

Henvisninger for malignt melanom

Muligheder for kvalitetssikring og udvikling

Reservelæge Marianne Hald, 1. reservelæge Birgitte Christensen, overlæge Jørgen Lock-Andersen & overlæge Gregor B.E. Jemec

Roskilde Amts Sygehus Roskilde, Plastikkirurgisk Afdeling og Medicinsk Afdeling, Dermatologisk Funktion

Resumé

Introduktion: Kvalitetssikringundersøgelsen omhandler primærsektorens håndtering af patienter med malignt melanom konstateret ved biopsitagning samt kvaliteten af henvisningerne af disse patienter.

Matriale og metoder: Undersøgelsen er en retrospektiv journalgen-nemgang af henvisninger med diagnosen malignt melanom til Plastikkirurgisk Afdeling, Amtssygehuset Roskilde i 2001 (n=171). Den indsamlede information omhandler antallet og kvaliteten af henvisninger og biopsier taget i primærsektoren. Kvaliteten af henvisningerne blev vurderet, og de enkelte henvisninger blev tildelt 0-4 point, hvor fire var det maksimalt opnåelige antal. Biopsiernes kvalitet blev vurderet ud fra histologisk radikalitet.

Resultater: Primært indgik der 171 patientjournaler i undersøgelsen, heraf opfyldte 145 patienter kriterierne for at indgå i den videre undersøgelse. Mange af de 145 henviste patienter havde inden henvisningen til sygehuset fået foretaget excisionsbiopsi af deres maligne melanom (n=102), men kun 55% af melanomerne var fjernet komplet. Henvisningernes oplysninger var i mange tilfælde mangelfulde, dog var henvisningerne fra privatpraktiserende dermatologer generelt mest fyldestgørende.

Diskussion: Der synes at være betydelige muligheder for forbedring i kommunikationen imellem specialerne. Fokusering på det nødvendige indhold af henvisningen kan evt. også være medvirkende til at opnå forbedringer af biopsier, der er foretaget i primærsektoren, således at en større andel af disse bliver komplette og derved muliggør en mere individualiseret behandling efterfølgende.

Kutant malignt melanom (MM) er den syvende og niende hyppigste kræftform for henholdsvis kvinder og mænd i Danmark. I 1999 fik 540 kvinder og 418 mænd stillet denne diagnose [1].

Behandling af kutant MM er primært kirurgisk og afhængig af en nøjagtig diagnose og klassifikation af tumoren. Det tilstræbes derfor, at tumoren fjernes helt ved en excisionsbiopsi, og at det exciderede væv undersøges mikroskopisk. Stansbiopsi, tangentielt excision eller curretage af huddelementer, som formodes at være MM, er kontraindiceret, da diagnosen derved vanskeliggøres og en klassifikation af tumoren ofte bliver umulig. Tykkelse af tumoren ved den histologiske un-

dersøgelse er den vigtigste prognostiske parameter og er bestemmende for omfanget af den kirurgiske behandling. Hvis tumortykkelsen ikke kan måles pga. uhensigtsmæssig biopsiprocedure, har dette stor praktisk betydning for patienten og den behandlende læge. Kan prognosen ikke bestemmes, bliver den kirurgiske behandling derfor mere omfattende, da patienten må behandles som *worst case*-tilfælde. Samtidig påvirkes patientens muligheder for forsikring, erhvervsvalg m.m.

Den primære kliniske diagnose af MM sker overvejende uden for hospitalet hos praktiserende dermatologer eller i almen praksis. Da der foregår en visitation af de henviste patienter på afdelingen, kan det antages, at en god informerende henvisning øger sandsynligheden for en hurtig og korrekt behandling af patienten.

Undersøgelsens formål var at vurdere kvaliteten af henvisningerne og de i primærsektoren udførte biopsier og derved tilvejebringe et grundlag for videre kvalitetsudvikling i det samlede patientforløb.

Procedure ved modtagelse af henvisninger

Undersøgelsen tager udgangspunkt i henvisninger af patienter med MM til Plastikkirurgisk Afdeling ved Amtssygehuset Roskilde. Afdelingen varetager behandlingen af MM i Roskilde, Vestsjælland og Storstrøms Amter med et befolkningsgrundlag på ca. 795.000 personer. Desuden behandles fritvalgspatienter fra andre amter.

Henvisningerne kan opdeles i to grupper: 1) Patienter, som er biopterede i primærsektoren, har fået stillet diagnosen MM og efterfølgende er henvist til radikal reexcision. Hos denne gruppe patienter er diagnosen givet. Men melanomdiagnostik og subklassifikation kan dog være histologisk vanskelig at foretage [2]. Hvis tumoren er blevet undersøgt af en patolog, som ikke er erfaren i MM-diagnostik, vil afdelingen derfor indhente præparatet til revisionsmikroskopi, inden patienten møder til forundersøgelse. 2) Patienter, som efter klinisk mistanke om MM henvises til diagnosticering i hospitalsregi. Hos denne gruppe patienter kan den visiterende læge kun prioritere ud fra oplysningerne i henvisningen. Patienten undersøges efterfølgende i ambulatoriet, og der foretages her en excisionsbiopsi af den pigmenterede hudtumor.

Når man på Plastikkirurgisk Afdeling modtager en henvisning for en pigmenteret tumor, bliver henvisningen gennemgået af den visiterende overlæge, som tager stilling til, hvornår patienten skal have en tid i forundersøgelambulatoriet, og om der skal afsættes ekstra tid til behandlingen, eksempelvis til bioptering.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

I Danmark tilstræber man en margin af excisionsbiopsien på 5 mm til siderne, og i dybden medinddrages den superficielle del af subcutis. Dette giver en stor sikkerhed for, at hele elementet er fjernet. Når MM-diagnosen er stillet, skal der foretages en radikal reexcision af området. Ved en reexcision anbefales en excisionsmargin, der er afhængig af den af patologiske målte tumortykkelse og tumorens placering på kroppen.

Data for MM samles i en landsdækkende klinisk database, som administreres af Dansk Melanom Gruppe (DMG). Disse indberettede oplysninger danner grundlag for nationale oplysninger og behandlingsprotokoller.

Metode

Undersøgelsen bygger på en retrospektiv journalgennemgang af patienter henvist for MM i perioden fra den 1. januar 2001 til den 31. december 2001.

Kvalitetskriterierne blev fastlagt ud fra, hvad man fra plastikkirurgisk afdeling fandt var ønskelige og nødvendige oplysninger i forbindelse med en henvisning.

Den primære visitering af patienterne til ambulatoriet og den prioriterede ventetid afhænger helt af, om der er mistanke om en benign eller en malign lidelse. En omhyggelig beskrivelse letter denne vurdering, når der ikke foreligger et patologisvar.

For at gøre henvisningernes kvalitet overskuelig blev disse vurderet ud fra et enkelt pointsystem: Der blev givet et point for hver af følgende oplysninger: 1) anamnese, 2) objektiv beskrivelse, 3) lokalisering og 4) dermatoskopi eller foto. Maksimalt kunne henvisningen derfor opnå fire point. Var der foretaget dermatoskopi blev dette vægtet positivt, idet man antog, at lægerne, der foretog denne undersøgelse, var trænet i metoden, hvilket er grundlaget for at højne den diagnostiske sikkerhed [3].

Man noterede også, om der var foretaget en biopsi, og om

biopsivaret i så fald var vedlagt. De i primærsektoren udførte biopsier blev vurderet ud fra radikalitet. Til analyse af data anvendtes 2×2-tabeller og nonparametrisk statistik.

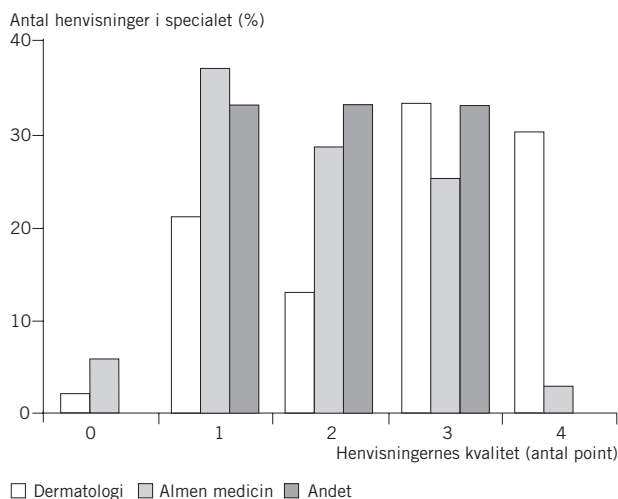
Resultater

Primært indgik der 171 patienter i undersøgelsen. Heraf udgik 26 patienter på grund af manglende henvisning (fire patienter), melanometastase (syv patienter), melanomet blev opdaget ved undersøgelse/kontrol på plastikkirurgisk afdeling (seks patienter), lentigo maligna, hvor det ikke var udfyldt DMG-skema ved den histologiske undersøgelse (fire patienter), samt tre patienter, hvor det ikke kunne afgøres, om tumoren var malign eller benign. Desuden udgik to patienter, der blev undersøgt af deres alment praktiserende læge og primært blev henvist til en privatpraktiserende dermatolog og derefter henvist til Plastikkirurgisk Afdeling. De 145 inkluderede patienter fordelte sig med 96 kvinder og 49 mænd. Gennemsnitsalderen var 58 år med en aldersspredning fra 23 år til 90 år. Histologisk fordelte patienternes diagnoser sig således: superficielt spredende MM (68%), lentigo MM (inklusive lentigo maligna - dvs. lentigo MM level I) (13%), nodulært MM (10%), akralt MM (3%) og uklassificerbart MM (5%).

Den overvejende del af de 145 henvisninger stammede fra privatpraktiserende dermatologer med 99 (68%) henviste patienter, alment praktiserende læger stod for 34 (23%) henvisninger, mens 12 (8%) stammede fra andre specialegrupper. Af ikkebiopterede patienters henvisninger indeholdt 36 af 43 (84%) en korrekt tentativ diagnose, mens syv af 43 (16%) indeholdt en uspecifik malign/benign diagnose. Alle henvisninger indeholdt således et diagnoseforslag af varierende detaljeringsgrad.

Henvisningernes kvalitet blev vurderet ved hjælp af det beskrevne scoringssystem, og man fandt, at 42 (29%) af de 145 henvisninger opnåede mindre end to point. Tallene i **Figur 1** illustrerer, at henvisningerne fra almen praksis overvejende kun indeholdt sparsomme oplysninger (gennemsnitsscore 1,79; SD=0,98), idet over en tredjedel kun opnåede et point. Henvisningerne fra dermatologerne opnåede generelt flere point (gennemsnitsscore 2,69; SD=1,18), men over 20% opnåede dog kun et point. Gennemsnitlig pointscoring var for de patienter, der ikke havde fået foretaget biopsi inden henvisningen, samlet for alle specialer 2,74 (SD=1,26) point. For de biopterede patienter opnåede henvisningerne i gennemsnit 2,28 (SD=1,11) point. Forskellen var statistisk signifikant (Mann Whitney-test: $p=0,023$).

Patienterne blev opdelt i en gruppe, der var biopteret i primærsektoren ($n=102$), og en gruppe, der var biopteret på hospital ($n=43$). For de patienter, der var biopteret i primærsektoren, var tumoren ikke fjernet in toto hos 40 af 102 (39%) versus to ud af 43 patienter (5%), der var biopteret på en plastikkirurgisk afdeling (2×2 : $p < 0,01$). Biopsifrekvensen i primærsektoren varierede: almen praksis 27/34 (79%), dermatologi 65/99 (66%) og andet (almen kirurgi og andet sygehus) 10/12



Figur 1. Kvalitetsvurdering af henvisningerne af biopterede såvel som ikke biopterede patienter med malignt melanom til Plastikkirurgisk Afdeling, Amtssygehuset Roskilde, i 2001.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

(83%). De tagne biopsier varierede ikke statistisk signifikant med hensyn til radikalitet: almen praksis 14/27 (52% +1/27=4% uklassificerbare), dermatologi 36/65 (55%, +2/65=3% uklassificerbare +1/65=2% ikke oplyst) og andre 6/10 (60%, +2/10=20% uklassificerbare). Den gennemsnitlige MM-tykkelse af de bioterede tumorer fra speciallægerne i almen praksis var 1,74 mm og fra dermatologerne 1,54 mm (ikkesignifikant forskel). Såfremt der var foretaget biopsi inden henvisningen, var det histologiske svar vedlagt for 99 ud af de 102 bioterede.

Diskussion

Kvaliteten af de kliniske ydelser i et specialiseret sundhedsvæsen påvirkes af kommunikationen imellem organisationens forskellige dele. Der er i dag ikke opstillet nogen formaliserede retningslinjer for den fyldestgørende henvisning. Der har i tidligere kvalitetssikringsundersøgelser været gjort opmærksom på, at mange henvisninger af patienter til hospitalsindlæggelse har været mangelfulde [4]. Man fandt i dette materiale, at 29% af alle henvisningerne kun opnåede et point af maksimalt fire point og f.eks. ikke indeholdt anamnesticke oplysninger eller klinisk beskrivelse. Der er nogen variation imellem specialerne, og henvisningerne fra dermatologer var generelt mere fyldestgørende, om end der dog også her fandtes undtagelser, end de øvrige henvisninger (Figur 1).

Henvisningen har en stor betydning for den videre behandling af patienten i hospitalsvæsenet, da den udgør grundlaget for de videre beslutninger på den behandlende afdeling. Der kan stilles basale logiske krav til informationsmængden i henvisningen: en sufficient anamnese og en objektiv beskrivelse, som yderligere kan underbygge en tentativ diagnose og dermed gøre det lettere at planlægge det videre patientforløb. Et foto af tumoren kan være til stor hjælp for den visiterende læge [5-8]. Ingen af henvisningerne i denne undersøgelse indeholdt dog foto.

En korrekt biopsi af MM er nødvendig for korrekt diagnostik og tilvejebringer det nødvendige grundlag for videre behandling og prognose. Måling af tumortykkelsen er den vigtigste prognostiske faktor. Korrekt biopsi har væsentlig betydning for patientinformation og -behandling samt for patientens fremtidige forsikringsmæssige forhold.

Af de henviste patienter havde 70% fået foretaget biopsi inden henvisningen, men kun 55% af de 102 MM-bioterede i primærsektoren havde frie resektionsrande, således at hele tumoren var fjernet og dermed målbar. Henvisningernes kvalitet var signifikant bedre hos ikkebioterede patienter, hvilket kan tolkes som, at biopsisvaret opfattes som et fuldt tilstrækkeligt grundlag for henvisning. Behandlingen af den enkelte patient afhænger imidlertid af en række kliniske faktorer ud over den egentlige diagnose. Endelig er det nødvendigt, at grundlaget for den histologiske diagnose er adækvat, dvs. at biopsien er teknisk korrekt gennemført. Det kan desuden overvejes, hvorvidt biopsifrekvensen afspejler den henvissende læges kirurgiske baggrund. Dermatologer synes dog

oftere at foretage et korrekt indgreb i forhold til speciallæger i almen medicin.

Inkomplette excisioner kan være betinget af lokale kliniske forhold, f.eks. nærhed til øje. Der blev dog ikke i henvisningerne oplyst specielle lokale anatomiske forhold eller andet, som kunne nødvendiggøre ukomplet biopsi. Man må derfor formode, at lægen i disse tilfælde ikke har været klar over, at der var tale om et malignt melanom. Det er i tidligere undersøgelser vist, at det kan være meget vanskeligt at skelne klinisk mellem det benigne naevus og det maligne melanom [9, 10]. Vejledende må være, at ved den mindste mistanke om MM foretages der fjernelse af hele elementet til histologisk undersøgelse. Er dette af tekniske årsager ikke muligt, bør patienten henvises direkte til en plastikkirurgisk afdeling.

Korrespondance: *Marianne Hald*, Tagensvej 36 st. th., DK-2200 København N. E-mail: marianne_hald@dadlnet.dk

Antaget: 10. september 2003
Interessekonflikt: Ingen angivet

Litteratur

1. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 7, nr. 2, 2003.
2. Veenhuizen KCW, de Wit PEJ, Wolter JM et al. Quality assesment by expert opinion in melanoma pathology: experience of the pathology panel of the dutch melanoma working party. *J Pathol* 1997;182:266-72.
3. Lorentzen H, Weismann K, Petersen CS et al. Clinical and dermatoscopic diagnosis of malignant melanoma. *Acta Derm Venereol* 1999;79:301-4.
4. Christensen KA, Mainz J, Kristensen E. Kommunikation mellem primær- og sekundærsektoren og dens betydning for patientforløbet. *Ugeskr Læger* 1997;159:7141-5.
5. Arild ED. A medical multimedia program for use in teledermatology (experiences from a pilot project based on still images and e-mail). *J Eur Acad Dermatol Venerol* 1999 (suppl. 2) S98.
6. Lyon CC, Harrison PV. Digital imaging and teledermatology: education and diagnostic applications of a portable digital imaging system for the trainee dermatologist. *Clin Exp Dermatol* 1997;22:163-5.
7. Singh S, Stevenson JH, McGurty D. An evaluation of polaroid photographic imaging for cutaneous-lesions referrals to an outpatient clinic: a pilot study. *Br J Plast Surg* 2001;54:140-3.
8. Harrison PV, Kirby B, Dickinson Y et al. Teledermatology-high technology or not? *J Telemed Telecare* 1998;4(suppl 1):31-2.
9. Jemec GBE. The diagnostic accuracy of Danish GPs in the diagnosis of pigmented skin lesions. *J Fam Pract* 1999;16:619-20.
10. Hallock GG, Lutz DA. Prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis in 2000 excised skin tumors. *Plast Reconstr Surg* 1998;101:1255-61.