

# Spinocellulær hudcancer (SCC)

---

## Formål

At beskrive guidelines for behandling af spinocellulær hudcancer (SCC) fraset tumorer lokaliseret perianalt, genitalt eller tumorer involverende slimhinde.

Guidelines kan ikke anvendes ved carcinoma in situ, så som aktiniske keratoser, mb. Bowen eller erythroplasia Queyrat.

Guidelines kan ikke anvendes til behandling af keratoacanthom, når diagnosen kan stilles sikkert på basis af klinikken (typisk udseende og vækstmønster) og histologi. Ved usikkerhed om diagnosen bør tumor behandles som lav-risiko SCC

Behandling af non-melanom hudcancer hos immunsupprimerede følger separate guidelines.

## Diagnose

Histologisk undersøgelse er essentiel i alle tilfælde af SCC og bør altid foretages, når SCC mistænkes.

Adækvat histologiske materiale er:

- Stansebiopsi fra ikke-ulcerende repræsentativ del af tumor. Biopsi fra kanten af tumor bør undgås
- Excisions biopsi
- Curettage-materiale. Dette er dog ikke optimalt materiale, idet det ikke er muligt at vurdere frie resektionsrande, tykkelse eller evt. perineural invasion

Histologisvar bør som minimum indeholde følgende:

- Differentieringsniveau (lavt differentieret, højt differentieret)
- Tumortykkelse (eller informationer om at tumortykkelse ikke kunne vurderes)
- Clark level eller vurdering af evt. tumorceller i stratum reticulare eller subcutis
- Fund af perineural eller vaskulær invasion

## Inddeling og risikovurdering

TNM klassifikation:

Alle tilfælde af SCC, både primær og recidiv, bør stadienddeles og TNM-klassificeres jf. Tabel 1. Metastaser vurderes klinisk ved palpation af regionale lymfeknuder.

## Risikovurdering:

Den estimerede 5-års recidiv- og metastase-rate er henholdsvis 8 % og 5 %. Tumor bør opfattes som høj-risiko tumor (aggressiv) hvis mindst en af nedenstående er tilstede:

- Stadiet  $\geq$  II
- Lokalisation: læbe, øre, perineum
- Immunsupprimeret patient

- Recidiv
- SCC opstået i kronisk skadet hud, som Marjolin's ulcer, osteomyelitis, ar, brandsår eller stråleskadet hud
- Histologisk: Tykkelse  $\geq 2$  mm, indvækst i stratum reticulare eller subcutis, lav differentieret, perineural invasion

Ved tilstedeværelse af 1 af disse risikofaktorer fordobles risikoen for recidiv og risikoen for metastaser 3-dobles. Opfylder patienten flere risikofaktorer multipliceres de respektive relative risikoer for hver risikofaktor. Den stærkeste risikofaktor er perineural invasion og tumortykkelse  $>6$  mm med en 5 gange forøget risiko for recidiv og metastase.

Det verrukøse SCC afviger fra ovennævnte. Denne sjældne variant af SCC ligner klinisk periungual eller subungual vort, opfører sig mindre aggressivt og behandles som en lav-risiko tumor.

### *Behandlingsvalg:*

SCC bør altid behandles medmindre patienten nægter behandling eller patientens restlevetid forventes at være kort. Behandlingen bør altid tilstræbe radikal fjernelse og helbredelse, idet recidiv tumorer har dårligere prognose end de primære.

Behandlingen afhænger af, hvorvidt tumor vurderes som høj-risiko eller lav-risiko tumor (Tabel 2)

#### **Lav-risiko tumor**

1. Første valg af behandling er: kirurgisk excision, curettage og el-kaustik, strålebehandling. Der er ingen evidens for forskelle i helbredelsesgraden mellem de forskellige behandlingsmodaliteter, men generelt er kirurgisk excision og strålebehandling veletablerede førstevalgsbehandlinger. Forventet 5-års helbredelsesgrad er omkring 95 %
2. Excision bør altid udføres med mindst 4 mm sikkerhedsmargin til den synlige tumor og til subcutant fedtvæv i bunden af præparatet. Margin bør altid verificeres histologisk. Hvis der ikke er frie resektionsrande bør der altid foretages re-excision. Hvis dette ikke muligt, bør adjuverende strålebehandling udføres. Afventende holdning anbefales ikke.
3. Curettage og el-kaustik bør altid foretages 2 gange. Materiale bør altid sendes til histologisk undersøgelse. Effekten af behandlingen er yderst afhængig af lægens kompetencer og erfaring og behandlingen bør ikke udføres af læger, som ikke har erfaring og har gennemgået sufficient undervisning.
4. Kryoterapi: På trods af manglende evidens, mener mange specialister, at denne behandling er den mindst effektive og bør bruges, når curettage og kirurgi er kontraindiceret. Effekten af behandlingen er yderst afhængig af lægens kompetencer og erfaring og bør ikke udføres af læger, som ikke har erfaring og har gennemgået sufficient undervisning.
5. Stråleterapi: Er især anvendelig hos personer over 60 år, og yngre personer, hvis kirurgisk behandling ikke er mulig eller der forventes et dårligt kosmetisk resultat ved brug af kirurgi. Stråledosis afhænger af regionale rekommandationer, men der er evidens for at lavenergi Røntgenbehandling er effektiv (sædvanligvis 40-50 kV, 40Gy i 10 fraktioner).
6. Immunmodulerende terapi (imiquimod, interferon), 5-FU eller PDT er ikke valideret sufficient og kan ikke anbefales som første valgs behandling af SCC

## Høj-risiko tumorer

1. Kirurgisk excision er første valg ved behandling af høj-risiko SCC. Stråleterapi kan anvendes som et alternativ
2. Kirurgisk excision bør altid foretages med mindst 6 mm sikkerhedsmargin til den synlige tumor og til subcutant fedtvæv i bunden af præparatet. Derudover kan anbefalinger beskrevet under lav-risiko tumorer anvendes.
3. Anbefalingerne for stråleterapi er de samme som beskrevet under lav-risiko tumorer
4. Patienter med særlig stor risiko for metastaser ( $\geq 2$  risiko faktorer) bør henvises til sygehusafdeling, således at patienten kan vurderes med henblik på adjuverende behandling så som sentinel node biopsi eller profylaktisk strålebehandling af lokale lymfeknuder.
5. Patienter med høj-risiko tumorer som behandles med andre behandlinger, end komplet excision med histologisk bedømmelse af sikkerhedsmarginer eller fulddosis stråleterapi, kan ikke opfattes som radikalt behandlet. Hos disse patienter anbefales fornyet excision med 6 mm sikkerhedsmargin fra det tidligere behandlede område eller adjuverende stråleterapi.

## Metastaserende tumorer

Metastasering sker hyppigst til lymfeknuder (85%) efterfulgt af lunger og knogle. I tilfælde af palpable patologiske lymfeknuder ( $>1,5$  cm i diameter) skal patienten henvises til plastikkirurg til kirurgisk fjernelse af lymfeknuden.

## Follow-up

Formålet med efterfølgende kontrolbesøg er tidligt at kunne detektere recidiver samt screene for nye tumorer. 30 % af patienter med SCC vil udvikle nye tumorer efterfølgende. Risikoen er størst de første 5 år efter behandling af den primære tumor og  $>80$  % af de sekundære tumorer udvikles i hoved/hals-regionen eller på trunkus

Patienter med lav-risiko tumorer bør som minimum kontrolleres: 3, 6 og 12 måneder efter initial behandling og herefter en gang årligt i i alt 5 år. Kontrollen kan i udvalgte tilfælde overgå til patients praktiserende læge.

Follow-up procedure:

- Inspektion og palpation af det behandlede område foretages ved hvert besøg
- Palpation af regionale lymfeknuder foretages ved hvert besøg
- Visual undersøgelse for nye tumorer i hoved/hals regionen og på trunkus foretages hver 12. måned hos patienter uden yderligere risikofaktorer for SCC
- Total gennemgang af huden foretages hver 12. måned hos patienter med 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)

TABEL 1

TNM-Klassifikation	
T0	Ingen primær tumor
Tis	Carcinoma in situ **
T1	Tumorstørrelse mindre end 2 cm i største diameter
T2	Tumorstørrelse $\geq 2$ cm $< 5$ cm i største dimension
T3	Tumorstørrelse $\geq 5$ cm
T4	Ekstradermal indvækst af tumor som fascie, muskelvæv eller knogle
Nx	Regionale lymfeknuder kan ikke bedømmes
N0	Ingen forstørrede regionale lymfeknuder
N1	Regional lymfeknudesvulst tilstede
MX	Fjernmetastaser ikke muligt at bedømme
M0	Ingen fjernmetastaser
M1	Fjernmetastaser tilstede

Stadie	Tumor (T)	Lymfeknuder (N)	Fjern metastaser (M)
Stadie 0	T in situ	N0	M0
Stadie I	T1	N0	M0
Stadie II	T2 T3	N0	M0
Stadie III	T4 alle T	N0 N1	M0 M0
Stadie IV	alle T	alle N	M1

TABEL 2

<i>Behandling</i>	<i>Indikation</i>	<i>Kontraindikation</i>	<i>Note</i>
Excision med sikkerhedsmargin	Alle tumorer egnet til kirurgisk fjernelse	Hvis risikoen i forbindelse med kirurgien er uacceptabel høj	4 mm sikkerhedsmargin ved lav-risiko tumorer. 6 mm sikkerhedsmargin ved høj-risiko tumorer Førstevalg ved høj-risiko tumorer
Strålebehandling	Tumorer, uegnede til kirurgisk fjernelse. Ældre patienter. Adjuverende behandling ved ikke radikalt opererede tumorer	Yngre patienter (relativ)	Minimal sikkerhedsmargin som ved excision.
Curettage og el-kaustik	Små, veldefinerede, lav-risiko tumorer	Høj-risiko tumorer Recidiv tumorer	Vanskeligt at vurdere om hvorvidt tumor er fjernet radikalt. Effekten afhænger af lægens erfaring. Bør kun udføres af erfarne læger
Kryoterapi			

Udarbejdet af  
Marie Cramers, Robert Gniadecki (formand for udvalget), Gregor Jemec, Anne Lamberg, Frederik Grønhøj  
Larsen, Henrik Lorentzen, Henrik Sølvsten  
d. 8.12.2008

