

---

## Maligne melanomer og unge menn

---

REDAKSJONELT

PETTER JENSEN GJERSVIK

Petter Jensen Gjersvik (f. 1952) er fagredaktør i Tidsskriftet, spesialist i hud- og veneriske sykdommer og overlege og universitetslektor ved Hudavdelingen, Rikshospitalet.

Email: [petter.gjersvik@rikshospitalet.no](mailto:petter.gjersvik@rikshospitalet.no)

Tidsskriftet

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

---

Insidensen av kutant malignt melanom har økt kraftig de siste 30 – 40 årene – i Norge er insidensen i denne perioden blitt omtrent fordoblet hvert tiår (1). Rundt 1 000 nordmenn per år får nå diagnostisert denne kreftformen, som har høy metastaseringsfrekvens og letalitet ved lesjoner over en viss tykkelse. Denne økningen i insidens har ført til mange bestrebelser med sikte på forebygging og tidlig diagnostikk.

I Norge har bl.a. Den Norske Kreftforening tatt denne utfordringen. Norsk Melanomgruppe, som er en tverrfaglig sammensatt ekspertgruppe, har nylig utgitt et handlingsprogram for kutant malignt melanom (1) som er distribuert til alle norske leger. Dette er et viktig tiltak for å spre oppdatert kunnskap om malignt melanom og for å gjøre diagnostikk og behandling så god som mulig.

Viktige risikofaktorer for utvikling av malignt melanom i hud er lys hudtype og gjentatte solesponeringer med solforbrenning, særlig i ung alder (1, 2). Prognosen ved diagnostisert malignt melanom varierer fra ingen påvirkning av pasientens levetid til høy risiko for tidlig død. Prognosen er relatert til tumors tykkelse (Breslows tykkelse), målt som avstanden mellom stratum granulosum i epidermis til dypeste melanomcelle (1, 2).

Forebyggende tiltak mot malignt melanom rettes inn mot to forhold: For det første forsøker man å spre informasjon om ønskeligheten av å unngå overdreven soling, særlig solforbrenning, å bruke klær som dekker huden, og å smøre huden med krem med tilstrekkelig høy solfaktor tilstrekkelig ofte (3). For det andre oppfordres folk til å søke lege dersom man oppdager vekst i en brun (svart) flekk i huden, slik at den kan bli undersøkt nærmere og eventuelt

fjernet (1, 2). I flere land, inkludert Norge (4), er det satti gang opplysningskampanjer og screeningprogrammer der folk med mistenkelige føflekker kan bli undersøkt av lege eller hudlege.

Hvilke faktorer får mennesker som er blitt oppmerksom på en suspekt flekk i huden til å søke lege? Hvorfor tar det så lang tid før enkelte søker lege? Svar på slike spørsmål kan gi en pekepinn om svakheter i det forebyggende arbeid ved malignt melanom (5, 6). I dette nummer av Tidsskriftet (7) gjengir Faye og medarbeidere resultater fra en spørreskjemaundersøkelse blant norske pasienter med malignt melanom (8). Spørreskjema ble sendt pasienter via deres faste lege kortest mulig tid etter diagnosetidspunktet. Hensikten var bl.a. å studere forsinkelse som pasientene selv var «skyld i» (pasientrelatert forsinkelse). Et av de viktigste funn i denne studien var at pasientrelatert forsinkelse, definert som tiden fra pasienten ble oppmerksom på en mistenkelig flekk på huden og til vedkommende søkte lege, var lengst hos yngre menn.

Spør man en mann som søker lege for å få undersøkt en suspekt føflekk om hvem som har sendt ham, er svaret svært ofte kona eller kjæresten. I en tysk studie svarte 34 av 41 menn (83 %) med malignt melanom at det var deres partner (ektefelle) som hadde oppfordret dem til å søke lege, mens dette var tilfellet hos bare 11 av 23 kvinner (48 %) (9). Hvorvidt kvinner er bedre til å identifisere en melanomsuspekt flekk enn menn, sier dette ikke noe sikkert om. Likevel kan det være grunn til å spørre om ikke en intensivert (og annerledes) kampanje med tanke på menn og malignt melanom bør inkludere en oppfordring til unge kvinner om ikke bare å sjekke sine egne føflekker, men også føflekkene til kjæresten.

Faye og medarbeidere fant ingen positiv korrelasjon mellom diagnostisk forsinkelse og tumortykkelse, slik det fremgår av deres primærpublikasjon (8). I en fransk studie ble det funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom pasientrelatert diagnostisk forsinkelse og tumortykkelse (10), men en slik sammenheng ble ikke påvist for noduløst malignt melanom (i hovedsak tykke melanomer). Noduløst malignt melanom hadde faktisk kort diagnostisk forsinkelse, i overensstemmelse med den norske studien (8). Andre studier har vist at det er insidensen av tynne melanomer (med god prognose) som har økt, mens insidensen av tykke melanomer (med dårlig prognose) mer eller mindre har vært stabil (11).

Disse funnene taler for at det er viktige forskjeller i vekstkinetikk mellom de ulike typene av malignt melanom, og at variasjoner i biologiske faktorer ved tumor og/eller pasient nok er langt mer avgjørende enn pasientatferd, opplysningsnivå og opplysningskampanjer (5, 6). Noen melanomer kan være aggressive og metastasere mens de fortsatt er tynne, og tykke melanomer kan tenkes å ha spesifikke biologiske egenskaper. Det ville vært et stort fremskritt om man ble i stand til å identifisere slike typer lesjoner på et tidlig tidspunkt, og å identifisere personer som har særlig høy risiko for å utvikle slike melanomer, enten det er på grunnlag av immunologiske, genetiske eller andre karakteristika. Slik kunnskap vil kunne føre til bedre og tidligere diagnostikk av malignt melanom i hud.

---

## LITTERATUR

1. Nyfors A, Larsen TE, Aamdal S, red. Handlingsprogram for kutant malignt melanom i Norge. Oslo: Norsk Melanomgruppe og Den norske Kreftforening, 1999.
2. Helsing P. Malignt melanom – hva vet vi? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 969 – 71.
3. Jensen P. Forebygger solfaktorkremer hudkreft? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2610.
4. Selvåg E, Loeb M, Larsen TE, Thune P. Forebygging og tidlig diagnostisering av malignt melanom. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2316 – 8.
5. MacKie RM. Thickness and delay in diagnosis of melanoma. How far can we go? Arch Dermatol 1999; 135: 339 – 40.
6. Doherty VR. Why are there delays in patients presenting with melanoma? Br J Dermatol 1999; 141: 779 – 82.
7. Faye RS, Helsing P, Langmark F. D Diagnostisk forsinkelse ved malignt melanom Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1023 – 5.
8. Helsing P, Faye R, Langmark F. Cutaneous malignant melanoma. Correlation between tumor characteristics and diagnostic delay in Norwegian patients. Eur J Dermatol 1997; 7: 359 – 61.
9. Kaskel P, Kind P, Sander S, Peter RU, Krähn G. Nonprofessional identification of malignant melanoma: are wives more attentive? Br J Dermatol 1999; 141: 931.
10. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Thirion X, Wolkenstein P et al. Melanoma and tumor thickness: challenges of early diagnosis. Arch Dermatol 1999; 135: 269 – 74.
11. Lipsker DM, Hedelin G, Heid E, Grosshans EM, Cribier BJ. Striking increase of thin melanomas contrasts with stable incidence of thick melanomas. Arch Dermatol 1999; 135: 1451 – 6.

---

Publisert: 10. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.