

3. Biopsi ved mistanke om primært melanom

Lene Wagenblast, Krzysztof Drzewiecki, Annette Hougaard Chakera, Karin Dalstrøm, Christian Jordening, Lisbet Rosenkrantz Hölmich, Jørgen Lock-Andersen, Grethe Schmidt, Mette Louise Skærlund, Pia Sjøgren, Lars Bjørn Stolle.

Ansvarlig: Lisbet Rosenkrantz Hölmich. Opdateret: 20-04-2017

3.1 Excisionsbiopsi

Forudsætninger for at kunne behandle primært kutant melanom korrekt er en fyldestgørende histologisk diagnose, hvorfor der på mistanke om melanom bør foretages excisionsbiopsi. Intralæsionel biopsi bør så vidt muligt undgås. Hidtil har anbefalingen i Danmark været at fjerne tumor i 5 mm afstand. Nyeste retningslinjer anbefaler, at tumor fjernes i 2-3 mm afstand til siderne (1), og medtagende en god bræmme subkutant væv under tumor, således at de kutane forandringer er medtaget i biopsien i sin helhed. Excisionsbiopsien kan foretages elipseformet, således at hundeøredannelse undgås(2). Det skal bemærkes, at for snæver margin kan vanskeliggøre sikker vurdering af sidereseaktionsrandene.

Retrospektiv analyse af 298 atypiske nævi har påvist forskellige grader af atypi i de forskellige områder af tumor. Det kan derfor anbefales at fjerne tumor som helhed(3).

Defekten efter biopsi lukkes direkte hvis muligt og uden underminering. Hvis direkte sutur ikke er mulig, lades defekten åbentstående indtil histologi foreligger. Det anbefales IKKE at foretage lokale lapplastikker, før der foreligger svar på den histologiske undersøgelse.

I praksis kan det være hensigtsmæssigt at excidere en suspekt tumor i 5 mm afstand, da tumor vil være færdigbehandlet såfremt diagnosen er in-situ melanom.

Anbefalinger	Grad
1: Der anbefales excisionsbiopsi af hele tumor, med 2-3 mm margen og et lag subkutant væv under tumorbunden.	C
2: Intralæsionel biopsi er ofte ikke repræsentative for diagnostik og stadieinddeling af primærtumor.	C
3: Intralæsionel biopsi kan være indicerede i visse anatomiske område, ved stor	C

tumor eller ved komorbiditet. I så fald anbefales incisionsbiopsi.	
--	--

3.2 Intralæsionel biopsi

Definition: stansebiopsi, tangentiel biopsi, incisionsbiopsi

Ca. 1/5 af 1783 melanompatienter, der fik foretaget forskellige former for intralæsionel biopsi, fik ved reexcision påvist tykkere melanom end ved den initiale biopsi. Jo mindre procentdel af læsionen, der blev fjernet ved intralæsionel biopsi, jo større var graden af usikkerhed i forhold til den endelige diagnose(4). I et studie af Somach SC et al. fandt man, at 40% af tilfældene senere viste større tumortykkelse end først antaget, og i 28 % af disse tilfælde havde det prognostiske og terapeutiske konsekvenser(5).

I visse tilfælde vil det ikke være hensigtsmæssigt at foretage komplet excisionsbiopsi, f.eks. ved udbredt kutan forandring, risiko for kosmetiske eller funktionelle gener eller ved væsentlig komorbiditet. I disse tilfælde kan man foretage intralæsionel biopsi af repræsentativt tumorområde under vejledning af dermatoskopi. Dette er en specialopgave, og patienten bør henvises til relevant plastikkirurgisk afdeling.

Stansebiopsi

For at reducere risiko for fejlagnostisering bør man anvende stansebiopsi med størst mulig diameter således, at man medtager så meget suspekt væv som muligt. Selv med en stansebiopsi af en vis diameter medtages kun begrænset bræmme af væv i bredden, hvorfor stansebiopsi ikke anbefales som førstevalg.

Tangentiel excision

Med denne type biopsi får man større areal af tumor til mikroskopisk vurdering, men der er stor risiko for ikke at medtage tilstrækkeligt væv i dybden. Tangentiel excision kan derfor ikke anbefales.

Incisionsbiopsi

Incisionsbiopsi giver større diagnostisk sikkerhed end stansebiopsi og tangentiel biopsi (6). I et multi RCT af Martin et al., hvor man undersøgte 2164 melanom patienter, fandt man, at incisionsbiopsi ikke influerede på overlevelsen(7). Bong JL et al. undersøgte 496 melanompatienter, hvoraf de 265 havde fået foretaget incisionsbiopsi. Der var ingen forskel i overlevelse eller recidiv i de to grupper(8).

Selvom der ikke foreligger dokumentation for at biopsitype influerer på overlevelsen, er der tilstrækkelig dokumentation for, at biopsitypen forringer primær diagnostik, og dermed behandlingen af primært

melanom. Derfor anbefales incisionsbiopsi fremfor stanse- eller tangentiel biopsi ved behov for intralæsionel biopsi.

Referencer:

1. SIGN Guideline No.72. Cutaneous Melanoma: A National Clinical Guideline. Updated February 2004. 2003. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
2. Roberts DL, Anstey AV, Barlow RJ, Cox NH, Newton Bishop JA, Corrie PG et al U.K. guidelines for the management of cutaneous melanoma. Br. J Dermatol 2002; 146(1): 7-17
3. Barr RJ, Linden KG, Rubinstein G, Canto KA, Analysis of heterogeneity of atypia within melanocytic nevi. Arch Dermatol 2003; 139 (3): 289-292
4. Karimipour DJ, Schwartz JL, Wang TS, Bichakjian CK, Orringer JS, King AL et al. Microstaging accuracy after subtotal incisional biopsy of cutaneous melanoma. J Am Acad, Dermatol 2005; 52 (5): 789-802.
5. Somach SC, Taira JW, Pithas JV, Everett MA. Pigmented lesions in actinically damaged skin. Histopathologic comparison of biopsy and excisional specimens. Arc. Dermatol 1996; 132 (11): 1297-1302.
6. Pariser RJ, Divers A, Nassar A. The relationship between biopsy techniques and uncertainty in the histopathologic diagnosis of melanoma. Dermatol Online J 1999; 5 (2): 4.
7. Martin RC, Scroggins CR, Ross MI, Reintgen DS, Noyes RD, Edwards MJ et al. Is incisional biopsy of melanoma harmful? Am J Surg. 2005; 190 (6): 913-917.
8. Bong JL, Herd RN, Hunter JA. Incisional biopsy and prognosis. J Am Acad Dermatol 2002; 46 (5): 690-694.

Resume af evidensen	Level	Reference
Excisionsbiopsi med 2-3 mm afstand anbefales som den bedste metode til diagnostik ved mistanke om malignt melanom	IV	1,2
1/3 af atypisk nævi har ved mikroskopi vist forskellige grader af atypi i forskellige områder af nævus, derfor anbefales komplet excisionsbiopsi.	III	4
Intralæsionel biopsi er mindre egnet til vurdering af tumortykkelse sammenlignet med excisionsbiopsi.	III	5

En undersøgelse har vist, at 21% af intralæsionelle biopsier senere blev opgraderet i forhold til tumortykkelse ved efterfølgende excision. Jo mindre den primære intralæsionelle biopsi var, jo større uoverensstemmelse var der mellem tumortykkelse målt ved biopsien og ved en efterfølgende excision.	III	7
Undersøgelse af 46 pigmenterede læsioner har vist, at 40 % af tumores efterfølgende viste sig at have dybere invasion ved reexcisionen end påvist ved den første intralæsionelle biopsi. I 28% af tilfældene var forskellen så stor, at det havde prognostiske og terapeutiske konsekvenser. I 1/5 af tilfældene viste reexcisionen invasion, der ikke havde kunnet påvises ved den initiale intralæsionelle biopsi.	III	8
Excisionsbiopsi anbefales til diagnostik. Ved behov for intralæsionel biopsi anbefales incisionsbiopsien over andre intralæsionelle biopsityper, da man derved får større mængde og mere repræsentativ væv til diagnostik.	III	2
Et multicenter RTC studie har vist at biopsitype ikke influerer på overlevelsen.	II	13