Patienter kan känna sig säkra efter bedömning hos hudläkare

I Läkartidningen 28–29/97 kritiserar Birgitta Wallberg och Johan Hansson bl a hudläkarna i Stockholm–Gotlandregionen. De skriver sina egna definitioner på »felbehandling» och »bristfällig handläggning» och drar slutsatsen att 18 procent av fallen var bristfälligt handlagda.

En bedömning av om den initiala handläggningen av maligna melanom är adekvat är komplex. Den kan inte göras retrospektivt, och några slutsatser kan inte dras på basen av det presenterade materialet.

Fullständig samsyn

Det föreligger en fullständig samsyn mellan kunniga onkologer och hudläkare om hur man optimalt skall handlägga malignt hudmelanom [1]. Vid misstanke om melanom skall om möjligt excisionsbiopsi användas. Alla melanocytära tumörer skall skickas för PAD. Undantagna är stora lentigo maligna belägna i ansiktet och melanomsuspekta förändringar i stora kongenitala nevi. Melanocytära tumörer skall inte diatermeras eller evaporiseras med laser.

Wallberg och Hansson utgår från att man visuellt kan diagnostisera alla melanom. Detta är ett önsketänkande. Malignt melanom är en stor imitatör, som kan se ut som en aktinisk keratos, en vårta, ett fibrom, ett basaliom, ett sår, en nagelsvamp eller till och med som ett eksem. Prevalensen av dessa hudförändringar är mycket hög, och konsekvensen av författarnas resonemang skulle bli att stora delar av befolkningen skulle undergå upprepade onödiga excisioner – utan att 100-procentig säkerhet skulle uppnås.

Frågan är i stället hur man säkrast och på ett realistiskt sätt filtrerar ut 1 600 maligna melanom årligen bland ca 500 miljoner pigmentnevi i befolkningen [2] och bland mångdubbelt fler verrucae seborroicae och andra benigna och maligna hudtumörer. Erfarna dermatologer har i flera undersökningar visat sig klara detta bäst [3-9]. Trots att hudläkare vanligtvis arbetar med svårbedömda och remitterade pigmenttumörer, tycks säkerheten vid dessa mottagningar vara mycket hög.

I Tabell II av Wallbergs och Hanssons artikel redovisas 34 stansbiopserade fall, som de bedömt som bristfälligt handlagda. Oftast fanns flera diagnosförslag på PAD-remissen, vilket antyder att här fanns stora diagnostiska svårigheter. Vanligen stansbiopseras misstänkta basaliom, aktiniska keratoser och ibland också skivepitelcancer för diagnosverifiering, bedömning av atypigrad och växtsätt inför en planerad operation. Att biopsera typiska seborroiska keratoser, dermatofibrom, dermatiter, granulom och andra kliniskt godartade förändringar finns det inte resurser för. Det är därför att betrakta som mycket gott medicinskt omhändertagande att melanom som imiterar dessa tumörer ändå snabbt diagnostiserats, om än med hjälp av stansbiopsi. Att biopsiverifiera en lentigo maligna före stora hudområden i ansiktet excideras är lege artis också enligt Olle Larsson och Ulrik Ringborgs artikel i Läkartidningen 28–29/97.

Omöjligt värdera i efterhand

Om handläggningen skall betraktas som bristfällig i de sex fall där frågeställningen på PAD-remissen varit nevus, dysplastiskt nevus eller lentigo benigna är omöjligt att uttala sig om. Alla lentigo benignaliknande förändringar kan inte excideras in toto på grund av sin storlek eller lokalisation, och kanske utgör till och med några av dessa lesioner just de sex som enligt Tabell I varit radikalt exciderade med stansen. Naturligtvis är det bäst för patologen att få ett ellipsformat preparat för att kunna orientera sig bättre, men man kan ju fråga sig om en rund radikal excision är bristfällig handläggning. Utan mer detaljinformation är det svårt att uttala sig om de två fallen där man på remissen haft med misstanken om malignt melanom. Vad som styr frågeställningarna på en PAD-remiss är omöjligt att värdera i efterhand.

Vår slutsats blir att de flesta patienter blivit väl omhändertagna. Att ställa diagnosen malignt melanom i en tvåstegsprocess skall inte okritiskt bedömas som bristfällig handläggning och har för de allra flesta patienter sannolikt inte påverkat prognosen [9-11]. Patienterna kan känna sig säkra efter en bedömning hos hudläkare.

Inger Rosdahl
docent, överläkare, ordf i Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi, hudkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping,

Olle Larkö
docent, verksamhetschef, hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg,

Lars Molin
docent, överläkare, hudkliniken, Regionsjukhuset i Örebro

Referenser

1. Att förebygga utveckling av malignt hudmelanom. Konsensusuttalande. Stockholm MFR-Spri, 1994.
2. Augustsson A, Stierner U, Suurkula M, Rosdahl I. Prevalence of common and dysplastic nevi in a Swedish population. Br J Dermatol 1991; 124: 152-6.
6. Lindelöf B, Hedblad MA. Accuracy in the clinical diagnosis and pattern of malignant melanoma at a dermatological clinic. J of Dermatology 1994; 21: 461-4.
9. Rampen FHJ, van Houten WA, Hop WCJ. Incisional procedures and prognosis in malignant melanoma. Clin Exp Dermatol 1980; 5: 313-20.
10. Lees VC, Briggs JC. Effect of initial biopsy procedure on prognosis in Stage 1 invasive cutaneous malignant melanoma: review of 1 086 patients. Br J Surg 1991; 78: 1108-10.

En fullständig lista över referenserna kan erhållas från tf professor Inger Rosdahl, Hudkliniken, 581 85 Linköping.

Tidig diagnostik avgörande för prognosen vid hudmelanom

Vi har tagit del av Birgitta Wallbergs och Johan Hanssons artikel om maligna hudmelanom i Läkartidningen 28–29/97. Framgångsrik sekundärprevention i form av tidig diagnostik är av avgörande betydelse för prognosen vid hudmelanom. Seriös kvalitetssäkring avseende provtagningsteknik och diagnostisk skärpa är värdefull. Frågan är om detta i och för sig lovvärda syfte, som vi ändå hoppas att författarna haft med sin artikel, gynnas av att de framför kränkande kritik mot hudklinikerna i Stockholm–Gotlandsområdet, baserad på data som behandlats på ett tendentiöst sätt. Att den svepande kritiken mot hudklinikerna i sak är felaktig gör ej saken bättre.

I Sveriges befolkning finns uppskattningsvis 450–500 miljoner pigmentnevi, varav ca 45 miljoner är dysplastiska. Dessutom finns ett stort antal typer av pigmenterade hudtumörer av typen seborroiska keratoser, lentiginösa förändringar, histocytofibrom, pigmenterade basaliom m fl. Att bland alla dessa pigmenterade tumörer finna de under 1993 diagnostiserade 1 341 hudmelanomen är en mycket stor och svår uppgift. 325 av dessa melanom är handlagda i Stockholm– Gotlandregionen där enligt författarnas uppfattning (Tabell I) 58 (18 procent) är felaktigt handlagda, inkluderande 6 som redan initialt hade exciderats radikalt samt två mm-stora melanom!

Verklighetsfrämmande

Hudläkarna använder kanske stansbiopsier oftare i sin diagnostik, men vi instämmer till fullo i att nevo-melanocytära tumörer skall avlägsnas i sin helhet med adekvata marginaler, men biopsier accepteras i de exempel som ges i texten. I Tabell II framgår att frågeställningen malignt melanom endast har ingått som differentialdiagnos i 2 av 21 fall. Flertalet fall har utgjorts av direkta överraskningsdiagnoser, där primär misstanke om melanom var helt omotiverad.

Att som i artikeln hävda att alla oklara hudförändringar skall excideras i sin hehet är fullständigt verklighetsfrämmande.

Å andra sidan är det lärorikt att bland de fem fallbeskrivningarna av – enligt författarna – icke korrekt handlagda melanom utgjordes fyra av melanom på underben hos unga och medelålders kvinnor med helt avvikande klinisk presentation. Samtidigt noteras att diagnosen ställts med hjälp av stansbiopsi. I inget av dessa fall har fullständig klassifikation av melanomen äventyrats vad avser tumörtyp, Clark-nivå och Breslow-djup. Stansbiopsierna har i de citerade fallen således ej försvårat diagnostiken utan

med stor sannolikhet medverkat till att påskynda ställandet av korrekt diagnos.

Enligt vår uppfattning är i själva verket endast 11 av de 325 fallen (3 procent) direkt felaktigt handlagda: 6 fall med enbart exspektans, 4 fall behandlade med laser, diatermi och lapisering, i fall med excision utan PAD. *Även 3-procentig felaktig handläggning är för mycket* och motiverar en fortsatt *saklig* diskussion om hur de diagnostiska rutinerna skall skärpas.

Även om man utgår från författarnas bedömning av materialet är 267 melanom (82 procent) korrekt handlagda. I en efterföljande artikel, »Melanocytära tumörer», Larsson och Ringborg, anges att »rätt diagnos erhålls i upp till 80 procent av fallen under förutsättning att läkaren har stor vana». Dessutom framgår av studien att de patienter som enligt författarna erhållit »bristfällig handläggning» ej haft sämre prognos, med 5 procents mortalitet i denna grupp, att jämföras med 6 procent i den »korrekt» handlagda gruppen. Detta indikerar att författarnas uppskattning av att nästan var femte melanompatient skulle blivit föremål för en »bristfällig handläggning» är starkt överdriven och att vår skattning på ca 3 procent ligger mycket närmare sanningen.

Biopsier från oklara lesioner

Vi är väl medvetna om svårigheterna som föreligger vid diagnostiken av hudtumörer. Detta är också orsaken till att vi tar biopsier från oklara lesioner, då så är lämpligast, för att kunna ta ställning till vidare handläggning. I Wallbergs och Hanssons artikel finns inget som ger oss anledning ompröva denna strategi.

Östen Hägermark
docent, verksamhetschef, hudkliniken,
Harry Beitner
docent, överläkare, hudkliniken,
Mari-Anne Hedblad
docent, hudkliniken,
Johan Landegren
överläkare, hudkliniken;
samtliga Karolinska sjukhuset, Stockholm

Register för första halvåret 1997 medföljde Läkartidningen 30–31/97.

KORRESPONDENS

Onkologer saknar kompetens yttra sig om dermatologens arbetssätt

Det är glädjande att Birgitta Wallberg och Johan Hansson i sitt senaste inlägg i Läkartidningen 36/97 anger att syftet med deras ursprungliga artikel [1] var att initiera en konstruktiv diskussion, vi dermatologer skulle välkomna en sådan.

Om »verkligheten» var sådan att 100 procent av hudmelanomen är klart identifierbara då kan jag förstå författarnas formulering »bristfällig handläggning». De för nu en tendentiös diskussion när de även vill inkludera de 20 procent av melanomen som är atypiska eller är rena överraskningsdiagnoser. Det råder konsensus om att det ideala är att *alla oklara* hudtumörer primärt bör excideras, men som de själva påpekar är det i praktiken en omöjlighet. Artikeln och diskussionen bidrar förhoppningsvis till att öka misstänksamheten.

Mikroskopisk analys viktigast

Melanom kan simulera nästan vilken annan tumör som helst och kan simulera många inflammatoriska sjukdomar i huden. Det viktigaste är att hudförändringen mikroskopiskt analyseras, t ex efter stansbiopsi för att patienten skall få en korrekt, och därmed ofta livräddande diagnos. Detta positiva faktum vägrar författarna konsekvent att diskutera.

Skall författarna föra en meningsfull diskussion om »bristfällig handläggning», borde materialet delas upp i analys av hur *uppenbara* melanom har handlagts (tyvärr finns även där brister) och hur tumörer med *atypisk presentation* och där melanomdiagnosen har varit en *överraskningsdiagnos* har handlagts.

Givetvis är det önskvärt att patologen har ett fullständigt material för bedömning av klassificering, invasionsdjup/nivå osv, detta för att »statistiken» skall bli så fullständig som möjligt. Men betydelsen av dessa önskemål skall inte överdrivas. Det viktigaste för patienten ifråga är att diagnosen blir korrekt, malignt melanom, och att tumören excideras radikalt. Om det sedan sker med 1, 2 eller 5 cm marginal har marginell betydelse för patientens överlevnad. Resektionsmarginaler diskuteras flitigt internationellt [2, 3].

Författarna ger intryck besitta en mycket begränsad och verklighetsfrämmande klinisk erfarenhet av praktisk hudtumördiagnostik, vilket medför att de inte inser hur kränkande deras artikel är. Att påstå att dermatologer gör fel när vi använder en så kostnadseffektiv och välbeprövad undersökningsmetod som stansbiopsi för att få korrekt diagnos på oklara hudförändringar är ogenomtänkt. Onkologer har över huvud taget inte den kunskapen och den kompetensen att yttra sig om dermatologers arbetssätt och om handläggningen av hudsjukdomar. Detta gör specialiteten själv så många gånger bättre.

> *”Det viktigaste för patienten ifråga är att diagnosen blir korrekt.”*

Erik Borglund
privat dermatolog, Stockholm

Referenser

1. Wallberg B, Hansson J. Maligna hudmelanom; svår klinisk diagnos – den primära handläggningen ofta bristfällig. Läkartidningen 1997; 94: 2539-43.
2. Piepkorn M, Barnhill RL. A factual, not arbitrary basis for choice of resection margins in melanoma. Arch Dermatol 1996; 152: 811-4.
3. Heenan PJ. Local recurrence of melanoma. Australasian J Dermatol 1997; 38 (Suppl): S59-62.

Sifferfel i artikel om maligna hudmelanom

I Maligna hudmelanom svår klinisk diagnos (Läkartidningen 28–29/97) hävdar Birgitta Wallberg och Johan Hansson »I vårt material har dock i påfallande hög grad bristfällig primär handläggning av patienter med hudmelanom utförts på hudmottagningar på sjukhus. De svarar för 43 procent av de bristfälligt handlagda fallen. Endast 8 procent av totala antalet fall av nydiagnostiserade hudmelanom handlades på hudmottagning på sjukhus». Sifferunderlaget återges nedan.

Är påståendet att endast 8 procent av fallen handlades på hudmottagningar verkligen korrekt? Eller är det måhända så att det borde ha stått 48 procent i stället? Då skulle siffrorna blivit rimligare och dessutom skulle procenttalen i tabellens sista kolumn fått summan hundra, vilket är mer tilltalande när det gäller procentuella frekvenser. Var ligger felet?

Adam Taube
professor, Uppsala

Tabell IV. Kategori av läkare som utfört den primära handläggningen. (Tre fall [5 procent] där patolog gjort en felaktig bedömning tillkommer.)

	Andel bristfälligt handlagda hudmelanom,-procent	Andel totalt handlagda hudmelanom, procent [20]
Hudläkare, akutsjukhus	43 (25 fall)	8
Privatläkare	29,5 (17 fall)	25
varav hudläkare	19 (11 fall)	(uppgift saknas)
Allmänläkare	19 (11 fall)	24
Uppgift saknas	3,5 (2 fall)	3

ANNONS

ANNONS

ANNONS

Replik:

Vårt syfte belysa de faktiska förhållandena

Vi beklagar om hudläkare uppfattat vår artikel som kränkande. Som vi tidigare framhållit var vårt syfte att visa på de faktiska förhållandena och ta upp svårigheter och brister när det gäller den primära handläggningen av hudmelanom – ej att kritisera kolleger [1]. Vår förhoppning är också att artiklarna haft ett pedagogiskt värde för många kolleger.

Som framgår av vår artikel om hudmelanom är vi helt eniga med Inger Rosdahl och medarbetare, Östen Hägermark och medarbetare och Erik Borglund om principerna för hur hudmelanom primärt skall handläggas [2]. Vår undersökning försöker belysa hur detta genomförs i praktiken.

Resultatet är att ett antal melanom ej exciderats utan till exempel biopserats med stans eller kyrettage, vilket i mer än hälften av fallen (23 av 43) varit förknippat med problem i den histopatologiska diagnostiken.

Även om en del fall har avlägsnats radikalt med stansbiopsi har i andra fall radikalitet ej uppnåtts trots formuleringen »utstansas» i journalanteckning eller på PAD-remiss. Vi anser att våra resultat bekräftar att denna teknik ej bör rekommenderas vid handläggning av hudmelanom och förvånas över det ensidiga försvaret för tekniken som lege artis då man i andra artiklar varnat för »missbruk» och tagit avstånd från den i annat än speciella definierade fall [3].

Svårigheter med den kliniska diagnosen

Det är för oss obegripligt att någon som läst vår artikel kan påstå att vi »utgår från att man visuellt kan diagnostisera alla melanom»! Som vi tidigare framhållit [2] framgår det ju redan av titeln på vår artikel [1] att vi inser att melanom i många fall är en svår klinisk diagnos. En betydande del av artikeln beskriver detta förhållande med referens till ett flertal publicerade studier. Det är uppenbart att flera av melanomen i vår undersökning haft en atypisk klinisk bild, vilket säkerligen bidragit till att de ej primärt exciderats.

Vi förstår och instämmer i synpunkten att stansbiopsi som leder till melanomdiagnos vid en oklar hudförändring är att föredra framför att diagnosen missas. Vi menar dock att denna handläggning är bristfällig – i betydelsen ej optimal. Det finns därför ett behov av att skärpa den kliniska diagnostiken t ex genom ökat utnyttjande av nyare diagnostiska metoder som epiluminiscensmikroskopi. Där kan hudläkare genom sin stora erfarenhet göra en viktig insats – vi skulle välkomna en diskussion angående detta.

Kan just göras retrospektivt

Vi håller inte heller med Inger Rosdahl och medarbetare då de hävdar att en bedömning av den initiala handläggningen av melanom inte kan göras retrospektivt – tillgången till registerdata möjliggör ju just detta. Däremot kan det ofta vara omöjligt att i efterhand fastställa orsakerna till att en patient handlagts på ett visst sätt. Vi gör i vår artikel heller inga anspråk på att ge förklaringar utan har uttryckligen ställt frågan varför melanomen ej primärt excideras.

Vi framhåller att många faktorer sannolikt bidrar till detta, bl a svårigheter i den kliniska diagnostiken.

Vi menar således inte att brister i handläggningen alltid skulle vara förknippade med bristande kunskaper, slarv eller dåligt omdöme. Vi har medvetet inte heller, som Östen Hägermark och medarbetare, diskuterat överlevnadssiffror i vår undersökning – materialet är för litet och uppföljningstiden alldeles för kort.

En del av kritiken från såväl Östen Hägermark och medarbetare som Inger Rosdahl och medarbetare går ut på att vi skulle mena att alla oklara hudförändringar hos patienten skall skäras bort. Vi har i en tidigare replik förklarat att vår ståndpunkt givetvis inte är att alla oklara hudförändringar hos patienter skall excideras [2].

»Fel» i tabell

Adam Taube förmodar i sitt inlägg att de 8 procent hudmelanom som primärt handlagts på hudkliniker borde vara 48 procent och avslutar med att fråga var felet ligger i vår Tabell IV. »Felet» ligger i att tabellen endast redovisar var hudmelanom handlagts bristfälligt. Som framgår av referens [4] nedan har även plastikkirurger (27 procent), allmänkirurger (8 procent), övriga kirurgiska specialiteter (2 procent) och tjänsteläkare (2 procent) handlagt hudmelanom primärt under 1993 (procenttalen avrundade). Eftersom inga bristfälliga handläggningar konstaterats där under observatorietiden har dessa kategorier av läkare inte tagits med i Tabell IV.

Inte bara en hudsjukdom

Erik Borglund menar att onkologer inte har kompetens att yttra sig om handläggningen av hudsjukdomar – och däri har han rätt. Vi anser däremot att det är ett farligt synsätt att betrakta malignt melanom enbart som en hudsjukdom – det rör sig ju tyvärr alltför ofta om en dödligt förlöpande generaliserad tumörsjukdom. Det är just därför en tidig diagnostik och optimal primär handläggning är så viktig!

Eftersom handläggningen av många tumörsjukdomar spänner över olika specialiteter är det väsentligt att en konstruktiv diskussion kan ske öppet och prestigefritt. Det är vår förhoppning att det är »högt i tak» för diskussioner mellan olika specialiteter inom läkarkåren.

Birgitta Wallberg
ST-läkare, journalist,
Johan Hansson
docent, avdelningsläkare;
båda Radiumhemmet, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Referenser

1. Wallberg B, Hansson J. Konstruktiv diskussion önskas. Läkartidningen 1997; 94: 3017-18.
2. Wallberg B, Hansson J. Maligna hudmelanom svår klinisk diagnos – den primära handläggningen ofta bristfällig. Läkartidningen 1997; 94: 2539-43.
3. Beitner H, Jacobsson S, Jönsson P-E, Lagerlöf B. Användandet av stansbiopsier får ej missbrukas! Läkartidningen 1991; 88: 3262.
4. Månsson-Brahme E. Vilka diagnostiserar malignt melanom? Kartläggning av praxis. I: Konsensuskonferens 16–18 november 1994. Att förebygga malignt melanom. Program och föredrag. Spri och MFR 1994: 111.

Förskrivet läkemedel måste kunna administreras

Åtta veckor som semestervikarie på ett ålderdomshem fick mig att fundera på medicinadministrering. Problemen är många vid medicinintag. Dels oviljan att ta medicin – tabletter spottas ut, göms eller slås ut på golvet – dels svårigheter att gapa respektive svälja.

Universallösningen på problemen var att krossa den boendes alla tabletter i avdelningens mortel och sedan blanda ned pulvret i sylt, fil eller mat. Eventuella vaxhöljen togs bort och ibland tömdes plastkapslar. Gavs tabletten hel blev den oftast kvar i munnen så länge att den började smälta, likaså kunde delar av sylt–medicinblandningen vara svår att få dem att svälja. Tänker de som tillverkar och förskriver tabletterna verkligen på hur de ska komma in i patienten? Kan sammanblandningen skapa nya läkemedelsinteraktioner? Hur stor del av effekten tas bort när t ex »slow–release»-beredningar förstörs?

Personalen gör sitt bästa för att fylla vad de ser som sin uppgift, dvs »få i den boende den tablett som doktorn skrivit ut». På frågan om det gick bra att krossa tabletten fick jag till svar att doktorn måste ju förstå att Hilda inte kan svälja en hel tablett – denna dam gavs en depotkapsel en gång per dygn!

Medicinen är ju till för att de boende ska må bra, men ibland undrar jag om inte själva syftet motverkas. En dam vägrade äta fil för att medicinen kommit med fil, en annan dam blev rödflammig i munnen, en äldre herre spottade så fort det kom något klumpaktigt i maten osv. Vad räknas till god omvårdnad?

Hur kan man anpassa medicinförskrivning och intagsform till patienten?

Monica Sjöqvist
med stud,
Stockholm

Alltid dubbelt radavstånd! Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondensspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.