

Bilag til Kræftplan II

Bilag 9.1 H Hudkræft

Overlæge Krzysztof Drzewiecki, Rigshospitalet
Overlæge Jørgen Lock-Andersen, Roskilde Amts Sygehus
Overlæge Karin Dahlstrøm, Amtssygehuset i Herlev
Overlæge Jørn Larsen, Århus Universitetshospital

Følgende kræftformer er inkluderet i redegørelsen: Kutant malignt melanom , non-melanom hudkræft og andre kræftformer, hvor plastikkirurgiskrekonstruktion er et led i behandlingen.

Hovedanbefalinger

- Centraliseringen af melanombehandling bør opretholdes og videreføres til i fremtiden fem steder i landet med plastikkirurger som tovholdere for hele behandlingsforløbet. Samarbejdet med hudlæger omkring diagnostik af primærtumor og nuværende henvisningsmønster bør videreføres. Diagnostik, behandling og follow-up bør følge de retningslinjer, der er udarbejdet af Dansk Melanom Gruppe (DMG), www.melanoma.dk.
- Behandling af andre kræftformer såsom non - melanom hudkræft, brystkræft, hoved- og halskræft, bløddelssarkomer, endetarmskræft, samt kræft i ydre genitalia, der kræver plastikkirurgiske rekonstruktioner som led i en multidisciplinær behandling af svulster, bør centraliseres til steder, hvor der allerede er etableret udvidet multidisciplinær kirurgisk og onkologisk behandling. Afhængigt af tumortypen ville det dreje sig om to til fem steder i landet.
- Efteruddannelsen af plastikkirurger, som er involveret i kræftbehandling, bør styrkes i henhold til redegørelsen for kutant malignt melanom og non - melanom hudkræft i rapporten. Det vil kræve tilførsel af økonomiske ressourcer, samt mindre organisatoriske ændringer.
- Tilstedeværelsen af uddannelsessøgende i onkologisk plastikkirurgi i dagtiden bør øges.
- Der bør tilføres ressourcer til fortsat drift og optimering af klinisk melanom-database (DMG) og ressourcer til oprettelse og drift af non - melanom hudkræft klinisk database (DNMHK).

- Normeringen bør øges, og der bør etableres en formaliseret plastikkirurgisk onkologisk uddannelse af sygeplejersker. Dette er et nødvendigt led i et kvalitetsløft af patientforløb.
- Økonomiske midler til optimering af kirurgisk rekonstruktion i forbindelse med kræftbehandling bør tilvejebringes; i det mindste bør midlerne øges i takt med stigningen i sygdomsforekomsten.

Den 05.04.2005

Kutant malignt melanom

Indholdsfortegnelse

Introduktion.....	4
Kvantitative forhold	4
Prognose.....	4
Overlevelsesserater for hele melanompopulationen.....	4
Overlevelsesserater for populationen med spredning til regionale lymfeknuder.....	5
Overlevelsesserater for lokoregional spredning på ekstremiteter	5
Overlevelsesserater for fjernspredning af melanom.....	5
Organisation	5
Dansk Melanom Gruppe (DMG)	5
Patientforløb.....	6
Multidisciplinære teams	10
Kliniske retningslinjer.....	10
Efteruddannelse.....	11
Forslag til krav til ekspertise-vedligeholdelse for speciallæger med behandlingsansvar er:.....	11
Monitorering	11
Datakilder.....	11
Indikatorer.....	11
Forskning	12
Konklusion.....	12
Non-melanom hudkræft	13
Introduktion.....	13
Undertyper af NMH.....	13
Prognose.....	13
Organisation.....	14
Uddannelse.....	14
Patientforløb.....	14
Forebyggelse	14
Udredning.....	14
Behandling	15
Kvalitetsmål for struktur og organisation af NMH i hospitalsregi	15
Monitorering	15
Forskning	15

Introduktion..... 16

Introduktion

Kvantitative forhold

Malignt melanom er den 11. hyppigste form for cancer og udgør ca. 5% af alle kræftformer. Der registreres ca. 1.200 nye tilfælde årligt i Danmark, en incidens på ca. 17 per 100.000.

Malignt melanom udvikles oftere hos kvinder end hos mænd (57% versus 43%). Tumorerne udvikles i 50% af tilfældene på kroppen, 14% på hoved og hals, 15% på overekstremiteterne og i 31% af tilfældene på underekstremiteterne. Lokalisationen er kønsbetinget, idet melanom hos mænd overvejende optræder på kroppen og hos kvinder overvejende på underekstremiteterne. Sygdommen optræder fortrinsvist i alderen 40-70 år og næsten aldrig før puberteten.

Cancerregistrets materiale viser, at incidensen stiger ca. 7% pr. år. Incidensen er den hurtigst stigende af alle kræftformer. Mortaliteten er ca. 2,2 pr. 100.000 og er næsten tredoblet siden 1955.

Behandling af malignt melanom er kirurgisk i alle kliniske stadier. Alle medicinske behandlinger er indtil videre eksperimentale. Hyperterm regional perfusionsbehandling er blevet en mulighed i Danmark, og antallet af behandlinger stiger for hvert år.

Strålebehandling anvendes i tilfælde med inoperable metastaser. Over 80% af alle kutane melanomer i Danmark behandles i plastikkirurgiske afdelinger i samarbejde med onkologiske afdelinger. Denne centralisering er vigtig for behandling og udforskning af en relativt sjælden sygdom i hastig stigning.

Sammenholder man stigningstakten af incidensdata og mortalitetsdata, kan man konkludere, at behandlingsresultaterne i de senere år er blevet væsentligt forbedret. Forbedringen skyldes først og fremmest, at tumor diagnosticeres væsentligt tidligere end før. Sentinel node diagnostik forventes at give en yderligere forbedring.

Prognose

Spontan og ubehandlet forløb af malignt melanom er ikke beskrevet. Det er kendt, at enkelte patienter med fjernt metastaserende melanom er blevet helbredt uden behandling.

Overlevelsesrater for hele melanompopulationen

Den femårige overlevelsessandsynlighed for patienter, der er behandlet for primærtumor uden påviselige metastaser, er ca. 80%, men med en stor variation afhængig af tumortykkelsen. For patienter med henholdsvis tynde ($\leq 0,75$ mm) og tykke (≥ 4 mm)

melanomer er femårsoverlevelsen således henholdsvis 97% og 47%. Når man ser bort fra tumortykkelse og vurderer prognosen for patienter med tumorer uden eller med ulceration, er femårsoverlevelsen henholdsvis 86% og 60%.

Overlevelsesrater for populationen med spredning til regionale lymfeknuder

Patienter, som har fået foretaget radikal lymfeknudefjernelse for regionale lymfeknudemetastaser, har en femårsoverlevelse på ca. 35%, som varierer blandt andet afhængigt af antallet af positive lymfeknuder. Ved henholdsvis en enkelt positiv lymfeknude og over fire positive lymfeknuder er femårsoverlevelsen således henholdsvis 45% og 18%. Overlevelsen er på >60% ved fjernelse af lymfeknuder for mikrometastaser i forbindelse med sentinel lymfeknude-diagnostik.

Overlevelsesrater for lokoregional spredning på ekstremiteter

Patienter, der er behandlet med hyperterm regional perfusion, kan forvente en femårsoverlevelse på ca. 50%, hvis de regionale lymfeknuder ikke er angrebet. Svind af metastaser kan forventes hos ca. 70-80% af de behandlede patienter.

Overlevelsesrater for fjernspredning af melanom

Prognosen for patienter, der er opereret for fjernmetastaser, afhænger af metastasernes lokalisering. Den mediane overlevelse er ca. 11 måneder ved lungemetastaser, ca. syv måneder ved metastaser i hud, subcutis og fjerne lymfeknuder og 2½-4 måneder for andre lokaliseringer. Overlevelsen falder markant, hvis flere organer er angrebet. Der er kun kortvarig forlængelse af overlevelsen ved eksperimentelle medicinske behandlinger af nogle måneders varighed. Ved interleukin-2 + inf-alfa-baseret immunterapi opnås langtidsoverlevelse hos 5-10% af patienterne.

Tumortykkelse og ulceration af tumor er de vigtigste prognostiske faktorer ved klinisk lokaliseret sygdom. Status af lymfeknuder er en afgørende faktor ved lokoregional spredning. LDH-niveau har prognostisk værdi ved fjernspredning.

Organisation

Dansk Melanom Gruppe (DMG)

DMG blev oprettet i 1983 af melanominteresserede plastikkirurger, patologer og onkologer. Formålet var at højne standarden af diagnostisk proces og behandlingsforløb igennem procedurebeskrivelser og prospektiv registrering af alle relevante patient- og tumordata – klinisk database. Databasen omfatter p.t. ca. 12.000 patienter. Procedurebeskrivelserne er

løbende blevet opdateret. Sidste opdatering fandt sted i 2003. Der henvises til www.melanoma.dk. DMG er en multidisciplinær gruppe, der omfatter følgende specialer:

- plastikkirurgi
- patologi
- onkologi
- dermatologi

og den har tæt kontakt til billeddiagnostik og nuklearmedicin. Desuden samarbejder den med institutter for cancerforskning.

Der ydes ikke offentligt tilskud til DMG's arbejde. Gruppens fortsatte arbejde bør finansieres gennem offentlige midler.

Patientforløb

Forebyggelse

Eksogene faktorer. Det ultraviolette spektrum af sollyset er med sikkerhed blevet identificeret som den vigtigste faktor ved udvikling af malignt melanom. Det betyder, at især befolkningens forkærlighed for udendørsaktiviteter uden passende solbeskyttelse kan holdes ansvarlig for stigningen i forekomsten af malignt melanom. Traumer, arbejdsmiljø og diæt er blevet fremhævet som mulige ætiologiske faktorer, men grundig dokumentation for dette savnes.

Endogene faktorer. Der er en række konstitutionelle faktorer, som prædisponerer til udvikling af sygdommen. Det drejer sig om børn, der udvikler mange melanocytære naevi, personer med dysplastiske naevi, personer med medfødte naevi uanset størrelsen, og personer med lys, fregnet og lysfølsom hud. Personer med lysfølsom hud og personer med >20 melanocytære naevi har tre gange større risiko for melanomudvikling end den normale population. Patienter, der har udviklet et melanom, har ni gange større risiko for at udvikle en ny tumor end den normale population. Risikoen er endnu større hos patienter med dysplastiske naevi, som tilhører familier med FAMM (familial atypical mole-melanoma syndroma) og er beregnet til en relativ risiko på 47-70%. Patienter med naevi gigantici har ca. 4% risiko for udvikling af malignt melanom. Endelig er der hos 4-10% af patienterne i store melanomserier en tendens til melanomudvikling hos de nærmeste slægtninge.

Tyve til 40% af familier med tre eller flere medlemmer, der har udviklet melanom, viser arvelig overført mutation af gen-CDKN2A lokaliseret til kromosom 9p20. Et andet gen, der ofte nævnes, er CDK4 lokaliseret til kromosom 12q. Hos disse familier kan genetisk rådgivning overvejes.

Forebyggelse af malignt melanom er et velegnet område til både primær og sekundær profylakse. Det er nødvendigt med veltilrettelagt oplysning om metoder og midler til

solbeskyttelse, især hos risikogrupper, samt at sikre, at kendskabet til de tidlige tegn på malignt melanom udbredes blandt læger og i befolkningen.

Udvikling af genetisk forskning vil i nær fremtid resultere i nye metoder, der kan tages i brug i melanomprofylaksen.

Screening

En population med medfødte modermærker, mange modermærker på huden og med familiær optræden af sygdom bør tilbydes screening.

Screening er endnu ikke etableret i Danmark, men BØR etableres i tilknytning til de etablerede melanomcentre.

Udredning

På diagnosetidspunktet har 90% af patienterne ingen erkendelige metastaser, ca. 6-7% har klinisk erkendelige metastaser i lymfeknuder, ca. 30% har mikrometastaser i lymfeknuder ved sentinel lymfeknudediagnostik, og ca. 3% har klinisk erkendelig fjernmetastasering.

Hos ca. 50% af de patienter, som får fjernmetastaser, debuterer tilstanden med kutane/subkutane metastaser og/eller lymfeknudemetastaser. Ca. 30% får lungemetastaser, og 20% får metastaser i CNS, lever og knogler. I mange tilfælde optræder fjernmetastaserne samtidigt i flere organer.

Diagnostisk sensitivitet og specificitet øges ved anvendelse af hudoverflade-mikroskopi (epiluminescens-mikroskopi). Ved suspicio om malignt melanom bør der tages biopsi. Den bedste biopsiform er ekscisionsbiopsi, hvor hele tumor med en få mm stor bræmme af sundt væv til alle sider fjernes.

Almindelig klinisk undersøgelse af huden, lymfeknuderegioner og udførlig anamnese, samt røntgen af thorax er tilstrækkeligt til primær udredning.

Ved primærtumor ≥ 1 mm i tykkelse bør der udføres sentinel lymfeknudediagnostik, idet ca. 30% af disse patienter har regional spredning til lymfeknuder og bør behandles med lymfeknudeudrømning ud over fjernelse af primærtumor.

Patienter med positive sentinelle lymfeknuder bør tilbydes PET-scanning.

Patienter med recidiverende sygdom bør tilbydes:

- PET-scanning
- LDH-måling

- røntgen af thorax

Afhængig af anamnesen og de kliniske fund bør undersøgelserne suppleres med:

- CT-scanning af thorax
- MR- eller UL-skanning af abdomen

Behandling

De fleste patienter med melanom i Danmark behandles på plastikkirurgiske afdelinger. Behandlingen er centraliseret til afdelinger, der har lokalt samarbejde med:

- dermatopatologer
- nuklearmedicinere
- onkologer
- dermatologer

På landsplan er der et udstrakt samarbejde inden for Dansk Melanom Gruppe (DMG).

- Level I melanom fjernes i 0,5 cm's afstand
- tumor ≤ 1 mm i tykkelse fjernes med 1 cm's afstand
- tumor >1 mm og ≤ 2 mm i 2 cm's afstand
- tumor >2 mm behandles med større afstand, dog influerer lokalisering på kroppen på afstanden (se DMG-kirurgisk protokol, www.melanoma.dk).

Recidiv til regionale lymfeknuder behandles med radikal lymfeknudeudrømning. Ved metastaser på halsen anvendes ofte en selektiv lymfeknudeudrømning.

Komplikationer til ingvinal lymfeknudeeksrese. Mindre komplikationer i form af sårruptur, randnekrose af hudlappen, seroma eller absces forekommer hos ca. 28%. Kronisk lymfødeme kan forekomme hos ca. 18%. Ca. 1/3 af patienterne får lymfødeme i terminalstadiet.

Komplikationer til aksillymfeknudeeksrese. En for patienten ubehagelig komplikation i form af scapula alata og begrænset bevægelighed i skulderled er følge af læsion af n. thoracicus longus og optræder hos 20%. Ca. 25% får serom.

Komplikationer til halslymfeknudeeksrese. Hos 15-20% af patienterne optræder serom. En sjælden, men alvorlig komplikation, er ductus thoracicus fistel, som enten bør reopereres og lukkes eller behandles med flere dages parenteral ernæring fulgt af fedtfri kost et par uger.

Lokale metastaser på ekstremiteter behandles med hyperterm regional perfusion (HRP). Behandlingen er etableret på klinikken for plastikkirurgi og brandsårsbehandling, Rigshospitalet.

Behandlingskapaciteten er p.t. ca. 25 patienter om året og bør formentlig udvides.

Fjernmetastaser bør behandles kirurgisk på organspecifikke kirurgiske afdelinger, helst med tilknytning til onkologiske centre. Patienterne bør følges af et onkologisk – plastikkirurgisk team.

Solitære fjernmetastaser, der ikke er tilgængelige for kirurgi, bør strålebehandles.

Udbredt fjernmetastasering bør tilbydes eksperimentel medicinsk behandling / vaccination inden for de etablerede recidivprotokoller, som løbende vurderes inden for DMG.

Opfølgning / Efterkontrol

In situ melanom (Clark's level I) kan afsluttes efter det kirurgiske indgreb til selvkontrol eller kontrol hos henvisende læge.

Melanom ≤ 1 mm i tykkelse, ikke ulcererende, level II-III (T1a, N0, M0) følges i DMG-regi én gang årligt i fem år. Derefter én gang årligt i op til 10 år hos henvisende / praktiserende læge.

Melanom > 1 mm, samt ≤ 1 mm, level IV-V og / eller ulceration (T1b-4, N0, M0) følges i DMG-regi hver 3. måned i to år, herefter hver 6. måned i tre år, derefter én gang årligt i op til 10 år os henvisende / praktiserende læge.

Kvalitetsmål for struktur og organisation af melanombehandling

Plastikkirurgiske afdelinger bør have et integreret og tæt samarbejde med:

- dermatopatolog
- nuklearmedicinsk afdeling
- onkologisk afdeling
- hudafdeling
- billeddiagnostisk afdeling (røntgen, CT-, MR- og UL-skanning)

Der bør tilstræbes et patientflow, der sikrer minimum 30 sentinel lymfeknudeprocedurer og minimum 10 halsglandeludrømninger.

Alle kirurgiske procedurer er beskrevet i DMG-protokoller 2003. Disse protokoller kan anvendes til opstilling af kvalitetsmål for både diagnostik, behandling og follow-up procedurer (www.melanoma.dk).

Patienten bør underrettes om følger af eventuel gennemskæring af n. accessorius og ramus marginalis n. facialis, såfremt disse nerver forventes læderet ved dissektionen.

Der er i de senere år i stigende grad anvendt et mindre omfattende indgreb på halsen. Det drejer sig om selektive eksaisurer, hvor et væsentligt mindre område på halsen rømmes for lymfeknuder. Morbiditeten er mindre.

Multidisciplinære teams

Der er et samarbejde omkring primær diagnostik af malignt melanom mellem:

- plastikkirurger
- hudlæger
- nuklearmedicinere
- patologer

Selve den kirurgiske behandling af primærtumor og eventuelt lokoregional spredning foregår i rent plastikkirurgisk regi.

Ved fjerne metastaser er der et multidisciplinært samarbejde mellem:

- plastikkirurger
- andre kirurgiske specialer, herunder ØNH- og øjenkirurger
- nuklearmedicinere
- onkologer
- patologer
- billeddiagnostiske afdelinger

Patienter i terminalstadiet af sygdommen har behov for lokale medicinske afdelinger eller hospice med et udstrakt samarbejde med den åbne sektor.

Kliniske retningslinjer

De kliniske retningslinjer for:

- klinisk diagnostik
- patologisk diagnostik
- nuklearmedicinsk diagnostik
- kirurgisk behandling i forskellige stadier af sygdom
- medicinsk behandling af avanceret sygdom
- eksperimentelle behandlinger
- follow-up

er beskrevet i relevante DMG-protokoller (www.melanoma.dk).

Efteruddannelse

Ud over elementer af onkologisk plastikkirurgi i uddannelsen til speciallæge i plastikkirurgi er der ingen målrettet uddannelse.

Forslag til krav til ekspertise-vedligeholdelse for speciallæger med behandlingsansvar er:

- Minimum 30 operationer for primærtumor pr. år
- Minimum 20 sentinel lymfeknudebiopsier pr. år
- Minimum 10 aksil- og ingvinaleksaisereser pr. år

Alle halsglandeleksaisereser bør overvejes centraliseret til 3-4 steder i landet.

Desuden kræves fokuseret ophold hos hinanden hvert år i 14 dage og hvert 5. år et studieophold i et anerkendt melanomcenter i udlandet i 30 dage.

Monitorering

Datakilder

Igennem DMG-protokoller, der løbende opdateres, og registreringsskemaer er der skabt basis for en landsdækkende monitorering af forskellige elementer af diagnostisk og behandlingsmæssigt forløb. Der er skabt basis for en monitorering af behandlings-impact på overlevelse. Der er ligeledes mulighed for løbende monitorering af kvaliteten af det diagnostiske og behandlingsmæssige forløb.

Desværre er der ingen økonomiske midler til at iværksætte en løbende monitorering.

Der bør tilføres økonomi til DMG-organisationen, således at både patienter og læger løbende kan blive orienteret om kvaliteten af diagnostik og behandling, og ikke mindst løbende om resultaterne ved diverse behandlinger. – VÆRKTØJET ER TILSTEDE, men der mangler midler til at sætte det i gang.

Indikatorer

Disse er endnu ikke formuleret. Der er løbende diskussion i DMG-kirurgi-udvalget om indikatorer, der vedrører kvaliteten af diagnostik og kirurgisk behandling. Forslag vil blive stillet i år.

Forskning

Der pågår en basal og klinisk forskning vedrørende malignt melanom i Danmark.

Basalforskning vedrører molekylærbiologiske emner, regulering af onkogenese og progression af sygdom m.v.

Klinisk forskning vedrører:

- sentinel lymfeknudediagnostik
- kirurgi af primærtumor – skandinavisk samarbejde
- adjuverende vaccinationsbehandling – EORTC-samarbejde
- recidivprotokoller – onkologisk medicinsk forskning
- dermatologisk forskning vedr. primær diagnostik af malignt melanom
- epidemiologisk forskning

Konklusion

- Centralisering af melanombehandling bør opretholdes med plastikkirurger som tovholdere for hele behandlingsforløbet
- Efteruddannelsen af behandlingsansvarlige plastikkirurger bør optimeres i henhold til ovennævnte anbefalinger
- Midlerne til en optimering af den kirurgiske behandling bør øges, i det mindste bør midlerne øges i takt med stigningen i sygdomsforekomsten
- DMG bør tilføres midler dels med henblik på kvalitetssikring, samt relevant monitorering af diagnostik og behandling af melanom i Danmark, og dels for at intensivere den kliniske forskning

Non-melanom hudkræft

Introduktion

Der forekommer over 12.000 tilfælde af non-melanom hudkræft (NMH) om året i Danmark. Populationen på 50-70 år bliver oftest ramt. En del patienter får multiple tumorer, og forløbet for den enkelte patient kan strække sig over flere årtier. Enkelte familier har arvelige former som Gorlin's syndrom og xeroderma pigmentosum. I dag rammes alle socialgrupper, sol-eksponering er den væsentligste ætiologiske faktor. Af andre ætiologiske faktorer af tiltagende betydning bør nævnes behandling med immunsupprimerende medicin. Incidensen er fortsat kraftigt stigende. Skønsmæssigt foretages der på de plastikkirurgiske afdelinger i Danmark ca. 3.000 kirurgiske behandlinger af NMH om året.

Undertyper af NMH

Basalcellekarcinom	<i>Superficielt spredende</i>	I visitationen medtager man ofte tumorer, der indefra (næse og bihuler) vokser ud i huden. Metastaser. Recidiverende mammacancer. Aggressiv fibromatose
	<i>Nodulært</i>	
	<i>Aggressivt</i>	
	<i>Morphea-type</i>	
	<i>Gorlin's syndrom</i>	
	<i>Recidiv</i>	
Spinocellulært karcinom	<i>Xeroderma pigmentosum</i>	Basalcellekarcinomer metastaserer meget sjældent. Morphea-typen, den aggressive type og recidiver kan vokse snigende i dybe væv
Merkel's celletumor		
Malignt trichoepitheliom		
Malignt swanom		
Dermatofibrosarkom		
Leiomyosarkom		
Kutane metastaser fra andre kræftformer		

Prognose

Basocellulære karcinomer metastaserer praktisk taget aldrig, men der er jævnligt et kirurgisk lokalt problem pga. lokaliseringen og størrelsen. Tumorer ved

legemsåbningerne udgør en særlig risikogruppe pga. snigende tumorvækst. Eksempelvist kan en tumor ved næseboret vokse ind i næsebunden, overlæben, mundslimhinden, kæbehulen, næsehulen og næseskillevæggen. En tumor i inderste øjenkrog kan vokse ind i næsen gennem tårekanalerne, brede sig til øjenhulen og i næsens bihuler. En tumor i øregangen kan vokse ind i mellemøret, ørespytkirtlen, kæbeleddet m.m.

De andre NMH-typer med en metastaseringsfrekvens på 3-70% udgør et andet behandlingsproblem. Eksempelvist har patienter med en Merkel's celletumor en 5-årig overlevelseshastighed på kun 30%. Populationsbaserede statistikker er desværre ikke tilgængelige i Danmark. Det ville være gavnligt at udarbejde dem for at optimere behandlingen.

Organisation

Der findes ingen landsdækkende organisation for behandling og forskning i hudcancer, og der er ingen konsensus, om hvilken behandling der er den rette. De onkologiske regioner (Nord, Syd og Øst) har forskellige retningslinjer og samarbejdsorganisationer.

Der er behov for en landsdækkende organisation – en pendant til Dansk Melanom Gruppe – hvor retningslinjerne for diagnostik, udredning og behandling fastsættes. Der bør være et forum for samarbejde mellem plastikkirurger, dermatologer, ØNH-kirurger, øjenlæger, onkologer og patologer.

Uddannelse

Uddannelsen bør især formaliseres vedrørende diagnostik, udredning og tværfaglige relevante behandlingstilbud. Der bør ligeledes opbygges en passende sygeplejeuddannelse.

Patientforløb

Forebyggelse

Både primær og sekundær profylakse er relevant og effektiv for de fleste former af NMH, og en sådan bør etableres. Det vil dreje sig om relevante programmer, der sigter mod eksponering af huden for sollys, især hos risikopopulationen, samt mod programmer, der kan effektivisere en tidlig diagnostik og behandling.

Udredning

Diagnostik og udredning foregår hovedsageligt i primærsektoren (almen og speciallægepraksis). Det er oftest avancerede tumorer eller tumorer, der er lokaliseret til anatomisk vanskelige steder, der henvises til en hospitalsafdeling. En del af disse tumorer kræver udredning med avancerede scanninger.

Behandling

Den kirurgiske behandling af patienter med NMH fordrer ofte omfattende rekonstruktioner. En del af tilfældene skal behandles i multidisciplinære teams (plastikkirurger, neurokirurger, ØNH-kirurger og øjenlæger).

Kvalitetsmål for struktur og organisation af NMH i hospitalsregi

De plastikkirurgiske afdelinger bør have etableret et samarbejde med

- hudlæger
- neurokirurger
- ØNH-kirurger
- øjenlæger
- onkologer
- patologer
- billeddiagnostisk enhed

vedrørende udbredte cancertilfælde.

Der bør tilstræbes et samlet patient-flow med tumorer på forskellige udviklingsstadier og med lokalisationer på ca. 300 om året. Behandling af avancerede tumorer med specifikke lokalisationer kan med fordel lokaliseres til få steder i landet.

Monitorering

Der er behov for at oprette en specifik klinisk database og en organisation i lighed med Dansk Melanom Gruppe og andre cancerspecifikke kliniske grupper.

Forskning

Der pågår en omfattende tværfaglig forskning – primært i dermatologisk regi.

Andre kræftformer, hvor plastikkirurgisk rekonstruktion er et led i behandlingen

Introduktion

Det drejer sig om en meget uhomogen gruppe af forskellige cancerformer, hvor kirurgisk behandling pga. størrelse, udbredelse og lokalisation kræver anvendelse af omfattende rekonstruktive procedurer.

Der er typisk to scenarier:

1. Plastikkirurg er tovholder på hele eller dele af behandlingsforløbet og allierer sig med andre kirurgiske specialer (ØNH, gynækolog, brystkirurg, ortopædkirurg, øjenlæge, neurokirurg, samt abdominal- eller thoraxkirurg.
2. Plastikkirurg får en ”konsulent-opgave”, som består af en genskabelse af det, der blev fjernet ved den ablative procedure.

I scenarie 1 er plastikkirurgen som regel involveret i den diagnostiske og udredningsmæssige proces, samt i behandlingen og follow-up.

De områder, der udgør en stor del af ovennævnte aktivitet er:

- Primær og sekundær rekonstruktion af bryst som led i brystkræftbehandling i samarbejde med mammakirurger.
- Omfattende rekonstruktive procedurer ved behandling af kræft i hoved- og halsområdet i samarbejde med ØNH-kirurger, neurokirurger, kæbekirurger og øjenlæger.
- Omfattende rekonstruktioner ved behandling af kræft i anus, perineum, genitalia og bugvæg i samarbejde med mave-tarmkirurger og gynækologer.
- Omfattende thorax- og ekstremitetsrekonstruktioner som led i kræftbehandling i samarbejde med ortopædkirurger og thoraxkirurger.

Konklusion

Samarbejdet mellem de lokale tværgående teams, der allerede er etableret på universitetshospitalerne, bør styrkes.

Sjældne behandlingsopgaver pga.

- lokalisation
- tumors art og størrelse
- behandlingsmodalitet
- rekonstruktive tekniske finesser

bør yderligere centraliseres.