

Behandling og diagnostikk av malignt melanom.
Nasjonalt melanommøte
30.4.2015

Kreftpakkeforløp

Biopsi og Kirurgi av Primærlesjonen

Oppfølging

Henrik Løvendahl Svendsen



Norskmelanomgruppe.no

Kreftpakkeforløp

Allerede innført for:

- Brystkreft
- Lungekreft
- Tykk og endetarmskreft
- Prostatakreft

- Fra 1 september skal det også innføres for føflekkreft



Kreftpakkeforløp

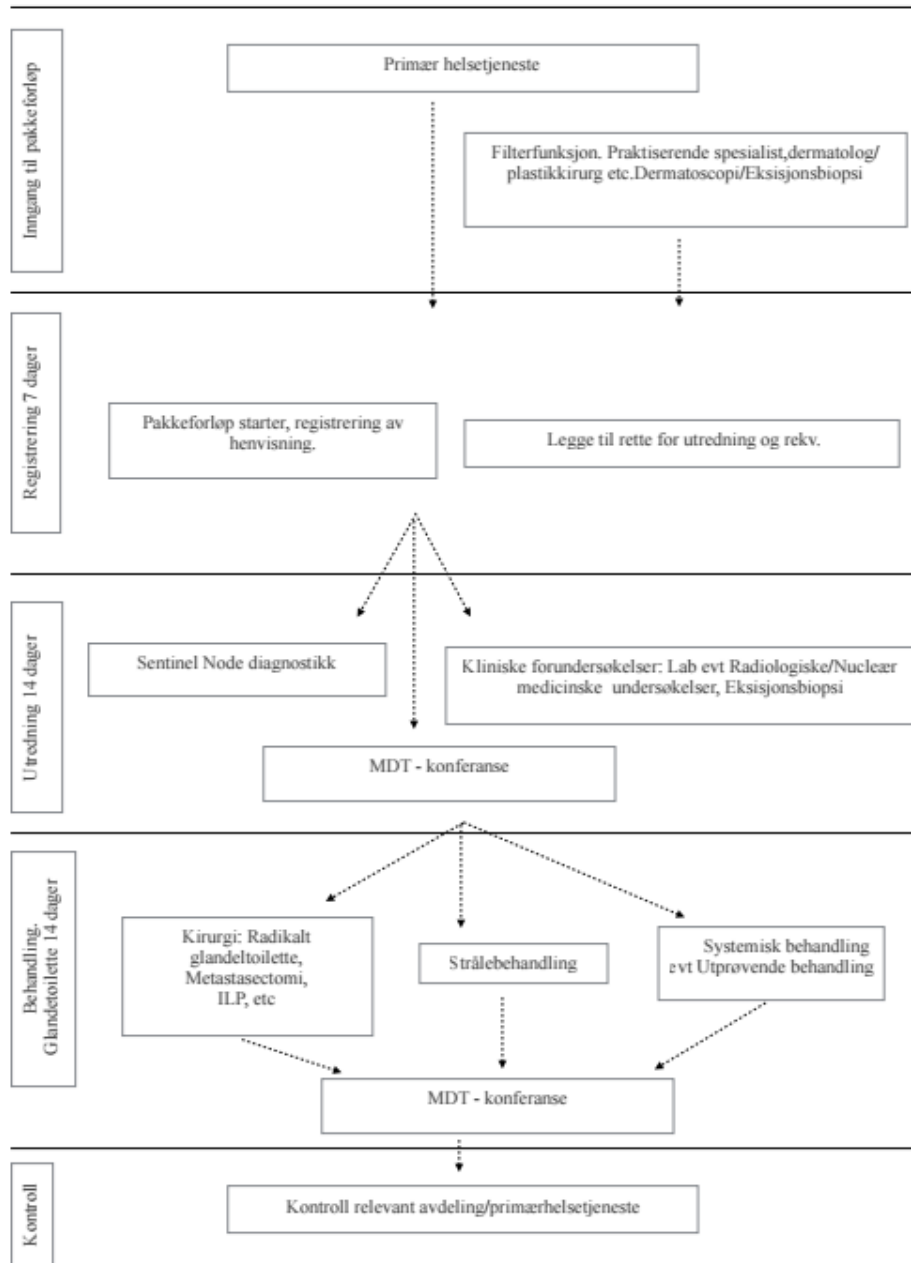
- Kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig (ikke-medisinsk begrunnet) forsinkelse i forbindelse med utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. ... uavhengig av pasientenes bosted og bakgrunn.
- Et pakkeforløp er et standard pasientforløp, som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, med ansvars plassering og konkrete forløpstider.

Kreftpakkeforløp

- Forløpstider
- Mistanke, filterfunksjon og begrunnet mistanke
- Forløpskoordineringsfunksjon
- Multidisiplinære team (MDT)
- Kreftmelding(!)

Diagnoseveileder for fastlegene ved mistanke om føflekkreft	
Mistanke om kreft	
Ved usikkerhet om hvorvidt begrunnet mistanke foreligger henvises til filterfunksjon (f.eks. hudlege, kirurg/plastikkirurg eller spesialiserte fastleger). Mistanke om føflekkreft blir <i>begrunnet mistanke</i> når ett eller flere av punktene under foreligger.	
Begrunnet mistanke – kriterier for henvisning til pakkeforløp	
• Histologisk undersøkelse, som viser føflekkreft eller mistanke om dette • Opplagt føflekkreft iht. ABCDE-regelen (klinisk og/eller dermatoskopisk). Klinisk undersøkelse av lege er en forutsetning.	
Henvisning til pakkeforløp	Kommunikasjon
Ved begrunnet mistanke henviser primærlegen eller annen henvisende instans til utredning kirurgisk/plastikkirurgisk avdeling Henvisningen merkes «Pakkeforløp for føflekkreft» og skal inneholde opplysninger om: • Informasjon om symptomer og funn som grunnlag for rimelig mistanke om melanom • Dato for evt. eksjonsbiopsi og kopi av operasjonsbeskrivelse • Histologisk beskrivelse dersom eksjonsbiopsi er foretatt • Informasjon om komorbiditet • Informasjon om familieanamnese • Medisiner, spesielt antikoagulasjonsbehandling • Spesielle behov f.eks behov for tolk, transport o.l. • Telefonnummer der pasienten kan nåes på dagtid	Fastlege eller annen henvisende lege har ansvar for at pasienten henvises inn i pakkeforløp for føflekkreft når diagnostiske kriterier er oppfylt. Pasienten skal da informeres om hva som er funnet, og at man skal utredes nærmere etter gitte retningslinjer.
Insidens og prevalens	
Det diagnostiseres årlig ca 1750 nye tilfeller av føflekkreft og ca 300 dør hvert år. Det er over 20 000 personer som lever etter å ha fått påvist føflekkreft (2012).	
Risikogrupper	
Den eneste kjente ytre risikofaktor er eksponering for sollys, og spesielt korte intense eksponeringer som medfører solbrenthet. Noen personer har økt risiko: • Personer som har eller har hatt føflekkreft eller multiple atypiske navi selv eller i familien. • Hudtype 1 (Lys hud, lyst hår, fregner) • Overdreven soling eller solariebruk	
Tiltak for å redusere forekomst og dødelighet	
Føflekkreft i tidlig stadium har god prognose og tidlig diagnose er kritisk viktig. • Primær forebygging ved informasjon til befolkningen om solingsadferd samt sekundær forebygging ved å informere om faresignaler ved utvikling av melanom. • Regelmessig undersøkelse av hudoverflaten	
Lenke til pakkeforløp og Handlingsprogram:	

PAKKEFORLØP MELANOM



Biopsi og kirurgi

av

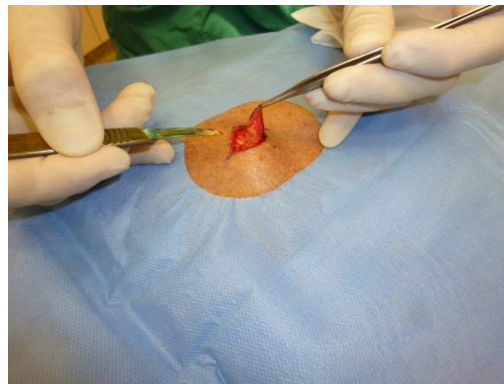
primærlesjonen



**Kirurgi kan
helbrede!**

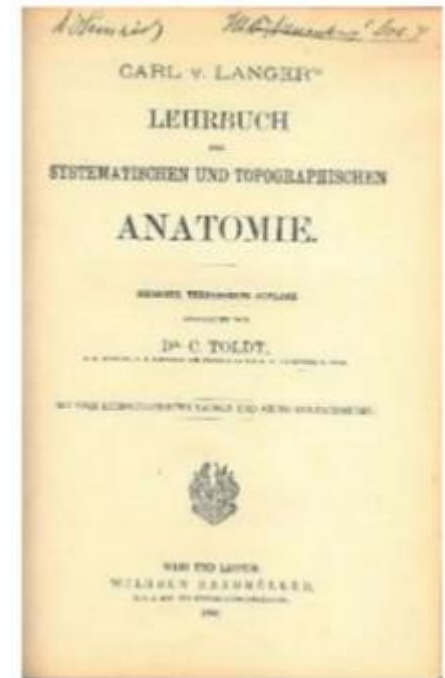
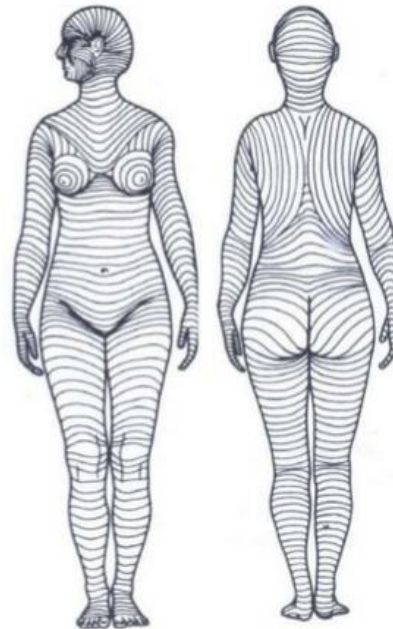
Primærbiopsi

- 2-5 mm margin til føflekkens rand
- Send **alltid** føflekker til histologisk undersøkelse
- Ta med litt fettvev under hele preparatet
- Gjøres som oftest av fastlegen



Biopsimetoder

- Eksisjonsbiopsi er anbefalt
- Eksisjon etter Langers linjer i huden
- Føflekker på ekstremiteter skal eksideres i lengderetningen!



Biopsimetoder

- Shaving (tangentielle biopsier) og laserbehandling **skal unngås**
- Incisjonsbiopsi/ stansebiopsi **skal helst unngås**, men kan gjøres ved f.eks store lesjoner / slimhinne melanomer/ negl
- (Mange NPE saker grunnet manglende fjerning av føflekk som viste seg å være melanom)



Utvidet eksisjon

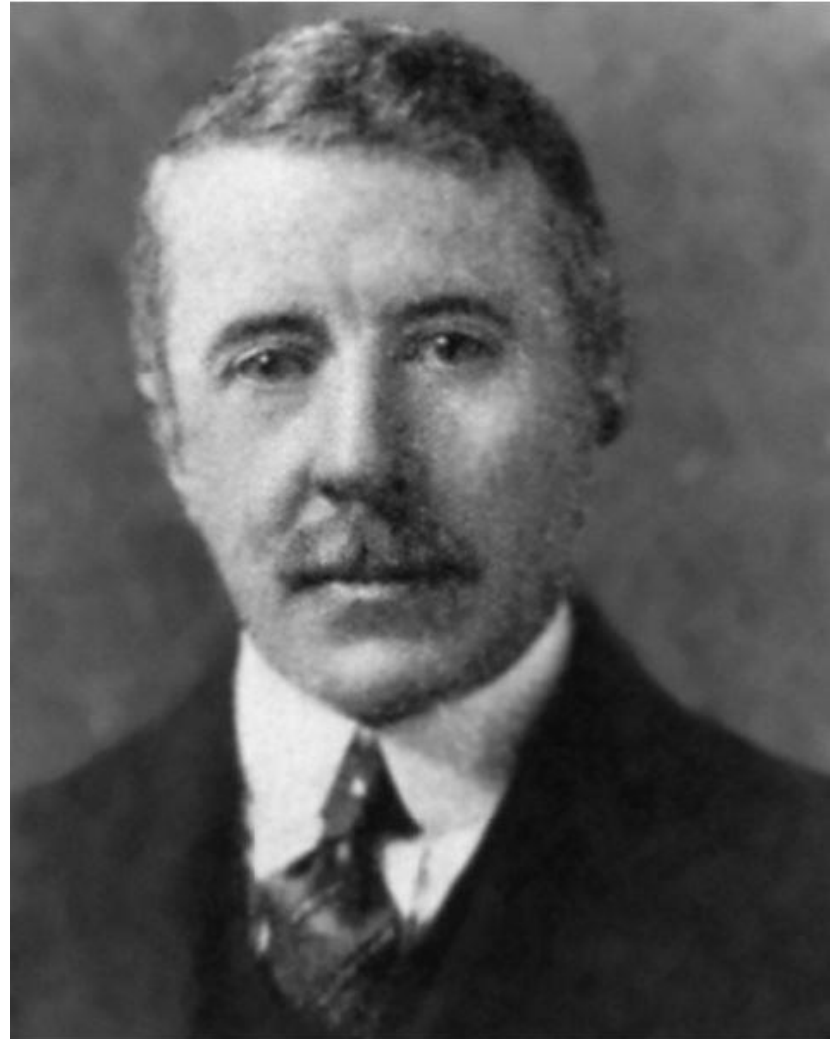
- Betydning for lokal sykdomskontroll
- Skal henvises til kirurg
- Eksisjonsmargin etter Breslow tykkelse
- Evt. sammen med SNB
- Ned til muskelfascie
- De aller fleste kan lukkes direkte

Spesielle lokalisasjoner

- Ansikt
- Øyeregion
- Nese
- Ører
- Hender/ tær
- Svak evidens for anbefalinger

De anbefalte eksisjonsmarginer
har endret seg

William Sampson Handley
Lancet 1907



Handlingsplanen

- Anbefalingene er basert på 6 randomiserte kliniske studier
- Tendens til mere residiv og lavere overlevelse ved smal margin (ikke signifikant)
- Et cochrane review fra 2009
- Tilgjengelig hos helsedirektoratet og

Sladden MJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009

www.norskmelanomgruppe.no

- Siste fra 2011

Gillgren P et al. *Lancet* 2011

Anbefalte utvidete eksisjonsmarginer i Norge

Tykkelse (Breslow)/ type	Eksisjonsmargin (<i>in vivo</i>)
In situ/ Lentigo maligna	0.5 cm
≤1 mm	1 cm
>1-2 mm	1 cm
>2-4 mm	2 cm
>4 mm/ Desmoplastisk	2-3 cm

KREFT
registeret
KRAVET
KRAVET

MELDING TIL KREFTREGISTERET
Postboks 5313 Majorstuen
0304 OSLO

Malting melanom – klinisk
Skjema i kraft fra 01.01.2008

1. PASIENT/ BEHANDLINGSINSTITUSJON

Fødselsnr		Institusjon	
Fornavn		Avdeling	
Ettternavn		☐ Innlagt ☐ Poliklinisk	Dato
Postnr		Poststed	

2. MELDINGSTYPE

☐ Utredning	<i>Fyll ut pkt. 3</i>
☐ Primærekksisjon	<i>Fyll ut pkt. 4a og 4b</i>
☐ Utredning og primærekksisjon	<i>Fyll ut pkt. 3, 4a og 4b</i>
☐ Utvidet eksisjon	<i>Fyll ut pkt. 4a, 4c og 4f</i>
☐ Lymfeknutekirurgi (diagnostisk/forebyggende)	<i>Fyll ut pkt. 4a, 4d og 4f</i>
☐ Primer strålebehandling	<i>Fyll ut pkt. 4a og 4e</i>
☐ Utredning og behandling ved residiv/metastase	<i>Fyll ut pkt. 5</i>

3. UTREDNING

3a. PRIMÆRE TUMORDATA	
Dato mistanke/symptom	
Dato første legekonsultasjon	
Tumorstørrelse (horisontalt)	x mm
For øyemål: Tumors høyde/tykkelse (mm)	
Gjennomvekst ☐ Ja ☐ Nei	
Annen tidligere malign tilstand ☐ Ja ☐ Nei	
Hvis ja, spesifiser	
Multiple primærtumores ☐ Ja ☐ Nei	
(Ett skjema fylles ut per primærtumør)	
Spesifiser symptom	
☐ Tilfeldig påvist under annen undersøkelse	
Anses sykdommen som en klinisk sikker cancer? ☐ Ja ☐ Nei	
Basis for diagnosen:	
Klinisk undersøkelse alene ☐ Ja ☐ Nei	
Billeddiagnostikk ☐ Ja ☐ Nei	
Patologisvar ☐ Ja ☐ Nei Lab	
Evt andre undersøkelser ☐ Ja ☐ Nei	
Hvilke	

LOKALISASJON

Ansi:	☐ venstre ☐ senter ☐ høyre	☐ Subungualt, venstre hånd	☐ Subungualt, høyre hånd
Truncus, foran:	☐ venstre ☐ senter ☐ høyre	☐ Mamma, venstre	☐ Mamma, høyre
Truncus, bak:	☐ venstre ☐ senter ☐ høyre	☐ Anus/perineum	
☐ Hodebunn	☐ Nakke	☐ Hofte, venstre	☐ Hofte, høyre
☐ Hals	☐ Leppehud	☐ Lår, venstre	☐ Lår, høyre
☐ Øyelokk, venstre	☐ Øyelokk, høyre	☐ Legg, venstre	☐ Legg, høyre
☐ Øre, venstre	☐ Øre, høyre	☐ Fot, venstre	☐ Fot, høyre
☐ Skulder, venstre	☐ Skulder, høyre	☐ Tå, venstre fot	☐ Tå, høyre fot
☐ Overarm, venstre	☐ Overarm, høyre	☐ Subungualt, venstre fot	☐ Subungualt, høyre fot
☐ Underarm, venstre	☐ Underarm, høyre	Annet: ☐ Slimhinne, lokalisasjon	
☐ Hånd, venstre	☐ Hånd, høyre	☐ Øye, v., lok	☐ Øye, h., lok
☐ Finger, venstre hånd	☐ Finger, høyre hånd	☐ Annen lokalisasjon	

- Version 01.07.09

Oppfølging





Formålet med oppfølgingen:

- Diagnostisere lokale og regionale residiv mens de fortsatt kan opereres. 80 % av tilbakefall skjer i løpet av de første 3 årene, hovedparten oppdages av pasienten selv. I sjeldne tilfeller er det beskrevet opptil 15-20 års latenstid før metastasene oppdages.
- Gi kunnskap om egenundersøkelse og gode solvaner.
- Gi trygghet for pasienten.
- Vurdering av øvrige pigmenterte lesjoner. 2-8 % av pasientene får en ny primærtumor.

KONTROLLFORLØP OG ANBEFALINGER ETTER TYKKELSE:

Alle pasienter som er operert for føflekkreft skal gå til kontroll etter operasjonen. Kontrollene kan vanligvis skje hos **fastlege eller hudlege**. Kontrollforløpet er **avhengig av tykkelse** på føflekkreften og om det er kommet **tilbakefall** (metastaser/ spredning).

- Forstadiet til føflekkreft (Malignt melanom in situ): én enkelt kontroll for informasjon, arr inspeksjon samt opplæring i egenkontroll og forhold til soling.
- Malignt melanom med **tykkelse < 1 mm**: kontroll hver 3. måned i **3 år**, deretter kun ved behov.
- Malignt melanom med **tykkelse > 1 mm**: kontroll hver 3. måned i 3 år, deretter hver 6. måned i 2 år. Ikke rutinemessig oppfølging utover **5 år**.
- **Pasienter operert for metastaser**: De første tre årene hver 3. mnd. Deretter halvårlige kliniske kontroller.

Du må selv bestille tid til kontroll hos din fastlege/hudlege.

Det vil ved **de tykkeste tilfeller av føflekkreft** kunne bli bestilt en **ultralyd** (UL) undersøkelse for å undersøke for spredning. Ved mistanke om spredning til fjerne områder kan (CT/MR/PET-CT) bli aktuelt i tillegg til UL, eventuelt med en vevsprøve (biopsi).

Kontrollens innhold:

- **Anamnese:** vekttap, smerter, andre nye symptomer
- **Klinisk undersøkelse:** inspeksjon og palpasjon av operasjonsområde, palpasjon av regionale lymfeknuter (Hode, hals, supra- og infra klavikulært, inguinalt og poplitealt bilateralt), in-transit metastaser, inspeksjon av hud
- **Laboratorieprøver og rtg:** ikke rutinemessig, kun ved symptomer/funn og ved høyrisikopasienter (f.eks. etter glandeltoalett). Ved påvist metastase kan Laktat Dehydrogenase (LDH) tas før evt. operasjon
- **FNAC** bør tas ved mistanke om metastase, overvei om det skal gjøres UL veiledet.
- **Ultralyd** av regionale lymfeknuter hver 6 måned i 3 år kan vurderes hos pasienter med Breslow tykkelse over 2 mm.
- **CT** kan være indisert i oppfølgingen etter operasjon av lymfeknute metastaser og hos pasienter som inngår i kliniske studier.