

lanom utan ulceration samt negativ sentinel node-biopsi. Patienten skulle kallas till 1 uppföljningsbesök i Södra sjukvårdsregionen, 6 i Uppsala-Örebro, 8 i Norra eller Västra sjukvårdsregionen och till 20 besök i Stockholm-Gotland.

- **Exempel 3.** Malignt melanom med positiv sentinel node-biopsi. Denna patient skulle erbjudas 4 uppföljningsbesök i Södra sjukvårdsregionen (under en 2-årsperiod), 14 i Norra sjukvårdsregionen och 18 i Västra sjukvårdsregionen och 30 i Stockholm-Gotland. Uppsala-Örebro regionala vårdprogram innehåller inga specifika uppföljningsrekommendationer för patienter med spridd sjukdom.

Hudläkare, onkolog, sjuksköterska ...

Vid uppföljning av patienter med malignt melanom ska man utesluta recidiv, spridning av sjukdomen och nya primärtumörer. Risken för patienten att drabbas av en ny primärtumör är nästan 10 gånger högre än hos normalbefolkningen [2].

Läkare inom alla specialiteter som handlägger patienter med malignt melanom borde kunna utesluta recidiv och spridning med hjälp av anamnes, kontroll av allmäntillstånd, inspektion och palpation av operationsområdet samt palpation av ytliga lymfkörtelstationer.

Hudläkare har dock större erfarenhet av att undersöka hudkostymen med hjälp av dermatoskopi för att utesluta nya primärtumörer samt bedöma den individuella risken för att utveckla nya primärtumörer [3]. Därför är det främst hudläkare som sköter uppföljningen i Västra sjukvårdsregionen om patienten inte redan har tecken på recidiv eller spridning.

Variationen är dock stor runtom i landet i vem som bär ansvaret för uppföljningen. I Norra och Södra sjukvårdsregionerna sköts uppföljningen av behandlande läkare. Obligat uppföljning sker hos hudläkare endast om man anser att patienten är en »riskpatient« (multipla maligna melanom, flera familjemedlemmar med sjukdomen och stort antal nevus eller dysplastiska nevus).

Hudläkare i Stockholm-Gotland träffar endast patienter med maligna melanom in situ eller väldigt tunna ($\leq 1,0$ mm), medan övriga patienter med invasiva maligna melanom i stället följs av onkolog under 3 år och sedan av allmänläkare.

I Örebro-Uppsala sköts uppföljningen enligt lokala remitteringsvägar hos antingen behandlande läkare, hudläka-

re, onkolog, allmänläkare eller specialintresserad sjuksköterska.

Prognosfaktorer betonas olika

American Joint Committee on Cancer har nyligen publicerat en uppdatering av TNM-klassifikationen för maligna melanom, där man konstaterar att de viktigaste prognostiska faktorerna vid lokaliserad sjukdom är tumörtjocklek enligt Breslow och förekomst av ulceration och/eller mitoser i tumören [4].

Eftersom förekomsten av mitoser är en nyhet i TNM-klassifikationen, tar inga regionala vårdprogram ännu hänsyn till denna faktor för att avgöra uppföljningsbehovet.

Däremot borde samtliga regionala vårdprogram rimligtvis följa de nationella riktlinjerna och ta hänsyn till såväl tumörtjocklek som förekomst av ulceration – men så är inte fallet. Det är endast Västra och Norra sjukvårdsregionerna som betonar bägge prognosmarkörerna. Övriga vårdprogram tar hänsyn till endast tumörtjockleken.

Detta är anmärkningsvärt med tanke på att prognosen är densamma vid exempelvis 2,01–4,00 mm tjocka maligna melanom utan ulceration och 1,01–2,00 mm tjocka maligna melanom med ulceration [4]. Dessutom ska sentinel node-biopsi utföras i prognostiskt syfte om ulceration förekommer i ett malignt melanom, enligt nationella vårdprogrammet [2].

Utredning görs i strid mot riktlinjerna

Enligt det nationella vårdprogrammet bör inte symptomfria patienter följas med radiologisk utredning. Tumörmarkörer i blod som laktatdehydrogenas eller S-100B ska tas endast om patienten har metastaser [2].

Trots dessa riktlinjer utför man vid första uppföljningsbesöket i Norra sjukvårdsregionen lungröntgen på alla patienter med malignt melanom $>1,0$ mm eller med ulceration. Dessutom rekommenderar Norra sjukvårdsregionens vårdprogram att man överväger dator-tomografi av torax och buk hos patienter med högrisktumörer. Utöver detta rekommenderas provtagning för laktatdehydrogenas och blod-, elektrolyt- och leverstatus vid varje kontrollbesök oavsett tumörstadium.

Tillgänglig evidens borde vara basen

Uppföljning av patienter med malignt melanom efter behandling är viktig av flera skäl. Det är ett ypperligt tillfälle för patienten att få ordentlig muntlig och skriftlig information om sin sjukdom och utbildning i egenkontroll ge-

nom regelbunden inspektion av hudkostymen och palpation av ytliga lymfkörtelstationer. Kontrollbesöken ska, som nämnts ovan, bidra till tidigare upptäckt av eventuella nya primärtumörer, lokala recidiv eller distala metastaser.

Viktigt att notera är att det i dag saknas randomiserade kontrollerade studier som bevisar att något särskilt vårdprogram för uppföljning av melanompatienter leder till bättre överlevnad än andra. Studier har inte heller bevisat att särskilda vårdprogram är mer eller mindre kostnadseffektiva [5].

Framtida svenska nationella uppföljningsrekommendationer borde dock rimligtvis baseras på den evidens som finns tillgänglig avseende kända prognostiska faktorer. Vidare är det anmärkningsvärt att regionala vårdprogram tillåts skapa egna utredningsrekommendationer som motsäger de nationella riktlinjerna.

Slutligen är det högst diskutabelt att patienter med exakt samma diagnos erbjuds så enormt skilda antal återbesök efter behandling av malignt melanom i olika delar av landet.

Nationella rekommendationer behövs

Vi anser därför att det nationella vårdprogrammet för malignt melanom i huden bör kompletteras med uppföljningsrekommendationer. Detta skulle i praktiken medföra att regionala och lokala vårdprogram kan slopas helt.

Vi är övertygade om att detta steg skulle bidra till att våra patienter får en mer jämlik och evidensbaserad vård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Cancerförekomst i Sverige 2009 [citerat 17 dec 2010]. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18204/2010-12-17.pdf>
2. Svenska melanomstudiegruppen. Nationellt vårdprogram. Malignt hudmelanom. 2007 [citerat 13 dec 2010]. http://www.karolinska.se/upload/Onkologiskt%20centrum/NationellaVardprogram/Nat_vp_malignt_hudmelanom_2007.pdf
3. Lindelöf B, Hedblad MA, Ringborg U. Nevus eller malignt melanom? Rätt kompetens vid diagnostik ger lägre kostnader. *Läkartidningen*. 2008;105:2666-9.
4. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, Thompson JF, Atkins MB, Byrd DR, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol*. 2009;27:6199-206.
5. Francken AB, Bastiaannet E, Hoekstra HJ. Follow-up in patients with localised primary cutaneous melanoma. *Lancet Oncol*. 2005;6:608-21.