

Frequently asked questions (FAQ) for udfyldelse af Dansk Melanom Gruppens (DMG) skemaer (papirversion og/eller elektronisk på www.sundata.dk) for behandling af kutane melanomer.

Vejledning til udfyldelse af DMG's skemaer findes på www.melanoma.dk i venstre spalte under 'protokoller'. Dette FAQ-dokument er et supplement med de hyppigst stillede spørgsmål vedr. udfyldelse af DMG-skemaerne. Såfremt du har spørgsmål, som du ikke kan finde svar på i hverken protokollerne eller her kan spørgsmål stiles til den DMG-ansvarlige læge på hver plastikkirurgiske afdeling. Dokumentet vil løbende blive opdateret med spørgsmål og svar.

ON STUDY SKEMA DMG 2003 side 1-2 (papirversion) / fanebladet 'Klinik'

? Hvis patienten har flere slægtninge med melanom, skal der så afkrydses i både 'Ja' og 'Flere slægtninge'?

- Nej, der skal kun afkrydses i flere slægtninge.

? Hvordan skal man indtaste i "Klinik", når primær tumors er fjernet andetsteds

- 5.1 Her registreres lokalisation, der hvor tumor sad (fremgår af ar samt af patientens oplysning)

? Hvordan skal man indtaste i "Klinik", når primær tumors lokalisation er ukendt?

- 5.1 Registreres som lokalisation "98 "ukendt primær tumor".
- 5.2 Denne registreres som "Nej"
- Desuden skal man udfylde recidiv skema og behandling for recidiv skema og undlade at udfylde "8. operationsforhold".

? 5.2.1. Hvornår skal man afkrydse for nodulus i tumor?

- Hvis der kan påvises veldefineret nodulus i melanomet, eller hvis melanomet præsenterer sig som et enkelt nodulært element.

? 5.2.2./5.2.3. Hvornår er der tale om satellit eller in-transit metastase?

- Det drejer sig om makroskopiske kutane metastaser, og afstanden til primær tumor er afgørende for klassifikationen. Satellit: metastase inden for 2 cm fra primær tumor. In-transit metastase: over 2 cm fra primær tumor. I begge tilfælde skal recidiv skema udfyldes.

? 5.2.4. *Hvornår skal man afkrydse for regression?*

- Der afkrydses for regression, hvis dette ses (makroskopisk/dermatoskopisk) i tumor. Regression ses som aragtig lysere pigmenteret hudområde, som ofte er lidt forsænket i forhold til den øvrige del af tumor.

? 5.3. *Hvornår afkrydses for dysplastiske nævi?*

- Der afkrydses for dysplastiske nævi hvis patienten har klinisk (makroskopisk/dermatoskopisk) dysplastiske nævi kendetegnet ved:
 1. Nævi udviser uensartet pigmentering
 2. Nogle nævi er let infiltrerede, og infiltrationen kan evt. være ujævnt fordelt.
 3. Afgrænsningen til den raske hud er ofte uskarp.
 4. Nævi har en diameter på over 5 mm, ofte over 10 mm.

? *Hvordan registreres det, hvis patienten ikke har ønsket definitiv kirurgisk behandling?*

- Dette kan ikke noteres på nuværende tidspunkt.

? 6.1. *Primær diagnostik. Hvornår afkrydses for tangentiell afskæring og curettage?*

- Tangentiell afskæring afkrydses, når der er foretaget en superficiel afskæring af tumor parallelt med hudoverfladen.
- Curettage afkrydses når tumor er afskrabet med skarpske.

? 8.1. *Hvilken dato registreres for definitiv kirurgisk behandling?*

- Datoen for definitiv kirurgisk behandling af primær tumor angiver datoen for re-excisionen. Såfremt der ikke er foretaget re-excision af primær tumor vil datoen for definitiv kirurgisk behandling være den samme som under punkt 6.1.

? 8.2. *Hvilken excisionsafstand registreres?*

- Excisionsafstanden referer til den totale excisionsafstand (dvs. initiale excisionsafstand + re-excisionsafstand).

? 8.4.2. *Hvornår skal der afkrydses 'Ja' til blodprøver til serumbank?*

- Aktuelt er der ikke aftale om deponering af blod i biobank. Nogle afdelinger deltager i "Melanom og Arv" projekt og krydser måske af her, det er imidlertid ikke en biobank, men et projekt.

ON STUDY SKEMA DMG 2003 side 3 (papirversion) / fanebladet 'Patologiskema' (www.sundata.dk) - udfyldes af patologisk afd.

Ingen kommentarer.

SENTINEL NODE BIOPSI DMG 2003 – kirurgisk skema og patologiskema (papirversion) / 'Sentinel node biopsi kirurgi' og 'Sentinel node patologiskema' (www.sundata.dk) – udfyldes af henholdsvis plastikkirurgisk afd. og patologisk afd.

? *Hvilken tid efter injektion skal registreres ved dynamisk optagelse?*

- 1 minut da den dynamiske lymfeskintigrafi startes umiddelbart efter injektion

? *Hvor skal opladning i parotis registreres?*

- Opladning i parotis afkrydses under 'Hals'.
- ? *Hvor skal opladning i lymfeknuder andetsteds på hovedet registreres?*

- *Her er aktuelt ikke nogen god valgmulighed. Men man skal vælge "ekstraregionalt" og anføre lokalisation "på hovedet".*

? *Hvordan indtastes antal lymfeskintigrafisk påviste lymfeknuder? Hvis der eks. står 4-5 lymfeknuder.*

- Der skal vælges et helt tal. Alle bør konsekvent vælge højeste tal og registrere dette. I eksemplet skal altså skrives 5.

? *Hvordan registrerer man en mislykket SNB diagnostik?*

- Hvis den er mislykket på grund af manglende vandring af tracer, skal man svare "Ja" til Sentinel Node diagnostik på On study – klinik og efterfølgende afkrydse 'Ingen vandring af tracer' på SENTINEL NODE BIOPSI kirurgi skemaet.

? *Hvordan registrerer man, hvis man ved SNB diagnostik efterlader SN pga. deres lokalisation?*

- Dette bør anføres ved at afkrydse feltet "extraregionalt" under SNB kirurgi skema. Hvis man ikke har biopteret nogen lymfeknuder, vil feltet "lymfeknuder" være tomt indikerende, at ingen er blevet fjernet. Der findes ikke aktuelt bedre alternativ.

? *Hvordan registreres efterladt aktivitet (counts)?*

- Aktiviteten registreres efter fjernelse af den sidste sentinel node fra den enkelte lymfeknuderegion.

RECIDIV SKEMA (papirversion) / 'Recidiv' (www.sundata.dk)

? Hvornår afkrydses 'Ja' til 'metastaser tilstede på diagnosetidspunktet for primær tumor'?

- Man skal krydse 'ja' når der er fundet metastaser ved det primære kirurgiske forløb (typisk når sentinel node er positiv).

? Hvornår afkrydses 'Nej' til 'metastaser tilstede på diagnosetidspunktet for primær tumor'?

- Når patienten har recidiv men har haft en sygdomsfri periode efter det primære kirurgiske forløb.

? Hvis patienten på diagnosetidspunkt har metastaser, og efterfølgende får konstateret nye metastaser, skal man så afkrydse "Ja" til (de nye) metastaser tilstede på diagnosetidspunkt?

- Nej, det skal man ikke. Man skal svare Ja til recidiv nr. 1. Ved efterfølgende recidiver i skemaerne skal der ligeledes anføres "Nej".

? Hvornår afkrydses 'Ja' til 'Metastaser uden kendt primær tumor'?

- Når primær tumors lokalisation er ukendt (hvilket også vil være anført under punkt 5.1.).

? Skal man krydse af ved recidiv nr. 1 hvis SN er positiv?

- Ja - til trods for, at en positiv SN IKKE kan defineres som et recidiv, men aktuelt findes ikke bedre mulighed for registrering

? Kan man registrere flere metastaser på et recidivskema, hvis de er opdaget samtidigt?

- Ja, det er det korrekt at anføre alle metastaser, som er fundet i samme seance under samme recidiv nummer, også selvom der er diagnosticeret flere typer recidiv på samme tidspunkt fx hudmetastaser og lungemetastaser
- ? Hvilken recidiv dato anføres?
- Den histologi-verificerede dato, hvis muligt.

BEHANDLING FOR RECIDIV (papirversion) / 'Beh.recidiv' (www.sundata.dk)

? *Hvilken operationsdato skal anføres for behandling for kutane/subkutane metastaser?*

- Datoen for re-excision af kutane/subkutane metastase. Excisionsdatoen, hvor histologisvaret for den subkutane metastase foreligger, skal anføres på recidivskemaet under recidivdato.

? *Hvilken operationsdato skal noteres, hvis patienten opereres i flere regioner/ ad flere omgange for sit recidiv?*

- Den dato, hvor det sidste og definitive kirurgiske behandling for recidiv udføres, skal registreres.

? *Hvilken operationsdato skal registreres hvis man ikke kan opnå radikal behandling?*

- Hvis radikalitet ikke kan opnås registreres sidste operationsdato.

? *Hvilke lymfeknuder skal indgå, når man skriver antallet af lymfeknuder ved lymfeknudeexairese ved behandling af recidiv?*

- Her bør man kun registrere de lymfeknuder, som er blevet fjernet ved exairese (tidligere sentinel node lymfeknuder tæller ikke med).

? *Vedrørende onkologisk behandling af recidiv – hvem udfylder?*

- Onkologerne kommer endnu ikke Sundata . I det omfang kirurgen har kendskab til den valgte onkologiske behandling, bedes man krydse af i den relevante boks.

FOLLOW-UP SKEMA (papirversion) / 'Follow-up' (www.sundata.dk)

? *Hvad refererer 'Fortsat DMG-kontrol' til?*

- Fortsat DMG-kontrol refererer til ambulante kontroller på hospitalsafdelinger (plastikkirurgiske eller onkologiske afdelinger).

? *Hvordan skal det registreres, hvis follow-up kontrol overgår til egen læge eller dermatolog?*

- Under "Fortsat kontrol" vælges "3. Overgår til DMG kontrol andetsteds".

? *Hvornår vælges muligheden "2. Afsluttet kontrol forløb i live"?*

- Denne variabel vælges når patienten ikke længere kontrolleres.

? *Hvordan koder man, hvis patienten havde positiv SN og fik foretaget exairese og fortsat er uden tegn på sygdom?*

- Her vælges mulighed 1: intet recidiv efter primær behandling.

OFF STUDY SKEMA (papirversion) / 'Offstudy skema' (www.sundata.dk)

? *Hvornår skal off-study skemaet udfyldes?*

Dette skema anvendes udelukkende, når en patient er tabt for follow-up eller død. Tabt for follow-up refererer til, at patienten ikke længere kontrolleres ved plastikkirurg, onkolog, dermatolog eller egen læge indenfor anbefalede follow-up periode.

? *Hvilken dato registreres for 'Dato patienten sidst er set'?*

Sidste dato patienten er set i plastikkirurgisk ambulatorie registreres for patienter, som er tabt for follow-up (eks. flyttet til udlandet) eller dør.

På vegne af DMG, december, 2013:

Caroline A. Gjørup, læge, PhD-studerende, Plastikkirurgisk afdeling, Herlev Hospital

Alessandro Venzo, overlæge, Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling, Rigshospitalet

Navid Toyserkani, læge, Sekretær for DMG, Plastikkirurgisk afdeling, Odense Universitets Hospital

Krzysztof T. Drzewiecki, Professor, dr. med., overlæge, Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling, Rigshospitalet

Lisbet R. Hölmich, formand for DMG, dr.med., overlæge, Plastikkirurgisk afd., Herlev Hospital