

VAL AV BEHANDLING VID EPITELIAL HUDCANCER

Epitelial hudcancer utvecklas framför allt inom exponerade hudområden och utgörs till största delen av basaliom och skivepitelcancer. Basaliom noteras inte i cancerregistren, men incidensen har beräknats till cirka 140/100 000 invånare [1]. För skivepitelcancer anges incidensen till 25/100 000 [2]. Denna fördelning stämmer med den som nämns i andra rapporter [3].

Incidensen av både basaliom och skivepitelcancer är stigande, bland annat beroende på att allt fler i populationen blir allt äldre.

Totalt behandlas i Sverige ungefär 15 000 personer per år för epitelial hudcancer utom melanom. Vanligen är dessa hudtumörer lättillgängliga. Framgångsrik behandling kan genomföras på flera olika sätt med tillfredsställande resultat med avseende på recidivfrihet.

Den primära behandlingen eftersträvar att vara kurativ, vilket förutsätter god kännedom om tumörens kliniska utseende och utveckling samt förtrogenhet med och erfarenhet av behandlingsmetoden. Endast härigenom kan tumörer och patienter med högre risk identifieras och lämplig kurativ behandling väljas. Ett väsentligt stöd i diagnostiken är patologens bedömning av en biopsi från tumörhården.

Mikroskopisk bedömning fördel vid kirurgi

Det stora flertalet begränsade tumörer låter sig vanligen lätt excideras, och den kirurgiska behandlingen utförs inom flera olika specialiteter: allmänmedicin, allmänkirurgi, öronkirurgi, plastikkirurgi och dermatologi. Är tumören lokaliserad till känsliga hudområden, t ex näsa och ögonlock, fordras ofta plastikkirurgisk behandling.

En väsentlig fördel med de kirurgiska behandlingsalternativen är att det avlägsnade preparatet kan bedömas mikroskopiskt med uppgift om tumörfri re-

sektionsrand. Såret sluts primärt och sekundära problem uppstår sällan [4, 5].

Dermatologisk terapi

Andra vanliga behandlingsmöjligheter är kryobehandling, kyrettag och diatermi utförda av tränad dermatolog. Dessa metoder ger emellertid inget preparat för bedömning av resektionsrand, och såret sekundärläker med viss ärrbildning under lång tid. Genom att den dermatologiska behandlingen av epiteliala hudtumörer inte gör det möjligt att bedöma recidivfri randzon ställs särskilda krav på patologisk och klinisk bedömning preoperativt. Det krävs också en mycket konsekvent efterkontroll.

Utöver detta förekommer strålbehandling av tumören. Detta alternativ används vanligen endast vid större tumörer och recidiv.

95 procent blir botade

Den i detta nummer publicerade rapporten av Peter Nordin om fem års resultat efter behandling med kyrettag-kryobehandling anger mycket god kurativ effekt (98 procent). Till dessa resultat bidrar givetvis stor erfarenhet, förtrogenhet med metoden och inte minst noggrant val av tumör för behandling. Metoden innebär preoperativ konsultation med kirurg och histopatologisk bedömning av tumörtyp samt ett stort antal besök under femårsperiod.

Även vid kirurgi är den kurativa effekten mycket tillfredsställande; den anges till omkring 95 procent i oselektade material [6]. Eftersom man får besked om mikroskopiskt tumörfri randzon kan också efterkontrollerna begränsas. Detta tillvägagångssätt blir därmed mycket kostnadseffektivt.

En speciell typ av behandling är sk Mohs kirurgi. Tumörresektionen sker skiktvis i direkt samarbete med patolog, som granskar varje skikt tills man når tumörfri zon i alla plan. Metoden är resurskrävande och fordrar speciell kompetens – i gengäld är den kurativ till mer än 97 procent och kan användas vid större och recidiverande tumörer.

Recidivproblem

Trots att den primära behandlingen i stor utsträckning är kurativ kvarstår en

grupp patienter (cirka 700–800/per år) med återkommande tumörbildning, som kan vara svår att kontrollera. Ofta krävs plastikkirurgisk behandling i en eller flera omgångar med krav på rekonstruktion när radikal resektion erhållits. Strålbehandling kan också vara ett alternativ vid recidiverande tumörbildning [7, 8].

Kännedom om de olika behandlingsmöjligheterna vid epitelial hudcancer är av särskild betydelse vid handläggning av större tumörer och recidiv. Med stigande incidens ställs också ökade krav på den primära diagnostiken, baserad på klinisk bedömning och mikroskopisk analys av biopsi. Kan diagnosen ställas tidigt är den primära behandlingen i de allra flesta fall kurativ.

Referenser

1. Dahl E, Åberg M, Rausing A, Rausing EL. Basal cell carcinoma. *Cancer* 1992; 70: 104-8.
2. Cancer Incidence in Sweden. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992.
3. Gumfort SL, Harris MN, Roses DF, Kopf AW. The diagnosis and management of skin cancers. *CA Cancer J Clin* 1981; 31: 1-14.
4. Hacker SM, Browder JF, Ramos-Caro FA. Basal cell carcinoma. *Postgrad Med* 1993; 101-11.
5. Hacker SM, Flowers FP. Squamous cell carcinoma of the skin. *Postgrad Med* 1993; 115-26.
6. Rowe DE, Caroll RJ, Day CL. Long term recurrence rates in previously untreated basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1989; 15: 315-22.
7. Fleming ID, Amonette R, Monaghan T, Fleming MD. Principles of management of basal and squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer [Suppl]* 1995; 75: 699-704.
8. Luce EA. Oncologic considerations in non-melanotic skin cancer. *Clin Plast Surg* 1995; 22: 39-50.

Se även artikeln på sidan 3241 i detta nummer

Författare

VALDEMAR SKOOG

docent, överläkare, plastik- och handkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.