

Hudmelanom

Vårdnivå och samverkan

Bedömning och primär excision av melanom sker i första hand inom primärvård.

Vid diagnostisk tveksamhet skickas teledermatoskopiremiss till hudkliniken.

I de fall excision inte kan göras på vårdcentralen skickas remiss enligt Faktadokument Riktlinjer för borttagning av hudförändringar inom Region Jönköpings Län.

Vid misstanke om melanom hos barn eller ungdomar under 18 år, ska inte SVF startas, utan skyndsam kontakt tas med hudläkare för fortsatt handläggning.

Diagnostik och utredning

Kliniska fynd i huden som bör föra misstanken mot melanom

En fläck eller knuta (oftast pigmenterad) som

- är nyttillkommen eller har ökat i storlek
- har förändrats i färg eller form
- inte liknar övriga fläckar eller knutor på huden
- växer snabbt, är fast i konsistensen och är upphöjd.

Ofta är ett melanom helt symtomlöst i tidigt skede. Förändringar beskrivna ovan, även om patienten inte har fysiska symtom, bör därför tidigt väcka misstanke om hudmalignitet. Om symtom förekommer är de ofta ospecifika, såsom

- klåda, irritationskänsla eller annan förnimmelse som är bestående eller återkommande i enskild lesion.
- krusta, fjällning, rodnad, sårbildning, blödning.

Välgrundad misstanke föreligger i primärvården vid ett eller flera av följande:

- Klinisk undersökning och/eller anamnes inger stark misstanke om hudmelanom.*
- Dermatoskopisk eller teledermatoskopisk undersökning som stärker misstanke om hudmelanom.
- Histopatologiskt fynd av primärt invasivt malignt melanom eller melanommetastas.
- Undersökningsfynd talande för melanommetastas.

* Stark misstanke innebär att syftet med utredningen är att ”bekräfta melanom”. Bedömningen grundas på läkarens kliniska erfarenhet. Se nationella vårdprogrammet för vägledning.

Vid välgrundad misstanke – skicka omgående SVF-remiss.

Om misstanke kvarstår men inte bedöms som stark är syftet att utesluta melanom. Förändringen bör då undersökas vidare, men utanför SVF.

Handläggning vid utredning

1. Välgrundad misstanke, excision på vårdcentral:

I första hand sker excisionen inom primärvården med 2 mm:s klinisk marginal i sidled och på djupet ner i subcutis. Fotodokumentera alltid i Picsara före excision. Excision inom 7 dagar och skicka preparat för PAD, SVF-rutan ikryssad. Journalmallen ”cancermisstanke primärvård” fylls i.

- Vid PAD-svar melanom tjocklek >1 mm: skicka SVF-remiss till kirurgkliniken för utvidgad excision. Canceranmälan via blankett i Cosmic eller via INCA. Slutför journalmall ”cancermisstanke primärvård”.
- Vid PAD-svar melanom tjocklek <1mm: avsluta SVF, vanlig remiss till kirurgen för utvidgad excision, canceranmälan via blankett i Cosmic eller via INCA.
- Vid PAD-svar melanom in situ eller lentigo maligna: avsluta SVF, cancermisstanke primärvård. Man tar ställning till om det föreligger behov av utvidgad excision, vilket kan göras antingen på vårdcentralen eller vid behov av kirurgens hjälp via en vanlig (inte SVF) remiss till kirurgkliniken.
- Vid PAD-svar ej melanom: avsluta SVF, cancermisstanke primärvård.

2. Välgrundad misstanke: Inte möjligt att excidera på vårdcentral

Om man som allmänläkare inte kan excidera en förändring när välgrundad misstanke föreligger, skickas en SVF-remiss (enligt mall med foton inklusive dermatoskopifoton) till hudkliniken. Därifrån vidarebefordras remissen för excision till ÖNH eller kirurgkliniken om stark misstanke på melanom föreligger, alternativt kallas patienten för bedömning på hudkliniken eller svaras ut direkt.

3. Välgrundad misstanke: PAD-svar melanom (Gäller inte in situ-melanom, lentigo maligna och melanom tjocklek < 1mm.)

I vissa fall kan man ha tagit bort en misstänkt förändring, där inte välgrundad misstanke förelåg vid excisionstillfället, men PAD-svaret ger melanomdiagnos. Detta gäller även vid fynd talande för melanommetastas.

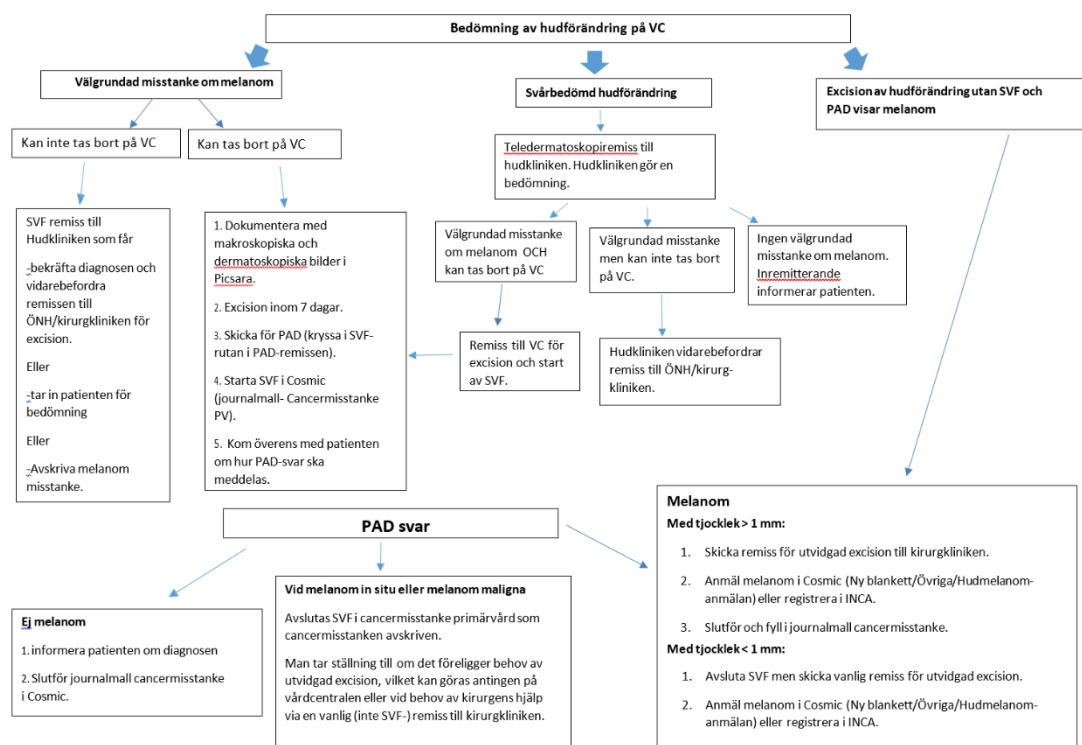
- Information till patienten om diagnos och starta SVF.
- SVF-remiss för utvidgad excision till kirurgkliniken.
- Melanomanmälan i Cosmic alternativt via INCA.
- Vid PAD-svar tjocklek <1 mm skickas vanlig remiss till kirurgkliniken för utvidgad excision.

- e. Vid PAD-svar in situ melanom eller lentigo maligna, ta ställning till om utvidgad excision måste göras (för marginaler se nedanstående tabell).

Uppföljning av melanompatient

Patienter med melanom följs upp på hud- respektive onkologkliniken, beroende på i vilket stadium diagnosen sätts. Remitteringen för detta sker från kirurgkliniken efter den utvidgade excisionen och är alltså inget som man behöver ta ställning till på vårdcentralen. Undantag är de fall där man fått PAD-svar melanom in situ eller lentigo maligna och patienten inte är aktuell för behandling på kirurgkliniken (se ovan). Det är i dessa fall allmänläkaren som ska remittera till hudkliniken för ett uppföljande besök.

Sammanfattning av flödet



Diagnostisk excision av pigmenterad hudförändring, suspekt melanom	2 mm (histopatologisk radikal excision)
In situ-melanom	5mm (2 mm histopatologisk marginal) Vid lentigo maligna 5-10 mm (2

	mm histopatologisk marginal)
Invasivt melanom, tumörtjocklek $\leq 2,0$ mm	10 mm
Invasivt melanom, tumörtjocklek $> 2,0$ mm	20 mm
Invasivt melanom i huvud- och halsregionen $> 2,0$ mm	10-20 mm (funktionell och ev. estetisk hänsyn)
Invasiva akrala lentiginösa och subunguala melanom	10-20 mm (funktionell hänsyn ev. amputation)

Canceranmälan

- In situ melanom ska inte anmälas till Cancerregistret.
- Invasiva melanom anmäls till Nationellt kvalitetsregister, Regionalt cancercentrum Sydost på blankett Invasivt hudmelanom - anmälan.

Led-tider:

- Beslut om välgrundad misstanke till primär excision: 7 kalenderdagar
- Primär excision till diagnosbesked: 14 dagar
- Diagnosbesked till utvidgad excision: 12 dagar