

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Giltig från: 2025-11-22

Innehållsansvar: Madeleine Zetterberg, (madan5), Överläkare/Professor

Giltig till: 2027-11-18

Granskad av: Madeleine Zetterberg, (madan5), Överläkare/Professor

Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5), Överläkare/Professor

ÖGONPLASTIK RMR Melanom (hud) – regional tillämpning av vårdprogram

Innehållsförteckning

Syfte	1
Huvudbudskap	2
Vårdnivå och samverkan	2
Bakgrund.....	3
Förändringar sedan föregående version	3
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet	4
Utredning och behandling	4
Klinisk uppföljning	6
Remissrutiner	6
Kvalitetsuppföljning	7
Referenser	7
Information om originalhandlingen.....	7

Syfte

Denna regionala medicinska riktlinje (RMR) innebär en regional tillämpning och anpassning av det nationella vårdprogrammet (NVP) för melanom 2025. Syftet med NVP och RMR är att säkerställa att patienter med melanom i huden erbjuds evidensbaserad och lika vård i Västra Götalandsregionen (VGR).

Huvudbudskap

Melanom är en vanlig och allvarlig cancerform där tidig diagnostik och snabb, standardiserad handläggning är viktig. Viktiga steg i handläggningen av melanom är följande:

- Teledermatoskopisk remiss till hudklinik vid misstanke om melanom i primärvården.
- Standardiserat vårdförlopp (SVF) för melanom startas av hudläkare vid välgrundad misstanke om invasivt melanom.
- Diagnostisk excision görs med 3–5 mm marginal för att säkerställa att det blir radikalt samt minimera antalet utvidgade excisioner vid melanom in situ.
- Remisser gällande melanom som skickas från specialistsjukvården till Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) ska gå till hudkliniken även då andra kliniker ansvarar för behandlingen.
- Vid fynd av återfall eller metastaserande melanom (inkluderande både stadium III och IV) ska patienten tas upp på regional multidisciplinär konferens (MDK). Detta inkluderar patienter med metastas utan känd primärtumör. Utredning inför MDK skiljer sig inte för denna grupp. Undersökningar för att leta efter en primärtumör får inte fördröja dragning på MDK.
- Vid fynd av klinisk, operabel metastas rekommenderas neoadjuvant immunterapi vilket innebär att onkologisk behandling ska ges före kirurgisk behandling.
- Patienter med melanom bör erbjudas deltagande i kliniska studier, detta [WoW](#)-, [Grand SLAM](#)-, [MARIANE](#)- eller [SWE-NEO](#)- studierna.

Vårdnivå och samverkan

Patienter med hudtumörer handläggs initialt ofta inom primärvården. Vid misstanke om melanom skickas teledermatoskopisk remiss, inkluderande remisstext samt översiktsbild, närbild och dermatoskopisk bild, till hudklinik. Remiss skickas även vid histopatologiskt fynd av melanom, då tillsammans med kopia på PAD-svaret. Varje hudklinik ansvarar för att ha rutiner gällande remisser från specialistsjukvården då dessa ofta saknar bilder. Vidare utredning och behandling sker inom specialiserad vård. [Flödesschema för hudmelanom i VGR.](#)

Bakgrund

Baserat på NVP Melanom 2025. Melanom är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige. Varje år diagnostiseras över 5000 invasiva melanom i huden och ungefär lika många förstadier till sjukdomen (in situmelanom). Vid melanom är tidig upptäckt och snar behandling av högsta vikt. Vid välgrundad misstanke om invasivt melanom startas SVF. Detta innebär att SVF startas då utredning/excision görs för att bekräfta diagnosen invasivt melanom snarare än för att utesluta denna diagnos. Enligt SVF bör tiden från välgrundad misstanke om invasivt melanom till diagnostisk excision inte överstiga tio dagar.

Förändringar sedan föregående version

Här listas några av de förändringar som har betydelse för flertalet kliniker inblandade i handläggningen av patienter med melanom. För övriga förändringar hänvisas till [avsnitt 2.2 i NVP](#).

- Dermatoskopisk eller teledermatoskopisk undersökning som inger stark misstanke om invasivt melanom har ersatt klinisk undersökning och anamnes som första kriterium för välgrundad misstanke och start av SVF.
- Vid radikalt exciderat, invasivt melanom med tjocklek $\leq 1,0$ mm avslutas SVF vid diagnosbeskedet. Man avslutar SVF med koden VE073 (Ingen ytterligare åtgärd) och fortsätter handlägga patienten enligt NVP men utanför SVF. Ambitionen bör vara att genomföra utvidgad excision inom en månad från diagnosbeskedet.
- Förtydligande gällande patienter med metastaserande melanom utan känd primärtumör. Dessa patienter ska diskuteras på MDK efter att sedvanliga förberedelser gjorts (se nedan). Utredning för att leta efter en primärtumör innefattar undersökning av hela huden samt ibland ytterligare undersökningar, utifrån metastaslokal och mutationsanalys. Denna utredning får inte fördröja dragning på MDK
- Ledtiderna i SVF har ändrats för några av stegen i SVF. Ledtiden från start av SVF till diagnostisk excision har utökats från 7 till 10 dagar, tiden från diagnostisk excision till diagnosbesked från 14 till 18 dagar

och tiden från besök för ställningstagande till utvidgad excision till att utvidgad excision görs från 7 till 10 dagar.

- Ändrad rekommendation för uppföljning av patienter med melanom med stadium III i VGR

Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

SVF för invasivt melanom startas i VGR av hudläkare, vid teledermatoskopisk remissbedömning eller vid ett besök. Det kan också startas vid histopatologiskt fynd av invasivt melanom.

Teledermatoskopi är infört i VGR. Det innebär att det är obligatoriskt med kliniska och dermatoskopiska bilder vid remiss till hudklinik med frågeställning hudtumör inklusive melanom.

Vid fynd av misstänkt melanom i primärvården rekommenderas i VGR remiss till hudklinik snarare än diagnostisk excision på vårdcentralen.

Vid dermatoskopisk misstanke om in situ-melanom bör diagnostisk excision göras med 5 mm marginal i stället för 2 mm, för att undvika behov av utvidgad excision i dessa fall.

Vid dermatoskopisk misstanke om tunt, invasivt melanom rekommenderas diagnostisk excision med 3–5 mm i stället för 2 mm, för att säkerställa att excisionen blir radikal och möjliggöra deltagande i [WoW-studien](#).

Utredning och behandling

Om hudläkare (vid remissbedömning eller besök) har välgrundad misstanke om invasivt melanom startas SVF medan man vid huvudsaklig misstanke om in situ-melanom genomför skyndsamt handläggning utanför SVF. En diagnostisk excision bör göras med 3–5 mm marginal om huvudmisstanken är invasivt melanom och 5 mm bör väljas om diagnosen in situ-melanom bedöms tillräckligt sannolik.

I enskilda fall tas i stället en hudbiopsi, detta är aktuellt främst för större tumörer där misstanken är lentigo maligna melanom eller akralt lentiginöst melanom.

Vidare handläggning kan involvera flera olika kliniker. För patienter som ska behandlas på SU har hudkliniken ett övergripande ansvar och remisser gällande melanom ska skickas till hudkliniken även då andra kliniker utför behandlingen. Remiser gällande melanom faxas till nummer 031-41 15 84.

Kirurgisk behandling baseras på det histopatologiska svaret och då främst på tumörens tjocklek.

- Vid melanom med en tjocklek på $\leq 1,0$ mm rekommenderas i första hand inklusion i [WoW-studien](#). Om ej aktuellt görs en utvidgad excision, på hudklinik eller på annan klinik.
- Vid tumörtjocklek $> 1,0$ mm remitteras patienten till kirurgklinik som utför utvidgad excision och portvaktskörteldiagnostik. Vid remiss till SU går remissen via hudkliniken.
- För melanom med tumörtjocklek $> 1,0$ mm, lokaliserade i huvudhalsregionen, skickas remissen till hudkliniken SU som ansvarar för att utvidgad excision och portvaktskörteldiagnostik planeras på SU.

Vid spridning av melanom till portvaktskörteln görs fjärrmetastastutredning. Detta görs också vid primärt fynd av melanometastas. Vid fynd av operabel, klinisk metastasering av kutant eller akralt melanom rekommenderas neoadjuvant behandling med immunterapi. Detta innebär att onkologisk behandling ska ges före den kirurgiska behandlingen. Rekommendationen gäller inte för operabel hjärnmetastaserad sjukdom eller mukosala melanom. För patienter som är aktuella för adjuvant behandling med immunterapi efter radikal kirurgi rekommenderas inkludering i [Grand SLAM-studien](#).

Patienter med metastaser (inklusive de utan känd primärtumör) ska diskuteras på regional MDK för att ta ställning till och samordna kirurgisk och onkologisk behandling. För detta ska remiss faxas till hudkliniken SU på nummer 010-168 71 70. I samband med detta kontaktas även hudklinikens koordinator på telefonnummer 0700-206 706 eller 031-342 27 11. Hudkliniken SU ombesörjer då anmälan till Melanom-MDK vilket ska göras senast kl. 12:00 dagen före MDK.

Remissen ska innehålla uppgifter enligt rutin för MDK se [Multidisciplinär tumörkonferens Hudcancer \(Malignt Melanom\)](#) vilket inkluderar svar på fjärrmetastastutredning, analys av BRAF-mutation samt provsvar för LD och S-100.

Vidare handläggning baseras på beslut från MDK och är individuellt anpassad. Det kan innebära lymfkörtelutrymning samt onkologisk eller kirurgisk behandling som i många fall endast finns tillgänglig på SU.

Klinisk uppföljning

Uppföljning av melanompatienter baseras på vilket stadium av sjukdom det rör sig om samt individuella riskfaktorer. I NVP rekommenderas ett besök 4–6 veckor efter utvidgad excision för att ge preventionsinformation. Man kan avstå från besöket om patienten redan fått denna information. I övrigt rekommenderas i VGR följande:

- Stadium IA: Inga ytterligare kontroller.
- Stadium IB-IIC: Årliga kontroller i tre år, dessa görs i regel på handläggande hudklinik.
- Stadium III: Kontroller var sjätte månad i tre år, inklusive ultraljud av området för positiv portvaktscörtel, om lymfkörtelutrymning inte gjorts. För att kunna upptäcka och snabbt handlägga både återfall i melanom och nya primära melanom rekommenderas att vartannat besök sker på kirurgklinik (som även ansvarar för ev. ultraljud) och vartannat besök på hudklinik.
- Stadium IV: Individuell uppföljning, i regel på onkologkliniken SU.

Utöver de patienter med stadium III som nämns ovan och en andel patienter med onkologisk behandling ingår röntgenologiska undersökningar eller blodprover normalt inte i uppföljningen av patienter med melanom.

Remissrutiner

- Vid misstanke om melanom skickas teledermatoskopisk remiss, inkluderande remisstext samt översiktsbild, närbild och dermatoskopisk bild, till hudklinik.
- Remisser inom specialiserad vård gällande melanom som skickas till SU ska faxas till hudkliniken på nummer 031-41 15 84 även då andra kliniker ansvarar för behandlingen.

Se [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård](#).

Kvalitetsuppföljning

Fall av melanom ska rapporteras till det nationella kvalitetsregistret SweMR. Uppföljning sker också via den regionala kvalitetsindikatorn för melanom:

- Andel patienter med melanom som genomgått primär operation senast 14 dagar från start av SVF.

Referenser

Länk till [NVP](#) och [SVF](#) .

Länk till original rutinen:

[Melanom - regional tillämpning av Nationellt vårdprogram.pdf](#)

Information om originalhandlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Johan Dahlén Gyllencreutz, (johda2), Överläkare

Granskad av: Johan Dahlén Gyllencreutz, (johda2), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Giltig från: 2025-11-13

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Madeleine Zetterberg, (madan5),
Överläkare/Professor

Granskad av: Madeleine Zetterberg, (madan5),
Överläkare/Professor

Godkänd av: Madeleine Zetterberg, (madan5),
Överläkare/Professor

Dokument-ID: SU9820-1156830909-194

Version: 2.0

Giltig från: 2025-11-22

Giltig till: 2027-11-18