

Gäller för: Ögonsjukvård

Giltig från: 2026-03-02

Innehållsansvar: Saif Abdulrahman, (saiab1), Överläkare

Giltig till: 2028-03-02

Granskad av: Saif Abdulrahman, (saiab1), Överläkare

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Plastik - Handläggning av maligna hudtumörer på ögonlock

Avsteg från nedanstående rekommendationer kan givetvis vara nödvändigt att göra då hänsyn i varje fall måste tas till typ av given behandling, patientens övriga hälsotillstånd samt eventuella önskemål från patientens sida.

Basaliom, BCC

Internationell golden standard för behandling av BCC är kirurgisk excision med histopatologisk bekräftelse på radikalitet. Generellt bör den kliniska excisionsmarginalen vara minst 3–4 mm för små (<2cm) lågaggressiva BCC (IA och IB) och 5 mm för tumörer >2cm eller typ II och III. Excisionen bör frikostigt inkludera subkutan vävnad för att uppnå radikalitet mot djupet. Vid icke radikal excision, excision tills radikalitet. Den histologiska marginalen bör vara minst 0,2 mm för att minska risken för recidiv, 0,5 mm om aggressivt växtsätt, stora tumörer eller recidiv.

Typ IA, Nodulärt, lågaggressivt:

1. Kryoterapi (+/- curretage) om <1mm eller för större tumörer som ligger vid tårkanalen eller om kirurgisk excision inte kan utföras.
2. Excision med 2–3 mm marginal.

Typ IB, Superficiell lågaggressivt:

1. Excision med 3 mm marginal.
2. Kryoterapi kan vara alternativt om tumören ligger vid tårkanalen eller om kirurgi inte kan utföras, men bör undvikas vid superficiella basaliom lokaliserade till ögonbryn och nasolabiala fåror.
3. Topikal behandling med 5% imikvimod (Aldara) kan övervägas om kirurgi inte är möjligt p g a utbredning. Remiss/samråd med Hudläkare.

Typ II, Infiltrativ, medelaggressivt:

1. Excision med 3-5 mm marginal. 2-dagars kirurgi eller Mohs om: kliniskt svåravgränsad, storlek >2 cm eller lokaler där det är viktigt att bevara så mycket frisk hud som möjligt.

2. Kryoterapi, bara om tumören är kliniskt välvgränsad. Om den ligger vid tårkanalen eller om kirurgi inte kan utföras. Curretage först om tumören är tjock.

Typ III, Morfea, högaggressivt:

Remitteras till Mölndal för Mohs kirurgi.

Undantag patienter som inte kan resa dit, 2-dagars operation och excision med 5 mm marginal.

Linjärt BCC: Ovanligt form av BCC oftast lokaliserad perioculärt längst med rynkor oftast i undre ögonlocket eller neråt kinden. Misstas ofta för ärr eller ektropion. Mohs eller 2 dagars rekommenderas, marginal 5 mm.

Recidiverande BCC: Excision med 5 mm marginal, 2-dagars eller Mohs.

BCC med orbital spridning: Om exenterationen krävs för radikalitet så kan vismodegib kapslar (Erivedge) eller sonidegib (Odomzo) övervägas. Remiss till onkolog, Sahlgrenska.

För exenteration - remiss till ÖNH Sahlgrenska.

Uppföljning

- Alla patienter som har behandlats för BCC bör erhålla "basaliom-broschyr" samt instrueras om självkontroller och prevention. 1/3 av alla patienter som haft BCC får en ny tumör inom 2 år och 36% inom 5 år.
- Radikalt exciderad BCC oavsett typ behöver inga uppföljande kontroller på ögonmottagning. Ev. återbesök efter 3–6 månader till operatören eller usk för foto om man önskar se det kosmetiska resultatet.
- Om tumören inte var radikalt exciderad återbesök 3 månader efter operation och beslut om kompletterande excision är aktuell, annars uppföljning enligt högrisk basaliom. Risken för recidiv efter icke radikal excision inom 5 år är ca 40%. 33% av recidiv upptäcks inom 1 år, 50% inom 2 år och 66% inom 3 år.
- Patienter med Görlins syndrom kontrolleras var 6:e månad livet ut.
- Patienter med en eller flera högriskfaktorer för BCC följs upp var 3:e månad i 2 år och var 6:e månad i ytterligare 3 år. Högriskfaktorer: tumörstorlek > 2cm, tumörrecidiv, tumörer som har opererats med snävare marginal än rekommenderat, bristande radikalitet, perineuralt tumörväxt, högaggressivt växtsätt, infiltration i subkutan fettvävnad och/eller andra underliggande strukturer, immunsupprimerade patienter.

Skivepitelcancer

Det kan uppstå denovo, från aktinisk keratos, Bowens sjukdom eller keratoakantom. Den växer lokalt invansivt och har potential att sprida sig till regionala lymfkörtlar samt till andra organ i kroppen.

Anmäls till RCC.

CT kan behövas innan för att bedöma destruktion av underliggande vävnader eller misstanke om orbital engagemang.

10-20% metastaserar till regionala lymfkörtlar. Klinisk palpation av ytliga lymfkörtelstationer vid första kontrollen. Ev. Ultraljud/CT av regionala lymfkörtlar. Om misstanke om metastaser - remiss till ÖNH eller onkologen.

Behandling

- Högt eller medelhögt differentierade lågrisktumörer <2 cm, excision med 4 mm marginal med frikostigt medtagande av subkutan vävnad.
 - Högrisktumörer excideras med 6 mm klinisk marginal och som 2-dagars operation.
1. *Högriskfaktorer för invasiv SCC:* Tumörstorlek >2 cm, tumör inom tidigare strålbehandlat område, tumör i anslutning till kroniskt sår eller fistel, tumör i ärr ffa efter brännskada, tumörrecidiv, tumör hos immunosupprimerad patient, låg differentieringsgrad, perineuralt eller intravasalt tumörväxt, tumörväxt i subkutan fettvävnad och/eller andra underliggande strukturer, tumörtjocklek >2 mm.
- Andrahandsalternativ för lågrisk, riktigt små, välavgränsade, högt differentierade tumörer hos äldre individer som har avböjt kirurgi är curettage+kryoterapi. Generellt är dem kontraindicerade vid lokala recidiv av SCC.
 - Strålbehandling om patient bedöms vara inoperabel. Det kan krävas adjuvat strålbehandling postoperativt.
 - Remiss till ÖNH Sahlgrenska.

Uppföljning

Alla patienter bör få information om egenkontroll inklusive kontroll av lymfkörtlar. Mindre tumörer <T2a (<1cm utan invasion av underliggande vävnad) var 6:e månad i 2 år och sedan avslutas kontroller. Om större tumör (T2b och större) ej radikal vid första operation, immunomodulerande behandling (biopsi ej medräknad) - kontroll var 6:e månad upp till 5 år.

Bilddiagnostik är viktigt och foto bör tas.

Vid varje uppföljande kontroll palpation och inspektion av tumörområde samt regionala lymfkörtlar. Om lymfkörtelmetastas ska fallet diskuteras med ÖNH-verksamheten för uppföljning av antingen ÖNH eller onkolog för ultraljud av lymfkörtlar var 6:e månad i 3 år.

MR vid trigeminusmäta, parestesier, känselbortfall, ptos eller motorikpåverkan. Fråga specifikt efter nervinvasion!

Ev remiss till hudläkare för kontroll av hudkostymen.

Förstadier till SCC

Aktinisk keratos:

1. Kryobehandling, ev curettage av hyperkeratos.
2. Excision är onödigt invasiv och radikaliteten mot sidorna ofta ofullständig. Kan dock vara aktuellt i vissa fall, görs då med 1-2 mm marginal.
3. Andra metoder sköts av hudläkare.

Morbus Bowen/SCCIS:

1. Excision med minst 3 mm marginal beroende på storlek och lokalisation.
2. Kryobehandling: Om kirurgi inte är lämpligt kan behandling med 5-fluorouracil (5-FU) kräm ske efter samråd med hudläkare.

Behövs ingen uppföljning av AK och SCCIS. Noggrann instruktion till patienter om egenkontroller.

Talgkörtelcancer/ Sebaceös cancer

Biopsi: Viktigt att uppgge misstanke om talgkörtelcancer i PAD-remissen.

Krävs en stor 4 mm biopsi eller 2 mm biopsier bredvid varandra. Vid misstanke på pagetoid växt tas mapp biopsier av konjunktiva.

Canceranmäles.

Noggrann familjeanamnes beträffande cancer!

Behandling

1. Excision med 5-6 mm marginal. Kryo i resektionsränder om pagetoid växt rekommenderas.
2. Strålbehandling vid inoperabla fall.
3. Chemoterapi har beskrivits med god effekt

Screening

10-20% metastaser till reg lymfkörtlar, ev ultraljud.

Om tumör >10 mm i diameter rekommenderas SLN.

Vid stora tumörer CT buk och thorax.

Muir Tores Syndrom (MTS) är ett ovanligt ärftligt cancersyndrom förenat med talgkörteltumörer och andra maligniteter i buken. Koloskopi rekommenderas då 6-20% även insjuknar i visceral tumörer.

Genetisk rådgivning vid:

1. Två eller flera primära talgkörteltumörer
2. Pat under 60 år med talgkörteltumör och annan MTS/Lynch tumör (kolon, rectum, endometriet, ovarium, tunntarm, ventrikel, urinblåsa, hjärna).

3. Pat över 60 år med talgkörteltumör + annan MTS/Lynch tumör + släkting med MTS/Lynch tumör.

Uppföljning

Var 3:e månad i 2 år och sedan var 6:e månad upp till 5 år. Kontrollbiopsi vid pagetoid växt vid behov. CT orbita vid orbital engagemang eller exentererade patienter.

Hög recidivrisk: Tumörer >10 mm, både övre samt undre ögonlock, symtom över 6 månader samt vid orbital växt. Även vid multifokal och perivaskulärt växtsätt, låg differentiering, växt i lymfkärl samt diffus, pagetoid växt.

Merkellcellscancer

Ovanlig neuroendokrin tumör.

Canceranmäles

Remiss till onkologklinik.

Behandling

Excision med 2–3 cm marginal. Adjuvant strålning mot operationsområdet.

Screening

25–60% metastaser till regionala lymfkörtlar.

SLN (sentinel lymph node) rekommenderas.

CT thorax och buk.

Uppföljning

Var 3:e månad i 2 år och sedan var 6:e månad upp till 5 år.

Lentigo Maligna/ Melanoma in situ

Ca 30% av obehandlade fall kommer att utvecklas till melanom oftast 10-15 år efter första tecknet.

På ögonlocket kan vara associerat med primär förvärvad melanos i konjunktiva.

Canceranmäles.

Behandling

Excision med 5-10 mm marginal.

Om omfattande område kan Bucky-behandling eller Imiquimod 5% kräm (Aldara) övervägas efter diskussion med hudonkolog.

Uppföljning

Var 3:e månad i 3 år och sedan var 6:e månad upp till 5 år.

Årligen livet ut om marginära med risk för PAM.

Malignt Melanom

Uppstår denovo eller från premaligna förändringar som kongenitalt naevus, dysplastiskt naevus eller lentigo amligna.

SVF-remiss (standardiserat vårdförlopp).

För att säkerställa diagnosen vid stark misstanke - excision med 2 mm marginal för diagnostik alternativt biopsi från det kraftigaste pigmenterade området eller den tjockaste delen av tumören.

Riktlinjerna från det nationella vårdprogrammet skiljer sig från rekommendationerna inom ögonlitteraturen!

Canceranmäles

Behandling

Man bör excidera melanomet med de större marginalerna om möjligt för bibehållande av ögonlocksfunktion.

Tumör <1 mm tjocklek excision med 5 mm marginal (NV 10 mm)

Tumör >1 mm tjocklek excision med 10 mm marginal (NV 20 mm)

Stor tumör görs som 2-dagars kirurgi.

Screening

30% metastaser till reg lymfkörtlar.

Ultraljud/CT av reg lymfkörtlar.

SLN om melanomet är >1 mm tjock, >1 mitos per HPF (high power field) och eller med ulceration.

Uppföljning

Var 3:e månad i 2 år och sedan var 6:e månad upp till 5 år. Gäller tumörer i ögonregion utan metastaser.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Ev ultraljud av lymfkörtlar/lever 2 ggr om året i 3 år. Om metastaser individuell uppföljning i samråd med PAL.

Se även Nationellt Vårdprogram Melanom [Nationellt vårdprogram melanom - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Ögonsjukvård

Innehållsansvar: Saif Abdulrahman, (saiab1), Överläkare

Granskad av: Saif Abdulrahman, (saiab1), Överläkare

Godkänd av: Martin Thiel, (marth43), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10102-716428724-328

Version: 6.0

Giltig från: 2026-03-02

Giltig till: 2028-03-02