

**DMG 2003 PROCEDUREVEJLEDNING
TIL SENTINEL NODE BIOPSI**

**Sentinel node biopsi fra patienter med kutant invasivt malignt melanom
med klinisk TNM-stadium Tx,T1b – T4, N0, M0**

Januar 2003

INDHOLD

1. INKLUSIONS- OG EKSKLUSIONSKRITERIER	3
1.1. <i>Inklusionskriterier</i>	3
1.2. <i>Eksklusionskriterier.....</i>	3
1.3. <i>Graviditet.....</i>	3
2. LYMFOSCINTIGRAFI PROCEDURE	3
2.2. <i>Registrering.....</i>	4
3. KIRURGISK PROCEDURE	4
3.1. <i>Regionale SN</i>	4
3.2. <i>Extra-regionale SN.....</i>	4
3.3. <i>Registrering.....</i>	4
4. PATOLOGI PROCEDURE	5
4.1. <i>Udskæringsprocedure.....</i>	5
4.2. <i>Registrering.....</i>	5

1. INKLUSIONS- OG EKSKLUSIONSKRITERIER

1.1. Inklusionskriterier

- 1.1.1. Malignt melanom (MM) med tumortykkelse > 1 mm.
- 1.1.2. MM med tykkelse ≤ 1 mm, hvis tumor er level IV eller V, eller der er ulceration i tumor (T1_b).
- 1.1.3. MM hvor tumor tykkelse ikke kan måles, med mindre patologen kan angive tumortykkelse <1 mm (f.eks. på grund af insufficient biopsi eller regression).
- 1.1.4. Melanocytær tumor, uvist benign eller malign: Sentinel node (SN) procedure kan overvejes.
- 1.1.5. Alle kan indgå uanset alder.

1.2. Eksklusionskriterier

- 1.2.1. Medicinsk kontraindikation for at udføre SN biopsi.
- 1.2.2. Patienter med kliniske lymfeknudemetastaser.
- 1.2.3. Hvis primær biopsi er foretaget med en afstand >1 cm.

1.3. Graviditet

- 1.3.1. SN biopsi kan udføres som endagsprocedure (max. 6 timer fra tracerinjektion til reexcision). SN i første trimester bør dog nøje drøftes med patienten.

2. LYMFOSCINTIGRAFI PROCEDURE

- 2.1.1. Kan udføres som endags- eller som todagsprocedure. Ved todagsprocedure øges traceraktiviteten for at tage højde for henfald. Som radiotracer anvendes Nanocoll eller Nanocis markeret med ^{99m}Tc.
- 2.1.2. Tracer injiceres intrakutant med 1 ml insulinsprøjte påmonteret fin kanyle. Der injiceres 4 evt. 2 volumina af tracer i højst 5 mm's afstand fra biopsicatrissen eller tumor.
- 2.1.3. Unødig kontaminering af huden bør undgås.
- 2.1.4. Billedoptagelsen foregår med gammakamera. Injektionsstedet kan afdækkes med bly.
- 2.1.5. Standardoptagelser foretages med patienten i rygleje. Der kan suppleres med sidebilleder eller andre relevante positioner.
- 2.1.6. Umiddelbart efter tracerinjektion kan der optages dynamiske billeder.
- 2.1.7. Efter 1½-2 timer optages relevante statiske optagelser.
- 2.1.8. Efter billedoptagelsen kan positionen af SN afmærkes med spritpen på huden.

2.1.9. Billeddokumentation og beskrivelse skal være til rådighed inden SN biopsi eller kirurgisk procedure..

2.2. Registrering

2.2.1. Data registreres i: SENTINEL NODE BIOPSI DMG 2003, kirurgi skema.

3. KIRURGISK PROCEDURE

3.1. Regionale SN

3.1.1. På operationslejet scannes alle relevante lymfeknuderegioner for aktivitet med gammaproben. ”Hot spots” markeres på huden og placering sammenlignes med den præoperative lymfoscintigrafi.

3.1.2. 0,3 til 0,7 ml Patent V blåt injiceres intradermalt i 2 - 4 depoter max. 5 mm fra biopsicicatricen eller tumor. Patent V blåt kan udelades i ansigtet.

3.1.3. Vejledt af placeringen af ”hot spots” lægges incisionen over lymfeknuderegionen, således at der også tages hensyn til evt. efterfølgende exairese.

3.1.4. Lymfeknuder med blåfarvning og/eller radioaktivitet fjernes. Øvrige lymfeknuder efterlades.

3.1.5. Lymfeknuder med aktivitet op til 10% af den mest radioaktive lymfeknude kan efterlades.

3.1.6. Aktiviteten i hver enkelt udtagen lymfeknude registreres ex vivo.

3.1.7. Regionen scannes herefter med gammaproben for restaktivitet.

3.1.8. Herefter foretages re-excisionen af primær tumor/cicatrise.

3.1.9. I enkelte tilfælde er tumor placeret så tæt på de regionale lymfeknuder, at radioaktiviteten på injektionsstedet ”overdøver” aktiviteten i SN. Re-excisionen kan da foretages, inden SN extirperes.

3.2. Extra-regionale SN

3.2.1. Extra-regionale SN søges fjernet, hvis de er kirurgisk tilgængelige, og morbiditeten ved indgrebet skønnes acceptabel.

3.2.2. Hvis extra-regionale SN ikke extirperes, kan de efterfølgende kontrolleres med ultralydsscanning, CT-scanning, MR-scanning eller FDG-PET scanning.

3.3. Registrering

3.3.1. Data registreres i: SENTINEL NODE BIOPSI DMG 2003, kirurgi skema.

4. PATOLOGI PROCEDURE

4.1. Udskæringsprocedure

Den/de isolerede SN fremsendes enten ufikserede eller i formalin. Materialet efterfikseres i formalin til den følgende dag. Evt. upåfaldende fedtvæv bortskæres (mulig kapselgennemvækst skal kunne vurderes), og samtlige lymfeknuder vurderes og beskrives makroskopisk. Hvis en eller flere SN viser makroskopisk erkendelig melanommetastase udtages blot en enkelt blok fra disse lymfeknuder. Et snit farves med HE. Immunhistologi kan undlades.

Lymfeknuder < 4 mm i største tværmål indstøbes in toto. Lymfeknuder ≥ 4 mm i tværmål deles i længdeaksen gennem hilus og den konvekse rand. Hvis tykkelsen af en eller begge halvdele overstiger 4 mm, deles lymfeknuden yderligere planparallelt med det primære snitplan, indtil alt vævet er opskåret i skiver ≤ 4 mm. Alt vævet indstøbes, jævnt dog ovenfor. Hver blok skæres på 3 niveauer med en niveaustand på 500 μm . På hvert niveau skæres mindst 3 snit, som farves med henholdsvis HE, anti-S100 samt yderligere mindst 1 antimelanocytantistof efter eget valg.

Denne udskæring og trinskæring gennemføres for alle fremsendte lymfeknuder. Hvis der udtages væv til andet formål end histologisk undersøgelse for eksempel PCR-undersøgelse, anføres det i skemaet. I såfald afkrydses for ”Nej” i ”Patologiprocedure fulgt”

4.2. Registrering

Observationerne registreres i: SENTINEL NODE BIOPSI DMG 2003, patologi skema. Data anføres for hver enkelt lymfeknude, de nummereres fortløbende. Hvis der i et præparat sendt i en vævsbeholder (bøtte) findes to eller flere lymfeknuder, anføres data fra disse under fortløbende ”lymfeknude nummer” i skemaet. Under ”Undersøgelsesnr., incl. evt. undernr” vil det fremgå om der er en eller flere lymfeknuder i en vævsbeholder, da de vil have det samme undernummer. Overensstemmelse mellem kirurgens og patologens angivelser på skemaet af materialets nummerering kontrolleres. Udfyldte skemaer fremsendes til den kliniske afdeling til supplerende udfyldelse.