

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2023-06-10

Innehållsansvar: Johan Dahln Gyllencreutz, (johda2), Överläkare

Giltig till: 2025-06-08

Granskad av: Anna Karevi Verdoes, (annve1), Enhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Melanom

Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram

Innehållsförteckning

Syfte	1
Huvudbudskap	2
Vårdnivå och samverkan	2
Bakgrund.....	3
Förändringar sedan föregående version	3
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet	4
Utredning och behandling.....	4
Klinisk uppföljning	5
Remissrutiner	6
Kvalitetsuppföljning	6
Referenser	6

Syfte

Denna regionala medicinska riktlinje (RMR) innebär en regional tillämpning och anpassning av det nationella vårdprogrammet (NVP) för melanom 2023. Syftet med NVP och RMR är att säkerställa att patienter med melanom i huden erbjuds evidensbaserad och lika vård i Västra Götalandsregionen (VGR).

Huvudbudskap

Melanom är en vanlig och allvarlig cancerform där tidig diagnostik och snabb, standardiserad handläggning är viktig. Viktiga steg i handläggningen av melanom är följande:

- Teledermatoskopisk remiss till hudklinik vid misstanke om melanom i primärvården.
- Standardiserat vårdförlopp (SVF) för melanom startas av hudläkare vid välgrundad misstanke.
- Diagnostisk excision görs med 2–5 mm marginal för att säkerställa att det blir radikalt samt minimera antalet utvidgade excisioner vid melanom in situ.
- Remisser gällande melanom som skickas från specialistsjukvården till Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) ska gå till hudkliniken även då andra kliniker ansvarar för behandlingen.
- Vid fynd av metastaserande melanom (stadium III-IV) ska patienten tas upp på regional multidisciplinär konferens (MDK).
- Vid fynd av klinisk, operabel metastas rekommenderas neoadjuvant immunterapi vilket innebär att onkologisk behandling ska ges före kirurgisk behandling.

Vårdnivå och samverkan

Patienter med hudtumörer handläggs initialt ofta inom primärvården. Vid misstanke om melanom skickas teledermatoskopisk remiss, inkluderande remisstext samt översiktsbild, närbild och dermatoskopisk bild, till hudklinik. Remiss skickas även vid histopatologiskt fynd av melanom, då tillsammans med kopia på PAD-svaret. Varje hudklinik ansvarar för att ha rutiner gällande remisser från specialistsjukvården då dessa ofta saknar bilder. Vidare utredning och behandling sker inom specialiserad vård.

[Flödesschema](#)

Bakgrund

Baserat på NVP Malignt melanom 2023.

Melanom är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige. Varje år diagnostiseras ca 5000 invasiva melanom i huden och ungefär lika många förstadier till sjukdomen (in situ-melanom). Vid melanom är tidig upptäckt och snar behandling av högsta vikt.

För melanom finns ett SVF framtaget som avser välgrundad misstanke. Detta innebär att SVF startas då utredning/excision görs för att bekräfta diagnosen melanom snarare än för att utesluta denna diagnos. Enligt SVF bör tiden från välgrundad misstanke om melanom till diagnostisk excision inte överstiga sju dagar.

Förändringar sedan föregående version

Här listas de viktigaste förändringarna jämfört med föregående version av NVP. För övriga förändringar hänvisas till avsnitt [2.2 i NVP](#).

- Avsnitt 11.1: Texten har omformulerats för att förtydliga rekommendationen gällande neoadjuvant behandling.
- Patientöversikt (IPÖ) för melanom har implementerats nationellt och det rekommenderas att patienter med konstaterat lokoregionalt återfall eller generell sjukdom registreras i översikten. Även de patienter som inte får någon kirurgisk eller onkologisk behandling bör registreras. Data som registreras i IPÖ kommer att överföras till SweMR (Svenska Melanomregistret) och möjliggör då en framtida bra rapportering av patienter som får behandlingar för metastaserad sjukdom samt av patienter med metastaserat melanom men där behandling inte blir aktuellt.
- Avsnitt 4.4: Definitionen av familjärt melanom och genetisk utredning avseende CDKN2A har uppdaterats enligt den senaste versionen av bilagan om familjärt melanom.
- Avsnitt 5.5: Rekommendationen om screening av högriskindivider med familjär disposition har förtydligats.

Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

- SVF för melanom startas i VGR av hudläkare, vid teledermatoskopisk remissbedömning eller vid ett besök. Det kan också startas vid histopatologiskt fynd av melanom.
- Teledermatoskopi är infört i VGR. Det innebär att det är obligatoriskt med kliniska och dermatoskopiska bilder vid remiss till hudklinik med frågeställning hudtumör inklusive melanom.
- Vid fynd av misstänkt melanom i primärvården rekommenderas i VGR remiss till hudklinik snarare än diagnostisk excision på vårdcentralen.
- Vid dermatoskopisk misstanke om in situ-melanom bör diagnostisk excision göras med 5 mm marginal i stället för 2 mm, för att undvika behov av utvidgad excision i dessa fall.

Utredning och behandling

Om hudläkare (vid remissbedömning eller besök) har välgrundad misstanke om invasivt melanom startas SVF medan man vid huvudsaklig misstanke om in situ-melanom genomför skyndsam handläggning utanför SVF. En diagnostisk excision görs i regel med 2 mm marginal om huvudmisstanken är invasivt melanom men 5 mm bör väljas om diagnosen in situ-melanom bedöms tillräckligt sannolik. I enskilda fall tas i stället en hudbiopsi, detta är aktuellt främst för större tumörer där misstanken är lentigo maligna melanom eller akvalt lentiginöst melanom.

Vidare handläggning kan involvera flera olika kliniker. För patienter som ska behandlas på SU har hudkliniken ett övergripande ansvar och remisser gällande melanom ska skickas till hudkliniken även då andra kliniker utför behandlingen. Remiser gällande melanom faxas till nummer 031-41 15 84.

Kirurgisk behandling baseras på det histopatologiska svaret och då främst på tumörens tjocklek.

- Vid melanom med en tjocklek på ≤ 1 mm görs en utvidgad excision, på hudklinik eller på annan klinik.
- Vid tumörtjocklek > 1 mm remitteras patienten till kirurgklinik som utför utvidgad excision och portvaktstörtdiagnostik. På SU går remissen via hudkliniken.

- För melanom med tumörtjocklek >1 mm, lokaliserade i huvud-halsregionen, skickas remissen till hudkliniken SU som ansvarar för att utvidgad excision och portvaktsskörteldiagnostik planeras på SU.

Vid spridning av melanom till portvaktsskörteln görs fjärrmetastasutredning. Detta görs också vid primärt fynd av melanometastas. Vid fynd av operabel, klinisk metastasering av kutant eller akralt melanom rekommenderas neoadjuvant behandling med immunterapi.

Detta innebär att onkologisk behandling ska ges före den kirurgiska behandlingen. Rekommendationen gäller inte för operabel hjärnmetastaserad sjukdom eller mukosala melanom.

Patienter med metastaser (melanom stadium III-IV) ska diskuteras på regional MDK för att ta ställning till och samordna kirurgisk och onkologisk behandling. För detta ska remiss faxas till hudkliniken SU på nummer 031-41 15 84. I samband med detta kontaktas även hudklinikens koordinator på telefonnummer 0700-206 706. Hudkliniken SU ombesörjer då anmälan till Melanom-MDK vilket ska göras senast kl. 12:00 dagen före MDK.

Remissen ska innehålla uppgifter enligt rutin för MDK vilket inkluderar svar på fjärrmetastasutredning, analys av BRAF-mutation samt provsvar för LD och S-100.

Vidare handläggning baseras på beslut från MDK och är individuellt anpassad. Det kan innebära lymfkörtelutrymning samt onkologisk eller kirurgisk behandling som i många fall endast finns tillgänglig på SU.

Klinisk uppföljning

Uppföljning av melanompatienter baseras på vilket stadium av sjukdom det rör sig om. Utöver ett besök 4–6 veckor efter utvidgad excision rekommenderas:

- Vid stadium IA inga ytterligare kontroller.
- Vid stadium IB-IIC årliga kontroller i tre år, i regel på handläggande hudklinik.
- Vid stadium III kontroller två gånger per år i tre år, i regel på kirurg- eller ÖNH-klinik. Uppföljningen bör inkludera ultraljud av området för positiv portvaktsskörtel, om lymfkörtelutrymning inte gjorts. Denna undersökning bör utföras av radiolog med stor erfarenhet av ultraljud och det bör finnas möjlighet till finnålspunktion vid fynd av misstänkt metastas.

- För patienter med stadium IV individuell uppföljning i regel på onkologkliniken SU.

Utöver de patienter med stadium III som nämns ovan och en andel patienter med onkologisk behandling ingår röntgenologiska undersökningar eller blodprover normalt inte i uppföljningen av patienter med melanom. För att utreda om sådana undersökningar är av generell nytta för patienter med melanom IIB – III genomförs TRIM-studien. Inkludering i studien rekommenderas.

Remissrutiner

- Vid misstanke om melanom skickas teledermatoskopisk remiss, inkluderande remisstext samt översiktsbild, närbild och dermatoskopisk bild, till hudklinik.
- Remisser inom specialiserad vård gällande melanom som skickas till SU ska faxas till hudkliniken på nummer 031-41 15 84 även då andra kliniker ansvarar för behandlingen.

Se även [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

Kvalitetsuppföljning

Fall av melanom ska rapporteras till det nationella kvalitetsregistret SweMR. Uppföljning sker via de regionala kvalitetsindikatorerna vilka från 2023 är följande:

- Andel patienter med melanom som genomgått primär operation senast 7 dagar från första besök
- Andel patienter primärt opererade för melanom där PAD-svar finns senast 14 dagar efter datum för operation.

Referenser

Länk till [NVP](#) och [SVF](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Johan Dahlén Gyllencreutz, (johda2), Överläkare

Granskad av: Anna Karevi Verdoes, (annve1), Enhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-435

Version: 1.0

Giltig från: 2023-06-10

Giltig till: 2025-06-08