referat fra STYRINGSGRUPPEMØTE nmg 18.11.20 (web-møte) Kl 16-19

Deltagere:

Ayca Løndalen, Truls Ryder, Oddbjørn Straume, Sura Aziz, Ragnhild Telnes , Marianne Fretheim, Henrik Løvendahl Svendsen, Kari Dolven Jacobsen, Ingrid Forberg, Jarle Karlsen, Håvard Nordgaard, Ingrid Roscher, Marta Nyakas, Hilde Hedemann Brenn, Solveig Nergaard, Cornelia Schuster, Anita Amundsen, Lene Kroken, Anna Winge-Main, Marit Langmyr, Katja Bremnes og Henrik Jespersen (tilhører).

# referat og eventuelt

### Valg av referent Anna Winge-Main

### Godkjenning av referat fra møtet 03.06.20 Korreksjon: Handlingsprogrammet er ikke juridisk bindende, men rådgivende,

### Saker til eventuelt? Se punkt 10.

### Orienteringssaker (Straume) 1. Jürgen Geisler trekker dessverre fra NMG etter mange års deltagelse. Han hadde stilling som onkolog vararepresentant fra HSØ. Det må velges ny vararepresentant. Det er kommet forslag om at Henrik Jespersen fra Ahus kan være onkolog vararepresentant for HSØ. Straume kontakter NOF vedrørende dette da det formelt er dem som anbefaler onkologiske medlemmer. NMG mener det er fint å få med Dr. Jespersen som er ny i Norge som onkolog vararepresentant og som representerer Ahus, han deltar som aktiv tilhører under Styringsgruppemøtet. 2. Budsjett: Anita problemer med lyden. 64.000 kr på brukskonto og 142.000(?) på den andre der man har fått støtte fra HDir. (?)

# handlingsprogrammet (felles)

## Introduksjon. Oddbjørn Straume Ønske om at det blir litt mindre tekst/lærebok og mer handlingsprogram. Føflekkreft/malignt melanom blir endret til melanom. *NB! Referanseendringer. Referanser settes inn som merknad i merknadsfeltet for det settes til av Folkehelsebiblioteket.*

## Fastlegen. Lene kroken Forenkle og skrive litt kortere, relativt klar, kan sendes ut snart til høring. Har vært innom fastlegegruppen til gjennomgang. HDir tok ikke med alt i utgangspunktet forrige gang. Ingen store endringer. Oppdaterte tall fra 2018 til 2019. Korte ned og heller vise til andre kapitler i handlingsprogrammet. Med link slik at det er lett å finne frem for fastleger.

## Epidemiologi. Trude Robsahm Trude har gått gjennom og oppdatert på nye tall. Hun har også endret litt enkelte steder der det var utdatert. Vi har fått dette tilsendt og den er klar til å brukes. Referanser er ikke gjennomgått, men skal ses på.

## Forebygging. Katja Bremnes Katja deler screen: hun har sittet sammen med dermatologer fra NMG der de har stor sett ferdigstilt kap. 4 og 6. De har endret gjennom hele dokumentet fra malignt melanom til melanom. De har kuttet ned, bl.a i primærforebygging er Vit. D stort sett tatt bort, bortsett fra at Vit D nivåer ikke påvirkes av solkrem. Legemidler og mat er nå Legemidler. Medfødte føflekker og deres oppfølging er endret. Familiær opphopning og arv er nevnt her også. Graviditet/p-piller er fjernet da det ikke passet under konstitusjonelle faktorer. Anbefalinger er kortet ned. Kreftforeningens solråd er kun nevn, ikke oppramset. Man har ikke gått gjennom anbefalingsgrad og evidensgrad. Dette må gås gjennom. Katja sender til Lene Kroken for å samkjøre.

## Forløpstider. Anna Winge-Main Henrik har kontaktet HDir; Truls og Henrik tar dette med nyformulering. De to overtar også ansvaret for dette kapitlet.

## Diagnostisering. Katja Bremnes Katja: Meget stort kapittel. Overlevelse tall er oppdatert. Growth er endret til Growing. Farger er oppdatert. Melanom i neglapparatet, ønske om at den legges inn som en tabell med ABCDEF. To artikler med dermatoskopi ønskes lagt inn som referanse. Man diskuterer om det er plastikkirurgene eller dermatologene som er best egnet for å ta biopsier av dette. Det må tas en stansebiopsi gjennom negl og ned til bein for å få stilt diagnosen. Det er kompliserende faktorer der man må ta biopsi. Det er stor mengde henvisninger av pigmentforandringer i neglseng der det kunne være alt fra sopp til melanom. Disse pasientene bør derfor vurderes av en dermatolog som kan vurdere mulig diagnose og om det bør tas en biopsi. Dersom man ønsker å ta en biopsi bør dette gjøres av erfaren dermatolog eller plastikkirurg/andre kirurgiske spesialiteter. Amelanotiske melanomer er galt referert med tall. Henrik poengterer at det er en klinisk diagnose i første omgang og det er viktig at det står i henvisningen. Kommentarer om at det bør være norske tall og tall som er konsistente med de som står tidligere. Det bør stå noe om prognose, men ikke direkte tall her da det kommer før. Bildediagnostikk som ledd i utredning og staging; lymfeknuter som er klinisk eller radiologisk påvisbare settes inn som formulering. Det er noen lokale forskjeller, enkelte steder deltar dermatolog og andre steder ikke. Dermatolog er kan delta ved behov flyttes opp.

## Kap. 6.3 Sura Aziz Lentigo maligna melanom er endret til lentigo maligna, det samme med lentiginøst. Invasiv komponent er endret, ......vedrørende mikrosatellitt og satellitt. Det må også her legges inn referanser. Kommentar Anna: i hht Trine Brevig som har skrevet kapitlet om melanomer i WHO hudcancer boken skal man bruke lentigo maligna melanom. Det beskriver den invasive typen. Dreier det seg kun om in situ tumor bruker man lentigo maligna, evt. lentigo maligna melanom in situ.

## Genetikk. Tone B. A. Vamre Tone Vamre har overtatt etter Lovise Mæhle. Ingrid forteller at det er stort press for hudavdelingen for at disse pasientene skal følges opp der. Ingrid bemerker at det nå er press på å få disse pasientene «ut». Disse melanomene ser ofte annerledes ut enn vanlige melanomer og det er vanskelig å diagnostisere. Det er forskjeller på genfeil og genfeil. Pasienter med CDKN2A og CDK4 bør komme til follow up hos dermatologer. Disse bør følges. Anna sender ut epost til Tone Vamre.

## Behandling. Henrik L. Svendsen Minimum 10 glandeltoiletter bør endres. Det bør utføres av kirurger med kompetanse og det gjøres også litt forskjellig hos f.eks urologer og gastrokirurger enn det som er praksis ved melanomer. Det er viktig at det utføres av kirurger som har kompetanse om melanom. I nord-Norge har man gått gjennom tallene for gjennomførte lyske-, bekken og axilleglandeltoiletter, det dreier seg om et lite antall. Truls sier det ikke er noe problem å evt. skulle ta over de få som evt. vil bli henvist fra nord-Norge, men det vil være upraktisk. Kap. 8.2 Kari Dolven Jacobsen Kari forteller om kun små endringer her. Litt på lentigo maligna melanom; 50 kV stråledose. Eller gis ofte 4 gy x 12 med 100 kV dersom lesjon < 4 cm og 3 Gy x 17 med 100 kV dersom > 4 cm.

## Kap. 8.3 Marta Nyakas Marta har lagt til tall fra arbeidet der Marta og Anna gikk gjennom 10-års tall for stadium IIB-IV pasienter i en mulig adjuvant setting sammen med Trude fra Kreftregisteret. Ellers vil det presiseres at stadium IIIA pasienter ikke bør få adjuvant behandling. Anna, Henrik og Marta kommenterer at det er et poeng at pasienter som er BRAF muterte muligens bør få BRAF- og MEK hemmer behandling i stedet for PD-1 hemmer da det i adjuvant setting har vist økt OS og like god effekt som PD-1 hemmer. PD-1 og BRAF- og MEK hemmer behandling bør sidestilles i Handlingsprogrammet, viktig poeng også at det der forskjell i varighet av evt. bivirkninger på behandlingene. Pasientene kan ha preferanser.

## Oppfølgning. Jarle Karlsen Stadium IIIA er endret til lavrisiko. Det er en diskusjon om oppfølging for stadium III pasienter som er i adjuvant behandling. Disse bør følges med CT ved måneder 3, 6 og 9 for å følge mtp recidiv og bivirkninger. Det diskuteres om det burde være PET-CT, men Marianne bekrefter at CT er godt egnet for disse kontrollene. Det er ønskelig at man legger til dette under adjuvant kapittelet. Det er viktig å presisere at kontrollskjemaet som brukes av mange ikke gjelder pasienter under adjvant behandling, dvs. disse pasientenes kontroller avviker fra kontrollskjemaet det første året.

## Metastasert sykdom. Oddbjørn Straume Oddbjørn har revidert litt på formulering, men ikke endret på behandlingen. Anna, Marta og Henrik kommenterer at Fase 2 studier x 2 kommer som viser effekt med ipi + nivo etter PD-1 hemmer monoterapi. Onkologi-gruppen vil sende et metodevarsel til Beslutningsforum for å få endret formuleringen der det står *«Nivolumab (Opdivo) i kombinasjone med ipilimumab (Yervoy) innføres til førsteloinjebehandling av pasienter med avansert inoperabel føflekkreft (malignt melanom).»* 2.-3. linjes Ipi bør forbeholdes de som har hatt respons på PD-1 hemmer.

## Sjeldne Svulster. Anna Winge-Main Anna forteller at endringer gjøres for å få dette kapittelet både kortere og mer presist. Det skrives en felles tekst som er generell for slimhinnemelanomer øverst og det vil så følge spesifikk informasjon om opplysninger for subgruppene under. Det må kortes betydelig ned i tekstmengden over melanomer i øye. Det er viktig ved uveale at man ikke sier okulære det det er meget stor forskjell i prognose og behandling mellom uveale og konjunktivale. Thomas Bærland er ikke med på møtet, men vil bli kontaktet for revisjon.

# Hjernemetastaser (Karlsen/Winge-Main/Dolven jacobsen)

### Kari kommer med hippocampus-besparende strålebehandling, det er anbefalt total hjerne, det er anbefalt postoperativ SRS, det er anbefalt 4 metastaser som max. Det er ikke nødvendig å nulle ut BRAF- og MEK hemmer behandling under SRS, men under total hjerne.

### Jarle forteller om studier som er publisert på hjernemetastaser, og går gjennom danske og svenske retningslinjer. Det kommer et flytskjema på dette og det kommer et eget kapittel på hjernemetastaser.

### Anna hadde gjennomgang av hjernemetastaser under «Tema Melanom», forteller om symptomatiske hjernemetastaser; denne pasientgruppen vil ofte være under behandling med steroider og vil derfor ikke kunne behandles med immunterapi. De bør vurderes for kirurgi eller strålebehandling og BRAF-muterte bør behandles med BRAF- og MEK hemmere. Obs! dersom de har symptomer som krever antiepileptika som nedbrytes via CYP3A og CYP2C8. Kari, Jarle og Anna skriver nytt kapittel om behandling av hjernemetastaser.

# Pakkeforløp (Winge-Main/Svendsen) Intet nytt.

# Melanomstudier (OUS/HUS/St.Olavs)

### Studier OUS (Nyakas/Winge-Main/Dolven Jacobsen) BGBIL006 (pempro eller dabra/tram +/- Axl hemmer). Coxsackie-virus infusjon vs pemro (=MSD studie). INITIUM: De som er aktuelle for ipi +nivo kan inkluderes i telomerase-studien der de får UV1 i tillegg. **2.linje:** A) alle kan få en ny ipi-formulering (ved progresjon på PD-1 eller BRAF/MEK) dette stoffet har en lengre bindingstid, fase I/II. B) BRAF og NRAS positive; pan-raf hemmer + 4 armer (MEK-hemmer, CDK4 hemmer, CDK 6 hemmer, ERK hemmer) = fase IIa studie. Checkmate-76K; adjuvant nivolumab til stadium IIB/IIC. ABC-X studien for pasienter med hjernemetastaser som behandles med ipi + nivo +/- SRS. TREATMENT studien; for pasienter med SRS. CA 224-047 studien: Nivolumab +/-Relatlimab ved inoperabelt st III og IV melanom.

### Studier HUS (Straume) 3 studier: BGBIL006, Checkmate-76K, og en ny studie som er godkjent for pasienter med NRAS-mutasjon.

### Studier St.Olavs (Karlsen) BGBIL006 og INITIUM .

### Andre? Tromsø er med i BGBIL006, Ahus har en studie for pasienter med flere primære melanomer.

# Kvalitetesregisteret (svendsen/KREG)

Henrik forteller at det er mulighet med tiden for uttrekk med/fra «Inspire» der man får behandlingstall. 75% 5-års overlevelse. Tynne melanomer har en nær 100 % overlevelse på 10-år.

Det er viktig med innrapportering! Melanomregisteret ønsker tilbakemeldinger der man ønsker endringer eller forbedringer.   
Trude har studier på tynne og tykke melanomer. Marit har en stor studie på prognostiske faktorer. Man har digitalisert rapporterte data fra 1980 og man ser at det fra slutten av 1980-tallet er ganske gode data. Dette kan vise langtidstrender i forhold til tykkelse, anatomi etc. Dette er data som ikke finnes andre steder i verden.  
Innloggingen er nå bedret slik at man kun trenger en innlogging for å utfylle kreftmelding. Det er et nytt kirurgisk innmeldingsskjema.

# sjeldne/alvorlige bivirkninger sjekkpunkthemmer (Onkologene)

Utsettes til neste møte. Husk å dele evt webinarer med dermatologene.

# Nasjonalt møte, Nordisk Møte (straume/felles)

Det blir antageligvis 2021 i Helsinki. I 2023 blir det mest sannsynlig i Tromsø? Anita og kollegaer tenker gjennom det, men vil i så fall trenge mye hjelp fra de andre i gruppen.

# samarbeid

Enighet om et generelt fokus på skandinavisk/europeisk/internasjonalt samarbeid der det er mulig.

# eventuelt

### Drammen Laserklinikk og Føflekklinikken -hvordan hanskes med dette?

### Behandling med laser eller andre metoder, det sendes en bekymringsmelding til Helsetilsynet /Fylkeslegen om dette. Alle nevi SKAL fjernes kirurgisk, ikke med laser, Oddbjørn skriver bekymringsmeldingen på vegne av NMG. Vi må melde ifra så snart vi får pasienter med metastatisk melanom som følge av dette.