

Regional medicinsk riktlinje

Basalcellscancer

Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram

Innehållsförteckning

Syfte.....	2
Huvudbudskap.....	2
Vårdnivå och samverkan	3
Bakgrund.....	3
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet.....	4
Utredning.....	4
Behandling	5
Klinisk uppföljning	8
Remissrutiner	8
Referenser	9
Nationella vårdprogrammet för basalcellscancer	9

Syfte

Denna regionala medicinska riktlinje (RMR) innebär en regional tillämpning och anpassning av det nationella vårdprogrammet (NVP) för basalcancers cancer 2024. Syftet med NVP och RMR är att säkerställa att patienter med basalcancers erbjuds evidensbaserad och lika vård i Västra Götalandsregionen (VGR).

Huvudbudskap

Basalcancers (BCC) är den vanligaste cancerformen hos både män och kvinnor i Sverige och incidensen är bland de snabbast ökande. Tumörformen leder i princip inte till någon dödlighet men det mycket stora antalet tumörer och drabbade patienter gör att sjukligheten är stor och behandlingen resurskrävande.

- Vid misstanke om BCC i primärvården rekommenderas teledermatoskopisk remiss till hudklinik alternativt excision av tumören.
- Biopsi före behandling rekommenderas inte rutinmässigt vid lågrisk BCC. I vissa fall kan en biopsi behövas, i första hand vid högrisk BCC för att kunna bedöma behovet av Mohs kirurgi.
- Vid högrisk BCC i ansiktet bör man beakta indikationerna för Mohs kirurgi.
- Destruktiv behandling är ett bra alternativ till kirurgi vid lågrisk BCC nedanför huvudhalsregionen.
- Patienter med lokalt avancerad eller metastaserad BCC ska dras på MDK för melanom/hudcancer. I anmälan anges de specialiteter man önskar ska närvara. Det kan inkludera plastikkirurg, tumörortoped, hudläkare, ÖNH-läkare, ögonläkare och röntgenläkare.

Vårdnivå och samverkan

Patienter med hudtumörer handläggs initialt ofta inom primärvården. Vid misstanke om BCC kan remiss innehållande relevanta anamnesuppgifter samt översiktsbild, närbild och dermatoskopisk bild skickas till hudklinik. Alternativt kan en excision av tumören göras. I regel är det bättre att ta bort hela tumören än att ta en biopsi men på känsliga lokaler, vid oklara fall eller på uppmaning från hudläkare kan biopsi vara motiverat. Remiss kan skickas när hudbiopsi visat fynd av BCC, då tillsammans med PAD-svaret. Vid radikal excision gjord inom primärvården behöver patienten i regel inte remitteras vidare utan kan ses som färdigbehandlad. Varje hudklinik ansvarar för att ha rutiner gällande remisser från den övriga specialistsjukvården då dessa ofta saknar bilder.

I den specialiserade vården behandlas BCC av flera olika specialiteter så som hud, ÖNH, plastikkirurgi och ögon. För högrisk-BCC i ansiktet bör man ta ställning till Mohs kirurgi. Denna form av kirurgi görs på hudkliniken SU samt på ögonkliniken SU/Mölndal vid ögonnära BCC. Vid lokalt avancerat eller metastaserande BCC ska patienten diskuteras på MDK för melanom/hudcancer.

[Flödesschema \(Visio\) Länk till bilaga i PDF](#)

Bakgrund

BCC är den vanligaste cancerformen hos både män och kvinnor i Sverige och incidensen är bland de snabbast ökande. Det är en primärt lokalt invasiv hudcancerform med väldigt låg risk för metastasering och död. BCC har dock en benägenhet att invadera omkringliggande vävnad, vilket innebär en signifikant risk för sjuklighet hos den drabbade, både sekundärt till tumören som sådan och i efterförloppet av kirurgiska ingrepp.

- Det mycket stora antalet tumörer (74000 PAD-verifierade fall 2023 och väl över 100 000 diagnosticerade fall totalt) och drabbade individer gör att sjukligheten är stor och behandlingen resurskrävande. Detta gör det viktigt att handlägga patienterna på ett effektivt och resursbesparande sätt så långt det går.

Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

I Västra Götalandsregionen (VGR) krävs teledermatoskopisk remiss till hudklinik vid tumörfrågeställning, inkluderande remisstext samt översiktscinematogram, närbild och dermatoskopisk bild. Detta gäller även vid misstanke om BCC. I övrigt följs det nationella vårdprogrammet.

Utredning

Diagnostik av BCC baseras i regel på klinisk och dermatoskopisk bedömning. Hudbiopsi före behandling är sällan motiverat och kan även förlänga tiden till kurativ åtgärd. I vissa fall kan en biopsi vara nödvändig, när detta behövs för att fastställa optimal behandlingsmetod:

- Vid kliniskt infiltrativa, svåravgränsade tumörer på känsliga lokaler, för att värdera histopatologisk subtyp och invasionsnivå inför ställningstagande till Mohs kirurgi.
- Vid destruktiv behandling på känslig lokal i huvudhalsregionen.
- Vid icke-kirurgisk behandling där histopatologisk subtyp inte kan fastställas. Detta kan göras med biopsi före behandling eller att material från kyretage skickas för PAD i samband med ingreppet.

Lågrisk- och högrisktumörer

Indelning av BCC kan göras på olika sätt. I Sverige används ofta Glas/Sabbatsberg, BCC IA, IB, II och III, se [avsnitt 9.6 Klassificering av primärtumören i NVP Basalcellscancer](#). Grovt kan tumörerna klassas som lågrisk eller högrisk. Minst två av följande kliniska eller histopatologiska kriterier bör vara uppfyllda för att en BCC ska anses vara en högrisktumör:

Klinisk information:

- Svåravgränsad tumör
- Storlek ≥ 2 cm vid misstänkt infiltrativt växande tumör
- Tumörlokalisering på eller i närhet av näsa eller öra, periorbitalt eller perioralt
- Icke-radikalt exciderad tumör
- Tumöråterfall

Histopatologisk information (om sådan finns):

- BCC II–III

Behandling

Val av behandling vid BCC styrs av faktorer så som tumörens lokalisering och storlek, den misstänkta eller PAD-bekräftade subtypen, vilka metoder som finns tillgängliga på den behandlande kliniken, kunskap och erfarenhet hos den som behandlar samt vad patienten önskar och orkar med.

Kirurgisk behandling kan i regel användas men vid lågrisk BCC nedanför huvudhalsregionen är destruktiv behandling ofta ett bra alternativ.

BCC lokaliserade över embryonala fusionsplan i ansiktet (t.ex. i omslagsvecket kring näsvingen eller omslagsvecket bakom örat) bör inte behandlas med destruktiv metod. BCC kan växa mycket djupt i dessa lokaler och går då inte att nå med en sådan metod. Säkerställd kirurgisk radikalitet rekommenderas i stället.

Rekommenderade kliniska sidomarginaler vid kirurgi:

- Excision av lågrisk-BCC bör utföras med 3–4 mm klinisk sidomarginal och ned till underliggande fettskikt.
- Excision av högrisk-BCC bör utföras med 5–10 mm klinisk sidomarginal ned till underliggande fettskikt, och på skalpen ned till periost.
- Excision av ögonnära BCC bör utföras med 3 mm klinisk sidomarginal vid BCC IA, IB eller II och med 5 mm klinisk sidomarginal vid BCC III.

Viktiga aspekter vid kirurgi

- Histopatologiskt fria marginaler bör eftersträvas, och vid bristande radikalitet bör re-excision med 5–10 mm övervägas.
- Defekter efter excision av BCC där man inte har histopatologiskt bekräftade fria marginaler bör primärslutas, täckas med hudtransplantat eller lämnas för sekundärläkning.
- Lokalt återfall bör excideras med 5–10 mm klinisk sidomarginal och ned till underliggande fettskikt eller djupare, beroende på kliniskt misstänkt invasionsdjup.

Mohs kirurgi:

Bedömning inför Mohs kirurgi rekommenderas för BCC med lokalisering på eller i närheten av funktionellt och kosmetiskt viktiga strukturer i ansiktet samt lokalisering där onödigt stora kliniska kirurgiska marginaler anses olämpliga av funktionella eller kosmetiska skäl vid följande histopatologiska verifierade tumörer:

- primära BCC III
- primära kliniskt svåravgränsad BCC II
- återfall eller icke-radikala BCC II–III

Bedömning inför Mohs kirurgi kan övervägas för:

- primära kliniskt välvgränsad BCC II på kirurgiskt mycket komplicerade lokaler i ansiktet.

Patienter som är aktuella för Mohs kirurgi remitteras till hudkliniken SU. Remissen ska innefatta kopia på PAD, foto där lokal och storlek framgår samt uppgift om att patienten orkar med och vill genomgå ingreppet. För ögonnära BCC i dessa kategorier remitteras patienten i stället till ögonkliniken på SU/Möln dal.

Behandling av lokalt avancerad och metastaserad basalcellscancer

En mycket liten andel av patienter med BCC har metastaserande sjukdom eller tumörer som p.g.a. storlek, lokalisation och infiltration i underliggande vävnad klassas som lokalt avancerade. För att dessa patienter ska få tillgång till den mest lämpliga behandlingen ska de dras på MDK för melanom/hudcancer. För BCC gäller följande:

- Patienten anmäls en vecka före planerat datum för dragning.
- Anmälan faxas till hudkliniken SU på nummer 010–168 71 70. I samband med detta kontaktas även hudklinikens koordinator på telefonnummer 0700–206 706 eller 031-342 27 11. Hudkliniken SU ombesörjer då anmälan till MDK.
- Anmälan ska innehålla uppgifter om patientens allmänna hälsa, ork och önskemål samt tumörens lokal, storlek och invasionsdjup. Det ska finnas PAD samt bilder i Picsara.
- Radiologiska undersökningar bör i regel vara gjorda. Val av modalitet görs med fördel i samråd med röntgenklinik.
- I anmälan markerar man vilka specialiteter man vill ska närvara vid dragningen, utöver kirurg och onkolog. Det kan inkludera hudläkare, plastikkirurg, tumörortoped, ÖNH-läkare, ögonläkare och röntgenläkare.

Behandlingen av denna patientgrupp kan innefatta mer avancerad kirurgi, strålning eller systemisk behandling. I vissa fall kan endast palliativ behandling erbjudas. Se [Multidisciplinär tumörkonferens Hudcancer](#).

Klinisk uppföljning

- Alla patienter som har behandlats för BCC bör få information om sjukdomen samt instrueras i egenkontroller och prevention.
- Högriskgrupper, vilket inkluderar immunsupprimerade patienter, patienter med Gorlins syndrom och patienter med multipla tidigare BCC, bör undervisas i egenkontroller för att själva kunna ta kontakt med sjukvården vid nya BCC.
- Det är inte nödvändigt att följa upp patienter som behandlats för lågrisktumörer.
- För patienter med högrisktumörer och patienter som löper hög risk för återkommande BCC kan uppföljning efter 2 år övervägas.
- Vid lokalt avancerad eller metastaserad BCC bör uppföljningsfrekvensen diskuteras på MDK för varje enskilt fall.
- Patienter med Gorlins syndrom bör få individuella uppföljningsrutiner med kontroller 1–4 gånger per år.

Remissrutiner

Remisser till hudklinik gällande BCC ska utöver relevant remisstext inkludera översiktsbild, närbild och dermatoskopisk bild. Anmälan till MDK görs via hudkliniken SU.

I övrigt se: [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård](#).

Referenser

[Nationella vårdprogrammet för basalcellscancer](#)

[Multidisciplinär tumörkonferens Hudcancer](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Johan Dahlén Gyllencreutz, (johda2),
Överläkare

Granskad av: Johan Dahlén Gyllencreutz, (johda2), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-911

Version: 1.0

Giltig från: 2025-11-26

Giltig till: 2027-11-26