

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

SCC in situ

SCCIS eller Morbus Bowen 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.

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

Standardiserat Vårdförlopp finns för:

- Peniscancer. Ses i regel på glans och/eller förhud, där ingår även icke invasiv SCC; Penil intraepitelial neoplasi (PeIN), (solitär lesion på slemhinna) och Mb Bowen (solitär lesion på mer keratiniserad hud). Se [NVP](#), se [SVF](#).

För analcancer (skivepitelcancer i analregionen, innefattande analkanalen, distala rektum och perianalt - definierat som området inom 5 cm radie runt analöppningen), vulvacancer (cancer i kvinnans yttre könsorgan; venusberg, blygdläppar och klitoris) samt läppcancer ingår endast invasiv cancer i SVF, dock ingår intraepitelial cancer i respektive nationellt vårdprogram.

För övrig kutan SCC (cSCC) kommer ett nationellt vårdprogram där SCCIS inte kommer att ingå. SVF ännu ej aktuellt.

REMITTERINGSPOLICY:

- Patienter med suspekt SCCIS i huden ska remitteras med Bildremiss till hudkliniken för bedömning och ställningstagande till excision/annan behandling. Se rutiner i Hudtumörflödet.
Undantag: Patienter med suspekt peniscancer remitteras enligt SVF till kirurgen (urologen). Patienter med suspekt peri-analcancer remitteras till kirurgen (colo-rektal). Patienter med suspekt vulvacancer remitteras till kvinnokliniken.
- Särskild Bildremissmall används och översiktsbild, närbild samt dermatoskopisk bild läggs in i Picsara. Hudläkare diagnostiserar, 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.

BEHANDLING:

På HC:

Excision på kroppen.

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 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.

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 läpproda.

Dokumentinformation

Dokumentet har granskats av:

Elisabeth Höchtl

Anette Edlund

Börje Svensson, chefsläkare, Division Primärvård

Tommy Lundmark, chefsläkare, Division Primärvård