

# Excision af hudtumor

Overlæge Jens Lykke Sørensen

Roskilde Sygehus, Plastikkirurgisk Afdeling

## Indikation

En hudtumor skal fjernes, hvis der er mistanke om malignitet eller i øvrigt er behov for en histologisk diagnose. En hudtumor kan fjernes, hvis den giver funktionelle eller æstetiske problemer.

## Kontraindikation

Blødningsforstyrrelser er en relativ kontraindikation. I praksis vil der altid være tid til regulering af patientens koagulations-evne før indgrebet. Mindre kirurgiske procedurer i huden kan udføres, selv om patienten er i antikoagulationsbehandling [1].

Helingsproblemer er en relativ kontraindikation. Mistanke om malignitet overtrumfer helingsproblemer.

## Forberedelse af patienten

Skønnes det, at direkte sutur ikke er mulig, og bliver der behov for rekonstruktive procedurer, bør patienten henvises til en plastikkirurgisk afdeling eller klinik.

Relevant anamnese specielt vedrørende tidligere lignende tumorer eller malignitet og medikamentel behandling udredes.

Klinisk undersøgelse af patienten bør indeholde undersøgelse af hele huden og regionale lymfeknudestationer ved mistanke om malignitet.

Parakliniske undersøgelser er per se ikke indicerede.

## Instruktion af patienten

Lokalbedøvelse gør oftest ikke så ondt, som patienten frygter. Præoperativt informeres patienten om, at injektionen af lokalbedøvelse kortvarigt spænder og svier i regionen, og at smertesansen, men ikke al følesans blokeres helt. Patienten kan derfor ikke føle smerte, men godt mærke manipulation i regionen. Det sidste er vigtigt at informere om, så patienten ikke bliver forskrækket og tror, at bedøvelsen ikke virker. Informationen skal være realistisk. F.eks. er infiltration med lokalbedøvelse på næsen samt i hånd- og fodsåler temmelig ubehagelig, hvorimod injektion i områder med løs hud kun giver begrænset ubehag.

Der kan være postoperative begrænsninger, som patienten også skal være informeret om. F.eks. elevation af ekstremiteter eller kostbegrænsninger ved operation i ansigtet.

Risikoen for komplikationer såsom hæmatom og infektion er lille ved excision af hudtumorer [2]. Der vil kun sjældent være iøjnefaldende cicatricer, men usynligt vil arret aldrig blive.

## Utensilier

Lidocain ½-1% er nok det hyppigste lokalanæstetikum. Der bør være tilsat vasokonstriktor for at reducere blødning og forlænge effekten af bedøvelsen. Vasokonstriktor bør dog ikke tilsættes ved cirkulær lokalbedøvelse akralt af øret eller penis. 10 ml- eller 20 ml-sprøjter monteres med gauge 27- eller 23-kanyler. Disse kanyler er velegnede til både ledningsblok og infiltrationsanæstesi [3].

Skalpel, kirurgisk pincet, saks og nåleholder er tilstrækkeligt grundinstrumentarium. Elkoagulation er hurtigere og mindre vævsskadende end ligatur af små blodkar [4, 5].

Der bør være umiddelbar adgang til sufficient behandling af anafylaktisk shock, vaskulært kollaps o.l.

## Procedurer

Patienten lejres, så operationsfeltet er overskueligt og let tilgængeligt. Det er vigtigt, at patienten ligger behageligt – og dermed roligt.

Huden desinficeres flere cm ud under afdækningen. Et hulstykke eller fire afdækningsstykker er nok. Dog vil man ved operation i ansigtet som regel foretrække at vaske hele ansigtet.

Tegn, før der skæres! Optegn så vidt muligt de planlagte incisionslinjer i hudens rynkeretning. Det giver de mindst iøjnefaldende cicatricer og mindst stramning ved lukning (**Figur 1**, **Figur 2** og **Figur 3**). Hvis der anvendes ellipsoformet excision med længde ca. fire gange bredde, undgås »hundører« (**Figur 4**). I de optegnede incisionslinjer lægges infiltrationsanæstesi. Intradermal anæstesi giver i praksis øjeblikkelig anæstesi i huden. Ved indgreb perifert eller i ansigtet kan det ofte være en fordel først at lægge ledningsblok. Et ledningsblok lægges så tidligt i forløbet som muligt, da det kræver nogle minutter for at virke. Den samme forsinkelse gælder for vasokonstriktorer!

Det undersøges, om lokalbedøvelsen virker ved forsigtigt at stikke i det optegnede område.

Der findes adskillige metoder til at opnå væv til histologisk undersøgelse [2]. Ved en excisionsbiopsi tages en 1-2 mm brømme af normal hud med hele vejen uden om tumoren. Hvis der er mistanke om et malignt melanom, tages op til 5 mm normal hud, afhængig af lokalisation. Ved radikal behandling af benigne tumorer tages højst få mm normalt væv med. Ved nonmelanom hudcancer tages en 5-10 mm brømme, afhængigt af type og lokalisation. Patienter med malignt melanom, dermatofibrosarkoma protuberans og høj-maligne tumorer bør henvises til radikal behandling på plastikkirurgiske afdelinger.

Incisionen lægges vinkelret på overfladen ned i øvre subcutis med en glidende bevægelser i hele incisionens længde,

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISK PROCEDURE

så man får et glat snit (Figur 4). Herefter går man skarpt ned i relevant dybde, og præparatet fjernes i et stykke. Ved excisionsbiopsi tages et tyndt lag upåvirket subcutis med. Kendes diagnosen, skæres der til den for tumoren relevante dybde. Indgrebet skal så vidt muligt være atraumatisk, dvs. der manipuleres så lidt og skånsomt som muligt med vævet, og der anvendes instrumenter til vævshåndtering.

Har det relevans for det videre forløb, markeres præparatet med f.eks. en sutur, så orienteringen er entydig.

Betydende blødningskilder koaguleres. Subcutis lukkes, hvis der ellers vil være en kavitet. Dermis lukkes separat, hvis der er træk over cikatricen og dermed risiko for øget arvævsdannelse i huden. Huden lukkes med knuder eller fortløbende sutur, intra- eller perkutant efter kirurgens smag. Så tynde suturer som muligt (på hoved (bortset fra skalpen), hals og hænder 5-0 til 7-0, ellers 3-0 til 4-0), så få suturer som muligt (så tæt, at cikatricen ikke gaber (ofte 2-3 mm for 6-0, 5-6 mm for 3-0)) og så lidt stramning som muligt (sårrande approssimeres, de snøres ikke sammen. Det postoperative ødem skal nok holde randene sammen!) [5, 6].

Som regel fjernes suturer hos voksne i hoved- hals-regionen på 3.-6.-dagen, på truncus og overekstremiteter på 7.-10.-dagen og på underekstremiteter på 10.-14.-dagen. Suturer skal fjernes tidligt, hvis suturmærker skal undgås [6]. Evt. kan cikatricen aflastes i de følgende dage med tværgående plaster.

Kan cikatricen holdes tør og ren, er der reelt ikke brug for bandagering. Af praktiske grunde bør man anlægge en forbindelse, der forsegler cikatricen i minimum et døgn. Et stykke papirplaster, der efterlades til suturfjernelse, er oftest tilstrækkeligt, men en okklusiv bandage øger epiteliseringshastigheden og reducerer dermed arvævsdannelsen [7].

Der bør normalt ikke være grund til at lægge dræn.

Profylaktisk antibiotika er kun indiceret ved regulær øget infektionsrisiko og da som engangsordination umiddelbart præoperativt.

### Efterfølgende kontrol af patienten

Medmindre specielle forhold taler herfor, er der ingen grund til at kontrollere patienten for information om resultatet af den histologiske undersøgelse og suturfjernelse.

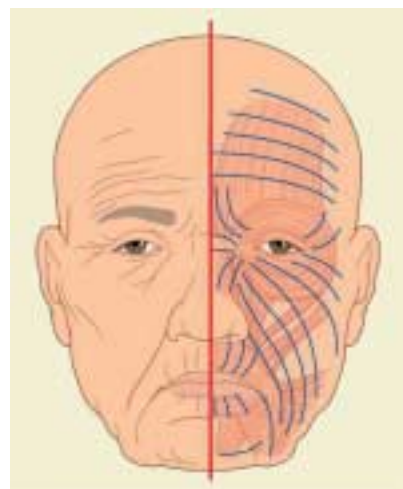
### Risici ved indgrebet

Infektion og ansamling efter simpel tumorexcision ses kun hos få procent af patienterne [2].

Helingsproblemer ses ved tekniske fejl som strangulation af cikatricen, infektion, nedsat helingspotentiale hos patienten og lokal insufficiet perfusion.

Helingsproblemer og uhensigtsmæssig incision vil øge risikoen for øget arvævsdannelse og skæmmende ar [6, 7]. Arvæv forsvinder aldrig helt. Evt. arkorrektion skal vente, til arvæv er modnet, dvs. til arvævet er bleget af, hvilket vil sige minimum tre måneder. Hyperretrofiske ar og specielt keloid udgør specielle behandlingsmæssige problemer.

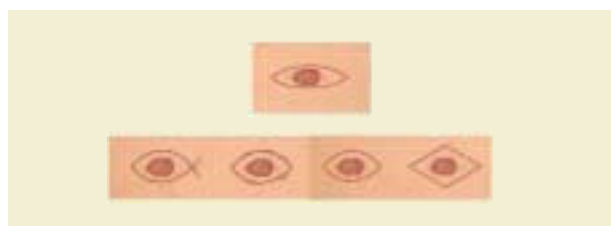
Figur 1. Spaltelinjerne i ansigtet. Linjerne ligger på tværs af den underliggende muskulaturs længderetning.



Figur 2. Hudens spaltelinjer på kroppen. Lægges incisionerne parallelt med disse, fås de mest hensigtsmæssige ar: mindst synlige og med mindst træk på tværs af arret.



Figur 3. Hudens spaltelinjer på ekstremiteterne.



Figur 4. En pæn cikatrice opnås lettest ved jævn snitføring, og hvis forholdet mellem længde og bredde i præparatet er stort nok. Øverst: korrekt. Nederst: forkert.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Korrespondance: Jens Lykke Sørensen, Rudebækvej 21, DK-2610 Rødovre.  
E-mail: jls@dadlnet.dk

Antaget: 24. maj 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Figurene er reprinted from Robinson JK et al. Surgery of the skin. London: Elsevier Mosby, 2005. Retningslinjerne er godkendt af Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi

**Litteratur**

1. Thorsen S, Svendsen LB, Dziegiel MH. Hæmostase, trombose og blodtransfusion. I: Stadil F, Nordling J, red. Kirurgisk kompendium. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busch, 2003:35-44.
2. Garcia C. Skin biopsy techniques. I: Robinson JK, Hanke CW, Sengelmann RD et al, red. Surgery of the skin. London: Elsevier Mosby, 2005:203-12.
3. Soriano TT, Lask GP, Dinehart SM. Anesthesia and analgesia. I: Robinson JK, Hanke CW, Sengelmann RD et al, red. Surgery of the skin. London: Elsevier Mosby, 2005:39-58.
4. Place MJ, Herber SC, Hardesty RA. Basic techniques and principles in plastic surgery. I: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, red. Grabb and Smith's Plastic Surgery, 5th ed. New York: Lippincott-Raven Publishers, 1997:13-25.
5. Bogle MA, Joseph AK. Instruments and materials. I: Robinson JK, Hanke CW, Sengelmann RD et al, red. Surgery of the skin. London: Elsevier Mosby, 2005: 59-66.
6. Krag C. Sår, sårheling og sårbehandling. I: Stadil F, Nordling J, red. Kirurgisk Kompendium. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busch, 2003:165-9.
7. Li J, Kirsner RS. Wound Healing. I: Robinson JK, Hanke CW, Sengelmann RD et al, red. Surgery of the skin. London: Elsevier Mosby, 2005:97-115.

# Ens referenceintervaller og harmoniserede resultater inden for klinisk biokemi i de nordiske lande – der er lys forude

Overlæge Ivan Brandslund, overlæge Jørgen Hjelm Poulsen, professor Per Hyltoft Petersen, kemiker Morten L. Pedersen, overlæge Lars Ulrik Gerdes & institutchef Inger Plum

Dansk Selskab for Klinisk Biokemi, Udvalget for Analysekvalitet

Klinisk biokemiske afdelinger måler ikke nødvendigvis ens. Danmark har igennem en menneskealder været førende internationalt vedrørende standardisering inden for klinisk biokemi, specielt takket være *Rene Dybkær* og *Henrik Olesen*. Standardiseringen har bl.a. omfattet enheder og nomenklatur [1].

At man på laboratorierne i udstrakt grad nu anvender et fælles sprog er imidlertid ikke en garanti for, at analyse af den samme komponent (f.eks. natrium) i den samme blodprøve på forskellige laboratorier giver samme numeriske resultat.

**Faktaboks**

Danske laboratorier standardiserer i løbet af 2007 referenceintervaller for en række klinisk biokemiske komponenter til fælles nordiske værdier. Lægerne vil således opleve, at der kan ske justeringer i referenceintervallerne men også et niveauskift for de pågældende komponenter.

På laboratorierne anvendes forskellige måleprincipper, forskelligt apparatur og forskellige reagenser og kalibratorer fra forskellige leverandører. Som følge af disse forskelligheder vil man på laboratorierne ved måling på samme sæt prøver få indbyrdes forskellige måleresultater. I nogle tilfælde er forskellene minimale, men i andre er de betydelige – f.eks. pga. forskelle i de anvendte antistoffers specificitet. Disse problemer har været håndteret ved, at leverandørerne eller laboratorierne individuelt har fastlagt referenceintervaller (»normalområder«) for det pågældende målemetode, det pågældende apparatur og det pågældende reagens m.m., og på den måde har forsøgt at sikre en »lokal« rigtig klassificering af patienterne som »syge« eller »raske«.

Resultatet er, at der for samme komponent i samme system (f.eks. natrium i plasma) kan være forskellige referenceintervaller, som oven i købet passer mere eller mindre godt til det »lokale« målniveau. Tilmed er de lokale referenceintervaller ofte fastlagt ud fra en population, der er for lille, og som ikke er repræsentativ for patienterne.

Disse tingenes tilstand har alle levet med i mange år til stor gene for læger, der skiftede arbejdssted, og derfor ikke alene jævnligt skulle vænne sig til et andet referenceinterval, men også til andre niveauer for selve resultaterne. Selv læger med langvarige ansættelser på samme hospital har af og til oplevet ændringer af referenceintervallet for en komponent i forbindelse med laboratoriets skift af metode mv.

To forhold gør, at disse omstændigheder ikke længere er