



Kutant melanom (modermærkekræft)

Klinisk undersøgelse

– Anamnese og objektiv undersøgelse

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

5. september 2022 (DMG)

Administrativ godkendelse

7. september 2022 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 1. september 2024

INDEKSERING

DMG, klinisk undersøgelse, malignt melanom, clinical examination, melanoma

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (quick guide).....	2
Anamnese	2
Objektiv undersøgelse	2
2. Introduktion	3
3. Grundlag	5
Anamnese	5
Objektiv undersøgelse	6
4. Referencer	12
5. Metode	14
6. Monitorering	15
7. Bilag	15
8. Om denne kliniske retningslinje.....	16

1. Anbefalinger (Quick guide)

Anamnese

En patient, der præsenterer sig med mistanke om kutant malignt melanom (herefter melanom), bør have optaget grundig anamnese med følgende:

1. Der optages anamnese vedrørende symptomer og varighed af den kutane forandring (B)
2. Disponerende faktorer, herunder særligt arvelige forhold (B)
3. Eksponerende faktorer, herunder solesponering (B)
4. Patientens funktionsniveau i hverdagen (B)

Objektiv undersøgelse

5. Klinisk undersøgelse omfatter initialt klinisk undersøgelse af det suspekte element samt den relevante lymfeknudestation (B).
6. Suspekter kutane hudforandringer vurderes ud fra ABCDE-reglen (B).
7. Dermatoskopi kan med fordel anvendes ved alle suspekter nævi/kutane hudforandringer ud fra de 6 melanom-specifikke kriterier (B).
8. Såfremt diagnosen melanom bekræftes, bør hele patientens hud gennemgås i det initiale forløb, ligesom alle lymfeknudestationerne bør undersøges klinisk, i hvert fald på den behandlende specialafdeling (B).

2. Introduktion

Melanom er en kræftsygdom, der opstår grundet ukontrolleret proliferation af hudens melanocytter, men kan i sjældne tilfælde også udgå fra slimhinder (1,2) [1a]

Der findes ikke en benign variant, derfor er der internationalt konsensus om benævnelsen melanom, som altså = malignt melanom = modernærkekræft.

Kutant melanom har flere undertyper (tal fra Dansk Melanom Database). Superficielt spredende er den hyppigste (81 %), efterfulgt af nodulært melanom (7 %), lentigo maligna melanoma (3,5 %), akralt lentiginøst melanom (1 %), uklassificerbart melanom (5 %) og ukendt primær tumor (1 %)(3) [2c]

Incidensen af melanom er stigende overalt i verden, herunder også i Danmark med senest 4174 nye tilfælde (invasive og in situ) i 2020.(3)[2c] Den stigende incidens menes primært at skyldes en ændring i livsstilsvaner med lettere adgang til blandt andet ferier, der medfører en stigning i soldyrkelse. Dette i kombination med at befolkningen bliver ældre, medfører en større livstids udsættelse for UV-stråling.(2) [1a]

Melanom udgør en lille andel af hudens tumorer, men står for ca. 90 % af alle dødsfald af kutane tumorer.(4) [3a]

Personer med et stort antal almindelige nævi, samt dem med store medfødte nævi, multiple og/eller atypiske nævi er også i øget risiko for udvikling af melanom(5) [3a].

Klinisk undersøgelse af hele kroppen er vigtig, idet melanom kan være en aggressiv cancerform, der kan metastasere, lymfogent og/eller hæmatogent. Regionale metastaser kan være:

- Satellit-metastaser (lokaliseret op til 2 cm fra primærtumor)
- In-transit metastaser (lokaliseret i huden/underhuden mellem 2 cm fra primærtumor og det regionale lymfeknude-område)
- Mikrometastaser i de regionale lymfeknuder (detekteret ved hjælp af sentinel node-biopsi)
- Klinisk eller radiologisk påviste regionale lymfeknudemetastaser (defineret som makrometastaser) (4) [3a]

Anamnese og objektiv undersøgelse er første trin i diagnostikken af melanom. Tidlig diagnostik har stor betydning for prognosen.(1) [1a]

Formål

Det overordnede formål med denne kliniske retningslinje er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Patientgruppen

Patientgruppen omfatter alle patienter i Danmark, hvor der mistænkes melanom.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen, som har med melanompatienter at gøre. Retningslinjen henvender sig således både til sundhedsfagligt personale i almen praksis, i dermatologisk og plastikkirurgisk praksis samt på dermatologiske og plastikkirurgiske hospitalsafdelinger.

3. Grundlag

Anamnese

En patient, der præsenterer sig med mistanke om kutant malignt melanom (herefter melanom), bør have optaget grundig anamnese med følgende:

1. Der optages anamnese vedrørende symptomer og varighed af den kutane forandring (B)
2. Disponerende faktorer, herunder særligt arvelige forhold (B)
3. Eksponerende faktorer, herunder soleksposering (B)
4. Patientens funktionsniveau i hverdagen (B)

En grundig anamnese er altid vigtig, hvorfor det ikke er anderledes for patienter med mistanke om melanom.

Det er ofte patienten selv, der opdager ændringer i form eller farve i et allerede eksisterende nævus, eller et nyttilkommet nævus, hvilket medfører kontakt til lægen i almen praksis, som ofte er første kontakt med sundhedssystemet. Patienten kan klage over kløe eller blødning, at elementet er eleveret eller at det adskiller sig fra de andre elementer (6) [2b].

Det er især vigtigt at afklare, om patienten tidligere har haft melanom, og om der er melanom hos slægtninge. Det er også relevant at afdække, om der er andre cancerformer i familien, især de cancerformer med kendte sygdomsdisponerende gen-varianter (f.eks. uvealt melanom, pancreascancer, renalcelle carcinom, mesotheliom, sarkom.) (7) [3b].

Det er relevant at afdække patientens tidligere og aktuelle solvaner, herunder hører også brug af solarie.(4) [3a]

Risikofaktorerne for udvikling af melanom kan opdeles således:

- 1) Genetiske faktorer: (Se i øvrigt retningslinje om familiært melanom)
 - Tidligere melanom
 - Lys hud, lyst hår og lys øjenfarve
 - Tidligere non-melanom hudkræft
 - Mange nævi, klinisk atypiske nævi, medfødte nævi (særligt større)
 - Arvelige hudsygdomme (fx xeroderma pigmentosa)
 - Familiær historik med melanom (primært 1. gradsslægtninge med melanom: forældre, søskende, børn)
 - Påvist gen-mutation med øget risiko for melanom (CDKN2A, BAP1, CDK4 m.fl.).
- 2) Miljømæssige faktorer:
 - Tidligere soleksposering: Både kumulativ og de episodiske forbrændinger, specielt i barndommen
 - Høj alder

- Solarieforbrug
- Immunsuppression
- Lavere sundhedskompetencer kan lede til forsinket diagnostik og deraf mere avanceret sygdom ved diagnosetidspunktet(8,9) [2a,2b]

Det er generelt vigtigt at afklare patientens funktionsniveau i hverdagen. Dette indebærer eventuelle komorbiditeter og aktivitetsniveau, fx målt på performance status. Dette er vigtigt og relevant, da patienterne potentielt står overfor mulig omfattende kirurgi og i nogle tilfælde, kan være kandidater til medicinsk onkologisk behandling med risiko for bivirkninger.

Patientværdier og- præferencer

Det formodes, vurderet ud fra klinisk erfaring, at patienterne er interesseret i en grundig udredning og korrekt diagnose.

Rationale

Rationalet bag retningslinjen bygger på erfaringer fra retrospektive studier og oversigtsartikler, samt kliniske retningslinjer fra Europa, USA og Australien.

Objektiv undersøgelse

- 5. Klinisk undersøgelse omfatter initialt klinisk undersøgelse af det suspekte element samt den relevante lymfeknudestation (B).**
- 6. Suspekte kutane hudforandringer vurderes ud fra ABCDE-reglen (B).**
- 7. Dermatoskopi kan med fordel anvendes ved alle suspekte nævi/kutane hudforandringer ud fra de 6 melanom-specifikke kriterier (B).**
- 8. Såfremt diagnosen melanom bekræftes, bør hele patientens hud gennemgås i det initiale forløb, ligesom alle lymfeknudestationerne bør undersøges klinisk, i hvert fald på den behandlende specialafdeling (B).**

Den objektive undersøgelse forudsætter kendskab til diagnostiske kriterier for melanom.

Til den fulde objektive undersøgelse, som foregår på specialafdeling, hører i princippet systematisk gennemgang af hele hudorganet fra hårbund til fodsåler. Fokus skal især lægges på suspekte elementer, elementer der adskiller sig fra de andre ("ugly duckling"), samt satellit og in-transit metastaser, såfremt patienten tidligere har haft melanom(4) [3a].

En del af den fulde objektive undersøgelse er palpation af alle lymfeknudestationer, herunder på hoved/hals, i aksiller og inguen. Fokus skal især være på de regionale lymfeknudestationer i relation til det suspekte element. Alle suspekte palpable glandler bør videreundersøges med UL og eventuelt grovnåls-/finnålsbiopsi(4) [3a].

Det er dog helt almindelig rationel praksis, at man fokuserer på det suspekte område og de tilhørende regionale lymfeknuder (se ovenfor) ved 1. besøg. Viser det sig at dreje sig om melanom, så skal hele

patientens hud og alle lymfeknude-stationer på et passende tidspunkt i det initiale behandlingsforløb gennemgås, da patienten ikke helt sjældent har mere end ét primært melanom.

Suspekterte elementer kan være en udfordring at identificere, særligt for ikke-trænet personale. Til det formål kan benyttes ABCDE-reglen til identifikation af suspekterte elementer, som kræver biopsi(10) [3a] eller henvisning til vurdering i filterfunktion eller ved begrundet mistanke om melanom, henvisning direkte i kræftpakke-forløb til plastikkirurgisk afdeling(11) [4]. Ingen af de enkelte delelementer er diagnostiske for melanom, men tilsammen underbygger de den kliniske mistanke. Jo flere af de enkelte kriterier, som er opfyldt, jo stærkere er mistanken. Reglen (12,13) [3a,2b]:

- A (Asymmetry): Asymmetri af elementet
- B (Borders): Irregulær afgrænsning
- C (Colours): Flere farver
- D (Diameter): Diameter > 6 mm (~ bunden af en blyant)
- E (Evolution): Ændringer/udvikling i en pigmenteret hudtumor

Særligt de nodulære elementer kan være svære at identificere ud fra ABCDE-reglen, hvor EFG-reglen i stedet kan være nyttig til at identificere de suspekterte elementer(14) [3b]:

- E (Elevated): Eleveret
- F (Firm): Fast
- G (Growing): Voksende

Klinikerens opmærksomhed skal i øvrigt også være på (15) [4].

- Vækst af elementer/noduli
- Regression i elementet, dvs. helt eller delvist tab af farve i et nævus
- "Ugly Duckling Sign", der forstås som et element, der adskiller sig fra de andre nævi på samme patient(15) [4]

Fotos af ABCDE-reglen, samt EFG-reglen, kan findes ved følgende link:

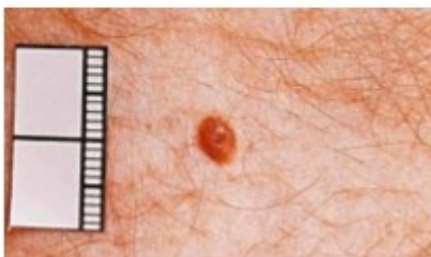
<https://dermnetz.org/topics/abc-des-of-melanoma>

Nedenfor vises typiske eksempler på benigne og maligne pigmenterede hudforandringer (fra Kræftens Bekæmpelses pjece om modermærkekræft).

Modernmærker (uden kræft)



Symmetri: Modernmærket er rundt i kanten, og farven er ensartet.



Størrelsen: Billedet viser et lille almindeligt modernmærke under 6 mm.



Kanten: Typiske modernmærker med regelmæssig kant.



Farven: Her er farven mørk, men ensartet. Kanten er også regelmæssig.

Modernmærkekræft



Symmetri: Modernmærket er ikke rundt i kanten, og farven er lysebrun, mørkebrun, sort, lyserød og uregelmæssigt fordelt.



Størrelsen: Man skal holde særligt øje med modernmærker, der er større end seks mm. Det er hele modernmærket, man måler.



Kanten: Modernmærket har nærmest form som et landkort og kanten er blevet uregelmæssig.



Farven: Her er modernmærket uregelmæssigt og der er flere farvenuancer.

De stærkeste fænotypiske risikofaktor for udvikling af melanom er (5,16) [3a]:

- Tilstedeværelsen af atypiske nævi
- Tilstedeværelsen af >100 nævi

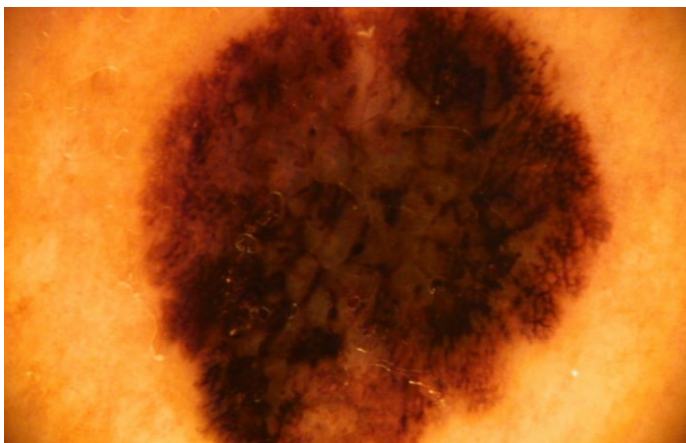
Brugen af dermatoskopi øger den diagnostiske sensitivitet og specificitet for malignt melanom og indgår i filterfunktionen. Dermatoskopi i ikke-trænede hænder må dog ikke være afgørende for, hvorvidt et suspekt element skal excideres eller henvises til specialistvurdering(4) [3a].

Ved den dermatoskopiske undersøgelse fokuseres på de såkaldte melanom-specifikke kriterier(17) [3b]:

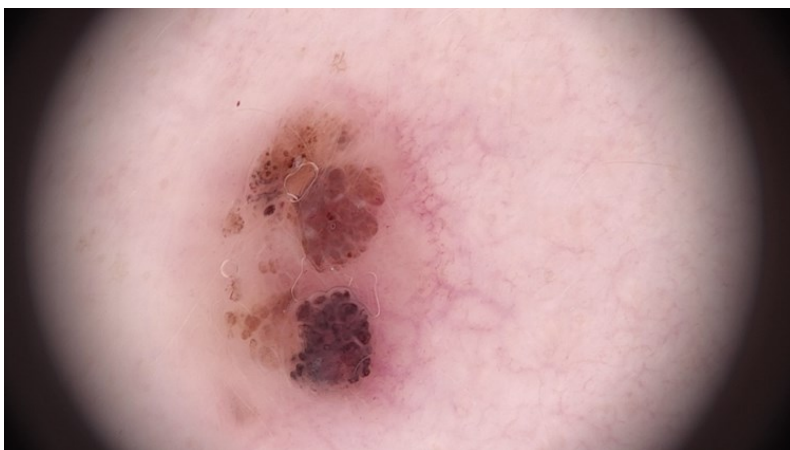
- Et atypisk pigmentnetværk
- Irregulære brune/sorte dots/globuli
- Streaming
- Asymmetrisk pigmentering med multiple farver
- Blålig/hvidligt slør
- Polymorfe kar

Nedenfor ses typiske eksempler på de omtalte dermoskopiske melanom-specifikke kriterier:

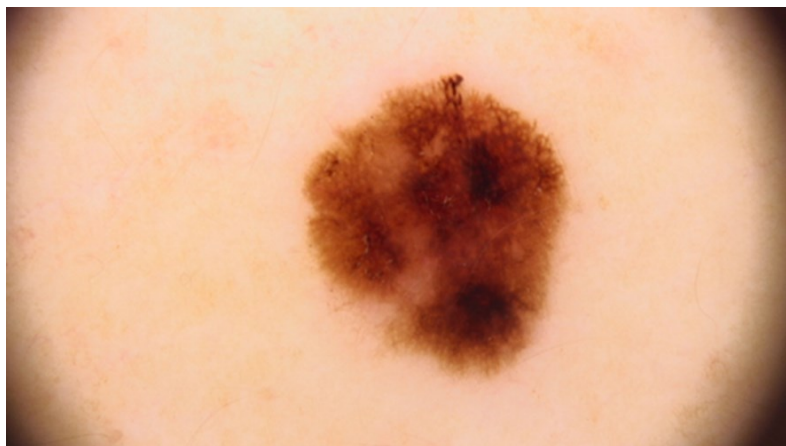
Et atypisk pigmentnetværk



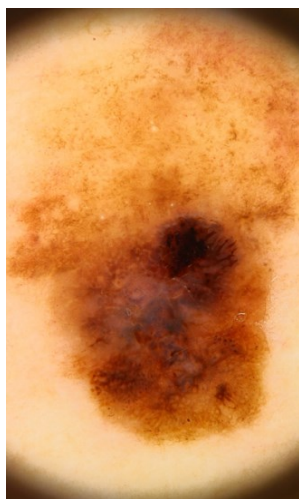
Irregulære brune/sorte dots/globuli



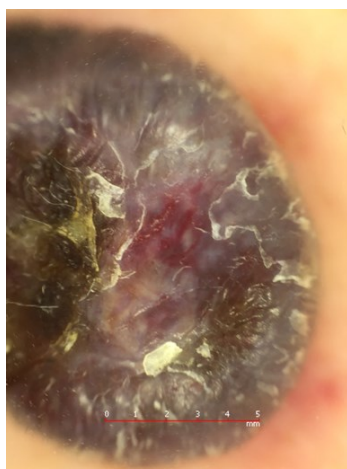
Streaming



Asymmetrisk pigmentering med multiple farver



Blålig/hvidligt slør



Polymorfe kar



Patienter, som har en læsion, hvor der er tvivl om diagnosen eller, hvor malignitet ikke kan udelukkes, bør henvises til specialist for diagnostik og eventuelt behandling jf. Filterfunktion i Pakkeforløb for modermærkekræft, og her er aftalt max. 10 dages ventetid (kalenderdage)(11) [2a].

Se i øvrigt Dansk Dermatologisk selskabs Kliniske guidelines vedrørende undersøgelse, diagnostik og behandling af kutane melanocytære nævi og kutant malignt melanom (MM) <https://dds.nu/wp-content/uploads/2019/04/MM-guideline-final-til-DDS-2019-ok.pdf> (20).

Patientværdier og- præferencer

Det formodes, vurderet ud fra klinisk erfaring, at patienterne er interesseret i en grundig udredning og korrekt diagnose.

Rationale

Rationalet bag retningslinjen bygger på erfaringer fra retrospektive studier og oversigtsartikler, samt kliniske retningslinjer fra Europa, USA og Australien.

4. Referencer

1. Dinnes J, Deeks JJ, Grainge MJ, Chuchu N, Ferrante di Ruffano L, Martin RN, m.fl. Visual inspection for diagnosing cutaneous melanoma in adults. Cochrane Skin Group, redaktør. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 4. december 2018 [henvist 20. juli 2021]; Tilgængelig hos: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD013194> [1a]
2. Eggermont AM, Spatz A, Robert C. Cutaneous melanoma. The Lancet. marts 2014 [1a]
3. Årsrapport DMG. Dansk Melanom Database - National Årsrapport 2019 [Internet]. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram; [henvist 18. juli 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sundhed.dk/content/cms/30/57130_dmd_aarsrapport_2019_endelig-version-anonymiseret.pdf [2c]
4. Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Bastholt L, m.fl. European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment – Update 2019. Eur J Cancer. februar 2020;126:159–77. [3a]
5. Bauer J, Garbe C. Acquired melanocytic nevi as risk factor for melanoma development. A comprehensive review of epidemiological data. Pigment Cell Res. juni 2003;16(3):297–306. [3a]
6. McPherson M, Elwood M, English DR, Baade PD, Youl PH, Aitken JF. Presentation and detection of invasive melanoma in a high-risk population. J Am Acad Dermatol. maj 2006;54(5):783–92. [2b]
7. Fears TR, Guerry D, Pfeiffer RM, Sagebiel RW, Elder DE, Halpern A, m.fl. Identifying Individuals at High Risk of Melanoma: A Practical Predictor of Absolute Risk. J Clin Oncol. 1. august 2006;24(22):3590–6. [3b] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16728488/>
8. Vuong K, McGeehan K, Armstrong BK, Cust AE. Risk Prediction Models for Incident Primary Cutaneous Melanoma: A Systematic Review. JAMA Dermatol. 1. april 2014;150(4):434. [2a]
9. Reyes-Ortiz CA, Goodwin JS, Freeman JL, Kuo Y-F. Socioeconomic status and survival in older patients with melanoma. J Am Geriatr Soc. november 2006;54(11):1758–64. [2b]
10. Dansk Melanom Gruppe. Biopsi ved mistanke om primært melanom [Internet]. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet; 2021 [henvist 6. december 2021]. Tilgængelig hos: https://www.dmcg.dk/siteassets/forside/kliniske-retningslinjer/godkendte-kr/dmg/dmg_biopsi_mistanke_melanom_v1.1_admgodk_190221.pdf [3a]
11. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for modermærkekræft i huden [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2020 [henvist 6. december 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Modermaerkekræft/Pakkeforloeb-for-modermaerkekræft-i-huden.ashx?la=da&hash=87D5DB0DE5A4D72EBF1CA278EE8802E16FCB581D%20pakkeforløb%20for%20modermærkekræft> [4]
12. Friedman RJ, Rigel DS. The clinical features of malignant melanoma. Dermatol Clin. april 1985;3(2):271–83. [3a]
13. Nachbar F, Stolz W, Merkle T, Cagnetta AB, Vogt T, Landthaler M, m.fl. The ABCD rule of dermatoscopy. J Am Acad Dermatol. april 1994;30(4):551–9. <https://core.ac.uk/download/pdf/11538289.pdf> [2b]
14. Chamberlain AJ, Fritschi L, Kelly JW. Nodular melanoma: Patients' perceptions of presenting features and implications for earlier detection. J Am Acad Dermatol. maj 2003;48(5):694–701. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12734497/> [3b]

15. Grob JJ. The “Ugly Duckling” Sign: Identification of the Common Characteristics of Nevi in an Individual as a Basis for Melanoma Screening. *Arch Dermatol*. 1. januar 1998;134(1):103-a-104. <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/188553> [4]
16. Bliss JM, Ford D, Swerdlow AJ, Armstrong BK, Cristofolini M, Elwood JM, m.fl. Risk of cutaneous melanoma associated with pigmentation characteristics and freckling: systematic overview of 10 case-control studies. The International Melanoma Analysis Group (IMAGE). *Int J Cancer*. 9. august 1995;62(4):367–76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7635560/> [3a]
17. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, m.fl. Dermoscopy of pigmented skin lesions: Results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol*. maj 2003;48(5):679–93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12734496/> [3b]
18. Cancer Council Australia: Clinical Guideline [Internet]. [henvist 28. juli 2021]. Tilgængelig hos: [https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Melanoma\[3a\]](https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Melanoma[3a])
19. Swetter S, Bichakjian C, Curiel-Lewandrowski C, Elder D, Gershenwald J, Guild V, Grant-Kels J, Halpern A, Johnson T, Sober A, et al. Journal of American Academy of Dermatology: Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma [Internet]. [henvist 28. juli 2021]. Tilgængelig hos: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30392755/> [3a]
20.) Dansk Dermatologisk selskab. Kliniske guidelines vedrørende undersøgelse, diagnostik og Behandling af kutane melanocytære nævi og Kutant malignt melanom (mm). <https://dds.nu/wp-content/uploads/2019/04/MM-guideline-final-til-DDS-2019-ok.pdf>

5. Metode

Retningslinjen for Klinisk Undersøgelse, er udarbejdet i 2021 af en arbejdsgruppe under DMG. Arbejdet er adapteret til en dansk, klinisk kontekst med udgangspunkt i internationale guidelines for Klinisk Undersøgelse.

Litteratursøgning

Retningslinjen er adapteret efter en bred litteratursøgning vha. Pubmed. Der er inddraget essentielle, relevante referencer om klinisk undersøgelse af patienter mistænkt for melanom.

Der er overordnet gennemgået retningslinjer fra Europa,(4) [3a] Australien,(18) [3a] og USA(19) [3a] og sammenholdt disse med gældende litteratur.

Litteraturgennemgang

Litteraturgennemgangen er foretaget ved retningslinjens forfattere og relevant litteratur er udvalgt på baggrund af relevans for en dansk, klinisk kontekst.

Formulering af anbefalinger

Retningslinjen er formuleret, gennemlæst, kommenteret og godkendt af samtlige forfattere.

Interesseinvolvering

Der har ikke været patientinvolvering i udarbejdelsen af retningslinjen.

Høring og godkendelse

Retningslinjen er godkendt af DMG 05.09.2022.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ingen.

Behov for yderligere forskning

Det er uklart, hvilken værdi undersøgelse af ikke-regionale lymfeknuder har hos patienter, hvor der ikke er tegn til regional spredning.

Forfattere

- Lars Bjørn Stolle, post-graduat klinisk lektor, Overlæge, PhD, Plastik- og Brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital. Ingen interessekonflikter.
- Emir Hasanbegovic, Afdelingslæge, Plastik- og Brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital. Ingen interessekonflikter.
- Julie Tastesen, Reservelæge, Plastik- og Brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital. Ingen interessekonflikter.
- Lisbet Rosenkrantz Hölmich, professor, overlæge, dr.med. Plastikkirurgisk afdeling, Herlev og Gentofte Hospital. Ingen interessekonflikter.

6. Monitorering

I Dansk Melanom Database registreres patientdata, herunder biopsimetode, udførende instans for biopsien, excisionsafstand, lokalisation af tumor, TNM-klassifikation, samt follow-up besøg.

Parametrene er indikatorer, der monitoreres i Dansk Melanom Database, og det tilstræbes, at indikatorerne er anført i 95 % af alle melanomtilfælde.

Der valideres årligt i DMD.

7. Bilag

Denne kliniske retningslinje har ingen bilag.

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på: www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, Anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: <https://www.sst.dk/>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKK.