

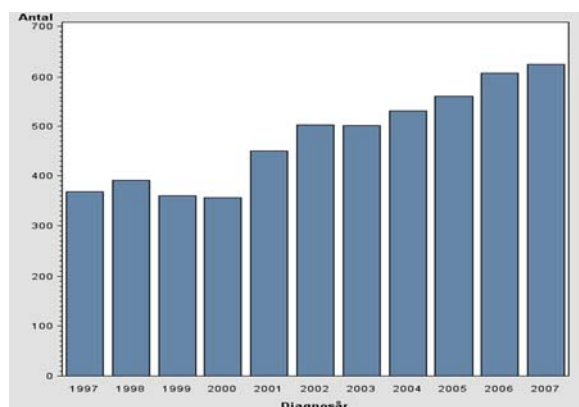
Regionmöte, 17 oktober 2008, Örebro

Mats Breiwald

Vid årets regionmöte presenterades traditionsenligt data (1997-2007) från vårt register. Föredragande var docent Gunnar Wagenius, vilken förhöjde presentationen med sedvanlig stringens.

Den totala överlevnaden har glädjande nog ökat. 1960 sågs en överlevnad på 60% och nu ligger den på över 90% (5-års överlevnad).

Det totala antalet registrerade patienter är 5 133. Registret innehåller fler tumörer (5 256) än individer. Ca 22% har avlidit under perioden, dock ej melanomspecifik död. Antalet rapporterade tumörer per år har ökat från 368 1997 till 625 år 2007, vilket motsvarar en ökning med närmare 60%! En siffra som våra sjukvårdshuvudmän borde ta hänsyn till då man diskuterar resursfördelning. Såväl in situ som invasiva melanom har ökat.



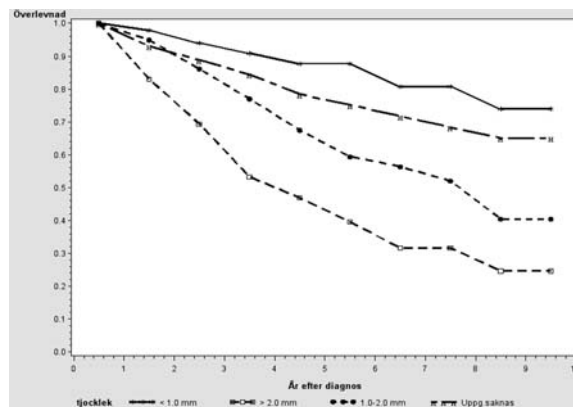
Figur 1. Antal rapporterade tumörer per år för år 1997-2007.

Bland de morfologiska undergrupperna har SSM-melanom ökat mest. Man ser dock ingen trend mot vare sig tjockare eller tunnare melanom, även om det finns könsskillnader. Män har generellt sett tjockare melanom vid diagnos. Tumörtjocklek är den tyngst vägande prognostiska faktorn, så därför är det ändå glädjande att 50% av patienterna har "tunna melanom", T1-tumörer, (d v s $\leq 1,00$ mm). Ulceration är ytterligare en ogynnsam prognosfaktor som är viktig att beakta eftersom den påverkar överlevnaden. Ca 23% av patienterna har ulcererad tumör.

Tiden mellan primär kirurgi till utvidgad kirurgi är i medeltal ca 5 veckor, även om man i registret ser individuella fall där handläggningstiden är betydligt längre. Vår strävan är att hålla denna tid så kort som möjligt.

"Tumörväxt i resektionsrand" är en mycket viktig parameter i registret. Antalet fall under diagnos-

åren 1997-2007 uppgår till 8,7%, vilket får betraktas som en hög siffra! Det skiljer i total överlevnad för dessa patienter, men en stor del av skillnaden beror på att dessa melanom är tjockare. Man ser en sämre överlevnad för varje T-stadium.



Figur 2. Total överlevnad för ej radikalt opererade, per tumörtjocklek (mm), år 1997-2007.

Föreläsning av Christian Ingvar

Ylva Svedberg

Vid årets regionmöte föreläste Christian Ingvar, docent, överläkare i kirurgi i Lund, om dermatoskopimetoden. Han är själv en entusiastisk användare av dermatoskopet i sin vardag med melanompatienter, och har tidigare arbetat med en världsauktoritet inom dermatoskopi och melanomdiagnostik; Dr Scott W. Menzies från Sydney Melanoma Diagnostic Centre, Australien

Dermatoskopi är en metod där man lättare kan undersöka strukturer i epidermis och delar av dermis med hjälp av ett handburet instrument med inbyggt förstoringsglas och lampa. Det vanligaste dermatoskop som används idag ger 10 x förstoring. Pigmentet i huden framträder med olika färg, beroende på hur djupt det ligger. Ju fler färger, desto mer illavarslande!



Bild 1. Dermatoskop

Vid dermatoskopi av en pigmentförändring ska man först avgöra om det är en melanocytär lesion eller ej. Om melanocytär lesion, går man vidare med ytterligare analys för att skilja melanom från en benign melanocytär lesion. För detta finns flera metoder och checklistor. (Läs mer i Ylva Svedbergs artikel).

Christian Ingvar presenterade "Menziess scoring method", framtagen av Scott W. Menzies. När man använder denna metod använder man sig av s k negativa och positiva kännetecken. För att diagnostisera ett melanom får inget av de negativa kriterierna men minst ett av de nio positiva finnas. (Läs mer i Ylva Svedbergs artikel).

För några år sedan presenterades resultatet av ett nätbaserat konsensusmöte mellan ledande dermatoskopiexperter i världen, där man jämfört de fyra olika metoderna. Det visade sig att alla metoderna hade en sensitivitet på cirka 83% men att "pattern analysis" hade en något bättre specificitet, även denna på drygt 83%, jämfört med övriga metoder där specificiteten låg cirka 10% lägre. För den mindre erfarna dermatoskopisten lämpar sig dock de övriga metoderna bättre då de är något enklare att ta till sig och lära sig.

Kan man använda dermatoskopi vid de lömska amelanotiska melanomen? Ja, men metoden har här en något lägre sensitivitet och specificitet. Kärlkomponenten har en något mer framträdande roll än vid de mer pigmenterade varianterna.

För att skilja maligna pigmenttumörer från benigna krävs en van kliniker. En van dermatoskopist kan öka den diagnostiska säkerheten från ca 60-70% till 80-90%, däremot har man i en del undersökningar sett att oerfarna dermatoskopister lättare missar melanom om de förlitar sig enbart på dermatoskopibilden istället för den makroskopiska bilden. Många melanom och "fula nevus" hittar de flesta vid enbart en makroskopisk okulär besiktning. Däremot kan man med hjälp av dermatoskopet lättare hitta tidiga melanom samt, inte minst, frikänna en hel del lesioner och därigenom undvika onödig kirurgi. Det krävs dock att man använder sitt dermatoskop regelbundet för att metoden ska bli tillförlitlig. Den "mindre erfarna" kan

ha nytta av instrumentet för att exempelvis skilja ut helt benigna seborroiska keratoser, dermatofibrom och kärlförändringar från pigmentnevus.

Gå in på www.dermoscopy.org, Interactive Atlas of Dermoscopy/Dermoscopy Tutorial för bra teoretisk information och bra bilder (klicka på Cases).

Rapport från arbetsgruppsmötet

Karin Olsson och Barbro Hellsten

Regionala arbetsgruppen har haft årets andra möte i Örebro. Vid mötet diskuterades blanketter som kommer att gälla från den 1 januari 2009. Nya tilläggen på anmälningsblanketten är vårdnivån på första läkarbesöket, diagnosbesked, hereditet, hudtyp – reaktion på sol. Histologi primärtumör får en tilläggsfråga om förekomst av mitoser. Histopatologi lymfkörtelkirurgi får ett tillägg av lokal, huvud-hals, höger/vänster.

En ny blankett för recidiv införs med uppgifter om typ av recidiv och behandling. Blanketterna kommer att finnas på www.roc.se.

Registrets data är idag av betydande storlek och arbetsgruppen har därför enats om att bilda en skrivargrupp för att skriva tre artiklar baserade på registret. Artiklarna ska publiceras i olika nationella och internationella tidskrifter.

INCA information

Karin Olsson

INCA införs i registret för malignt melanom fr o m april/maj 2009. Läs mer om INCA på www.inca.se. ROC kommer att meddela datum för utbildning för inrapportörer inom regionen. Fram till övergång till INCA sker inrapportering som tidigare, men på de nya blanketterna.

Blanketter med grön markering

Barbro Hellsten

Under år 2007 har 625 fall anmälts till registret. Av dessa har hittills i år 371 anmälningsblanketter återsänds till respektive vårdgivare för komplettering av uppgifter. Detta innebär merarbete för ROC men framförallt för vårdgivaren. Gör därför en extra kontroll före insändandet, så att inga uppgifter saknas på blanketten. Tack för hjälpen!

Viktiga datum

Regionalt arbetsgruppsmöte, 3 april 2009 Uppsala
Regionalt arbetsgruppsmöte, hösten 2009 Eskilstuna
Regionmöte, hösten 2009, Eskilstuna

Redaktionsmedarbetare vid ROC

Karin Olsson, Sjuksköterska/Koordinator
Jana Howe, Informationssekr/webbansvarig
Marit Holmqvist, Biostatistiker
Barbro Hellsten, Handläggare/Datamanagement



Postadress:
Regionalt Onkologiskt Centrum
Akademiska sjukhuset
S-751 85 UPPSALA

Besöksadress:
Dag Hammarskjölds väg 54A
751 83 Uppsala

Tel: 018 - 15 19 10
Fax: 018 - 71 14 45
www.roc.se