

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Malignt melanom
Kategori: Pasientbehandling - Fagprosedyrer - Annet - Annet 3	Gyldig fra/til: 26.02.2024/26.02.2026
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF - Hudavdelingen	Versjon: 5.00
Godkjenner: []	Informasjon
Dok. ansvarlig: Ingeborg Bachmann	Dok.id: D46267

Pasientinformasjon om melanom (føflekkreft = melanom)

Bakgrunn:

Melanom oppstår i hudens pigmentceller (melanocytene) og forekommer hyppigst på soleksponert hud. Melanom oppstår noen ganger i en føflekk man har hatt i lang tid, men kan også oppstå som en ny pigmentert forandring. Ca. 5 % av tilfellene skyldes arv. I Norge er det ca. 3000 tilfeller i året.

Behandling:

Melanom fjernes kirurgisk (opereres bort) og sendes til mikroskopisk undersøkelse. Her måles blant annet tykkelsen av melanomet, som igjen er veiledende for videre behandling.

I tillegg gjøres i ettertid **utvidet fjerning** av hud og omkringliggende vev rundt arret.

Det kan i noen tilfeller være aktuelt med **vaktpostlymfeknutebiopsi**.

Melanomet kan gi spredning (metastaser), oftest til lymfekjertler, men kan også spre seg til andre steder i kroppen. **Som regel er arret etter operasjonen den eneste senfølge.**

KONTROLLFORLØP OG ANBEFALINGER ETTER TYKKELSE:

Alle pasienter som er operert for melanom skal gå til kontroll etter operasjonen.

Kontrollene kan vanligvis skje hos **fastlege eller hudlege**. Kontrollforløpet er **avhengig av tykkelse** på melanomet og om det er kommet **tilbakefall** (metastaser / spredning).

Første kontroll er som regel hos hudlege ca. 3 mnd etter operasjon.

Hvis du skal følges av fastlege, må du selv bestille time for kontroll.

Av bildediagnostikk gjøres: UL= ultralydsundersøkelse; CT= computer tomografi, som er en type røntgenundersøkelse; PET-CT som er positron emisjonstomografi CT undersøkelse; MR= magnetisk resonans undersøkelse.

TILBAKEFALL:

Ved tilbakefall kan det bli aktuelt med ytterligere undersøkelser, operasjoner, medikamentell behandling og i noen tilfeller strålebehandling.

T	N	M	Stadium	Klinisk kontroll	Ultralyd	PET-CT	MR caput	Kommentar
Tis	0	0	0	En				God info. Følges videre hvis spesiell risiko
T1a	0	0	IA	En				God informasjon. Avsluttende kontroll dersom ikke spesiell risiko eller andre forhold tilsier videre oppfølging
T1b	0	0	IB	Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år				God informasjon. Avsluttende kontroll dersom ikke spesiell risiko eller andre forhold tilsier videre oppfølging
T2a	0	0	IB	Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år	Ja hvis ikke VP. Nei ved neg. VP			HUSK! UL som IIB hvis ikke VP er gjort
T2b-3a	0	0	IIA	Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år				
T3b-4a	0	0	IIB	Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år	Hver 6 måned i 3 år	12,24 og 36 mnd	Ved klinisk mistanke	Ultralyd av lymfeknutestasjon identifisert med scintigrafi
T4b	0	0	IIC	Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år	Hver 6 måned i 3 år	12,24 og 36 mnd	Ved klinisk mistanke	Ultralyd av lymfeknutestasjon identifisert med scintigrafi
T1-T4a	N1a N2a	0	IIIA	Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år	Hver 6 måned i 3 år	Ved klinisk mistanke	Ved klinisk mistanke	Ultralyd av lymfeknutestasjon identifisert med scintigrafi
		0	IIIB	Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år	Hver 6 måned i 3 år	12,24 og 36 mnd	Ved klinisk mistanke	Ultralyd av lymfeknutestasjon identifisert med scintigrafi
		0	IIIC	Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år.	Hver 6 måned i 3 år	12,24 og 36 mnd	Samme som PET-CT	Ultralyd av lymfeknutestasjon identifisert med scintigrafi
		0	IIID	Første etter 3 mnd, så hver 6 mnd i 5 år.	Hver 6 måned i 5 år	12,24 og 36 mnd	Samme som PET-CT	Ultralyd av lymfeknutestasjon identifisert med scintigrafi
			IV	Individualiseres	Individualiseres			Minst 10 års oppfølging

Senere anbefales UL / PET-CT/ MR ved klinisk mistanke om residiv.

For pasienter som inngår i studier kan det være særskilt oppfølging i alle stadier.

Ultralydundersøkelse gjøres ikke ved sammenfall med PET-CT.