

# Aktinisk keratos och övergång till skivepitelcancer samt seborrhoidisk keratos – handläggning på primärvårds nivå

## 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 samt seborrhoidiska keratoser.

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

## Aktinisk keratos

Aktinisk keratos är en hudförändring som kännetecknas av rodnad och fjällning på solskadad hud. Fläckarna kan vara enstaka eller multipla och variera i storlek från några mm till flera cm.

## Förekomst

Aktiniska keratoser förekommer hos 10-20% av befolkningen äldre än 60 år. Ca ½ miljon svenskar har aktinisk keratos. I ungefär vart femte fall sker spontanläkning av enstaka förändringar. Risk för övergång i skivepitelcancer finns men skall inte överdrivas. Risken för en enstaka aktinisk keratos att övergå i skivepitelcancer är 1/1000.

## Diagnostik

Aktinisk keratos är oftast en enkel klinisk diagnos. Vid diffust avgränsad hyperkeratotisk fjällning på rodnad botten i ansikte eller på handryggar behövs som regel ej biopsi.

## Behandling

Enstaka eller utbredda aktiniska keratoser, särskilt hos yngre individer, kan behandlas i öppenvården med immunmodulerande kräm (Zyclara® eller Aldara®). Det har visat sig vara effektiv behandling med goda långtidsresultat. Vid enstaka lindriga förändringar i hög ålder rekommenderas idag expektans och råd om minskad solexposition och solskydd.

Idag rekommenderar vi att använda Zyclara®. Denna har en lägre koncentration av imiquimod än Aldara® och större områden kan därför behandlas i samma seans. Till exempel kan hela hjässan behandlas i så kallad fältbehandling, där även subkliniska aktiniska keratoser påverkas.

Samtliga krämer ordineras enligt FASS ordination för aktinisk keratos behandling, vg se också "läkemedelsrekommendationer", som uppdateras årligen.

Om otillräcklig effekt av krämbehandlingen rekommenderas antingen biopsring eller remiss till sektionen för Hud och venereologi, Akademiska sjukhuset.

## Biverkningar av behandlingen

Biverkningarna är utpräglat 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 applicering och ev. förväntade biverkningar.

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 varför utvärdering bör göras cirka 4 veckor efter avslutad behandling.

## Övergång till skivepitelcancer

### Diagnostik

Varningstecken för övergång i skivepitelcancer kan vara:

- kraftigt hyperkeratotisk förändring med induration i botten
- ibland ömhet vid palpation samt förändring av lesionen som patienten själv noterat över tid.

Om tveksamhet råder rekommenderas stansbiopsi.

1. Skrapa först bort hyperkeratos så att provet innehåller viabel vävnad.
2. Ta en 3 mm stansbiopsi. Försiktighet bör iakttas i området vid a.temporalis!
3. Blödning stillas i de flesta fall med kompression, därefter spongostan och plåster (även i ansiktet).

Ett alternativ till omedelbar stansbiopsi kan vara att provbehandla med tex zyclara, för att på så vis se huruvida lesionen blir kvar eller inte. Visar det sig vid uppföljningen att förändringen kvarstår ska stansbiopsi tas.

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 och eventuellt tidigare känd skivepitelcancer är också specialistfall.

## Seborroisk keratos

Seborroiska keratoser är mycket vanliga, helt ofarliga hudförändringar. De uppträder ofta som enstaka eller multipla lesioner hos medelålders och äldre fr.a. i ansiktet och på bålen.

### Diagnostik

Diagnosen är i de flesta fall klinisk och enkel.

I tidigt skede kan den blivande seborroiska keratosen anas som en svagt gulbrun missfärgning, vilken med tiden "reser" sig från ytan. Ytan kan vara torr och verrukös eller blank och vaxlik. Färgen kan variera från hudfärgad till brunsvart. Det kan se ut som att keratosen är "påklitrast" på huden som en medaljong. Den är alltid skarpt avgränsad mot omgivande hud. Vid mer pigmenterad seborroisk keratos kan differentialdiagnos ibland vara melanom. Om diagnosen inte ställs med enbart inspektion av huden, kan diagnosen verifieras genom bortskrapning av förändringen.

Skrapa av förändringen med skarp slev. En sk. ringkyrett (rund skalpell) har en skärande effekt och bör inte användas för detta ändamål.

- Om förändringen släpper som en ytlig "vårta" utan att efterlämna pigment i botten är diagnosen seborroisk keratos och vidare behandling är ej indicerad. Det är en rent kosmetisk åtgärd som ej görs i statligt finansierad sjukvård.
- Om den skrubbsårsliknande sårytan uppvisar fastsittande pigment i botten ska en stansbiopsi tas för att utesluta/konstatera melanocytär lesion. Det är viktigt att biopsin inte fördröjs genom ett remissförfarande.

Vid avvikande PAD-svar tas kontakt med sektionen för hud och könssjukdomar, Akademiska sjukhuset  
Om man som "övertäckningsdiagnos" får svar melanom i en biopsi, anses det inte längre att px av förändringen har försämrat prognosen för patienten. Om den primära misstanken är melanom gäller dock fortfarande att hela förändringen skall tas bort för PAD.

## Hänvisningar

### Litteraturreferenser

[Riktlinjer för handläggning av skivepitelcancer och basalcellscancer](#) (2010). Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV) och Sektionen för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi (SDKO). Göteborg. Hämtad den 11 april 2013 från

[http://www.internetmedicin.se/material/SDKO\\_opt%20hudtum%C3%B6rer%20Paoli.pdf](http://www.internetmedicin.se/material/SDKO_opt%20hudtum%C3%B6rer%20Paoli.pdf)

## 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 Okemia Jonsson chefsläkare Nära Vård och Hälsa; Anna V Bergström Akademiska sjukhuset, specialmedicin hud och reumatologi	2019-10-21