

Hudmelanom

Regional rapport från kvalitetsregistret
för diagnosår 2009-2012

Uppsala-Örebroregionen

Hudmelanom

Regional rapport från kvalitetsregistret
för diagnosår 2009-2012

Uppsala-Örebroregionen



Landstinget i Uppsala län



ÖREBRO LÄNS
LANDSTING



Landstinget
DALARNA



LANDSTINGET
SÖRMLAND



Landstinget
i Värmland



LANDSTINGET
VÄSTMANLAND



Landstinget
Gävleborg



Regionalt cancercentrum, Uppsala Örebro
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

Innehållsförteckning

1	Förord	7
2	Sammanfattning	7
3	Epidemiologi	8
4	Bakgrund	9
4.1	Registrets innehåll	9
4.2	Förklaringar av begrepp och förkortningar	10
5	Antal fall och täckningsgrad	11
6	Utredning, diagnostik och behandling	14
6.1	Enkel sammanfattning av vårdprocessen	14
6.2	Vårdnivå/ kirurgisk behandling	15
6.3	Diagnosbesked	16
6.4	Multidisciplinär rond/MDT-konferens och kontaktsjuksköterskor	17
6.5	Väntetider	18
6.6	Tumörkaraktistika	21
6.7	Lokalisation	22
6.8	Diagnostisk portvaktskörtelkirurgi (SNB)	23
7	Överlevnad	25
8	Utvecklingspunkter	27

Tabeller

1	Antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län där patienten är mantalskriven vid diagnos, diagnosår 2009-2012	11
2	Antal fall av hudmelanom och täckningsgrad (%) mot Cancerregistret uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	12
3	Antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på kön och län, diagnosår 2009-2012.	12
4	Vårdnivå första läkarbesök- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	15
5	Typ av primär kirurgi- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	15
6	Typ av utvidgad kirurgi- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	16
7	Tumörväxt i resektionsrand - antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	16
8	Diagnosbesked- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	17
9	Morfologisk typ - antal och andel (%) fall av invasiva maligna hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	21
10	Invasivitet- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	21
11	Tumörtjocklek (mm)- antal och andel (%) fall av invasiva maligna hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	22
12	Lokalisation av tumör- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på kön, diagnosår 2009-2012.	22

Figurer

1	Diagnosålder- andel (%) diagnosår 2009-2012.	13
2	Diagnosålder (år) för hudmelanom- andel (%) uppdelat på kön, diagnosår 2009-2012.	13
3	Andel (%) av hudmelanom som diskuterats i multidisciplinär konferens, diagnosår 2012.	17
4	Andel (%) av patienter med hudmelanom som har eller har erbjudits kontaktsjuksköterska (vid diagnostillfället), diagnosår 2012.	18
5	Kumulativ andel: Tid mellan första läkarbesök och primär kirurgi i antal dagar för hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	19
6	Kumulativ andel: Tid mellan primär kirurgi och diagnosbesked till patient i antal dagar för hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	19
7	Kumulativ andel: Tid mellan primär kirurgi och utvidgad kirurgi i antal dagar för hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	20
8	Andel fall (%) med hudmelanom, tid mellan primär- och utvidgad kirurgi inom 30 dagar, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.	20
9	Andel (%) av hudmelanom för patienter med diagnosålder <75 år med melanom tjockare än 1 mm som planerats för diagnostiskt sentinel node, diagnosår 2011-2012.	23
10	Andel (%) av hudmelanom för patienter med diagnosålder <75 år med melanom tjockare än 1 mm som planerats för diagnostiskt sentinel node där sentinel node utförts, diagnosår 2011-2012.	24
11	Relativ överlevnad för hudmelanom uppdelade på kön, diagnosår 2000-2012.	25
12	Relativ överlevnad för hudmelanom uppdelade på typ av melanom för de patienter där typ finns angiven, diagnosår 2000-2012.	26
13	Relativ överlevnad för patienter med invasiva melanom där tumörtjocklek finns angiven, diagnosår 2000-2012.	26

1 Förord

Malignt melanom är en av de cancerformer som ökat mest i vårt land under de senaste årtiondena. Det är därmed en sjukdom där det är angeläget att utarbeta riktlinjer för samordning och diagnostik och behandling, samt att följa resultatet av behandlingen. Sedan 1981 har det funnits en registrering av malignt melanom i Örebroregionen vid Kliniken för allmän onkologi, Universitetssjukhuset, Örebro (nuvarande Onkologiska kliniken, USÖ). 1994 bildades en arbetsgrupp för malignt melanom på Akademiska sjukhuset, som utarbetade ett förslag till vårdprogram och register. Eftersom det ansågs angeläget att få ett gemensamt vårdprogram och register för hela Uppsala-Örebroregionen inbjöd Regionalt Onkologiskt Centrum till ett möte i Örebro i augusti 1995. Samtidigt bildades en regional arbetsgrupp med representanter från sjukhus och primärvård i de olika länen i regionen. Denna arbetsgrupp har vidareutvecklat vårdprogrammet och registerblanketten. En revision av vårdprogrammet görs vartannat år och finns tillgängligt på Regionalt cancercentrums hemsida (RCC), www.cancercentrum.se/upsalaorebro Arbetsgruppen anordnar vartannat år ett regionmöte där aktuella aspekter inom området presenteras och samtidigt redovisas material från registret och aktuellt vårdprogram. Från och med 1/1 2014 ska det Nationella vårdprogrammet tillämpas med regional anpassning. Målsättningen med att ha ett nationellt vårdprogram och ett regionalt vårdprogram/register är att det ska fin-

2 Sammanfattning

Melanomincidensen ökar med mer än 4% årligen i Sverige. Under perioden 2009-2012 har antalet melanom ökat till mer än 3000 fall/år, vilket är mer än en fördubbling jämfört med mitten av 1990-talet. Nära 500 individer avlider idag i sjukdomen varje år. Under åren 2009-2012 diagnosticerades 2753 nya fall av hudmelanom i Uppsala-Örebroregionen. Antalet nya fall av hudmelanom per län och år varierade mellan 32 till 157 under tidsperioden (tabell 1). Täckningsgraden jämfört med cancerregistret var cirka 91 % (tabell 2). Proportionellt har fler in situ melanom diagnosticerats, liksom fler tunna melanom, samtliga med god prognos. Ett kortsiktigt mål är att kunna bota så många patienter som möjligt genom att hitta melanomen medan de är tunna (< 1.0

nas ett gemensamt underlag för det kliniska arbetet med patienter som har dysplastiska nevus, in situ- och invasiva maligna melanom. Arbetsgruppens målsättning är att höja kvaliteten i omhändertagandet av denna patientgrupp. Vårdprogrammet innehåller anvisningar om diagnostik-, behandlings- och uppföljningspolicy som skall gälla i hela landet och regionen. Om dessa anvisningar följs av alla instanser finns det möjlighet att uppnå god kvalitet i hela vårdkedjan.

Detta är de viktigaste kvalitetsindikatorerna i vårdprogrammet

- Tumörtjocklek vid primär excision
- Tid från primär diagnos till radikal excision med adekvat marginal
- Excisionsmarginal (klinisk eller patologisk)

Klinisk marginal är det avstånd till tumör eller ärr som mäts upp (enligt rekommendationer) vid operation, och patologisk marginal är det som anges efter analys av hudpreparatet, (i PAD-svaret) och kan krympa något under hanteringen. Vi ska eftersträva adekvat marginal, där inte kontraindikation finns. Genom en registrering av samtliga patienter med malignt melanom finns möjligheter att ytterligare öka kunskapen om sjukdomen, att fortlöpande kontrollera att de riktlinjer som lagts fram i vårdprogrammet följs och vid behov revidera dessa. Registret kan därigenom utgöra ett underlag för kvalitetssäkringsarbete och studier.

mm tjocka). Ett mer långsiktigt mål är att bryta incidensutvecklingen genom att skapa respekt för solens UV-strålning genom att ändra solvanor hos kommande generationer (klädsel, solresor, solarier, skyddade utemiljöer). En ny melanomklassifikation har införts (AJCC 2009). I gruppen tunna melanom har förekomst av mitos (celldelning) respektive ulceration visat sig ge en sämre prognos än för den majoritet av fallen som saknar dessa tecken. För de övriga tjockleksintervallen ger enbart ulceration ytterligare prognostisk information. Majoriteten av patienterna är över 50 år vid tidpunkt för melanomdiagnos (figur 1 och 2). Arbetet med att genomföra regeringens nationella cancerstrategi via skapandet av RCC, har också medfört ändrade handlägningsrutiner och for-

mer för omhändertagande av patienter med hudmelanom. Andelen patienter, som diskuterats vid multidisciplinär konferens (MDT) och som fått erbjudande om kontaktsjuksköterska (figur 3 och 4) varierar fortfarande. Alla sju landsting i vår region arbetar med att införa dessa arbetsformer, men har nått olika långt. Syftet med att införa MDT är att säkerställa att varje enskild pa-

tient skall erbjudas en optimal, melanomspecifik behandling, som till exempel ytterligare kirurgi, immunologisk behandling, kemoterapi, nya riktade läkemedel samt deltagande i studier. En annan avsikt är också att stärka samarbetet med palliativ medicin och dess helhetssyn, i synnerhet vid avslutande av aktiv tumörbehandling.

3 Epidemiologi

År 2011 registrerades 3314 hudmelanom i svenska Cancerregistret. Det motsvarar 36,1 fall per 100 000 innevånare för män respektive 32,4 % för kvinnor med en årlig incidensökning (1990-2011) om 2,8 % för män, och 2,6 % för kvinnor. Det har under flera decennier varit en kraftig incidensökning av hudmelanom (CMM) i stora delar av världen med vit befolkning och mer i Skandinavien än i övriga Europa. Invasiva hudmelanom utgjorde 2011 mer än 5 % av alla registrerade tumörer i Sverige och var den 6:e vanligaste tumörformen hos både män och kvinnor. Totalt fick 1676 män och 1647 kvinnor melanom under 2011. Samtidigt levde 30 500 patienter som tidigare fått en melanomdiagnos. Utvecklingen är oroande då ökningen av melanom de senaste 10 åren har varit drygt 5 % årligen, att jämföra med icke-signifikanta ändringar under 1990-talet. Mortaliteten har likaså ökat från 4/100 000 år 1999 till 5,2/100 000 år 2011 och i absoluta dödstal från 348 till 486 under samma tidsperiod. Melanom med annan lokalisering än huden, t ex öga och vulva, har inte ökat alls. Enligt den regionala rapporten har de invasiva hudmelanom i Uppsala-Örebroregionen under 2000-2009 en genomsnittlig ökning på ca 10 %. Maligna melanom i huden har successivt förskjutits mot högre åldrar och medelåldern vid insjuknande är för närvarande 64 år. Kvinnorna dominerar bland de som insjuknar före 60-årsålder, medan männen dominerar bland de som är äldre än 60 år. Sjukdomen är myc-

ket sällsynt hos unga upp till 20-årsåldern. Hos män är melanomen främst lokaliserade till bålen och hos kvinnor i första hand till extremiteterna. Det finns dock en tendens till förändring av lokaliseringen hos kvinnor, hos vilken melanom på bålen blir vanligare. I Sverige gäller detta framförallt för yngre kvinnor. Detta överensstämmer med kvalitetsregisterdata i vår region, liksom i övriga Sverige (se regional rapport, 1997-2009). In situ melanom uppträder huvudsakligen på bål, huvud och hals, samt hos kvinnor även på ben, med max incidens för män kring 80 års ålder och runt 60 år för kvinnor. Dödligheten har successivt minskat sedan mitten av 80-talet, framförallt för kvinnor, med en genomsnittlig minskning med 2,3 %. Den relativa 5-årsöverlevnaden var på 90-talet över 90 % och högst bland kvinnor och yngre individer. Uppdelat på tumörtjocklek ses dock stor spridning i 5-årsöverlevnaden, mellan 60 och 99 %. Sannolikt beror den förbättrade överlevnaden på en ökad medvetenhet hos allmänhet och medicinsk personal vilket leder till tidigare diagnos och kurativ kirurgisk behandling. Det är också möjligt att sjukdomen delvis ändrat karaktär eftersom de yt-spridande melanomen (SSM) proportionellt sett ökat mest och dominerar, utgörande 67 % av alla fall. Den enskilt viktigaste prognostiska faktorn vid primärt malignt melanom är tumörens vertikala tjocklek. Tjockleken har därför kommit att styra såväl beslut om marginaler vid kirurgi som uppföljningsrutiner.

4 Bakgrund

Med hjälp av information i kvalitetsregistret kan vi säkerställa att patienter får effektiv och ändamålsenlig behandling baserad på nationella och regionala vårdprogram. Data från registren kan påvisa skillnader mellan regionen och riket samt mellan länen i regionen. De kan ge enskil-

da patienter information om vårdens innehåll och kvalitet hos olika vårdgivare, samt fungera som kunskapskälla för allmänheten. Dessutom kan registren fungera som databas för forskning som ger ny kunskap som kan förbättra vården.

4.1 Registrets innehåll

Alla nya fall av invasiva hudmelanom ska rapporteras till registret. Data från den utredning patienten genomgått och tidpunkter för olika åtgärder ska anges. Om patientens fall diskuterats på multidisciplinär konferens, tidpunkt för och typ

av kirurgi, samt uppgifter om sjukdomens stadium (utbredning i kroppen) rapporteras också. Det registreras också hur patienten fått besked om diagnosen. Återfall rapporteras för närvarande ej.

4.2 Förklaringar av begrepp och förkortningar

ALM	akrala lentiginösa melanom, lokaliserade till de hårlösa ytorna av händer och fötter
Amputation	borttagande av kroppsdel
Clarknivå	anger vilket hudlager tumören vuxit ner i. Graderas från nivå I (in situ-melanom) med växt enbart i överhuden (epidermis) och ej genom basalmembranen, till nivå V med växt ner i underhuds fett (subcutis)
Dysplastiskt nevus	en speciell, ibland ärftlig form av hudförändring som har större risk än andra nevi för omvandling till malignt melanom
Excision	kirurgiskt avlägsnande av (i detta fall) hudtumör
Extremiteter	övre extremiteter; armar och axel/skuldra. Nedre extremiteter, sätesregion, lår och underben
Hudmelanom	tumör som startar i pigmentbildande celler (melanocyter), oftast ovanför basalmembranen i överhuden
Hudtransplantation	i detta fall operation där hud (oftast från patienten själv) används för att täcka ett område där det saknas hud pga borttagande av hudtumör
Incidens	antal sjukdomsfall per 100000 invånare under en viss tidsperiod (här per år)
In situ-melanom	melanom som växer i överhuden, där både blod- och lymfkärl saknas. Därmed finns inte förutsättning för tumörspridning.
Invasivt melanom	elakartat (malignt) melanom, dvs melanom som vuxit ner in i läderhuden (dermis) och eventuellt ännu längre ner i underhuden (subcutis). Kan spridas lokalt via hudens lymfkärl eller vidare till dränerande lymfkörtlar, men även via blodkärl till andra organ i kroppen.
Kontaktsjuksköterska	sjuksköterska med specialistkunskaper inom cancervård och psykosocialt stöd
Lambå	en flik av hud, muskel, slemhinna eller benhinna som vid operation används för att täcka närliggande vävnadsförlust.
Ledtid/väntetid	den tid som går från det att en process startar tills den är fullbordad och fyller sitt syfte. I detta fall tiden mellan olika moment i vårdkedjan
LMM	lentigo maligna-melanom, vanligen lokaliserade till solskadad hud i ansiktet
Morfologisk typ	tumörens utseende och växtsätt bedömt och klassificerat i mikroskop (se ALM, SSM, NM resp LMM)
Mortalitet dödlighet	antal nya dödsfall per 100000 invånare under en viss tidsperiod
Multidisciplinär konferens	ett regelbundet återkommande möte där flera specialiteter eller yrkesgrupper träffas för att gemensamt diskutera lämplig utredning och behandling för varje enskild patient med diagnos tillhörande en särskild tumörgrupp.
Nevus	hudförändring som i folkmun kallas födelsemärke eller leverfläck
NM	nodulärt melanom, oftast pigmenterad hudtumör med snabb tillväxt och utan anslutande förstadium. dvs in situ melanom, i överhuden
Onkolog	läkare med specialistkompetens i onkologi (läran om tumörsjukdomar)
Patolog	läkare med specialistkompetens i patologi (läran om sjukdomar och hur de diagnostiseras, genom analys av molekyler, celler, vävnader och organ)
Primär kirurgi	i detta fall det första kirurgiska ingreppet där den tumörmisstänkta hudförändringen avlägsnas
Radikal excision	operation där tumörförändringen tas bort i sin helhet
Relativ överlevnad	beskriver i detta fall melanompatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnosticerats med hudmelanom där hänsyn tas till kön och ålder
Resektionsrand	de yttre begränsningarna av den bortopererade vävnadsbiten

SSM	superficiellt spridande/ytspridande melanom, har ett ytligt växtsätt i överhuden
Suturering	förlutning av operationsområde med stygn (suture).
Tumörtjocklek enligt Breslow	patologens mått på melanomets tjocklek; mäts i mikroskop lodrätt från ytan till tumörens djupaste del. Måttet ger en god uppfattning om prognos.
Utvidgad kirurgi/excision	kompletterande operation i området där melanomet suttit där man opererar bort ytterligare hud för att få en säkerhetsmarginal på 1-2 cm beroende på tumörens tjocklek.
Täckningsgrad	hur stor andel (i %) av de patienter som borde rapporterats till ett register, vilka faktiskt har blivit inrapporterade. I regionala kvalitetsregistret för hudmelanom, Uppsala-Örebroregionen bedöms täckningsgraden gentemot motsvarande rapporterade fall till Cancerregistret, dit alla nya cancerfall i Sverige ska rapporteras enligt lag.

5 Antal fall och täckningsgrad

Totalt 2753 fall av hudmelanom rapporteras i regionen under perioden 2009-2012 (tabell 1). Detta motsvarar knappt 700 nya fall per år. Antalet fall av hudmelanom är ganska jämnt fördelade mellan könen, med något fler män (52 %) än kvinnor (48 %) som fått diagnosen aktuella diagnosår (tabell 3). Majoriteten av patienterna var över 50 år vid diagnos (figur 2). Medianåldern för insjuknande är 66 år (12-99 år, medelålder 64 år). Antalet fall är ojämnt fördelade mellan länen,

med en spridning på 32-157 fall per län och år (tabell 1 och 2). Täckningsgraden för åren 2009-2012 var 91 %. Rapportering till kvalitetsregistret sker ofta med en viss eftersläpning, vilket avspeglas i att täckningsgraden för 2012 är lägre än för övriga år. Under perioden 2009-2010 registrerades både in situ melanom och invasiva melanom, men från diagnosår 2011 registreras endast invasiva melanom.

Tabell 1. Antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län där patienten är mantalsskriven vid diagnos, diagnosår 2009-2012

	2009	2010	2011	2012	Totalt
Län					
Uppsala län	113 (27)	97 (23)	103 (24)	111 (26)	424
Södermanlands län	142 (39)	132 (36)	57 (16)	32 (9)	363
Värmlands län	142 (28)	157 (31)	110 (22)	91 (18)	500
Örebro län	113 (26)	141 (32)	88 (20)	99 (22)	441
Västmanlands län	98 (28)	88 (25)	79 (22)	90 (25)	355
Dalarnas län	117 (32)	103 (28)	78 (22)	64 (18)	362
Gävleborgs län	84 (27)	91 (30)	74 (24)	59 (19)	308
Totalt	809 (29)	809 (29)	589 (21)	546 (20)	2753

Tabellen visar hur stor andel av patienterna i de olika länen åren 2009-2012 som diagnosticerades aktuellt år. Observera från och med diagnosår 2011 registreras endast invasiva melanom.

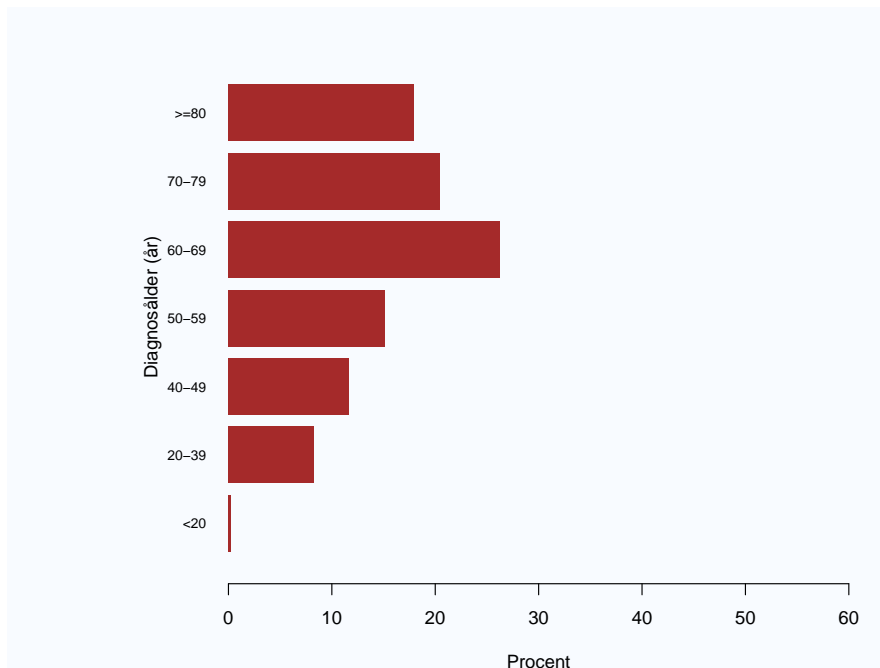
Tabell 2. Antal fall av hudmelanom och täckningsgrad (%) mot Cancerregistret uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

	Uppsala	Söderman- land	Värmland	Örebro	Västman- land	Dalarna	Gävleborg	Totalt
Diagnosår								
2009	113 (98)	142 (100)	142 (100)	113 (99)	98 (98)	117 (100)	84 (100)	809 (99)
2010	97 (97)	132 (95)	157 (100)	141 (99)	88 (100)	103 (96)	91 (97)	809 (98)
2011	103 (89)	57 (58)	110 (94)	88 (89)	79 (96)	78 (87)	74 (84)	589 (86)
2012	111 (86)	32 (46)	91 (88)	99 (92)	90 (97)	64 (81)	59 (85)	546 (84)
Totalt	424 (92)	363 (76)	500 (94)	441 (94)	355 (98)	362 (90)	308 (90)	2753 (91)

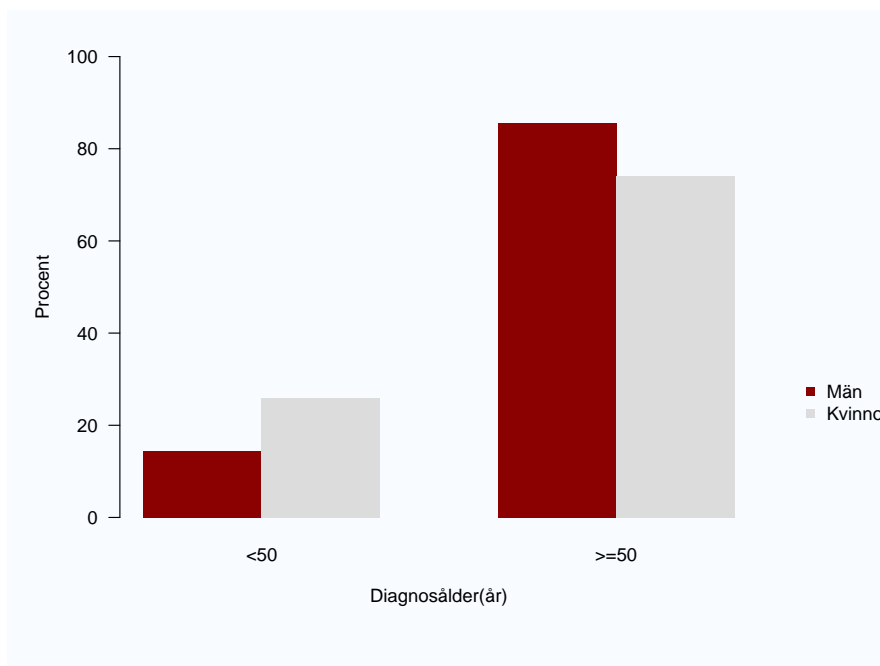
Täckningsgraden är beräknad 2014-03-18 då data exporterades från kvalitetsregistret. En anledning till en något sjunkande täckningsgrad kan vara att inrapporteringen till registret släpar efter något. Detta är något som vi arbetar på att förbättra, i dialog med RCC och de som rapporterar data in till registret.

Tabell 3. Antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på kön och län, diagnosår 2009-2012.

	1. Män	2. Kvinnor	Totalt
Län			
Uppsala län	193 (46)	231 (54)	424
Södermanlands län	193 (53)	170 (47)	363
Värmlands län	248 (50)	252 (50)	500
Örebro län	238 (54)	203 (46)	441
Västmanlands län	186 (52)	169 (48)	355
Dalarnas län	173 (48)	189 (52)	362
Gävleborgs län	152 (49)	156 (51)	308
Totalt	1383 (50)	1370 (50)	2753



Figur 1. Diagnosålder- andel (%) diagnosår 2009-2012.



Figur 2. Diagnosålder (år) för hudmelanom- andel (%) uppdelat på kön, diagnosår 2009-2012.

6 Utredning, diagnostik och behandling

Utredning/diagnostik och behandling sammanfaller till stor del för hudmelanom.

6.1 Enkel sammanfattning av vårdprocessen

Om en hudförändring är avvikande genom storlek eller färg, har förändrats genom tillväxt, färgskiftning eller sårbildning respektive ger besvär i form av klåda eller blödning, kan den behövas tas bort. Vanligen görs detta ingrepp (primär kirurgi/primär excision) av en allmänläkare, hudläkare eller kirurg. Den borttagna förändringen skickas för undersökning till ett patologilaboratorium, där den genomgår en process i flera steg för att kunna bedömas i mikroskop av patolog, dvs. en läkare som är specialutbildad för att ställa diagnos på vävnader. Undersökningens syfte är att ta ställning till om den borttagna förändringen är godartad (benign) eller elakartad (malign) samt om den är avlägsnad i sin helhet (radikalt). Patologens bedömning skickas som ett utlåtande (PAD) till den läkare, som skickat in förändringen. Om förändringen inte tagits bort radikalt och – framförallt – om den är elakartad görs ofta ännu ett ingrepp, som innebär att ytterligare hud tas bort runt äret (ut-

vidgad excision) och i vissa fall även lymfkörtelvävnad även detta material skickas till patolog för undersökning. Oftast räcker det att ta bort förändringen och eventuellt angripna lymfkörtlar, men om melanomet har spridit sig till resten av kroppen kan läkemedelsbehandling behövas. Denna sköts av onkolog, dvs. en läkare som är specialutbildad för att behandla tumörsjukdomar. Man har inom vissa landsting börjat med så kallade multidisciplinära ronder/MDT-konferenser. Där samlas flera läkare inom olika specialiteter (kirurg, hudläkare, öron-näsahalsläkare, plastikkirurg, patolog och/eller andra specialister) för att gemensamt lägga upp behandlingen för de olika patienterna för att behandlingen ska bli den mest lämpade för varje patient. Vid dessa MDT-konferenser närvarar ofta även andra yrkeskategorier från vården, ofta sjuksköterskor, s.k. kontaktsjuksköterskor. Rutinen med MDT-konferenser och kontaktsjuksköterskor är under uppbyggnad.

6.2 Vårdnivå/ kirurgisk behandling

Vårdnivån vid första besöket (tabell 4) samt tidsintervallen mellan primär och sekundär kirurgi (figur 7,8) speglar till viss del vilken typ av uppbyggnad vården har inom de olika länen in-

om regionen. Exempelvis finns plastikkirurgiska kliniker i Örebro och Uppsala, men ej i de övriga länen.

Tabell 4. Vårdnivå första läkarbesök- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

	Vård- central	Privat- läkare	Hud-klinik	Kirurg- klinik	Annan	Uppg.saknas	Totalt
Län							
Uppsala län	203 (48)	71 (17)	79 (19)	26 (6)	15 (4)	30 (7)	424
Södermanlands län	153 (42)	25 (7)	126 (35)	15 (4)	21 (6)	23 (6)	363
Värmlands län	296 (59)	25 (5)	88 (18)	29 (6)	30 (6)	32 (6)	500
Örebro län	210 (48)	56 (13)	81 (18)	19 (4)	32 (7)	43 (10)	441
Västmanlands län	168 (47)	18 (5)	109 (31)	3 (1)	15 (4)	42 (12)	355
Dalarnas län	250 (69)	14 (4)	51 (14)	14 (4)	20 (6)	13 (4)	362
Gävleborgs län	145 (47)	67 (22)	31 (10)	19 (6)	7 (2)	39 (13)	308
Totalt	1425 (52)	276 (10)	565 (21)	125 (5)	140 (5)	222 (8)	2753

Tabell 5. Typ av primär kirurgi- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

	Excision+ suture	Hudtrans- plantation	Lambå	Annat	Totalt
Län					
Uppsala län	365 (86)	9 (2)	3 (1)	0 (0)	424
Södermanlands län	315 (87)	8 (2)	1 (0)	1 (0)	363
Värmlands län	448 (90)	8 (2)	4 (1)	0 (0)	500
Örebro län	393 (89)	7 (2)	1 (0)	0 (0)	441
Västmanlands län	330 (93)	7 (2)	3 (1)	0 (0)	355
Dalarnas län	331 (91)	5 (1)	1 (0)	1 (0)	362
Gävleborgs län	279 (91)	8 (3)	2 (1)	0 (0)	308
Totalt	2461 (89)	52 (2)	15 (1)	2 (0)	2753

Tabell 6. Typ av utvidgad kirurgi- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

Län	Excision+ suture	Hudtrans- plantation	Lambå	Annat t ex biopsi	Uppg.saknas	Totalt
Uppsala län	324 (88)	8 (2)	1 (0)	37 (10)	0 (0)	370
Södermanlands län	238 (90)	0 (0)	0 (0)	25 (9)	1 (0)	264
Värmlands län	396 (94)	1 (0)	2 (0)	24 (6)	0 (0)	423
Örebro län	305 (91)	1 (0)	0 (0)	31 (9)	0 (0)	337
Västmanlands län	221 (94)	1 (0)	0 (0)	12 (5)	0 (0)	234
Dalarnas län	278 (93)	2 (1)	0 (0)	18 (6)	0 (0)	298
Gävleborgs län	223 (93)	4 (2)	1 (0)	11 (5)	1 (0)	240
Totalt	1985 (92)	17 (1)	4 (0)	158 (7)	2 (0)	2166

Målet är att melanomet redan vid den primära operationen skall vara borttaget i sin helhet (radikalt exciderat), dvs. utan tumörväxt i resektionsytan (tabell 7). Undantag finns och dessutom är det för vissa melanom svårt att se avgränsningen. Man eftersträvar dessutom,

framför allt vid den utvidgade kirurgin, att följa rekommendationerna om marginal till frisk hud. Här bör dock beaktas att det ibland kan vara svårt att uppnå rekommenderad marginal, exempelvis nära ett öga.

Tabell 7. Tumörväxt i resektionsrand - antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

Län	Tumörväxt	Ej tumörväxt	Ej bedömbär	Uppg.saknas	Totalt
Uppsala län	55 (13)	264 (62)	32 (8)	73 (17)	424
Södermanlands län	39 (11)	259 (71)	2 (1)	63 (17)	363
Värmlands län	61 (12)	380 (76)	27 (5)	32 (6)	500
Örebro län	54 (12)	325 (74)	31 (7)	31 (7)	441
Västmanlands län	34 (10)	235 (66)	28 (8)	58 (16)	355
Dalarnas län	21 (6)	275 (76)	16 (4)	50 (14)	362
Gävleborgs län	17 (6)	145 (47)	6 (2)	140 (45)	308
Totalt	281 (10)	1883 (68)	142 (5)	447 (16)	2753

6.3 Diagnosbesked

Hur besked lämnas till patienten om att hon/han har ett melanom skiljer sig åt mellan de olika länen (tabell 8). Olika faktorer kan här spela in (rutiner, bemanning mm). Under alla om-

ständigheter måste målsättningen vara att patienten är informerad om hur, och om möjligt när besked kommer att ges.

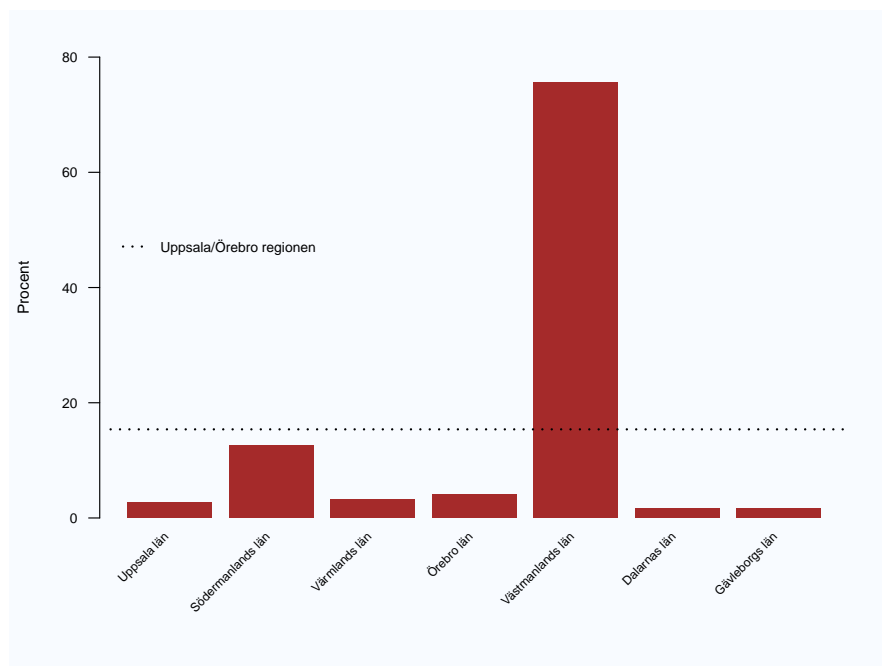
Tabell 8. Diagnosbesked- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

	Besök	Telefon	Brev	Annat	Uppg.saknas	Totalt
Län						
Uppsala län	115 (27)	184 (43)	85 (20)	7 (2)	33 (8)	424
Södermanlands län	191 (53)	95 (26)	47 (13)	13 (4)	17 (5)	363
Värmlands län	240 (48)	168 (34)	51 (10)	10 (2)	31 (6)	500
Örebro län	228 (52)	121 (27)	50 (11)	19 (4)	23 (5)	441
Västmanlands län	279 (79)	40 (11)	19 (5)	5 (1)	12 (3)	355
Dalarnas län	103 (28)	128 (35)	95 (26)	14 (4)	22 (6)	362
Gävleborgs län	88 (29)	121 (39)	52 (17)	13 (4)	34 (11)	308
Totalt	1244 (45)	857 (31)	399 (14)	81 (3)	172 (6)	2753

6.4 Multidisciplinär rond/MDT-konferens och kontaktsjuksköterskor

Behandlingen av melanom är framför allt kirurgisk. Efter mikroskopisk bedömning av melanomet tas ställning till fortsatt handläggning

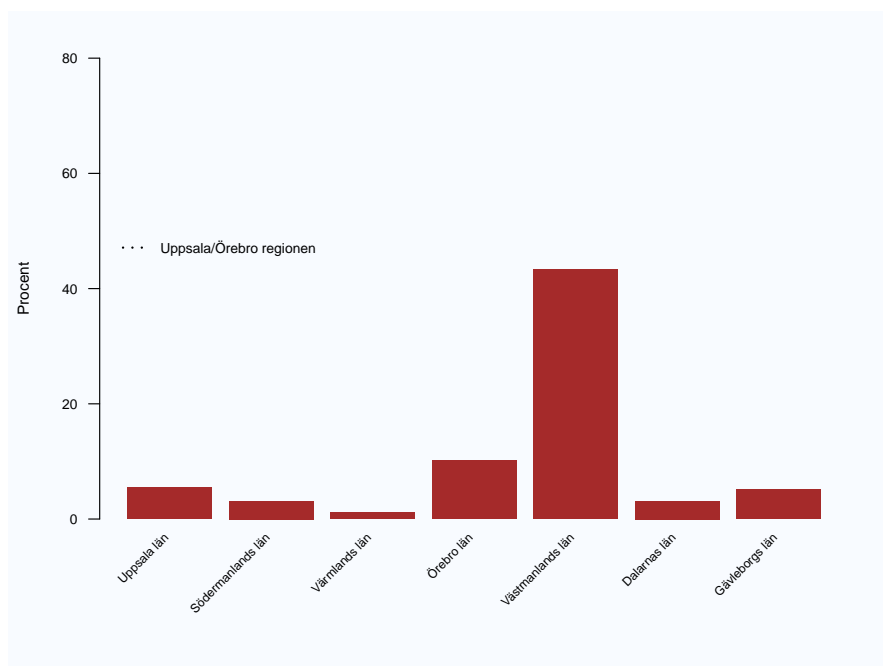
och behandling av patienten, vilket ibland sker vid så kallad MDT-konferens (figur 3).



Figur 3. Andel (%) av hudmelanom som diskuterats i multidisciplinär konferens, diagnosår 2012.

Detta förfarande är väl utvecklat i Västmanland, men inom regionens övriga län är det ett mindre antal patienter som får denna samlade bedömning. Detta är ett utvecklingsområde. Involverade i omhändertagandet av patienten

är bland annat även kontaktsjuksköterskor. Här finns tydliga variationer inom regionen (figur 4). Systemet med kontaktsjuksköterskor är under uppbyggnad.

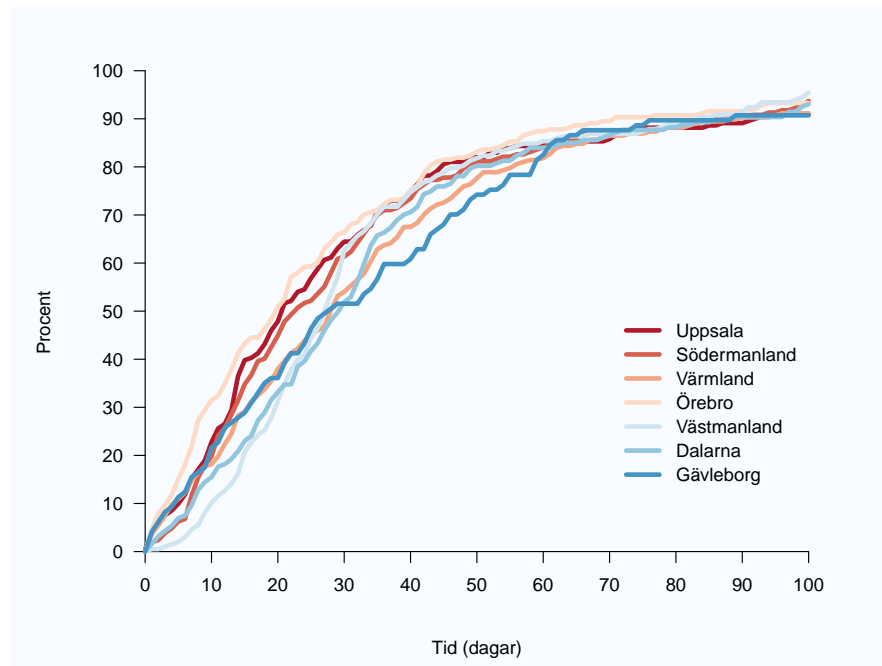


Figur 4. Andel (%) av patienter med hudmelanom som har eller har erbjudits kontaktsjuksköterska (vid diagnostillfället), diagnosår 2012.

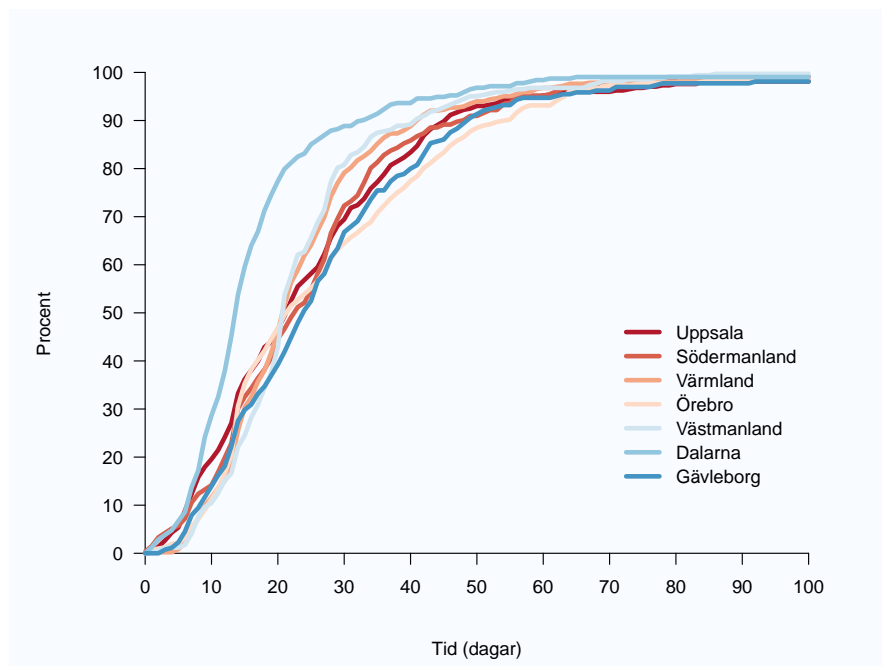
6.5 Väntetider

Väntetider (ledtider) mellan olika moment i vårdkedjan skiljer sig åt mellan länen i vår region (figur 5,6,7,8). Det finns uttalade skillnader i väntetid mellan första läkarbesök och primär kirurgisk behandling. I det bästa länet har 70% av alla patienter genomgått kirurgi inom 30 da-

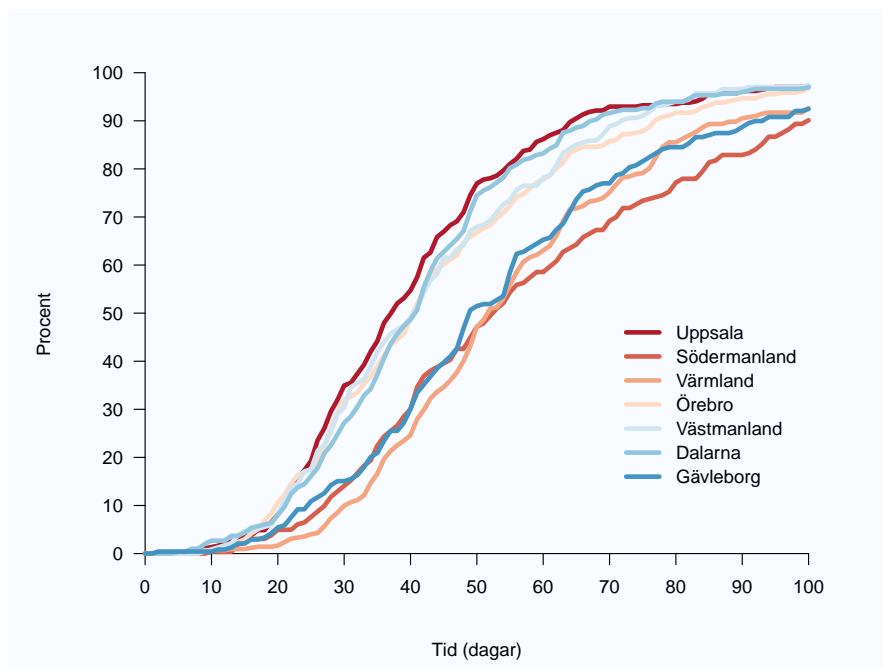
gar, jämfört med 50 % i det län med längsta väntetid. Skillnaderna i väntetider mellan länen är än mer uttalade avseende tid mellan primär och utvidgad kirurgi. Detta kan bero på olika faktorer främst bemanning och rutiner.



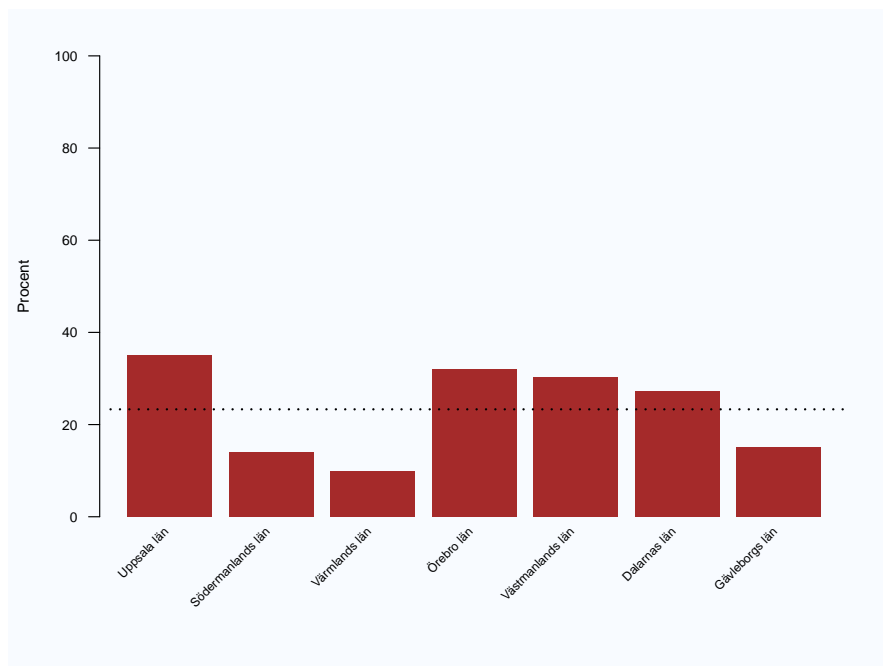
Figur 5. Kumulativ andel: Tid mellan första läkarbesök och primär kirurgi i antal dagar för hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.



Figur 6. Kumulativ andel: Tid mellan primär kirurgi och diagnosbesked till patient i antal dagar för hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.



Figur 7. Kumulativ andel: Tid mellan primär kirurgi och utvidgad kirurgi i antal dagar för hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.



Figur 8. Andel fall (%) med hudmelanom, tid mellan primär- och utvidgad kirurgi inom 30 dagar, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

6.6 Tumörkaraktistika

Hudmelanom delas in i olika typer (tabell 9), vilka har olika karaktistika både kliniskt, dvs. på patienten och i mikroskopet. Dessutom kan

man nu även på gennivå i en del av melanomen identifiera förändringar som kan ligga till grund för beslut om vissa läkemedelsbehandlingar.

Tabell 9. Morfologisk typ - antal och andel (%) fall av invasiva maligna hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

	SSM		LMM		NM		ALM		Annan		Totalt
Län											
Uppsala län	170	(56)	16	(5)	41	(13)	3	(1)	74	(24)	304
Södermanlands län	167	(68)	7	(3)	53	(22)	4	(2)	15	(6)	246
Värmlands län	274	(76)	11	(3)	63	(18)	0	(0)	12	(3)	360
Örebro län	240	(69)	20	(6)	77	(22)	2	(1)	7	(2)	346
Västmanlands län	181	(65)	15	(5)	51	(18)	6	(2)	26	(9)	279
Dalarnas län	207	(77)	3	(1)	54	(20)	1	(0)	5	(2)	270
Gävleborgs län	95	(65)	7	(5)	39	(27)	2	(1)	4	(3)	147
Totalt	1334	(68)	79	(4)	378	(19)	18	(1)	143	(7)	1952

SSM ytligt spridande melanom LMM lentiga maligna melanom NM nodulärt melanom ALM akralt lentiginöst melanom

Melanomen kan växa "in situ" (på plats), begränsade till överhuden och saknar per definition förmåga att metastasera (sprida sig i kroppen) eller invasivt, dvs. med förmåga att metastasera. När melanomet växer invasivt, mäter man

vid den mikroskopiska bedömningen hur djupt ned i huden det växer (tabell 10). Detta mått är viktigt vid ställningstagande till den fortsatta handläggningen av patienten.

Tabell 10. Invasivitet- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

	Invasiv		In situ		Uppg.sakna		Totalt
Län							
Uppsala län	304	(72)	53	(12)	67	(16)	424
Södermanlands län	246	(68)	67	(18)	50	(14)	363
Värmlands län	360	(72)	125	(25)	15	(3)	500
Örebro län	346	(78)	69	(16)	26	(6)	441
Västmanlands län	279	(79)	26	(7)	50	(14)	355
Dalarnas län	270	(75)	59	(16)	33	(9)	362
Gävleborgs län	147	(48)	27	(9)	134	(44)	308
Totalt	1952	(71)	426	(15)	375	(14)	2753

In situ har slutat registreras efter diagnosår 2010.

Tabell 11. Tumörtjocklek (mm)- antal och andel (%) fall av invasiva maligna hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2009-2012.

	<=1.0 mm	>1.0-2.0 mm	>2.0 mm	Totalt
Län				
Uppsala län	166 (55)	63 (21)	75 (25)	304
Södermanlands län	120 (49)	50 (20)	76 (31)	246
Värmlands län	178 (49)	79 (22)	103 (29)	360
Örebro län	187 (54)	67 (19)	92 (27)	346
Västmanlands län	161 (58)	53 (19)	65 (23)	279
Dalarnas län	131 (49)	51 (19)	88 (33)	270
Gävleborgs län	72 (49)	35 (24)	40 (27)	147
Totalt	1015 (52)	398 (20)	539 (28)	1952

6.7 Lokalisation

Den vanligaste lokaliseringen för hudmelanom är bålen, följt av nedre och övre extremiteter (ben, armar) (tabell 7).

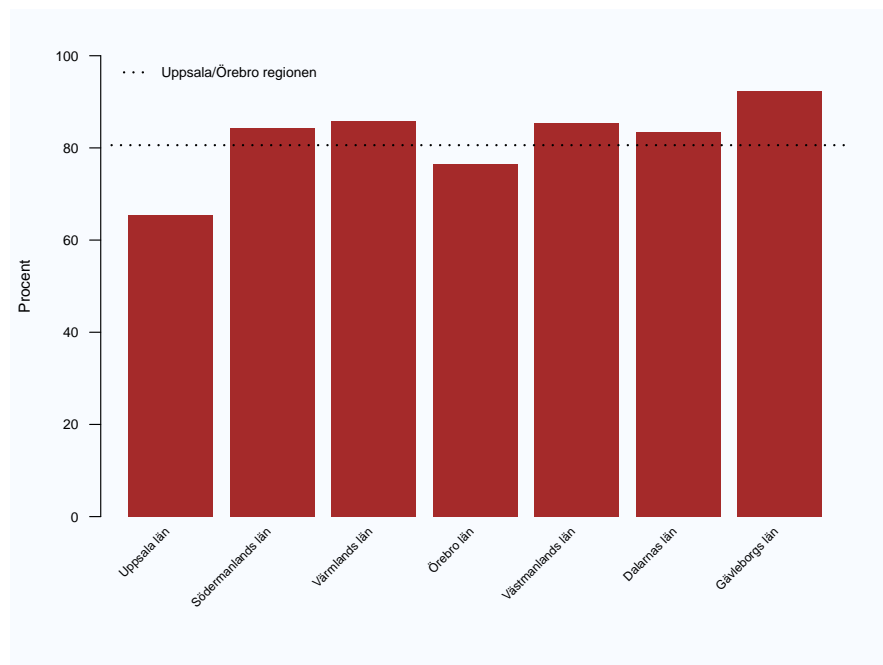
Tabell 12. Lokalisation av tumör- antal och andel (%) fall av hudmelanom, uppdelat på kön, diagnosår 2009-2012.

	Män	Kvinnor	Totalt
Lokalisation			
Läpp	1 (14)	6 (86)	7
Ögonlock	8 (47)	9 (53)	17
Ytteröra	25 (81)	6 (19)	31
Ansikte	123 (47)	138 (53)	261
Huvudsvål/hals	74 (65)	40 (35)	114
Bål	749 (65)	402 (35)	1151
Övre extremitet	267 (46)	317 (54)	584
Handflata	2 (33)	4 (67)	6
Nedre extremitet	126 (22)	436 (78)	562
Fotsula	8 (40)	12 (60)	20
Totalt	1383 (50)	1370 (50)	2753

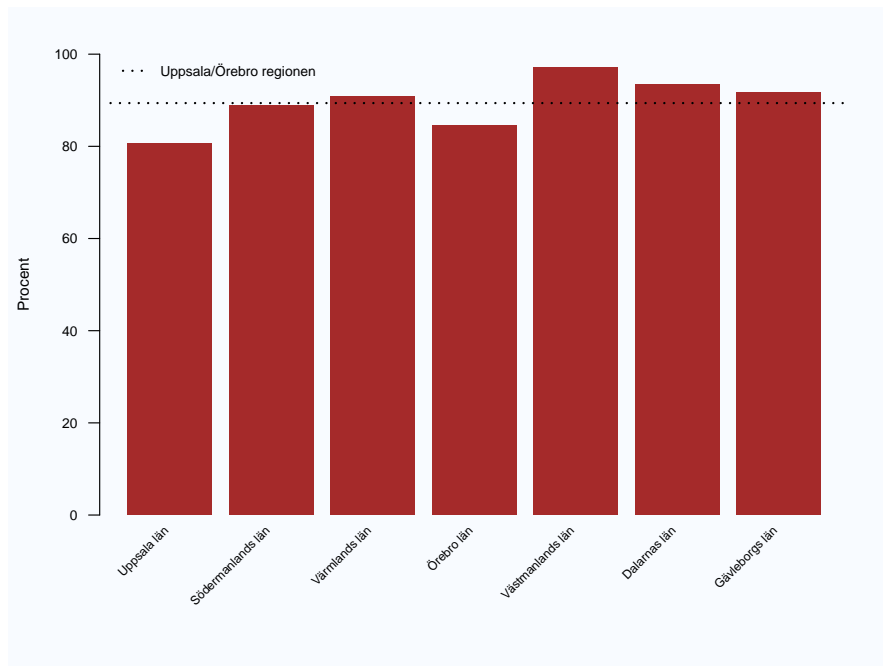
6.8 Diagnostisk portvaktsskörtelkirurgi (SNB)

Det råder internationell enighet om att resultatet från SNB är en av de viktigaste prognostiska faktorerna vid utvalda maligna melanom. I Sverige infördes SNB i olika omfattning och vid olika tidpunkter inom regionerna, och rekommenderas som prognostiskt instrument i nationellt vårdprogram 2007 och 2013. Rekommenderad grupp för SNB definieras i denna rapport som: patienter < 75 år med melanom tjockare än 1 mm med lokalisation till bål eller extremiteter, eller på melanom under 1 mm med ulceration, eller Clarknivå IV-V. Antalet plane-

rade och utförda (rapporterade) SNB visar en vrikande trend i riket, men i vår rapport (region) ses en god överensstämmelse (fig. 9 och 10). Vi saknar dock data för andelen positiva SNB, till detta för vi återkomma, då det naturligtvis är av stort intresse. I litteraturen ses att en längre recidivfri överlevnad erhålls i de fall som genomgår efterföljande kompletterande körtelutrymning vid spridning till portvaktsskörteln, men att detta skulle påverka den totala överlevnaden, återstår att visa.



Figur 9. Andel (%) av hudmelanom för patienter med diagnosålder <75 år med melanom tjockare än 1 mm som planerats för diagnostiskt sentinel node, diagnosår 2011-2012.

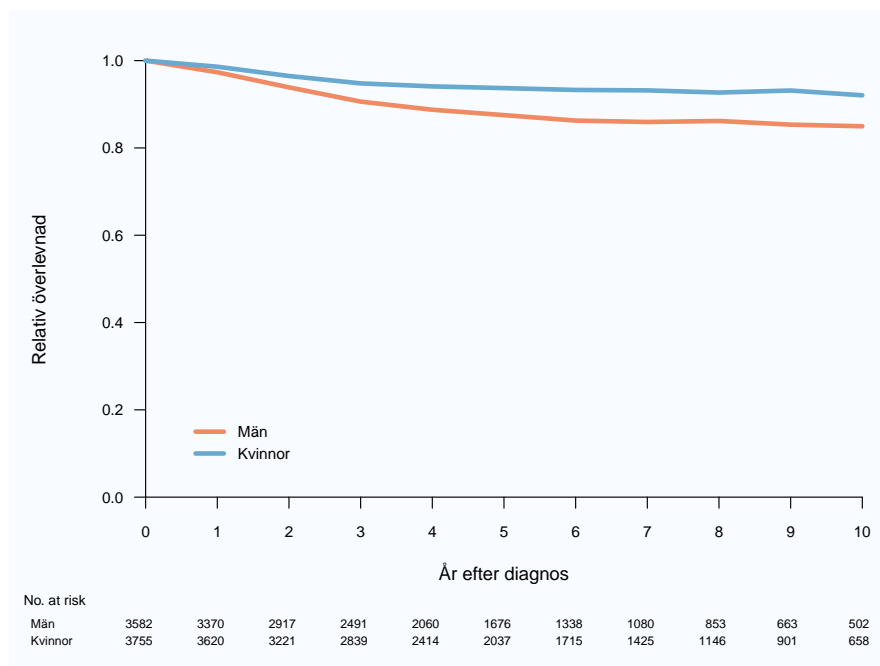


Figur 10. Andel (%) av hudmelanom för patienter med diagnosålder <75 år med melanom tjockare än 1 mm som planerats för diagnostiskt sentinel node där sentinel node utförts, diagnosår 2011-2012.

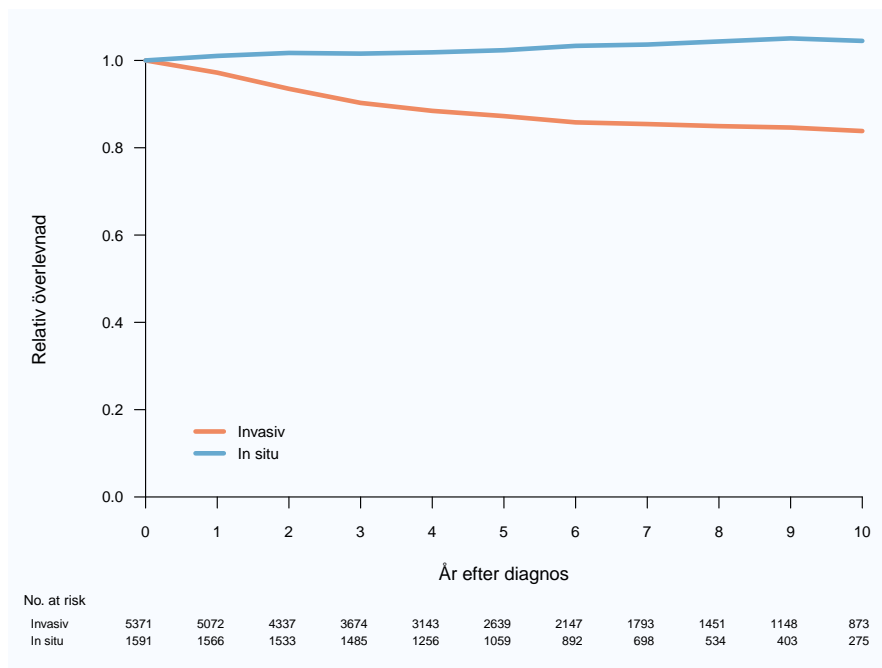
7 Överlevnad

Relativ femårsöverlevnad för patienter med in situ melanom är god, 1.03 (1.0-1.05) vilket är bättre än för befolkningen i övrigt. För invasiva melanom är den relativa femårsöverlevnaden 1.0 (0.99-1.02) för de melanom som mäter $\leq 1\text{mm}$ (dvs. tunna melanom). För melanom $>1\text{mm}$ är

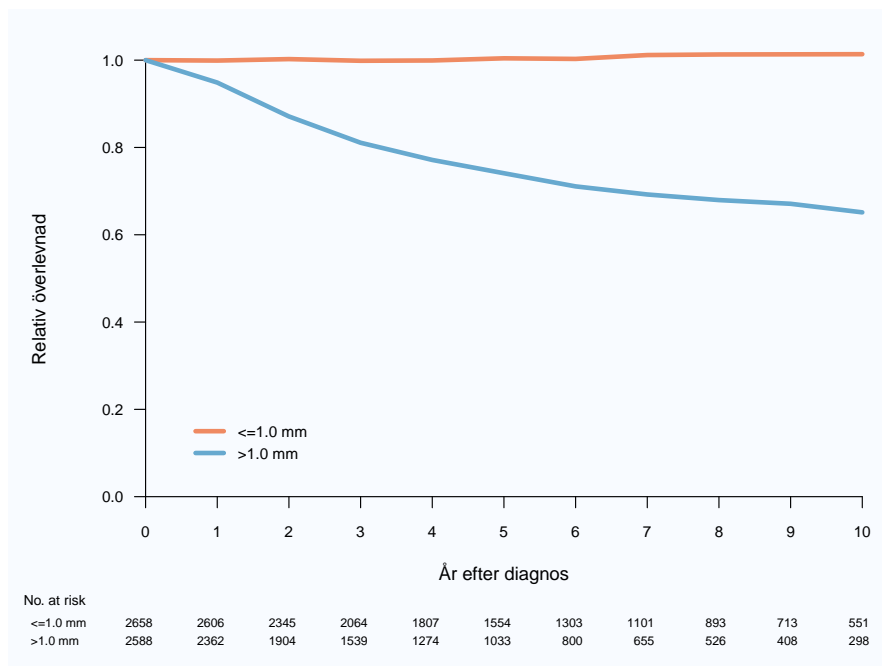
den 0.71 (0.68-0.74). Figur 11 visar relativ överlevnad uppdelad på kön. I figur 12 och 13 ses relativ överlevnad för in situ melanom/invasiva melanom och tunna/tjockare melanom baserat på diagnosår 2009-2012.



Figur 11. Relativ överlevnad för hudmelanom uppdelade på kön, diagnosår 2000-2012.



Figur 12. Relativ överlevnad för hudmelanom uppdelade på typ av melanom för de patienter där typ finns angiven, diagnosår 2000-2012.



Figur 13. Relativ överlevnad för patienter med invasiva melanom där tumörtjocklek finns angiven, diagnosår 2000-2012.

8 Utvecklingspunkter

Det regionala registret för malignt melanom är ett instrument för att utvärdera och förbättra vården av patienter med malignt melanom.

Täckningsgraden och kvaliteten på registerdata är god, men kan förbättras ytterligare.

Ett antal utvecklingspunkter kan identifieras

- Multidisciplinär terapi/team konferenser (MDT) är något som bör införas generellt i regionen, utifrån det europeiska konsensus som finns där man rekommenderar handläggning av melanompatienter på detta sätt.
- Ledtiderna på flödet av patienterna kan förbättras.
- En större konsensus i regionen bör eftersträvas, och en förbättrad samstämmighet med nationella riktlinjer. Vi kommer därför inte att skriva något nytt regionalt vårdprogram utan bara göra en regional anpassning till det nationella. Det arbetet inleds under 2014.
- En patientrepresentant har inbjudits till att delta i vårdprogram gruppens arbete med start vårterminen 2014.
- Vidare kommer under 2014, med stöd från RCC, samarbetet med primärvården i regionen att utökas.
- En mycket viktig faktor för framtiden är kompetensutveckling, och bibehållandet av kunniga medarbetare på alla nivåer i vårdkedjan, framförallt vad gäller diagnostik. Denna är både personal och resurskrävande, och kräver en ständig återväxt.
- Kontaktsjuksköterskans roll bör ytterligare tydliggöras och utvecklas. Inom ramen för arbetet med RCC är införandet av denna uppföljnings- och kontaktform ännu endast i uppbyggnadsfas hos de flesta sjukhus i regionen.
- Utvecklingsarbetet med individuell information till varje patient, den så kallade individuella vårdplanen, är ett annat område som kommer att kräva en hel del arbetsinsatser.