

KYRETTAGE OCH KRYOKIRURGI VID EPITELIAL HUDCANCER

Goda femårsresultat av behandling på näsa och öron

Behandlingen av hudcancer på näsa och ytteröron, kosmetiskt känsliga områden med hög recidivrisk, kan vara problematisk. Här presenteras femårsresultaten av en alternativ behandlingsmodell, där ett noggrant kyretteage efterföljs av kryokirurgi. Av 125 behandlade hudcancertumörer av icke-melanomtyp, 98 på näsa och 27 på ytteröron, har två recidiverat på näsan men ingen på öronen.

Kryokirurgisk teknik har i mer än 20 år använts som ett behandlingsalternativ vid olika former av epitelial hudcancer [1, 2]. I några stora amerikanska behandlingsserier av basalcellscancer och skivepitelcancer har 97–98 procent femårsläkning erhållits [2–4]. De flesta publicerade kryokirurgiska behandlingsmaterialen har emellertid haft kort uppföljningstid (mindre än fem år).

I Sverige presenterades 1991 korttidsresultaten av kyretteage och kryokirurgi för hudcancer av icke-melanomtyp på näsa och öron [5]. Syftet med denna rapport är att redovisa femårsresultatet av samma patientmaterial.

MATERIAL OCH METOD

Från 1983 till september 1990 behandlades 125 hudcancertumörer av icke-melanomtyp hos 118 patienter; 98 av tumörerna var lokaliserade till näsan och 27 till ytteröronen. De flesta tumö-

erna var olika typer av basaliom, medan åtta var högt eller medelhögt differentierade skivepitelcancer och en basoskvamös eller metatypisk cancer. De stromarika, diffust avgränsade basaliomen av morfeatyp och recidiv med dominerande sekundärskleros exkluderas. Tumörstorleken var på näsan 4–26 mm (medeltal 10), och på öronen 5–29 mm (medeltal 14). Exakta detaljer rörande patientmaterialet och behandlingstekniken har tidigare redovisats [5].

Före behandlingen verifierades alltid hudcancern på histopatologiska fynd från en eller flera stansbiopsier. Alla tumörerna bedömdes i samråd med inom detta område erfaren kirurg. Efter lokalbedövning utfördes ett noggrant kyretteage för att avlägsna huvuddelen av maligniteten och för att erhålla tumöravgränsning i sid- och djupled. Flytande kväve (–196°C) användes som kryogen. Nedfrysningen med spray skedde så snabbt som möjligt för att erhålla maximal destruktion av kvarvarande tumörrester. Målet var att erhålla en fryszon på ca 5 mm utanför tumörområdet för att inkludera alla eventuella små tumörutlöpare som ej kunnat nås med kyretteerna.

En schematisk skiss över behandlingsförloppet ses i Figur 1, exempel på en behandlingsserie av ett näsbasaliom ses i Figur 2. Sedan skedde en långsam upptining av vävnaden. Denna frysning-upptining upprepades alltid på samma sätt en andra gång i direkt anslutning till den första.

Alla patienterna kontrollerades post-

Författare

PETER NORDIN

överläkare, hudkliniken, GLF Lundby sjukhus, Göteborg.

operativt två till tre gånger under det första året, sedan en gång årligen i fem år och därefter vartannat till vart tredje år i längst tolv år.

För statistisk analys har använts en modifierad livstabellmetod [6].

RESULTAT

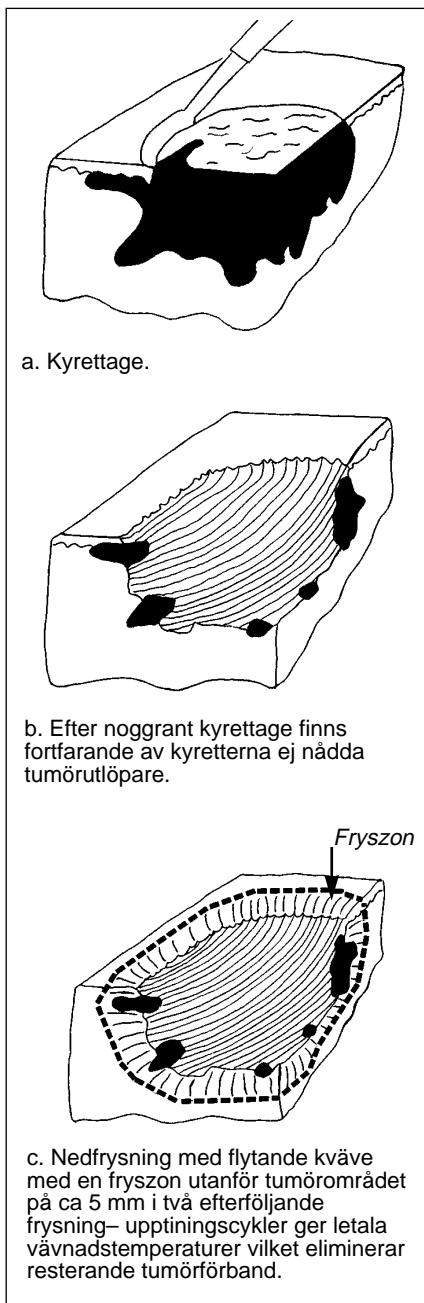
Under en uppföljningstid på mellan fem och tolv år har av de 125 behandlade hudcancertumörerna två recidiverat på näsan, men ingen på ytteröronen. För tumörer på näsan ger detta enligt »raw recurrence rate», dvs antal recidiv dividerat med antal behandlade fall, en läkningsfrekvens på 98 procent, enligt modifierad livstabellmetod 97,7 procent (Tabell I).

Båda recidiven upptäcktes vid tvåårskontrollen och var lätta att kliniskt identifiera i kanten av i övrigt släta, lätt hypopigmenterade ärr. Histopatologiskt befanns båda vara morfeabasaliom.

Vid eftergranskning av ursprungliga biopsier fann man även här i ett av fallen inslag av morfeakaraktär, i det andra fallet tendens till aggressiv växt i form av trådlika utlöpare i djupet men ingen skleros i bindväven. Detta hade ej angivits i de preoperativa PAD-utlåtandena. Båda dessa patienter opererades senare

Tabell I. Sannolikheten för återfall, beräknad med modifierad livstabellmetod enligt Silverman och medarbetare [6], gällande 98 epiteliala hudcancertumörer på näsan behandlade med kyretteage och kryokirurgi från 1983 till september 1990.

År efter behandling	Antal tumörer under observation vid början av året	Antal patienter för uppföljning förlorade under året	Risktid som de förlorade motsvarar, år	Total tid i risk under året, år	Antal återfall	Återfalls-sannolikhet under året	Sannolikhet att inte få återfall under året	Kumulativ sannolikhet att inte få återfall till och med året
0–0,99	98	7	3,5	94,5	0	0	1	1
1–1,99	91	1	0,5	90,5	0	0	1	1
2–2,99	90	7	3,5	86,5	2	0,02299	0,97701	0,97701
3–3,99	81	6	3	78	0	0	1	0,97701
4–4,99	75	2	1	74	0	0	1	0,97701
5–5,99	73	–	–	–	–	–	–	–



Figur 1. Schematiskt behandlingsförlopp av kyrettagage följt av kryokirurgi av ett basaliom.

med mikroskopiskt kontrollerad kirurgi (Mohs' kirurgi).

Det kosmetiska resultatet efter ett år och därefter var i alla fall utom två bra eller acceptabelt med släta, hypopigmenterade ärr. En patient fick en 5 mm stor perforation av ytterörat, där en skivepitelcancer med diameter på 23 mm möjligen angripit brosket. En 49-årig kvinna fick en oacceptabel uppdragning av näsvingen efter behandling av ett 7 mm stort basaliom nedtill mot näsborren på ala nasi. Remiss till plastikkirurg efter ett år resulterade i expectans och efter ytterligare två år var resultatet acceptabelt, varför inget ingrepp utfördes.

Under uppföljningstiden på fem år

avled 29 patienter av annan sjukdom och en förlorades för fortsatt kontroll beroende på avflyttning. Detta motsvarar i näsgruppen 22 patienter (23 tumörer), i örongruppen 8 patienter (8 tumörer). Vid den fortsatta, mer sporadiska uppföljningen föll ytterligare ett antal patienter bort. Ingen av dessa hade dock tecken till hudcancer vid den sista kontrollen (Tabell I).

Under en uppföljningsperiod på fem år fick 42 av de ursprungliga 118 patienterna (36 procent) en eller flera hudcancertumörer, oftast basaliom, på andra delar av kroppen.

DISKUSSION

Läkningssiffrorna i denna rapport är jämförbara med dem som har erhållits i amerikanska kryokirurgiska patientmaterial [1-3] och tål väl en jämförelse med andra behandlingsmetoder [7, 8]. Även det kosmetiska resultatet har i de flesta fallen varit bra eller acceptabelt med släta hypopigmenterade ärr.

Då så många patienter förlorats för fortsatt uppföljning har här som statistisk modell använts s k modifierad livstabellmetod. Denna tillåter en kalkyl av årlig recidivincidens baserad på antalet patienter som fortfarande är under observation vid en given tidpunkt [6].

Uppföljningstiden är minst fem år, men vissa patienter är kontrollerade ända upp till tolv år. Skulle alla ha följts i tio år kunde man eventuellt ha förväntat sig ytterligare något recidiv [6, 8].

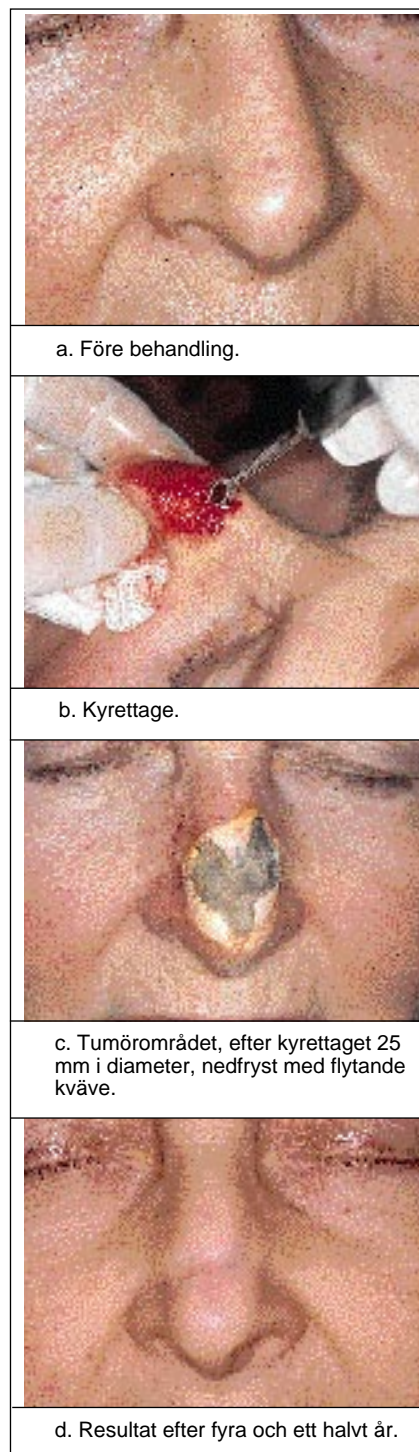
Tumörselektionen viktig

Framför allt näsan men även ytteröröronen är högriskområden vad gäller recidiv [9]. En viktig förutsättning för goda behandlingsresultat inom dessa, inte minst från kosmetisk synpunkt, känsliga områden är den preoperativa tumörselektionen för den mest lämpade behandlingen. Bedömningen har alltid skett i samråd med kirurg på speciella hudtumörmottagningar. Vi har alltid valt behandlingsmetod med hänsyn till en kombination av klinisk bild och de histopatologiska fynden från en eller flera stansbiopsier.

Morfeabasaliom och basaliomrecidiv med fibrotisk komponent har konsekvent valts ut för mikroskopiskt kontrollerad kirurgi (Mohs' kirurgi). Kyrettaget ger här nämligen inte den karakteristiska »känslan» av hur en mjuk tumör lätt är avskiljbar från frisk vävnad [10], varför beskriven metod är olämplig vid denna tumörtyper.

Tumörerna ofta större än väntat

Den kryokirurgiska tekniken skiljer sig något i olika rapporter. I denna patientserie har kryobehandlingen kon-



Figur 2. Behandlingsserie av ett diskret, ca 10 mm stort, kliniskt svåravgränsat, ytligt basaliom på näsryggen.

sekvent föregåtts av ett noggrant kyrettagage för att uppnå maximal effektivitet och säkerhet. Det primära syftet med kyrettaget är att avlägsna huvuddelen av tumören och att i sid- och djupled erhålla avgränsning mot frisk vävnad.

Kyrettaget visar också att många av hudcancertumörerna inom dessa lokaler är större, ibland betydligt större, än den kliniska bilden antytt. Detta stämmer väl med att många till synes be-

skedliga basalcellstumörer, inte minst inom dessa högriskområden, uppvisar olika växtsätt inom olika delar av tumören. Centralt kan de vara nodulära medan de i periferin växer infiltrativt med mikronodulära utlöpare [11, 12]. På ytteröröronen växer hudcancer ofta i sidled utefter perikondriet, men angriper sällan brosket [13].

Breuninger och medarbetare [14] har visat att basaliomen växer med ett oregelbundet infiltrationsmönster, ofta med fingerliknande utväxter, vars bas upptar 1–30 grader av tumörens cirkumferens. Detta gäller främst fibrose-rade och recidiverande basalcellscancrar, men ibland även små, solida, kliniskt oskyldiga tumörer. Vid sedvanlig excision kan patologen lätt missa en dylik utväxt, såvida inte seriesnittning eller Mohs' kirurgi utförs. Med en liten kyrett kan många, men ej alla, av dessa utlöpare identifieras vid icke sklerotiska tumörer [15] (Figur 1).

Brosk, ben och bindväv resistent mot kyla

Kyrettaget underlättar även läkningsprocessen efter nedfrysningen, då mängden vävnad som skall stötas bort är avsevärt reducerad. Sedan 1992 skickas rutinmässigt kyrettagematerialet för histopatologisk analys för att få en bättre uppfattning om tumörens växtsätt. I denna behandlingsserie har detta skett endast undantagsvis.

Syftet med frysningen är att på ett effektivt sätt destruera kvarvarande tumörutlöpare utan att onödigt skada annan vävnad. Brosk, ben och bindväv är särskilt resistent mot kyla jämfört med cellrik vävnad [1], vilket gör kryokirurgin speciellt lämpad inom dessa områden. Med denna kombinationsteknik kan man på ett säkert sätt eliminera hudcancer utan att onödigt mycket frisk vävnad destrueras. Med kyrettaget och frysningen skapas ett sår som lämnas att sekundärläka, men under detta finns kvar intakt brosk, ben eller bindväv, beroende på lokaliseringen. Dessa vävnader fungerar under läkningsfasen som ett stroma över vilket ny hud kan växa in. Ärrer blir alltid hyperplastiska under första halvåret, men efter ett år är de i regel släta, varför ett eventuellt recidiv är lätt att identifiera. De två här erhållna recidiven diagnostiserades också lätt såväl kliniskt som på de histopatologiska fynden från ny stansbiopsi.

I överensstämmelse med andras iakttagelser [15, 16] får 36 procent av patienterna under femårsuppföljningen en eller flera nya hudtumörer, oftast basaliom, på andra lokaler. Detta antyder att patienter med basalcellscancer bör följas åtminstone fem år, troligen längre.

Nackdelar och fördelar med kyret-

För- och nackdelar med kyrettag och kryokirurgi

Fördelar

Vävnadssparande
Föga resurskrävande
Poliklinisk
Billig
Säker

Nackdelar

Ingen histopatologiskt säkerställd radikalitet
Sekundärläkning
Vätskande sår under de första 1–2 veckorna

tage och kryokirurgi framgår i separat Ruta.

Dessa läkningssiffror samt det oftast goda kosmetiska resultatet tyder på att välselekterade epiteliala hudcancertumörer inom högriskområdena näsa och ytteröron är väl lämpade för noggrant kyrettag följt av kryokirurgi. Det är en effektiv, säker och föga resurskrävande metod, väl lämpad för ambulansbehandling vid ett enda besök.

Litteratur

1. Torre D. Cryosurgery of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 917-29.
2. Zacharian SA. Cryosurgery for cancer of the skin. In: Zacharian SA, ed. *Cryosurgery for skin cancer and cutaneous disorders*. St. Louis: C V Mosby, 1985: 96-162.
3. Kuflik EG, Gage AA. The five-year cure rate achieved by cryosurgery for skin cancer. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 1002-4.
4. Graham G, Clark L. Statistical analysis in cryosurgery of skin cancer. *Clin Dermatol* 1990; 8: 101-7.
5. Nordin P. Kyrettag och kryokirurgi säker metod behandla hudcancer av icke-melanomtyp på näsa och öron. *Läkartidningen* 1991; 88: 2523-5.
6. Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, Levenstein MJ. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 1: Overview. *J Dermatol Surg Oncol* 1991; 17: 713-8.
7. Freeman R, Know J, Heton C. The treatment of skin cancer: a statistical study of 1341 skin tumors comparing results obtained with irradiation, surgery, and curettage followed with electrodesiccation. *Cancer* 1964; 17: 535-8.
8. Rowe DE, Caroll RJ, Day CL. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: Implications for patient follow-up. *J Dermatol Surg Oncol* 1989; 15: 315-28.
9. Roenigk RK, Ratz JL, Bailin PL, Wheeland RG. Trends in the presentation and treatment of basal cell carcinomas. *J Dermatol Surg Oncol* 1986; 12: 860-5.
10. Sturm HM, Leider M. An editorial on curettage. *J Dermatol Surg Oncol* 1979; 5: 532-3.
11. Lang PG, Maize JC. Histologic evolution of recurrent basal cell carcinoma and treatment implications. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14: 186-9.
12. Sexton M, Jones DB, Maloney ME. Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma.

Study of a series of 1039 consecutive neoplasms. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 1118-26.

13. Robins P. Chemosurgery: My 15 years of experience. *J Dermatol Surg Oncol* 1981; 9: 779-89.
14. Breuninger H, Dietz K. Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1991; 17: 574-8.
15. Edens BL, Bartlow GA, Haghighi P, Astarita RW, Davidson TM. Effectiveness of curettage and electrodesiccation in the removal of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9: 383-8.
16. Dahl E, Åberg M, Rausing A, Rausing EL. Basal cell carcinoma. An epidemiologic study in a defined population. *Cancer* 1992; 70: 104-8.
17. Robinson JK. Risk of developing another basal cell carcinoma: a 5-year prospective study. *Cancer* 1987; 60: 118-20.

Summary

Excellent 5-year cure rates after curettage and cryosurgery of epithelial skin cancer of the nose and ear

Peter Nordin

Läkartidningen 1996; 93: 3241-3

In the article are presented the 5-year cure rates for 125 cases of epithelial skin cancer of the nose (n=98) or ear (n=27), treated with cryosurgery preceded by thorough curettage. As estimated with a modification of the life-table method, the cure rate was 97.7% in the nasal cancer subgroup, and 100% in the ear cancer subgroup.

Correspondence: Peter Nordin, M.D., Dept. of Dermatology, Lundby Sjukhus, S-417 17 Göteborg.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.