

Skivepitelcancer i huden i huvud-halsområdet, misstänkt eller verifierad, vårdriktlinje öron-, näs- och halskliniken RJL

Dokumentet gäller skivepitelcancer i huden (cSCC). Skivepitelcancer på läppar gäller handläggning enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) huvud-hals cancer.

Alla hudförändringar ska ha bedömts av hudläkare innan patienten anmäls för operation.

I vissa fall kan distriktsläkare ha konsulterat en hudläkare och därefter själv skrivit remissen. Även dessa remisser accepteras om det finns bilddokumentation och en tydligt angiven tentativ diagnos.

Remissbedömning

- Remissen med misstänkt skivepithel cc. i huden i huvud-hals område skall bedömas att till OPX och inom 1 månad.
- Stor, lokal avancerade skivepithel cc. bör bedömas kliniskt och kalla patienten till preoperativ bedömning helst till onk-teamet.
- Misstänkt skivepithel cc. på läpprodan hanteras enligt SVF förlopp.

Handläggning

- Vid stark klinisk misstanke om cSCC utförs excision med tillräcklig marginal för att garantera radikalitet. För att avgöra vilken excisionsmarginal som är mest adekvata för att uppnå radikalitet behöver man avgöra om tumören är **preoperativ komplicerad eller okomplicerad**.
- För både okomplicerade och komplicerade tumörer gäller att: excisionen bör omfatta åtminstone halva subkutana vävnadsdjupet.
- Defekter efter excision bör i första hand slutas primärt, med hudtransplantat eller sekundärläkas.
- Halsens lymfkörtlar skall alltid palperas vid primärexcision och vid förstörade körtlar utförs fin nålspunktion. I dessa fall märks samtliga PAD-remisser SVF. Informera ÖNH klinikens onk-team.

Preoperativ komplicerad tumör = minst 2 av nedanstående kriterier

1. Kliniska kriterier
 - Tumördiameter, klinisk > 20 mm.
 - Svåravgränsad
 - Lokalisation på ytteröra, tinning eller läpphud.
 - Lokalisation i brännskada, kroniskt sår eller strålbehandlat område.
 - Återfall

- Immunosuppression

2. Histopatologiskt kriterier: (i de undantagsfall där biopsi har tagits och visat)
 - Invasion nedom subkutan fettvävnad.
 - Låg differentieringsgrad.
 - Desmoplastisk växt.
 - Perineural växt.
 - Intravasal växt.

Preoperativt okomplicerad tumör, < 2 kriterier: excisionsmarginal 4-6 mm

Preoperativt komplicerad tumör, ≥ 2 kriterier: excisionsmarginal 6-10 mm

- De rekommenderade excisionsmarginalerna bör mätas med linjal, fotograferas och noteras i såväl PAD-remiss som journal. Suturmärk alltid preparatet och notera suturmärkning i såväl PAD-remiss som journal. Bifoga skiss över excisionen i PAD-remissen om så behövs.

Histopatologisk radikal excision räcker! Utvidgad excision krävs enbart vid icke radikal primär excision!

Vidare handläggning/uppföljning

- Icke radikal eller osäkert radikal excision – reexcision
- Radikalt exciderad tumör – enligt nedan
För ställningstagande till om och vilken uppföljning patienten behöver måste man väga samman information om **både tumören och patienten**.

När kliniska och histopatologiska fakta är kända klassificerar man tumören som lågrisk eller högrisk för recidiv eller spridning:

A. Hög-/lågrisktumör

Postoperativa riskfaktorer	Postoperativ lågrisktumör
(enligt Brigham and Womens Hospital (BWH))	BWH-T1: 0 riskfaktorer
Tumörstorlek, klinisk > 20 mm	BWH-T2a: 1 riskfaktor
Låg differentieringsgrad	Postoperativ högrisktumör:
Invasion nedom subkutan fett	BWH-T2b: 2-3 riskfaktorer
Perineural växt som engagerar nerver med storlek < 0.1 mm	BWH-T3: 4 riskfaktorer eller invasion i skelett

Man behöver också värdera om patienten är en lågrisk- eller högriskpatient vilket påverkar risken att utveckla fler eller mer aggressiva cSCC eller få spridning av tidigare tumörer:

B. Hög-/låg-riskpatient

Högriskpatient

- Tidigare stort antal cSCC
- Organtransplanterad eller annan immunsuppression
- Genetisk predisposition

Lågriskpatient: Inga av ovanstående

Radikalt bortopererad lågrisktumör på lågriskpatient följer man inte. Efter PAD-besked (brev eller telefon) rekommenderas egenkontroller.

Alla högrisktumör eller högriskpatient följer man först 3 månader postoperativt för sårkontroll och palpation av halsen. Skickar sedan **remiss till hud** för fortsatta kontroller förutom skivepitelcancer **på tinning och öron som fortsätter att kontrolleras på öron-, näs- och halskliniken i två år enl. nedan.**

	B. Lågriskpatient	B. Högriskpatient
A. Lågrisktumör	Egenkontroller	Kontrolleras hos ÖNH-läkare. Första återbesök om 3 månader härfter var 6e månad i 2 år
A. Högrisktumör	Kontrolleras hos ÖNH-läkare. Första återbesök om 3 månader härfter var 6e månad i 2 år	Kontrolleras hos ÖNH-läkare. Första återbesök om 3 månader härfter var 3e månad i 2 år.

OBS: Läppcancer ska handläggas enlig Nationellt Vårdprogram Huvud och Halscancer.

Anatomisk definition av läppcancer: *utgår från det läppröda som börjar vid övergången från hudkanten och slutar där slemhinnan börjar på insidan av läppen.*

Observera

Vid lokal avancerad eller metastaserad skivepitelcancer från huden skall handläggningen snarast lämnas över till ÖNH-klinikens onk-team.

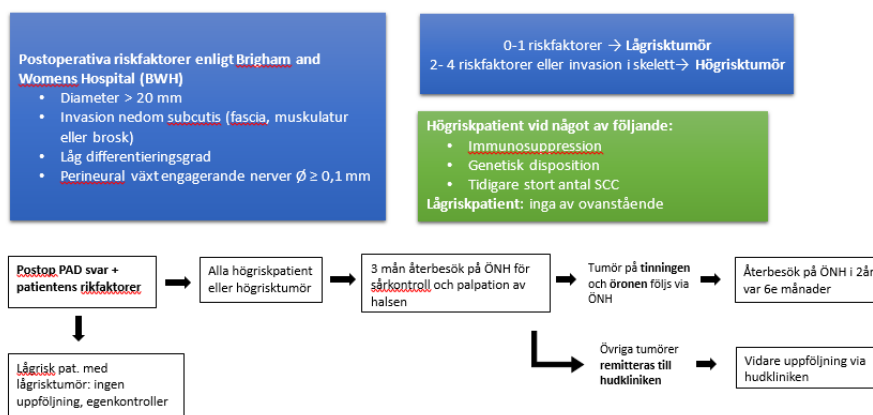
Journalanteckning

Bör dokumenteras en kort sammanfattning om postoperativa riskfaktorer enl. PAD samt antecknar man att det rör sig om en lågrisk/högrisktumör och lågrisk eller högriskpatient.

Uppföljning av skivepitelcancer i huden efter radikal operation, lathund Scc

Uppföljning av skivepitelcancer i huden efter radikal operation

1. Första återbesök på ÖNH 3 mån postoperativ vid **högrisktumör** eller **högriskpatient**. Härefter **remiss till hudkliniken** för vidare uppföljning förutom scc, på tinning och ytteröra.
2. Skivepitelcancer på **tinning** och **ytteröra** kontrolleras på ÖNH i 2 år enligt nedan



Mer information

- Nationellt vårdprogram skivepitelcancer i huden, Kunskapsbanken (kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/skivepitelcancer-i-huden)
- Nationellt vårdprogram huvud- och halscancer

Om dokumentet

Fastställt: 2017-01-09

Reviderat: 2025-02-24

Ansvarig:

- Öron-, näs- och halskliniken RJL: Zsolt Szoby, Fredrik Jönsson
- Hudkliniken RJL: Karin Nilzen