Norsk melanomgruppe

Referat fra styringsgruppemøte 18/11/15

**Tid: Onsdag 18/11/15 kl. 1500- 1800, i forkant av Onkologisk Forum**

**Sted: Stavanger, (Clarion Hotel Energy, Møterom Focus)**

Tilstede: Oddbjørn Straume, Henrik Løvendahl Svendsen, Jarle Karlsen, Martha Nyakas, Hans Fjøsne, Anita Amundsen, Hans Petter Gullestad, Kari Dolven Jacobsen, Lovise Mæhle, Ragnhild Telnes, Nils Eide, Jürgen Geissler, Katja Bremnes, Olav Inge Håskjold, Ingrid Roscher (vara for Helsing), Anna K Winge-Main (Vara for Steinar Aamdal), Steinar Aamdal, Ragnhild Telnes, (18)

**Avbud**: Ingeborg Bachmann, Per Helsing, Lars Akslen

**Referent**: Henrik Løvendahl Svendsen

Sak 1

Godkjenning av innkalling og referat fra 29.4.2015

Godkjent i plenum uten anmerkning.

Sak 2

Orienteringssaker

 a. Status for handlingsprogrammet: Straume orienterer, oppdatering av det medisinske kapittelet er i gang. Martha, Aamdal, Straume og Karlsen har vært involvert i SLV sin hurtigmetode vurdering av de nye legemidlene. Kunnskapsenteret har laget en omfattende gjennomgang av all behandling av malignt melanom og der har Karlsen og Straume kommet med innspill og Nyakas har vært reviewer. Venter på besluttningsforum.

 b. Status for hjemmesiden. Svendsen: Kan oppdateres og endres slik vi ønsker. Har ikke fått noen innspill i løpet av 2014-2015. Etterlyser lenker til pågående studier. De som vil dele sine presentasjoner kan sende de til meg så skal jeg legge dem inn på hjemmesiden.

 c. Pakkeforløp for malignt melanom 1.9.2015. Svendsen: generelt har det gått fint med innføring. Ønske om at kreftmeldingen kommer inn i pakkeforløpet og at man integrerer kreftmeldingen i DIPS Arena. Har sendt forespørsel om dette til Helsedirektoratet på vegne av melanomgruppen. Enighet om at vi må fortsette å prøve å påvirke denne integreringen. Ser at det for noen pasienter går for fort. Spredte løsninger for hvordan man koder.

 d. LIS konkurranseutsatte medikamenter: flyttes til evt.

Sak 3

Vedtak om ny oppfølgning av melanom pasienter. Se vedlegg 1-4.

(Telnes/ Karlsen/Bremnes/Bjordal)

Bred gjennomgang av Karlsen om forslag til ny oppfølgning. Mange innspill. Håskjold: »UL er i tillegg til PET-CT og ikke i stedet for!». Enighet om at det er behov for å øke bildediagnostiske kontroller for å finne kirurgisk kurable pasienter og kunne starte evt. medisinsk behandling tidligere. Enighet om staging ved stadium 0 pasienter hos høyrisikopasienter med CT eller PET-CT. Ikke stor risiko ved stråling i forhold til deres risiko for å utvikle metastaser. Enighet om hyppigere UL og PET-CT. Karlsen sender ut sammendrag som oppsummerer hva vi kom frem til i dag.

Dolven-Jacobsen ønsker å diskutere mulighet for et eget oppfølgningskapittel for immunsupprimerte/ gravide etc. Hudlegene er enige om at pasienter med autoimmune sykdommer/ immunsuppresjon følges av hudlege uansett. Individuell behandling og oppfølgning. Høyere risiko for å få melanom og høyere risiko for tilbakefall.

Gravide vil alltid være unntakspasienter.

Sak 4

Pakkeforløp erfaringer: Det går greit de fleste steder i landet. Flere steder hvor man tilpasser seg lokale forhold og tradisjoner. På blant annet Haukeland kalles pasientene inn direkte til utvidet eksisjon og evt. SNB, i stedet for til poliklinisk time på forhånd, på bakgrunn av henvisningen. På AHUS har 4 plastikkirurger sagt opp samtidig og dermed har det økt med henvisninger til OUS. Stadig oppbygging av hensiktsmessige MDT møter.

Sak 5

Økonomi (Svendsen): Vi fikk 0 i nye midler, men ble bevilget 229000 i ubrukte midler av HDIR. Har ca. 168000 i november.

Innovest har ført de gamle midlene fra Kreftforeningen dobbelt og dermed har vi trodd at vi har hatt nesten 100000 mere enn vi faktisk har. Mulig vi må bruke av disse midlene opp mot nordisk møte i 2016.

Sak 6

Nordisk møte 2016 (Straume): Det er avtalt møte med industrien 19.11 kl. 12.

Det er avtalt at **Nordisk møte holdes på Scandic Ørnen 7-9.9.2015**.

Det er sendt inn konseptskisse til LMI, den behandles først når vi har programmet. Den må på plass før evt. Sponsing.

Må få avtale med et eventbyrå og få oversikt over økonomi. Straume, Svendsen og Nyakas er med på denne delen. Mulig det blir behov for flere.

Scientific delen: Kari Dolven-Jacobsen, Steinar Aamdal, Martha Nyakas melder seg. (Gullestad har sagt han kan bidra etterfølgende, Helsing og Robsahm har sagt ja tidligere).

Hele melanom diagnostikk, utredning og behandling er målet. I tillegg til den medikamentelle behandlingen er det strålebehandling, neoadjuvant behandling, kirurgi (elektrokjemoterapi), epidemiologi-screening (Schleswig Holstein), euromelanom. Helseinformasjon: hva virker- hva virker ikke?

Viktig å få inn abstracts.

Hvordan får vi flere LIS leger med? Få kurset tellende. Tilrettelegge og få arbeidsgiver til å prioritere kurset.

Viktig å sende informasjon ut tidlig til avdelingene og Danmark og Sverige.

Sak 7

Nasjonale studier, adjuvante studier (Straume/Nyakas)

BMS sin 238 studie ble fylt i september. EORTC kommer med en studie på stadium III pasienter som starter helt i slutten av november?

Det kommer en safety studie på stadium IV pasienter i Bergen og Oslo med ipi og nivo. Tevec kommer i en fase III studie. Øye melanom studien fra novartis er ventet høsten 2016 ifølge de siste rykter.

Sak 8

Utsatt fra forrige møte: Klinisk problemstilling: «Atypisk nevus med usikkert malignitetspotensiale, melanom kan ikke utelukkes». Utvidet eksisjon? Oppfølgning? (Akslen/Helsing). **Utgår da de ikke er tilstede.**

Sak 9

Nordisk møte 2016

Allerede diskutert

Sak 10

Evt.

1: Straume: Medikamenter: effekt og bivirkninger av BRAF hemmerne er likeverdige og det er gunstig i forhold til priskonkurranse. LIS: er legemiddel innkjøpssamarbeid i Norden. Oppnår store rabatter. Gode og samarbeide med. Angående de siste nye medisiner ser det ut til at de er gode, men for dyre og da kan prisforhandlinger gjøre at det blir kostnadseffektivt. Besluttningen om de skal anbefales er utsatt.

Kombinasjonsbehandling ser ut til å være bedre og overgår monoterapi.

Aamdal: 130000 har helseforsikring og Aleris er i mediene jevnlig. Har formentlig fått rabatt av firmaene og driver dermed med «reklame» for midlene og Aleris. Straume: det er spennende tider og myndighetene jobber bedre og raskere enn tidligere. Flere fra styringsgruppen har vært med å gi innspill.

Karlsen og Nyakas: Viktig med håndtering av bivirkninger og gode råd til lokalsykehus. Pasienter går ofte opp i hypertyreose og så ned i hypotyreose.

2: Winge-Main: Ipi ved hjernemetastaser. Skal alle ha MR caput før oppstart av behandling? Bred enighet om det.

Aamdal: Virker ipi hvis vi gir steorider? Dårlig hvis man står på det fra før, men hvis man har fått to behandlinger med ipi før start av steorider har det effekt. Nyakas og Straume: har hatt flere pasienter med hjernemetastaser. Anbefaler at man ipi før oppstart av steorider. Bør komme inn i immunterapikapittelet.

3. Dolven-Jacobsen: stereotaktisk strålebehandling ved mer enn 4 hjernemetastaser? Gjøres i mange land. Rebestråler også oftere nå. Enighet om at man kan stråle på mer enn 4 hjernemetastaser.

4. Euromelanoma. Straume: det blir dessverre ikke euromelanoma i 2016. Roscher: informerer om at det BLIR euromelanoma i Norge i 2016. Dessverre ville ikke hudavdelingen i Helse Bergen ta stafettpinnen videre (man må bruke mye av fritiden, vanskelig å bli frikjøpt). Jon Langeland blir nasjonal koordinator, Roscher trekker seg etter 2 år. Få avtalespesialister i hud som stiller opp.

NMG støtter euromelanoma initiativet og føler at dette er meget viktig med tanke på forebyggende arbeid som kan få insidensen ned og få pasienter til å oppsøke lege på et tidlig stadium.

5. Dolven-Jacobsen: ønske om at det kommer en kommentarboks i kreftmeldingen, da det ikke alltid virker dekkende det man krysser av for. Igjen ble det nevnt at kreftmeldingen må inn i EPJ og overføres elektronisk.

6. Nyakas: forespørsel om at MSD kan finansiere innrapportering til den danske databasen om safety. Kan da få ut igjen egne norske data. Plotte i Oslo og Bergen? PD1 hemmerne? Diskuteres etterfølgende av onkologene.

7. Svendsen: i lys av manglende sikker økt overlevelse ved SNB prosedyren, ønskes diskusjon om vi skal innsnevre inklusjonskriteriene til 1,2-3,5 mm som er det intervallet som de i MSLT-1 subgruppeanalysen mente hadde økt overlevelse? Ikke vært behov for SNB for inklusjon i studier, derimot makrometastaser som kriterie… Fjøsne: 1-4 mm følger TNM stadiene. Gullestad: har vært imot innføring av SNB fra tidligere. Ser ingen grunn til å endre på rutinene nå. Ingen endringer aktuelt.

8. Aamdal: det er data fra Norge og Danmark som viser fallende insidens hos de yngre ifølge en europeisk anerkjent statistiker Philip Autier.

Roscher: australske kampanjene påvirker tidlig diagnostikk og dermed kanskje bedre mortalitetstall.

Sak 11

Norsk melanomregister

Utgår. Ikke møtt noen fra melanomregisteret.

Vedlegg 1:

MDT møte Malignt melanom St Olav 12.03.15

Tilstede Marit Langmyr radiologisk avdelind, Ragnhild Telnes hudavdelingen, Kjersti Ausen plastikk- kirurgisk avdeling og Jarle Karlsen onkologisk avdeling

Tema: Bruk av billediagnostikk ved kontroll etter malignt melanom.

Vi er bedt av Norsk melanomgruppe om å utarbeide et forslag til bruk av billeddiagnostikk ved kontroller etter operasjon for primært malignt melanom. Vi har sett på retningslinjer i andre land. Sveits bruker hyppig PET-CT i sine kontroller. Danmark har nylig anbefalt PET-CT i sitt forslag til retningslinjer. PET-CT har høy sensitivitet for metastatisk malignt melanom. Vi har utarbeidet et forslag som ligger nær opptil det danske, men har også implementert ultralyd av glandelstasjoner som har høy sensitivitet på glandelmetastaser. Formålet med billeddiagnostikk er å oppdage recidiv tidlig enten i form av glandelmetastaser eller fjernmetastaser. Studier har vist at allerede ved infiltrasjonsdybde fra 0,76 -1,5mm er det 25 % risiko for å utvikle glandelmetastaser. Risiko for fjernmetastaser ved samme tykkelse er 8%, men øker til 15% fra >1,5mm til 4mm. Primært ulcerete har høyere risiko i begge grupper. Selv om kirurgi alltid skal vurderes primært ved metastaser er det de siste år kommet flere nye behandlingsmodaliteter. Ved noen modaliteter kan det være av betydning å starte før sykdomsutbredelsen er for omfattende som for eksempel immunterapi hvor effekten ofte kommer sent. Utviklingen innen ny kreftmedisin går raskt og vi mener det er viktig å ligge upfront i våre anbefalninger

Vi synes det er rimelig å starte med billeddiagnostkk først ved tumortykkelse > 1mm da det i disse tilfellene er indikasjon for vaktpostdiagnostikk.

Forslag til bruk av billeddiagnostikk:

1. Tumortykkelse> 1mm < 4mm: Baseline CT collum/thorax/adomen/bekken. Ul av glandelstasjoner ved hver kliniske kontroll; hver 3.måned I 3 år, deretter hver 6.måned I ytterligere 2 år.

2. Tumortykkelse >2mm < 4 mm med ulcerasjon og > 4mm: Baseline PET-CT, deretter etter 6, 12, 24 og 36 måneder. UL av glandelstasjoner etter 18 og 30 måneder.

3. Stadium III: PET-CT baseline, deretter hver 6måned i 3 år og årlig i ytterligere 2 år.

Vedlegg 2: mail fra Karlsen og Svendsen 30.8.15

**Retningslinjer ved kontroll og oppfølging av malignt melanom; forslag til reviderte retningslinjer for Nasjonalt handlingsprogram**

Utarbeidet av multidisiplinært team for malignt melanom St Olavs Hospital ved hudlege Ragnhild Telnes, radiolog Marit Langmyr, endokrinkirurg Hans Fjøsne, plastikkirurg Kjersti Ausen, patolog Harald Aarseth og onkolog Jarle Karlsen. Diskutert på styringsgruppemøte i Norsk melanomgruppe 29.4.15.

Norge er blant de i verden med høyest forekomst av malignt melanom og insidensen er stigende(1). I løpet av de siste 5 år er behandlingen av melanompasienter blitt mer omfattende. Det er innført vaktpostdiagnostikk og nye, mer effektive medikamenter i behandling mot metastatisk sykdom er tatt i bruk. Det er en mer aktiv holdning til kirurgi og stereotaktisk strålebehandling ved metastatisk sykdom. Disse forhold bør gjenspeiles i en styrket oppfølging av melanompasientene.

Vi har valgt å se på retningslinjer fra Danmark(under utarbeidelse), Sveits og Australia/New Zealand som er blant de med høyest insidens av malignt melanom samt Tyskland og USA ved NCCN(National Cancer Comprensive Network) (2-5). De har noen ulike anbefalinger i kontrollopplegget tuftet til dels på ulike tradisjoner i bruk av billeddiagnostikk (6). Det finnes i dag ingen prospektive studier som dokumenterer nytten av rutineoppfølging av melanompasienter. Noen peker på at hyppig bruk av billeddiagnostikk er lite kostnadseffektivt, mens andre peker på muligheten for bedret behandlingsmulighet ved innføring av nye behandlingsmodaliteter (7-10). Det er ingen internasjonal konsensus om hvordan melanompasienter skal følges opp. Anbefalinger om kontroll om oppfølging av malignt melanom har vært gjenstand for revisjon i flere land de senere år, dels grunnet bedre billeddiagnostikk og dels grunnet innføring av nye medikamenter ved metastatisk sykdom.

Tumortykkelse er en av de viktigste faktorene for recidiv (11). Selv om vel 60% av recidiv fanges opp av pasientene selv vil kontrollene være viktige også for å gi pasienten trygghet og oppmerksomhet på sykdommen. Recidiv kan være lokale i eller under operasjonsarret, satellitt/in-transit, lokoregionale i lymfeknutestasjoner eller som fjernmetastaser. Høyere stadium tilsier økende risiko for recidiv. Tumortykkelse fra tykkelse fra 0,76-1,5mm gir 25% risiko for lokoregionale metastaser og > 1,5 mm mer enn 50 % risiko. Tilsvarende gir tumortykkelse 0,76-1,5 mm 8% risiko for fjernmetastaser, mens de over 4 mm tykkelse har mer enn 70% risiko.(12). Selv om recidiv kan komme etter mange år skjer de fleste i løpet av de første 2-3 år for så å avta. Grad av risiko bør gjenspeiles i kontrollenes hyppighet og innhold.

**Formål med kontrollene**

* Å diagnostisere lokale og regionale residiv mens de fortsatt er operable.
* Diagnostisere nye melanom (2–8 %).
* Gi kunnskap om egenundersøkelse og gode solvaner. Kreftforeningen har en folder om «Hvordan sjekke egne føflekker» som kan bestilles for utdeling til pasienter.
* Gi trygghet for pasienten.
* Oppdage fjernmetastaser på et tidlig stadium hvor de ennå er operable eller egnet for medikamentell behandling herunder immunterapi.

Ultralyd har i multisenterstudie vist seg å ha høyest sensitivitet for å påvise lokoregionalt recidiv og PET-CT best på å oppdage fjernmetastaser(13). Ultralyd skal foretas i nærmeste lymfeknutestasjon ved primært malignt melanom på ekstremitet. Ved primært melanom på truncus kan metastaser spres til glandelstasjon på motsatt side av kroppen. Ved melanom lokalisert superiort på rygg eller thorax bør begge axiller og collum undersøkes, er det lokalisert i bekken nedre del av abdomen bør begge lysker undersøkes. Ved melanom lokalisert sentralt på truncus hvor det er usikkerhet om hvor lymfedrenasjen går anbefales UL av både lysker og axiller bilateralt. I tillegg anbefales undersøkelse av arrområdene lokalt, og området mellom lokalt arr og nærmeste lymfeknutestasjon .

Ved ultralydvurdering av eventuelle metastatiske lymfeknuter anbefales benyttet et sett kriterier i vurderingen: -Perifer perfusjon -Tap av sentralt ekko(inkludert dislokasjon mot periferien) -Ballongformet lymfeknute -Oppsvulmet/voluminøs del av lymfeknute -Område med lavere ekko enn lymfeknute for øvrig -Andre avvik i utseende i forhold til forventet ved aktuell lokalisasjon og som vekker mistanke

De tre førstnevnte kriteriene er viktigst og inngår i «Berlinkriteriene» beskrevet av Christiane Voit et al., og som anses veldokumenterte (14). Vurdering av eventuell in-transitmetastaser er enklere siden dette er tumordeposisjoner langs lymfebaner i områder man ikke forventer å finne lesjoner/knuter, typisk i det subcutane rom. Ved ultralyd fremstår disse som svært hypoekkoiske.

Risiko for tilbakefall er størst de første 2-3 år. Oppfølging etter 5 år anbefales primært for stadium III som bør følges i totalt 10 år med årlig UL av regionale lymfeknuteglandelstasjoner og PET-CT. Mange i stadium III utvikler fjernmetastaser i løpet av de første 2-3 år og dette vil derfor ikke utgjøre noen stor gruppe. Pasienter med metastatisk sykdom utgjør en stor variasjon. De vil tilbys ulik behandling og derfor ulik grad av oppfølging.

**Kontrollenes innhold:**

Anamnese: vekttap, smerter, andre nye symptomer.

Klinisk undersøkelse: inspeksjon og palpasjon av operasjonsarr, palpasjon av alle lymfeknuteregioner, inspeksjon av hudoverflaten.

Blodprøver har foreløpig ingen plass i kontrollene, men kan vurderes ved stadium III og IV. (s-LD).

**Anbefalinger om kontrollenes hyppighet og bruk av billediagnostikk:**

**Stadium 0 *(TiS, Melanoma in situ):*** En kontroll hos hudlege etter 3 måneder

**Stadium IA*(T1aN0M0, tykkelse ≤ 1 mm uten ulcerasjon, og mitoserate <1 pr mm2*):** Kontroll hver 3 måned i 2 år, deretter hver 6. måned i 1 år.

**Stadium IB-IIB(*T1bN0M0 - T4aN0M0, tykkelse >1 mm eller melanomer ≤ 1 mm om ulcerert eller mitoserate ≥ 1/mm2* ):** Kontroll hver 3. måned i 2 år, deretter hver 6.måned i 3 år. Ultralyd hver 6.måned i 5 år.

**Stadium IIC-III (*T4bN0M0 - T1-4N1M0), Alle med påvist glandelmetastase, samt de med tykkelse > 4 mm med ulcerasjon*:** Kontroll hver 3.måned i 2 år, deretter 6.måned i 3 år. Ultralyd hver 6. måned i 5 år.  PET-CT etter 0, 12, 24, 36 og 48 måneder.

Stadium III følges videre i ytterligere 5 år med billeddiagnostikk hver 6.måned annenhver gang UL og PET-CT.

**Stadium IV*(M1*):** Individuell oppfølging.

Referanse TNM/Stadium AJCC 2010 (15)

**Hvem skal følge opp pasientene?**

For pasienter i Stadium I-II vil hudlegene ha hovedansvar for oppfølging. For pasienter i stadium 1-2 skal hudlege skissere oppfølgingsopplegg med utgangspunkt i nasjonale retningslinjer etter en grundig førstegangskonsultasjon. Der kontrollene delegeres til fastlege må hudlege gi god informasjon om kontrollenes innhold, varighet og hyppighet.

For pasienter i stadium III er det ulike tradisjoner ved landets sykehus. Primært bør oppfølging skje av spesialist tilknyttet de sykehusene som utfører SN- diagnostikk og lymfeknutedisseksjon. Ansvar for oppfølgingen bør tilpasses lokale forhold avhengig av tradisjon og ressurser. Det kan være plastikkirurg, endokrinkirurg/generell kirurg, hudlege eller onkolog eventuelt i samarbeide som følger opp pasientene.

**Referanser:**

1. Kreftregisteret 2013

2 Dansk melanoma gruppe. DMG Guidelines 2013. https://www. Melanoma.dk

3. NCCN Clinivcal Practice Guidelines in Oncology: Melanoma.2013. <http://www.nccn.professionals/phycician_gis/pdf/melanoma.pdf>. Accessed on January 3,2013

4. Dummer et al. Task force skin cancer. Updated Swiss guidelines for the treatment and follow-up of cutaneous melanoma.Swiss Med Wkly.2011;141:w13320

5. Garbe C et al. Evidence and interdisciplinary consense-based German guidelines:diagnosis and surveillanceof melanoma. Melanoma Res2007;17(6):393-399.

6. Cancer Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand Council Australia/Australian Cancer Network/Ministry of Health, New Zealand 2008. Clinical

7. Trotter S et al. A Global Review of Melanoma Follow-up Guidelines.The journal of Clinical Aestethic Dermatology .2013; Volume 6. Number 9:18-26.

8. Rueth NM et al. Is Surveillance Imaging effective for Detecting Surgically Treatable Reccurrences in Patients with Melanoma? Annals of Surgery. Vol 259. Number 6: 1215-22.

9. . Rutkowski P et al. Follow up in melanoma patients. Magazine of European Medical oncology 2014; 7:83-86

10. Livingstone E et al. Prospective Evaluation of Follow-up in Melanoma Patients in Germany- Results of a multicenter and longitudinal study. European Journal of Cancer. Vol. 51, Issue 5, March 2015:653-667.

11.Balch CM et al.Prognostic Factors Analysis of 17,600 Melanoma Patients: Validation of the American Joint Committee on Cancer Melanoma Staging System. [J Clin Oncol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11504744) 2001 Aug 15;19(16):3622-34.

12. Balc CM, Houghton AN, Milton GW et al (Eds) : Cutaneous Melanoma, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott, 1992:165-99.

13. Yan X et al. Contremporary Diagnostic Imaging Modalities for the staging and surveillance of Melanoma Patients: a Meta-analysis. JNCI.2011; Vol 103,Issue 2:129-142

14. Voit C et al. Ultrasound morphology criteria predict metastic disease of the sentinel nodes in patients with melanoma. J Clin Oncol.2010;28(5):847-52

15. AJCC Cancer staging Handbook. From the AJCC Cancer staging manual, Seventh Edition. Springer 2010

Vedlegg 3: mail fra Bremnes og Bjordal 15.9.15

Ikke sensitiv

Viser til forslag retningslinjer ved kontroll og oppfølging av malignt melanom (mail 30.08.15):

Vi vil fraråde å innføre forslaget til nye retningslinjer slik som skissert.

Med forslaget som ligger på bordet og tall fra 2013 vil i underkant av 200 pasienter inkluderes årlig i et kontrollopplegg med PET-CT og UL i 5-10 år. Dersom en regner med at ca halvparten av pasientene går ut av kontrollopplegget (avansement til stadium 4), vil dette bety 500-1000 PET-CT i året og nesten dobbelt så mange UL-undersøkelser hos denne pasientgruppen.

Det foreligger ingen studier som kan dokumentere gevinst av tett oppfølging med PET-CT og UL i 5-10 år.  Forslaget til nye retningslinjer er stikk i strid med de få studier som foreligger.

En studie fra Memorial Sloan-Kettering (Site and timing of first relapse in stage III melanoma patients: implications for follow-up guidelines, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3664035/> ) konkluderer med at det er liten/ingen gevinst i å følge stadium III i mer enn 2 – 3 år da kun ca 5% av residiv kommer etter 2-3 år.

Grovt regnet vil forslaget medføre 25-50 ekstra PET-CT pr år i Helse-Nord (Helse Nord har 10 % av Norges befolkning, og ca halv innsidens av melanomer). Pr i dag utføres 3-400 PET-CT undersøkelser pr år i UNN, og det er ingen ledig kapasitet. Helse-Nord må allerede avvise pasienter med indikasjon for PET-CT og kjøpe tjenester fra det private og andre helseregioner.  Det er derfor meget viktig at kapasiteten brukes rett. Vi anser forslaget som er fremmet her, unødig og feil bruk av kapasiteten.

Falske positive funn ved PET-CT er ikke ubetydelig, og en må forvente ekstra unødig utredning av pasienter, som jo også vil koste.

Ved å gjøre PET-CT utover 2-3 år i denne gruppen, vil en oppdage få residiv, og høyt antall falsk positive (sml. referanse 13 i forslag).

Tatt i betraktning manglende kapasitet, betydelig kostnader og ingen dokumentasjon av gevinst, fraråder vi å innføre disse retningslinjene i handlingsprogrammet.

Vi foreslår at NMG på neste møte diskuterer om handlingsprogrammet skal anbefale PET-CT før glandelkirurgi og årlig de 2-3 første år hos pasienter i stadium IIc og III i tillegg til årlig/halvårlig UL av glandelstasjoner i 2-3 år.

Mvh

Katja Bremnes og Erling Bjordal

**Fra:** Henrik Løvendahl Svendsen [mailto:hlsvendsen@gmail.com]
**Sendt:** 30. august 2015 21:26
**Til:** Amundsen Anita; Hans Fjøsne; Hans Petter Gullestad; Hans Petter Gullestad OUS; Henrik Løvendahl Løvendahl Svendsen; Ingeborg M Bachmann; Jarle Karlsen; Jürgen Geisler; Kari Dolven Jacobsen; Bremnes Katja; Lars Andreas Akslen; Lene Kroken; Lovise Mæhle; Martha Nyakas; Michael Schneider; Nils Andreas Eide; Oddbjørn Straume; Olav Inge Håskjold; Per Helsing; Ragnhild Telnes; Nergård Solveig; Steinar Aamdal; Trude Eid Robsahm
**Emne:** Kontroll og oppfølgning av pasienter med malignt melanom

Hei

her er forslaget til ny oppfølgningsplan av pasienter med malignt melanom som ble diskutert 29.4.15 i Bergen. Det er endringer i både bildediagnostikk, og forslag om en mindre endring i antall kontroller. Vedlegger også tall fra kreftregisteret om antall IIc og III pasienter.

Ber alle lese gjennom dokumentet og at alle melder tilbake om de har innspill til endringer eller ikke innen 3 uker (20.9).

Hvis det ikke er store endringer kan vi få dem inn i handlingsplanen før Onkologisk Forum. God tur til dem som skal til Gøteborg og Nordisk møte 2015.

Med vennlig hilsen

Henrik Løvendahl Svendsen

Tenk miljø – ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig

Vedlegg 4: mail 7 oktober fra kreftregisteret

Marianne har sett på antall tilfeller av malignt melanom i hud med residiv og metastaser for diagnoseperioden 2008-2013, og hvor de først oppstår. Du finner en oversikt over disse i vedlagt excelark sammen med dokumentasjon for uttrekkene. Det kan jo se ut som dette stemmer overens med det du viser til fra det tyske registeret hvor 2/3 er regionalt og 1/3 fjern.

Dette utleveres med hjemmel i Kreftregisterforskriften § 3-4 (1).

Vi gjør oppmerksom på at tallene er hentet fra Kreftregisterets dynamiske databaser og derfor kan skille seg noe fra de tallene som finnes i våre trykte publikasjoner.

Vilkår for utlevering av data

         Bakveisidentifisering eller forsøk på rekonstruksjon av identitet på utlevert materiale er ikke tillatt.

         Ved eventuell publisering av disse tallene skal det henvises til Kreftregisteret.

         Ved all offentliggjøring, både muntlig og skriftlig, skal det også gjøres oppmerksom på at Kreftregisteret ikke er ansvarlig for presentasjonen eller tolkningen av tallene.

* Følgende skal tas med i acknowledgement eller introduksjon i eventuelle publikasjoner:

*”Denne artikkelen/studien bruker data fra Kreftregisteret. Tolkning og rapportering av disse data er forfatternes ansvar alene, og har ikke vært gjenstand for godkjenning fraKreftregisteret.”*

(Engelsk versjon finnes på våre hjemmesider.)

Jeg håper dette er tallene du ønsker. Dersom noe er uklart, er det bare å ta kontakt.

Mvh

Hilde Hedemann Brenn

Dokument 1

Residiv og metastase

# Resultat

Vedlagt finnes et excelark med oversikt over antall tilfeller med residiv og metastase for perioden 2008-2013, og hvor de først opptrer. Dette er fordelt på lokalt residiv, regional metastase, fjernmetastase, metastase ukjent hvor og metastase kun basert på klinisk melding.

# Uttrekkskriterier

Førstegangstilfeller av malignt melanom i hud i perioden 2008-2013 danner hele kohorten. Videre har vi talt opp de som får metastase/residiv (ev. også har metastase på diagnosetidspunket), dette er basert på tilfeller som:

* Har en malign patologisk melding med metastasekode 1, 2, 4, 6 eller 7
* Har en malign patologisk melding med basis for diagnosen 57 eller 37
* Har en klinisk melding med informasjon om tilbakefall

Disse presenteres i ulike kategorier avhengig av hvilken type melding om metastase eller residiv som opptrer først:

* **Lokalt residiv:** Malign patologisk melding med basis for diagnosen 57 eller 37
* **Regional metastase**: Malign patologisk melding med metastasekode 1 eller 6
* **Fjernmetastase:** Malign patologisk melding med metastasekode 2 eller 4
* **Metastase ukjent hvor:** Malign patologisk melding med metastasekode 7
* **Kun fra klinisk melding:** Har kun en klinisk melding med informasjon om tilbakefall, men ingen patologisk melding.

Definisjon av metastasekoder for malignt melanom i hud:

|  |  |
| --- | --- |
| 0  | Ingen direkte innvekst i omliggende vev/organ, lymfeknutemetastaser eller organmetastaser    |
| 1  | Lymfeknutemetastase i drenasjeområdet   |
| 2  | Lymfeknutemetastase ethvert annet sted      |
| 4  | Organmetastase uansett hvor      |
| 6  | Satelitt-svulst eller nytt melanom i drenasjeområdet. Satelittsvulst er tumor mindre enn 2 cm fra arret og kodes her. Her kodes også "in transit" metastaser som er tumor mer enn 2 cm fra arr men likevel ikke forbi regionale glandler.  |
| 7  | Metastase påvist, men ukjent hvor      |
| 8  | Mikroinvasiv vekst, karsinom med begynnende infiltrasjon      |
| 9  | Ukjent utbredelse på diagnosetidspunktet      |

Definisjon av aktuelle basiskoder:

|  |  |
| --- | --- |
| 37 | Cytologisk undersøkelse av lokalt residiv (tilbakefall av sykdommen i samme kroppsområde som primærsvulsten satt) (Benyttes selv om  histologiske spesialundersøkelser er utført)Kirurgi: 96            Benyttes kun for nye tilfeller av *solide* svulster f.o.m. 01.01.94            Metastase 9  |
| 57 | Histologisk undersøkelse av lokalt residiv (tilbakefall av sykdommen i samme kroppsområde som primærsvulsten satt) (Benyttes selv om  histologiske spesialundersøkelser er utført)Kirurgi: 95, 97            Benyttes kun for nye tilfeller av *solide* svulster f.o.m. 01.01.94.            Ved overgang skal BASIS 57 ikke brukes.  |

Excel ark som fulgte med:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Diagnoseår | Kohort | Residiv og Metastase |
|   | Totalt antall | Totalt antall | Hvor | Antall | Andel |
| 2008 | 1296 | 352 | Lokalt residiv | 27 | 8 % |
|   |   |   | Regional metastase | 196 | 56 % |
|   |   |   | Fjernmetastase | 77 | 22 % |
|   |   |   | Metastase ukjent hvor | 40 | 11 % |
|   |   |   | Kun fra klinisk melding | 12 | 3 % |
| 2009 | 1435 | 349 | Lokalt residiv | 24 | 7 % |
|   |   |   | Regional metastase | 178 | 51 % |
|   |   |   | Fjernmetastase | 82 | 23 % |
|   |   |   | Metastase ukjent hvor | 56 | 16 % |
|   |   |   | Kun fra klinisk melding | 9 | 3 % |
| 2010 | 1535 | 303 | Lokalt residiv | 14 | 5 % |
|   |   |   | Regional metastase | 178 | 59 % |
|   |   |   | Fjernmetastase | 60 | 20 % |
|   |   |   | Metastase ukjent hvor | 42 | 14 % |
|   |   |   | Kun fra klinisk melding | 9 | 3 % |
| 2011 | 1741 | 307 | Lokalt residiv | 18 | 6 % |
|   |   |   | Regional metastase | 184 | 60 % |
|   |   |   | Fjernmetastase | 48 | 16 % |
|   |   |   | Metastase ukjent hvor | 44 | 14 % |
|   |   |   | Kun fra klinisk melding | 13 | 4 % |
| 2012 | 1779 | 293 | Lokalt residiv | 12 | 4 % |
|   |   |   | Regional metastase | 166 | 57 % |
|   |   |   | Fjernmetastase | 48 | 16 % |
|   |   |   | Metastase ukjent hvor | 54 | 18 % |
|   |   |   | Kun fra klinisk melding | 13 | 4 % |
| 2013 | 1721 | 263 | Lokalt residiv | 9 | 3 % |
|   |   |   | Regional metastase | 164 | 62 % |
|   |   |   | Fjernmetastase | 41 | 16 % |
|   |   |   | Metastase ukjent hvor | 39 | 15 % |
|   |   |   | Kun fra klinisk melding | 10 | 4 % |
|  |  |  |  |  |  |