

## Vedrørende registrering i melanomdatabasen for patienter, der færdiggøres i primær sektor

Til praktiserende dermatologer / plastikkirurger og patologer

Alle, som behandler melanompatienter, både invasive og in situ, skal indberette til databasen, med mindre man henviser patienten til videre behandling på en plastikkirurgisk afdeling. I så fald indberetter denne afdeling de nødvendige oplysninger.

Hvis man færdigbehandler patienten i speciallægepraksis (i reglen in situ læsioner) SKAL man indberette:

Du kan enten printe et **Klinisk skema on-study (2018)**, udfylde og sende skemaet til:

### Afdeling for Plastikkirurgi

**Att: sekretær Helle Sidelmann**

**Herlev Hospital**

**Borgmester Ib Juuls vej 1**

**2730 Herlev**

Eller du kan ringe til DMG sekretær Helle Sidelmann på telefon **3868 1244**

Så kan hun, på baggrund af dine oplysninger, indtaste direkte i databasen.

Skemaet kan også sendes til afdelingens sikker-mail postkasse: [heh-plastikkirurgisk.afdeling.v@regionh.dk](mailto:heh-plastikkirurgisk.afdeling.v@regionh.dk)  
att.: sekretær Helle Sidelmann.

**Man kan læse Dansk Melanom Gruppens retningslinjer for udredning og behandling mv. på hjemmesiden [www.melanoma.dk](http://www.melanoma.dk), hvor gældende skemaer også kan fremhentes.**

Nedenstående er taget fra "for klinikere" og fanen DMG retningslinjer  
<https://www.melanoma.dk/page3.html#header3-u>

"Biopsi ved mistanke om primært melanom"

([https://www.melanoma.dk/assets/files/Melanoma\\_Guidelines\\_3.pdf](https://www.melanoma.dk/assets/files/Melanoma_Guidelines_3.pdf)) :

1. Anbefalinger (Quick guide) Excisionsbiopsi 1. Som førstevalg anbefales ellipseformet komplet excisionsbiopsi med fjernelse af hele tumor, med en margen til siderne på minimum 2 mm, med et lag subkutant væv under tumorbunden. For praktiske formål vil en excisionsafstand på 5 mm være hensigtsmæssig i de fleste tilfælde, da et eventuelt in situ melanom i så fald vil være korrekt færdigbehandlet (C).

2. Det er ikke hensigtsmæssigt at gå så dybt som til den underliggende fascie, idet man derved ved re-excisionen nødsages til at medtage fascien. Incisionen bør så vidt muligt følge hudens spaltelinjer, og særligt på ekstremiteterne er det vigtigt at cicatricen snarere orienteres vertikalt end horisontalt. Der bør lukkes med direkte sutur hvis muligt, alternativt kan defekten lades åben (C).

Intralæsionel biopsi (incisionsbiopsi, stansebiopsi, curettage/ tangentiell biopsi):

3. Intralæsionel biopsi er ofte ikke repræsentativ for diagnostik og stadietinddeling af primærtumor, men kan være indiceret ved visse anatomiske lokalisationer, ved stor tumor, lokalisation i ansigt eller ved komorbiditet. I så fald anbefales incisionsbiopsi, eller evt. stansebiopsi fremfor curettage eller tangentiell biopsi (C).

*Især lentigo maligna og desmoplastiske melanomer kan være ekstremt vanskelige at diagnosticere på en intralæsionel biopsi. Det er vigtigt at medtage ovenstående forhold i sin vurdering af histologisvaret og eventuelt foretage en ny biopsi, gerne en regelret excisionsbiopsi, hvis det kliniske billede ikke stemmer overens med histologisvaret.*

4. Der anbefales incisionsbiopsi eller evt. stansebiopsi fremfor curettage/tangentiell biopsi ved behov for intralæsionel biopsi, da dette giver en større diagnostisk sikkerhed. Incisionsbiopsien tages fra det område i tumor, der fremtræder klinisk og dermoskopisk mest suspect. Incisionsbiopsien skal indeholde både epidermis, dermis og en bræmme subcutis. Derudover bør det anføres tydeligt på Klinisk Retningslinje | Kræft DMG Skabelon v. 9.1 4 patologirekvisitionen, at der er tale om en intralæsionel biopsi, og at det fjernede væv muligvis ikke er repræsentativt (C).

5. Hvis man af forskellige årsager vælger at foretage stansebiopsi, så bør man, for at reducere risiko for fejlagnostisering, anvende stansebiopsi med størst mulig diameter. Således medtager man så meget suspect væv som muligt. Selv med en stansebiopsi af en vis diameter får man som regel kun en begrænset bræmme af væv i bredden (C).

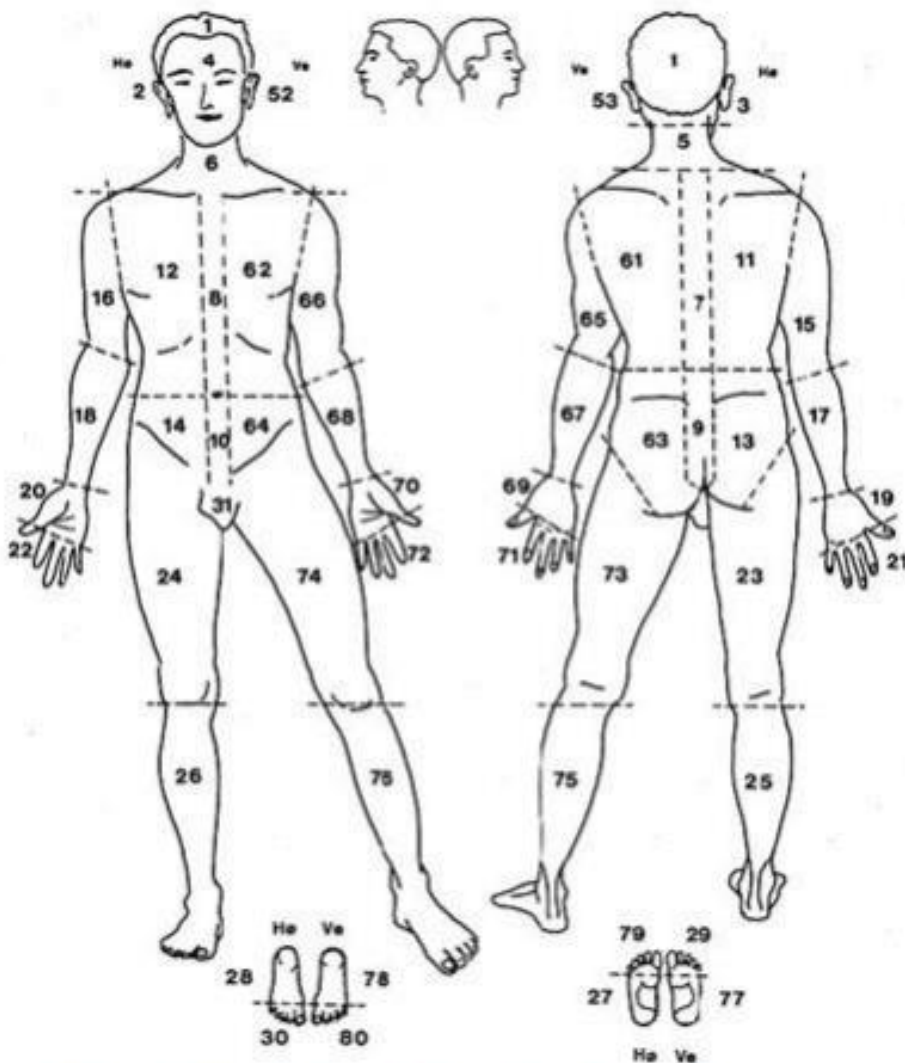
6. Det anbefales ikke at anvende curettage/ tangentiell excision. Med denne type biopsi får man større overfladeareal af tumor til mikroskopisk vurdering, men der er stor risiko for ikke at medtage tilstrækkeligt væv til siderne og i dybden. Der er betydelig risiko for, at melanomets T-stadie (tumortykkelse) efterfølgende skal opgraderes, idet curettage metoden har tendens til ikke at få hele tumorbunden med. Ved curettage og tangentiell biopsi risikerer man ydermere, at det efterladte tumorbånd efterfølgende ikke kan vurderes tilstrækkeligt histopatologisk grundet inflammation og sårhelingsprocesser i det biopterede område (C).

Peroperativ histologisk undersøgelse (frys) og cytologisk undersøgelse (finnålsbiopsi)

7. Disse metoder egner sig ikke til primær melanomdiagnostik, men sidstnævnte kan have værdi i udredning af metastaser til subcutis, organer og lymfeknuder (C)

I "for klinikere" findes fanen "skemaer":

Det gældende skema er: **Klinisk skema DMD 2018 (ON STUDY)**, hvor billedet af kroppen også figurerer



**Figur 1 Husk kryds i region for melanom**

Når man har skemaet foran sig, kan man enten udfylde og sende jf. ovenstående adresse eller ringe jf. ovenstående tlf. og fortælle om punkterne. Hvis der foretages reexcision, må man gerne for nemheds skyld skrive på skemaet, hvor der er plads, dato og excisionsafstand (det er oplysninger som egentlig føres på det skema der hedder: SKEMA til definitiv lokalkirurgi og SN-biopsi DMD 2018).

Patientens navn \_\_\_\_\_

Patientens cpr \_\_\_\_\_ Hospital/afdeling: \_\_\_\_\_ Udfyldt af \_\_\_\_\_

### Anamnese

Har patienten dysplastiske/atypiske nævi Ja  Nej

definition: hvis mindst 2 af nedenstående kriterier er til stede ved mere end 5 nævi:

- 1) Stor variation i størrelse: fra < 5 mm til > 1 cm, ofte > 5 mm
- 2) Stor variation i farve: variation fra læsion til læsion men også intralæsionalt
- 3) Betydelig variation i symmetri: ofte asymmetriske
- 4) Uregelmæssig afgrænsning af læsioner: ikke skarp, regelmæssig afgrænsning

Tidligere melanom (invasivt eller in situ) Ja  Nej

Melanom hos slægtning Ja  Nej  Ved ikke

### Klinisk undersøgelse

Tumor type : primærtumor  metastase fra ukendt primær tumor   
(NB! Ved metastase fra ukendt primær tumor husk også recidiv/metastase skema)

Lokalisation af tumor (sæt kryds på tegningen og angiv region nr.): \_\_\_\_\_  
(Hvis tumor er fjernet for henvisning, udfyldes tumorlokalisering alligevel)

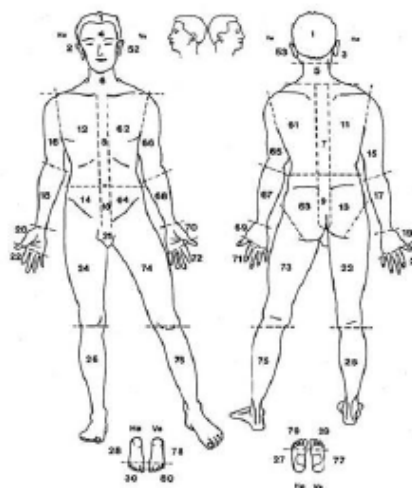
Findes primærtumor fortsat: Ja  Nej   
(Hvis primær tumor er fjernet for henvisningen krydses af i 'nej')

Hvis "Ja" udfyldes nedenstående for primær tumor

Største diameter af melanomet i mm \_\_\_\_\_

Satellitter (metastase under 2 cm fra tumor) Ja  Nej

In-transit metastase (2 cm eller mere fra tumor) Ja  Nej



Figur 1 Husk kryds i region for melanom

### Primær diagnostik

Dato for biopsi, som stiller diagnosen \_\_\_\_\_  
(dato for biopsi kommer automatisk, hvis patolog udfylder skema først, og da er det dato for modtagelse af præparat)

Biopsitype: Excisionsbiopsi   
Incisions-/stansbiopsi   
Tangentiel afskæring/shaving   
Curettaget   
Andet  specificer: \_\_\_\_\_

Biopsi taget af/i: Egen læge   
Dermatologisk speciallægepraksis   
Plastikkirurgisk speciallægepraksis   
Kirurgisk speciallægepraksis   
Dermatologisk afd. Hospital   
Plastikkirurgisk afd. Hospital   
Andet sted  specificer: \_\_\_\_\_

### Klinisk N og M vurdering ved første besøg:

Tegn på/mistanke om metastase til lymfeknude: Ja  Nej

Husk: hvis lymfeknudemetastaser verificeres udfyldes skema for recidiv/metastaser.

Tegn på/mistanke om fjernmetastase: Ja  Nej

Husk: hvis fjernmetastaser verificeres udfyldes skema for recidiv/metastaser.

### 8. udgave TNM klassifikation

T \_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_

M \_\_\_\_\_