

Gäller för: Verksamhet Hud- och könssjukvård

Giltig från: 2026-01-26

Innehållsansvar: Eva Backman, (evajo55), Överläkare

Giltig till: 2028-01-23

Granskad av: Frida Appelqvist, (friap), Sektionschef

Godkänd av: Anette Gente Lidholm, (anest7), Verksamhetschef

Curettage och elektrodesiccation

Förändringar sedan föregående version

Neutralplatta, behövs i normalfallet inte vid elektrodesiccation, se nedan.

Bakgrund och syfte

Att beskriva rekommenderat tillvägagångssätt för curettage och elektrodesiccation (C&ED) av ytlig keratinocyt cancer.

Avgränsningar

C&ED är en effektiv destruktiv metod som kan användas för att behandla ytlig keratinocyt cancer begränsad till epidermis och dermis. I regel används tekniken mest på tumörer lokaliserade till bål eller extremiteter. Följande diagnoser kan behandlas med C&ED:

- Mb. Bowen/skivepitel cancer (SCC) in situ
- Basalcellscancer (BCC) av superficiell, nodulär eller medelaggressiv typ
- Aktinisk keratos (AK) främst på underben

C&ED kan också övervägas på välavgränsad, högt differentierad ytlig SCC, mindre än 1 cm stor och utan andra högriskfaktorer i fall där kirurgi bedöms bli komplicerad beroende på lokal eller patientens allmänna hälsotillstånd (t.ex. stram hud, hög ålder, distalt på underben inklusive vid benödem och/eller diabetes).

Utförande

- Rita in tumörens begränsning, rita därefter in en 2–3 mm marginal runtom.
- Bedöva.
- Curettage nr 1 (se detaljer nedan).
- Elektrodesiccation nr 1 (se detaljer nedan).
- Curettage nr 2.
- Elektrodesiccation nr 2.
- Man kan överväga ett sista curettage av bränd yta för att förbättra sårhelingsprocessen.
- Täck med salvkompess och ytterförband.

Curettage

Noggrant curettage är avgörande för behandlingsresultatet. Med noggrant curettage kartlägger man tumörens begränsningar i ytskikt liksom på djupet. Vidare säkerställer man att man inte behandlar en tumör som infiltrerar för djupt. Om man med curetten går igenom ner till fettväv ska behandling avbrytas och lesionen i stället excideras.

Vid curettage används antingen metallcurette eller engångscurette. Engångscurette har en vass och en trubbig sida. Tänk på att den vassa sidan är betydligt vassare än metallcurette. Den trubbiga sidan kan med fördel användas för att kartlägga tumörens utbredning i sidled och på djupet. Man arbetar från mitten och ut mot periferin med penngrepp cirkulärt runtom hela tumören (360 grader). Vid nodulära eller medelaggressiva basaliom kan det vara bra att först curettera med en stor (7 mm) och därefter en liten (4 mm) curette för att nå mindre utlöpare.

Elektrodesiccation

Alkoholhaltiga lösningar inklusive klorhexidin bör undvikas i närheten av hudområdet som ska brännas. Tillräckligt hög värme kan fortledas via alkoholångor och orsaka brand/eld, även om alkohol inte finns i direkt anslutning till värmekälla. Dessa alkohollågor är blå och nästan osynliga.

Med **Bovie**-apparat, som finns på Hudmottagningen plan 1, finns bara ett läge för monopolär behandling och denna innebär alltid kontakt mellan elektrod och hudytan (klassisk electrodesiccation). Lämplig effekt är **16 W**.

Använder man i stället en **Hyfrecator**, som finns på plan 3, har den två inställningar för monopolär behandling: high* och low. Apparaturen ska vara **inställd på low** vid elektrodesiccation. Lämplig effekt är **16 W**.

* Vid inställning på high uppnås i stället för elektrodesiccation så kallad elektrofulguration. Apparaten ställs då in på högre effekter (20–35 W) och en gnistbildning/spänningsbåge uppstår mellan hudytan och elektroden som hålls på några millimeters avstånd från hudytan. Detta resulterar i en yttligare förkolning av vävnaden.

Monopolär metod. Vid låg effekt (<20W) behövs ingen neutralplatta, men rekommenderas för säkerhets skull hos patient med pacemaker eller annan inopererad medicinsk apparatur. Ytan elektrodesicceras med **medelstor (4 mm) kula**** som ligger an mot vävnaden. Bränn först runtom lesionens periferi och därefter noggrant över hela den curettrade ytan både i vertikal och horisontell riktning.

** Det finns också spetsar som används för elektrodesiccation men detta ger ett ojämnare resultat och är därför ett sämre val.

Att tänka på

Efterfråga att patient inte har inopererad pacemaker eller annan medicinsk elektronisk apparatur som kan störas. Även dessa patienter kan behandlas men viktigt att denna

apparatur då ligger utanför strömkretsen som uppstår, det vill säga inte mellan det behandlade området och en neutralplatta. Om patienten har inopererad djup hjärnstimulator rekommenderas inte behandlingen alls.

Curettage och elektrodesiccation innebär ett lite snabbare läkningsförlopp jämfört med curettage och kryobehandling och kräver inte lika täta omläggningar. Det slutliga kosmetiska resultatet kan vid elektrodesiccation ibland innebära ett hypopigmenterat lätt hypertrofiskt ärr till skillnad från kryobehandling som oftast ger en hypopigmenterat lätt nedsjunket ärr.

Ansvar

Läkare och sjuksköterskor som handlägger patienter med hudtumörer ansvarar för att rutinen följs. Läkarchef och vårdnadschef på respektive enhet ansvarar för att rutinen är känd och att berörd personal får kännedom om rutinen vid anställning.

Uppföljning, utvärdering och revision

Uppdatering av rutinen görs av läkare ansvarig för tumörverksamheten. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Hud- och könssjukvård

Innehållsansvar: Eva Backman, (evajo55), Överläkare

Granskad av: Frida Appelqvist, (friap), Sektionschef

Godkänd av: Anette Gente Lidholm, (anest7), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9783-1307954543-25

Version: 10.0

Giltig från: 2026-01-26

Giltig till: 2028-01-23