

## Råd angående handläggning av patienter med kutan SKIVEPITELCANCER (cSCC) - Hudkliniken

Ett nationellt vårdprogram för cSCC är under framtagande. Tills det är klart gäller nedanstående.

### HÖGRISKFAKTORER FÖR INFILTRATIV cSCC

Nedanstående faktorer hos individ respektive tumör innebär ökad risk för att en infiltrativ SCC i huden skall recidivera, metastasera och/eller att nya tumörer skall uppstå:

Klinisk information	Histopatologisk information
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumörstorlek (diameter) &gt; 2 cm (= T2)</li> <li>• Tumörtjocklek &gt; 4 mm</li> <li>• Immunosupprimerad patient</li> <li>• Tumörlokalisering läpp/öra/genitalt</li> <li>• Tumör inom tidigare strålbehandlat område</li> <li>• Tumör i anslutning till kroniskt sår eller fistel</li> <li>• Tumör i ärr, framför allt efter brännskada</li> <li>• Tumörrecidiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bristande radikalitet</li> <li>• Låg differentieringsgrad</li> <li>• Tumörväxt perineuralt</li> <li>• Tumörväxt intravasalt</li> <li>• Tumörväxt i subkutan fettväv och/eller andra underliggande strukturer</li> </ul>

### BEHANDLING AV PRIMÄR SJUKDOM

Många patienter kommer primärt att få sin cSCC-diagnos i primärvården där excision på icke känslig kosmetisk lokal/biopsi kan utföras.

Excision med tillräcklig marginal:

- Väldifferentierade lågrisktumörer (inklusive keratoacanthom) < 2 cm i diameter rekommenderas en kirurgisk marginal på minst 4 mm med frikostigt medtagande av subkutan vävnad som åstadkommer en radikal excision i 95 %.
- "Högrisktumörer" (se rutan ovan) skall excision göras med minst 6 mm klinisk marginal.

Defekter efter excision av cSCC där man inte har histopatologisk bekräftelse på radikalitet bör man i första hand låta sekundärläka, sluta primärt eller med hudtransplantat. I dessa fall bör man undvika lambåer som förvränger huden vilket kraftigt försvårar möjligheten att reexcidera eventuella tumörrester som kan kvarstå vid icke-radikal excision.

Andrahandsalternativ för lågrisktumörer är curettage + cryoterapi (=C+C) eller curettage + elektrodessication (=C+E). Dessa metoder är endast effektiva i vana hudläkarhänder och rekommenderas enbart i noggrant utvalda fall: små, välavgränsade, högt differentierade SCC på bål eller extremiteter (solbelyst hud) hos äldre individer som har avböjt excision. C+E och cryoterapi är generellt kontraindicerade vid lokalrecidiv av cSCC.

Palpation av ytliga lymfkörtelstationer skall göras liksom helst inspektion av övriga hudkostymen.

## UTREDNING ENLIGT STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

Standardiserat Vårdförlopp finns för:

Peniscancer. Ses i regel på glans och/eller förhud. Se [NVP](#) och [SVF peniscancer](#).

Analancer (skivepitelcancer i analregionen, innefattande analkanalen, distala rektum och perianalt-definierat som området inom 5 cm radie runt analöppningen), Se [NVP](#) och [SVF analancer](#)

Vulvacancer (cancer i kvinnans yttre könsorgan; venusberg, blygdläppar och klitoris). Se [SVF vulvacancer](#)

Läppcancer (läppröda), samt cancer i mun och i näsa. Se [NVP](#) och [SVF Huvud- och halscancer](#).

För övrig kutan SCC (cSCC) kommer ett nationellt vårdprogram. SVF ännu ej aktuellt.

## REMITTERINGSVÄGAR

### Bildremiss till hudkliniken:

Patienter med SCC ovan halsen eller på andra kroppslokaler 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 Hudtumörflödet.

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. Vid excisionsbehov beslutar hudläkaren om var denna ska ske samt vidareremitterar patienten till rätt enhet då det är indicerat.

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.

**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 (se ovan).

**Remiss till kirurgen:**

Patienter med suspekt peniscancer (urologen).  
Patienter med suspekt peri-analcancer (colo-rektal).  
Enligt SVF ovan.

**Remiss till ÖNH:**

Läppcancer (läppröda), samt cancer i mun och i näsa.  
Enligt SVF ovan.

**Remiss till Kvinnokliniken:**

Vulvacancer.  
Enligt SVF ovan.

**Remiss till onkologen:**

Vid misstanke om eller verifierad metastaserad SCC.

**UPPFÖLJNING**

Enligt litteraturen diagnostiseras 95 % av recidiven inom 5 år efter primäroperationen (75 % inom 2 år) och man upptäcker 96 % av metastaserna inom 5 år (84 % inom 2 år).

- Information om sjukdomen samt egenkontroller och prevention.
- Regelbunden uppföljning av "lågriskpatienter" (patienter/tumörer utan högriskfaktorer enligt rutan ovan) är inte nödvändig.
- Patienter som har en eller flera "högriskfaktorer för infiltrativ SCC" bör erbjudas uppföljning, helst på hudkliniken, i åtminstone 2 år.
- Kontroll ska innefatta palpation av ytliga lymfkörtelstationer liksom helst inspektion av övriga hudkostymen.

**Dokumentinformation**

Dokumentet har granskats av:

Elisabeth Höchtl

Anette Edlund

Börje Svensson, chefsläkare, Division Primärvård

Tommy Lundmark, chefsläkare, Division Primärvård