

Råd angående handläggning av patienter med kutan SKIVEPITELCANCER (cSCC) - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Skivepitelcancer i huden (cSCC) är, frånsett basalcellscancer, den vanligaste maligna hudcancertypen. Det är den näst vanligaste cancerformen hos både män och kvinnor, samt en av de cancerformer vars incidens ökar snabbast i Sverige.

Den uppstår från skivepitelcellerna i epidermis (keratinocyter) som sedan invaderar dermis.

cSCC är vanligare hos ljushyade, hos äldre, efter kronisk UV-exponering och vid immunsuppression t.ex efter organtransplantation.

Cirka 1,5-5,0 % av alla cSCC metastaserar. Lymfkörtelengagemang av cSCC ökar risken för återfall och dödlighet (30 % 5-års överlevnad).

Förstadium

De tidigaste förstadierna till SCC är aktiniska keratoser (AK). Se separat rutin. Dessa är sällan >10 mm stora. När cellförändringar i hudcellerna sträcker sig genom hela epidermis (AK grad III = grav skivepiteldysplasi) kallas detta intraepidermala förstadium för SCC in situ (SCCIS) eller Morbus Bowen. Kliniskt uppstår det en eller flera långsamt växande, röda, fjällande, mer eller mindre infiltrerade maculae eller plaque med oregelbunden men väldefinierad kant. Se separat rutin.

DIAGNOSTIK

SCC i huden kan misstänkas vid relativt snabbväxande, ofta fjällande lesion med hårdare konsistens än normal hud. Ofta är den rodnad, knölförmad och inte sällan finns en central hyperkeratos, ulceration eller krusta. cSCC kan vara asymtomatisk eller palpationsöm och även blödande.

Dermatoskopiska tecken är t. ex. vita cirklar, vita strukturlösa områden, atypiska kärl och ulceration. Teledermatoskopisk bildremiss till hudkliniken ger stöd för diagnosen.

Vid kliniska/dermatoskopiska fynd som talar för cSCC utförs helst excision av hela tumören direkt. Preoperativ biopsi krävs endast vid större tumörer eller om tumören är lokaliserad på ofördelaktig kroppslokal.

UTREDNING ENLIGT STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

SCC i huden ingår inte i SVF vilket dock SCC med övrig lokalisering gör, se nedan.

För invasiv SCC i huden, liksom för övrig SCC, finns Nationellt vårdprogram:

- [Nationellt vårdprogram skivepitelcancer i huden](#)

- Peniscancer ses i regel på glans och/eller förhud och dess 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), 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](#).

REMITTERINGSPOLICY

Bildremiss till hudkliniken:

- Patient med preoperativt komplicerad tumör (se nedan) alt cSCC ovan halsen, pretibialt eller på fingrar och fötter där excision på HC är olämpligt, eller där diagnosen är oklar ska remitteras med Bildremiss till hudkliniken för diagnos och ställningstagande till behandling. Se rutiner i [Hudcancerprocessen](#) (samverkanswebben).
- Särskild Bildremissmall används och översiktsbild, närbild samt dermatoskopiska bilder läggs in i Picsara. Hudläkare ställer preliminär diagnos, rekommenderar handläggning inklusive prioritering och marginaler för kirurgi.
- I de fall excision sker på HC utan föregående Bildremiss ska ändå fotografier, inklusive dermatoskopiska, läggas in i Picsara för eventuell senare granskning vid oklarhet kring PAD.

Remissen ska, förutom efterfrågad information, innehålla uppgifter om:

- Ev misstanke om regional metastasering
- Eventuell immunosuppression
- Kopia på eventuella PAD-svar.
- Övrig SVF-information vid SVF enligt ovan.

Remiss till ÖNH:

Patient med suspekt intraepitelial läppcancer remitteras med bildremiss till hudkliniken, alternativt till ÖNH-halskliniken.

Vid misstanke om invasivitet i det läppröda, i mun och i näsa (eller vid palpabel suspekt lymfkörtelmetastas i Huvud-halsområde) remitteras till ÖNH enligt SVF.

Remiss till kirurgen:

Patient med suspekt intraepitelial/invasiv peniscancer (urologen).

Patienter med suspekt intraepitelial/invasiv perianalcancer (colo-rektal).

Vid misstanke om invasivitet (eller vid palpabel suspekt lymfkörtelmetastas på kroppen) remitteras enligt SVF.

Remiss till Kvinnokliniken:


Patient med suspekt intraepitelial/invasiv vulvacancer remitteras till kvinnokliniken. Vid misstanke om invasivitet (eller palpabel suspekt lymfkörtelmetastas inguinalt) remitteras enligt SVF.

Remiss till onkologen:

Vid misstanke om eller verifierad metastaserad SCC, se även övriga kliniker ovan.

BEHANDLING OCH UTREDNING

Det är viktigt att skilja mellan komplicerande faktorer hos tumör respektive patient samt mellan riskfaktorer för icke-radikalitet liksom riskfaktorer för recidiv/spridning/nya tumörer.

Tumör vs. patient	Tumör preoperativt	Tumör postoperativt	Patient
	Okomplicerad Komplicerad	Lågrisk Högrisk	Lågrisk  Högrisk
Vad påverkas?	Kirurgisk marginal 4-6 vs 6-10 mm	Utredning & uppföljning	Uppföljning

På HC:

Många patienter får primärt sin cSCC-diagnos i primärvården där excision på icke känslig kosmetisk/anatomisk lokal oftast kan göras utifrån klinisk/dermatoskopisk diagnostik. Biopsi på känslig kosmetisk/anatomisk lokal utförs på HC. Palpation av ytliga lymfkörtelstationer skall göras liksom helst inspektion av övriga hudkostymen.

På hudkliniken:

Andrahandsalternativ till excision att överväga vid liten < 1 cm, välavgränsad, högt differentierad cSCC på icke-hårbärande hud, huvudsakligen på bål eller extremiteter hos äldre individ (ej vid recidiv):

- Curettage + elektrodesiccation
- Curettage + kryoterapi (olämpligt på underben)

Val av klinisk excisionsmarginal vid primär sjukdom:

För att uppnå radikalitet rekommenderas följande **kliniska** excisionsmarginaler:

- Preoperativt okomplicerad tumör: 4-6 mm
- Preoperativt komplicerad tumör: 6-10 mm

Minst halva subcutana fettlagret ska medtagas

Tumören är preoperativt komplicerad om **två av nedanstående kriterier** är uppfyllda

- Kliniska kriterier:
 - Tumördiameter >20 mm
 - Svåravgränsad
 - Lokalisation på ytteröra, tinning eller läpphud (läpproda enligt NVP Huvud- och halscancer)
 - Lokalisation i brännskada, kroniskt sår eller strålbehandlat område
 - Återfall
 - Immunsupprimerad patient.
- Om histopatologiskt verifierat med preoperativ biopsi:
 - Invasion nedom subkutan fettvävnad
 - Låg differentieringsgrad
 - Desmoplastisk växt
 - Perineural invasion
 - Intravasal växt
- Om radiologiskt verifierat preoperativt:
 - Perineural invasion
 - Intravasal växt
 - Inväxt i skelett

Postoperativ radikalitet:

Vid alla former av hudcancer skiljer man på klinisk excisionsmarginal och histopatologisk marginal. Vid cSCC är målet radikalitet oavsett histopatologisk marginal. Radikalitet definieras som att varken tumör eller tumörströma når resektionsytan. Då behövs alltså generellt inte utvidgad excision.

Låg- respektive högrisktumör:

Först när även histopatologiska data föreligger postoperativt kan tumören klassificeras som av låg eller hög risk för recidiv eller spridning. För detta används T-stadier enligt Brigham and Women's Hospital (BWH). BWH-T-stadier påverkar enbart eventuell fortsatt utredning och behov av uppföljning, används ej vid cancerregistrering.

Riskfaktorerna enligt BWH:

- Tumör ≥ 2 cm i diameter
- Invasion nedom subkutan fett
- Låg differentieringsgrad
- Perineural invasion (nerv $\geq 0,1$ mm i diameter)



Postoperativ lågrisktumör:

- BWH-T1: 0 riskfaktorer
- BWH-T2a: 1 riskfaktor

Postoperativ högrisktumör:

- BWH-T2b: 2-3 riskfaktorer
- BWH-T3: 4 riskfaktorer eller invasion i skelett

Postoperativ utredning: [se även kapitel 2 NVP cSCC](#)

- Postoperativ lågrisktumör: ingen utredning
- Postoperativ högrisktumör: helkroppskontroll & körtelpalpation
- Suspekt växt nedom fett: överväg DT (skelett) eller MRT (mjukdelar)
- Lokalt avancerad cSCC: DT thorax/buk/bäcken/huvud-hals eller PET-DT & MDK
- Palpabel körtel: FNAC* alt mellannålsbiopsi (v.b. ultraljudsled) -> remiss ÖNH om huvud-halsområde ([SVF för huvud- och halscancer](#)), annars remiss Onkologen/Kirurgen. MDK.
- Positiv körtel: DT thorax/buk/bäcken/H-H eller PET-DT & MDK
- Metastaserad SCC: MDK

* finnålsaspirationscytologisk diagnostik

Lokalt avancerad och metastaserad cSCC:

Vid lokalt avancerad eller metastaserad cSCC bör patienten diskuteras på **multidisciplinär konferens**. För dessa patienter bör även en **individuell vårdplan** upprättas och **kontaktsjuksköterska** erbjudas.

Lokalt avancerad cSCC:

- Icke-operabel
- Kurativ kirurgi blir mutilerande
- Multipla återfall

Metastaserad SCC:

- In transit
- Regional
- Distal

Behandling vid spridd sjukdom

Vid regional spridning rekommenderas:

- I huvud- och halsregionen, remiss för MDK på Universitetssjukhus för ställningstagande till halskörtelutrymning och parotidektomi.
- Övriga lokaler, selektiv lymfkörtelutrymning (se [kapitel 11 i vårdprogrammet](#))

Extern strålbehandling är ett alternativ till kirurgi vid:

- Inoperabel tumör

Adjuvant strålbehandling mot primärt tumörområde vid:

- Icke-radikal excision eller snäva marginaler då förnyad kirurgi inte är lämplig
- Perineural invasion
- T3-T4 tumörer (enligt UICC8)

Adjuvant strålbehandling mot regionala lymfkörtlar vid:

- Icke-radikal kirurgi
- $\geq N2$ (enligt UICC8) i huvud- och halsområdet
- Multipla lymfkörtelmetastaser eller perikapsulär växt på bål & extremiteter

Cemiplimab (PD-1 hämmare) vid:

- Lokalt avancerad eller metastaserad cSCC

UPPFÖLJNING

Låg- respektive högriskpatient

Patientens allmänna risk att utveckla fler eller mer aggressiva cSCC alternativt få spridning av tidigare tumörer i framtiden påverkar uppföljningsbehoven.

Lågriskpatient är den som inte uppfyller nedanstående kriterier.

Högriskpatient:

- Organtransplantation eller annan immunosuppression
- Genetisk predisposition
- Tidigare stort antal cSCC

Kontroller

Lågrisktumör hos lågriskpatient:

- Egenkontroller

Högrisktumör hos lågriskpatient:

- Årlig kontroll hos dermatolog eller ÖNH-läkare i 2 år
- Utvalda fall med ökad risk för regionala recidiv kan erbjudas kontroller var 3-4:e månad de första 2 åren

Högriskpatient, lokalt avancerad eller metastaserad cSCC:

- Individuell uppföljning hos organspecialist, eller om metastaserad på onkologen.

CANCERANMÄLAN

Efter PAD till RCC Mellansverige

TNM enligt UICC8 används fortfarande för canceranmälan (inte BWH).

Dokumentinformation

Dokumentet har granskats av:

Elisabeth Höchtl, överläkare

Tidigare utgåvor:

Per Melander, chefläkare

Tommy Lundmark, chefläkare

Bild av Åsa Ingvar, Skåne