Upprättare: Elisabeth I Höchtl

Fastställare: Emma Erixon

Råd angående handläggning av patienter med SKIVEPITELCANCER IN SITU (SCCIS) = MORBUS BOWEN - Hudkliniken

SCC in situ

SCCIS eller Morbus Bowen i solbelyst hud är en intraepidermal SCC som uppstår framförallt av hög kumulativ soldos. Kliniskt uppstår det en eller flera långsamt växande, röda, fjällande, mer eller mindre infiltrerade maculae eller plaque med oregelbunden men väldefinierad kant. Histopatologiskt motsvarar SCCIS en skivepiteldysplasi som sträcker sig genom hela epidermis (aktinisk keratos (AK) grad III) och är ett förstadium till invasiv Skivepitelcancer i huden (cSCC).

Patienter med immunsuppression, t.ex efter organtransplantation, har en förhöjd risk att utveckla SCCIS.

Anogenital SCCIS (e.g. anal intraepitelial neoplasi (AIN), Vulvar Intraepitelial Neoplasi (VIN) respektive Penil intraepitelial neoplasi (PeIN) (tidigare Erythroplasia Queyrat, bowenoid papulos), är ofta associerat med högrisk-HPV. Dessa förändringar har sämre prognos än SCCIS som uppstår i solbelyst hud och skiljer sig även kliniskt och terapeutiskt.

UTREDNING ENLIGT STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP:

Intraepitelial cancer ingår inte i SVF, men för nedanstående finns Nationella vårdprogram. För de invasiva formerna finns SVF:

- Peniscancer ses i regel på glans och/eller förhud. Förstadium penil intraepitelial neoplasi (PeIN) (solitär lesion på slemhinna) och Mb Bowen (solitär lesion på mer keratiniserad hud). Se Nationellt vårdprogram peniscancer
- Analcancer (skivepitelcancer i analregionen, innefattande analkanalen, distala rektum och perianalt (definierat som området inom 5 cm radie runt analöppningen) och dess förstadium, se Nationellt vårdprogram analcancer
- Vulvacancer (cancer i kvinnans yttre könsorgan; venusberg, blygdläppar och klitoris) och dess förstadium, se Nationellt vårdprogram vulvacancer
- Läppcancer (icke hårbärande hud och slemhinna) och dess förstadium, se ´Nationellt vårdprogram Huvud- och halscancer.

För invasiv SCC i huden (eSCC) finns ej SVF. I Nationellt vårdprogram skivepitelcancer i huden ingår inte SCCIS.

Kopians riktighet garanteras endast utskriftsdatumet

REMITTERINGSPOLICY:

- Patienter med suspekt SCCIS i huden bör remitteras med Bildremiss till hudkliniken för bedömning och ställningstagande till excision/annan behandling. Se rutiner i Hudtumörflödet.
- Särskild Bildremissmall används och översiktsbild, närbild samt dermatoskopisk bild läggs in i Picsara. Hudläkare diagnossätter, rekommenderar handläggning inklusive prioritering och marginaler för kirurgi samt ev kontroller.

- I de fall excision sker utan föregående Bildremiss ska ändå fotografier, inklusive dermatoskopiska, läggas in i Picsara för eventuell senare granskning vid oklarhet kring PAD.
- Patienter med suspekt intraepitelial läppcancer remitteras med bildremiss till hudkliniken, alternativt till ÖNH-halskliniken. Vid misstanke om invasivitet remitteras till ÖNH.
- Patienter med suspekt intraepitelial/invasiv peniscancer remitteras till kirurgen (urologen). Patienter med suspekt intraepitelial/invasiv perianalcancer remitteras till kirurgen (colo-rektal). Patienter med suspekt intraepitelial/invasiv vulvacancer remitteras till kvinnokliniken.

BEHANDLING:

På HC:
Excision på kroppen.
Alternativa behandlingar, lämpligen utifrån Bildremissvar från Hudkliniken, alternativt PAD är t.ex 5-fluorouracil kräm 4 % (Tolak) x2 i 6-8 veckor.

På hudkliniken:

- Curettage + PDT (x2-3)
- Curettage + kryoterapi (olämpligt på underbenen)
- Curettage + elektrodessiccation
- Excision
- 5-FU (andrahandsalternativ)
- Aldara® (andrahandsalternativ)

Vid **anogenital Morbus Bowen** rekommenderas excision i första hand. Alternativa behandlingsformer är kryoterapi, diatermi, 5-FU, imikvimod (observera att SCCIS inte är godkänt som indikation för imikvimod eller Tolak) eller PDT x 2-3 med curettage utförd av läkare. Det finns stor risk för behandlingsresistens, recidiv och övergång till invasiv SCC med samtliga behandlingsmetoder.

Om vald behandlingsmetod inte har varit effektiv eller vid recidiv bör radikal kirurgisk excision utföras alternativt ny(a) biopsi(er) tas.

Kopians riktighet garanteras endast utskriftsdatumet

UPPFÖLJNING

Information om sjukdomen. Instruktion till egenkontroller och solskydd.
Regelbunden uppföljning anses inte vara nödvändig i de flesta fallen, undantaget anogenital SCCIS och SCCIS på det läppröda.
Vid lokalbehandling bör behandlingskontroll göras på HC, 4-6 veckor efter avslutad behandling samt lämpligen efter 1 resp 2 år.

CANCERANMÄLAN

Från och med 1 januari 2024 anmäler diagnostiserande patologienhet till RCC, ej kliniker.

Dokumentinformation

Dokumentet har granskats av:
Susanne Vandell Uddströmer, överläkare
Elisabeth Höchtl, överläkare
Per Melander, chefsläkare, Division Primärvård
Tommy Lundmark, chefsläkare, Division Primärvård
Linda Ackerot, kvalitetssamordnare

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet