

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

ste stent. Begge stent blev postdilateret ved højt tryk (18 atmosfære) med nonkompliante PCI-balloner og et godt angiografisk resultat. Man gav enoxaparin i yderligere tre dage, og resten af forløbet var ukompliceret. Et ekg viste udvikling af negative T-takker i prækordialafledningerne og P-CK-MB steg til 27 µg/l, mens trombocytallet i hele forløbet var under  $500 \times 10^9/l$ . En ekkokardiografi ved udskrivelse viste let anteroseptal hypokinesi og venstre ventrikels udrykningsfraktion var 50%. Den antitrombotiske behandling har siden været clodidogrel og aspirin, hvorpå patienten har været symptomfri i syv måneder.

### Diskussion

Incidensen af SST efter PCI med stentimplantation er 1-2%, og underekspansion af stenten samt efterladt stentkantdissektion disponerer for denne ofte katastrofale komplikation [4]. Patienter med PV er udsatte for trombotiske og hæmorrhagiske komplikationer, som antages at være betingede af abnorm trombocytfunktion [1]. Der foreligger i den internationale litteratur enkelte rapporter om øget risiko for SST efter PCI hos patienter med PV [2, 3] og en enkelt kasuistik om et succesfuldt langtidsresultat efter PCI uden stentimplantation hos en patient med PV [5]. Denne sygehistorie understreger, at der kan være øget risiko for SST efter PCI med stentimplantation hos patienter med PV, ligesom der os bekendt ikke før er beskrevet samtidig SST i to kontralaterale koronar-læsioner.

Øget trombocytaktivering relateret til PV og akut koronar-

syndrom bidrog utvivlsomt til SST hos vor patient, men trods et tilfredsstillende primært procedureforløb, kan det ikke udelukkes, at proceduretekniske forhold ved den første PCI medvirkede til problemet. Om der skal behandles med yderligere indsættelse af stent kan derfor diskuteres, mens brug af abciximab, postdilatation med højt ballontryk og om muligt kontrol med intrakoronar ultralydskanning må anbefales i denne situation. Der findes ingen samlede data om koronar bypassoperation hos patienter med PV.

PV er en heterogen sygdom med stor variation i risikoen for trombose og/eller hæmorrhagi, og sygehistorien understreger, at PCI hos disse patienter kan være behæftet med øget risiko.

Korrespondance: Anders Hvelplund, Kardiologisk Afdeling P, Amtssygehuset i Gentofte. DK-2900 Hellerup.  
E-mail: hvelplund@dadlnet.dk

Antaget: 22. september 2005  
Interessekonflikter: Ingen angivet

### Litteratur

1. Wehmeier A, Sudhoff T, Meierkord F. Relation of platelet abnormalities to thrombosis and hemorrhage in chronic myeloproliferative disorders. *Semin Thromb Hemost* 1997;23:391-402.
2. Goethals P, Evrard S, Dubois C. Recurrent coronary stent thrombosis. *Acta Cardiol* 2000;55:371-3.
3. Zavalloni D, Marsico F, Milone F et al. Is conventional antiplatelet therapy for the prevention of coronary stent thrombosis always safe? A case report of a patient with polycythemia. *Ital Heart J* 2004;5:163-6.
4. Cheneau E, Leborgne L, Mintz GS et al. Predictors of subacute stent thrombosis. *Circulation* 2003;108:43-7.
5. Guazzi M, Esposito G, Loaldi A. Long-term successful coronary artery in polycythemia vera. *J Invas Cardiol* 1995;7:243-7.

## Dynamisk dermoskopi

1. reservelæge Henrik F. Lorentzen & professor Kaare Weismann

Odense Universitetshospital, Nævusklubben,  
Dermatologisk Afdeling, og  
Hørsholm Sygehus, Dermatologisk Klinik

Dermoskopi, der udføres af eksperter, er i to metaanalyser [1, 2] vist at være mere sikker end klinisk melanomdiagnostik. Ved dynamisk dermoskopi forstås undersøgelse foretaget med f.eks. tre måneders interval med henblik på identifikation af forandringer i elementet.

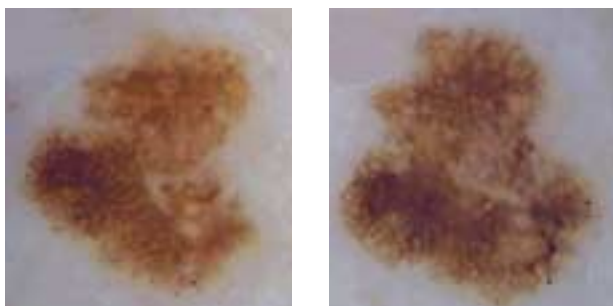
Kritikere af teknikken har hævdet, at dermoskopiske forandringer overvejende er til stede i tykke maligne melanomer (MM), hvor de kliniske forandringer under alle omstændigheder burde føre til excision. Vi omtaler en sygehistorie, hvor dermoskopi foretaget med tre måneders mellemrum afslørede

et in situ-MM, der ikke klinisk adskilte sig fra patientens talrige melanocytære nævi.

### Sygehistorie

En 32-årig mand blev henvist til vores nævusklubben med henblik på regelmæssige kontroller af sine nævi. Han havde tidligere haft to MM, og der var forekomst af MM hos to første-gradsslægtninge. Patienten var rødblond og havde hudtype 1 med talrige rødbrune efelider samt talrige store spejlægssagtige nævi på truncus som udtryk for atypisk nævussyndrom. Samtlige nævi blev gennemgået med dermoskopi, og flere blev fotograferet med videoskop (dermoskopi med 10× forstørrelse).

På højre skulder havde patienten et 4×5 mm stort melanocytært element (**Figur 1A**), der var dermoskopisk asymmetrisk i to på hinanden vinkelrette akser, abrupt ophør af pigmentnettet i en ottendedel af elementet, ensartet lysebrun



Figur 1. A. Videoskopisk billede (forstørrelse  $\times 10$ ) af melanocytært element i august 2004. B. Samme element i december 2004. Bemærk forgrovningen af pigmentnetværket kl. 4-5 i elementet og tilkomst af *black dots* i dette område. Histologisk diagnose: malignt melanom in situ.

farve, og af dermoskopiske differentialstrukturer fandt vi pigmentnet og en enkelt *black dot* (dermoskopisk punktformet struktur med en diameter under 0,1 mm). Ved redermoskopi 3-4 måneder senere havde elementet ændret sig. Nedadtil kunne nu ses en atypisk fortykkelse af pigmentnettet, og her havde det ikke længere en regelmæssig bikubestruktur. Der var tilkommet yderligere nogle *black dots*.

En histopatologisk undersøgelse viste MM in situ.

### Diskussion

»When in doubt – cut it out« er et aksiom i screening for MM, men er ikke altid farbart for patienter, der har atypisk nævussyndrom og hovedparten af nævi liggende i gråzonen mellem benignt melanocytært nævus og MM. Dermoskopiske forandringer i melanomer er enten baseret på retrospektive sygehistorier eller på matematisk modellering af tværnsnitsdata.

Dermoskopi giver ikke et fuldstændig sikkert resultat, og opfølgende kontrol efter 3-6 måneder har været foreslået. Det korrekte interval mellem primærundersøgelsen og opfølgingsbesøget er ikke fastlagt.

Menzies rapporterede om seks MM, hvoraf to havde ændret sig dermoskopisk inden for en uges ventetid på kirurgisk excision. I samme studie blev 318 melanocytære læsioner fulgt i tre måneder; i denne periode ændredes 61 af dem. Syv af disse var in situ-MM, og to var Clark level II (hhv. 0,25 og 0,27 mm)-MM.

Skvara [3] gennemgik 63 MM, der var blevet identificeret, da de havde ændret sig i en 3-6-måneders-opfølgingsperiode. Disse kunne ikke identificeres ved almindelige dermoskopiske regler ved initialbesøget. Det, der adskilte disse melanomer fra 63 nævi, der også havde ændret sig i opfølgingsperioden, var uregelmæssigt pigmentnetværk (hos 23,8% MM), perifere *black dots* (11,1%) og pseudopodier (7,9%). To-ogtres var under 1 mm Breslowtykkelse, heraf var halvdelen in situ MM. Et melanom var 2,8 mm.

Bauer [4] fulgte 196 risikopatienter i en median opfølgingsperiode på 25 måneder. To MM in situ blev fundet: Det ene havde fået et øget overfladeareal, og der var udviklet pseudopodier. Det andet havde et uforandret areal, men der var udviklet excentrisk lokal hyperpigmentering.

Kittler [5] fulgte 202 patienter i en median opfølgningstid på 12,6 måneder og fandt otte MM (fem in situ). Af disse udvikledes der asymmetriske perifere *black dots* i et MM og pseudopodier i et MM. I fire udvikledes der asymmetrisk arealtilvækst. Af disse havde to fokal forgrovning af pigmentnettet. I et MM udvikledes der hypopigmentering, og i et udvikledes der symmetrisk arealtilvækst. Sidstnævnte er beskrevet for godartede nævi efter eksposition for ultraviolet B lys.

Karakteristisk for resultatet af undersøgelserne og for den her omtalte sygehistorie er, at disse tidlige MM ved såvel den første som den opfølgende dermoskopiske undersøgelse ikke viste kliniske eller dermoskopiske tegn på MM, men at diagnosen blev stillet på subtile ændringer i pigmentnettet, asymmetrisk arealtilvækst eller tilkomst af excentrisk og asymmetrisk lokaliserede *black dots*. Vi anbefaler derfor, at personer med atypisk nævussyndrom, familiær forekomst af MM eller tidligere MM følges regelmæssigt på en dermatologisk afdeling eller i en praksis med mulighed for at foretage dermoskopisk opfølgingsundersøgelse.

Korrespondance: Henrik F. Lorentzen, Dermatologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C. E-mail: lorentzen@dadlnet.dk

Antaget: 22. juli 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

### Litteratur

1. Bafounta M-L, Beauchet A, Aegerter P et al. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Arch Dermatol 2001;137:1343-50.
2. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K et al. Diagnostic accuracy of dermoscopy. Lancet Oncol 2002;3:159-65.
3. Skvara H, Teban L, Fiebiger M et al. Limitations of dermoscopy in the recognition of melanoma. Arch Dermatol 2005;141:155-60.
4. Bauer J, Blum A, Strohacker U et al. Surveillance of patients at high risk for cutaneous malignant melanoma using digital dermoscopy. Br J Dermatol 2005;152:87-92.
5. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K et al. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital epiluminescence microscopy: patterns of modifications observed in early melanoma, atypical nevi, and common nevi. J Am Acad Dermatol 2000;43:467-76.