

## Kasuistik

Ugeskr Læger 2020;182: V03200133

# Atypisk præsentation af lentigo maligna-melanom

Nanja Gotland, Matilda Ingrid Elisabeth Svenning, Christian Lyngsaa Lang & Alessandro Venzo

Klinik for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling, Rigshospitalet

Ugeskr Læger 2020;182:V03200133

Lentigo maligna (LM) er et forstadium til modermærkekæft og består af maligne celler uden et invasivt vækstmønster. LM er oftest lokaliseret på solesponerede områder såsom hoved, ansigt og nakke, hvor det opstår i solskadede hud. LM kan være til stede i årevis uden at blive invasiv. Forekomsten er størst hos ældre patienter med en overrepræsentation af kvinder. Hvis LM transformeres og bliver invasiv, ændres vækstmønstret fra horisontal vækst langs den dermale-epidermale grænse (basalcellelaget) til vertikal vækst, og dermis invaderes. Dette klassificeres som lentigo maligna-melanom (LMM), som kan metastasere, hvis det ikke excideres. LMM er den tredjehyppigste undertype af melanom med en prævalens på 4-15%, kun overgået af superficielt spredende og nodulært melanom og efterfølges af akralt melanom [1]. LMM er den hyppigst forekommende undertype af melanom i hoved-hals-området [2, 3].

### SYGEHISTORIE

En 95-årig kvinde, som tidligere var blevet diagnosticeret med basalcellekarcinomer (BCC) og havde lys hud af Fitzpatrick type II, blev henvist til en plastikkirurgisk afdeling til behandling af flere nyttilkomne BCC'er. Ved forundersøgelsen blev det bemærket, at hun havde en mørk hårlok i det grå hår. Hun havde ingen erindring om, hvor længe den havde været til stede (**Figur 1 A og B**). Ved nærmere undersøgelse blev der fundet et lentiginøst element på ca. 20 × 20 mm under hårlokken. Klinisk var der mistanke om LM. Læsionen blev biopteret med en stansebiopsi, og histologisvaret viste LMM med en Breslowtumortykkelse på 1,7 mm uden ulceration, dermale mitoser eller regression. Læsionen blev efterfølgende excideret radikalt iht. nationale retningslinjer, og defekten blev rekonstrueret med et delhudstransplantat. På grund af patientens alder, komorbiditeter og hendes ønske blev der ikke udført yderligere undersøgelser med sentinel node biopsi. Hun blev efterfølgende tilbudt ultralydskanning af de regionale lymfeknuder på hoved og hals forud for hver ambulante kontrol.

**FIGUR 1 /** A. og B. Den pigmenterede hårlok hos patienten i sygehistorien. C. Histopatologisk billede af det exciderede væv.



## DISKUSSION

LMM forekommer hyppigst i den syvende og ottende dekade. De viser sig klinisk som flade plaques eller forhøjede tumorer. LMM er brune/sorte, asymmetriske og kan have stor udbredelse, specielt hvis de er forudgået af LM, der har været til stede i lang tid [3, 4]. Konversionsraten fra LM til LMM er ukendt og er beskrevet som aldersafhængig [1]. Lokalrecidivraten er højere end ved andre undertyper af melanom. Dette skyldes, at LMM klinisk er svær at afgrænse, og kirurgisk behandling med margen af rask væv i ansigtet kan være særdeles udfordrende og give kosmetiske og funktionelle gener [1]. Konfokal mikroskopi kan benyttes til kortlægning af afgrænsningen superficielt inden kirurgi, men ikke i dybden, da der ved konfokal mikroskopi kun kan visualiseres strukturer i en dybde på ca. 0,2 mm. Metoden benyttes ikke som standard, da den er tidskrævende, kræver særlig uddannelse, er dyr og kun kan udføres enkelte steder i landet. Det er velkendt, at tidligere nonmelanomhudkræft øger risikoen for udviklingen af LMM, og at BRAF-mutationer sjældent ses, som det ellers er tilfældet hos næsten halvdelen af patienterne med melanom [1].

Makroskopisk bør man få mistanke om LMM, hvis læsionen øges i diameter eller får større variation af farver, øget uregelmæssig afgrænsning, elevation og regression [1, 2]. *Braun et al* har opstillet dermoskopiske kriterier for konverteringen af LM til LMM: pigmenteret rombisk mønster, ringformede eller kornede mønstre med sammenvokset brune til blå-grå pletter, korte og/eller polygonale linjer omkring og mellem svedkirtelåbninger og udslettede hårsækkene [2, 4] (Figur 1C). Udviklingen fra LM til LMM med destruktion af hårsækkene vil typisk gøre, at man i et fuldt udviklet invasivt LMM ikke vil se hårvækst.

Patienten i sygehistorien er typisk mht. alder, køn og anatomisk placering af LMM. Det usædvanlige ved præsentationen var fundet af melanocytisk hårvækst med påvirkning af hårfarven uden udslettede follikler i det berørte område (Figur 1C). Man kan argumentere for, at folliklerne i de tidlige stadier af tumorinvasionen skånes, men det kan ikke forklare misfarvningen af patientens hår. Som det ses, er det misfarvede hår langt, hvilket indikerer, at læsionen har været til stede længe uden at give tegn på ødelagte hårsække. Vi har gennemført litteraturen uden at kunne finde et tidligere beskrevet lignende tilfælde, men har fundet en mulig forklaring på fænomenet.

**KORRESPONDANCE:** *Nanja Gotland*. E-mail: nanjagotland@hotmail.dk

**ANTAGET:** 18. august 2020

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 28. september 2020

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**LITTERATUR:** Findes i artiklen publiceret på Ugeskriftet.dk

## SUMMARY

### Atypical presentation of lentigo maligna melanoma

Nanja Gotland, Matilda Ingrid Elisabeth Svenning, Christian Lyngsaa Lang & Alessandro Venzo

Ugeskr Læger 2020;182:V03200133

Lentigo maligna melanoma (LMM) is the most common subtype of melanoma in the face. In this case report, a 95-year-old woman had a patch of dark hair growing out of her white hair on her scalp. A punch biopsy confirmed the diagnosis of LMM. The unusual in this case is the finding of melanocytic hair growth with no obliteration of follicles in the affected area. As described, obliteration of follicles is usually seen in histology when lentigo maligna progresses. To our knowledge, no similar cases have been described in literature.

## LITTERATUR

1. Stretch J, Smith JP, Varey AHR et al. Melanoma essentials – a concise guide, ed. 1. Melanoma Institute Australia, 2015.
2. Pralong P, Bathelier E, Dalle S et al. Dermoscopy of lentigo maligna melanoma: report of 125 cases. Br J Dermatol 2012;167:280-7.
3. Fröhlich S, Cazzaniga S, Kaufmann L et al. A retrospective cohort study on patients with lentigo maligna melanoma. Dermatology 2019;235:340-5.
4. Braun R, Thomas L, Stolz W. Lentigo maligna. [https://dermoscopia.org/Lentigo\\_Maligna](https://dermoscopia.org/Lentigo_Maligna) (30. nov 2019). Litteratur