastus kannattaa kohdistaa vartaloon. Mieluiten kannattaa pyrkiä tutkimaan koko iho, myös alusvaatteiden alla oleva iho, hiuspohja ja jalkaterät (jalkapohjat, varpaanvälit). Tarvittaessa diagnoosi varmennetaan kudoksenäytteillä tai muutos poistetaan kokonaisuudessaan erityisesti melanoomaa epäiltäessä. Vaikka koko ihon tarkastus vie aikaa ja on työlästäkin, se saattaa pelastaa potilaan hengen. Useimmiten säästyy terveydenhuollon resursseja ja hoitokustannuksia. Mahdollisen ihosyövän hoidon aiheuttama kosmeettinen haittakin on yksilölle sitä vähäisempi, mitä varhaisemmin ihosyöpiä todetaan. ■

### MIKAEL MAUNO, LL

HUS, Iho- ja allergiasairaala, toimenpidepoliklinikka

### MERI ÖVERMARK, LL, ihotautien erikoislääkäri, osastonlääkäri

HUS, Iho- ja allergiasairaala

### OSKARI FRISK, LL, erikoistuva lääkäri

Päijät-Hämeen keskussairaala

### KIRSI ISOHERRANEN, LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri

HUS Tulehduskeskus/Haavakeskus ja IAS

Toimenpideyksikkö

### ANNE KEINONEN, LL, ihotautien erikoislääkäri,

HUS Iho- ja allergiasairaala

### SARI KOSKENMIES, LT, ihotautien erikoislääkäri

HUS, Iho- ja allergiasairaala, toimenpidepoliklinikka

### SARI PITKÄNEN, LT, dosentti, ihotautien erikoislääkäri, osastonylilääkäri,

HUS Iho- ja allergiasairaala

### SIDONNAISUUDET

**Mikael Mauno:** Ei sidonnaisuuksia

**Meri Övermark:** Ei sidonnaisuuksia

**Oskari Frisk:** Ei sidonnaisuuksia

**Kirsi Isoherranen:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Abbvie, Mediq, Mölnlycke, Dansac Hollister), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Abbvie), luottamustoimet (European Wound Management Association, johtokunnan jäsen 2016–, Suomen Lääkäriliiton haavanhoidon erityispatenttitoimikunta), hankkeet (TerveyskyläPro, Haavatalon projektipäällikkö)

**Anne Keinonen:** Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Abbvie)

**Sari Koskenmies:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Sanofi Oy), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Janssen-Cilag), hankkeet (Kehityshanke, HUS 2016–2019)

**Sari Pitkänen:** Hankkeet (Kehityshanke, HUS vuodesta 2016)

### VASTUUTOIMITTAJA

Merja Laine

## KIRJALLISUUTTA

1. Syöpärekisteri. [www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/](http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/).
2. Pitkänen S, Jeskanen L, Ylitalo L. Basalioomat, okasolusyöpä ja sen esiasteet, miten hoidan? *Duodecim* 2014;130:643–53.
3. Kähäri V-M, Koulu L, Malila N. Ihomelanooma yleisty nopeasti. *Duodecim* 2017; 133:1183–4.
4. Mittal A, Colegio R. Skin cancers in Organ Transplant Recipients. *Am J Transplant* 2017;17: 2509–2530.
5. Nuorten määrä uhkaa vähentyä huomattavasti syntyvyyden laskusta johtuen. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste. Helsinki: Tilastokeskus 2018. [https://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2018/vaenn\\_2018\\_2018-11-16\\_tie\\_001\\_fi.html](https://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tie_001_fi.html).
6. Seppä K. Syövät vuonna 2030. Helsinki: Syöpäjärjestöt. [www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/syovat-vuonna-2030](http://www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/syovat-vuonna-2030).
7. Jason K. A growing problem: sizing up the burden of non-melanoma skin cancer. *J Cutan Med Surg* 2015;19:198–200.
8. Hanly P, Pearce A, Sharp L. The cost of premature cancer-related mortality: a review and assessment of the evidence. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2014;14:355–77.
9. Guy GP, Ekwueme U, Tangka FK, ym. Melanoma treatment costs: a systematic review of the literature, 1990–2011. *Am J Prev Med* 2012;43:537–45.
10. Bentzen J, Kjellberg J, Thorgaard C, ym. Costs of illness for melanoma and non-melanoma skin cancer in Denmark. *Eur J Cancer Prev* 2013;22:569–76.
11. Rockberg J, Amelio J, Taylor A, ym. Epidemiology of cutaneous melanoma in Sweden—stage-specific survival and rate of recurrence. *Int J Cancer* 2016;139:2722–9.
12. Werner RN, Sammain A, Erdmann R, ym. The natural history of actinic keratosis: a systematic review. *Br J Dermatol* 2013;169:502–18.
13. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, ym. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol* 2009;27:6199–206.
14. Aitken JF, Elwood M, Baade PD, ym. Clinical whole-body skin examination reduces the incidence of thick melanomas. *Int J Cancer* 2010;126:450–8.
15. Katalinic A, Waldmann A, Weinstock MA, ym. Does skin cancer screening save lives? An observational study comparing trends in melanoma mortality in regions with and without screening. *Cancer* 2012;118:5395–402.
16. Hoorens I, Vossaert K, Pijl L, ym. Total-body examination vs lesion-directed skin cancer screening. *JAMA Dermatol* 2016;152:27–34.

## SUMMARY

### Examining the whole skin is reasonable

**BACKGROUND.** In this study we assessed at patients, who were referred to the HUS Skin and Allergy Hospital for a diagnosed or suspected premalignant or malignant skin lesion during a single year. These patients' whole skin was examined, and all additional malignant or premalignant lesions were noted.

**PATIENTS AND METHODS.** This research included 4037 patients, having an average age of 69 years. The patients' whole skin was examined by a dermatologist, and all lesions that weren't mentioned in the referral were recorded.

**RESULTS.** Whole body examination revealed additional skin cancer in 568 patients (14 %), 46 patients had additional melanoma. Melanoma was mostly found in the trunk area, but also on the soles and under underwear. Of these patients 54 % were men, almost half of them over 70 years of age.

**CONCLUSIONS.** A significant portion of patients had cancerous or precancerous lesions that weren't mentioned in the referral. Primary healthcare units should examine patients' whole skin, especially if there are multiple risk factors. During a short physician office visit, the examination should be focused on the trunk.