

Det kirurgiska uppdraget vid omhändertagande av hudtumörer

Erfarenheter från Helsingborg



INGELA AHNILIDE, överläkare

ingela.ahnlide@skane.se

MATS BJELLERUP, docent, över-

läkare, specialitetsföreträdare;

båda hudenheten, Helsing-

borgs lasarett

År 2001 genomfördes en omläggning av remissflödet för hudtumörer på Helsingborgs lasarett [1]. Den nya logistiken innebär att alla remisser med frågeställning hudtumör går till hudenheten. Efter remissbedömning fördelas hudtumörpatienterna på tre kliniker: hud-, öron- och ögonklinik.

Denna logistik har som tidigare redovisats många fördelar. Dessutom förenklar den möjligheterna att få en helhetsbild över hudtumörerna, varför vi samtidigt med omläggningen i remissflödet införde ett tumörregister. Syftet var att finna en optimal omhändertagandemodell för hudtumörpatienter genom att registrera samtliga patienter som går till kirurgisk excision.

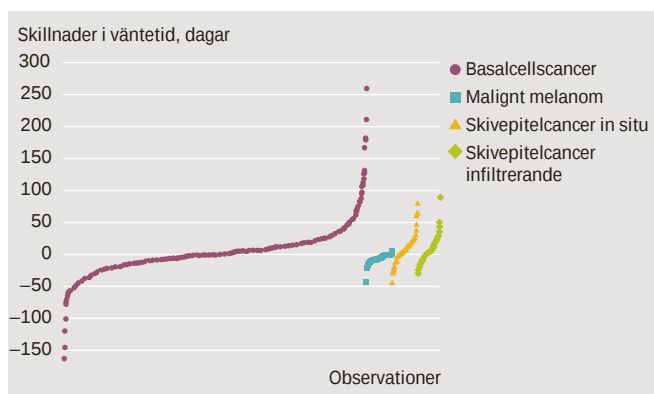
De frågeställningar vi ville ha svar på var: förekomst och behov av preoperativ biopsi, storlek på opererade tumörer, tumörförekomst relaterad till kroppslokal, fördelning av typ av operativt ingrepp, radikalitet vid tumörkirurgi i huden och komplikationsfrekvens.

METOD

På hudenheten i Helsingborg utför hud- och öronläkare polikliniska hudtumöroperationer. Sedan 2001 registreras konsekutivt alla patienter som är aktuella för hudtumörkirurgi. Patientansvarig hudläkare registrerar preoperativa uppgifter i ett standardiserat formulär, inkluderande preliminär diagnos, tumörstorlek (längsta diameter), kroppsdelen och planerad operationsmetod. Postoperativt registrerar en sjuksköterska uppgifter i samma formulär, såsom operatör, specialitet (hud/öron), vald operationsmetod, PAD-verifierad diagnos, radikalitet och eventuella komplikationer.

Vi har studerat operationer utförda under perioden 3 oktober 2001 till och med 17 augusti 2005. Totalt kompletterades under perioden 2 291 formulär. Detta motsvarade 2 248 patienter efter att reexcisioner och utvidgade excisioner exkluderats. I 402 fall opererades två tumörer och i 63 fall tre tumörer vid samma operationstillfälle. Av registertekniska skäl har vi endast analyserat tumör 1. Som en illustration var andelen basalcells cancer 44,3 procent för tumör 1, 39,1 procent för tumör 2 och 33,3 procent för tumör 3. Andelen pigmentnevus var 24,2 procent för tumör 1, 39,6 procent för tumör 2 och 42,9 procent för tumör 3.

Exciderade preparat har undersökts med rutinhistologi vid sjukhuslaboratorium, och excisionerna har bedömts som radikala eller icke-radikala. På anatomiskt svåra lokaler, som i viss mån inskränker på marginaler, har preparatet suturmärkts och undersökts med seriesnitt. Andelen sådana undersökningar ligger väsentligen konstant genom åren, t ex 226 av 797 (28,4 procent) år 2002 och 291 av 1 004 (29,0 procent) år 2005. Tumörer i huvud-halsregionen innebär ofta begränsningar avseende kirurgiska marginaler, och det kosmetiska



Figur 1. Väntetid mellan mottagningsbesök och operation i relation till rekommenderad väntetid. Negativa tal innebär att patienten kommer till operation inom rekommenderad väntetid.

slutresultatet är här av särskild vikt. Vi har därför analyserat tumörer i denna region separat.

I ett så här stort kliniskt material är det oundvikligt med inkompleta data. Bortfallet anges konsekvent i resultaten.

RESULTAT

Remissvägar och väntetid

(Data tillgängliga för 2 007/2 248 patienter.) 58,7 procent ($n=1 178$) av patienterna som blev aktuella för hudkirurgi inremitterades från allmänläkare, 26,3 procent internremitterades från hudmottagningen, resterande kom på remiss från övriga specialister eller egenremiss.

Medianväntetiden mellan mottagningsbesök och operation för de maligna hudtumörerna malignt melanom, basalcells cancer och skivepitelcancer (data tillgängliga för 1 160/1 246 patienter) var 48 dagar (spridning 0–308 dagar). Olika dia-

■ sammanfat tat

I artikeln redovisas 2 448

hudtumörer exciderade på en medelstor svensk hudklinik under en fyraårsperiod.

Ungefär hälften av tumörerna satt i huvud-halsområdet.

Basalcells cancer är den helt dominerande hudcancern och utgjorde i detta material 99,5/2 245 patienter.

Medianstorleken på samtliga hudtumörer var 10 mm.

85,1 procent av uppkomna defekter kunde primärslutas.

Alternativa metoder för att uppnå hudtäckning är plastikk och fullhuds- eller delhuds-transplantation.

96,9 procent av excisionerna var radikala vid första excision.

Det var ingen skillnad i uppnådd radikalitet mellan hud- och öronläkare.

I de allra flesta fall kan man avstå från preoperativ biopsi och därmed spara stora pengar.

TABELL I. Diagnosfördelning relaterad till kroppslokal (data tillgängliga för 2 245/2 240 patienter). Observera att i kolumnen »Totalt« och i raden »Totalt« anges antalet patienter. Övriga uppgifter anges i procent.

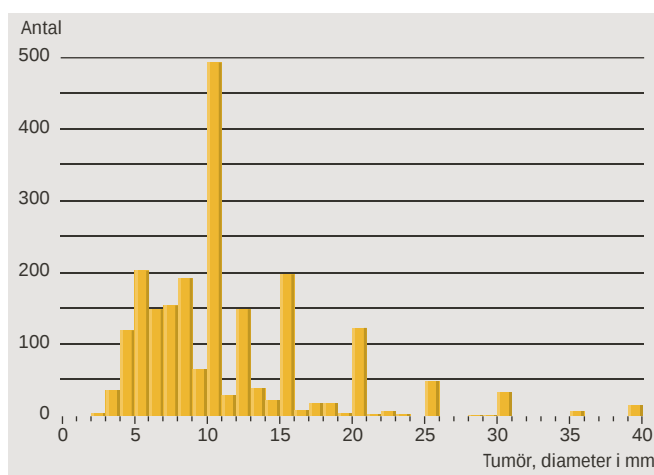
Diagnos	Totalt, n	Ansikte, procent	Näsa, procent	Öra, procent	Skalp, procent	Hals, procent	Bål, procent	Arm, procent	Ben, procent
Basalcellscancer	945	42,2	3,4	1,2	2,5	5,8	28,8	4,3	11,7
Basalcellscancer, morfea	50	56,0	6,0	0,0	6,0	4,0	18,0	4,0	6,0
Keratoakantom	67	31,3	1,5	0,0	3,0	3,0	17,9	16,4	26,9
Melanom	93	2,2	1,1	0,0	4,3	1,1	50,5	15,1	25,8
Pigmentnevus	543	12,0	0,9	0,6	5,0	3,5	61,4	5,7	10,9
Skivepitelcancer in situ	90	40,0	0,0	1,1	3,3	3,5	20,0	16,7	14,4
Skivepitelcancer, infiltrativ	94	50,0	1,1	4,3	9,6	4,4	9,6	7,4	17,0
Annat	363	33,0	0,3	4,7	6,6	5,5	22,7	10,5	16,6
Totalt, n	2 245	717	44	36	96	104	782	159	304

gnoser med deras olika risk för spridd sjukdom och olika risk för komplikationer på grund av tumörtillväxt motiverar olika prioriteringsgrad. Detta avspeglas i medianväntetider relaterat till diagnos. För malignt melanom var denna 7 dagar (data tillgängliga för 95/110 patienter), för skivepitelcancer 34 dagar (data tillgängliga för 74/79 patienter) och för basalcellscancer 53 dagar (data tillgängliga för 991/1 057 patienter).

Vi har också varit intresserade av om vi uppfyllt våra rekommenderade väntetider för olika diagnosgrupper. I samband med mottagningsbesöket anges rekommenderat längsta intervall mellan bedömning och operation. Figur 1 visar skillnaden mellan rekommenderad längsta väntetid och faktisk väntetid. Negativa tal innebär att patienten kommit till operation före och positiva tal att patienten kommit efter den rekommenderade tiden. Man kan då se att en potentiellt allvarlig diagnos som malignt melanom hållit sig inom ett litet intervall. Även infiltrerande skivepitelcancer ligger inom ett snävt intervall.

Tumörlokalisering

(Data tillgängliga för 2 245/2 248 patienter.) Tabell I visar diagnosfördelning på olika kroppslokaler. I drygt hälften av basalcellscancerfallen som gått till kirurgi satt tumörerna i huvud-halsregionen (ansikte, näsa, öra, skalp och hals) (n = 521, 55,1 procent). Majoriteten av högaggressiv basalcellscancer, typ III enligt Glas-klassifikationen [2], satt som väntat i huvud-halsregionen (n = 36, 72,0 procent). Keratoakantom var lokaliserade till ansiktet (n = 21, 31,3 procent) men ofta också till bålen (n = 12, 17,9 procent) och extremiteterna (n = 29, 43 procent). Av melanomen satt 91,4 procent (n = 85) på bål och extremiteter. Skivepitelcancer in situ satt i ansiktet (n = 36, 40 procent) men även på bålen (n = 18, 20,0 procent). Infiltrerande



Figur 2. Histogram över tumörstorlek.

de skivepitelcancer var lokaliserad till ansiktet i 50,0 procent av fallen (n = 94).

Tumörstorlek

(Data tillgängliga för 2 169/2 248 patienter.) Medianvärdet på längsta diameter på de exciderade tumörerna var 10 mm (Figur 2). Även uppdelat på kroppslokal var medianvärdet på samtliga lokaler 10 mm, förutom på näsa och öra, där tumörerna var något mindre (medianvärde 6 respektive 8 mm).

Operationsmetod

(Data tillgängliga för 2 246/2 248 patienter.) 85,1 procent (n = 1 912) av excisionerna kunde primärsutureras. I 8,4 pro-

Annonsera efter läkare?

En annons i Läkartidningen ger automatiskt en annons på vår jobbsajt Karriär&Arbete

Utmanande
saklig

Läkartidningen

TABELL II. Fördelning av operationsmetod i förhållande till kroppslokal (data tillgängliga för 2246/2248 patienter). Observera att i kolumnen »Totalt« och i raden »Totalt« anges antalet patienter. Övriga uppgifter anges i procent.

Operationsmetod	Totalt, n	Totalt, procent	Ansikte, procent	Näsa, procent	Öra, procent	Skalp, procent	Hals, procent	Bål, procent	Arm, procent	Ben, procent
Primärsutur	1912	85,1	79,4	63,6	61,1	71,9	96,2	94,6	91,2	77,3
Plastik	189	8,4	13,8	11,4	11,1	8,3	2,9	3,7	3,8	11,5
Fullhud	64	2,8	5,3	25,0	5,6	7,3	1,0	0	1,3	1,0
Delhud	36	1,6	0,1	0	0	7,3	0	0,3	0	8,6
Sekundärläkning	45	1,7	1,4	0	22,2	5,2	0	1,4	3,8	1,6
Annat	7	0,3	0,1	0,0	11,1	1,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Totalt, n	2246		719	44	36	96	104	781	159	304

cent (n=189) av fallen gjordes plastik, i 2,8 procent (n=64) fullhuds- och i 1,6 procent (n=36) delhudstransplantation för att uppnå hudtäckning (Tabell II). I ansiktet kunde 79,4 procent (n=571) av excisionerna primärsutas. I 13,8 procent (n=99) av fallen gjordes plastik och i 5,3 procent (n=38) fullhudstransplantation. På näsan utgjordes 63,6 procent (n=28) av ingreppen av excision och primärsutur, 11,4 procent (n=5) av excision och plastik och 25,0 procent (n=11) av excision och fullhudstransplantation. I 90,7 procent (data tillgängliga för 2 029/2 248 patienter) av fallen opererades patienten med den operationsmetod som planerades i samband med mottagningsbesöket.

Preoperativ diagnostisk träffsäkerhet

253 patienter planerades direkt in för operation på basen av remissuppgifter utan föregående mottagningsbesök.

I 460 fall fanns ett preoperativt PAD vid operationen (taget av inremitterande eller av hudläkare på hudmottagningen). Om man exkluderar fall med preoperativt PAD, fall som gick direkt till operation samt 5 fall där uppgift om preliminär eller slutgiltig diagnos saknas kvarstår 1611 fall där hudläkarens kliniska diagnos legat till grund för operationsbeslut. I 81,2 procent av dessa fall överensstämmer den preliminära diagnosen baserad på hudläkarens kliniska bedömning med den slutgiltiga PAD-verifierade diagnosen.

Vi har tittat på bakgrundsdata avseende melanom som preliminär och slutlig diagnos. I de fall där man misstänkt melanom men slutlig diagnos blev något annat (n=33) blev histologisk diagnos pigmentnevus i samtliga fall. Åtta fall med slutlig diagnos melanom hade annan preliminär diagnos: sju pigmentnevus och en infiltrerande skivepitelcancer.

Radikalitet

(Data tillgängliga för 2240/2248 patienter.) Radikal excision uppnåddes i 96,9 procent (n=2171) av tumörerna. Av de 69 fall (3,1 procent) som var icke-radikalt exciderade valde man reexcision i 44 fall och i 25 fall exspektans.

Postoperativa komplikationer

(Data tillgängliga för 2241/2248 patienter.) Postoperativ antibiotikakrävande sårinfektion har registrerats i 1,5 procent (n=34) av fallen. Antibiotikakrävande infektion relaterad till operationsmetod redovisas i Tabell III. Profylaktisk antibiotikabehandling har inte registrerats men ges mycket restriktivt och endast vid uppenbar hög infektionsrisk. Sårruptur sågs i fyra fall (0,2 procent).

Av de 999 huvud-halstumörerna exciderades 743 av hudläkare och 256 av öronläkare. Vald operationsmetod för de två grupperna visas i Tabell IV.

TABELL III. Postoperativ sårinfektion i relation till vald operationsmetod. Data tillgängliga för 2241/2248 patienter.

Operationsmetod	Totalt, n=2241	Sårinfektion, n=34
Primärsutur	1908	19
Plastik	188	8
Fullhud	64	4
Delhud	36	1
Sekundärläkning	38	2
Annat	7	0

TABELL IV. Vald operationsmetod för tumörer i huvud-halsregionen fördelad på hud- och öronläkare.

Operationsmetod	Hudläkare, n=743 (procent)	Öronläkare, n=256 (procent)
Primärsutur	567 (76,3)	223 (87,1)
Plastik	104 (14,0)	15 (5,9)
Fullhud	41 (5,5)	18 (7,0)
Delhud	8 (1,1)	0 (0)
Sekundärläkning	17 (2,3)	0 (0)
Annat	6 (0,6)	0 (0)

Av huvud-halstumörerna var 52,3 procent basalcellscancer, 3,6 procent högaggressiv basalcellscancer typ III och 6,2 procent infiltrerande skivepitelcancer (data tillgängliga för 997/999 patienter).

Excisionerna i huvud-halsregionen var radikala i 94,5 procent av fallen (data tillgängliga för 938/999 patienter). Det var inga påtagliga skillnader i radikalitet mellan olika operationsmetoder. Det var ingen statistisk skillnad i radikalitet mellan öronläkare och hudläkare ($P=0,10$, χ^2 -test).

Längsta tumördiameter (data tillgängliga för 973/999 patienter) var i median 10 mm (2–50 mm, SD 5,6). Det var ingen statistisk skillnad i diameter mellan radikalt exciderade och icke-radikalt exciderade tumörer ($P=0,98$, oparat t-test). Vid delhudstransplantation var medianvärdet för längsta tumördiameter 20,0 mm (n=8), vid fullhudstransplantation 14,5 mm (n=56), vid plastik 12,0 mm (n=116) och vid primärsutur 9,0 mm (n=773).

DISKUSSION

Incidensen av de tre vanligaste hudtumörerna basaliom, skivepitelcancer och malignt melanom ökar i västvärlden, så även i Sverige [3]. Det ständigt ökande antalet hudtumörer ställer

ökade krav på kostnadseffektiv och medicinskt optimal handläggning. Hudtumörerna förekommer även i yngre åldrar.

Kirurgisk excision och alternativa metoder

Malignt melanom, infiltrerande skivepitelcancer och högaggressiv basallcellscancer (typ III enligt Glas [2]) ska alltid behandlas med kirurgisk excision. För övriga hudtumörer finns alternativa behandlingsmetoder, såsom exempelvis kyrettag och elektrodesickation, kyrettag och hård kryobehandling [4] och fotodynamisk terapi (PDT) [5]. Dessa metoder kräver stor erfarenhet och tillämpas framför allt av dermatologer. Exempelvis används på hudenheten i Helsingborg kyrettag och hård kryobehandling vid basallcellscancer typ 1a, 1b och typ 2 på näsan. På underben med dess sämre läkningsbetingelser kan PDT användas vid basallcellscancer typ 1b och skivepitelcancer in situ.

När ett gott estetiskt resultat är extra viktigt (tex i ansiktet) kan PDT användas vid basallcellscancer typ 1b och skivepitelcancer in situ. Vissa patienter har sk basaliomatos, dvs otaliga basaliom, och det är inte rimligt att excidera alla dessa. Alternativa metoder är då ofta att föredra på de flesta lokaler. Imikvimod (Aldara) är ett alternativ vid basallcellscancer typ 1b. Kirurgisk radikal excision är dock ofta den bästa behandlingsmetoden, med kort läkningstid, få postoperativa komplikationer, liten recidivrisk och ett gott kosmetiskt resultat [6].

Diagnostisk träffsäkerhet och kostnader

Våra data visar på god diagnostisk träffsäkerhet hos den bedö-

mande dermatologen. Den kliniska bedömningen utgör därför i de flesta fall tillräckligt underlag för ställningstagande till kirurgisk åtgärd. Genom att avstå från onödiga preoperativa biopsier på tumörer som ändå ska excideras kan stora summor sparas. Preoperativ stansbiopsi på samtliga hudtumörer skulle i detta material ha inneburit en merkostnad på ca 850 000 kronor. Radikalt exciderade hudtumörer kräver i de flesta fall inga efterkontroller [6].

Väntetider anpassade till tumörtyp

Den preoperativa väntetiden bör anpassas till tumörtypen. För tumörer med metastaseringspotential bör väntetiden minimeras. Vid misstanke om malignt melanom opereras patienten inom två veckor. Enstaka fall med längre väntetider beror oftast på patientrelaterade faktorer. Vid misstanke om infiltrerande skivepitelcancer försöker vi planera in operationen inom fyra veckor. Basallcellscancer växer oftast långsamt och har negligerbar metastaseringsrisk, varför något längre väntetider kan accepteras. Å andra sidan sitter basallcellscancer ofta i ansiktet, där man är särskilt angelägen om ett kosmetiskt gott slutresultat, varför den preoperativa väntetiden får anpassas till lokal och storlek på tumören [7].

Inga skillnader mellan specialiteterna

Den kirurgiska metoden anpassas efter tumörstorlek, lokal och tumörtyp. En övervägande majoritet av excisionerna (85,1 procent i hela materialet) kunde primärslutas. Detsamma gällde för ansiktet, där 79,4 procent av tumörerna kunde åtgärdas med excision och primärsutur. Vi såg inga väsentliga skillnader i exciderade tumörer eller i vald operationsmetod mellan hud- och öronläkare.

Majoriteten av tumörerna (96,9 procent) var radikalt exciderade. Vid icke-radikal excision valde man i de flesta fall reexcision (n = 44) men i en del fall exspektans (n = 25). I en amerikansk studie har man sett skillnader i sannolikheten för uppnådd radikalitet beroende på operatörens specialitet [8]. I vårt material var det ingen statistisk skillnad i andel radikala excisioner i huvud-halsregionen mellan öronläkare och hudläkare. Låga siffror avseende sekundärinfektion motiverar fortsatt restriktiv förskrivning av profylaktisk postoperativ antibiotikabehandling.

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Ahnleide I, Bjellerup M. Effektiv handläggning av misstänkt hudcancer. Nylogistik införd i Helsingborg. Läkartidningen. 2006; 103(49):3946-9.
2. Jernbeck J, Glaumann B, Glas JE. Basallcellscancer. Klinisk utvärdering av histologisk gradering av aggressivitet. Läkartidningen. 1988;85(42):3467-70.
3. Cancer incidence in Sweden 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. www.socialstyrelsen.se
4. Nordin P, Larkö O, Stenquist B. Five-year results of curettage-cryosurgery of selected large primary basal cell carcinoma on the nose: an alternative treatment in a geographical area underserved by Mohs' surgery. Br J Dermatol. 1997;136:180-3.
5. Morton CA, McKenna KE, Rhodes LE. Guidelines for topical photodynamic therapy: update. Br J Dermatol. 2008;159(6):1245-66.
6. Riktlinjer för handläggning av skivepitelcancer och basallcellscancer. 2008. Svenska sällskapet för dermatologi och venerologi (SSDV), sektionen för dermatologisk kirurgi och onkologi (SDKO). <http://www.ssdv.se>
7. Kirkup ME, De Berker DA. Clinical measurement of dimensions of basal cell carcinoma: effect of waiting for elective surgery. Br J Dermatol. 1999;141(5):876-9.
8. Fleischer AB Jr, Feldman SR, Barlow JO, Zheng B, Hahn HB, Chuang TY, et al. The specialty of the treating physician affects the likelihood of tumor-free resection margins for basal cell carcinoma: results from a multi-institutional retrospective study. J Am Acad Dermatol. 2001;44(2):224-30.

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se