Godkänt den: 2026-09-28
Ansvarig: Hanna Velin
Gäller för: Nära vård och hälsa; Hud- och könssjukdomar

Aktinisk keratos och övergång i skivepitelcancer – handläggning på primärvårdsnivå

Innehåll

Inledning 2
Aktiniska keratoser 2
Kliniska fynd och symtom 2
Differentialdiagnoser 3
Utredning 3
Behandling 3
Biverkningar av behandlingen 4
Uppföljning 4
Övergång till skivepitelcancer 4
Kliniska fynd och symtom 5
Utredning 5
Behandling 6
Uppföljning 6
Litteraturreferenser 6
Dokumenthistorik 6

Inledning

Andelen äldre i befolkningen ökar, vilket innebär att antalet hudtumörer och dess förstadier ökar. Syftet med detta PM är att patienter med ökat vårdbehov ska få den specialistsjukvård som de är i behov av. Vissa hudförändringar kan med fördel handläggas i primärvården. I den gruppen ingår enstaka till måttligt utbredda aktiniska keratoser.

Detta dokument riktar sig till Nära vård och hälsa och de privata vårdcentralerna, Uppsala län.

Aktiniska keratoser

Aktiniska keratoser (AK) är ytliga solskador i hudens yttre lager (epidermis) som orsakas av kronisk exponering för solens ultravioletta (UV) strålning. Namnet kommer från grekiska *aktinos* (stråle) och *keros* (horn). AK är mycket vanliga hos den vuxna, ljushyllta befolkningen i Sverige. Kan förekomma redan vid 20-30 års ålder men är betydligt vanligare hos patienter över 50 år. Utöver solexponering, hög ålder och ljushyllthet är immunsuppression efter organtransplantation en viktig riskfaktor.

Aktiniska keratoser är mycket tidiga förstadier till skivepitelcancer (SCC) men enligt beräkningar så omvandlas endast ca 10% av alla AK till skivepitelcancer på 10 år. AK kan även gå i spontan regression i vissa fall. På grund av att det ändå finns en risk för övergång i SCC brukar behandling rekommenderas men exspektans kan också vara ett alternativ, särskilt för äldre patienter utan symtom.

Man kan klassificera AK enligt graden av skivepiteldysplasi:
Grad I – lätt skivepiteldysplasi
Grad II – medelsvår skivepiteldysplasi
Grad III – svår/grav skivepiteldysplasi (motsvarande skivepitelcancer in situ)

Kliniska fynd och symtom

Aktiniska keratoser brukar visa sig som enstaka eller multipla rodnade och ibland fjällande/hyperkeratotiska fläckar (makulae) i hud som utsatts för mycket sol (t ex ansikte, hjässa hos tunnhåriga personer, hals, bröst, underarmar, handryggar och underben). AK mäter vanligtvis ca 3-10 mm och känns ofta sträva eller skrovliga. Lite eksemliknande. Kan ömma eller kännas brännande. Kliar ibland. Vid kraftig fjällning kan det ibland bildas ett utstående horn över solskadan (cornu cutaneum). Det finns även pigmenterade aktiniska keratoser.

Immunsupprimerade och kraftigt solskadade individer kan utveckla multipla aktiniska keratoser i utbredda hudpartier, exempelvis på skalpen hos tunnhåriga äldre män. I dessa fall brukar man tala om fältdysplasi eller ”field cancerization”. Även skivepitelcancer in situ (SCCIS) och invasiv skivepitelcancer kan utvecklas i dessa områden.

Differentialdiagnoser

Superficiell basalcellscancer (basaliom)
Morbus Bowen/Skivepitelcancer in situ
Skivepitelcancer
Seborroiskt eksem
Psoriasis
Tinea corporis
Diskoid lupus erythematosus
Porokeratos
Seborroisk keratos

Utredning

Diagnosen är oftast klinisk. Eftersom AK är vanliga och lätta att känna igen i de flesta fall, kan behandling initieras av allmänläkare. Vid tveksamhet gällande diagnosen rekommenderas hudbiopsi alternativt teledermatoskopiremiss till Hudmottagningen, Akademiska. Vid anamnes som talar för hög solexponering rekommenderas även kontroll av övriga hudkostymen i samband med läkarbesöket i primärvården.

Hos immunsupprimerade patienter med aktiniska keratoser är risken för övergång i skivepitelcancer förhöjd. Dessa patienter skall därför remitteras till hudkliniken. Patienter med mycket uttalade solskador är också specialistfall.

Behandling

AK behandlas i symtomlindrande syfte samt med förhoppning om att förhindra övergång till invasiv SCC. Finns många behandlingsalternativ och valet av behandling beror på läkarens erfarenhet, antalet lesioner, lesionernas storlek, lokal och distribution, metodens tillgänglighet och kostnad samt patientens ålder och allmäntillstånd. Det kosmetiska resultatet bör beaktas till exempel i ansiktet och läkningsförmågan bör beaktas till exempel vid behandling av hjässa eller underben. Exspektans kan också vara ett alternativ, särskilt för äldre patienter utan symtom.

Behandlingar lämpliga i primärvården:
Tolak®, Fluorouracil (5FU)- kräm 4%, är förstahandsval för behandling av aktiniska keratoser inom primärvården enligt REK-listan (Rekommenderade läkemedel för vuxna). Andrahandsval är imikvimodkräm (Zyclara® 3,75%, Aldara® 5%, Basellex® 5%) där Zyclara® är att föredra vid behandling av aktiniska keratoser. Zyclara® har en lägre koncentration av imiquimod än Aldara® och Basellex® och större områden kan därför behandlas i samma seans. Till exempel kan hela hjässan behandlas i en så kallad fältbehandling, där även subkliniska aktiniska keratoser påverkas.

Actikerall är ett kombinationspreparat innehållande 5-FU 0,5% och salicylsyra 10% som kan användas vid enstaka hyperkeratotiska förändringar.

Samtliga krämer ordineras enligt FASS och finns även nämnda i REK-listan.

Patienten bör informeras om diagnosen, samt att det föreligger stor risk för att utveckla nya aktiniska keratoser i framtiden. Det är därför viktigt att förklara riskerna med solens UV-strålning, ge solskyddsråd samt uppmana till regelbunden egenkontroll av huden. Solråd finns att skriva ut från 1177 ”Så skyddar du dig mot solen”(https://www.1177.se/liv--halsa/sol-och-varme/sa-skyddar-du-dig-mot-solen/). Vid otillräcklig effekt av krämbehandling rekommenderas, precis som vid diagnostisk osäkerhet, antingen hudbiopsi eller teledermatoskopiremiss till Hudmottagningen för bedömning.

Behandlingar som kan bli aktuella i specialistvården:
Kryoterapi med eller utan kyrettage (skrapning med skarp slev eller ringkyrett), kyrettage och elektrodesiccation (skrapa och bränna) samt PDT (fotodynamisk terapi) är behandlingar som kan utföras på Hudmottagningen. Remiss kan skrivas för ställningstagande till dessa behandlingar om övriga behandlingsalternativ anses olämpliga av någon anledning.

Biverkningar av behandlingen

Biverkningarna är individuella och varierande från lätt rodnad till kraftig inflammation med erosioner och krustbildning. Ibland förekommer även allmän sjukdomskänsla, särskild hos äldre patienter.
Uppmana patienten att läsa bipacksedel och informationsbroschyr för information gällande applicering och ev. förväntade biverkningar. Sårig hud ska rengöras med tvål och vatten, gärna dusch. Förband kan förvärra reaktionen och ska undvikas.
Om mycket kraftiga lokala biverkningar eller systemisk påverkan bör patienten avbryta behandlingen och kontakta behandlande mottagning. Även en ofullständigt genomförd kur kan i vissa fall ha bra effekt. I dessa fall viktigt med uppföljning hos läkare ca 2 månader efter avslutad behandling för utvärdering av behandlingseffekten.

Uppföljning

Återbesök hos läkare är inte nödvändig i de flesta av fallen. Ofta kan patienten utvärdera behandlingen själv och återkomma vid behov vid ev. otillräcklig effekt. Utvärdering av behandlingsresultatet bör göras tidigast två månader efter avslutad behandling, kvarvarande rodnad kan annars vara svårvärderad. Planerad utvärdering hos läkare rekommenderas till exempel vid osäkerhet gällande diagnosen innan behandlingsstart eller vid utbredda förändringar.

Övergång till skivepitelcancer

Skivepitelcancer (SCC) i solbelyst hud är efter basalcellscancer den vanligaste maligna hudtumören och är även en av de snabbast ökande cancerformerna i Sverige. SCC i huden har potential att sprida sig till regionala lymfkörtlar samt till andra organ i kroppen. Risken för spridning uppskattas till 2 – 5 % och är större vid tumörer exempelvis på öron eller läppar.

Aktiniska keratoser är, som nämnt ovan, de tidigaste förstadierna till SCC och AK grad III (grav skivepiteldysplasi) kallas även för SCC in situ (SCCIS) eller Morbus Bowen.

Immunsupprimerade patienter efter organtransplantation har en kraftigt förhöjd risk att utveckla SCC.

Kliniska fynd och symtom

Kliniska fynd som kan finnas vid SCCIS:
En eller flera långsamt växande, röda, fjällande, mer eller mindre infiltrerade fläckar eller plack med oregelbunden men väldefinierad kant.

Kliniska fynd som kan finnas vid SCC:

- Exo- eller endofytisk tumör med centralt hudhorn, ulceration och/eller krusta
- Fjällning/Hyperkeratos på ytan
- Tumören palperas med fastare konsistens jämfört med omkringliggande frisk hudvävnad (infiltrerad)
- I vissa fall kan palpationsömhet uppstå.

Tumörens växtsätt beror på den histopatologiska differentieringsgraden som kan vara:

- Högt differentierad SCC (mindre aggressiv, mer välavgränsad)
- Medelhögt differentierad SCC
- Lågt differentierad SCC (mer aggressiv, mindre välavgränsad)

Keratoakantom betraktas som en variant av högt differentierad SCC och ska behandlas på samma sätt.

Utredning

Många SCC kan diagnostiseras med hjälp av dermatoskopisk undersökning. Teledermatoskopiremiss kan skickas till Hudmottagningen, Akademiska, för att få hjälp med bedömningen. Misstänkt SCC som är lätt att excidera kan med fördel opereras bort utan föregående biopsi. Vid lesioner med oklar klinisk diagnos rekommenderas en preoperativ hudbiopsi för histopatologisk undersökning. Ev. hyperkeratos bör skrapas bort innan biopsin tas så att provet innehåller viabel vävnad. I ansiktet är det lämpligt med en 3 mm stansbiopsi och på kroppen en 3 eller 4 mm stansbiopsi. Blödning stillas i de flesta fall med kompression och därefter spongostan och plåster.

Palpation av ytliga lymfkörtelstationer bör utföras för att utesluta eventuell regional metastasering. Vid hög solexponering rekommenderas även kontroll av övriga hudkostymen i samband med läkarbesöket i primärvården.

SCC och SCCIS lokaliserade anogenitalt, i slemhinnor eller som uppstår i kroniska sår, inflammerad hud eller brännskador har ofta sämre prognos än de som uppstår i solbelyst hud. De skiljer sig även kliniskt och terapeutiskt.

Standardiserat vårdförlopp (SVF) saknas för SCC i solbelyst hud men finns för peniscancer, analcancer, vulvacancer och läppcancer där skivepitelcancer också kan förekomma.

Behandling

SCCIS kan behandlas med kirurgisk excision, kryobehandling, fotodynamisk terapi (PDT), kyrettage + elektrodesiccation eller 5-fluorouracil kräm 5%. Remiss kan skrivas till Hudmottagningen för ställningstagande till val av behandlingsmetod.

Rekommenderat förstahandsval för behandling av SCC är kirurgisk excision med histopatologisk bekräftelse på radikalitet. Enkel excision med god klinisk marginal och frikostigt medtagande av subkutan vävnad är i de flesta fall botande. För råd gällande excisionsmarginaler var god se Nationellt vårdprogram skivepitelcancer i huden - RCC Kunskapsbanken och Hudmottagningens DocPlus-dokument Kirurgiska marginaler för icke-melanom hudcancer.pdf. Preoperativt okomplicerade tumörer bör excideras med 4 – 6 mm klinisk marginal och preoperativt komplicerade tumörer bör excideras med 6 – 10 mm klinisk marginal. För definition av okomplicerad och komplicerad tumör var god se Lathund i nationella vårdprogrammet för skivepitelcancer i huden. Efter histopatologiskt bekräftad radikal excision krävs ingen ytterligare åtgärd även om de patologiska marginalerna är små. Radikalt är radikalt!

Uppföljning

Behovet av uppföljning avgörs av tumörens egenskaper och patientens anamnes. Tumör/patient med ökad risk för recidiv, metastas och/eller att nya tumörer ska uppstå klassas som högrisk. Högriskpatienter innefattar organtransplanterade eller med annan immunosuppression, med genetisk predisposition och individer med tidigare stort antal SCC. Var god se Nationellt vårdprogram skivepitelcancer i huden - RCC Kunskapsbanken, Lathund samt Hudmottagningens dokument Flöde uppföljning NMSC.pdf och Aktinska keratoser och icke-melanom hudcancer Region Uppsala.pdf för råd gällande uppföljning efter behandling av skivepitelcancer.

Litteraturreferenser

Internetmedicin.se: Aktinisk keratos
Internetmedicin.se: Skivepitelcancer i solbelyst hud
Nationellt vårdprogram skivepitelcancer i huden - RCC Kunskapsbanken
Rekommenderade läkemedel för vuxna
Aktinska keratoser och icke-melanom hudcancer Region Uppsala.pdf
Kirurgiska marginaler för icke-melanom hudcancer.pdf
Flöde uppföljning NMSC.pdf
Lathund

Dokumenthistorik

Version	Orsak / ändring	Senast ändrad av

1	Författare: Marie Virtanen (överläkare, medicinskt ledningsansvarig läkare, sektionen för hud- och könssjukdomar), Ylva Enström (överläkare, sektionen för hud- och könssjukdomar)	2019-05-06 Marie Virtanen
2	Granskad av Kristina Okembia Jonsson chefsläkare Nära Vård och Hälsa; Anna V Bergström Akademiska sjukhuset, specialmedicin hud och reumatologi	2019-10-21
3	Uppdatering enligt gällande vårdprogram.	2026-06-09 Hanna Velin