

Basalcelle carcinom (BCC)

Diagnose

Histologisk bestemmelse af tumor bør altid foretages, når BCC mistænkes. Undtagelse fra dette bør kun ske hos patienter med multiple tumorer, der klinisk ligner hinanden. I disse tilfælde er det sufficient at tage biopsi fra repræsentativ tumor for at bekræfte diagnosen.

Adækvat histologiske materiale er:

- Stansebiopsi fra en ikke-ulcererende tyk del af tumor. Biopsi fra kanten af tumor bør undgås
- Excisions biopsi
- Curettage-materiale.

Histologisvar bør, hvis muligt, indeholde følgende:

- Histologisk subtype: nodulær, superficiel, micronodulær, basosquamøs, morpheaform, infiltrativ, blandet, andre(specificer), eller undefinerbar.
- Fund af perineural eller vaskulær invasion
- Radikalitet (hvis mulig)

Inddeling

TNM klassifikation:

Alle tilfælde af BCC, både primær og recidiv, bør stadiet inddeles og TNM klassificeres og noteres i patientens journal. Stadiet inddelingen er identisk med metoden beskrevet for SCC (se guidelines for SCC, Tabel 1). Metastaser vurderes klinisk ved palpation af regionale lymfeknuder.

Risikovurdering

Flere faktorer, som ikke er inkluderet i TNM klassifikationen, har betydning for det kliniske forløb af BCC.

Tumor bør opfattes som høj-risiko tumor (aggressiv) hvis mindst to af nedenstående er til stede:

Høj-risiko tumor:

- Tumorstørrelse > 2 cm (T2)
- Lokalisation: læbe, skalp, næse, øjenlåg, øre
- Histologisk subtype: Morpheaform, infiltrativ, micronodulær, basosquamøs eller perineural involvering
- Recidiv tumor i hoved og hals region

Behandlingsvalg:

Det primære formål med behandlingen er stort set altid radikal fjernelse og helbredelse, idet det er veldokumenteret, at recidiv tumorer har en dårligere prognose end primære. Dog er BCC langsomt voksende og metastaserer kun i < 0,6 % af tilfældene. Det er således ikke alle patientgrupper, som behøver radikal behandling. Aggressiv behandling kan være uhensigtsmæssig hos ældre patienter eller hos patienter med generelt dårligt helbred, især ved asymptomatiske lav-risiko tumorer, som

ikke giver nævneværdig morbiditet hos patienten. Hos denne patientgruppe kan observation eller palliativ tumorafskæring være den bedste behandling

Behandlingsvalget afhænger af, hvorvidt tumor klassificeres som høj-risiko eller lav-risiko tumor. Fordele og ulemper ved de forskellige behandlings modaliteter er skitseret i Tabel 1

Lav-risiko tumor

Behandlingsmuligheder er mangfoldige, både kirurgiske og ikke-kirurgiske. Det bedste behandlingsvalg træffes individuelt, hvor patientens alder, almen tilstand, kosmetiske ønske og ressourcer tages i betragtning.

Første valgs behandling er: excision, curettage og el-kaustik, kryoterapi eller stråleterapi. Kirurgi med histologisk verificering af frie resektionsrande er formentlig mere effektiv end curettage og el-kaustik, men alle behandlinger har i erfarne hænder en helbredelse på 95 %. Effekten af behandlingen afhænger kraftigt af lægens erfaring og alle behandlinger bør superviseres af en specialist.

Curettage og el-kaustik: bør foretages som regel 2 gange. Materiale bør altid sendes til histologisk undersøgelse.

Lokal excision: bør udføres med mindst 4 mm sikkerhedsmargin. Margin bør altid verificeres histologisk. Hvis der ikke er frie resektionsrande skal re-excision overvejes, hvis det er muligt med acceptabelt kosmetisk resultat. Alternativt kan post-kirurgisk stråleterapi tilbydes. Re-excision eller adjuverende strålebehandling bør som regel altid tilbydes, hvis der ikke er frie resektionsrande i dybden pga. en stor recidiv risiko. Dog kan en afventede holdning tillades ved positive laterale resektionsrande, idet recidiv kun vil forekomme i halvdelen af disse tilfælde

Kryoterapi: Effekten af behandlingen afhænger i høj grad af lægens erfaring. Dobbelt, dyb frysning med flydende kvælstof vil give en helbredelses rate på 95 %

Stråleterapi: Er især anvendelig hos personer over 60 år, og yngre personer, hvor kirurgisk behandling ikke er mulig, eller hvor der forventes et dårligt kosmetisk resultat ved brug af kirurgi. Behandlingen med stråleterapi er den samme som for SCC, sædvanligvis med stråledosis på totalt 40 Gy/10 fraktioner. Strålebehandling udføres jf. lokale retningslinjer som kan variere fra center til center.

Immunmodulerende terapi med Aldara giver et fremragende kosmetisk resultat, men helbredelses-raten er formentlig lavere end ved de kirurgiske metoder. Anbefales kun som førstevalgs-behandling ved små tumorer, hvor det kosmetiske resultat er det vigtigste endemål.

Metvix-PDT: er et yderst effektivt behandlingsvalg hos patienter med lavmaligne BCC, især ved superficielt BCC. Behandling af lavmaligne, nodulære BCC bør altid først behandles med curettage før PDT.

Høj-risiko tumorer

Førstevalgsbehandling af høj-risiko tumorer er kirurgisk behandling eller stråleterapi

Hvis det teknisk er muligt bør kirurgisk excision udføres med større sikkerhedsmarginer end for lav-risiko tumorer. Sikkerhedsmarginer på 6-12 mm giver en komplet eradikation af tumorer i >90 % af tilfældene. Hvis der ikke er frie resektionsrande bør patienten altid tilbydes re-excision eller stråleterapi for at sikre eradikation. Afventende holdning er ikke passende ved høj-risiko tumorer

Curettage og el-kaustik er ikke passende behandling af høj-risiko tumorer. Initial curettage bør som regel altid følges op med kirurgisk excision eller stråleterapi. Curettage kan også anvendes som behandling forud for stråleterapi. Curettage er ligeledes en acceptabel palliativ behandling.

Follow-up

Formålet med efterfølgende kontrolbesøg er tidligt at kunne detektere recidiver samt screene for nye tumorer. Risikoen for at udvikle recidiv eller sekundær BCC er højest de først 5 år efter den primære tumor. I over 85 % af tilfældene opstår sekundære tumorer i hoved/hals regionen eller på trunkus. Alle patienter bør derfor have muligheden for at blive fulgt i 5 år

Høj-risiko tumorer anbefales kontrolleret efter mindst 6 og 12 måneder. Lav-risiko tumorer kan tilbydes selvkontrol, hvis der ikke har været recidiv eller nye tumorer i løbet af det første års opfølgning. Patienten kan overgå til praktiserende læge, såfremt det vurderes forsvarligt.

Follow-up procedure:

- Inspektion og palpation af det behandlede område ved hvert besøg.
- Visuel undersøgelse for nye tumorer i hoved/hals regionen hver 12. måned hos patienter uden yderligere risikofaktorer for BCC.
- Total gennemgang af huden hver 12. måned hos patienter som har en eller flere af nedenstående risikofaktorer: tidligere multiple PUVA behandlinger, tidligere eksponering af kemiske karcinogener (arsenik, polycykliske kulbrinter) immunsuppression, kronisk leukæmi eller lymfom, omfattende prækankrøse læsioner (aktiniske keratoser, mb. Bowen, arsenik keratoser, stråle-inducerede keratoser) eller tidligere multiple BCC.

TABEL 1

Behandling	Fordele	Ulemper	Indikation
Curettage og el-kaustik	Fremragende behandlingseffekt. Billig og hurtig. Godt kosmetisk resultat ved små tumorer.	Dårlig behandlingseffekt i uerfarne hænder	Førstevalgsbehandling ved lav-risiko BCC
Kirurgisk excision	Fremragende behandlingseffekt. Godt kosmetisk resultat ved små tumorer.	Langsom indlæringskurve. Tid- og ressource-forbrugende, dyr	Førstevalgsbehandling ved alle typer af BCC.
Cryoterapi	Fremragende behandlingseffekt. Billig og hurtig. Godt kosmetisk resultat ved små tumorer.	Dårlig behandlingseffekt i uerfarne hænder	Førstevalgsbehandling ved lav-risiko BCC
Stråleterapi	God behandlingseffekt. Billig og hurtig. Godt kosmetisk resultat i ansigtet.	Karcinogenese-risiko hos yngre patienter(<60). Dyr og tidsforbrugende behandling. Ikke hensigtsmæssig til behandling af basal celle nævus syndrom (Gorlin's)	Førstevalgsbehandling ved både lav- og høj-risiko BCC i ansigtet hos patienter >60. Adjuverende behandling efter inkomplet excision eller curettage af høj-risiko BCC
Topikal Imiquimod	Fremragende kosmetisk resultat	Udtalte inflammatoriske reaktioner, sekundære infektioner, risiko for sene recidiver især ved aggressive BCC	Førstevalgsbehandling af lav-risiko tumorer. Anden valg, evt. som adjuverende behandling eller forbehandling af høj-risiko BCC tumorer
PDT	Kosmetisk godt resultat	Tid- og ressource-forbrugende, dyr, høj recidiv rate ved høj-risiko BCC	Førstevalgsbehandling ved lav-risiko BCC, specielt når det kosmetiske resultat er vigtigt
Topical 5-FU	Nem, ikke kirurgisk behandling	Høj recidiv risiko især i ansigtet. Ikke godkendt I Danmark	Kan anvendes som førstevalg ved multiple superficielle BCC på trunkus eller ekstremiteterne
Intralæsional interferon	Kan injiceres ind i tumor ved vanskelige lokalisationer	Høj recidiv risiko. Systemisk effekt af interferonen	Andenvalg eller adjuverende behandling af BCC på vanskelige lokalisationer

Udarbejdet af

Marie Cramers, Robert Gniadecki (formand for udvalget), Gregor Jemec, Anne Lamberg, Frederik Grønhøj Larsen, Henrik Lorentzen, Henrik Sølvsten

d. 8.12.2008