

# Invasiva hudmelanom

Regional kvalitetsrapport för 2016

Uppsala-Örebroregionen

December 2017

Nationellt kvalitetsregister hudmelanom



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

## Innehåll

<b>Förord</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>Sammanfattning</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>Epidemiologi</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>Bakgrund</b> . . . . .	<b>7</b>
Registrets innehåll . . . . .	7
Förklaringar av begrepp och förkortningar . . . . .	7
<b>Antal fall och täckningsgrad</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>Utredning, diagnostik och behandling</b> . . . . .	<b>10</b>
Enkel sammanfattning av vårdprocessen . . . . .	10
Vårdnivå/kirurgisk behandling . . . . .	11
Lokalisation . . . . .	13
Tumörkaraktäristika . . . . .	13
Diagnostisk portvaktskörtelkirurgi (sentinel node-biopsi, SNB) . . . . .	15
Multidisciplinär konferens (MDK) och kontaktsjuksköterskor . . . . .	17
Diagnosbesked . . . . .	21
Väntetider . . . . .	21
<b>Överlevnad</b> . . . . .	<b>27</b>
<b>Utvecklingspunkter</b> . . . . .	<b>28</b>

## Tabeller

1	Antal fall och täckningsgrad (%) för klinikanmälan mot Cancerregistret per mantalsskrivningslän och diagnosår, 2012-2016 . . . . .	9
2	Vårdnivå första läkarbesök - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2016 . . . . .	13
3	Lokalisation av tumör - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på kön, diagnosår 2012-2016 . . . . .	13
4	Morfologisk typ - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2016 . . . . .	14
5	Tumörtjocklek (mm) - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016 . . . . .	15
6	Typ av primär kirurgi - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016 . . . . .	17
7	Typ av utvidgad kirurgi - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016 . . . . .	17
8	Diagnosbesked - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016	21

## Figurer

1	Fördelning av registrerade formulär per mantalsskrivningslän, år 2012-2015 respektive 2016. . . . .	9
2	Diagnosålder (år) för invasiva hudmelanom - andel (%) uppdelat på kön, diagnosår 2012-2016. . . . .	10
3	Andel (%) med uppmätt klinisk marginal vid primär excision <2 mm, 2-5 mm, 6-10 mm samt >10 mm, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016 . . . . .	12
4	Morfologisk typ, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016 . . . . .	14
5	Andel (%) av invasiva hudmelanom för patienter med diagnosålder < 75 år med melanom tjockare än 1 mm som planerats för diagnostiskt sentinel node där sentinel node utförts, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016 . . . . .	15
6	Andel (%) positiva SNB, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016 . . . . .	16
7	Andel (%) positiva SNB, för patienter med diagnosålder < 75 år med melanom tjockare än 1 mm, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016 . . . . .	16
8	Andel (%) där fall med invasiva melanom > 1 mm har tagits upp i multidisciplinär konferens, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016 . . . . .	18
9	Andel (%) där fall med invasiva melanom $\leq$ 1 mm har tagits upp i multidisciplinär konferens, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016 . . . . .	19
10	Andel (%) av patienter med invasiva hudmelanom som har eller har erbjudits kontaktsjuksköterska, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016 . . . . .	20

11	Väntetid från första läkarbesök till primär kirurgi, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016 . . .	22
12	Andel (%) Väntetid från primär kirurgi till PAD-svar, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016 . . .	23
13	Andel (%) Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi, tumörtjocklek $\leq 1$ mm, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016 . . . . .	24
14	Andel (%) Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi, tumörtjocklek $> 1$ mm, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016 . . . . .	25
15	Andel (%) Väntetid från första läkarbesök till diagnosbesked, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016	26
16	Relativ överlevnad per kön, diagnosår 2009-2016. . . . .	27
17	Relativ överlevnad per tumörtjocklek, diagnosår 2009-2016. . . . .	27

## 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 av diagnostik och behandling, samt att följa resultatet av behandlingen. Sedan 1981 har det funnits en registrering av malignt melanom i Örebrodelen av regionen 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. Man bildade en regional arbetsgrupp med representanter från sjukhus och primärvård i de olika länen i regionen.

Denna arbetsgrupp, numera kallad vårdprocessgruppen, har vidareutvecklat det regionala vårdprogrammet och registerblanketten. Från och med 1/1 2014 tillämpas det Nationella vårdprogrammet med regional anpassning.

## Sammanfattning

I denna rapport redovisas regionala data från det nationella kvalitetsregistret för malignt melanom med diagnosår 2012-2016. Alla nya fall av invasiva hudmelanom ska rapporteras till registret, och så även data från den utredning patienten genomgått och tidpunkter för olika åtgärder samt uppgifter om sjukdomens utbredning i kroppen. Om patientens fall diskuterats på multidisciplinär konferens, om

Gruppen anordnar också vartannat år ett regionmöte där aktuella aspekter inom området presenteras och samtidigt redovisas material från registret och aktuellt vårdprogram.

Målsättningen med att ha ett nationellt vårdprogram och ett regionalt vårdprogram/kvalitetsregister är att det ska finnas ett gemensamt underlag för det kliniska arbetet med patienter med dysplastiskt nevus, in situ-melanom 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.

Genom 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.

patienten fått tillgång till kontaktsköterska och hur patienten fått besked om diagnosen rapporteras också.

Den enskilt viktigaste prognostiska faktorn vid malignt hudmelanom är tumörens vertikala tjocklek. De flesta melanom i regionen hittas när de är tunna (<1mm) och prognosen är då mycket god.

## Epidemiologi

År 2013 registrerades 3398 hudmelanom i svenska Cancerregistret. Det motsvarar 35,6 fall per 100 000 invånare för män respektive 32 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.

Under perioden 2011-2014 har antalet melanom i Sverige ökat till mer än 3000 fall/år, vilket är mer än en fördubbling jämfört med mitten av 1990-talet. Dödligheten i melanom har inte ökat i samma takt, men 506 individer avled av sjukdomen 2014. Uppdelat på tumörtjocklek ses dock stor spridning i 5-årsöverlevnaden. Melanom med annan lokalisering än huden, t ex öga och vulva, har inte ökat alls.

Maligna melanom i huden har successivt förskjutits mot högre åldrar och medelåldern vid insjuknande i Sverige var 68 år för män och 63 år för kvinnor

år 2014. Kvinnorna får i regel sin melanomdiagnos ställd 4-5 år tidigare än männen. 2/3 av alla melanom i Sverige diagnostiseras hos patienter som är äldre än 60 år. Sjukdomen är mycket 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.

## Bakgrund

Med hjälp av information i kvalitetsregistret kan vi säkerställa att patienter får effektiv och ändamålsenlig behandling baserad på nationella vårdprogram, med regional anpassning. Data från registren kan påvisa skillnader mellan regionen och riket samt mellan de enskilda regionerna (tidigare län) i Uppsala-Örebroregionen. De kan ge enskilda 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.

## 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 inte.

## Förklaringar av begrepp och förkortningar

<b>ALM</b>	akrala lentiginösa melanom, lokaliserade till de hårlösa ytorna av händer och fötter
<b>Amputation</b>	borttagande av kroppsdel
<b>Clarknivå</b>	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)
<b>Dysplastiskt nevus</b>	en speciell, ibland ärftlig form av hudförändring som har större risk än andra nevi för omvandling till malignt melanom
<b>Excision</b>	kirurgiskt avlägsnande av (i detta fall) hudtumör
<b>Extremiteter</b>	övre extremiteter; armar och axel/skuldra. Nedre extremiteter, sätesregion, lår och underben
<b>Hudmelanom</b>	tumör som startar i pigmentbildande celler (melanocyter), oftast ovanför basalmembranen i överhuden
<b>Hudtransplantation</b>	i detta fall operation där hud (oftast från patienten själv) används för att täcka ett område där det saknas hud pga borttagande av hudtumör

## FIGURER

<b>Incidens</b>	antal sjukdomsfall per 100000 invånare under en viss tidsperiod (här per år)
<b>In situ-melanom</b>	melanom som växer i överhuden, där både blod- och lymfkärl saknas. Därmed finns inte förutsättning för tumörspridning.
<b>Invasivt melanom</b>	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.
<b>Kontaktsjuksköterska</b>	sjuksköterska med specialistkunskaper inom cancervård och psykosocialt stöd
<b>Lambå</b>	en flik av hud, muskel, slemhinna eller benhinna som vid operation används för att täcka närliggande vävnadsförlust.
<b>Ledtid/väntetid</b>	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
<b>LMM</b>	lentigo maligna-melanom, vanligen lokaliserade till solskadad hud i ansiktet
<b>Morfologisk typ</b>	tumörens utseende och växtsätt bedömt och klassificerat i mikroskop (se ALM, SSM, NM resp LMM)
<b>Mortalitet/dödlighet</b>	antal nya dödsfall per 100000 invånare under en viss tidsperiod
<b>Multidisciplinär konferens</b>	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.
<b>Nevus</b>	hudförändring som i folkmun kallas födelsemärke eller leverfläck
<b>NM</b>	nodulärt melanom, oftast pigmenterad hudtumör med snabb tillväxt och utan anslutande förstadium. dvs in situ melanom, i överhuden
<b>Onkolog</b>	läkare med specialistkompetens i onkologi (läran om tumörsjukdomar)
<b>Patolog</b>	läkare med specialistkompetens i patologi (läran om sjukdomar och hur de diagnostiseras, genom analys av molekyler, celler, vävnader och organ)
<b>Primär kirurgi</b>	i detta fall det första kirurgiska ingreppet där den tumörmisstänkta hudförändringen avlägsnas
<b>Radikal excision</b>	operation där tumörförändringen tas bort i sin helhet
<b>Relativ överlevnad</b>	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
<b>Resektionsrand</b>	de yttre begränsningarna av den bortopererade vävnadsbiten
<b>SSM</b>	superficiellt spridande/ytspridande melanom, har ett ytligt växtsätt i överhuden
<b>Suturering</b>	förlutning av operationsområde med stygn (sotur).
<b>Tumörtjocklek enligt Breslow</b>	patologens mått på melanomets tjocklek; mäts i mikroskop lodrätt från ytan till tumörens djupaste del. Måttet ger en god uppfattning om prognos.
<b>Utvidgad kirurgi/excision</b>	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.
<b>Täckningsgrad</b>	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.



## Antal fall och täckningsgrad

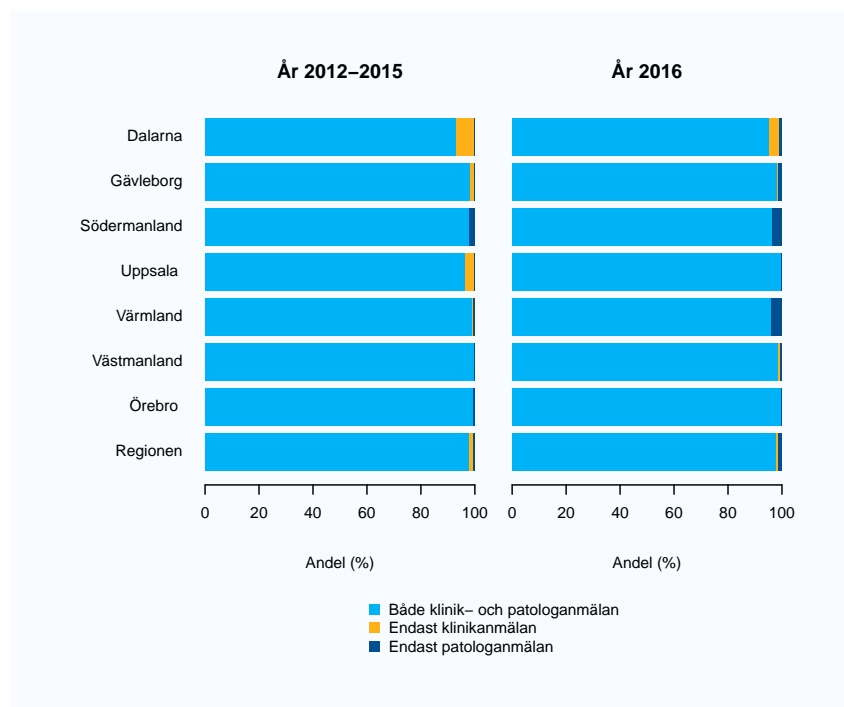
Totalt 3680 fall av hudmelanom rapporteras i regionen under perioden 2012-2016 (Tabell 1). Detta motsvarar drygt 700 nya fall per år. Antalet fall av hudmelanom är ganska jämnt fördelade mellan könen, med något fler män (51 %) än kvinnor (48 %) som fått diagnosen aktuella diagnosår (Tabell 3). Majoriteten av patienterna var över 60 år vid diagnos (Figur2). Antalet fall är

ojämnt fördelade mellan länen, med en spridning på 56-159 fall per län och år (Tabell 1).

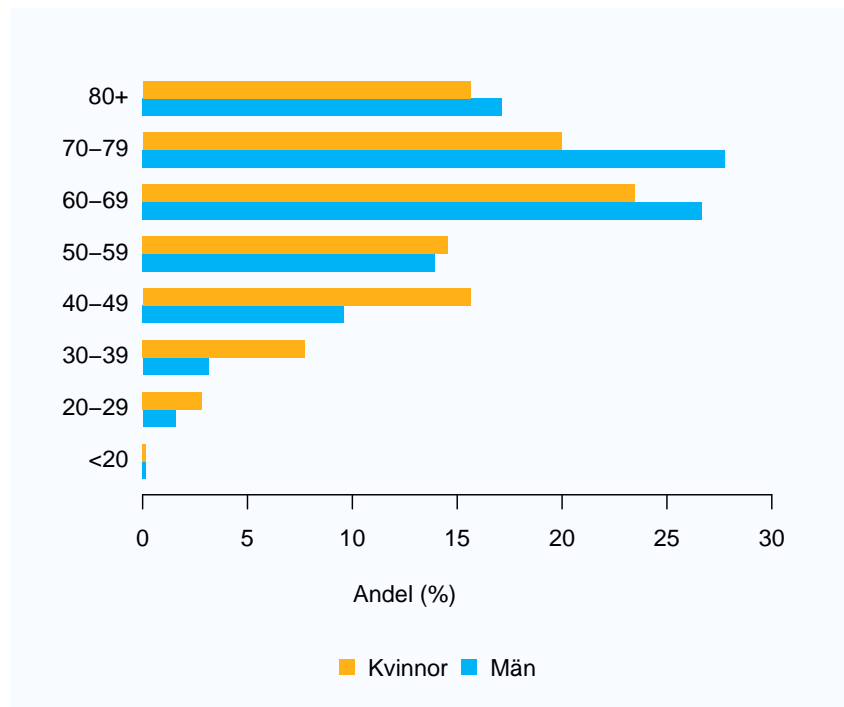
Täckningsgraden för åren 2012-2016 var 100 %. Före år 2011 registrerades både in situ-melanom och invasiva melanom, men från diagnosår 2011 registreras endast invasiva melanom. Täckningsgraden är beräknad 2017-11-20 då data exporterades från kvalitetsregistret.

Tabell 1. Antal fall och täckningsgrad (%) för klinikanmälan mot Cancerregistret per mantalsskrivningslän och diagnosår, 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
Dalarna	67 (99)	92 (100)	81 (99)	105 (100)	105 (100)	450 (100)
Gävleborg	70 (97)	67 (100)	104 (100)	98 (100)	159 (99)	498 (99)
Södermanland	56 (97)	67 (100)	78 (100)	98 (100)	108 (100)	407 (100)
Uppsala	127 (99)	121 (99)	102 (100)	121 (100)	130 (100)	601 (100)
Värmland	100 (99)	87 (99)	103 (100)	136 (100)	119 (99)	545 (99)
Västmanland	92 (99)	80 (100)	97 (99)	114 (99)	152 (100)	535 (99)
Örebro	106 (100)	108 (100)	125 (100)	151 (100)	154 (100)	644 (100)
Totalt	618 (99)	622 (100)	690 (100)	823 (100)	927 (100)	3680 (100)



Figur 1. Fördelning av registrerade formulär per mantalsskrivningslän, år 2012-2015 respektive 2016.



Figur 2. Diagnosålder (år) för invasiva hudmelanom - andel (%) uppdelat på kön, diagnosår 2012-2016.

## Utredning, diagnostik och behandling

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

### Enkel sammanfattning av vårdprocessen

Om en hudförändring är avvikande i 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 – framför allt – om den är elakartad görs ofta ännu ett ingrepp, som innebär att ytterligare hud tas bort runt ärret (utvidgad 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.

Ofta diskuteras fallet på så kallad multidisciplinär konferens (MDK). Där samlas flera läkare inom olika specialiteter (kirurg, hudläkare, öron-näsa-halsläkare, plastikkirurg, patolog och/eller andra specialister) för att gemensamt lägga upp en plan för varje patient, så att behandlingen ska bli den mest lämpade i varje

enskilt fall. Vid dessa konferenser närvarar ofta sjuksköterskor, s.k. kontaktsjuksköterskor. även andra yrkeskategorier från vården, ofta

## Vårdnivå/kirurgisk behandling

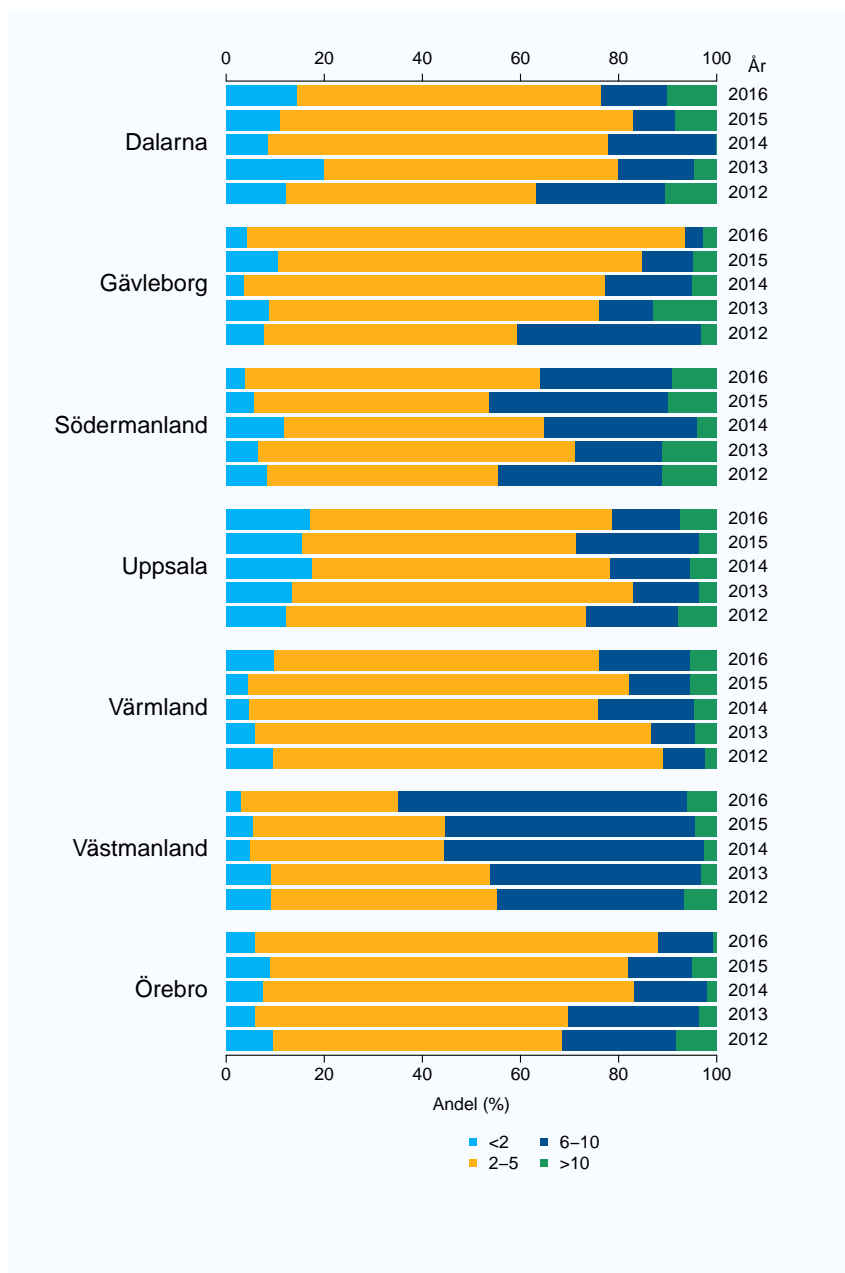
Vårdnivån vid första besöket (Tabell 2) samt tidsintervallen mellan olika steg i behandlingen (Figur 11-15) speglar till viss del vilken typ av uppbyggnad vården har inom de 7 olika regionerna inom Uppsala-Örebroregionen. Exempelvis finns plastikkirurgiska kliniker i Örebro och Uppsala, men inte i de övriga regionerna.

Målet är att melanomet redan vid den primära operationen skall vara borttaget i sin helhet (radikalt exciderat), dvs. utan tumörväxt i resektionsytan. 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.

Enligt nationella vårdprogrammet från 2014 bör en diagnostisk excision av pigmenterad hudförändring göras med 2 mm klinisk marginal, men inte mer än 5 mm. Den kliniska marginalen vid primär excision varierar mellan de olika regionerna under perioden 2012-2016 (Figur 3).

FIGURER



Figur 3. Andel (%) med uppmätt klinisk marginal vid primär excision <2 mm, 2-5 mm, 6-10 mm samt >10 mm, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016

Tabell 2. Vårdnivå första läkarbesök - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2016

	Vårdcentral	Privatläkare	Hudklinik	Kirurgklinik	Annan	Uppgift saknas	Totalt
Dalarna	340 (76)	15 (3)	56 (12)	14 (3)	17 (4)	8 (2)	450
Gävleborg	345 (69)	16 (3)	79 (16)	12 (2)	13 (3)	33 (7)	498
Södermanland	164 (40)	14 (3)	180 (44)	8 (2)	29 (7)	12 (3)	407
Uppsala	302 (50)	86 (14)	157 (26)	21 (3)	11 (2)	24 (4)	601
Värmland	324 (59)	37 (7)	108 (20)	23 (4)	33 (6)	20 (4)	545
Västmanland	273 (51)	25 (5)	203 (38)	1 (0)	15 (3)	18 (3)	535
Örebro	362 (56)	47 (7)	160 (25)	23 (4)	28 (4)	24 (4)	644
Totalt	2110 (57)	240 (7)	943 (26)	102 (3)	146 (4)	139 (4)	3680

## Lokalisation

Den vanligaste lokaliseringen för hudmelanom är armar och ben (Tabell 3). Bålen, följt av övre och nedre extremiteter, dvs

Tabell 3. Lokalisation av tumör - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på kön, diagnosår 2012-2016

	Män	Kvinnor	Totalt
Huvud/hals	252 (13)	205 (12)	457 (12)
Bål	1032 (54)	543 (31)	1575 (43)
Övre extremitet	411 (22)	439 (25)	850 (23)
Nedre extremitet	199 (10)	566 (32)	765 (21)
Akrala	14 (1)	19 (1)	33 (1)
Totalt	1908 (100)	1772 (100)	3680 (100)

## Tumörkaraktäristika

Hudmelanom delas in i olika typer (Tabell 4, Figur 4), vilka har olika karaktäristika 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.

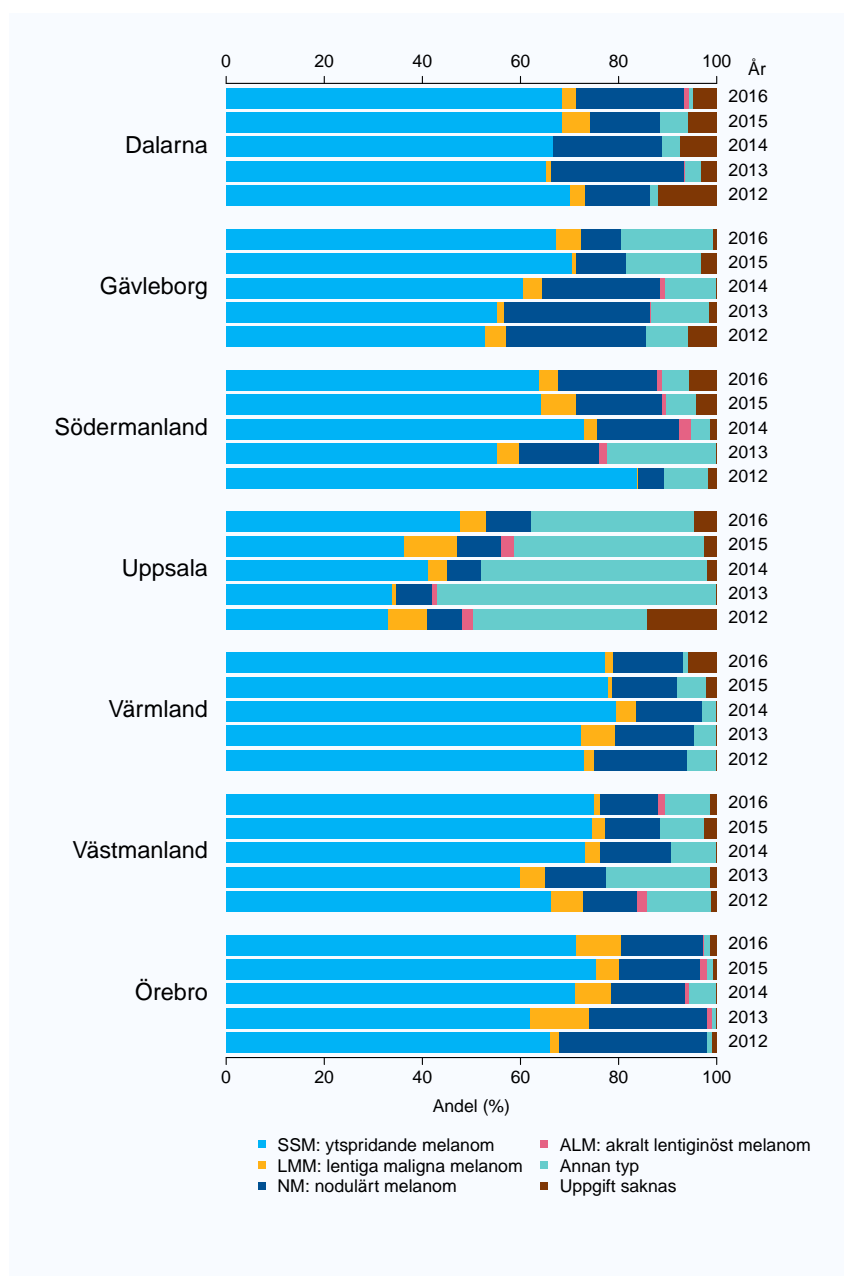
Melanom kan växa "in situ" (på plats), begränsade till överhuden och saknar per definition förmåga

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 5). Den enskilt viktigaste prognostiska faktorn vid primärt malignt melanom är tumörens vertikala tjocklek, varför detta mått används vid ställningstagande till den fortsatta handläggningen av patienten.

FIGURER

Tabell 4. Morfologisk typ - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, per mantalsskrivningslän, diagnosår 2012-2016

	SSM	LMM	NM	ALM	Annan	Uppgift saknas	Totalt
Dalarna	305 (68)	12 (3)	90 (20)	1 (0)	14 (3)	28 (6)	450
Gävleborg	313 (63)	17 (3)	88 (18)	1 (0)	70 (14)	9 (2)	498
Södermanland	273 (67)	16 (4)	66 (16)	5 (1)	35 (9)	12 (3)	407
Uppsala	231 (38)	35 (6)	48 (8)	7 (1)	251 (42)	29 (5)	601
Värmland	416 (76)	15 (3)	82 (15)	0 (0)	22 (4)	10 (2)	545
Västmanland	379 (71)	18 (3)	65 (12)	4 (1)	62 (12)	7 (1)	535
Örebro	450 (70)	45 (7)	128 (20)	4 (1)	13 (2)	4 (1)	644
Totalt	2367 (64)	158 (4)	567 (15)	22 (1)	467 (13)	99 (3)	3680



Figur 4. Morfologisk typ, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016

Tabell 5. Tumörtjocklek (mm) - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016

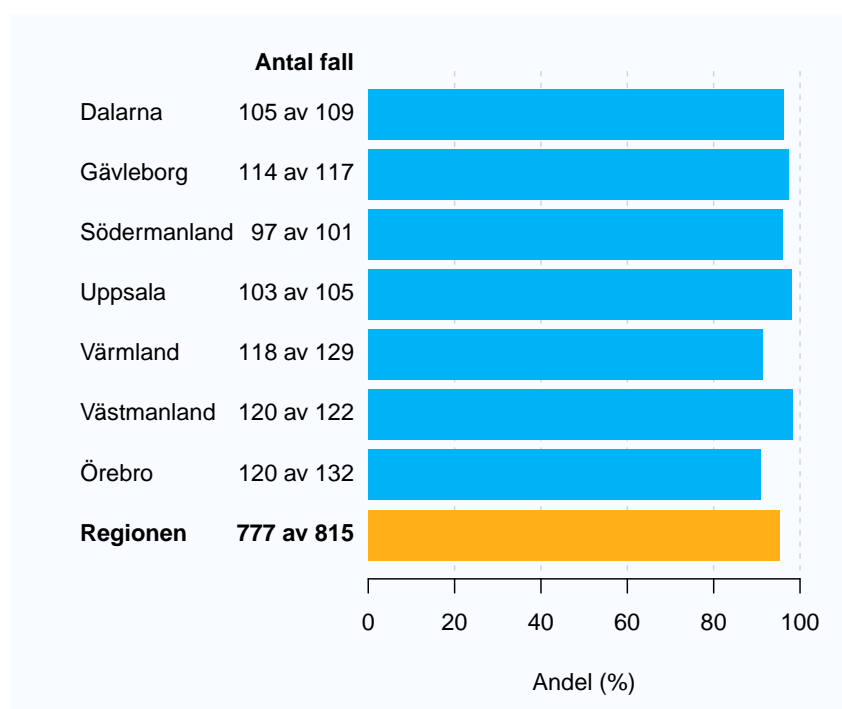
	≤ 1.0 mm	>1.0-2.0 mm	>2.0 mm	Uppgift saknas	Totalt
Dalarna	202 (45)	89 (20)	118 (26)	41 (9)	450
Gävleborg	284 (57)	86 (17)	114 (23)	14 (3)	498
Södermanland	186 (46)	79 (19)	131 (32)	11 (3)	407
Uppsala	371 (62)	97 (16)	104 (17)	29 (5)	601
Värmland	291 (53)	103 (19)	145 (27)	6 (1)	545
Västmanland	300 (56)	107 (20)	111 (21)	17 (3)	535
Örebro	387 (60)	104 (16)	144 (22)	9 (1)	644
<b>Totalt</b>	<b>2021 (55)</b>	<b>665 (18)</b>	<b>867 (24)</b>	<b>127 (3)</b>	<b>3680</b>

## Diagnostisk portvaktskörtelkirurgi (sentinel node-biopsi, SNB)

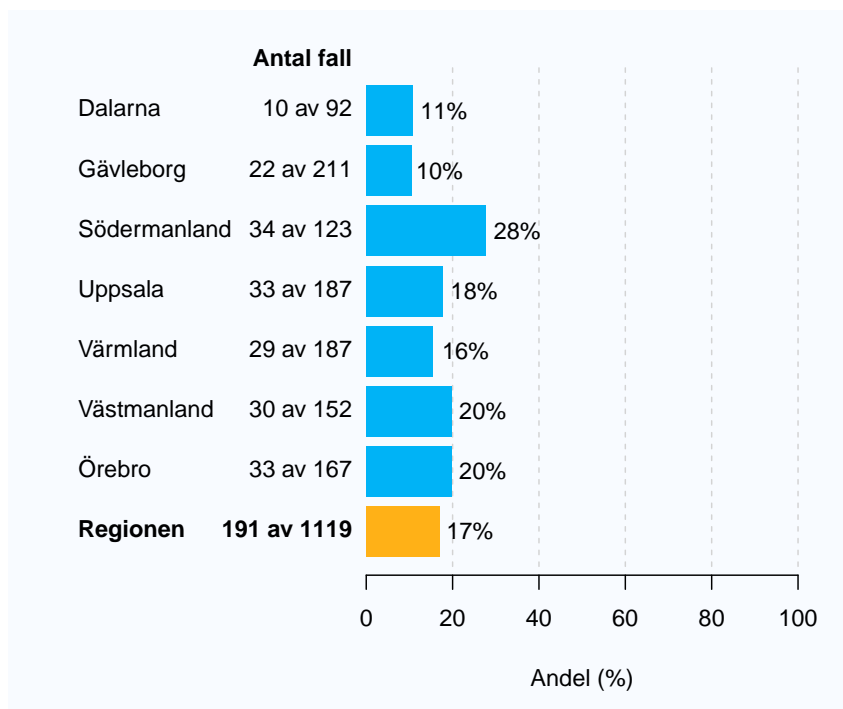
Det råder internationell enighet om att resultatet från SNB är en av de viktigaste prognostiska faktorerna vid tjocka maligna melanom. I Sverige infördes SNB i olika omfattning och vid olika tidpunkter inom regionerna, och rekommenderas som prognostiskt instrument i nationella vårdprogrammet sedan 2007.

I litteraturen ses att en längre recidivfri överlevnad

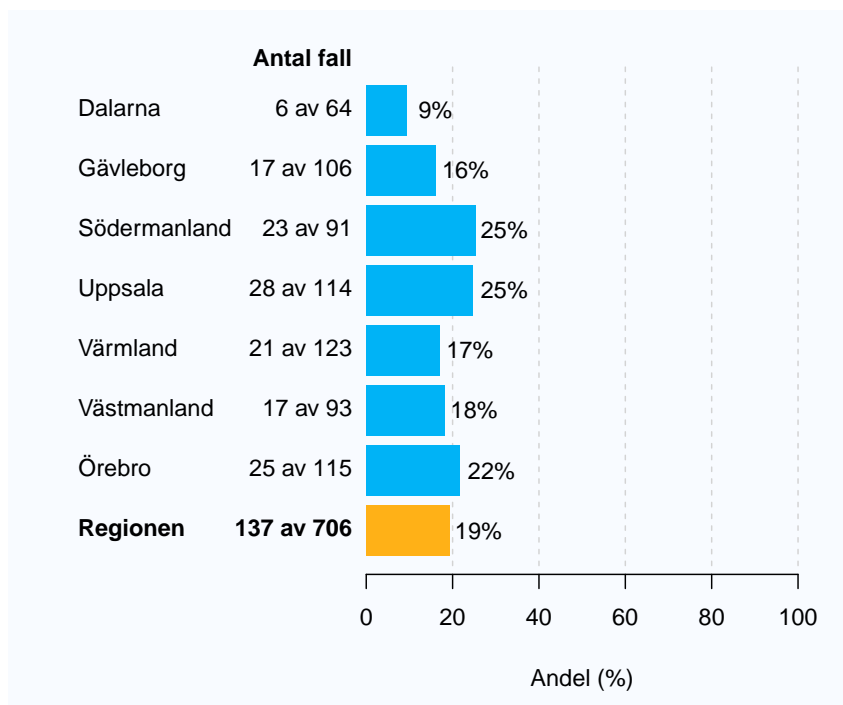
erhålls i de fall som genomgår efterföljande kompletterande körtelutrymning vid spridning till portvaktskörteln, men att detta skulle påverka den totala överlevnaden, är ännu inte visat. I Figur 6 visas andel med tumör i SNB och/eller lymfkörtelutrymning, vilket för hela Uppsala-Örebroregionen är 17 %, med variation mellan 10 och 28 % beroende på region.



Figur 5. Andel (%) av invasiva hudmelanom för patienter med diagnosålder &lt; 75 år med melanom tjockare än 1 mm som planerats för diagnostiskt sentinel node där sentinel node utförts, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016



Figur 6. Andel (%) positiva SNB, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016



Figur 7. Andel (%) positiva SNB, för patienter med diagnosålder < 75 år med melanom tjockare än 1 mm, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016



Tabell 6. Typ av primär kirurgi - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016

	Excision + suture	Stansbiopsi	Hudtrans- plantation	Lambå	Annat	Uppgift saknas	Totalt
Dalarna	413 (92)	23 (5)	4 (1)	0 (0)	9 (2)	1 (0)	450
Gävleborg	461 (93)	16 (3)	10 (2)	2 (0)	8 (2)	1 (0)	498
Södermanland	373 (92)	16 (4)	7 (2)	0 (0)	9 (2)	2 (0)	407
Uppsala	518 (86)	31 (5)	18 (3)	1 (0)	32 (5)	1 (0)	601
Värmland	507 (93)	16 (3)	6 (1)	2 (0)	14 (3)	0 (0)	545
Västmanland	499 (93)	26 (5)	6 (1)	1 (0)	3 (1)	0 (0)	535
Örebro	591 (92)	21 (3)	16 (2)	0 (0)	16 (2)	0 (0)	644
Totalt	3362 (91)	149 (4)	67 (2)	6 (0)	91 (2)	5 (0)	3680

Tabell 7. Typ av utvidgad kirurgi - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016

	Excision + suture	Hudtrans- plantation	Lambå	Amputation	Annat	Uppgift saknas	Totalt
Dalarna	372 (93)	15 (4)	6 (1)	2 (0)	5 (1)	1 (0)	401
Gävleborg	398 (90)	29 (7)	7 (2)	1 (0)	4 (1)	2 (0)	441
Södermanland	311 (90)	20 (6)	4 (1)	2 (1)	7 (2)	0 (0)	344
Uppsala	472 (86)	63 (11)	7 (1)	6 (1)	1 (0)	1 (0)	550
Värmland	446 (92)	16 (3)	9 (2)	3 (1)	8 (2)	1 (0)	483
Västmanland	348 (94)	14 (4)	6 (2)	1 (0)	1 (0)	0 (0)	370
Örebro	518 (90)	46 (8)	5 (1)	4 (1)	1 (0)	1 (0)	575
Totalt	2865 (91)	203 (6)	44 (1)	19 (1)	27 (1)	6 (0)	3164

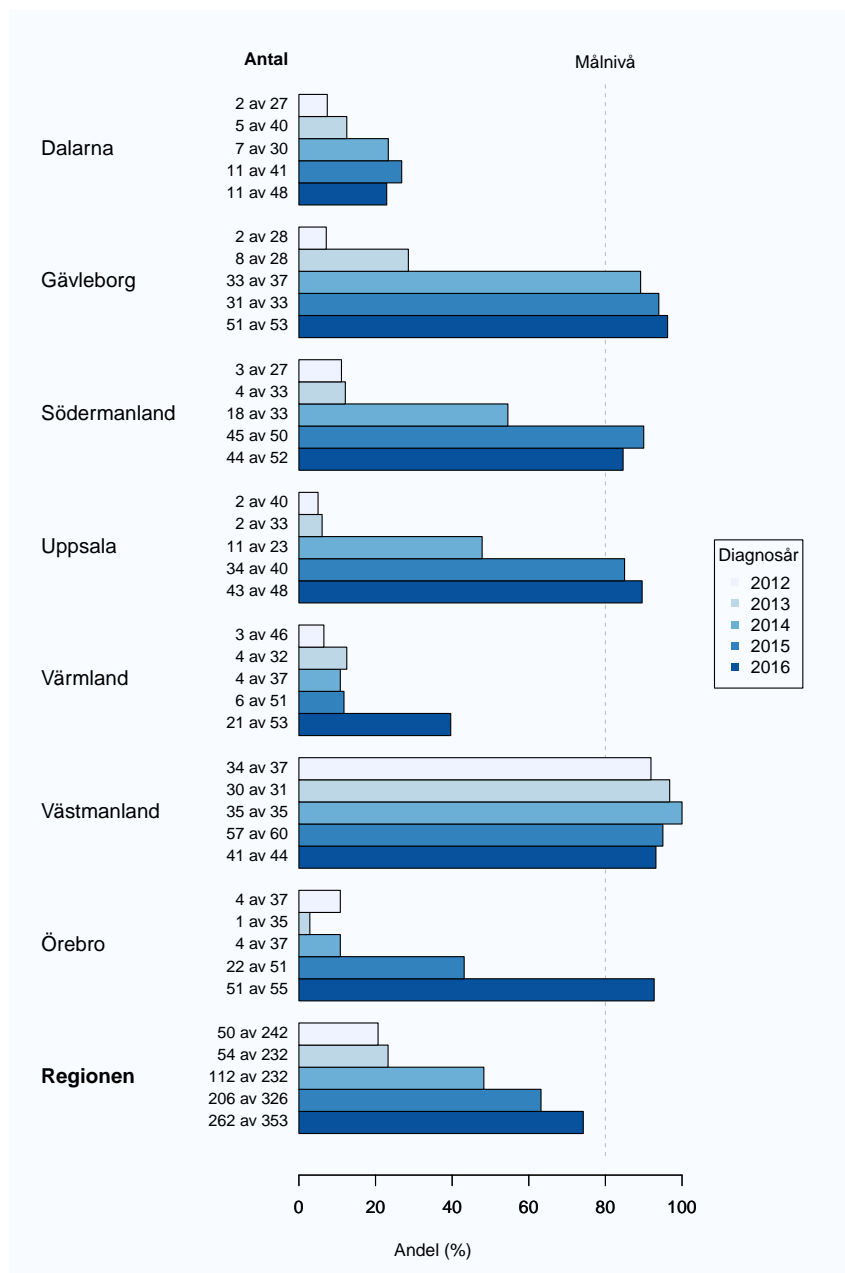
## Multidisciplinär konferens (MDK) och kontaktsjuksköterskor

Behandlingen av melanom är framför allt kirurgisk. Efter mikroskopisk bedömning av melanomet tas ställning till fortsatt handläggning och behandling av patienten, vilket enligt nationella vårdprogrammet bör ske vid så kallad multidisciplinär konferens (Figur 8-9). Detta förfarande ökar, framförallt under de senare åren

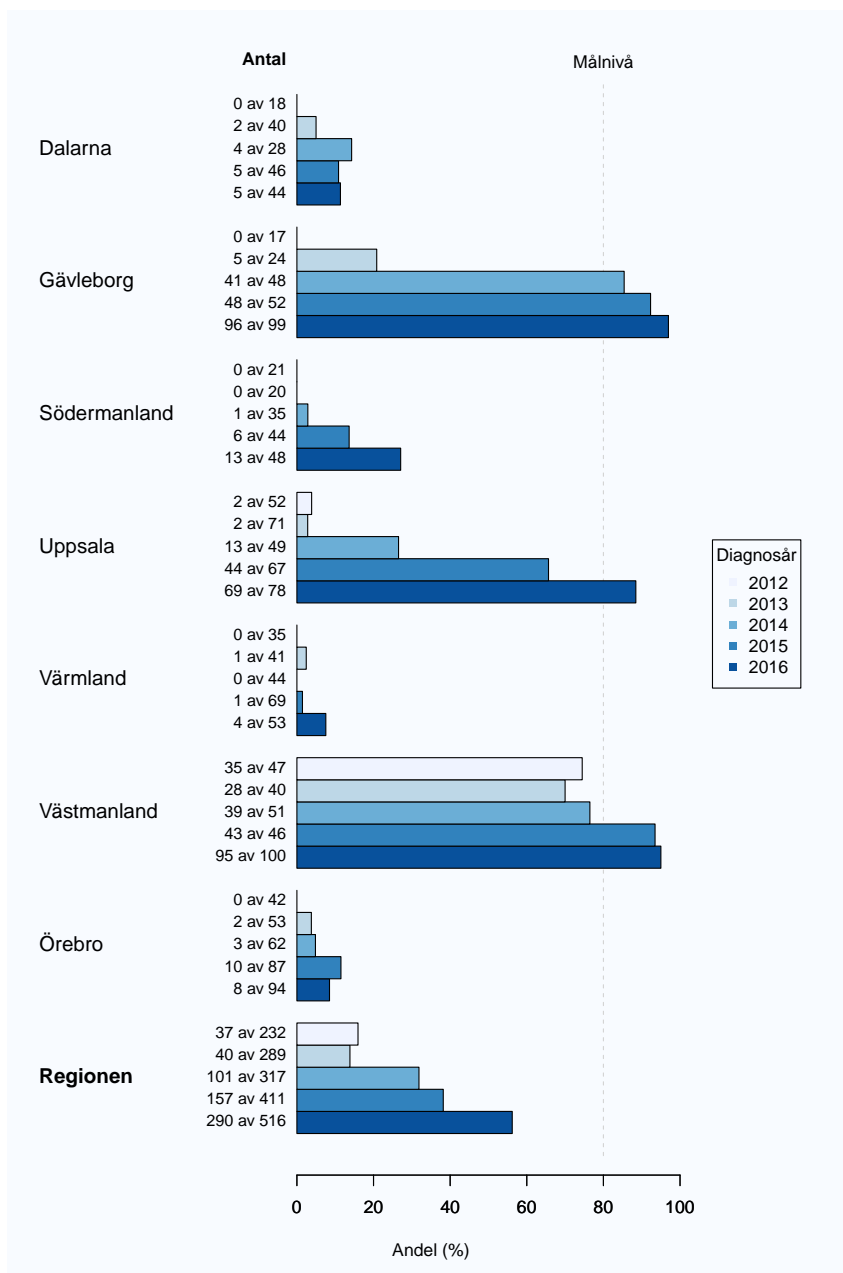
av aktuell registrering.

Involverade i omhändertagandet av patienten är bland annat även kontaktsjuksköterskor. Här finns tydliga variationer inom regionen (Figur 10). Systemet med kontaktsjuksköterskor är under uppbyggnad.

FIGURER

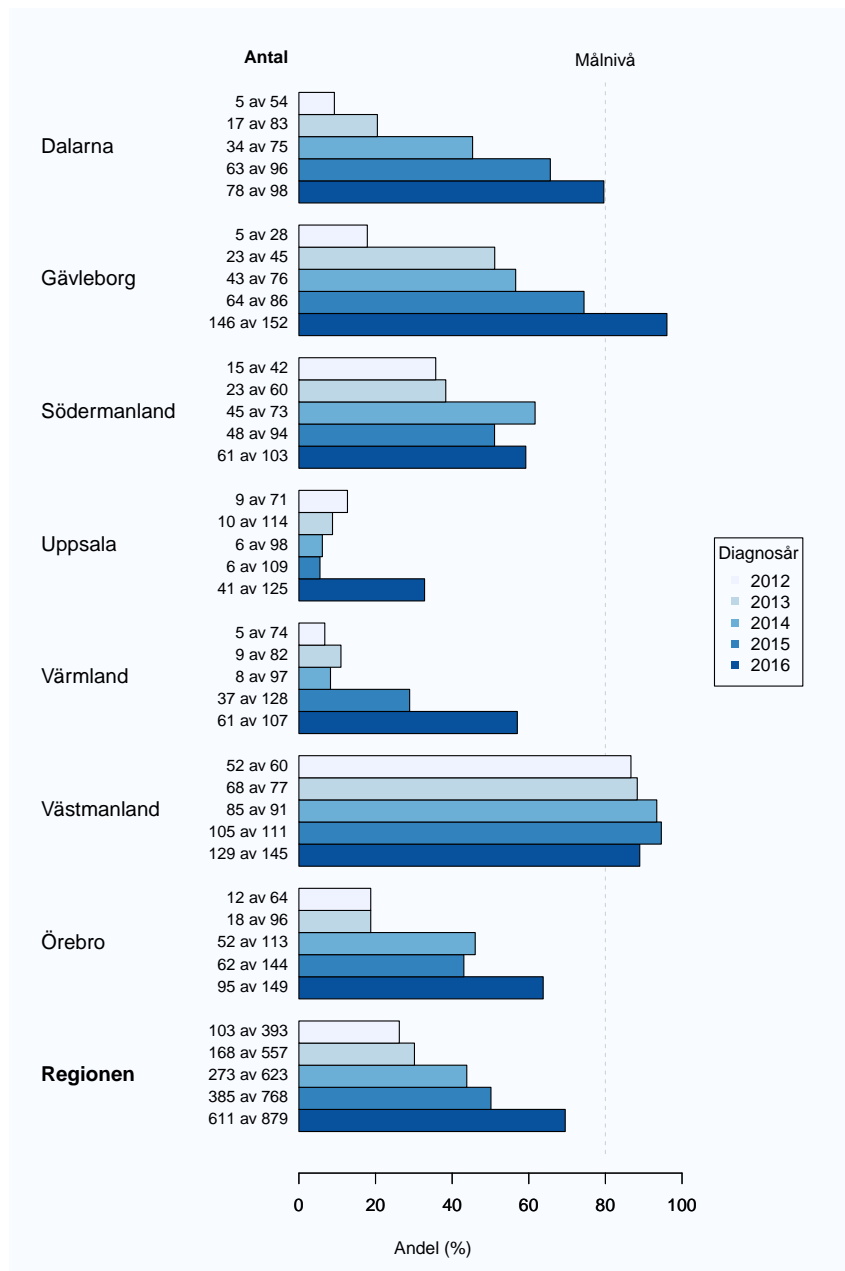


Figur 8. Andel (%) där fall med invasiva melanom > 1 mm har tagits upp i multidisciplinär konferens, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016



Figur 9. Andel (%) där fall med invasiva melanom  $\leq 1$  mm har tagits upp i multidisciplinär konferens, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016

FIGURER



Figur 10. Andel (%) av patienter med invasiva hudmelanom som har eller har erbjudits kontaktsjuksköterska, per län och diagnosår, diagnosår 2012-2016

## Diagnosbesked

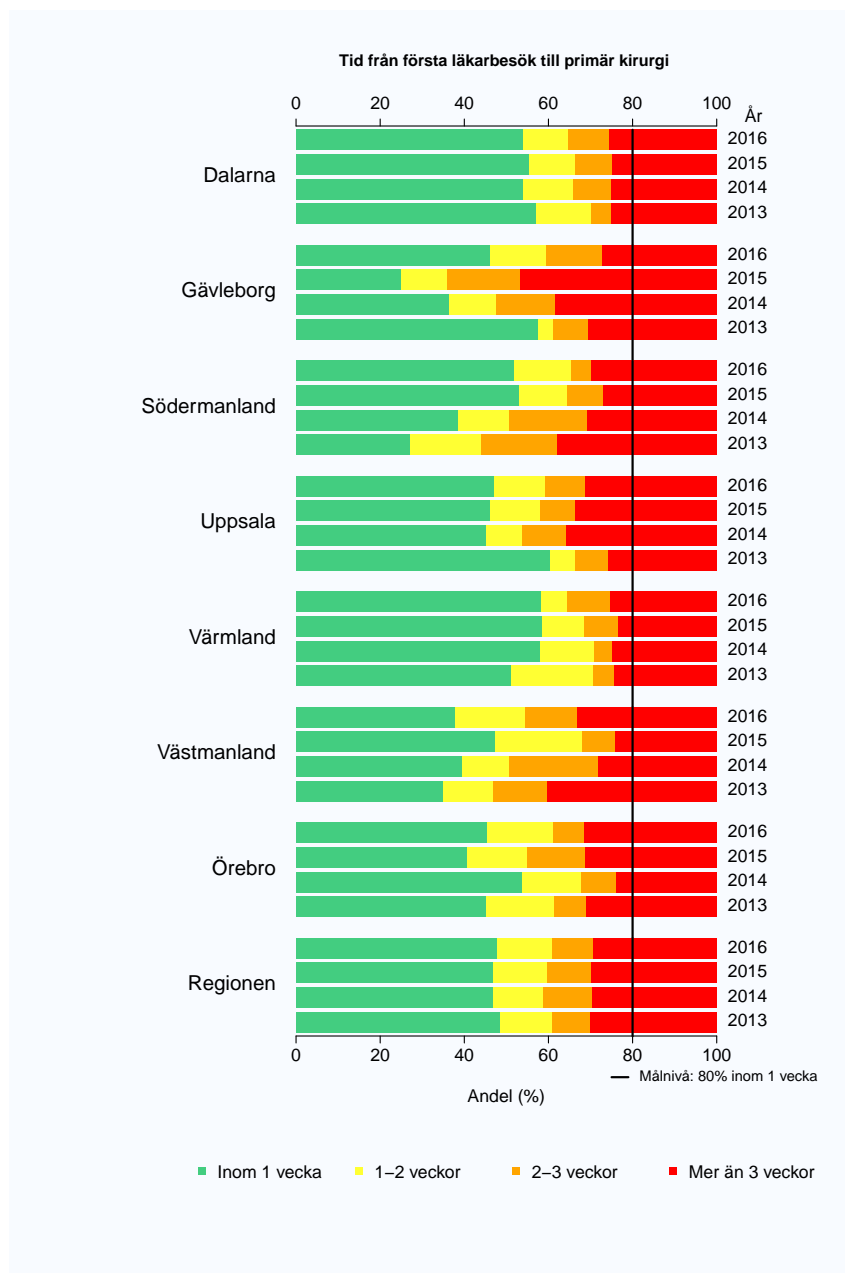
Hur besked lämnas till patienten om att hon/han vårdinrättningen mm). Under alla omständigheter har ett melanom skiljer sig åt mellan de måste målsättningen vara att patienten är olika regionerna (Tabell 8). Olika faktorer kan informerad om hur, och om möjligt när besked här spela in (rutiner, bemanning, avstånd till kommer att ges.

Tabell 8. Diagnosbesked - antal och andel (%) fall av invasiva hudmelanom, uppdelat på län, diagnosår 2012-2016

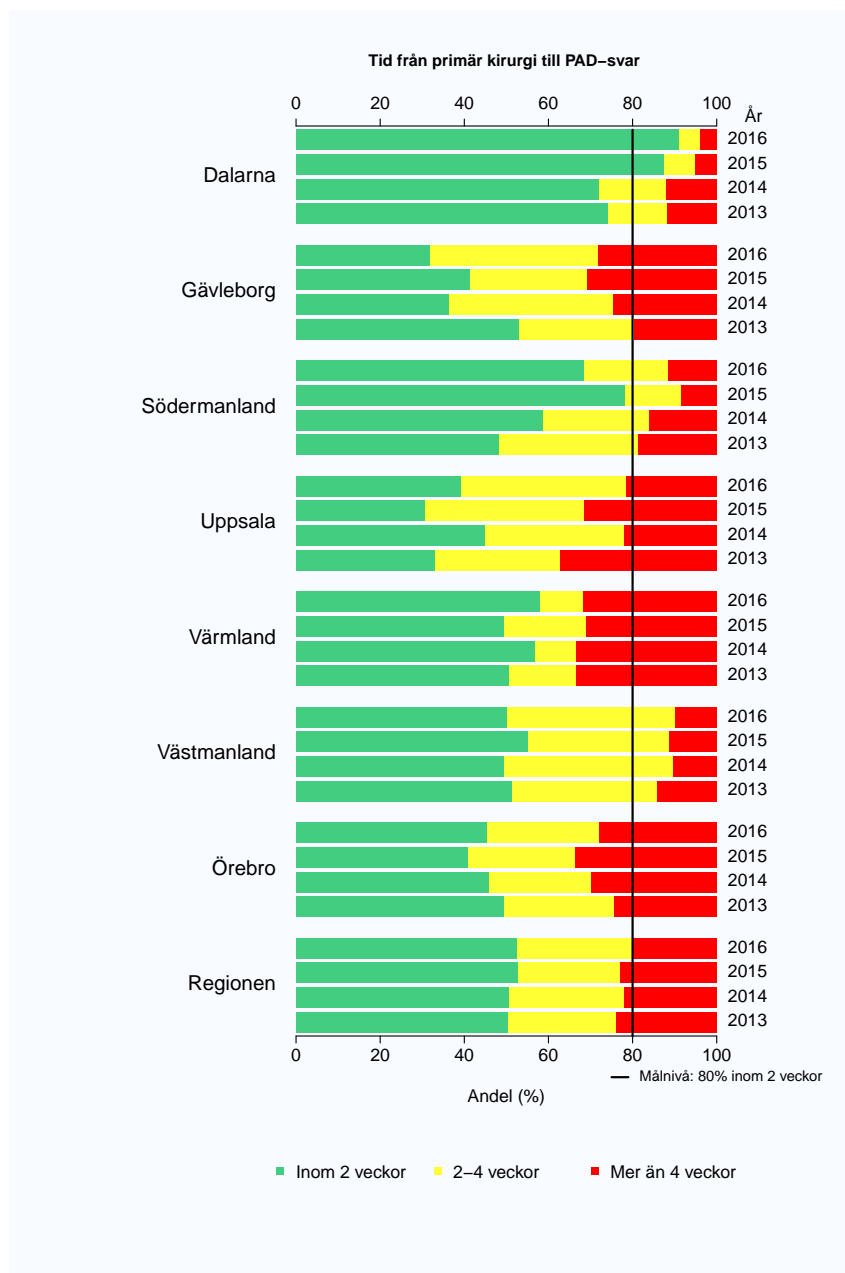
	Besök		Telefon		Brev		Annat		Uppgift saknas		Totalt
Dalarna	146	(32)	199	(44)	65	(14)	15	(3)	25	(6)	450
Gävleborg	242	(49)	173	(35)	29	(6)	30	(6)	24	(5)	498
Södermanland	246	(60)	88	(22)	31	(8)	18	(4)	24	(6)	407
Uppsala	157	(26)	309	(51)	81	(13)	21	(3)	33	(5)	601
Värmland	294	(54)	178	(33)	32	(6)	27	(5)	14	(3)	545
Västmanland	413	(77)	56	(10)	33	(6)	14	(3)	19	(4)	535
Örebro	354	(55)	199	(31)	47	(7)	29	(5)	15	(2)	644
Totalt	1852	(50)	1202	(33)	318	(9)	154	(4)	154	(4)	3680

## Väntetider

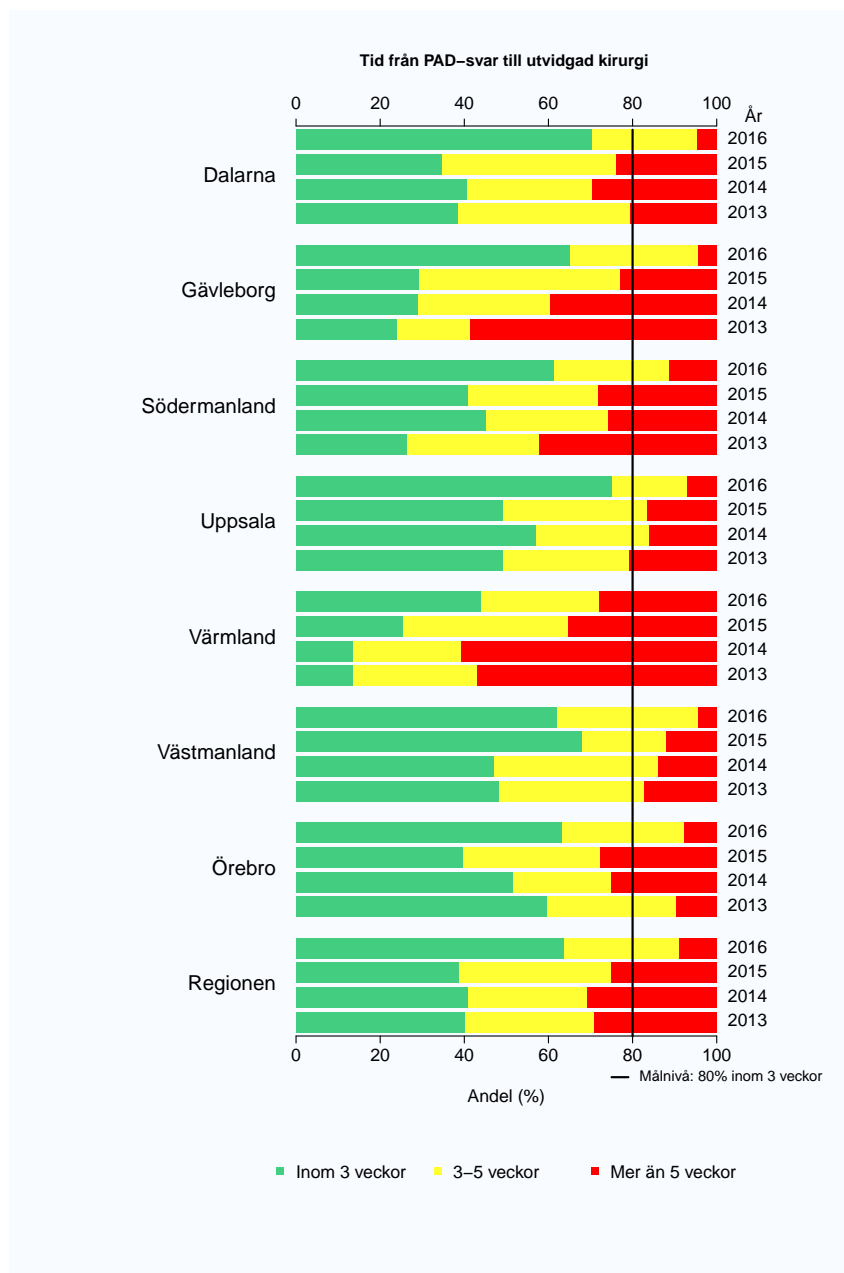
Väntetider (leddetider) mellan olika moment i behandling. Skillnaderna i väntetider mellan vårdkedjan skiljer sig åt mellan regionerna (Figur 11-15). Det finns uttalade skillnader i väntetid mellan första läkarbesök och primär kirurgisk olik faktorerna, främst bemanning och rutiner.



Figur 11. Väntetid från första läkarbesök till primär kirurgi, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016

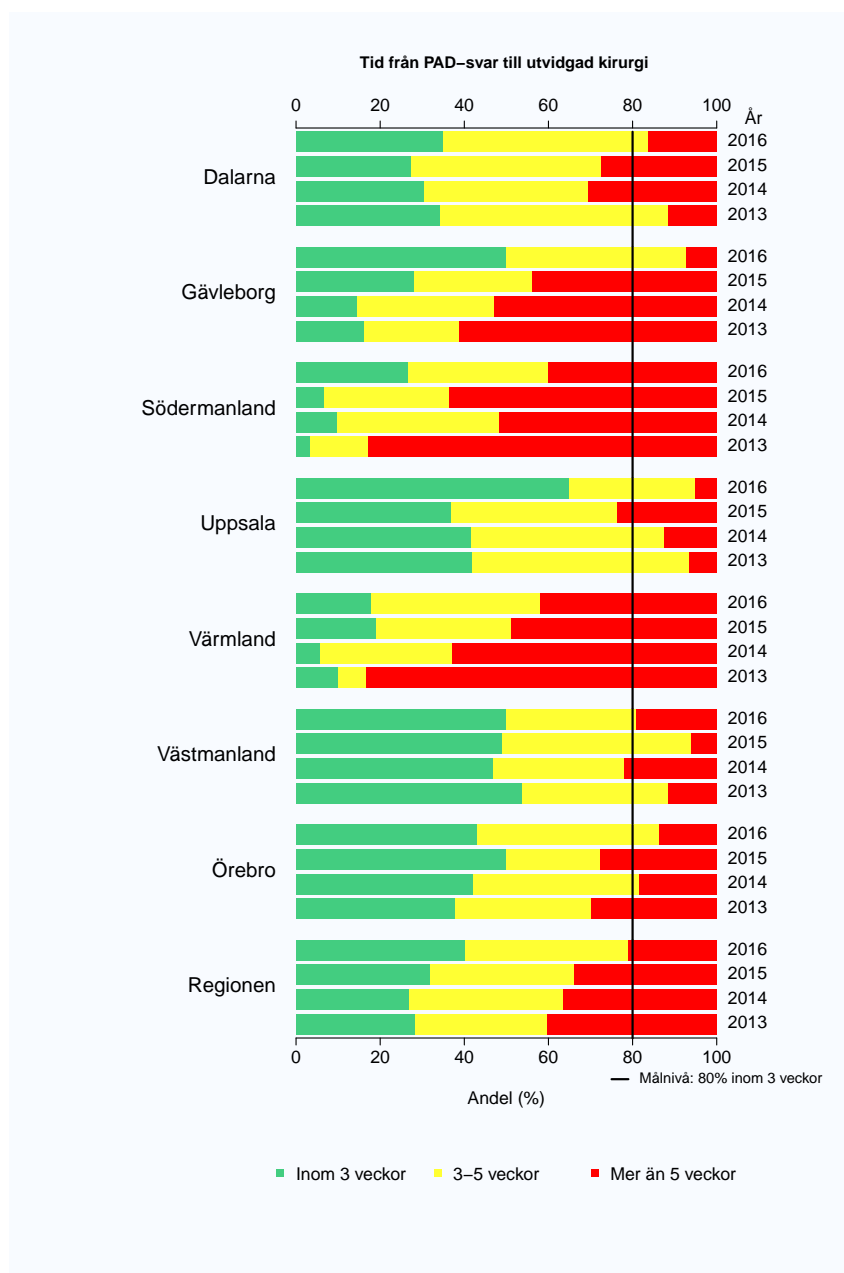


Figur 12. Andel (%) Väntetid från primär kirurgi till PAD-svar, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016

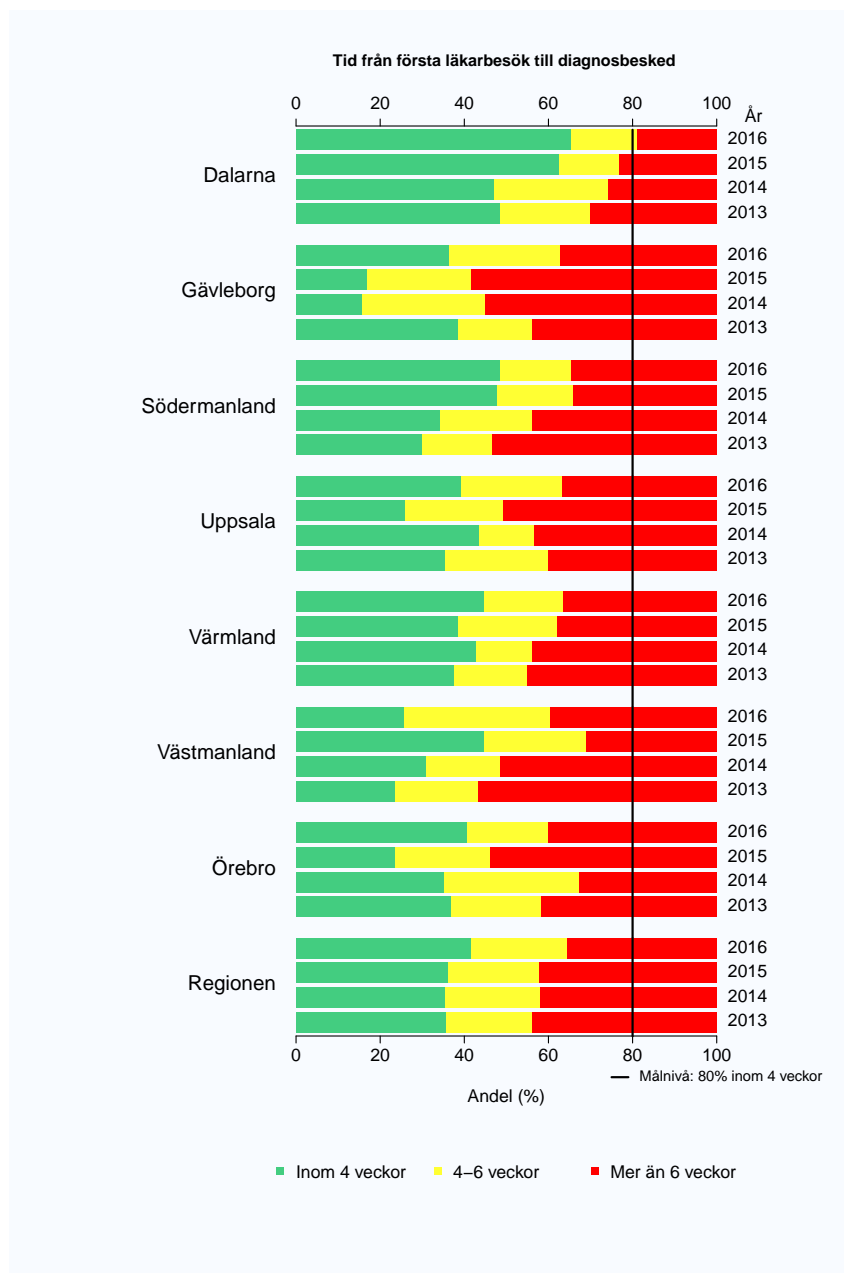


Figur 13. Andel (%) Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi, tumörtjocklek  $\leq 1$  mm, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016





Figur 14. Andel (%) Väntetid från PAD-svar till utvidgad kirurgi, tumörtjocklek > 1 mm, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016

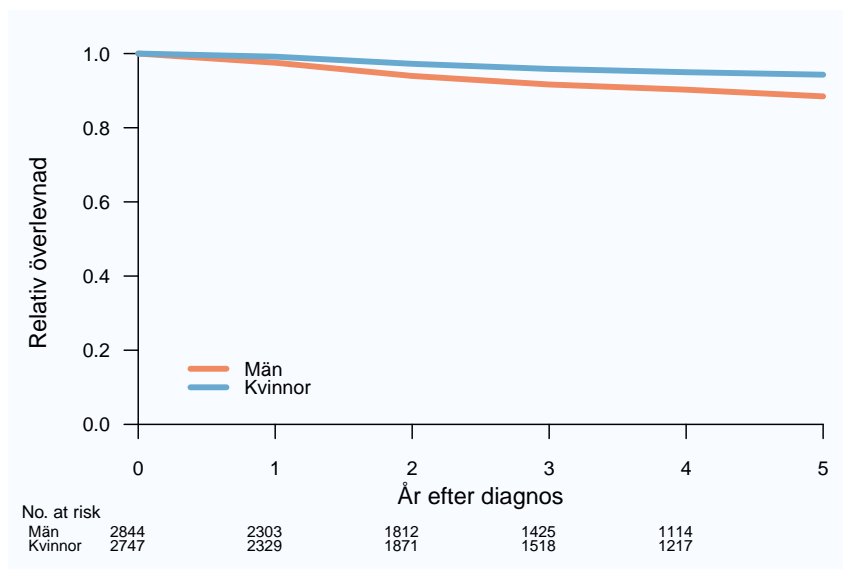


Figur 15. Andel (%) Väntetid från första läkarbesök till diagnosbesked, per län och diagnosår, diagnosår 2013-2016

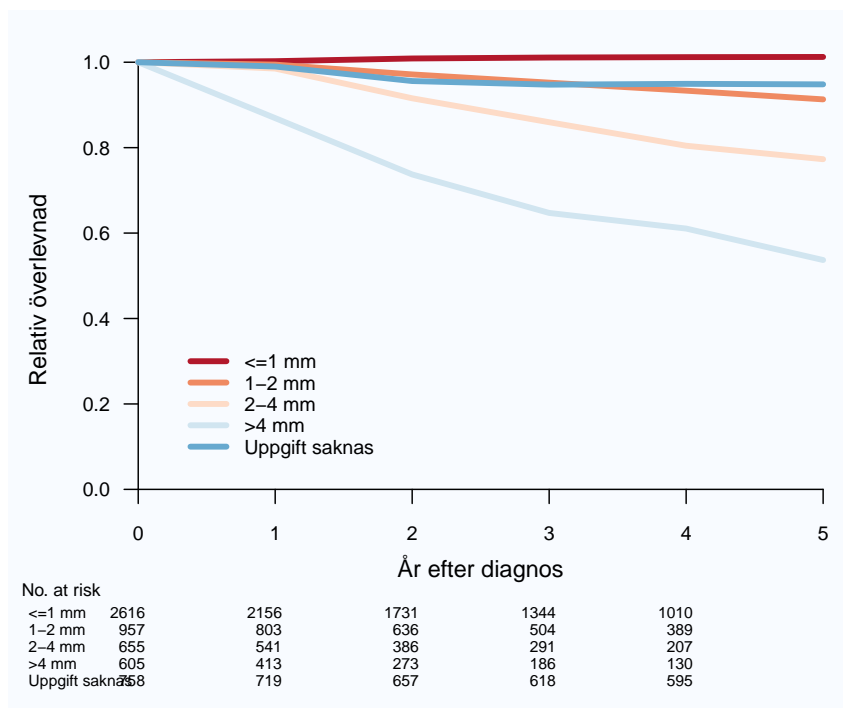
## Överlevnad

Överlevnaden beror av tumörens tjocklek (Fig 17). män (Fig 16).

Överlevnaden är något bättre för kvinnor än för



Figur 16. Relativ överlevnad per kön, diagnosår 2009-2016.



Figur 17. Relativ överlevnad per tumörtjocklek, diagnosår 2009-2016.

## 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 viktigt långsiktigt mål är att hitta melanomen tidigt, då överlevnaden är bättre för de tunna melanomen.

Förhoppningsvis kommer patientflödet att

förbättras och väntetiderna att minskas i och med införandet av standardiserat vårdförlopp för hudmelanom 2016. I och med detta kommer också fler patienter att diskuteras på multidisciplinär konferens, då det ingår i förloppet.

Arbetet med att varje patient ska få en skriftlig individuell vårdplan pågår.

Kontaktsjuksköterskerollen är under utveckling.