

Tine M. Søland, Gry Karina Kjølle og Tore Solheim

Oral melanotisk flekk – en kasuistikk

Ved Avdeling for patologi på Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus mottar vi orale biopsier fra tannleger (1). I det siste har det vært enkelte biopsier hvor diagnosen oral melanotisk flekk har blitt satt. Vi ønsker her å minne klinikerne på denne tilstanden.

Pigmentering i munnslimhinnen skyldes ulike eksogene eller endogene faktorer. En endogen pigmentering er melanin. Melaninpigmentering ses både ved normale fysiologiske forhold og ved patologiske tilstander og kan gi en diagnostisk utfordring da det kliniske bildet kan være likt ved flere av tilstandene. Oral melanotisk flekk eller fokal melanosose er en idiopatisk og relativt vanlig benign pigmentert tilstand som skyldes økt produksjon og avleiring av melanin i basalcellelaget og i det subepiteliale bindevev. Den ses hyppigst på underleppe og festet gingiva, men forekommer også i andre deler av munnslimhinnen som i kinnslimhinnen og i den harde gane (2–4).

Kasuistikk

En 39 år gammel frisk norsk kvinne som sluttet å røyke for seks måneder siden, ble av tannlegen henvist til oral kirurg på grunn av en asymptomatisk brun flekk i ganens midtre 1/3. Det er usikkert hvor lenge forandringen hadde vært til stede, men muligvis over flere år. Flekken var noe asymmetrisk om midtlinjen, ikke elevert, relativt lys brunlig og ca. 5 mm i diameter. Periferien var noe ujevn, men området var godt avgrenset fra omgivelsene (figur 1). Det ble utført en eksisjons-

biopsi skåret ut i normal farget slimhinne. Histologisk så man en lett utbuket slimhinne kledd av et ortokeratinisert, lett hyperplastisk flerlaget plateepitel. Epitelet var regelmessig og velavgrenset. I et mindre område av epitelet fant man et brunlig pigment i basalcellelaget (figur 2). Pigment ble også funnet i bindevevet, både ekstracellulært og intracellulært i makrofager som ved oral melanotisk flekk.

Diskusjon

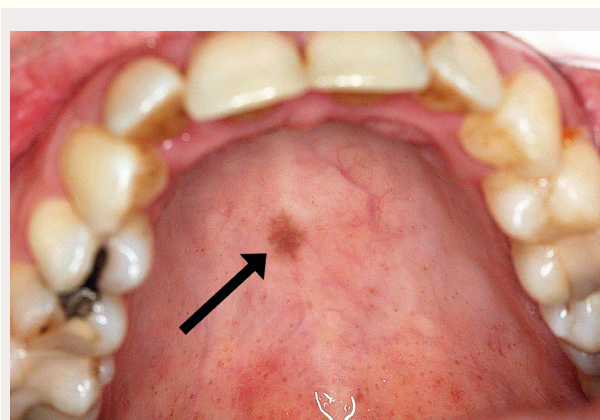
Melanocyter fra nevral-listen migrerer i løpet av fosterlivet til basalcellelaget i munnslimhinnen. Cellene transporterer melanosomer (melaninkorn) til omkringliggende epitelceller via dendrittiske utløpere. Melanocyter i oralt epitel ble beskrevet av Becker i 1927 (5). Blant orale solitære melanotiske forandringer er melanotisk flekk hyppigst forekommende (6). Klinisk ses en velavgrenset flekk med homogen brun eller sort farge. Størrelsen kan variere, men er vanligvis mindre enn 10 mm i diameter (2,3). Tilstanden rammer alle aldersgrupper, og kvinner rammes dobbelt så ofte som menn (2,3). Vår kvinnelige pasient på 39 år var litt yngre enn gjennomsnittet på 41–43 år beskrevet i litteraturen (2,3). Forekomst av kun én flekk er vanligst, men det er rapportert om flere flekker hos samme pasient, spesielt i kinnslimhinnen (2,3). Forandringen er benign og det er ikke rapportert om malign transformasjon.

Forfattere

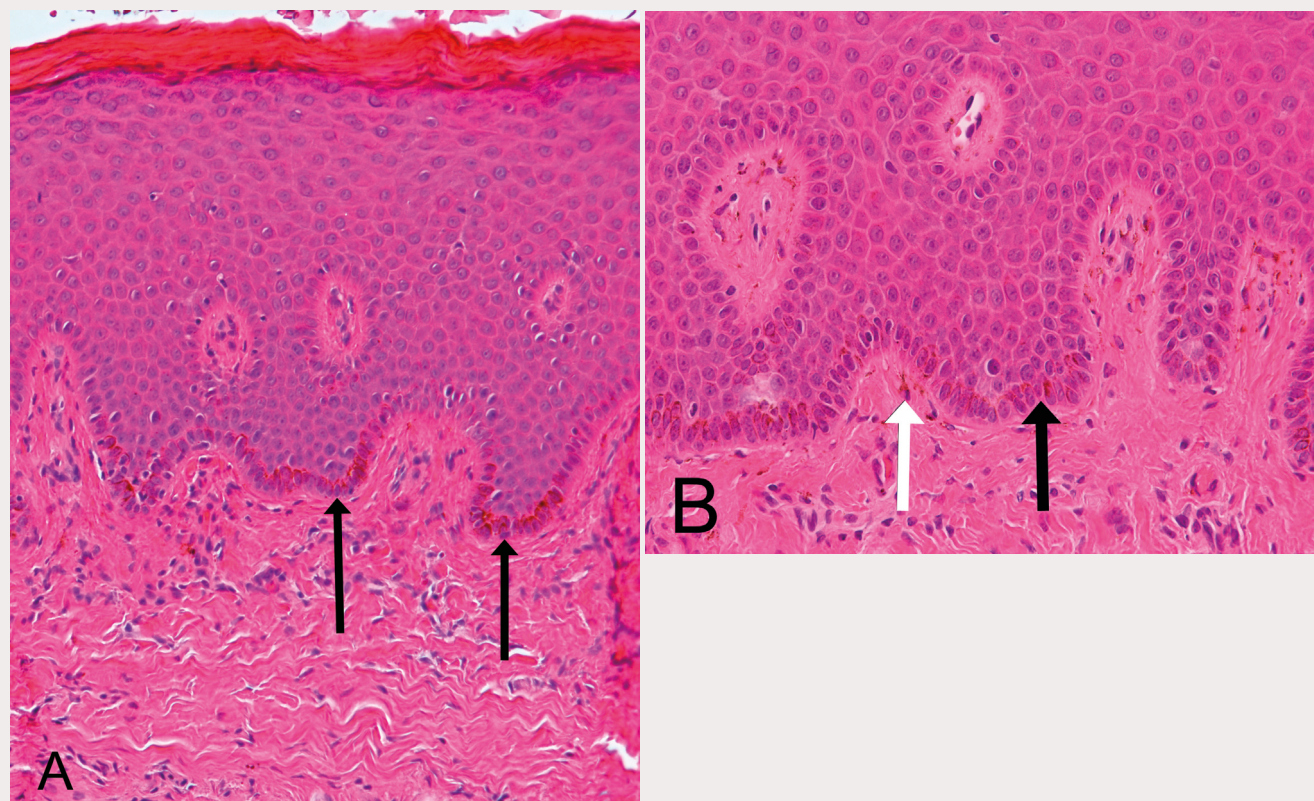
Tine M. Søland, førsteamanuensis, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus

Gry Karina Kjølle, spesialist i oral kirurgi og oral medisin. SpesTorg Tannhelse, Hamar. Det odontologisk fakultet, UiO, Avd. for oral kirurgi og oral medisin, Sykehuset Innlandet, avd. Gjøvik, Kjevekirurgisk avd.

Tore Solheim, professor emeritus, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.



Figur 1. Pilen peker på en oral melanotisk flekk i den harde gane.



Figur 2. A og B. Histologisk snitt farget med Eosin og Hematoksylin. Sorte piler peker på brunt melaninpigment i epitelets basalcellelag. Hvit pil peker på melaninpigment intracellulært i makrofag (melanofag).

Likevel anbefales det at melanotiske flekker undersøkes regelmessig og kan eventuelt eksideres og undersøkes histologisk for å ekskludere muligheten av en melanotisk nevus/føflekk eller et tidlig malignt melanom (3,7,8). Det er særlig forandringene i ganen som bør eksideres da ganen er hyppigste lokalisasjon for intraorale maligne melanomer (9).

De viktigste differensialdiagnosene er melanoakantom, melanotisk nevus og tidlig malignt melanom da alle presenterer seg som fokale melanotiske forandringer (4). For oversikt over annen pigmentering av munnslimhinnen se referanse 4.

Lokalisasjon i ganen favoriserer melanotisk nevus eller tidlig malignt melanom, men både melanotisk flekk og melanoakantom kan forekomme her. Melanoakantom ses hyppigst hos mørkhudede kvinner. Den kan vokse og gi smerter i motsetning til melanotisk flekk (4,10–12). Melanotisk nevus, og da spesielt blå nevus, er oftest blålig når de er lokalisert til ganen, og de kan være lett eleverte (13). Maligne melanomer i munnhulen er sjeldne og utgjør ca. 1 % av alle tilfeller av munnhulekreft (14). I omtrent 40 % av tilfellene er de lokalisert til ganen (9). Melanomene er uforutsigbare og kan være saktevoksende og asymptomatiske og ligne melanotisk flekk eller mer aggressive med volumøkning, sentral ulcerasjon, blødning, smerte og bende-struksjon (7,8).

Det histologiske bildet ved et melanoakantom viser et økt antall melanocytter spredt rundt i hele slimhinneepitelet (12). I motsetning er melanocytene i en melanotisk flekk lokalisert til

basalcellelaget. Det er viktig å merke seg at det histologiske bildet er uspesifikt og at en diagnose må stilles på bakgrunn av både klinikk og histologi (4). Både ved melanoakantom og oral melanotisk flekk drypper melanin ned i bindevevet. Dette fagocyteres av makrofager/ melanofager (3,10). I motsetning ser man ved en melanotisk nevus klynger av nevusceller (en type melanocytter) som i de fleste tilfeller inneholder melanin (9). Nevuscellene finnes på overgangen mellom epitel og bindevev, dypt i det subepiteliale bindevevet eller som en kombinasjon av disse to vekstmønstrene. Funn av nevusceller kun i bindevevet er vanligst i munnslimhinnen (4). Blå nevus opptrer hyppigst i ganen (13). Her er nevuscellene spoleformede og ligger dypt nede i bindevevet. Ved malignt melanom ses maligne melanocytter enten langs epitel-bindevevsgrensen eller vertikalt voksende ned i bindevevet (9).

English summary

Søland TM, Kjølle GK, Solheim T.

Oral melanotic macule – a case

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 294–6

Oral melanotic macule is a benign focal pigmented lesion. It is most commonly seen on the lower lip and gingiva but is also found in the buccal mucosa and palate. Here we present an oral melanotic macule in the hard palate of a 39 year old woman. Cli-

nical differential diagnoses of this focal melanocytic lesion are melanoacanthoma, melanocytic nevus and early malignant melanoma. An oral melanotic macule in the hard palate should be excised in order to exclude the possibility of an early malignant melanoma.

Referanser

1. Søland TM, Skarstein K, Johannessen AC, Solheim T. Biopsier i odontologisk praksis – håndtering og innsendelse. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 734–8.
2. Kaugars GE, Heise AP, Riley WT, Abbey LM, Svirsky JA. Oral melanotic macules. A review of 353 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993; 76: 59–61.
3. Buchner A, Hansen LS. Melanotic macule of the oral mucosa. A clinicopathologic study of 105 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1979; 48(3): 244–9.
4. Müller S. Melanin-associated pigmented lesions of the oral mucosa: presentation, differential diagnosis, and treatment. *Dermatol Ther.* 2010; 23: 220–9.
5. Becker SW. Melanin pigmentation. A systematic study of the pigment of the human skin and upper mucous membranes, with special consideration of pigmented dendritic cells. *Archs Dermatol Syphilol.* 1927; 16: 259–309.
6. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of solitary melanocytic lesions of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2004; 33: 550–7.
7. Elisen D. Disorders of pigmentation in the oral cavity. *Clin Dermatol.* 2000; 18: 579–87.
8. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology. A rational for diagnosis and treatment. Quintessence publishing co, Inc. 2003: 708–9.
9. Hicks MJ, Flaitz CM. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. *Oral Oncol.* 2000; 36: 152–69.
10. Chandler K, Chaudhry Z, Kumar N, Barrett AW, Porter SR. Melanoacanthoma: a rare cause of oral hyperpigmentation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997; 84: 492–4.
11. Fornatora ML, Reich RF, Haber S, Solomon F, Freedman PD. Oral melanoacanthoma: a report of 10 cases, review of the literature, and immunohistochemical analysis for HMB-45 reactivity. *Am J Dermatopathol.* 2003; 25: 12–5.
12. Goode RK, Crawford BE, Callihan MD, Neville BW. Oral melanoacanthoma. Review of the literature and report of ten cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1983; 56: 622–8.
13. Buchner A, Leider AS, Merrell PW, Carpenter WM. Melanocytic nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 130 cases from northern California. *J Oral Pathol Med.* 1990; 19: 197–201.
14. Gorsky M, Epstein JB. Melanoma arising from the mucosal surfaces of the head and neck. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 86: 715–9.

Adresse: Tine M. Søland, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. E-post: t.m.soland@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Søland TM, Kjølle GK, Solheim T. Oral melanotisk flekk – en kasuistikk. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2016; 126: 294–6