



Handbok för **hudcancerpatienter**

- Hudmelanom
- Basalcellscancer
- Skivepitelcancer

Redaktion:

Tiina Jahkola HUCS, Plastikkirurgiska kliniken
Tiina Pelkonen, Unionimedia Oy

Text:

Micaela Hernberg, specialist i cancersjukdomar och strålbehandling,
MD, HUCS, Kliniken för cancersjukdomar

Tiina Jahkola, specialist i kirurgi och plastikkirurgi,
HUCS, Plastikkirurgiska kliniken

Sirpa Pajunen, verksamhetsledare, Iholiitto Oy

Leena Rosenberg, hälsovårdsråd

Susanna Juteau, specialist på hudsjukdomar och patologi, MD,
HUSLAB, patologiska centrallaboratoriet

Sari Koskenmies, specialist på hudsjukdomar, MD, HUCS, Hud- och
allergisjukhuset

Olli Saksela, docent, specialist på hudsjukdomar, HUCS, Hud- och
allergisjukhuset

Fotografier:

HUCS, Hud- och allergisjukhuset

Illustrationer:

Bosse Österberg

Utgivare:

Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland ry

Layout:

Tuovi Kallinen

Översättning:

Tina Matala-aho

Reviderad version 2017



Handboken kan läsas i elektronisk form på adressen:
www.syopapotilaat.fi/opas/ihosyopapotilaan-opas/

Beställning av patienthandledningar på finska:
www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat
potilaat@syopapotilaat.fi
044 053 3211

Innehåll

Till läsaren	5
Statistikuppgifter	5
Diagnostik av hudcancer	7
Basalcellscancer och skivepitelcancer	7
Basalcellscancer dvs. basaliom	7
Olika typer av basalcellscancer och behandlingen av dem	8
Skivepitelcancer dvs. spinocellulärt karcinom	11
Skivepitelcancer och behandlingen av dess förstadier	12
Undersökning av portvaktscörtlar	14
Kryoterapi (kylbehandling)	14
Fotodynamisk terapi	15
Hudvård efter en åtgärd	16
Vävnadstransplantat	16
Hudvård efter en operation	16
Strålbehandling	16
Uppföljning	17
Hudmelanom	18
Diagnostik av melanom genom vävnadsundersökning	21
Lymfkörtelkarta och undersökning av portvaktscörtlar	22
Operationsbehandling av hudmelanom	23
Resultaten vid undersökning av portvaktscörtlar	24
Vävnadstransplantat	24
Behandlingen av såret efter en operation	25
Adjuvant terapi för hudmelanom	25
Behandling av avancerat melanom	26
Biverkningar av läkemedelsbehandling för melanom	28
Strålbehandling av melanom	30
Perfusion av extremiteter som behandling för melanom	31
Uppföljning av patienter med melanom	32
Rådgivningstjänster	33
Bli inte ensam	34
Melanompatientnätverket	34
Hudvård	35
Skydda huden mot solen	36
Lär dig känna din hudtyp	36
Vatten och mulet väder skyddar inte nödvändigtvis mot solen ...	37
Solskyddskrämer	37
Kläder och tillbehör som skyddar mot solen	38
Kontaktinformation	40

Till läsaren

Den här handboken innehåller grundläggande information om hudcancer och behandlingsformerna.

Hudcancers karaktär och allvarlighetsgrad varierar individuellt och därför är behandlingarna och behandlingsvägarna inte desamma för alla patienter. Största delen av hudcancerfallen kan behandlas snabbt och är övergående. En mindre andel kräver mer långvarig behandling. Noggrannare information om din egen cancer får du av vårdande läkaren eller vårdpersonalen.

I handboken behandlas också hudvård och hur man skyddar sig för solen, vilket är speciellt viktigt då man har insjuknat i hudcancer. I slutet av handboken finns information om patientnätverk, kamratstöd och cancerföreningarnas kontaktoppgifter.

De kursiverade avsnitten är patienternas egna tankar som vi har citerat i denna handbok.

STATISTIKUPPGIFTER

De vanligaste formerna av hudcancer är basalcellscancer, skivepitelcancer och hudmelanom. Utöver dem finns det några sällsynta former av hudcancer som inte behandlas i handboken.

Under åren 2012–2014 konstaterades det i genomsnitt 1 360 nya fall av hudmelanom/år och 1 651 fall av annan hudcancer/år i Finland, av vilka största delen var skivepitelcancer. Enligt statistik från 2009 dog 180 personer i hudmelanom och 44 personer i annan hudcancer i Finland under året i fråga. Siffrorna beskriver hudcancers biologiska karaktär: majoriteten av dem som insjuknat tillfrisknar.

I siffrorna ingår inte den allra vanligaste formen av hudcancer, dvs. basalcellscancer. Finlands Cancerregister registrerade 7 555 fall år 2009. På grund av rådande kodningspraxis är den faktiska siffran emellertid mycket högre, dvs. över 16 000.

Finlands Cancerregister <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/se> innehåller statistisk information om förekomsten av hudcancer och prognoserna för dem.



Diagnostik av hudcancer

En snabbt växande hudtumör som ändrar utseende eller är sårig, kan vara hudcancer. Diagnosen hudcancer fastställs i en vävnadsundersökning som görs av en patolog. Den första åtgärden som leder till en diagnos görs i allmänhet på hälsovårdscentralen, inom företagshälsovården eller vid en privat läkarstation.

Cancerorganisationernas regionala cancerföreningar ordnar varje år särskilda dagar (på finska Luomihuolipäiviä), där man kan låta undersöka sina födelsemärken och leverfläckar. Närmare information om dem fås från den regionala cancerföreningen i det egna området.

Läkaren tar en provbit av hudförändringen (biopsi) eller opererar bort den misstänkta hudförändringen helt och hållet (diagnostisk operation). Åtgärden görs under lokalbedövning på en läkarmottagning eller i en poliklinisk operationssal. Det prov som skickas till patologen ska innehålla hud i hela dess tjocklek och även en tillräcklig marginal, vilket innebär att det ska finnas frisk vävnad runt den hudförändring som opereras bort. Såret sluts i regel med suturer. Om provet visar att det är fråga om hudcancer och det behövs fortsatt vård, skickar läkaren en remiss till den specialiserade sjukvården, dit patienten får en kallelse per post eller telefon.

Basalcellscancer och skivepitelcancer

Basalcellscancer dvs. basaliom

Basalcellscancer är den vanligaste av alla cancertumörer som påträffas hos människor och således även den vanligaste typen av hudcancer. Tumören utgörs av en hudfärgad eller sårig knuta som i vanliga fall förekommer på de kroppsdelar som är mest utsatta för solljus, såsom huvudet, övre delarna av kroppen och armarna. I ansiktet förekommer basaliom vanligen runt näsan samt på kinderna och ögonlocken.

Tumören uppkommer ur epidermis, dvs. ur överhudens odifferentierade stamcell. Basaliom växer alltid. En liten fläck, knuta eller en skorvig sårighet med en diameter på några millimeter kan växa till en stor tumör på flera tio centimeter efter en tid, om den inte sköts.

Operationens omfattning och det ingrepp som görs är beroende av tumörens storlek och läge, och därför är även tillfrisknandet individuellt. Vanligen tillfrisknar patienten relativt snabbt. Basalcellscancer skickar mycket sällan metastaser. Prognosen är mycket god. I allmänhet räcker det med att tumören opereras bort en gång.

Ett basaliom utvecklas långsamt och är ovanlig före 50 års ålder. Det finns dock vissa sällsynta ärftliga sjukdomar som är förknippade med en förhöjd risk att insjukna i basalcellscancer redan vid yngre år. Sjukdomsuppkomsten är i avsevärd grad beroende av hur mycket personen har varit utsatt för solens ultraviolette strålning under sitt liv.

”*Jag hade en liten kvissla, som inte var större än en finne, på näsan. Den hade säkert varit där nästan två år och försvann aldrig. I något skede då näsan tog i någonstans, blödde den, men bara lite. Jag besökte företagsläkaren i ett annat ärende och nämnde kvisslan. Det togs en provbit. Då svaret från provbiten kom, kallades jag till mottagningen och fick höra att det var fråga om basalcellscancer. Jag blev mycket skärrad då jag hörde ordet cancer. Jag tog reda på vad basaliom egentligen innebär. Då förstod jag att den mycket sällan är farlig och det var en stor lättnad.”*

Olika typer av basalcellscancer och behandlingen av dem

Basalcellscancer kan vävnadsmässigt indelas i följande typer: nodulära, mikronodulära, ytliga, infiltrativt växande och skleroserande (dvs. morfeatyp), samt karcinom som är en mellanform av basalcellscancer och skivepitelcancer. Varje cancertyp har i allmänhet ett typiskt utseende, vilket också underlättar planeringen av behandlingen. Tumörer på kroppen är ofta ytliga, medan tumörer i ansiktet ofta har en nodulär växtfas, dvs. är knölkaktiga. Se bilderna 1, 2 och 3.



Även ett stort, men ytligt basaliom kan i begynnelseskedet behandlas med fotodynamisk terapi (se sidan 14) eller med imiquimod-salva. Behandling av andra typer av basaliom kräver operation. Även strålbehandling är möjlig.

Ett nodulärt basaliom är i vanliga fall klart begränsat och kan enkelt opereras bort under lokalbedövning på en poliklinik. Vid operationen tar man bort en marginal på 3–5 millimeter frisk hud runt tumören, dvs. ett område som består av frisk vävnad. Tumören måste också opereras bort tillräckligt djupt, eftersom basaliom kan växa in mot underliggande strukturer. Vid behov kan det opererade stället nå ända till benet och ibland blir man även tvungen att avlägsna näsbrosk. Målet är att den mikroskopiska marginalen som konstateras i vävnadsundersökningen är 2–3 mm. Typiska basaliom kan opereras med en gång utan att det först tas en provbit, om de är belägna så att man kan operera med en marginal av frisk vävnad.

Även en liten tumör kan vara svår att behandla om den exempelvis ligger nära ögats tårkörtlar. Om behandlingen dröjer, kan basaliom infiltrera i de omkringliggande strukturerna och orsaka betydande vävnadsskada. Runt ögon, näsa och öron kan redan en liten vävnadsskada vara menlig och göra det svårt att uppnå ett gott estetiskt behandlingsresultat.

Om basaliomet är stort eller svaret på den provbit som patologen undersökt påvisar en förrädisk, infiltrativ tumörväxt i de omkringliggande vävnaderna, görs operationen i en operationssal. Vid behov görs vävnadsundersökningar redan under operationen (fryschnittsundersökning eller Moh's micrographic surgery) för att säkerställa att tumören kan avlägsnas helt och hållet. Vävnadsbristen som uppkommer då tumören avlägsnats efter operationen korrigeras med hudtransplantat eller lokal lambå. Ibland kan det behövas ett tjockt vävnadstransplantat som tas från en annan del av kroppen och vars artär och ven implanteras i blodkärssystemet på sin nya plats med hjälp av mikrokirurgi (mikrovaskulärt vävnadstransplantat).

3.



Vid operation av hudcancer strävar man efter att avlägsna tumören så att den inte förnyar sig lokalt. Olika former av hudcancer växer och sprider sig på olika sätt, varför också operationerna är olika. Vid planeringen av operationen är patologens utlåtande det viktigaste hjälpmedlet. Utöver operationens omfattning inverkar även cancercellernas biologiska natur på sjukdomsprognosen.

I sitt utlåtande rapporterar patologen tumörens huvudsakliga tillväxttyp, huruvida tumören har kunnat avlägsnas helt och hållet samt eventuella andra faktorer som ska beaktas i vården, t.ex. om tumören infiltrerar nervvävnad. Ibland behövs det en ny operation eller strålbehandling som eftervård. Även om prognosen för basalcellscancer är god, kan den likväl förnya sig lokalt. I sådant fall övervägs en ny operation, som eventuellt kompletteras med strålbehandling.

Strålbehandling är sällsynt vid behandlingen av basaliom, men den kan ges som komplettering till operation eller i stället för operation. Beslut om kompletterande strålbehandling fattas om operationsmarginalerna inte är tillfredsställande, om tumören har en aggressiv tillväxttyp eller om tumören har konstaterats förnya sig upprepade gånger (se sidan 30).

Det är mycket sällsynt att basalcellscancer skulle utveckla metastaser. Om så emellertid är fallet, kan de behandlas med vismodegibi-medicinering i tablettform. Användningen av läkemedlet begränsas av avmattande eller ingen respons alls samt av läkemedlets biverkningar, av vilka de vanligaste är störningar i smaksinnet, muskelkramp och hårfall. Biverkningarna försvinner när medicineringen avslutas. Vismodegibi-medicinering kan även övervägas i de fall då basalcellstumören inte kan behandlas kirurgiskt på grund av dess storlek eller besvärliga läge eller då patienten har en medfödd ärftlig sjukdomsform som bildar upprepade basaliom, dvs. så kallat Gorlin-Goltz-syndrom. Vismodegibi började omfattas av de läkemedel som FPA ersätter på våren 2015, men eftersom läkemedlet är dyrt överväger man



från fall till fall om medicinering ska inledas och endast i de fall där andra behandlingsformer inte kan användas. Sonidegibi fungerar på samma sätt som vismodegibi, men det har tillsvidare inte försäljningstillstånd i Finland.

Skivepitelcancer dvs. spinocellulärt karcinom

Skivepitelcancer, dvs. spinocellulärt karcinom är en elakartad tumör i hudens ytepitel eller ytskiktets keratinocyter. Skivepitelcancer är den näst vanligaste typen av hudcancer. Största delen av dem som insjuknar är äldre människor. Skivepitelcancer konstateras ofta lokalt och kan behandlas, men om vården dröjer kan cancern sprida sig i form av metastaser vanligen först till lymfkörtlarna och sedan till lungorna.

Skivepitelcancer förekommer mest på de kroppsdelar som är utsatta för solljus: i ansiktet, på huvudet, bröstkorgen, axlarna och de övre extremiteterna. Typiskt förekommer skivepitelcancer på ytterörats kant och läpparna. Skivepitelcancer kan ha ett mycket varierande utseende: den kan vara en rodnande och fjällande förtjockning i huden, ett sår som inte läker, eller en vårtaktig keratiniserad tumör med hornbildning. Ibland uppstår skivepitelcancer i långvariga sår eller i hud som tidigare skadats, t.ex. i ett ärr efter en brännskada.

En del av de spinocellulära karcinomen utvecklas via olika förstadium till egentlig cancer. Ett sådant förstadium är aktin keratos, dvs. solar keratos. Den förekommer i allmänhet på kroppsdelar som är utsatta för solljus som en röd fjällande fläck av varierande storlek. Morbus Bowen, dvs. carcinoma in situ är en cancer som begränsar sig till hudens ytskikt, en tätare fjällande eller hornbildande förändring än solar keratos, vilken även kan utvecklas till egentlig skivepitelcancer som växer genom basalmembranen till läderhudskiktet. Se bilderna 4, 5, 6 och 7.



Diagnosen på skivepitelcancer eller dess förstadier görs med hjälp av vävnadsundersökning. Patologen undersöker antingen en provbit som tagits av tumören eller den hudförändring som opererats bort i sin helhet och uppger tumörens histologiska (mikroskopundersökning av vävnadsbitens finstruktur) diameter och tjocklek i millimeter samt bedömer skivepitelcancerens differentieringsgrad (på en tregradig skala hög, måttlig, låg).

Skivepitelcancerens utbredning varierar från tumörer som är mindre än en centimeter i diameter till flera centimeter. En tumör på över två centimeter kan vara aggressivare än en mindre tumör. Även tumörens tjocklek är av betydelse: tillväxt på över 4 mm djup kan förebåda tillkomst av metastaser. Patienter som på grund av en annan sjukdom intar läkemedel som inverkar på immunförsvaret eller får cytostatikabehandling löper större risk att drabbas av en aggressiv sjukdomsform. Tumörens storlek (över 2 cm), tjocklek (över 4 mm), en låg differentieringsgrad och behandling med immunsuppressiva läkemedel är faktorer som används då man överväger undersökning av portvaktscörtlar och planerar uppföljning. Se bilderna 8, 9 och 10.

Skivepitelcancer och behandlingen av dess förstadier

Valet av behandlingsform är beroende av hur ytliga eller djupa hudtumörer det är fråga om. Uppgiften fås säkrast genom att ta en provbit som undersöks av en patolog. Ytliga förstadier har ett typiskt utseende som en erfaren hudläkare känner igen och kan behandla utan provtagning. Förstadierna till skivepitelcancer, dvs. solar keratos och Morbus Bowen behandlas lokalt med läkemedel, genom frysning med flytande kväve (s.k. kryobehandling), genom ljusbehandling (s.k. fotodynamisk terapi) (se sidorna 14 och 15) eller med operation. För lokal behandling används vanligtvis imiquimod- eller ingenolmenbutatsalva.

8.



9.



Skivepitelcancer som sträcker sig till läderhudens skikt opereras så att man avlägsnar 5–10 millimeter frisk hud runt tumören. Under huden avlägsnas underhudsfett, vid behov även muskelhinna och muskel, eftersom tumören kan sprida sig som tunna stråk längre bort från den tumörkant som kan urskiljas på huden. Operationssåret stängs med suturer eller så korrigeras vävnadsbristen med hudtransplantat från ett annat ställe eller med en flik som viks över såret från huden intill. Ibland behöver vävnadsbristen korrigeras med ett mikrovaskulärt vävnadstransplantat, varvid artären och venen sys i den nya platsens blodkärl med hjälp av mikrokirurgisk teknik.

Vid operation av hudcancer strävar man efter att avlägsna tumören så att den inte förnyar sig lokalt. Eftersom olika typer av hudcancer växer och sprider sig på olika sätt är också operationerna olika. Utöver operationens omfattning inverkar även cancercellernas biologiska natur på sjukdomsprognosen.

Med en vävnadsundersökning som görs av en patolog säkerställer man att det mikroskopiskt mätt finns minst 2–3 millimeter frisk vävnad, dvs. en marginal runt tumören. Även under operationen kan man undersöka vävnadskanterna med s.k. fryssnitt och sedan utvidga operationen så att tumören avlägsnas från ett tillräckligt stort område. Vid behov görs en ny operation och om tumören inte kan avlägsnas på detta sätt, kan operationen kompletteras med strålbehandling. Om det finns förstadier till cancer runt tumören som opereras bort, kan operationen kompletteras med kyl- eller ljusbehandling som ges i efterskott.

Det är rätt sällsynt att skivepitelcancer sprider sig till lymfkörtlarna. Lågt differentierad skivepitelcancer (låg differentieringsgrad) som infiltrerar djupt kan emellertid skicka metastaser till lymfkörtlarna. Differentieringsgraden beskriver hur elakartad canceren är, vilket fastställs mikroskopiskt. I sådana fall lokaliserar portvaktskörtlarna med hjälp av en lymfkörtelkarta före operationen och de avlägsnas under operationen för vävnadsundersökning. Om



en metastas påträffas i en portvaktskörtel, avlägsnas alla lymfkörtlar i detta lymfkörtelområde dvs. det görs en lymfkörtelutrymning (se sidan 24).

Lymfkörtlarna kan vara förstörade och hårda redan före operation. I sådant fall undersöks området med ultraljud och man tar ett finnålsprov av misstänkta lymfkörtlar. Om man känner till att skivepitelcancer har spridit sig till lymfkörtlarna redan innan operationen, avlägsnas lymfkörtlarna samtidigt, dvs. man gör en lymfkörtelutrymning. Då behövs ingen undersökning av portvaktskörteln. Efter operation kan behandlingen ytterligare kompletteras med strålbehandling av lymfkörtelområdet.

Skivepitelcancer behandlas i första hand med operation. Kompletterande strålbehandling ges vid behov, om operationsmarginalerna inte är tillräckliga eller tumören har ett aggressivt tillväxtsätt. Skivepitelcancer som upprepade gånger förnyar sig kan också behandlas med strålning (se sidan 30).

Det är sällsynt att skivepitelcancer skickar metastaser. Förutom i lymfkörtlarna är det vanligaste att det förekommer metastaser i lungorna. Om metastaser konstateras, övervägs platinabaserade cytostatikaföreningar, taxaner eller doxorubicin. Om metastaserna finns inom ett begränsat område eller om någon av metastaserna är särskilt stor, kan man i vissa fall kombinera strål- och cytostatikabehandling. Ibland kan enstaka metastaser avlägsnas med operation (se sidan 23).

Undersökning av portvaktskörtlar

Se stycket Hudmelanom/Lymfkörtelkarta och undersökning av portvaktskörtlar.

Kryoterapi (kylbehandling)

Förstadier till skivepitelcancer, dvs. solar keratos och Morbus Bowen samt ytligt basaliom kan behandlas genom nedfrysning med flytande kväve, dvs. kryobehandling. Kryobehandlingen orsakar en lokal nedfrysning som förstör tumörcellerna, men som också förstör friska celler i området. De vävnader som besparats från nedfrysningen har emellertid god förmåga att förnya sig och området läker av sig självt inom 2–4 veckor. Det nedfrysta området kan på grund av ärrbildningen bli något ljusare än den omkringliggande huden.

Fotodynamisk terapi

Tunna och ytliga elakartade tumörer i huden och deras förstadier kan även behandlas på annat sätt än med operation. En av dessa metoder är fotodynamisk terapi (Photo Dynamic Therapy, PDT) dvs. ljusbehandling. Speciellt solar keratos, carcinoma in situ och yttlig basalcellscancer kan framgångsrikt behandlas med ljusbehandling.

Den fotodynamiska terapins effekt grundar sig på att ämnesomsättningen i hudcancer cellerna är annorlunda än ämnesomsättningen i friska hudceller. Det verkande ämnet vid fotodynamisk terapi, aminolevulinat, överförs så småningom från den salva som applicerats på huden till tumörcellerna och omvandlas i dem till en ljuskänslig förening, porfyrin. Motsvarande förändring inträffar även i de omgivande friska hudcellerna, men mycket svagare. Efter en väntetid på 2–3 timmar avlägsnas salvan från huden och området belyses under cirka tio minuter med vanligt rött ljus (våglängd 630 nm). Den ljuskänsliga föreningen som ansamlats i tumörcellerna upplöses och frigör syre som skadar strukturerna inne i cellen och förstör tumörcellerna. Den omgivande friska huden reagerar endast i form av en svag rodnad, dvs. det är fråga om en målinriktad behandling av hudcancer celler.

Fotodynamisk terapi är ofta lätt att genomföra. Det område som ska behandlas tunnas ut genom att avlägsna fjällande hud och sårskorpor, salvan appliceras på det område som ska behandlas och på den omgivande huden och förses med en tunn plastfolie. Under ljusbehandlingen upplever patienten en stickande eller brännande känsla i behandlingsområdet. Ibland kan smärtan vara kraftigare och området som behandlas kan vid behov bedövas. Genast efter ljusbehandlingen uppstår det oftast lindrig svullnad på huden. En yttlig sårskorpa bildas inom några dagar och den lossnar inom cirka en vecka. Behandling ges 1–2 gånger med cirka en veckas intervall. Efter behandling kan huden vätas och tvättas på normalt sätt.

Efter att sårskorpan lossnat är huden i området något tunnare och rödare än övrig hud under några månader. Under denna tid ska huden skyddas speciellt för solljus. Så småningom blir huden på det behandlade området normalt, såvida tumören inte i betydande grad har hunnit förstöra hudens djupare strukturer. Fotodynamisk terapi lämpar sig speciellt bra för behandling av ytliga förändringar i ansiktet, eftersom man oftast får ett utmärkt kosmetiskt resultat. En annan fördel med metoden är möjligheten att behandla spridda och stora områden med solar keratos eller stora enskilda, men ytliga tumörer som är svåra att operera.

Man känner inte till att fotodynamisk terapi skulle ha orsakat långvariga biverkningar och vid behov kan terapin användas upprepade gånger för att behandla nya förändringar. Det största praktiska problemet är den smärta

som uppstår speciellt vid behandlingen av stora områden. Smärtan kan emellertid lindras på många sätt. Terapins effekt vid behandlingen av ytliga hudtumörer är god och cirka 90 procent av patienterna tillfrisknar. Ett gott slutresultat förutsätter emellertid att de förändringar som behandlingen lämpar sig för väljs ut omsorgsfullt.

Då man behandlar tjockare tumörer i djupare hudlager är både det kosmetiska resultatet sämre och andelen patienter som tillfrisknar mindre. Fotodynamisk terapi används inte heller vid behandling av skivepitelcancer som växer ned i djupare hudlager eller av melanom och dess förstadium.

Hudvård efter en åtgärd

Hudområden som behandlats med ljus eller flytande kväve ska duschas minst två gånger per dag och hudområdet ska hållas täckt med ett förband som inte fastnar i såret. Om området utsöndrar vätska, kan även kompresser som suger upp vätska användas på det behandlade området. Inflammerad hud ska duschas och smörjas med antibakterisk salva.

Om läkaren ordinerar en produkt för lokal behandling av hudförändringen, såsom imiquimod- eller ingenolmebutat-salva, förekommer det alltid rodnad, klåda, sveda eller irritation på det behandlade området. Om det förekommer stark smärta eller om behandlingsområdet varar, ska den vårdande läkaren kontaktas. Enligt läkarens anvisningar kan huden lugnas antingen genom att duscha den eller med antibakterisk behandling.

Om huden är mycket benägen att bilda stora ärr, kan ärrbildningen hejdas och mildras med silikonförband. Ibland kan laserbehandling användas som eftervård för att släta ut ärrbildningen.

Vävnadstransplantat

Se avsnittet Hudmelanom/Operativ behandling av hudmelanom.

Hudvård efter en operation

Se avsnittet Hudmelanom/Hudvård efter operation.

Strålbehandling

Se avsnittet Hudmelanom/Strålbehandling.

Uppföljning

Om en person har många födelsemärken/leverfläckar eller om han eller hon redan flera gånger har vårdats för hudcancer eller förstadier till hudcancer, lönar det sig att avtala om årliga läkarbesök. Det lönar sig att självständigt föra bok över hudens tillstånd i samband och mellan besöken. Dagbok eller karta över födelsemärkena/leverfläckarna eller en kombination av dessa gör det lättare att jämföra situationen med tillståndet vid det föregående besöket. Fotografier registrerar bättre än minnet hur huden utvecklas, antalet födelsemärken/leverfläckar och deras storlek.

Den vårdande läkaren fastställer hur långa uppföljningsintervallen är efter basalcells- och skivepitelcancer. Uppföljningen sker ofta på en hälsocentralläkares mottagning. Vid uppföljningen efter en behandling är det viktigt att patienten söker sig till undersökning och vård genast när det sker små förändringar i huden.



Hudmelanom

”*”På sommaren 2006 hade jag en konstig leverfläck på vristen. Den var annorlunda. Jag minns att jag tyckte att den såg speciell ut. Den hade en konstig svart färg, men den var så liten att jag inte såg någon sårig kant, fast det senare enligt patologens utlåtande fanns en sådan. Jag uppsökte läkare i februari. Leverfläcken togs bort och läkaren ringde mig i mars och berättade att det är melanom.”*

Hudmelanom är cancer i hudens pigmentbildande celler, de s.k. melanocyterna. År 2000 konstaterades det över 600 nya fall av melanom i Finland och år 2009 över 1 100 nya fall. Enligt statistik från 2012–2014 var det genomsnittliga nya antalet melanomfall per år redan 1 360. Siffran har stigit jämnt varje år och det uppskattas att antalet nya melanomfall redan kommer att vara över 1 500 år 2020.

Hudmelanom är ovanligt bland barn, men relativt vanligt redan hos 40-åringar. Hälften av dem som insjuknar i melanom är under 65 år.

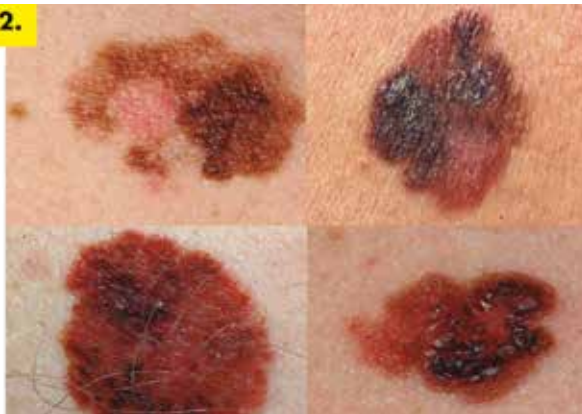
Det snabbt ökade antalet melanompatienter antas bero på att befolkningen i allt större utsträckning utsätts för solens UV-strålning. Antalet personer som dör i hudmelanom har inte märkbart ökat i Finland, vilket antas bero på att sjukdomen konstateras i ett tidigt skede och att det är vanligast med ytligt melanom. Hudmelanom förekommer typiskt på de övre delarna av ryggen hos män och på de nedre extremiteterna hos kvinnor.

Det finns fyra huvudtyper av melanom: Lentigo maligna melanom, ytligt växande melanom, nodulära melanom och akrala melanom. Tumörens prognos är beroende av hur tjockt melanomet är när det avlägsnas. Nodulärt melanom växer snabbare på djupet än ett melanom som sprider sig ytligt. Melanom kan även uppstå t.ex. under en nagel eller på en slemhinna. Ett melanom som uppkommer på fotsulan kan vara problematisk, eftersom det

11.



12.



är svårt att upptäcka. Melanom på fotsulan kan först behandlas som en förhårdnad eller som en inflammation i nagelvallen och diagnosen fastställs först vid undersökningen av en provbit. Melanom på fingrar och tår kallas för akrala melanom. Hos den äldre befolkningen är det typiskt med lentigo maligna-melanom i ansiktet och på övre delen av kroppen.

Melanom observeras i allmänhet på frisk hud som en pigmentförändring som har en brokig färg och ojämna kanter. Huden kan också vara sårig. Melanomet kan sakna färg helt och hållet. Huden är då rödaktig och man kanske inte misstänker melanom. Pigmentfattigt melanom kallas för amelanotiskt melanom. Se bilderna 11, 12, 13, 14, 15, 16 och 17.

Största delen av de konstaterade melanomtumörerna är ytliga tumörer med en god prognos. Över 90 procent av de patienter som insjuknat i ett ytligt, icke-sårigt melanom som är mindre än en millimeter tjockt, är fortfarande vid liv fem år efter diagnosen. Åttiofem procent av alla patienter är fortfarande vid liv fem år efter diagnosen.

Den viktigaste orsaken till uppkomsten av melanom är att huden upprepade gånger bränns av solens ultraviolette strålning, speciellt i barndomen och ungdomen. Speciellt känsliga för denna exponering är personer med ljus, fräknig hy som inte blir särskilt bruna och som lätt bränner sig. Unga melanompatienter är vanligen mycket ljushyade, men bland patienterna i medelåldern och bland äldre förekommer alla slags hudtyper.

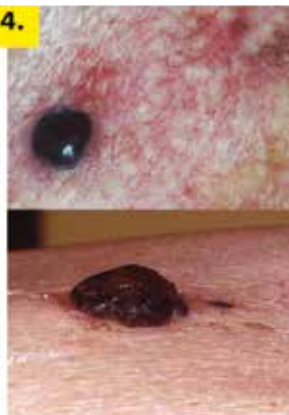
”Jag är rödhårig och som barn brände jag mig så gott som alltid när jag gick ut. Jag är född på 1960-talet och då visste man inte så mycket om dessa saker.”

Om det har förekommit melanom i släkten och du har många födelsemärken/leverfläckar på huden, lönar det sig att granska dem med jämna mellanrum. Vid uppföljningen av födelsemärkena/leverfläckarna kan man använda en digitalkamera som hjälp. Om förändringar observeras, är det

13.



14.



skäl att uppsöka en läkare utan dröjsmål, eftersom misstänkta förändringar bör avlägsnas eller deras karaktär undersökas med dermatoskop. De som tillhör riskgruppen kan upptäcka ett större antal ilska leverfläckar, dvs. dysplastiska födelsemärken, som bör avlägsnas. Födelsemärken/leverfläckar som länge varit oförändrade, dvs. stabila födelsemärken/leverfläckar, behöver inte tas bort. Om ett befintligt födelsemärke däremot förändras eller det är fråga om en ny växande hudförändring som ser misstänkt ut, bör födelsemärket eller leverfläcken avlägsnas.

”Min fru upptäckte en leverfläck som blivit svart på min rygg. Jag visade den för företagsläkaren i samband med en regelbunden hälsogranskning. Leverfläcken togs bort. Då jag fick veta att det var melanom, avlägsnade en plastikkirurg mera hud runt omkring leverfläcken och ytterligare fyra andra leverfläckar. Resultaten var rena.”

15.



16.



17.



Diagnostik av melanom genom vävnadsundersökning

Den misstänkta hudförändringen avlägsnas genom hela hudens tjocklek på så sätt att 1–2 mm frisk hud, dvs. en marginal, opereras bort runt förändringen. Om förändringen är svår att operera bort i sin helhet, tas en provbit från det ställe som ser tjockast ut. Om det inte är möjligt att ta en provbit på mottagningen, skickar läkaren patienten brådskande till en hudspecialist eller en plastikkirurg.

Vävnadsbiten skickas till en patolog för undersökning. Diagnosen på hudmelanom verifieras då man fått ett PAD-utlåtande av vävnadsundersökningen för den bortopererade hudförändringen (PAD = patologisk anatomisk diagnos).

I sitt utlåtande meddelar patologen typen av melanom och Breslow-klassificeringen, dvs. tumörens tjocklek i millimeter. Utlåtandet innehåller även uppgifter om Clark-klass (anger hur långt ned i förhållande till hudens lager som tumören vuxit), eventuella sårigheter, dvs. ulceration, satelliter samt antalet celler som delar sig (mitosindexet) och marginalerna med frisk vävnad. Utifrån dessa uppgifter planeras den individuella operationsbehandlingen.

Om man konstaterar hudmelanom i en leverfläck som opererats bort i diagnostiskt syfte utan marginaler, görs en mer omfattande, kompletterande operation. Avsikten är att avlägsna tumörvävnaden så att sjukdomen inte förnyar sig. Melanomets operationsmarginaler och beslutet om att göra en undersökning av portvaktscörtlarna grundar sig i främsta hand på Breslow-klassen. Ett annat mål är att få information om huruvida tumören eventuellt har spritt sig till lymfkörtlarna och att ta bort sådana lymfkörtlar. Lymfkörtlarna undersöks om det enligt vävnadsundersökningen finns risk för att tumören kan sprida sig till lymfkörtlarna. Sannolikheten för att melanomceller hittas i portvaktscörteln är

- 5 % i melanom som är 1 mm tjockt
- 25 % i melanom som är 1–4 mm tjockt
- 60 % i melanom som är över 4 mm tjockt.

Även tumörens övriga egenskaper inverkar på huruvida det bildas metastaser. Sådana egenskaper är ulceration som patologen konstaterat vid vävnadsundersökning samt ett högt mitosindex, dvs. det finns mer än en celledelning per kvadratmillimeter vävnadsprov.

Vid planeringen av en operation beslutar man hur stora operationsmarginalerna ska vara (den friska vävnaden som omger födelsemärket/leverfläcken), bedömer huruvida det behövs vävnadstransplantat och om man ska göra en undersökning av portvaktscörtlarna. I undersökningen av

portvaktsskörtlarna ingår en lymfkörtelkarta som görs innan operationen, bortoperation av de lymfkörtlar som märkts ut på kartan och en mikroskopisk vävnadsundersökning av lymfkörtlarna, som utförs av en patolog. Portvaktsskörtlarna är de första lymfkörtlarna cancer sannolikt skulle sprida sig till längs lymfvägarna. Om portvaktsskörtlarna är friska, är sannolikheten cirka 90 procent att även de övriga lymfkörtlarna i området är friska.

Melanom kan även sprida sig i kroppen via blodet, t.ex. till andra lymfkörtlar, huden eller till vävnader under huden, lungorna, levern, skelettet och hjärnan.

Lymfkörtelkarta och undersökning av portvaktsskörtlar



"Senare gjordes en undersökning av portvaktsskörtlarna och därefter avlägsnades sju portvaktsskörtlar ur armhålan, av vilka en innehöll en metastas på 1 mm. Det var det första bakslaget."

Genom att kartlägga lymfkörtlarna före operation kan man bestämma läget för de lymfkörtlar som ska tas bort. Kartläggningen av lymfkörtlarna är en isotopundersökning, där albumin som tillförts en liten mängd av den radioaktiva isotopen teknetium injiceras i läderhuden på bäge sidor om äret efter melanomet.

Spårämnet vandrar längs lymfvägarna till lymfvägens första lymfkörtel, dvs. till portvaktsskörteln (sentinel node). Beroende på antalet lymfvägar kan det även finnas flera portvaktsskörtlar. Genom att ta en bild med gammakamera kan man kartlägga lymfkörtlarna i kroppen. Portvaktsskörtlarnas läge syns på bilden och de märks i allmänhet ut med filtpenna på huden. Kartläggningen av lymfkörtlarna anger inte om lymfkörtlarna är friska eller huruvida de innehåller cancerceller.

Spårämnet albumin, som använts vid kartläggningen av lymfkörtlarna, upp-tas i huvudsak i portvaktsskörteln och kan med hjälp av strålning lokaliseras inom ett till två dygn. Under operationen lokaliseras portvaktsskörtlarna med hjälp av en strålningsmätare, dvs. en gammadetektor. De bortopererade lymfkörtlarna skickas till en patolog för vävnadsundersökning och svaren fås inom ett par veckor.

Om hudmelanomet är tjockt, dvs. dess Breslow-klass är över fyra millimeter eller om det i lymfkörtelområdet före operation konstateras stora eller till sin struktur avvikande lymfkörtlar, rekommenderas ultraljudsundersökning av lymfkörtelområdet. Det kan tas ett nålprov av lymfkörtlarna i samband med ultraljudsundersökningen. Om provet visar att det finns melanomvävnad, görs det i vanliga fall ingen kartläggning av lymfkörtlarna eller någon undersökning av portvaktsskörteln. I dylika fall avlägsnas samtliga lymfkörtlar i det aktuella området genom operation.

Operationsbehandling av hudmelanom

Lokalt melanom som utgår från huden behandlas alltid genom operation. Målet med operationen är att avlägsna tumörvävnaden så att sjukdomen inte förnyar sig. Ett annat mål är att få information om huruvida tumören eventuellt har spridit sig till lymfkörtlarna. Om tumören har spridit sig, avlägsnas lymfkörtlarna.

Lymfkörtlarna undersöks alltid om det enligt vävnadsundersökningens klassificering finns risk för att tumören kan sprida sig till dem. Vid operation av hudmelanom används sällan fryssnittsundersökning som görs under operation, eftersom den är inexact när det gäller att lokalisera melanomet.

Såret kan ibland stängas direkt med suturer, men ofta behövs ett hudtransplantat eller en lokal hudflik för att täcka över vävnadsbristen. Om man tar bort lymfkörtlar vid operationen, läggs en silikondrän i området som samlar in lymfvätska i det opererade området några dagar efter operationen så att såret kan läka i lugn och ro.

Efter den diagnostiska operationen av hudmelanom opereras ärrer i en ny operation. Marginalen fastställs enligt Breslow-tjockleken och på djupet sträcker sig operationen till muskelhinnans yta:

- vid melanom in situ (förstadiet av melanom) är marginalen frisk hud 5 mm
- vid invasiva melanom är marginalen 1–2 cm i hudens riktning
- vid melanom som är under 1 mm tjockt rekommenderas en operationsmarginal på 1 cm i hudens riktning
- vid operation av melanom som är 1–2 mm tjockt är operationsmarginalen 1–2 cm och av melanom som är över 2 mm tjockt rekommenderas en marginal på 2 cm i hudens riktning.

Operationsmarginalerna är beroende av var hudmelanomet anatomiskt är beläget. Vid operation strävar man efter att undvika betydande utseendemässiga men.



"Vristen är av naturen stram, dvs. det finns ingen överskottshud på vristen. Operationen gjordes med ryggmärgsbedövning. Det var nämligen oklart om man skulle bli tvungen att göra ett hudtransplantat, ifall såret inte kunde stängas. Med det kunde det. Såret syddes med tio stygn och var nog ganska långt. Jag gick först med kryckor och var försiktig så att såret inte skulle spricka upp. Sjukledigheten varade i två och en halv vecka. Jag har ett rörligt arbete, där jag blir tvungen att böja mig, stå och gå mycket."

Om det konstateras en melanom metastas i en lymfkörtel, strävar man efter att operera bort alla lymfkörtlar inom samma lymfkörtelområde. En sådan operation kallas för lymfkörtelutrymning. Lymfkörtelområdena är halsen, armhålorna och ljumskvecken.

Efter en lymfkörteloperation kan det uppstå svullnad, som bäst kan behandlas förebyggande genom att använda stödstrumpa eller -ärm. De övre extremiteternas rörelsebanor återhämtar sig med hjälp av dagliga rörelseövningar. Lymfterapi hjälper mot svullnaden, men hjälpen är kortvarig utan stödärm eller -strumpa.

Resultaten vid undersökning av portvaktskörtlar

Före efterkontrollen fås ett utlåtande om tillståndet hos de portvaktskörtlar som bortopererats. Om en metastas hittas i en portvaktskörtel, rekommenderas en kompletterande lymfkörteloperation. I dylika fall har 15–20 procent av patienterna även melanom i de övriga lymfkörtlarna i området, men i fyra fall av fem görs en operation för säkerhets skull. I en internationell multicenterstudie (MSLT II, <http://clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00297895>) utreddes huruvida man i stället för en kompletterande operation kunde följa upp situationen med ultraljudsundersökningar. Analysen av undersökningsresultaten pågår ännu och den väntas färdigställas inom en snar framtid.

Beroende på portvaktskörteln tillstånd kan prognosen för dem som insjuknat i melanom indelas i två grupper. Av de patienter som har friska portvaktskörtlar är över 90 procent fortfarande vid liv efter fem år. Om det finns en metastas i portvaktskörteln är överlevnadsprognosen under de följande fem åren 60 procent. För den sistnämnda patientgruppen ordnas i allmänhet en intensivare uppföljning i enlighet med cancerläkarnas instruktioner. Patienterna i denna grupp kan även lämpa sig för läkemedelsstudier, i vilka man reder ut effekten av läkemedel som ges som förebyggande (adjuvant) behandling. Någon rutinmässig adjuvant behandling finns ännu inte i rekommendationerna för behandlingen av hudmelanom.

Vävnadstransplantat

Om avlägsnandet av hudcancer orsakar vävnadsbrist och såret inte kan sys fast, används vävnadstransplantat för att stänga såret. Vävnadstransplantaten indelas i hudtransplantat och vävnadsflikar. Hudtransplantat indelas vidare i fullhudstransplantat och delhudstransplantat. Hudtransplantatet kan omfatta både läderhuden och överhuden, då man talar om ett fullhudstransplantat. Ett fullhudstransplantat görs med kniv och öppningen stängs med suturer. Fullhudstransplantat används mest vid vävnadsbrist som uppstått i ansiktet på grund av hudcancer. Svagheten med ett fullhudstransplantat är osäkerheten om huruvida det fäster i sårbottnen, men om man lyckas är det estetiska resultatet något bättre än med delhudstransplantat.

Ett delhudstransplantat hyvlas från huden från ett annat ställe på kroppen. Ovanpå tagningsstället läggs vanligen vattenogenomsläpplig folie, som får ligga kvar 2–3 veckor. Under denna tid förnyar sig tagningsstället

från sårbottnen. Delhudstransplantat kan användas för att täcka stora sår, och eftersom hudtransplantatet perforeras eller förses med nätförband kan vävnadsvätskan rinna ut ur såret och transplantatet fäster bättre. Nätet syns senare i äret, men med tiden blir den transplanterade huden starkare och blekare, varvid det estetiska resultatet förbättras. Delhudstransplantat används typiskt på underbenet och fötterna.

Vävnadsbrist kan också täckas med en lokal hudflik, som har samma tjocklek som vävnadsbristen. Operationsäret blir då emellertid större. Hudtransplantat används speciellt i ansiktet och på övre delen av ryggen. På kroppen, armarna och benen kan såren oftast stängas direkt. Vävnadstransplantat som görs med mikrokirurgisk teknik och omfattar flera olika vävnader som flyttats från en del av kroppen till en annan och implanterats i nya blodkärl behövs sällan i behandlingen av hudcancer.

Hudtransplantat och vävnadsflikar läker inom några veckor. Ären efter sårbehandlingen och vävnadssvullnaden efter operationen bleknar till slut så att de knappt märks.

Behandling av såret efter en operation

Efter operationsvården lämnas suturerna kvar så länge som läkaren föreskriver. Sårförbandet lämnas kvar åtminstone under ett dygn, och tas bort innan patienten duschar. Sårtejp används tills suturerna tas bort. Det gör inget fast det sydda såret blir blött i duschen, men det behöver inte duschas speciellt. Det tar tre till fem dygn innan hudtransplantatet fäster i sårbottnen, under vilka hudtransplantatet inte får röra sig i förhållande till underlaget och sårområdet inte får svullna upp. Det är viktigt att iaktta de noggranna behandlingsinstruktionerna som fås från vårdenheten för att hudtransplantation ska lyckas.

Adjuvant terapi för hudmelanom

Efter operation skickas patienter med en hög återfallsrisk till en cancerläkare dvs. en onkolog, för planering av uppföljningen och för bedömningen av behovet att fortsatt vård. Patienten har en hög återfallsrisk då man konstaterat metastaser i en portvaktskörtel eller då hudmelanomet har en Breslowtjocklek på över 4 mm.

Med adjuvant läkemedelsbehandling avses återfallsförebyggande cytostatikabehandling eller strålbehandling efter operationen i sådana fall där hela cancertumören har kunnat avlägsnas.

I forskningen som gäller adjuvant terapi har man i främsta hand utrett effekten av interferon-alfa. (IFN-alfa), men utifrån de forskningsresultat som hittills fått rekommenderas inte en rutinmässig användning av adjuvant behandling för alla patienter med melanom som spritt sig till de lokala

lymfkörtlarna. Patienter med stor återfallsrisk, som har flera eller synliga (makroskopiska) metastaser i de lokala lymfkörtlarna, kan emellertid ha nytta av en ett års IFN-alfabehandling, speciellt om man i modertumören konstaterar ulceration, dvs. sårigheter eller mitoser (celldelningsmönster). Därtill kan man överväga IFN-alfabehandling som adjuvant terapi efter en ny operation hos patienter som haft lokalt återfall av melanom upprepade gånger.

Vid adjuvant terapi är dosen av IFN-alfa större än vid kombinationsbehandling av spritt melanom. Biverkningar av IFN-alfa är bl.a. feber, huvudvärk, muskelvärk, trötthet, aptitlöshet, depression, funktionsstörningar i sköldkörteln samt förändringar i benmärgens och leverns funktion.

Behandling av avancerat melanom

Avancerat melanom har i allmänhet inte kunnat botas, men med läkemedelsbehandling har man kunnat bromsa upp sjukdomens framskridande. Under de senaste åren har det emellertid skett betydande framsteg i behandlingen av avancerat melanom. Nya selektiva läkemedel och immunologiska antikroppsbehandlingar har avsevärt förbättrat behandlingsresultaten.

På grund av melanomets immunologiska egenskaper har de immunologiska behandlingarna, såsom IFN-alfa, interleukiner och under de senare åren även antikroppar, t.ex. antikroppen CTLA-4 (ipilimumab) varit föremål för intresse vid utvecklingen av behandlingarna. Ipilimumab är det första läkemedlet för vilket man kunnat påvisa att det har förlängt livstiden för patienter med avancerat melanom jämfört med cytostatikabehandlingar. Ipilimumabs effekt framgår mycket långsamt, dvs. inom loppet av flera månader. Ipilimumabsbehandlingens effekt kan ännu inte prognostiseras med med kontrastämne, men den verkar ha dålig effekt hos patienter som har en långt avancerad sjukdom eller hos vilka sjukdomen framskrider snabbt. I analyser där man kombinerat olika studier har det påvisats att en knapp tredjedel av de patienter som fått ipilimumab är vid liv om fem år. Eftersom läkemedlet ofta ger mycket svåra biverkningar, lämpar sig behandlingen inte för alla. Ipilimumab har i Finland godkänts för användning som första linjens behandling av avancerat melanom. Antikropparna anti-PD 1 (pembrolizumab och nivolumab) har påvisats vara effektivare än ipilimumab som första linjens behandling vid avancerat melanom. Över 70 procent av patienterna är vid liv ett år efter att behandling med antikroppen anti-PD-1 har inletts. Risken för immunologiska biverkningar är mindre med pembrolizumab och nivolumab än med ipilimumab (12–15 procent). Förekomsten av PD-1 i cancervävnaden kan ha ett samband med det bättre behandlingsresultatet med dessa läkemedel, men det är emellertid inte tillräckligt tillförlitligt för att förutsäga om behandlingen ger nytta eller inte. Tack vare sin bättre effekt har antikropparna anti-PD-1 slagit ut ipilimumab som första

linjens behandling vid avancerat melanom. På våren 2015 fick kombinationsbehandlingen med ipilimumab och nivolumab försäljningstillstånd i Europa. Kombinationsbehandlingen ger emellertid betydligt flera biverkningar, vilket begränsar användningen av dem på patienter i mycket gott skick. Behandlingen har gett bättre behandlingsrespons och den genomsnittliga tiden som det tar för sjukdomen att framskrida är något längre. Tills vidare känner man emellertid inte till om kombinationsbehandlingen förbättrar totalprognosen jämfört med anti-PD-1-antikroppsbehandling. Onkolytisk virusbehandling, dvs. talimogen laherparepvec (T-VEC) har tagits fram som en ny form av immunologisk behandling. T-VEC fick försäljningstillstånd år 2015 för behandlingen av lokalt framskriden melanom som inte kan opereras eller ytligt spritt melanom. Genomförandet av behandlingen kräver att sjukhuset har specialkompetens och -utrustning. För närvarande undersöks även möjligheterna att kombinera T-VEC med andra immunologiska läkemedelspreparat.

I läkemedelsforskningen har man utrett effekten av olika nya målinriktade läkemedel i tablettform även på melanom. Cirka 50–60 procent av melanomtumörerna har en B-RAF-mutation. Förekomsten är större hos yngre patienter samt vid melanom på kroppen. Dessa tumörer har visat sig vara känsliga för vissa B-RAF-hämmare (t.ex. vemurafenib, dabrafenib osv.). Läkemedlet har en snabb verkan, men samtidigt framkommer även biverkningarna redan i början av behandlingen. Både med vemurafenib och dabrafenib har man kunnat påvisa att livslängden för B-RAF-positiva patienter har förlängts jämfört med patienter som fått dakarbazinbehandling vid avancerat melanom och av den anledningen används de även för att behandla avancerat melanom. B-RAF-hämmare kan användas på B-RAF-positiva patienter antingen som första linjens behandling eller senare vid avancerat melanom. B-RAF-hämmarnas effektivitet har förbättrats genom att ansluta en MEK-hämmare (kobimetinibi, trametinibi osv.) till behandlingen. MEK-hämmare omfattas emellertid inte ännu av FPA:s specialersättning för läkemedel. Cirka tre år efter behandlingen är cirka 50 procent av patienterna vid liv med kombinationsbehandlingar av selektiva läkemedel. Direkta jämförelser med immunologiska behandlingar har tills vidare inte gjorts. Vilken behandling som väljs som första linjens behandling är beroende av hur snabbt melanomet växer, hur utbredd sjukdomen är och patientens eventuella andra grundsjukdomar. I vissa former av melanom (som utgår från slemhinor, uppstår under naglar, s.k. akrala melanom och sådana som sprider sig ytligt) kan det finnas en KIT-mutation. I sådana fall har imatinib-behandling verkat vara ett lovande behandlingsalternativ. Användningen av Imatinib är emellertid ännu inte etablerad och läkemedlet berättigar inte till ersättning vid avancerat melanom.

Dakarbazin betraktas fortfarande som standardcytostatikabehandling av avancerat melanom. Läkemedlet är den mest använda cytostatikan vid behandlingen av sjukdomen. Dakarbazinets besläktade ämne temozolomide är ett läkemedel som tas via munnen och som genomtränger blod-hjärnbarriären mycket väl och verkar vara lika effektivt som dakarbazin. Läkemedlet minskar risken för att avancerat melanom ska skicka metastaser till hjärnan.

De vanligaste kombinerade cytostatikabehandlingarna som används i Finland är TOL (temozolomid, vinkristin, lomustin), DOBC (dakarbazin, vinkristin, belomysin och lomustin) samt paclitaxel-carboplatin. Föreningarna kan även kombineras med IFN-alfa. Även om cytostatikabehandling i allmänhet inte ger någon långvarig effekt, kan man i enskilda fall uppnå mycket långa, fullständiga behandlingsresponser som räcker flera år.

Vid behandlingen av avancerat melanom har man även prövat melanomvaccin. Tillsvidare har det inte kunnat påvisas att vaccinerna inverkat på patientens livslängd. Således är vaccinerna fortfarande experimentella behandlingar.

Operation av metastaser övervägs, om det är möjligt att avlägsna enskilda metastaser genom operation. Vårdbeslutet fattas gemensamt av cancerläkarna och kirurgerna.

Biverkningar av läkemedelsbehandling för melanom

Biverkningar förknippade med immunologiska behandlingar beror på att läkemedlet också inverkar på kroppens andra vävnader och därmed kan förorsaka inflammatoriska reaktioner i dem (inflammation i tarm, sköldkörtel, lever, bukspottskörteln, hjärnbihaget osv.). Inflammatoriska reaktioner kräver ofta kortisonbehandling för att läka, de kan vara långvariga och kräva att patienten vistas en längre tid på sjukhus. Symtomen är annorlunda än vid cytostatikabehandling och ofta obestämda. Vissa av dessa biverkningar kräver åtminstone symtomenlig behandling redan i ett tidigt skede. Av den anledningen är det viktigt att patienter som får immunologisk behandling att vara i kontakt med sin vårdenhet genast när symtomen uppkommit.

Behandling med selektiva läkemedel kräver en noggrann uppföljning av huden på grund av den ökade risken för skivepitel- och basalcellscancer. Vemurafenib är ett ganska vältolerat läkemedel, men för många förorsakar den hudrelaterade biverkningar. Det har konstaterats att cirka 20–30 procent av patienterna får skivepitelcancer i huden under behandlingen. Därtill uppstår det även vårtaktiga hudförändringar hos ett flertal patienter. Behandlingen gör också huden ytterst känslig för solen och även för ljus. Därför är det viktigt att omsorgsfullt skydda sig för solen för att behandling-

en ska lyckas. Behandlingen kan också ge upphov till ledvärk, trötthet, lindrig njursvikt, hudförtjockningar under fötterna, diarré osv. Dabrafenib ger likartade biverkningar, men känsligheten för solljus och hudproblemen är mindre. Däremot kan Dabrafenib orsaka plötslig och snabbt stigande feber, som kan kräva sjukhusvård. På grund av BRAF-hämmarnas biverkningar på huden är det nödvändigt att en cancerläkare och vid behov även en hudläkare aktivt följer upp patienten. Då MEK-hämmare tas vid sidan av BRAF-hämmare, blir en del av biverkningarna lindrigare, men t.ex. feber förekommer oftare med kombinationen dabrafenib-trametinib än då dabrafenib används ensamt. Imatinibbehandlingen är i allmänhet vältolererad, men kräver att blodvärdena regelbundet följs upp för att eventuella biverkningar ska kunna konstateras i ett tidigt skede.

Behandlingsperioder med cytostatika genomförs med 3–4 veckors mellanrum som dropp på en poliklinik. Vissa cytostatika, t.ex. lomustin och temozolomid, intas i tablettform. Cytostatika hämmar på olika sätt cancercellernas tillväxt eller delning. Biverkningarna beror på att läkemedlen även angriper friska celler som delar sig snabbt. På grund av detta följer man upp förändringarna i blodvärdena, dvs. antalet röda blodkroppar, vita blodkroppar och trombocyter mellan behandlingarna.

Vissa läkemedel kan inverka på det perifera nervsystemet, vilket vanligtvis orsakar domning i fingrar och tår samt förstoppning. Dakarbazin eller temozolomid orsakar inte ensamt håravfall, men de kombinationer som används vid behandlingen av melanom, exempelvis DOBC och carboplatin-paclitaxel, bidrar ofta till håravfall. Dakarbazin gör också huden extra känslig för solen. Läkemedlet kan också irritera blodådrorna under dropp. Både dakarbazin, temozolomid och IFN-alfa kan ha skadlig inverkan på leverns funktion. Illamående kan förekomma speciellt vid användningen av cytostatikaföreningar, men illamåendet kan förebyggas och behandlas med läkemedel mot illamående. Låg feber kan förekomma efter att bleomycin getts som dropp. IFN-alfa injiceras under huden. Den egna skötaren lär patienten eller den anhöriga att injicera läkemedlet. Det lönar sig att injicera läkemedlet på kvällen, varvid biverkningarna går över medan man sover. Biverkningarna av interferonet är beroende av dosens storlek. Interferonbehandling kan vanligtvis orsaka feber, förkylningssymtom, rastlöshet, huvudvärk samt trötthet och muskelsmärter. Dessa kan lindras med symtomenliga läkemedel, t.ex. paracetamol eller antiinflammatoriska läkemedel. Vid längre användning kan IFN-alfa orsaka aptitlöshet, viktminskning, diarré, depression samt funktionsstörningar i sköldkörteln, levern och benmärgen samt brist på sexuell lust. Biverkningarnas art och hur kraftiga de är varierar individuellt. Det är skäl att berätta om förändringar i det egna tillståndet och om eventuella biverkningar för en sjukskötare eller vårdande läkaren.

Alkohol och vitaminer ska undvikas en dag före cytostatikabehandlingen, under behandlingsdagen och dagen efter behandlingen. Därtill rekommenderas det att man under hela cytostatikabehandlingen undviker att använda naturpreparat för att undvika skadliga interaktioner. Av säkerhetsskäl är det viktigt att berätta för vårdande läkaren om läkemedel som man tar på eget initiativ. Naturpreparat och alternativa läkemedel kan inverka på cancermedicinens effekt och öka biverkningarna.

HANDLEDNINGAR FÖR PERSONER SOM FÅR CYTOSTATIKABEHANDLING

Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland ry har publicerat handböcker som finns i elektronisk form på adressen

<http://www.syopapotilaat.fi/pa-svenska/publikation-om-cancer/>

Strålbehandling av melanom

Hudcancer behandlas i första hand genom operation. Strålbehandling inleds då operationssåret har läkt, i allmänhet 4–6 veckor efter operationen. Planeringen av strålbehandling tar tid, eftersom den skräddarsys individuellt för varje patient. Efter besöket hos strålbehandlingsläkaren görs i allmänhet en personligt fixerad form, som säkerställer att ställningen under behandlingen inte förändras. Därefter avbildas det område som ska behandlas med datortomografi eller magnetavbildning (simulering). Utifrån dessa bilder gör strålbehandlingsläkaren en skräddarsydd dosplan i samarbete med en fysiker. De egentliga strålbehandlingsbesöken utgör korta besök under på varandra följande vardagar. Strålbehandling ges i allmänhet under fem veckor. Om specialteknik används (t.ex. stereotaktisk strålbehandling), kan strålbehandlingsperioden även vara kortare.

I vissa situationer kan man använda cytostatikabehandling under strålbehandlingsperioden för att förbättra strålbehandlingens effekt.

Strålbehandlingen som ges vid hudcancer är i allmänhet en rätt väl tolererad behandling. Biverkningar som behandlingen orsakar är i huvudsak att det behandlade hudområdet rodnar och att det eventuellt uppstår sårigheter. Det slutliga resultatet är i allmänhet gott och det uppstår sällan långvariga men. I vissa fall kan strålbehandling ges på nytt på samma hudområde, men i sådant fall är den nya behandlingens totaldos mindre. Då man behandlar lymfkörtelområden på halsen, kan det uppstå torrhet i munnen. På grund av detta strävar man i allmänhet efter att spara åtminstone några spottkörtlar då man gör upp en strålbehandlingsplan som inkluderar användning av specialtekniker.

Lymfkörtelområdet kan strålbehandlas efter operation, om man har funnit en stor metastas i lymfkörteln, metastaser i flera lymfkörtlar eller om metastasen har vuxit ut genom lymfkörtelns kapsel. Om lymfkörtelområden i ljumskvecket eller armhålan strålbehandlas, kan svullnaden i benet eller armen öka efter operationen.

Strålbehandling kan användas efter operation av metastaser för att förbättra operationsresultatet och för att minska risken för att sjukdomen förnyar sig lokalt. Därtill kan den användas för behandling av enskilda metastaser i lungor, skelett och ytliga hudmetastaser, om de inte kan opereras. Strålbehandling används också för att lindra symtomen, t.ex. för behandlingen av metastaser som orsakar benvärk eller om det konstateras att melanomet spritt sig till hjärnan. Strålbehandlingens längd är i sådana fall i allmänhet kortare (från en till tio behandlingsgångar).

HANDBOK TILL DIG SOM FÅR STRÅLBEHANDLING

Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland ry har publicerat handböcker som finns i elektronisk form på adressen

<http://www.syopapotilaat.fi/pa-svenska/publikation-om-cancer/>

Perfusion av extremiteter som behandling för melanom

Om melanomet upprepade gånger förnyar sig på en extremitet, kan man överväga så kallad perfusion av extremiteten, dvs. ILP-behandling (från engelskans Isolated Limb Perfusion). Det innebär att cytostatikabehandling ges i en extremitets blodomlopp, som isolerats från den övriga kroppens blodcirkulation. Målet är att bespara extremiteten från komplikationer som nya operationer för med sig.

Metoden gör det möjligt att använda t.o.m. tio gånger större läkemedelshalter på tumörområdet än det skulle vara möjligt att sätta in i hela kroppens blodomlopp. Behandlingen är lokal och påverkar endast metastaser som spritt sig inom den aktuella extremiteten. Före behandlingen säkerställs det att extremiteten har ett tillräckligt blodomlopp och att sjukdomen inte har spritt sig till övriga delar av kroppen.

Behandlingarna är koncentrerade till ett centralsjukhus i Finland, eftersom ILP-behandling kräver specialkunnande och en utbildad arbetsgrupp. Arbetsgruppen består av en specialist i cancersjukdomar, en plastikkirurg, en kirurg specialiserad på kärlsjukdomar som utför åtgärden, en anestesiläkare och en sjukhusfysiker. Behandlingarna ges vid Helsingfors universitets centralsjukhus.

Behandlingen är i regel effektiv och förlänger den recidivfria tiden. Behandlingen kan förorsaka biverkningar, t.ex. vävnadsvullnad och anslutande värk, hudinflammationer och ibland kan de uppstå övergående blåsor på huden efter behandlingen. I behandlingen ingår även blodförtunnande medicinering för att förhindra blodproppsbildning.

Uppföljning av en patient med melanom

”*”Jag går på kontroll varje halvår. Det tas lungbilder och blodprov och läkaren granskar huden.”*

Vid uppföljningen av melanom kontrollerar man att sjukdomen inte har förnyat sig i hud- eller lymfkörtelområdena och att det inte uppstått nya hudtumörer. Melanompatienter har förhöjd risk att melanomet förnyar sig eller att få annan hudcancer. Vid uppföljningen strävar man efter att i ett så tidigt skede som möjligt upptäcka nya melanom, huruvida melanomet förnyat sig i såret, i form av satellitmetastaser, hudmetastaser eller i lymfkörtelområden. Under uppföljningsbesöken kan man även diskutera hur patienten mår, eventuella problem samt de åtgärder som hjälper patienten att orka vidare.

”*”Jag fick strålbehandling tio gånger under sommaren. Jag deltar i uppföljningsundersökningar varje halvår. Nu har det gått fyra år sedan jag insjuknade, jag arbetar, motionerar och mår bra.”*

Uppföljningen av melanom avtalas med den vårdande läkaren. Uppföljningen av tunna melanom med god prognos sker delvis inom primärvården, dvs. på en hälsovårdscentral, inom företagshälsovården eller på den egna läkarens mottagning och delvis på en poliklinik inom den specialiserade sjukvården. Uppföljning sker i huvudsak cirka en gång per år under fem års tid. Om patienten har en förhöjd risk att sjukdomen förnyar sig, görs en tätare uppföljning på en poliklinik inom den specialiserade sjukvården. Uppföljningen av hudmelanom räcker i allmänhet fem år, men melanomet kan förnya sig ännu flera år senare.

Det främsta ansvaret för uppföljningen av patienter som fått läkemedelsbehandling för melanom och av patienter som har förhöjd risk att sjukdomen förnyar sig ligger hos en specialist i cancersjukdomar. I dessa fall omfattar uppföljningen ofta även utbildningsundersökningar och blodprov.

Om en person har många födelsemärken/leverfläckar eller om han eller hon redan flera gånger har vårdats för hudcancer eller förstadier till hudcancer, lönar det sig att avtala om årliga läkarbesök. Det lönar sig att självständigt föra bok över hudens tillstånd i samband och mellan besöken. Dagbok eller karta över födelsemärkena/leverfläckarna eller en kombination av dessa gör det lättare att jämföra situationen med tillståndet vid det föregående besöket. Fotografier berättar bättre än minnet om hur huden utvecklas, om antalet födelsemärken/leverfläckar och deras storlek.

Läkaren eller vårdpersonalen ger i allmänhet råd om hur patienten själv kan följa upp situationen, eftersom det är viktigt att också själv följa upp förändringar eller andra symtom. Det är viktigt att fästa speciell uppmärksamhet hur man skyddar sig för solljuset, och detta tas i regel också upp i samband med uppföljningsbesöken (se sidan 38).



"Det är en terrorbalans som man måste leva med. För några månader sedan tog jag fram en spegel och kontrollerade hela kroppen. Det finns många ställen på kroppen som man inte själv kan se. Men om jag skulle få panik av alla mina födelsemärken, skulle jag bli tvungen att operera bort dem alla. Det tjänar ingenting till".

Rådgivningstjänster

Cancerföreningarnas rådgivningstjänster är avsedda för alla som har frågor i anslutning till cancer.

Avgiftsfri telefonrådgivning **0800 19414**

må och to kl. 10–18 samt ti, on och fr kl. 10–15

Rådgivning per e-post: **neuvonta@cancer.fi**

Bli inte ensam

Den viktigaste informationen i anslutning till sjukdomen fås av vårdande läkaren och vårdpersonalen. Många patienter och anhöriga anser att de har nytta av att kamratstöd, dvs. att kunna diskutera och byta erfarenheter med människor som är i samma situation. För de flesta av oss är sjukhusvärlden främmande och väcker många frågor. Den nya livssituationen som cancerpatient väcker också frågor som berör vardagen. Hur kommer vi att kunna gå vidare? På vilket sätt har andra klarat sig? Idéer om hur man klarar vardagen fås ofta via de erfarenheter som fås av andra som varit i samma situation. Cancerorganisationerna bjuder på olika former av kamratstöd.

Melanompatientnätverket

”*”Ett halvt år efter diagnos gick jag med i det riksomfattande patientnätverket. Det innebar att jag slutligt godkände min sjukdom. Det gav mig en otrolig bra känsla, då jag förstod att det här är någonting som jag bara måste lära mig att leva med.”*

Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland ry upprätthåller ett riksomfattande patientnätverk för hudcancerpatienter i form av en sluten Facebook-grupp. Verksamheten är avgiftsfri för patienter och förutsätter inte att man hör till föreningen. Nätverket finns på

<https://facebook.com/groups/melanooma/>.

I gruppen publicerar Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland ry aktuell information om utvecklingen av melanombehandlingen och informerar om evenemang som ordnas för nätverket.

Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland ry har publicerat handböcker som finns i elektronisk form på adressen

<http://www.syopapotilaat.fi/pa-svenska/publikation-om-cancer/>.

Hudvård

Huden är en viktig del av människan. Man kan själv inverka på dess yttre skick på många sätt. Hudens grundvård får en betonad betydelse när man avlägsnar tumörer från den. Hudvårdens abc hör till de dagliga rutinerna: regelbundna och sunda levnadsvanor, en mångsidig kost, ett tillräckligt vätskeintag, motion samt undvikande av tobaksrökning och alkohol skapar grunden till en god hudvård. Tillräcklig vila och rekreation utgör också en del av hudvården.

Behandlad och ärrig hud kräver att man fuktar huden med baskräm varje dag för att förhindra att huden torkar ut och för att upprätthålla hudens spänst. En mångsidig och mellanfet baskräm är ett tryggt val. Vid behov kan krämen bytas till en lättare produkt som innehåller mer vatten t.ex. för håriga eller tunna hudområden eller under heta sommark dagar. En tunn lotionsaktig produkt täpper inte till porerna i huden och tillåter att svetten kan avdunsta från huden. Den förorsakar inte heller lika lätt hårsäcksinflammation på håriga hudområden. En fet, vaselinhaltig produkt som innehåller lite vatten väljs då man behöver en kräm som mjukar upp ett torrt, strävt, tjockt eller övervuxet hudområde. Genom att tvätta huden med en kräm- eller oljebaserad tvättvätska eller en lätt baskräm i stället för tvål kan man förhindra att huden torkar ut.



Skydda huden mot solen

Upp till 95 procent av hudcancerfallen är en följd av exponering för solens strålning. Solbadande är en teknikgren. Om du haft hudcancer eller förstadier till cancer på huden, lönar det sig att skydda sig för solens UV-strålning på allvar. Hudområden som genomgått behandlingar på grund av hudförändringar och som kan ha ärrvävnad ska skyddas med kläder eller solkräm som har en mycket hög solskyddsfaktor. Som grund för ett tryggt solbadande är det också bra att känna sin hudtyp (tabell 1).

Lär dig känna din hudtyp

Hudtyp	Hudens känslighet för att brännas och bli brun	Andel av Finlands befolkning	Den tid det tar för huden att börja rodna*
I = mycket ljus hud, ofta fräknar, rött hår	bränner sig alltid, blir aldrig brun	2–5 %	5–10 min.
II = ljus hud, något fräknig, ljus hår	bränner sig lätt, blir sällan solbränd	27 %	10–20 min.
III = normal hud, inga fräknar, brunt hår	bränner sig ibland, blir lätt solbränd	60 %	20–30 min.
IV = mörk hud, mörkt hår	bränner sig mycket sällan, blir lätt solbränd	10 %	30–40 min.

* den tid det tar för huden att bli röd, vilket beror på hur kraftig UV-strålningen är och på hur känslig huden är (UV-index 6–7).

Vatten och mulet väder skyddar inte nödvändigtvis mot solen

Miljöfaktorer såsom vatten, sand, berg, snö och is förstärker solens inverkan. Då man är i vattnet är det bra att komma ihåg att solstrålarna tränger igenom vattenytan. På en halv meters djup släpper vatten igenom en strålning på 40 procent och då man simmar i ytvatten bränner man sig lätt. Solkrämerna sköljs bort i vattnet, även fastän de marknadsförs som vattentåliga.

Även under mulna dagar kan gränsen för hudrodnad överstigas på oskyddad hud. Cirka 90 procent av den ultraviolette strålningen tränger igenom molnskiktet. Kylig blåst kan vilseleda en att tro att solen inte har någon effekt på huden. I skuggan är soldosen hälften av den dos som fås då man står i direkt solljus.

Kosmetiska medel kan provocera en ilsken rodnad eller att det uppstår en fläckig solbränna på huden. I liggande ställning är soldosen fyrfaldig jämfört med stående ställning. Alkohol passar inte samman med solbadande. Alkoholen försämrar ämnesomsättningen och leder till att huden torkar och att hudvävnaderna sväller. Solkänsligheten ökar och gör att man lättare bränner sig.

Solskyddskrämer

Välj en mångsidig solskyddskräme med en hög solskyddsfaktor som innehåller skydd både mot UVB- och UVA-strålning. Krämbasen och förpackningens dosmekanism inverkar på krämens användningsegenskaper. En lotionsaktig solskyddskräme som doseras i en sprejflaska är exempelvis praktisk på håriga eller tunna hudområden.

Det skydd som utlovas på solkrämsförpackningen fås då man breder ut ett jämnt lager av solkräm på huden. Vetenskapligt mätt anses två milligram solkräm per kvadratmeter hud vara en tillräcklig mängd. Ett praktiskt råd är att breda ut generöst med solkräm: tre matskedar, dvs. en handfull som är fylld till brädden över hela kroppen då man bär simdräkt. Mängden solkräm är naturligtvis beroende av människans storlek. Om dosen avviker mycket från rekommendationen, kan skyddseffekten minska till endast en fjärde- eller femtedel av det utlovade skyddet.

Solskyddskrämerna indelas i kemiskt verkande, dvs. organiska skydd eller i fysikaliska, dvs. oorganiska skydd. Kemiska skyddsämnen absorberas i hudens ytstruktur och filtrerar UV-strålningen så att de inte kan skada hudens strukturer. Fysikaliska skydd reflekterar den UV-strålning som träffar hudens yta.

SOLSKYDDSFAKTOR OCH SKYDDSKLASS

Det lönar sig att granska krämens solskyddsfaktor mot UVB- och UVA-strålning. På förpackningen anges oftast endast skyddsfaktorn mot UVB-strålning. Symbolen för UVA, dvs. bokstavskombinationen UVA i en cirkel på förpackningen innebär att solskyddskrämens UVA-skydd ska vara minst en tredjedel av den UVB-skyddsfaktor som anges på förpackningen.

Utöver skyddsfaktor ska även krämens skyddsklass anges på förpackningen. Skyddsklasserna är lågt skydd (SF 6 och 10), medelhögt skydd (SF 15, 20 och 25), högt skydd (SF 30 och 50) och mycket högt skydd (SF 50+).

Kläder och tillbehör som skyddar mot solen

Det är förnuftigt att använda solglasögon med UVA- och UVB-skydd vid solbadande. En hatt med brätten skyddar ansiktet, näsan, läpparna, ögonen och axlarna. Dessa områden får inte någonsin lämnas utan skydd. Bomullskläder ger ett cirka sexfaldigt skydd och tätvävda konstfiber ett något högre skydd. Det har även lanserats textilier, där man kunnat införa till och med höga skyddsfaktorer i tygets mekanism och material. Textilerna omfattar alla klädesplagg från huvudbonader till skodon.

VAR FÅR JAG TAG PÅ SOLSKYDDSKLÄDER

Du kan söka efter försäljningsställen som säljer dessa textilier på nätet med sökordet solskyddskläder.

Du kan också fråga efter kläder försedda med solskyddsfaktorer på varuhusen och i sportaffärerna. Närmare information om solskyddstextiler: www.meditex.fi



Kontaktinformation

Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland ry

Malmbågen 5
00700 Helsingfors
tfn 044 053 3211
www.syopapotilaat.fi
potilaat@syopapotilaat.fi

Suomen Syöpäyhdistys – Cancerföreningen i Finland ry

Unionsgatan 22
00130 Helsingfors
tfn 09 135 331
www.kaikkisyovasta.fi

Understödsföreningen för cancerklinikerna och cancerforskning

c/o Kliniken för cancersjukdomar
Haartmansgatan 4 (PB 180)
00290 Helsingfors
tfn 050 552 5671
www.syopaklinikantukijat.fi
syopatautienklinikan.tukiry@kolumbus.fi

REGIONALA CANCERFÖRENINGAR

Södra Finlands Cancerförening rf

Elisabetsgatan 21 B 15
00170 Helsingfors
tfn 044 730 3300
www.etela-suomensyopayhdistys.fi
etela-suomi@essy.fi

Keski-Suomen Syöpäyhdistys ry

Kilpisenkatu 5 B 9
40100 Jyväskylä
tfn 014 333 0220
www.kessy.fi
syopayhdistys@kessy.fi

Kymenlaakson Syöpäyhdistys ry

Kotkankatu 16 B
48100 Kotka
tfn 05 229 6240
www.kymisy.fi
toimisto@kymisy.fi

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys – Sydvästra Finlands Cancerförening ry

Seitskärgatan 35
20900 Åbo
tfn 02 265 7666
www.lssy.fi
meri-karina@lssy.fi

Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry

Hämeenkatu 5 A
33100 Tammerfors
tfn 03 249 9200
www.pirsy.fi
toimisto@pirsy.fi

**Pohjanmaan Syöpäyhdistys
– Österbottens Cancerförening ry**

Nedretorget 3
65100 Vasa
tfn 010 843 6000
www.botniacancer.fi
info@botniacancer.fi

Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys ry

Karjalankatu 4 A 1
80200 Joensuu
tfn 013 227 600
www.pohjois-karjalansyopayhdistys.fi

Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry

Kuninkaankatu 23 B
70100 Kuopio
tfn 017 580 1801
www.pohjois-savonsyopayhdistys.fi
toimisto@pohjois-savonsyopayhdistys.fi

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry

Rautatienkatu 22 B 13
90100 Uleåborg
tfn 0400 610 292
www.pssy.org

Saimaan Syöpäyhdistys ry

Maakuntagalleria
Kauppakatu 40 D
53100 Villmanstrand
tfn 05 451 3770
www.saimaansyopayhdistys.fi
saimaa@sasy.fi

Satakunnan Syöpäyhdistys ry

Yrjönkatu 2
28100 Björneborg
tfn 02 630 5750
www.satakunnansyopayhdistys.fi
toimisto@satakunnansyopayhdistys.fi

Ålands Cancerförening rf

Nyfhälers
Skarpansvägen 30
22100 Mariehamn
tfn 018 22 419
www.cancer.ax
forening@cancer.ax



Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland

Malmbågen 5, 00700 Helsingfors, www.syopapotilaat.fi

Suomen Syöpäpotilaat – Cancerpatienterna i Finland ry:s verksamhet stöds av Social- och hälsovårdsorganisationernas understödscentral (STEA).

Genomförandet av har stötts av:



Bristol-Myers Squibb



MSD