

# Bacocellulære Karcinomer på øjenlåg

## Undersøgelsesteknik og status over behandling



Af Karen Skjødt

30% af alle concertilfælde i Danmark udgøres af ikke-pigmenterede kutane karcinomer. Hovedparten er basocellulære karcinomer, mens pladecellekarcinom udgør mindre end 1/6 del. Meibomsk karcinom er stadig sjælden.

**B**asocellulære karcinomer (BCC) kan udgøre store problemer især i øjenlågene, selv om de ikke metastaserer.

Recidiv frekvensen er langt højere efter behandling på øjenlåg sammenlignet med BCC andre steder. Dette skyldes efter alt at dømme en mindre aggressiv resektion end nødvendigt, idet recidiver oftest ses ved fx punktum-



Fig 1. Uspecifik tumor: Brug stræktest.



Fig. 2. Når huden strækkes, ses vokslignende ændring af huden ved BCC. Kanten visualiseres også bedre.

nære læsioner eller andre anatomiske fikspunkter.

I bestræbelsen på at bevare funktion fjernes ikke nok væv, med recidiv til følge

### Undersøgelse

Følgende gode tips kan være en hjælp, når tumor skal vurderes:

**Stræktest:** ved uspecifik tumor eller ved nodulær tumor, hvor kanten enkelte steder er usikker (fig. 1 + fig. 2.).

### Keratin +/- :

Keratin har skæl, crustae har ikke skæl (us. pt. i spaltelampe)

- BCC har crustae, der kan fjernes.
- keratin der let fjernes: seborrhoisk vorte, aktinisk keratose (husk på SCC hvis der er induration)
- Fastsiddende keratin: Bowens sygdom, SCC, Cutane horn, (husk at 10% af cutane horn har SCC i bunden)

**Vandtest:** Er det en seborrhoisk vorte? Vand glatter ruheden hos vorten,

mens ruheden bevares hos den mulige tumor.

### Destruktion +/- :

- Ikke-destruktiv læsion: Skubber andet væv til side. Se i spaltelampen om normale hudadnexa er tilstede (lanugohår, cilier, normale hudkirtler)
- Destruktiv læsion: Tab af cilier, substansstab, fibrose, træk på hud. Adherent til underliggende væv. Herudover vurderes størrelse, elevation, pigmentering, nekrose og teleangiektasier som vanligt.

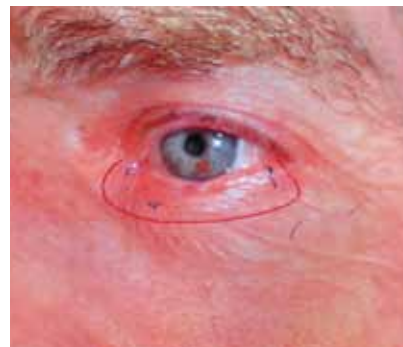


Fig. 3. Destruktiv læsion: Hud, orbikularis, cilier ødelagt af tumor. Tarsalplade ses som rest, delvist eroderet)

### Behandling

**Præcancerer:** Behandlingsmulighederne er kirurgi men medicinske behandlinger tilbydes også. Følgende er velundersøgt og reelle alternativer i visse situationer:

### PDT:

Egner sig primært til benigne læsioner, men store områder med tynde overfladiske tumores eller prækan-

kroser kan behandles tilfredsstillende.

Da recidivfrekvensen ligger på 15-20%, er behandlingen med PDT ikke egnet til maligne nodulære tumores. Imiquimod (Aldara) og 5-fluorouracil (Efudix) er effektivt til Aktinisk keratose, Bowens sygdom og meget overfladiske basocellulære karcinomer. Kan være en tilfredsstillende behandling, hvis tumor overfladisk dækker et stort område, men skal følges med hyppige kontroller og hyppige biopsier.

#### BCC

Manglende kirurgisk ekspertise medfører ofte, at små tumores ek-sideres, mens de store eller mediale tumores stråle- eller cryobehandles.

Nedenfor gennemgås ændrede behandlingsindikationer:

#### Cryoterapi:

- Der er international konsensus om, at cryo skal *undgås* som behandling, undtagen hvis lægen har meget stor erfaring, og andre muligheder er opbrugt.

Der er god effekt på små velafgrænsede tumores, men behandlingen giver nekroser og pigmentering, og kirurgi foretrækkes pga. kosmetisk bedre resultat.

*Behandling er mangelfuld på store tumores og bør ikke foretages.*

**Strålebehandling:** Strålebehandling er i dag ikke rutinebehandling, men forbeholdes enkeltstående tilfælde, hvor andre muligheder ikke kan bruges.

Stråling har god effekt på små velafgrænsede tumores.

Store tumores (>6 mm), dårligt afgrænsede eller mediale tumores har en markant recidivfrekvens efter strålebehandling, så her er stråling kontraindiceret.

Strålebehandling giver cicatriser og sequelae, der forværrer over tid. Der er risiko for tumorudvikling alene på grund af stråling. Recidiver er ligeledes overordentligt svære at behandle og som regel med funktionelt og kosmetisk meget dårligt resultat.

Kirurgi er at foretrække, specielt



Fig. 4. Efter rekonstruktion.

da mikroskopi giver sikkerhed om radikalitet i modsætning til stråling.

#### Kirurgi

Små velafgrænsede tumores under 6 mm i størrelse fjernes med 3 mm margen.

Større tumores, der kræver rekonstruktion, dårligt afgrænset tumor som morphea, recidiver efter kirurgi og strålebehandling fjernes med en margen på min. 4 mm eller mere.

Konventionel mikroskopi bør kun bruges til små velafgrænsede tumores og er ikke egnet til større rekonstruktioner. Til gengæld bør der så foretages frysemikroskopi, da det er afgørende, at operationen er radikal før en rekonstruktion.

Hurtig paraffin undersøgelse, hvor svaret leveres efter et par dage er også en mulighed. Ulempen er, at patienten skal gå med et åbent sår. Ødem og evt. infektion kan medføre dårligere visualisering og medføre unødigt eksision af normalt væv.

#### Konklusion:

Behandlingen af BCC har de seneste tiår ændret sig.

Nye medicinske metoder vinder indpas til præcancerer og superficiele tumores, men egner sig ikke til regelrette cancerformer på øjenlågene.

Gamle velprøvede behandlingsformer som bestråling eller cryothermi bruges ikke mere rutinepræget.

Behandlingen er nu primært kirurgisk specielt til store tumores.

Dette kræver en del subspecialisering, men interessen er stigende og er indført flere steder i Danmark og det øvrige Norden. ■

# synvital®

# synvital PLUSS®

Velegnet også til røykere

- Skandinavias mest brukte AREDS-preparat.
- Personlig service
- Omgående levering
- Aktuelt produktsortiment - både til ikke-røykere og røykere

Pharmex

www.pharmex.no  
tlf. 6677 3555