Norsk melanomgruppe

Referat møte i styringsgruppen 18.6.2019

**Tid: Tirsdag 18/06/19 kl. 13-17**

**Sted: Comfort Hotel Bergen Airport**Mob: +47 96 98 26 68 | Tel: +47 55 52 98 07 |
[Lønningsvegen 45](https://maps.google.com/?q=L%C3%B8nningsvegen+45&entry=gmail&source=g) | P.O. Box 125 | N-5258 Blomsterdalen |

**Tilstede**: 19

Oddbjørn Straume, Henrik Løvendahl Svendsen, Lene Kroken, Ingeborg Bachmann, Jarle Karlsen, Hans Fjøsne, Anita Amundsen, Nils Eide, Marianne Fretheim, Martha Nyakas, Trude Robsahm, Solveig Nergård, Kari Dolven Jacobsen, Marit Langmyr, Hilde Pettersen; Håvard Nordgård; Silje Fismen

Kreftregisteret: Hilde Hedemann Brenn

**Ikke tilstede:** Lars Akslen,

**Meldt avbud**: Truls Ryder, Katja Bremnes, Ragnhild Telnes, Anna K Winge-Main, Ingrid Roscher, Jarle Kjøsen, Jürgen Geisler.

**Referent**: Henrik Løvendahl Svendsen

***Sak 1***

**Godkjenning av innkalling og referat fra 14.11.2018**

Ingen kommentarer. Innkalling og referat ble godkjent.

**Valg av referent**: Henrik Løvendahl Svendsen

Sak 2

**Orienteringssaker (Oddbjørn og Henrik)**

1. ***status for handlingsprogrammet –Med nytt kapittel om adjuvant behandling som er klart. Nytt oppfølgning og staging kapittel på vei, viser til sak 3. Fortsatt foreligger kun pdf versjon. Nettversjon skulle være publisert ifølge Løvstad i Helsedirektoratet.***
2. LIS: Vemurafinib og kobimetinib samt Nivolimumab som er førstevalg ved medisinsk behandling med hhv målrettet behandling og immunbehandling.
3. Program OF i Tromsø: **alle må komme med innspill til program**. Vi vil gjerne ha inn en utenfra Norge.
4. Solarium statement sendes ut fra Statens Strålevern, NMG støtter dette og er med

Sak 3

Handlingsprogrammet.

Staging og oppfølgning (St Olav MDT gruppen, Fretheim/ Dolven Jakobsen)

Adjuvant behandling (Straume, Nyakas, Winge-Main)

Fretheim og Karlsen gjennomgår forslag til endringer. I hovedsak 6mnd kontroller og færre ultralydskontroller. Mindre MR. Legger ved forslag i vedlegg 1. Basert på NCCN, wiki guidelines fra Australia, øvrige nordiske land og søk. Ultralyd bortfaller fra stadium I og II. Blir nevnt at mange av de mellomtykke melanom mellom 0,75 og 1,5 mm debuterer med glandelmetastaser, og at ul er best til å oppdage dette.

Diskusjon rundt IIA, IIB og IIC samt IIIA. Diskusjon om bruk av ul hos de som ikke får SNB og til de som er SNB positive hvor MSLT II studien brukte ultralyd hver 4 mnd mot 6mnd som nå er foreslått. Forslag om at man alltid gjør scintigrafi selv om det ikke skal gjøres SNB for å kunne følge dem mere målrettet med UL, det støttes av Fretheim, Langmyr og Ayca.

Forslag om å utelate PET CT og MR fra IIIA staging. Må sees nærmere på. Bekymring for å gå til lengre intervall ved kontroller, men ingenting som har vist at kontroll hver 6 mnd er dårligere enn hver 4 mnd frasett Garbe studien fra 2003.

Enighet om hovedtrekk i forslaget, det renskrives og sendes ut til alle for diskusjon og vedtak til OF i Tromsø. FHI sin representant har vært involvert Ketil Brurberg. Det skal skrives et følgebrev til FHI som illustrerer endringer i bildebruk.

Henrik lager sammendrag av forslag og sender ut til alle.

Martha: hva gjør vi med oppfølgning etter 5 år? De fleste følger pasienter med metastaser halvårlig eller årlig med kliniske kontroller.

Anbefales å ta opp i MDT møter hvis det er sjeldne undergrupper med diskrepans mellom tykkelse og histologiske aggressive tegn etc.

Sak 4 Pågående og planlagte melanomstudier

 (Marta/ Oddbjørn/ andre?)

\*Straume: BGBEr trygg og virker til å gå greit. Oslo og Trondheim noen pasienter. Tromsø ingen. Flere sier nei grunnet mye prøver, EKG. Mulig det kan endres ved oppdatering av safety data. Kommer sannsynligvis en adjuvant IIB og IIC studie i Oslo og Bergen til høsten.

Ønske om å komme med i MELMART II, men vanskelig pga tid.

\*Martha: Starter også adjuvant Combi A+ studie er åpen for BRAF mutasjon + stadium III pasienter (ca 15 pasienter).

For uvealt metastatisk melanom: LXS196X2101 som virker på melanom med GNAQ/11 mutasjoner. Lovende på dyremodeller. 4 pasienter. Men er nå dessverre stoppet.

Ekspertpanelet har anbefalt å sende pasienter til Nordisk studie i Gøteborg. Dyrt for avdelingen. Isolerte levermetastaser. 1 linje behandling med hyperterm leverperfusjon med melfalan.

\*Jacobsen: Strålebehandlingsstudie på hjernemetastaser i Australia er lukket, men samler stadig data.

Treatment studie med MR for lunge og melanom for å se på progresjon vs stråleskade ved strålebehandlede hjernemetastaser. Viser ingen gevinst av helhjernebestråling etter sterotaktisk stråling. Nesten ingen metastaser til hippocampus som medfører mulighet for å skåne dette området. Kari innrullerte 58 pasienter av 220 pasienter og presenterte på ASCO.

\*Silje kommentar til review artikkel i tidskriftet. Spørsmål om underliggende diagnoseglidning. Venter på REK godkjenning av gjennomgang av melanom i OUS 20 år tilbake for å se om det er forskjeller. Oppgjørelse fra Bergen som ikke er publisert (eller helt ferdig registrert) viser at det er få endringer av diagnose etter gjennomgang av samme patolog og Henrik av ca 1349 superfisielt spredende melanom i perioden 1981-2010.

Sak 5 Økonomi (Svendsen snart Amundsen)

I disse dager overføres midler til UNN. Ca 30669 kr + 70000 nye kr fra Helsedirektoratet til årets støtte. I tillegg 112787kr i egne midler som ikke er øremerket. Det skal sendes søknad om tilskudd i april og lages regnskap ved årsskifte. Amundsen sender ut reiseregningsskjema som ny kasserer.

Sak 6 Norsk melanommøte 2019 (Karlsen)

Kommer informasjon i Tidsskriftet , onkonytt, hjemmesider til allmenlegeforeningen og på [www.norskmelanomgruppe.no](http://www.norskmelanomgruppe.no) . Blir i Trondheim 13.9.19. Blir et godt møte med bredt og spennende program. God mulighet for å ta med LIS da det er godkjent for flere spesialer.

Sak 7 NMG statutter. NMG representanter. Valg 2019.

(Arbeidsutvalget / Valgkomiteen (Amundsen, Telnes og Ryder)

Statuttene gjennomgås. Diskusjon rundt hvem som skal være i den faste styringsgruppen. Ikke konsistent at radiolog og nukleærmedisinere ikke er med i den faste gruppen. Uhensiktsmessig å få vara fra samme helseregion hos de som ikke har representanter fra alle regioner, men kun har en representant for sin spesialitet. Ønske om å få inn et punkt om at alle i skrivegruppen i handlingsprogrammet bør møtes i styringsgruppemøtene.

Valgkomiteen skal foreslå ressurspersoner.

Se vedlegg 3.

Sak 8 Eventuelt

1. Lene Kroken: Fastlegekapittel i handlingsprogrammet.

Jeg er nå medlem i en fastlegegruppe under HDir. Var på møte med dem i går. Det ønskes et eget punkt i handlingsprogrammet om fastlegenes oppgaver i forhold til disse pasientene. Har laget et utkast til NMG som kan sendes rundt til alle.

Det er vanlig i de ulike handlingsprogramgruppene at det er tilknyttet 2 fastleger, bla for å sikre kontinuitet. Vi lønnes av HDir og vil ikke belaste NMG for reise. Bodil Aasvang Olsen vil også være med i gruppen.

1. ***Oddbjørn og Henrik: Handlingsprogrammet: Trenger også å se på kapitlene om hode hals melanom/ gyn/ uro/ gastro dvs slimhinnemelanom som ikke har vært oppdatert på mange år. Hode hals melanom vil Kari og Martha ta videre, sjeldne melanom vil Henrik ta videre. Kari vil se på strålingskapittelet da postoperativ stråling er så godt som obsolet nå. Brukes kun når annet ikke er mulig.***

***Ønskelig med kirurgi, onkologi og hudgrupper med en formann slik at man kan be spesialitetene ta ansvar for sine kapitler i handlingsplanen og at skrivingen iikke hviler på enkeltpersoner. De vil også stå på hjemmesiden til NMG som kontaktpersoner vedrørende henvendelser om emner til disse spesialitetene.***

1. Henrik: får alle gode patologisvar vedrørende sentinel node biopsier? Ja, alle er fornøyde. En periode med svar som var vanskelig å tolke i Bergen, men det er endret etter samarbeidsmøter.
2. Program OF 2019: innlegg om hjernemetastaser. Ber alle om å gi tilbakemelding til Oddbjørn og Henrik med forslag til program.
3. Jarle: informerer om ønske om at vi deltar på allmenlegemøteuker med innlegg. Sannsynligvis fornuftig med hudlege og allmenlegerepresentant. Lene er interessert.
4. Amundsen: det er fint i Bergen, men ønsker møter i Oslo pga av reisevei for dem som kommer fra UNN.
5. adjuvant behandling: kommer tidligst august. Innført i Danmark og Sverige. Vi har ventet i over et halvt år. Alle studier og data er tilstede.
6. Martha: mye spørsmål fra onkologer rundt omkring og derfor planlegges melanomundervisning om bivirkninger til medisinsk behandling 24.10. 1 møte i året??? Rullere mellom regioner??
7. Nasjonalt kvalitetsregister innen føflekkreft

*(Hilde Hedemann Brenn, Kvalitetsregisteransvarlig, føflekkreftregisteret*

 *og Henrik Løvendahl Svendsen, leder i referansegruppen til føflekkreftregisteret)*

* *Endringer i meldeskjema: er satt i gang.*
* *PROMS Robsahm, Veierød, Fevang fra melanomforeningen og Svendsen har holdt møte. Er stort sett enige om spørsmål vi ønsker å ha med. Venter på kreftregisteret sin generelle plattform skal bli klar.*
* *Tidslinje for viktige hendelser innen melanom diagnostikk, registrering, behandling registreres nå og kommer på KREMT hjemmesiden og i årsrapporten.*
* *Ønske om risikostratifiseringsverktøy som kan hjelpe med å bedømme oppfølgning og behandling i fremtiden med Norske tall*
* *Nye overlevelsefigurer etter stadium*
* *Relativ 5 års overlevelse hos in situ og stadium IA pasienter er tilnærmet 100% i forhold til bakgrunnsbefolkningen og understøtter færre kontroller til disse gruppene*

Vedlegg 1. Utkast til ny oppfølgning fra MDT St Olav med Fjøsne, Telnes, Karlsen, Fretheim, Jacobsen og Ayca med endringer etter styringsgruppemøte 18.6.19 ført inn av Svendsen

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| T | N | M | Stadium | Klinisk kontroll | Ultralyd | PET-CT | MR | Kommentar |
| Tis | 0 | 0 | 0 | En |   |   |   | God info! Følges videre hvis spesiell risiko |
| T1a | 0 | 0 | 1A | En |   |   |   | God info og div forbehold før avslutning individ og histologi |
| T1b | 0 | 0 | 1B | En |   |   |   | Nedstages til 1A i f t oppfølging ved neg SNB |
| T2a | 0 | 0 | 1B | Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år |  |  |  |  |
| T2b-3a | 0 | 0 | IIA | Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år | Hver 6 måned i 3 år |  |  |  |
| T3b-4a | 0 | 0 | IIB | Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år | Hver 6 måned i 3 år | 0, 12,24 og 36 mnd |  Ved klinisk mistanke | Ultralyd av lymfeknutestasjon identifisert med scint |
| T4b | 0 | 0 | IIC | Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år | Hver 6 måned i 3 år | 0, 12,24 og 36 mnd |  Ved klinisk mistanke | Ultralyd av lymfeknutestasjon identifisert med scint |
| T1-T4a | N1aN2a | 0 | IIIA | Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år | Hver 6 måned i 3 år |   |  Ved klinisk mistanke | Ultralyd av lymfeknutestasjonidentifisert med scint |
|  |  | 0 | IIIB | Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år | Hver 6 måned i 3 år  |  0, 12,24 og 36 mnd |  0  | Ultralyd av aktuell lymfeknutestasjon |
|  |  | 0 | IIIC | Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år. |  Hver 6 måned i 3 år |  0, 12,24 og 36 mnd |  Samme som PET-CT | Ultralyd av aktuell lymfeknutestasjon |
|  |  |  | IIID | Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år. |  Hver 6 måned i 5 år |  0, 12,24 og 36 mnd |  Samme som PET-CT | Ultralyd av aktuell lymfeknutestasjon |
|  |  |  | IV | Individualiseres |  Individualiseres | 10 års oppfølging? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Andre kommentarer: Suspekte glandler skal undersøkes cytologisk før henvisning til PET-CT.

Radiologisk oppfølging forutsetter at pasienten er vurdert til å tåle kirurgi eller systembehandling ved påvist spredning.

**Avslutning stadium 1A (pT1a og pT1b med negativ vaktpost) :**

Forutsetter god informasjon om egenundersøkelse og solvett.

Individuell risiko i forhold til nye melanom kan være grunn til å følge f.eks årlig (unge pasienter, multiple inhomogene nevi, hudtype 1, familiær forekomst uten påvist mutasjon).

Der det er beskrevet mitoser, vaskulær infiltrasjon, ulcerasjon eller desmoplastisk vekstmønster bør man følge opp som ved 1B.

Oppfølging som ved høyere stadium kan også være indisert hos immunsupprimerte, må vurderes individuelt og evt meldes til MDT-møte .

Vurdere å ta bort MR caput 2B-3B, starte på 3C der studier har vist høyest risiko samt billeddiagnostikk ved 2B jf anbefalinger AJCC og Australia.

**Vedlegg 2 Staging kapittel 5**

# Kapittel 5.?: Bildediagnostikk som ledd i utredning og staging

Anbefalingene i kapitlet er basert på eksisterende kunnskap om risiko for fjernmetastaser på diagnosetidspunktet. Risikoen er avhengig av både T- og N-status[1]. Avgjørelsen om indikasjon for bildediagnostikk tas på bakgrunn av patologiresultat etter tumoreksisjon og SN-biopsi, samt eventuelt nærvær av klinisk detekterbare metastaser.

Det finnes ingen evidens for økt overlevelse som effekt av bildediagnostikk ved melanom, hverken i forbindelse med staging eller i oppfølging. De fleste studier som er utført er av retrospektiv art, og prospektive, randomiserte studier av høy kvalitet mangler. Det betyr at våre konsensusanbefalinger i hovedsak er basert på studier med lavt evidensnivå. Vi har i stor grad benyttet oppdaterte retningslinjer fra Australia og USA som grunnlag for arbeidet [2-4].

I høyrisikogruppen for utvikling av fjernmetastaser medregnes de tykkeste melanomene med ulcerasjon (stadium IIC) og melanomer med klinisk detekterbare lymfeknutemetastaser (stadium IIIB og IIIC) [1]. I tillegg kommer gruppen med klinisk erkjent fjernmetastasering (stadium IV), som kan ha ytterligere okkult metastatisk sykdom.

De fleste studier viser at PET/CT har høyere sensitivitet og spesifisitet enn CT for deteksjon av metastaser fra melanom [2, 5] Metoden avbilder dessuten hele kroppen, i motsetning til ved CT-undersøkelse, der ekstremitetene utelates.

Sensitiviteten for å avdekke hjernemetastaser er begrenset ved både PET/CT og CT, mens MR caput både har høy sensitivitet og spesifisitet for påvisning av metastaser i hjerneparenchymet [3,6,18].

Ultralyd av regionale lymfeknutestasjoner før SN-biopsi er kun hensiktsmessig ved klinisk mistanke om lymfeknutemetastaser[7]

**Anbefalinger for bruk av PET/CT og MR caput til staging:**

**Generelt:**

Positron emisjon tomografi (PET) med radioaktivt merket glukose (FDG - Fluorodeoxyglukose) brukes til å identifisere metabolsk aktive områder som kan representere metastatisk sykdom. CT utført i forbindelse med PET bidrar til å anatomisk lokalisere lesjoner og øker den diagnostiske treffsikkerheten til PET. CT utført i forbindelse med PET er oftest lavdose uten intravenøs kontrast. FDG PET/CT kan være nyttig ved deteksjon av okkulte metastaser fra melanom hos asymptomatiske pasienter i høyrisikogruppen [8]. Metodens sensitivitet er avhengig av lesjonenes størrelse, lokalisasjon og opptaksintensitet. Lesjoner med diameter < 3-5mm kan ikke karakteriseres.

MR caput med intravenøs kontrast har høy sensitivitet for påvisning av hjernemetastaser. Tidlig diagnostikk av metastaser til CNS er viktig fordi klinisk symptomatiske hjernemetastaser er assosiert med betydelig morbiditet og dårlig overlevelse, samtidig som utfall av behandling er betydelig bedre hos pasienter med lav CNS-tumorbyrde og /eller asymptomatiske metastaser [9]. Hjernemetastaser forekommer hos <5% av pasienter med stadium I-IIIB sykdom, og bør derfor kun benyttes for staging av høyrisikopasienter [4, 10].

Stadium I-IIB

Nytteverdien av PET/CT er liten for pasienter med tynne til intermediært tykke melanomer. Undersøkelsens sensitivitet er i henhold til studier lav ved stadium I-II sykdom, og bildediagnostikken medfører svært sjelden endring i den kliniske håndteringen [2, 11]. Falske positive funn kan medføre unødvendige invasive prosedyrer og/eller belastende kontrollopplegg med betydelig innvirkning på livskvalitet. I tillegg kommer hensynet til strålebelastning [2].

Rutinemessig PET/CT eller MR caput anbefales ikke for staging i denne pasientgruppen [2].

Stadium IIC

Studier viser ingen klinisk nytteverdi ved bruk av PET/CT ved stadium I og II - sykdom sett under ett,men basert på tall for 10-års overlevelse skiller stadium IIC seg ut som en høyrisikogruppe [1]. Flere studier, som oftest retrospektive i design, viser at sensitiviteten for deteksjon av metastaser ved PET/CT er høy ved tykke melanomer med ulcerasjon (T4b) [2, 11]. Ulcerasjon er, isolert sett, en negativ prognostisk faktor, idet pasienter med ulcererte tynne melanomer har samme overlevelse som pasienter med ikke - ulcererte tykke melanomer [1, 12]. I følge American Joint Committee on Cancer Eighth Edition Cancer Staging Manual er tall for 10-års overlevelse ved T1a - og T4b - melanomer henholdsvis 98% og 75% [12].

Bruk av PET/CT og MR caput for staging ved stadium IIC – sykdom anbefales.

**Stadium III**

***Stadium IIIA*:**

**Sentinel node - positive pasienter (micrometastaser uten klinisk palpable lymfeknuter)**

Flere retrospektive studier viser at bildediagnostikk (PET/CT eller CT) påviser okkulte metastaser hos kun 0,5 – 3,7% i denne pasientgruppen[2] [13, 14], Prognose hva gjelder 10-års overlevelse er bedre enn ved stadium IIC - sykdom [15].

Rutinemessig bruk av PET/CT og MR caput ved staging for stadium IIIA - sykdom anbefales ikke [3].

Ved særlige forhold (eks ung alder, stort micrometastatisk fokus i SN (>2mm), ekstranodal vekst, multiple mikrofoci i en lymfeknute, flere positive lymfeknuter) anbefales indikasjon for bildediagnostikk diskutert på individuell basis, og i forbindelse med MDT-møter.

***Stadium IIIB – IIID*:**

**Klinisk palpable lymfeknutemetastaser og /eller in-transit, satellitt, mikro-satellitt metastaser**

PET/CT har høy sensitivitet og spesifisitet for påvisning av fjernmetastaser hos pasienter med klinisk palpable lymfeknutemetastaser [3, 8]. Studier viser at bruk av PET/CT på diagnosetidspunktet medfører endret behandlingsstrategi hos 19-35% av pasienter i denne gruppen [3, 16].

PET/CT og MR caput anbefales for staging ved stadium IIIB – IIIC - sykdom [3].

**Stadium IV**

Disse pasientene er ofte kandidater for systemisk terapi og bildediagnostikk er nødvendig for oversikt over tumorutbredelse før behandlingsstart. Flere studier viser at utredning med PET/CT og MR kan føre til endret behandlingsopplegg for denne pasientgruppen, spesielt når det i utgangspunktet er planlagt kirurgisk inngrep [17, 18]. Påvisning av hjernemetastaser vil også kunne endre behandlingsstrategi.

PET/CT og MR caput anbefales for staging ved stadium IV – sykdom.

Tabell 1: Bildediagnostikk etter kirurgisk lokoregional staging

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stadium | PET/CT | MR caput |
| IIC | ja | ja |
| IIIA | nei | nei |
| IIIB | ja | ja |
| IIIC | ja | ja |
| IIID | Ja | ja |
| IV | Ja | Ja |

Referanser:

1. Balch, C.M., et al., *An evidence-based staging system for cutaneous melanoma.* CA Cancer J Clin, 2004. **54**(3): p. 131-49; quiz 182-4.

2. Morton, R., et al., *What investigations should be performed following a diagnosis of primary cutaneous melanoma for asymptomatic stage I and stage II patients? Cancer Council Australia Melanoma Guidelines Working Party. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of melanoma. Sydney: Cancer Council Australia.*

3. Saw, R., et al., *Cancer Council Australia Melanoma Guidelines Working Party. What investigations should be performed when in transit and/or regional node disease (Stage III melanoma) is diagnosed?*

4. Coit, D.G., et al., *Cutaneous Melanoma, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.* J Natl Compr Canc Netw, 2019. **17**(4): p. 367-402.

5. Xing, Y., et al., *Contemporary diagnostic imaging modalities for the staging and surveillance of melanoma patients: a meta-analysis.* J Natl Cancer Inst, 2011. **103**(2): p. 129-42.

6. Bochev, P., et al., *Brain metastases detectability of routine whole body (18)F-FDG PET and low dose CT scanning in 2502 asymptomatic patients with solid extracranial tumors.* Hell J Nucl Med, 2012. **15**(2): p. 125-9.

7. Chai, C.Y., et al., *Preoperative ultrasound is not useful for identifying nodal metastasis in melanoma patients undergoing sentinel node biopsy: preoperative ultrasound in clinically node-negative melanoma.* Ann Surg Oncol, 2012. **19**(4): p. 1100-6.

8. Rodriguez Rivera, A.M., et al., *Value of positron emission tomography scan in stage III cutaneous melanoma: a systematic review and meta-analysis.* Surg Oncol, 2014. **23**(1): p. 11-6.

9. Goyal, S., et al., *Clinical Management of Multiple Melanoma Brain Metastases: A Systematic Review.* JAMA Oncol, 2015. **1**(5): p. 668-76.

10. Romano, E., et al., *Site and timing of first relapse in stage III melanoma patients: implications for follow-up guidelines.* J Clin Oncol, 2010. **28**(18): p. 3042-7.

11. Schroer-Gunther, M.A., et al., *F-18-fluoro-2-deoxyglucose positron emission tomography (PET) and PET/computed tomography imaging in primary staging of patients with malignant melanoma: a systematic review.* Syst Rev, 2012. **1**: p. 62.

12. Gershenwald, J.E. and R.A. Scolyer, *Melanoma Staging: American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8th Edition and Beyond.* Ann Surg Oncol, 2018. **25**(8): p. 2105-2110.

13. Holtkamp, L.H.J., et al., *Futility of imaging to stage melanoma patients with a positive sentinel lymph node.* Melanoma Res, 2017. **27**(5): p. 457-462.

14. Gold, J.S., et al., *Yield and predictors of radiologic studies for identifying distant metastases in melanoma patients with a positive sentinel lymph node biopsy.* Ann Surg Oncol, 2007. **14**(7): p. 2133-40.

15. Keung, E.Z. and J.E. Gershenwald, *The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care.* Expert Rev Anticancer Ther, 2018. **18**(8): p. 775-784.

16. Bastiaannet, E., et al., *Prospective comparison of [18F]fluorodeoxyglucose positron emission tomography and computed tomography in patients with melanoma with palpable lymph node metastases: diagnostic accuracy and impact on treatment.* J Clin Oncol, 2009. **27**(28): p. 4774-80.

17. Schule, S.C., et al., *Influence of (18)F-FDG PET/CT on therapy management in patients with stage III/IV malignant melanoma.* Eur J Nucl Med Mol Imaging, 2016. **43**(3): p. 482-8.

18. Millward, M., et al., *Cancer Council Australia Melanoma Guidelines Working Party. What investigations should be performed when Stage IV melanoma is diagnosed?*

Vedlegg 3 NMG statutter:

# Statutter for Norsk Melanom Gruppe (NMG)

Godkjent i Styringsgruppemøte 18.6.19.

Norsk Melanom Gruppe (NMG) består av en styringsgruppe på 15 personer, et arbeidsutvalg (4-6 personer) og en valgkomite (3 personer). Alle har en funksjonstid på 3 år og kan gjenvelges.

Styringsgruppe:

Forslag til medlemmer av Styringsgruppen fremmes fra aktuelle fagmedisinske foreninger og spesialforeninger.

Styringsgruppens sammensetning:

Hudlege, onkolog og plastikkirurg/kirurg fra hver helseregion (12), patolog (1), radiolog (1), nukleærmedisiner (1), almennpraktiserende lege (1) totalt 16 medlemmer. Kan gjenvelges.

Hvert styringsgruppemedlem kan selv peke ut et varamedlem som har stemmerett dersom styringsgruppemedlemmet er hindret i å delta på styringsgruppemøter. Varamedlemmet skal representere samme spesialitet og, for hudlege/ onkolog og plastikkirurg/ kirurg, komme fra samme helseregion som styringsgruppemedlemmet. Dersom et styringsgruppemedlem sier fra seg sin plass i styringsgruppen i løpet av en valgperiode kan varamedlemmet stille i dennes plass frem til neste valg.

Styringsgruppemøter:

I tillegg til styringsgruppens faste medlemmer blir følgende ressurspersoner med talerett invitert til å delta i styringsgruppemøtene:

* Oftalmolog med spesialfelt innen behandling av øyemelanom
* Genetiker
* Epidemiolog
* Forsker
* Andre med særlig kompetanse innen melanomfeltet
* Andre i skrivegruppen til handlingsprogrammet

Arbeidsutvalg:

Arbeidsutvalget bør om mulig være sammensatt slik at de forskjellige helseregioner og de ulike spesialitetene er representert i størst mulig grad. Gruppen består av 4-6 personer inklusive leder, nestleder og sekretær/kasserer og velges av Styringsgruppen ved avstemming eller akklamasjon. Funksjonstid 3 år (sammenfallende med Styringsgruppen). Kan gjenvelges.

Leder, nestleder og sekretær/kasserer:

Leder bør ha stor erfaring og vitenskapelig legitimitet i fagmiljøet. Leder, nestleder og sekretær/kasserer velges av Styringsgruppen etter innstilling fra valgkomiteen. Funksjonstid 3 år (sammenfallende med Styringsgruppen). Kan gjenvelges.

Mandat og arbeidsoppgaver for styringsgruppe:

* Utarbeide og ajourføre handlingsprogram for malignt melanom og «pakkeforløp for føflekkreft»
* Utbre kunnskap om, og stimulere interessen for diagnostikk og behandling av malignt melanom
* Vurdere forslag til nye kliniske studier og initiere nye studier
* Utpeke ansvarlige for utarbeidelse og gjennomføring av protokoller
* Styringsgruppen er besluttende myndighet for økonomiske og administrative avgjørelser
* Arrangere nasjonale NMG møter, minst annen hvert år
* Velge arbeidsutvalg, leder og nestleder, kasserer og sekretær
* Styringsgruppen har møter ved behov og minst 1 gang pr år
* Representantene i styringsgruppen er ansvarlig for NMG- arbeidet i sine respektive regioner og for informasjon til sine respektive spesialforeninger
* Høringsinstans for relevante fagmedisinske høringsrunder
* Endringer i NMG statuttene krever 2/3 flertall ved avstemning i styringsgruppen, at minst ¾ av styringsgruppen er tilstede og at foreslåtte endringer er sendt ut minst 1 måned før møtetidspunkt.
* Andre avstemninger avgjøres med flertall hvor minst halvdelen av styringsgruppemedlemmene har avgitt stemme, ved stemmelikhet teller leders stemme dobbelt.

Mandat og arbeidsoppgaver for arbeidsutvalg:

* Samordne arbeidet med Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne melanomer
* Ansvarlig for den løpende drift av NMG
* Sekretariat for henvendelser til og fra NMG
* Foreslår /kanaliserer/ konkretiserer saker til behandling i Styringsgruppen
* Ansvarlig for regelmessig informasjon til Styringsgruppen
* Fordele arbeidsoppgaver innen Styringsgruppen etter kompetanse
* Ansvarlig for NMG's økonomi og fremlegger årsregnskap
* Ansvarlig for kontakt med tilsvarende grupper nasjonalt og nordisk og med farmasøytisk industri
* Forberede sakliste med saker til styringsgruppemøtene

Mandat og arbeidsoppgaver for valgkomite:

* Basert på forslag fra eksisterende valgkomité velges ny valgkomité på årsmøtet året før styringsgruppevalg, og har tre års funksjonstid
* Valgkomitéen skal bestå av 3 medlemmer, helst fra ulike RHF
* Leder og nestleder skal ikke sitte i valgkomitéen
* Medlem av valgkomitéen kan være kandidat til styringsgruppen og arbeidsutvalget
* Medlem av valgkomitéen kan være kandidat til leder og nestleder i neste periode, men må da tre ut av valgkomitéen
* Valgkomiteen skal påse at styringsgruppesammensetningen er i henhold til NMG’s statutter
* Foreslå kandidater til arbeidsutvalg samt leder, nestleder, kasserer og sekretær.
* Foreslå ressurspersoner
* Kontrollere at styringsgruppemedlemmer har støtte fra/er fremmet av aktuelle fagmedisinske foreninger og spesialforeninger