

DMG 2003 KIRURGI

Kirurgisk behandling af patienter med kutant malignt melanom

Januar 2003

INDHOLD

1.	<i>FORMÅLET MED UNDERSØGELSEN</i>	3
2.	<i>PATIENTUDVÆLGELSE</i>	3
3.	<i>DIAGNOSTISK PROCEDURE</i>	3
4.	<i>DEFINITIV KIRURGISK BEHANDLING</i>	4
5.	<i>TUMOR MED SÆRLIG LOKALISATION</i>	5
6.	<i>LUKNING AF HUDDEFEKTEN EFTER DEFINITIV KIRURGISK BEHANDLING</i>	7
7.	<i>SENTINEL LYMFENUDE DIAGNOSTIK</i>	7
8.	<i>POSTOPERATIV KONTROL</i>	7
9.	<i>PATIENTINFORMATION</i>	7
10.	<i>RECIDIV AF MALIGNT MELANOM</i>	8

1. FORMÅLET MED UNDERSØGELSEN

- 1.1.** Formålet med denne protokol er at standardisere de diagnostiske og kirurgiske procedurer, der anvendes i institutioner tilknyttet Dansk Melanom Gruppe (DMG) hos patienter med primært kutant malignt melanom og in situ melanom.
- 1.2.** Standardiseringen af operationsprocedurerne skal sikre en optimal behandling af patienter og sikre det maksimale udbytte af de kliniske og patologiske patientdata, der indsamles ifølge DMG 2003.

2. PATIENTUDVÆLGELSE

- 2.1.** Patienter uanset alder kan indgå i protokollen.

3. DIAGNOSTISK PROCEDURE

Ved klinisk undersøgelse vurderes selve tumor for kliniske malignitetstegn, evt suppleret med epiluminescens-mikroskopi. Derefter undersøges hele huden og alle lymfeknudestationer.

- 3.1.** Ekscionsbiopsi foretages i lokal anæstesi, lednings- / regionært blok eller evt. i generel anæstesi.
- 3.2.** Anvendes lokal infiltrationsanæstesi skal huden infiltreres uden om ekscionsområdet.
- 3.3.** Ved ekscionsbiopsi excideres tumor så vidt muligt i 5 mm's afstand fra tumors rand og medtagende et lag af subcutis under hele biopsien, men ikke ned til muskelfascien.
- 3.4.** Ved direkte lukning af defekten efter biopsiproceduren skal underminering undgås ligesom hjørneplastikker så vidt muligt også skal undgås.
- 3.5.** Kan defekten efter biopsiproceduren ikke lukkes direkte, anlægges occlusiv forbindelse og endelig lukningsprocedure besluttet, når histologisk undersøgelse af biopsien foreligger.

4. ***DEFINITIV KIRURGISK BEHANDLING***

Inden definitiv kirurgisk behandling tages stilling til sentinel node biopsi, i henhold til pkt. 7. Ved maligne melanomer over 4 mm i tykkelse tages røntgen af thorax samt LDH bestemmelse.

4.1. ***Anæstesi valg***

4.1.1. Radikal operation kan gennemføres i generel anæstesi, ledningsanæstesi eller i lokal infiltrationsanalgesi, hvor der infiltreres uden for ekscisionsområdet.

4.2. ***Opmåling af ekscisionsafstand***

4.2.1. Når tumor er fjernet ved ekscisionsbiopsi beregnes ekscisionsafstanden fra arret.

4.2.2. Såfremt tumor er intakt beregnes ekscisionsafstanden fra tumors rand.

4.2.3. Hvis ekscisionsafstanden fra den diagnostiske ekscisionsbiopsi er kendt, reduceres ekscisionsafstanden ved den definitive kirurgiske behandling med den afstand der er angivet ved biopsiproceduren.

4.3. ***DMG's rekommanderede ekscisionsafstande***

4.3.1. **In situ melanom:**

In situ melanom (level I melanom) ekscideres medtagende en del af subcutis uanset lokaliseringen i 0,5 cm's afstand.

4.3.2. **Tumor ≤ 1 mm:**

Tumor ≤ 1 mm ekscideres i 1 cm's afstand til fascien.

4.3.3. **Tumor > 1 mm og ≤ 2 mm:**

Tumor > 1 mm og ≤ 2 mm ekscideres i 2 cm's afstand til fascien.

4.3.4. **Tumor > 2 mm:**

Invasivt malignt melanom med tumortykkelse > 2 mm behandles afhængigt af lokaliseringen således:

4.3.4.1. Tumor lokaliseret til truncus, overarm eller lår excideres i 4 cm's afstand til fascien.

4.3.4.2. Tumor lokaliseret til underarm, håndryg, håndflade, crus, fodryg eller fodsål excideres i 2 cm's afstand til fascien.

4.3.4.3. Tumor lokaliseret til hoved eller hals excideres i 2 cm's afstand til fascien, hvor det er praktisk muligt. Hvis standard 2 cm ikke er muligt afkrydses på on study skema under pkt. 8.2. "Andet".

4.3.5. Malignt melanom hvis tumortykkelse ikke kan måles:

4.3.5.1. Tumorer, hvor tumortykkelsen ikke kan måles, behandles som tumorer anført under pkt. 4.3.4. med mindre patologen kan angive en maksimal tumortykkelse.

4.3.6. Regression:

4.3.6.1. Hvis der er regression og tumortykkelsen ikke kan angives excideres tumor i henhold til 4.3.4. Hvis tumortykkelsen angives er denne afgørende for valg af excisionsafstand.

4.3.7. Melanom med satellitter:

Definition: Satellit er en makroskopisk hudmetastase indenfor 2 cm's afstand fra primærtumors rand.

4.3.7.1. Excisionsafstanden er som ved tumorer > 2 mm (se pkt. 4.3.4.).

4.3.7.2. Excisionsafstanden beregnes fra den satellit tumor, som er beliggende længst væk fra primærtumor.

5. TUMOR MED SÆRLIG LOKALISATION

Nedenfor anføres retningslinier. Behandlingen kan dog individualiseres.

5.1. Tumor lokaliseret til finger eller tå:

5.1.1. Tumor \leq 1 mm excideres i 1 cm's afstand.

5.1.2. Tumor > 1 mm: finger eller tå amputeres til niveau, der ligger mindst 2 cm fra tumors mest proksimale grænse.

5.1.3. Subungvalt melanom: uanset tumortykkelse foretages amputation til niveau mindst 2 cm fra tumors proksimale grænse.

5.2. Tumor lokaliseret til penis:

5.2.1. Ved tumor ≤ 1 mm anbefales ekscision i 1 cm's afstand.

5.2.2. Ved tumor > 1 mm kan partiel / total penis amputation overvejes. Behandlingen kan individualiseres.

5.3. Tumor lokaliseret til scrotum:

5.3.1. Ved tumor ≤ 1 mm foretages ekscision i 1 cm's afstand.

5.3.2. Ved tumor > 1 mm foretages ekscision af huden i 2 cm's afstand fra tumors grænse.

5.4. Tumor lokaliseret til anus / perianal området:

5.4.1. Ved tumor ≤ 1 mm foretages ekscision i 1 cm's afstand.

5.4.2. Ved tumor > 1 mm foretages ekscision af huden i mindst 2 cm's afstand. Ved lokalisation nær slimhinde bør rectum amputation overvejes.

5.5. Tumor lokaliseret til øjenlåg og nær limbus palpebrae:

5.5.1. Ved tumor ≤ 1 mm bør tumor fjernes i minimum 5 mm's afstand.

5.5.2. Ved tumor > 1 mm foretages gennemgående ekscision i 1 cm's afstand gennem alle lag.

5.6. Tumor lokaliseret til øre eller næse :

5.6.1. Ved tumor ≤ 1 mm foretages ekscision i 1 cm's afstand

5.6.2. Ved tumor > 1 mm foretages ekscision i 2 cm's afstand.

5.6.3. Ved tumor på øret > 1 mm's tykkelse medtages underliggende brusk.

5.6.4. Ved tumor på næsen > 1 mm's tykkelse gås til underliggende perichondrie / periost evt. medtagende underliggende brusk.

6. LUKNING AF HUDDEFEKTEN EFTER DEFINITIV KIRURGISK BEHANDLING

- 6.1.** Der kan anvendes hudtransplantation (delhud eller fuldhud), direkte lukning, lokal lapplastik eller fri vævsflytning, for at opnå det bedst tænkelige funktionelle og kosmetiske resultat.
- 6.2.** Behandlende kirurg beslutter i samråd med patienten hvilken lukningsmulighed, der er bedst egnet i hvert enkelt tilfælde.

7. SENTINEL LYMFENUDE DIAGNOSTIK

SN bør tilbydes patienter med:

Tumorer med tumortykkelse større end 1 mm.

Tumorer med tumortykkelse \leq 1 mm og level IV/V og/eller ulceration.

Tumorer hvor tumortykkelsen ikke kan måles (medmindre at patologen kan angive at tumortykkelsen er under 1 mm).

Ved melanocytære tumorer uvist benigne eller maligne kan SN biopsi overvejes.

8. POSTOPERATIV KONTROL

Se pkt. 9 i DMG 2003 KLINIK OG PATOLOGI.

9. PATIENTINFORMATION

9.1. *In situ melanom (level I melanom):*

- 9.1.1.** Patienterne orienteres om, at de er opereret for et forstadium til modermærkekræft.

9.2. *Invasivt malignt melanom (level > I):*

- 9.2.1.** Patienterne orienteres om, at de er opereret for modermærke kræft efter de almindelige anerkendte kirurgiske retningslinjer.
- 9.2.2.** Efterkontrol foregår fortrinsvis på institution tilsluttet DMG, eller i sjældnere tilfælde hos den henvisende / egen læge.

Det tidsmæssige forløb af kontrollen, samt indholdet af kontrolbesøg i følge DMG 2003 KLINIK OG PATOLOGI gennemgås med patienten.

- 9.2.3. Patienter som opfylder indgangskriterier til adjuverende protokoller informeres om de som er aktive i Danmark.

10. **RECIDIV AF MALIGNT MELANOM**

10.1. **Udredning**

Ved recidiv bør følgende undersøgelser overvejes:

Røntgen / CT / MR af thorax

UL / CT / MR af abdomen

LDH-måling

PET-scanning

10.2. **Behandling**

- 10.2.1. Kirurgi er første valg ved behandling.

- 10.2.2. Patienter som opfylder indgangskriterier til adjuverende protokoller informeres om de som er aktive i Danmark.

- 10.2.3. Er kirurgisk behandling ikke mulig informeres patienten om de recidivprotokoller, der er aktive i Danmark.

10.3. **Behandling af lokoregionalt recidiv:**

- 10.3.1. Lokalrecidiver og in transit metastaser exciseres i samme afstand som primær tumor i henhold til pkt. 4.3.

- 10.3.2. Ved recidiv i ingvinale og aksillære lymfeknuder er eksairese standardbehandling.

- 10.3.3. Ved recidiv i lymfeknuder på halsen kan selektiv glandeludrømning overvejes. Ved massiv metastasering er radikal halsglandeludrømning standardbehandling.

- 10.3.4. Ved in transit metastaser på ekstremiteter bør hypertherm regional perfusion overvejes. Behandlingen er etableret på Rigshospitalet.

10.4. **Behandling af fjernmetastaser**

- 10.4.1. Resektable kutane/subkutane metastaser bør behandles kirurgisk.

- 10.4.2. Resektable organmetastaser bør behandles kirurgisk.

- 10.4.3. Patienter med inoperable metastaser bør tilbydes onkologisk behandling.