

**DMG 2003 KLINIK OG PATOLOGI**

**Registrering af kliniske data og patologi data  
hos patienter med kutant malignt melanom**

Januar 2003

## INDHOLD

1.	<i>ALMENT OM FORMÅLET MED PROTOKOLLEN</i> .....	3
2.	<i>PATIENTUDVÆLGELSE</i> .....	3
3.	<i>ALMENT OM ON STUDY SKEMA DMG 2003</i> .....	3
	<b>KLINISK DEL AF SKEMA :</b> .....	<b>5</b>
4.	<i>ANAMNESE</i> .....	<b>5</b>
5.	<i>KLINISK OBJEKTIV UNDERSØGELSE</i> .....	<b>5</b>
6.	<i>PRIMÆR DIAGNOSTIK</i> .....	<b>7</b>
7.	<i>KLINISK STADIUM</i> .....	<b>8</b>
8.	<i>OPERATIONSFORHOLD OG KONTROL AF SKEMA</i> .....	<b>8</b>
9.	<i>FOLLOW UP</i> .....	<b>9</b>
10.	<i>RECIDIV</i> .....	<b>10</b>
11.	<i>OFF STUDY</i> .....	<b>10</b>
	<b>PATOLOGISK DEL AF SKEMA:</b> .....	<b>11</b>
12.	<i>UNDERSØGELSESNUMMER</i> .....	<b>11</b>
13.	<i>MELANOMTYPE</i> .....	<b>11</b>
14.	<i>MELANOCYTÆR TUMOR, UVIST BENIGN ELLER MALIGN</i> .....	<b>13</b>
15.	<i>ANDRE KARAKTERISTIKA</i> .....	<b>13</b>
16.	<i>TUMORTYKKELSE</i> .....	<b>14</b>
17.	<i>CLARK'S LEVEL</i> .....	<b>14</b>
18.	<i>FRIE RESEKTIONSGRANDE</i> .....	<b>15</b>
19.	<i>SATELLITTER</i> .....	<b>15</b>
20.	<i>UTILSTRÆKKELIGT MATERIALE TIL HISTOLOGISK UNDERSØGELSE</i> ...	<b>16</b>
21.	<i>UDSKÆRINGSPROCEDURE</i> .....	<b>16</b>

**1. ALMENT OM FORMÅLET MED PROTOKOLLEN**

- 1.1.** Formålet med denne protokol er at standardisere registreringen af kliniske, patologiske og behandlingsmæssige data for patienter med kutant malignt melanom, som behandles på institutioner tilknyttet Dansk Melanom Gruppe (DMG).
- 1.2.** Det er målet gennem denne standardisering at højne behandlingsstandard og at vurdere den prognostiske betydning af de registrerede patientdata med henblik på forbedring af behandlingen af patienter med kutant malignt melanom.

**2. PATIENTUDVÆLGELSE**

- 2.1.** Der registreres patienter, som med diagnosen kutant malignt melanom, henvises til institution tilknyttet DMG. Slimhinde- og øjenmelanomer registreres ikke i protokollen. Tumorer udviklet i overgangszonen mellem slimhinde og hud (analområdet, genitalia, vestibulum nasi, prolabium og øjenlåg) registreres i protokollen.
- 2.2.** Alle henviste patienter, uanset alder, klinisk stadium, tidligere behandling af melanomet, andre tidligere eller aktuelle sygdomme, ønskes registreret i protokollen. Dette betyder f.eks. at Clark's level I melanomer, metastaserende melanomer uden kendt primærtumor og melanocytær tumor, uvist benign eller malign også registreres.
- 2.3.** Alle patienter, der har fået primærtumor exciseret/biopteret, kan indgå i undersøgelsen. Præparatet bør revideres af patolog tilknyttet DMG.

**3. ALMENT OM ON STUDY SKEMA DMG 2003**

- 3.1.** On study skemaet består af en klinisk del og en patologidel.
- 3.2.** Den kliniske del indeholder en tegning af en stiliseret person med angivelse af de anatomiske regioner og deres tilknyttede talkoder.
- 3.3.** Alle relevante dele og rubrikker af skemaet skal udfyldes.
- 3.4.** Den første del af den kliniske del af skemaet udfyldes ved første kontakt med patienten. Den DMG-ansvarlige på afdelingen kontrollerer den kliniske del samt udfylder resten af rubrikkerne "TNM-klassifikation", "Dato for definitiv kirurgisk behandling", "Ekscisionsafstand", "Lukning af defekt" samt underskriver for klinisk del.

- 3.5.** Patologiskemaet udfyldes under ansvar af erfaren patolog tilknyttet DMG.
- 3.6.** Ved flere primære maligne melanomer udfyldes et skema for hvert melanom.
- 3.7.** Hvis primærtumor er lokaliseret til slimhinde eller øje, skal patienten ikke registreres i DMG, da registreringen kun omfatter kutane læsioner. (se pkt. 2.1)

## **Klinisk del af skema :**

### **4. ANAMNESE**

#### **4.1. Dato for første symptom**

De hyppigste symptomer på malign udvikling i en pigmenteret læsion er vækst, farveændring, kløe, ulceration med blødning eller sekretion.

**4.1.1.** Dato for første symptom anføres så nøjagtigt som muligt (hvis pt. oplyser at det startede for 3 mdr. siden trækkes 3 mdr. fra dags dato).

#### **4.2. Melanom hos slægtning**

En del patienter, især patienter med dysplastisk nævus syndrom, vil have slægtninge, som er behandlet for malignt melanom.

**4.2.1.** Hvis en slægtning til patienten er behandlet for malignt melanom, afkrydses i rubrikken "Melanom hos slægtning", og navn på slægtningen, fødselsdag, om muligt behandlingssted og – år anføres som tekst under rubrikken.

**4.2.2.** Ved melanom hos flere slægtninge, anføres oplysninger om alle slægtninge.

**4.2.3.** Ved slægtning forstås forældre, børn, søskende, faster / moster og farbror / morbror.

### **5. KLINISK OBJEKTIV UNDERSØGELSE**

#### **5.1. Lokalisation af primærtumor**

Lokalisationen af primærtumor er formentlig influeret af ætiologiske faktorer, og viser kønsrelaterede forskelle. Lokalisationen har prognostisk betydning.

**5.1.1.** Den kliniske undersøger tager stilling til lokalisationen af primærtumor i forhold til de anvendte anatomiske regioner på tegningen på on study skema.

**5.1.2.** Findes primærtumor ikke, anføres talkoden 99 i rubrikken for region nummer.

**5.1.3.** Lokalisation af primærtumor markeres nøjagtigt på tegningen med et tydeligt kryds, og den tilhørende talkode for regionen overføres til rubrikken "Lokalisation af primærtumor" på on study skemaet.

- 5.1.4.** Hvis talkoden på "on study skema" er encifret, tilføjes et 0 (nul) foran tallet ved overførsel til rubrikken på skemaet (eks. 04 for tumor i kapillitiet).
- 5.1.5.** De to sagittale skillebælter på truncus, pars medialis trunci, er defineret som 5 cm brede bælter lokaliseret 2,5 cm ud til hver side for midtlinien ( kodetal 07, 08, 09 og 10).

**5.2. *Findes primærtumor***

Hvis primærtumor eller størstedelen heraf findes på undersøgelsestidspunktet, udfyldes felterne for nodulus, satellitter, in-transit metastaser, regression, største diameter af læsionen, største diameter af nodulus og største diameter af regression.

- 5.2.1.** Der afkrydses for nodulus i tumor, hvis der kan påvises veldefineret nodulus i melanomet, eller hvis melanomet præsenterer sig som et enkelt nodulært element.
- 5.2.2.** Der afkrydses for satellitter, hvis sådanne findes inden for 2 cm's afstand fra primærtumors rand. Satellitter er dermale/epidermale lokale metastaser p.g.a. lymfatisk spredning. Recidiv skema udfyldes.
- 5.2.3.** Hvis lokale metastaser findes i en afstand over 2 cm fra primærtumors rand og i retning mod den regionære lymfeknude gruppe, benævnes de som in-transit metastaser og recidiv skema udfyldes.
- 5.2.4.** Der afkrydses for regression, hvis dette klinisk ses i tumor. Regression ses som aragtig, lysere pigmenteret hudområde, som ofte er lidt forsænket i forhold til den øvrige del af tumor.
- 5.2.5.** Største diameter af melanom elementet opmåles og anføres i hele millimeter. Elementet omfatter såvel det regressive som det non-regressive område.
- 5.2.6.** Største diameter (ikke den vertikale højde) af nodulus opmåles og anføres i hele millimeter.
- 5.2.7.** Største diameter af regressionsområdet opmåles og anføres i hele millimeter.

### **5.3. *Har patienten dysplastiske nævi?***

En del patienter med malignt melanom vil have flere klinisk dysplastiske nævi evt. have dysplastisk nævus syndrom med kendt familiær forekomst af melanom. Disse patienter er i øget risiko for at udvikle flere nye primære melanomer.

Kliniske kendetegn er:

- 1) Nævi udviser uensartet pigmentering.
- 2) Nogle nævi er let infiltrerede, og infiltrationen kan evt. være ujævnt fordelt.
- 3) Afgrænsningen til den raske hud er ofte uskarp.
- 4) Nævi har en diameter på over 5 mm, ofte over 10 mm.

**5.3.1.** Hvis patienten har klinisk dysplastiske nævi afkrydses ”ja” i rubrikken ”Har pt. dysplastiske nævi”.

## **6. *PRIMÆR DIAGNOSTIK***

### **6.1. *Dato for primær biopsi***

Dato for primær biopsi angives.

### **6.2. *Biopsiprocedure***

Den anvendte biopsimetode afkrydses.

Ekscisionsbiopsi: Ekscision af tumor in toto med makroskopisk fri margin.

Incisionsbiopsi: Udtagelse af en mindre del af tumor, således at der makroskopisk efterlades tumorvæv incl. stansebiopsi.

Tangentiel afskæring: Superficiel afskæring af tumor parallelt med hudoverfladen.

Curretage: Afskrabning af tumor med skarpske.

Den rekommanderede biopsiprocedure er ekscision.

Procedurer som curretage og incisionsbiopsi, herunder stansebiopsi og tangentiel afskæring er oftest utilstrækkelige til histologisk undersøgelse blandt andet fordi tykkelsen af tumor ikke kan angives med sikkerhed. Dette forhindrer ofte valg af korrekt behandling, hvorfor patienten må re-biopteres eller opereres med anvendelse af stor ekscisionsafstand. I særlige tilfælde kan stansebiopsi eller incisionsbiopsi være indiceret f.eks. ved store elementer der ikke umiddelbart kan excideres in toto og hvor den kliniske mistanke om malignitet er usikker.

**6.2.1.** Hvis tumor er tilstede på henvisningstidspunkt skal den fjernes in toto så vidt muligt ved ekscisionsbiopsi med 5 mm's afstand og proceduren og dato for indgrebet anføres under "Primær diagnostik".

Hvis primær diagnostik er foretaget inden patienten henvises, anføres arten af proceduren og dato for proceduren under rubrikken "Primær diagnostik".

## **7. *KLINISK STADIUM***

Fastlæggelse af patientens kliniske stadium er af stor betydning for patientens behandling og prognose. (Alle patienter uanset stadium ønskes registreret med on study skema).

**7.1.** Klinisk stadium fastlægges på basis af klinisk og patologisk undersøgelse.

Ulcerationsdiagnosen stilles mikroskopisk.

**7.2.** Hvis der efter anamneseoptagelse og klinisk undersøgelse er mistanke om sygdomsspredning, foretages relevante undersøgelser til af- eller bekræftelse af disseminering.

**7.3.** DMG anvender TNM-klassifikation for stadieinddeling (se side 4 på on study skema).

**7.4.** Efter definitiv kirurgisk behandling og gennemgang af relevante undersøgelsesresultater afkrydses patientens kliniske stadium i rubrikkerne under "TNM-klassifikation" på on study skema.

**7.5.** Rubrikken for klinisk stadium udfyldes af den klinisk DMG ansvarlige kirurg ved kontrol af skema.

**7.6.** Hvis patienten har metastaser udfyldes samtidig recidiv skema.

## **8. *OPERATIONSFORHOLD OG KONTROL AF SKEMA***

### **8.1. *Dato for definitiv kirurgisk behandling***

Dato for definitiv kirurgisk behandling anføres i rubrikken "Dato for definitiv kirurgi". Rubrikken udfyldes af den DMG ansvarlige kirurg ved kontrol af skema.

### **8.2. *Ekscisionsafstand***

**8.2.1.** Den anvendte ekscisionsafstand afkrydses under rubrikkerne "Ekscisionsafstand".



- 8.2.2. Er der anvendt anden afstand end de anførte, afkrydses ved ”andet” og afstanden anføres ved ”specificer:”.
- 8.2.3. Behandling så som amputation / partiel amputation anføres ligeledes under ”andet” og ”specificer”.
- 8.2.4. Rubrikken udfyldes af den DMG ansvarlige kirurg ved kontrol af skema.

8.3. ***Lukning af defekten***

Der afkrydses for den anvendte metode til lukning af den ved definitiv kirurgi opståede defekt: direkte lukning, delhuds- eller fuldhudstransplantation, lokal eller fri lapplastik.

Rubrikken udfyldes af den DMG ansvarlige kirurg ved kontrol af skema.

8.4. ***Sentinel lymfeknude diagnostik og serumbank***

- 8.4.1. Rubrikken afkrydses ”ja” hvis denne diagnostiske procedure udføres. Der henvises til separat skema ”Sentinel lymfeknude skema” og protokol.
- 8.4.2. Hvis der tages blodprøve til serumbank afkrydses rubrikken ”ja”.
- 8.4.3. Begge rubrikker udfyldes af den DMG ansvarlige kirurg ved kontrol af skema.

9. ***FOLLOW UP***

Klinisk kontrol skal omfatte undersøgelse af operationsfelt og regionære lymfeknudestationer. Desuden inspiceres huden som helhed for nyttilkomne melanomer.

9.1. ***Primær follow up***

- 9.1.1. **In situ melanom (Clark’s level I):** Kan afsluttes efter det kirurgiske indgreb til selvkontrol eller kontrol hos den henvisende læge.
- 9.1.2.1. **Invasivt voksende malignt melanom  $\leq 1$  mm ikke ulcererede og mitose  $< 1\text{mm}^2$  (T<sub>1a</sub>, N<sub>0</sub>, M<sub>0</sub>):** Følges i DMG-regi en gang årligt i 5 år, og derefter en gang årligt op til 10 år hos henvisende læge/praktiserende læge.
- 9.1.2.2. **Invasivt voksende malignt melanom  $> 1$  mm samt  $\leq 1$  mm og ulceration og mitose  $\geq 1\text{mm}^2$  (T<sub>1b</sub>, N<sub>0</sub>, M<sub>0</sub>):** Følges i DMG-regi hver 3. måned i 2 år, herefter hver 6.



måned til samlet kontrolperiode på 5 år, derefter en gang årligt op til 10 år hos henvisende læge/praktiserende læge.

**9.1.3. Operation for melanom-metastase uden kendt primærtumor:** Følges i DMG-regi hver 3. måned i 2 år, efterfulgt af kontrol hver 6. måned til samlet kontrolperiode på 5 år, derefter en gang årligt op til 10 år hos henvisende læge/praktiserende læge.

**9.1.4. Follow up skema:** I forbindelse med alle kliniske, planlagte såvel som ekstra kontroller, anføres dato og resultat af undersøgelsen..

## **10. *RECIDIV***

**Recidiv af malignt melanom:** Patienter behandlet for recidiv af malignt melanom med kurativt sigte, følges i DMG-regi hver 3. måned i 2 år, efterfulgt af kontrol hver 6. måned til samlet ny kontrolperiode på 5 år, derefter op til 10 år hos henvisende læge/praktiserende læge.

## **11. *OFF STUDY***

Alle patienter der er registreret i DMG forbliver i studiet indtil død.

## **Patologi del af skema:**

### **4. Patologi**

Nina Hastrup, Eva Spaun

Ansvarlig: Eva Spaun.

Sidst redigeret: 16-01-2013

Patoanatomisk undersøgelse af malignt melanom skal vurdere prognostiske faktorer og indgrebs radikalitet, som er afgørende for planlægning af den videre behandling af patienten. De væsentligste faktorer er tumortykkelse, ulceration og mitoseaktivitet. Da malignt melanom er en meget inhomogen tumor, er det afgørende, at hele den pigmenterede læsion undersøges mikroskopisk. Nylige undersøgelser har vist behandlingseffekt af en inhibitor af muteret BRAF-kinase. For øjeblikket er der ikke indikation for at undersøge alle primære maligne melanomer for BRAF mutation, undersøgelsen bør foretages på ikke operable metastaser.

#### **4.1. Primær tumor**

##### **4.1.1. Udsæringsprocedure**

Primærresektatet tværskæres i 3 mm tynde snit vinkelret på hudoverfladen. Principielt opskæres og udtages hele resektatet til mikroskopi. Hvis det er åbenbart, at der er uafficeret hud mellem tumorrand og resektionsrand, typisk mod det ofte lancetformede resektats spidser, kan disse områder udelades medtaget.

Re-resektatet opskæres som primærresektatet. Snittene undersøges omhyggeligt for restmelanom og melanomsatellitter. Tumorsuspekte snit udtages til mikroskopi.

Hvis der ikke var frie resektionsrande i primærresektatet udtages 1-2 snit fra cikatriceområdet, hvis der ikke er makroskopisk erkendelig melanomrest. Hvis en sådan rest kan erkendes, udtages snit herfra.

Hvis der var frie rande i primærresektatet, og hvis der ikke er pigmenterede/suspekte elementer på overflade eller i dermis/subcutis, udtages ikke nødvendigvis væv til mikroskopi.

##### **4.1.2. Mikroskopi**

###### **4.1.2.1. Tumortykkelse**

Tumortykkelse har vist sig at være den vigtigste enkeltstående prognostiske parameter.

Tykkelse af den maligne komponent måles a.m. Breslow i mm med 2 decimaler.

Tumor måles vinkelret på overfladen fra toppen af stratum granulosum til dybest erkendelige nedvækst (1).

Ved ulceration måles fra mest superficielle tumorcelle i stedet for det bortulcererede stratum granulosum.

Hvis der forekommer satellittumorer under primær tumor i samme histologiske snit, måles satellittumor med ved tykkelsesmålingen (2).

Invasiv vækst i relation til hudadnexer måles ikke med i tumors tykkelse.

###### **4.1.2.2. Ulceration**

Ved ulceration forstås en defekt af hele epidermis (inkl. stratum corneum og basalmembran) med vital reaktion (fibrinaflejring og granulocytinfiltration) strækkende sig ned i dermis samt udtyndning eller reaktiv hyperplasi af tilgrænsende epidermis (3).

#### 4.1.2.3. Mitoser per mm<sup>2</sup>

Antallet af mitoser vurderes i et areal på 1 mm<sup>2</sup> i den dermale tumorkomponent. Hvis denne er under 1 mm<sup>2</sup>, tælles i hele den dermale komponent på 1 snit (dvs. der fremstilles ikke yderligere snit). Hot spot (det område i tumor, hvor der er flest mitoser) inkluderes, hvis det findes (4). Vurderingen er morfologisk, ikke baseret på immunhistologi (Ki67/Mib1).

Antallet angives som 0 versus  $\geq 1$ .

#### 4.1.2.4. Clark's level

Der anvendes inddeling i level I-V og uklassificeret (5).

Ved level I er melanomet in situ, dvs. lokaliseret til epidermis uden tegn på invasion i stratum papillare. Tumortykkelse kan således ikke måles.

Ved level II ses invasion i stratum papillare.

Ved level III udfylder tumorvævet stratum papillare og når til stratum reticulare, der er stedvist er presset ned. Grænsen mellem stratum papillare og reticulare defineres af det superficielle karpleksus.

Ved level IV når tumorvævet ned i stratum reticulare.

Ved level V ses gennemvækst af stratum reticulare med invasion i subcutis.

Hvis det ikke er muligt at bestemme Clark's level afkrydses ved "Uklassificeret" i rubrikken.

#### Diverse regler for level klassifikation

Invasiv vækst i relation til hudadnexer medregnes ikke til level.

Ved nedvækst i det perifollikulære bindevæv, der strækker sig ned i stratum reticulare, skal tumor klassificeres som Clark's level III og ikke som level IV.

#### 4.1.2.5. Regression

Er til stede, hvis der i et område af tumor, som horisontalt måler 1 mm eller mere, findes følgende: fibrose (som ikke er følge efter tidligere biopsi), karproliferation, tab af melanocytter i både epidermis og dermis (dog kan enkeltcelle prolifération af atypiske melanocytter sv.t. den dermoepidermale junction ses) samt ofte lymfocytinfiltration og ophobning af melanofager (6-7). Tumortykkelse af det resterende melanom måles i mm og Clark's level anføres som ellers.

#### 4.1.2.6. Mikroskopiske satellitter

En satellit er en lokal melanometastase. Ved histologisk undersøgelse ses en ansamling af maligne melanocytter målende over 0,05 mm i diameter og adskilt fra det primære maligne melanom af normal dermis (ikke fibrose eller inflammation) med en afstand på mindst 0,3 mm (8). Satellitten er lokaliseret i dermis, subcutis eller dybere strukturer i det primære ekscisionsmateriale og/eller i eventuel re-ekscision. Hvis nødvendigt verificeres det ved trinskæring, at den formodede satellit reelt er adskilt fra primær tumor (se desuden under tumortykkelse).

#### 4.1.2.7. Melanomtype

Der foretages bestemmelse af tumors type med inddeling i typerne: lentigo maligna melanom, superficielt spredende malignt melanom, nodulært malignt melanom, akralt lentiginøst malignt melanom, desmoplastisk malignt melanom eller uklassificeret malignt melanom (5).

#### Lentigo maligna melanom (LLM)

LMM udvikles fra et lentigo maligna (LM) element, som overvejende ses hos ældre mennesker på lyseksponerede regioner. LMM udgør ca. 5 % af de maligne melanomer.

LM er et in situ melanom dvs. svarende til Clark's level I, og afkrydses derfor i rubrikken for LMM samt i rubrikken for Clark's level I. Samtidig afkrydses for "Tumortykkelse kan ikke måles" i rubrikken "Tumortykkelse i mm".

LM er histologisk karakteriseret ved lineær proliferation af pleomorfe melanocytter basalt i et atrofisk epitel og med elastoid degeneration i dermis.

LMM har samme histologiske karakteristika som LM men yderligere en invasiv komponent i dermis.

### **Superficielt spredende malignt melanom (SSM)**

SSM er den hyppigst forekommende type af melanom, og udgør ca. 75 % af de maligne melanomer.

SSM in situ svarer til level I.

SMM er histologisk karakteriseret ved intraepitelial, pagetoid opvækst af maligne melanocytter. Tumorstammen langs epidermis basale lag strækker sig mindst 4 retelister lateralt for den invasive komponent.

### **Nodulært malignt melanom (NM)**

NM udgør ca. 10-20 % af de maligne melanomer, og er karakteriseret af en dominerende vertikal vækstfase.

NM er histologisk karakteriseret ved, at der kun påvises junctionaktivitet eller epitelopvækst i op til 3 retelister til siderne for den invasive del af tumor.

### **Akralt lentiginøst malignt melanom (ALM)**

ALM er lokaliseret i de akrale regioner, dvs. negleleje, fodsål og håndflade, hvor huden har en egenartet, karakteristisk opbygning. ALM kan være vanskeligt at skelne fra SSM. ALM udgør ca. 5 % af de maligne melanomer.

Tumor er histologisk karakteriseret ved betydelig uregelmæssig akantose og enkeltcelle proliferation af atypiske melanocytter i basalområdet.

### **Desmoplastisk malignt melanom (DMM)**

DMM ses hos lidt ældre patienter end de øvrige typer af malignt melanom, og er hyppigere hos mænd end kvinder. Tumorerne er oftest lokaliseret i hoved-halsregionen. DMM er histologisk karakteriseret ved proliferation af tencellede melanocytter med samtidig desmoplasi og ofte neuroid differentiering samt evt. neurotropisme (9). DMM har som oftest en relativ sparsom epidermal komponent, som regel af lentigo maligna type. Kun "rene" DMM registreres her, ikke "blandet" DMM med komponent af non-DMM.

### **Uklassificeret malignt melanom**

De primære maligne melanomer, som ikke kan klassificeres efter ovenstående retningslinjer, betegnes som uklassificerbare med hensyn til melanomtype.

#### **4.1.2.8. Malignt melanom, usikkert om primært eller metastase**

I sjældne tilfælde er det ikke muligt at afgøre, om tumor er primær eller repræsenterer metastase. Mitoser, Clark's level, tykkelse, +/- ulceration, +/- regression og resektionsrandsforhold anføres.

#### **4.1.2.9. Melanocytær tumor, uvist om malign eller benign**

I sjældne tilfælde er det ikke muligt at afgøre, om tumor repræsenterer malignt melanom eller benignt nævus. Mitoser, Clark's level, tykkelse, +/- ulceration, +/- regression og resektionsrandsforhold anføres. Tumor behandles som malignt melanom.