

Innehållsförteckning

1	Kvalitetsdokument för patologi.....	2
1.1	Patologins roll i den diagnosiska processen	2
1.2	Anvisningar till provtagaren	4
1.2.1	Anvisningar för provtagarens hantering av provet	4
	Generella anvisningar	4
	Hudpreparat	4
1.2.2	Anamnestisk remissinformation	4
	Hudpreparat	4
1.3	Utskärningsanvisningar	5
1.4	Snittning och analyser	5
1.5	Klassificering av tumören	5
	Klassificering av metastaserad sjukdom	8
1.6	Information i remissens svarsdel	8
	Hudpreparat	8
1.6.1	Makroskopisk beskrivning.....	9
1.6.2	Mikroskopiutlåtande	9
1.7	Koder och beteckningar	11
	Basalcellscancer-kodning enligt SoS föreskrift HSLF-FS 2016:7 ..	11
1.8	Kvalitetsarbete för patologin.....	12
1.9	Hud-KVAST-gruppen.....	13
1.10	Rekommenderad litteratur.....	13
1.11	Referenser	14
1.12	Lathund basalcellscancertyper enligt uppdaterad Sabbatsbergsmo- dell eller Glas klassifikation och kodning.	15
1.13	Kodning enligt SoS föreskrift HSLF-FS 2016:7	16

1 Kvalitetsdokument för patologi

1.1 Patologins roll i den diagnosiska processen

Basalcellscancer (BCC) är den vanligaste cancerformen och den vanligaste biopserade maligna hudtumören. BCC har flest mutationer av alla cancerformer och de flesta mutationerna är UV-relaterade. Germline mutationer i PTCH1 genen är orsaken till basalcellscancersyndrom (Gorlins syndrom). Genetiska förändringar i PTCH1 genen påvisas i ca 58–69% av sporadiska BCC [1]. BCC utgår från epidermala och/eller hårsäcksstamceller [1-3]. BCC är en lokalaggressiv och destruktiv tumör men metastaserar ytterst sällan.

Histopatologisk bedömning och klinisk presentation utgör ”gold standard” för diagnos och riskbedömning av BCC. Syftet med det histopatologiska utlåtandet (PAD) är att ge behandlande läkare information som behövs för optimal behandling och prognosbedömning.

De viktigaste delarna i den histopatologiska bedömningen är korrekt diagnos av BCC och identifiering av riskfaktorer som inkluderar växtmönster, invasionsfront, invasionsnivå och eventuell förekomst av perineural invasion samt mikroskopisk bedömning av radikalitet.

Förekomst av perineural invasion och engagemang av vävnader nedom dermis är tecken på aggressivitet.

Perineural invasion definieras som förekomst av tumörceller omkring nerven eller förekomst av tumörceller i något av nervens lager (epineurium, perineurium eller endoneurium). Perineural invasion påvisas i tumörområdet, i invasionsfronten och i omgivande vävnad. Perineural invasion i tumörområdet måste skiljas från ”entrapment” av nerver i tumören och här krävs engagemang av åtminstone en tredjedel av nervens cirkumferens för bedömning som perineural invasion [4].

Infiltration i tvärstrimmig mimisk muskulatur i dermis respektive subkutis innebär invasionsnivå i dermis respektive subkutis. Infiltration i tvärstrimmig mimisk muskulatur i dermis påverkar inte aggressivetsbedömningen (se fig. 1 bild 3 d).

Bedömning av invasionsnivå av expansivt växande tumörer som pressar ned mot/i subkutis kan ibland vara svår. Om det finns ett skikt av dermis under invasionsfronten bedöms det som invasion i dermis (se fig. 1 bild 1c). Om dermis inte kan identifieras under invasionsfronten, utan tumörstroma med/utan inflammation pressar ner/in i subkutis bedöms det som invasion i subkutis även om tumörvegetationer är makronodulära och invasionsfronten är jämn (se fig. 1 bild 4 d). Tumörväxt i fettvävssepta bedöms som invasion i subkutis.

För bättre diagnostisk säkerhet vid bedömning av oklara och svårvärderade fall rekommenderas användning av gällande kriterier, immunhistokemiska färgningar, nedsnittning, konsultation hos dermatopatolog och klinisk-patologisk korrelation.

Radikalitetsbedömning är avgörande för vidare handläggning. Excisionen uppfattas som radikal om det finns normal vävnad (dermis, subkutan fettväv, fascia, muskel, brosk, skelett) mellan tumören och/eller tumörstromat och den tuschmarkerade resektionsytan (lateralt eller djupt). I utlåtandet anges förekomst av BCC och/eller tumörstromat i resektionsytan (ja eller nej). Mikroskopisk marginal (i mm) anges inte rutinmässigt men kan efterfrågas i efterhand om det anses som nödvändigt för eventuell fortsatt handläggning av patienten.

Multidisciplinär konferens (MDK) är ett forum där patologen medverkar i utvalda fall. Specifik frågeställning ska då anges vid anmälan till konferensen. Rutinmässig eftergranskning och demonstration av alla fall avråds.

BCC är rapporteringspliktig sedan 2003. I enlighet med HSLF-FS 2016:7 ”[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens Cancerregister](#)” anmäls BCC:

- enbart från diagnostiserande patologi-laboratorium
- enbart via föreskrivna koder enligt ”Sabbatsbergmodellen/Glas klassifikation”
- direkt till cancerregistret vid Socialstyrelsen

Socialstyrelsens register över BCC är ett incidensregister, vilket innebär att BCC bara skall anmälas en gång, med endast en tillämplig morfologisk kod enligt föreskrifterna. Om tumören vid ett andra ingrepp uppvisar en annan morfologisk bild eller vid lokala återfall måste det ändå ”mörkas” statistiskt för att inte dubbelregistrering skall ske (se M-kod ”tidigare rapporterad”). Detta påverkar på intet sätt klartexten i svaret och därmed handläggningen, endast kodningen. Kända lokalrecidiv måste ”mörkas” för undvikande av dubbelrapportering (se M-kod ”lokalrecidiv”).

BCC rapporteras alltså inte till cancerregistret på samma sätt som övriga anmälningspliktiga tumörer, och skälet är den höga incidensen. Detta innebär att ingen klinisk anmälan görs, och att ingen dubbelrapportering fångas upp av regionala cancercentrum.

BCC klassificeras säkrast på en excision av hela tumören. Om det inte är möjligt eller lämplig rekommenderas en stansbiopsi inkluderande subkutan fettvävnad. Shavebiopsi och kyrettage kan användas för diagnos av BCC men det är inte lämpligt för att säkert klassificera tumörtyp.

För detaljerad information om epidemiologi, klinisk bild, handläggning, m.m., se relevanta kapitel i det nationella vårdprogrammet.

1.2 Anvisningar till provtagaren

1.2.1 Anvisningar för provtagarens hantering av provet

Generella anvisningar

Preparatet bör hanteras varsamt för att undvika artefakter som försvårar bedömningen (fragmentering och klämartefakter). Preparatet eller tumören får inte vara genomskuret. Delar av tumören får inte avlägsnas. Vid avsteg från dessa rutiner krävs samråd med handläggande patologavdelning och information i remissen.

Samtliga preparat skickas i ett tillräckligt stort kärl med 4-procentig buffrad formalin som åtminstone rymmer 10 x preparatets volym. Endast ett preparat läggs i varje preparatburk. Burken ska vara markerad med patientens namn och personnummer samt typ av preparat och lokalisation med sidoangivelse i relevanta fall.

Hudpreparat

Excision inkluderande fettvävnad ger den säkraste histopatologiska diagnosen och aggressivitetsbedömning av BCC. Om hela förändringen inte excideras av något skäl (t.ex. vid stora förändringar eller känsliga lokaler såsom ansikte, öron, ögonlock och perineum) bör det anges var i tumören biopsin har tagits.

Stansbiopsier bör tas där tumören är tjockast men ej ulcererad. För optimal histopatologisk bedömning av en tumör som biopsieras bör stansbiopsin inte vara mindre än 3-4 mm och den bör inkludera subkutan fettvävnad, oavsett lokal.

Preparat som tas med shavebiopsi och kyrettage kan vara svårare att bedöma (morfologi, invasion, typ och radikalitet). Kyrettagematerialet medger inte en tillförlitlig bedömning av typen av basalcellscancer.

Tunna eller svårorienterade preparat t.ex. från ögonlockshud nålas med fördel på korkplatta. Runda excisioner och ögonnära excisioner bör märkas med sutur. En skiss eller bild kan eventuellt bifogas. Rutinmässig suturmärkning rekommenderas ej.

1.2.2 Anamnestisk remissinformation

Hudpreparat

Remissen skall innehålla följande information till patologen:

- Frågeställning (basalcellscancer?)
- Tumörens lokalisation.
- Tumörens diameter (i mm.)
- Typ av preparat: stansbiopsi, shavebiopsi, kyrettage, excision
 - vid stansbiopsi: var i tumören har biopsin tagits (perifert, centralt, annat).
- Kirurgisk excisionsmarginal.

- Anamnes, ange särskilt
 - tidigare biopsi/ingrepp i området
 - lokalrecidiv i området
 - ärftlighet och riskfaktorer (immunsuppression, ärr, brännskada, strålbehandling och sår)
 - annan hudsjukdom i området
 - hudcancer eller annan malignitet.
- Eventuellt foto.
- Direktnummer till remitterande klinik.

1.3 Utskärningsanvisningar

Principiellt bäddas hela förändringen i form av ca 3 mm tjocka tvärskivor för histopatologisk undersökning. Korsnitt används inte eftersom det ger otillräcklig information om lesionen och radikalitet.

För detaljerade instruktioner, se dokumentet "Handläggning av hudprover – provtagningsanvisningar, utskärningsprinciper och snittning".

1.4 Snittning och analyser

- Delade stansbiopsier bör inte trimmas.
- Minst två snittnivåer bör framställas från varje kloss.
- Hematoxylin och eosin (H&E) rekommenderas som rutinfärgning.
- Nedsnittning och immunhistokemiska färgningar används vid behov.

De allra flesta BCC diagnostiseras i rutinfärgning (hematoxylin-eosin-färgning). För svårklassificerade tumörer rekommenderas immunhistokemiska färgningar med relevanta cytokeratinmarkörer samt p63 eller p40 för att bekräfta epiteldifferentiering. Ber-EP4/EpCam och EMA är användbara för att skilja mellan BCC och skivepitelcancer.

BCC har överlappande morfologi med basaloida follikulära tumörer (trichoepiteliom, trichoblastom och basaloitt follikulärt hamartom), basalod skivepitelcancer, talgkörtelkancer och Merkelcellscancer. Det finns inga specifika immunhistokemiska markörer för BCC, som i vissa fall är mycket svår att skilja från dessa tumörer. Proliferationsmarkören Ki67, Merkelcellsmarkören CK20 samt p53 kan vara användbara för att skilja benigna hudadnextumörer från BCC med adnexal differentiering.

1.5 Klassificering av tumören

I Sverige klassificeras basalcellscancer histopatologiskt enligt den svenska "Sabbatsbergsmodellen", som även benämns "Glas klassifikation", som lågaggressiv (BCC IA och IB), medelaggressiv (BCC II) eller högaggressiv (BCC III) [5]. Den underliggande studien är baserad på excisioner och visade att

lågaggressiva typer inte har ökad risk för recidiv efter radikal excision medan medelaggressiv typ och högaggressiv typ kan recidivera efter radikal excision.

Studien som Sabbatsbergsmodellen baseras på publicerades 1988 [5], och sedan dess har förekomst av perineural växt och engagemang av vävnader nedom dermis tillkommit som tecken på BCC III, och dessa parametrar inkluderas nu i de uppdaterade bedömningskriterierna för tumörtyper (se tabell 1).

Mikronodulärt växtmönster innebär högre risk för lokala återfall och därmed en mer aggressiv tumör (BCC II–III). Cellmorfologi och graden av atypi påverkar inte aggressivetsbedömningen.

Enligt WHO-klassifikationen 2023 [3] klassificeras basalcellscancer i två riskgrupper utifrån risken för lokala återfall: histopatologisk lägre risk som motsvarar BCC IA och IB, och histopatologisk högre risk som motsvarar BCC II och III (Tabell 2). Denna klassifikation har kritiserats för att vara överförenklad, och det finns förslag om att ange BCC-subtyp som tillägg till riskgruppsbedömningen [6].

BCC med olika växtmönster eller typer är mycket vanligt förekommande; upp till 43 % av BCC är av blandtyp [7]. BCC av blandtyp med olika växtmönster klassificeras enligt det mest aggressiva tillväxtmönstret (IB<IA<II<III).

Basalcellscancer skall anmälas på diagnosgrundande material, d.v.s. ofta en stans- och shavebiopsi eller kyrettag. Representativiteten av partiella biopsier förefaller god, åtminstone avseende stans- och shavebiopsier, med 75-82 % korrelation till växtmönster i efterföljande excision [8-10]. Ändring av tumörtyper observeras framför allt för nodulära tumörer och tumörer med olika växtmönster [9], oftast till en aggressiv typ, i 7-13% vid utvidgade ingrepp [10, 11].

Klassifikation av BCC enligt uppdaterad "Sabbatsbergsmodell/Glas klassifikation":

Lågaggressiv BCC IA: karakteriseras av sammanhållet växtmönster med en, eller flera tätt ställda cellrika solida, cystiska och/eller adenoida stora tumörvegetationer. De är nodulära och grovt kolvformiga med distinkt rundade perifera konturer och visar tydlig palissadering. Finkolviga och mikronodulära tumörvegetationer kan förekomma ytligt och centralt. Stromat är fibromyxoitt eller fibröst. Tumörstromats avgränsning mot omgivande dermis är jämn och rundat med distinkt gränsszon gentemot underliggande vävnad, en s.k. knuffkant ("pushing border"). Tumören infiltrerar enbart i dermis och det finns ingen perineural invasion. I denna kategori ingår även fibroepitelial BCC (fibroepiteliom enligt Pinkus). Fig. 1, bild 1 a-d.

Lågaggressiv BCC IB: karakteriseras av multipla små tumörvegetationer med rundad kontur och perifer palissadering. Tumörvegetationerna är i kontinuitet med epidermis och/eller hårfolliklar och omges av fibromyxoitt eller fibröst stroma. Tumören engagerar enbart papillära dermis och/eller perifollikulärt

stroma har jämn nedre avgränsning. BCC klassificeras som IB om den har endast ett superficiellt växtmönster. Fig. 1 bild 2 a.

Medelaggressiv BCC II: karakteriseras av infiltrativt växtmönster med tumörvegetationer med varierande utseende. De kan vara mikronodulära (diameter < 0,15 mm) och oregelbundet kolvformiga med varierande grad av palissadering. Tumörvegetationerna har bevarat fibromyxoidt stroma eller fibröst stroma eller partiell stromaförlust. Avgränsning mot omgivande dermis är ojämn, utan knuffkant ("pushing border") och ofta med infiltration av elastos. Ibland ses uppsplittring i invasionsfronten som dock är avgränsad och utan utlöpare. Tumören infiltrerar enbart i dermis och det finns ingen perineural invasion. Fig. 1, bild 3 a-c.

Högaggressiv BCC III: karakteriseras av infiltrativt växtmönster med mikronodulära och/eller finkolviga tumörvegetationer som i många fall saknar palissadering, ofta med spetsiga, oregelbundna utlöpare eller en diffus infiltration. Många tumörförband är endast 1-2 celler tjocka och kilformiga. Man ser desmoplastiskt eller sklerotiskt stroma eller stromaförlust och diffust uppsplittrad invasionsfront utan tydlig avgränsning mot omgivande vävnad. Infiltration i subkutan fettväv, brosk, djup skelettmuskulatur och skelett kan förekomma. Perineural invasion kan förekomma. Fig 1, bild 4 a-d.

BCC av blandtyp klassificeras enligt det mest aggressiva växtmönstret (IB<IA<II<III).

Förekomst av utlöpare, perineural invasion eller infiltration nedom dermis innebär högaggressiv typ III oavsett växtmönster och invasionsfront (Fig. 1, bild 4 b-d).

Basoskvamös cancer (tidigare metatypisk cancer): i den högaggressiva gruppen ingår även basoskvamös cancer. Diagnosen av basoskvamös cancer bör anges i klartext eftersom den har större metastaseringspotential än övrig BCC III och kodas enligt SoS föreskrift som metatypisk cancer.

Tabell 1. Histopatologisk klassifikation av basalcellscancer utifrån risk för återfall enligt uppdaterad Sabbatsbergmodell eller Glas klassifikation.

	BCC IA ^{2,3}	BCC IB ²	BCC II ⁴	BCC III ⁴
Växtmönster¹	Sammanhållet/nodulärt eller blandtyp	Superficiellt	Mikronodulärt, infiltrativt eller blandtyp	Mikronodulärt/infiltrativt, morfeiformt eller blandtyp
Invasionsfront	Väl avgränsad, rundad och distinkt med knuffkant ("pushing border")	Väl avgränsad och jämn	Avgränsad och ojämn.	Diffus invasion, ingen tydlig avgränsning, utlöpare.

Invasionsnivå	Dermis	Papillära dermis/ periadnexalt stroma	Dermis	Dermis ibland subkutis, djup skelettmuskulatur, brosk eller skelett
Perineural invasion	Aldrig	Aldrig	Aldrig	Ibland

¹ Klassificeras enligt det mest aggressiva växtmönstret; (IB<IA<II<III). 2 Lägre risk för lokala återfall enligt WHO 2023. 3 Inkluderar fibroepitelial BCC. 4 Högre risk för lokala återfall enligt WHO 2023, inkluderar basoskvamös cancer.

Tabell 2. Histopatologisk klassifikation av basalcellscancer enligt WHO 2023 avseende risk för lokal recidiv.

	Lägre histopatologisk risk för lokal recidiv ¹	Högre histopatologisk risk för lokalrecidiv ²
Histopatologisk typ	Superficiell Nodulär-inklusive pigmenterad och keratotisk subtyp Infundibulocystisk (variant av BCC med adnexal differentiering) Fibroepitelial BCC	Mikronodulär Infiltrativ Skleroserande/ morfeiform Basoskvamös BCC med sarkomatoid differentiering
Perineural invasion	Nej	Ja

¹ Motsvarar BCC IA och IB enligt Sabbatsbergsmodellen

² Motsvarar BCC II och III enligt Sabbatsbergsmodellen.

Klassificering av metastaserad sjukdom

Detta är ytterst sällan relevant, men i Sverige rekommenderas att använda UICC8 TNM-klassifikationen för att stadiindela metastaserad BCC [12]. I dessa fall används samma klassifikation för canceranmälan. Se klassifikationen i [NVP för Skivepitelcancer](#).

1.6 Information i remissens svarsdel

Hudpreparat

BCC bör besvaras enligt mall.

Excision

När det gäller excision bör remissens svarsdel innehålla följande uppgifter:

- Diagnos
- Växtmönster: superficiellt, nodulärt, mikronodulärt, infiltrativt och/eller morfeiformt
- Invasionsfront: väl avgränsad, knuffkant ("pushing border"), avgränsad och ojämn eller svåravgränsad och uppsplittrad

- Invasionsnivå: dermis, subkutan fettvävnad, fascia, muskulatur, brosk eller skelett.
- Perineural invasion: ja/nej
- Typ: IA, IB, II, III
- Basalcellscancer och/eller tumörstroma i resektionsytan: ja/nej
- Övriga uppgifter som bör anges om förekommande: pigment, förkalkningar, artefakter som påverkar bedömningen

Stansbiopsi, shavebiopsi:

När det gäller stansbiopsi eller shavebiopsi bör remissens svarsdel innehålla följande uppgifter:

- Diagnos
- Växtmönster: superficiellt, nodulärt, mikronodulärt, infiltrativt och/eller morfeiformt
- Om det är möjligt: invasionsnivå
- Om det är möjligt: typ IA, IB, II, III
- Övriga uppgifter som bör anges om förekommande: pigment, förkalkningar, artefakter som påverkar bedömningen

Kyrettage:

När det gäller kyrettage bör remissens svarsdel innehålla följande uppgifter:

- Diagnos.
- Om det är möjligt: beskrivning av tumörvegetationer.
- Övriga uppgifter som bör anges om förekommande: pigment.

Observera att beskrivning av tumörvegetationerna inte kan automatiskt översättas till särskilda tumörtyper. Till exempel kan finkolviga vegetationer förekomma inom BCC IA och II.

1.6.1 Makroskopisk beskrivning

Provets lokalisation¹:

Preparatets typ:

Preparatets mått:

Förändringens mått:

Förändringens utseende²:

1.6.2 Mikroskopiutlåtande

MIKROSKOPISK BEDÖMNING EXCISION:

- Beskrivning³:
- Diagnos:
- Växtmönster⁴:
- Invasionsfront⁵:
- Invasionsnivå⁶:

- Perineural invasion: ja/nej.
- Typ⁷:
- Basalcellscancer och/eller tumörstroma i resektionsytan: ja/nej.
- Övrigt⁸:

MIKROSKOPISK BEDÖMNING STANSBIOPSI, SHAVEBIOPSI:

- Beskrivning³:
- Diagnos:
- Växtmönster:
- Invasionsnivå (om möjligt):
- Typ (om möjligt)⁹:
- Övrigt¹⁰:

MIKROSKOPISK BEDÖMNING KYRETTAGE:

- Beskrivning³:
- Diagnos:
- Beskrivning av tumörvegetationer (om möjligt):
- Övrigt⁸: Observera att beskrivning av tumörvegetationerna inte kan automatiskt översättas till särskilda tumörtyper. Till exempel kan finkolviga vegetationer förekomma inom BCC IA och II.

¹Enligt uppgift på remiss och preparatburk. Om provets lokalisation inte framgår skriv: ej angiven.

²Form, färg, avgränsning, symmetri, yta, m.m. Kan ersättas av skiss/preparatbild.

³Det är viktigt att kort beskriva de egenskaper som ligger till grund för bedömning av lesionen som basalcellscancer, inklusive diagnostiska överväganden, vid bedömning av problemfall.

⁴ Superficiellt, nodulärt, mikronodulärt, infiltrativt och/eller morfeiformt.

⁵ Väl avgränsad och knuffkant ("pushing border"), väl avgränsad och jämn, avgränsad och ojämn, diffus invasion, ingen avgränsning

⁶Dermis, subkutan fettvävnad, fascia, djup skelettmuskulatur, brosk, skelett.

⁷ BCC IA, IB, II, III

⁸ Övriga uppgifter som bör anges om förekommande: pigment, förkalkningar, artefakter som påverkar bedömningen.

⁹ BCC III diagnostiseras i en stans om växtmönstret är morfeiformt eller om det finns invasion i subkutis eller om perineural invasion föreligger.

¹⁰Perineural invasion anges om förekommande. Pigment, förkalkningar, artefakter som påverkar bedömningen anges om förekommande.

1.7 Koder och beteckningar

Basalcellscancer-kodning enligt SoS föreskrift HSLF-FS 2016:7

Föreskriften anger vilka SNOMED-koder, som skall användas för läge (T-koder) och typ (M-koder).

T-koderna är begränsade, dvs. eventuellt bättre T-kod får ej användas, t.ex. panna kodas som det näst bästa=ansikte.

Endast en M-kod får användas för inrapportering av en basalcellscancer, koden skall motsvara det mest aggressiva växtmönstret av basalcellscancern (IB<IA<II<III).

Endast det första preparatet skall rapporteras till Basalcellscancerregistret. Alla efterföljande preparat från samma tumör kodas M80904 för att undvika dubbelrapportering till registret. Det gäller även om efterföljande preparat visar ett annat växtmönster. Detta påverkar på intet sätt klartexten i svaret och därmed handläggningen, endast kodningen.

Kända lokala återfall kodas M80907 för att undvika dubbelrapportering till registret.

LÄGE

Huvud/hals

huvud (utan specificering) = T02100

skalp = T02102

ansikte = T02120

ögonlock = T02130

näsa = T02140

ytteröra = T02200

hals = T0230

Bål

bål (utan specificering) = T02400

axel/skuldra = T02410

bröst = T02424

rygg = T02450

klinka = T02471

buk = T02480

vulva (hudklädd del) = T02511

Extremiteter

arm = T02600

överarm UNS = T02610

underarm UNS = T02630

ben = T02800

lår = T02810

underben = T02830

Hud uppgift saknas = T01000 används endast om lokalisation ej angiven

TYP enligt uppdaterad "Sabbatsbergmodell/ Glas klassifikation"

BCC IB = M80913

BCC IA = M809031 (inkluderar fibroepiteliom BCC)

BCC II = M809032

BCC III = M809033

Basoskvamös cancer (tidigare metatypisk cancer) = M80953

Basalcellscancer UNS = M80903 (används när materialet inte medger bedömning av växtsättet, t.ex. sparsamt kyrettage, mycket ytlig shave)

Basalcellscancer, tidigare rapporterad = M80904

Basalcellscancer, lokalrecidiv = M80907

1.8 Kvalitetsarbete för patologin

Kompetenskrav

För att säkerställa diagnostisk kvalitet bör basalcellscancer handläggas av specialister. Läkare under utbildning kan handlägga dessa fall efter delegering av medicinskt ansvarig patolog.

Kvalitetsarbete för nationella jämförelser

Andel BCC IA och IB (M809031 och M80913), BCC II (M8090329 och BCC III (M809033).

Kvalitetsindikatorer för internt kvalitetsarbete

Antal utbildningsdagar per diagnostiker per år.

1.9 Hud-KVAST-gruppen

Medlemmar

Katarzyna Lundmark (katarzyna.lundmark@regionostergotland.se) sammankallande, med. dr, överläkare, ansvarig patolog i Nationellt vårdprogram för malignt melanom, för skivepitelcancer i huden och för basalcellscancer. Klinisk patologi, Universitetssjukhuset i Linköping, Linköping, Region Sydöst.

Iva Johansson (iva.johansson@vgregion.se) med. dr, överläkare, patologrepresentant i Nationellt vårdprogram för Klinisk patologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, Region Väst.

Britta Krynitz (britta.krynitz@regionstockholm.se) med. dr, överläkare, patologrepresentant i Nationellt vårdprogram för skivepitelcancer i huden. ME Klinisk patologi och cancerdiagnostik, Karolinska Universitetslaboratoriet, Stockholm, Region Stockholm-Gotland.

Paola Lara Valencia (paola.lara.valenciar@akademiska.se) med. dr, överläkare, ME Klinisk patologi och cancerdiagnostik, Karolinska Universitetslaboratoriet, Stockholm, Region Stockholm-Gotland.

Daniel Lieb Nosek (daniel.nosek@regionvasternorrland.se) överläkare, ansvarig patolog i Nationellt vårdprogram för Merkelcellscancer. Klinisk patologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå, Region Norr.

Ingela Skogvall-Svensson (Ingela.SkogvallSvensson@skane.se) överläkare, Klinisk patologi, Skånes universitetssjukhus, Lund, Region Skåne.

Ismini Vassilaki (ismini.vassilaki@regionstockholm.se) överläkare, patologrepresentant i Nationellt vårdprogram för basalcellscancer, ME Klinisk patologi och cancerdiagnostik, Karolinska Universitetslaboratoriet, Stockholm, Region Stockholm-Gotland.

Granskning

Dokumentet är granskat av den nationella vårdprogramgruppen för basalcellscancer i huden.

1.10 Rekommenderad litteratur

Elder D MD, Scolyer R, Willemze R. . WHO classification of skin tumors. Internet; beta version ahead of print available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/64>. 5th edition ed: Lyon : IARC; 2023 [3].

Patterson JW. Weedon's Skin Pathology, 5th Edition, Elsevier, USA, 2021 [13].

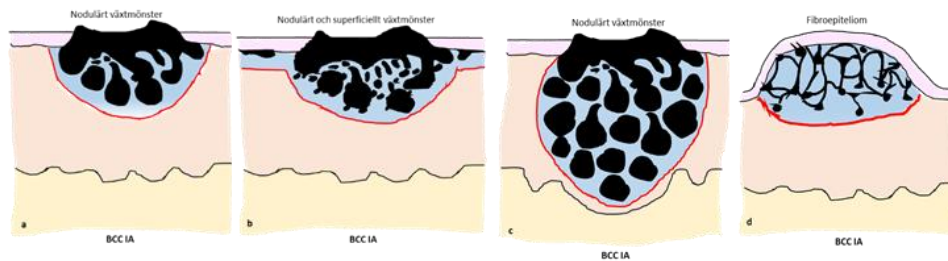
Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee PH, McKee's Pathology of the Skin, 5th Edition, Elsevier Saunders, USA, 2020[14].

1.11 Referenser

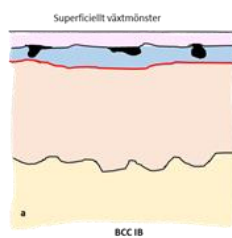
1. Marzuka AG, Book SE. Basal cell carcinoma: pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management. *Yale J Biol Med.* 2015;88(2):167-79.
2. Trakatelli M, Morton C, Nagore E, Ulrich C, Del Marmol V, Peris K, Basset-Seguín N. Update of the European guidelines for basal cell carcinoma management. *Eur J Dermatol.* 2014;24(3):312-29.
3. Elder D MD SR, Willemze R. WHO classification of skin tumors. Internet; beta version ahead of print available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/64>. 5th edition ed: Lyon : IARC; 2023.
4. Liebig C, Ayala G, Wilks JA, Berger DH, Albo D. Perineural invasion in cancer: a review of the literature. *Cancer.* 2009;115(15):3379-91.
5. Jernbeck J, Glaumann B, Glas JE. [Basal cell carcinoma. Clinical evaluation of the histological grading of aggressive types of cancer]. *Lakartidningen.* 1988;85(42):3467-70.
6. Maher NG, Prosser N, Aivazian K, Colebatch AJ, Ferguson PM, Karim RZ, et al. Inter-rater concordance of basal cell carcinoma subtypes: influences on reporting format and opportunities for further classification modifications. *Pathology.* 2023;55(6):800-5.
7. Cohen PR, Schulze KE, Nelson BR. Basal cell carcinoma with mixed histology: a possible pathogenesis for recurrent skin cancer. *Dermatol Surg.* 2006;32(4):542-51.
8. Russell EB, Carrington PR, Smoller BR. Basal cell carcinoma: a comparison of shave biopsy versus punch biopsy techniques in subtype diagnosis. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41(1):69-71.
9. Lim GF, Perez OA, Zitelli JA, Brodland DG. Correlation of basal cell carcinoma subtype with histologically confirmed subclinical extension during Mohs micrographic surgery: A prospective multicenter study. *J Am Acad Dermatol.* 2022;86(6):1309-17.
10. Haws AL, Rojano R, Tahan SR, Phung TL. Accuracy of biopsy sampling for subtyping basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66(1):106-11.
11. Jones MS, Maloney ME, Billingsley EM. The heterogenous nature of in vivo basal cell carcinoma. *Dermatol Surg.* 1998;24(8):881-4.
12. Brierley J, Gospodarowicz MK, Wittekind C. TNM classification of malignant tumours. Chichester, West Sussex, UK ;: John Wiley & Sons, Inc.; 2017.
13. Weedon's Skin Pathology [Elektronisk resurs]: Elsevier; 2021.
14. Calonje E. McKee's Pathology of the Skin [Elektronisk resurs]: Elsevier; 2020.

1.12 Lathund basalcellscancertyper enligt uppdaterad Sabbatsbergmodell eller Glas klassifikation och kodning.

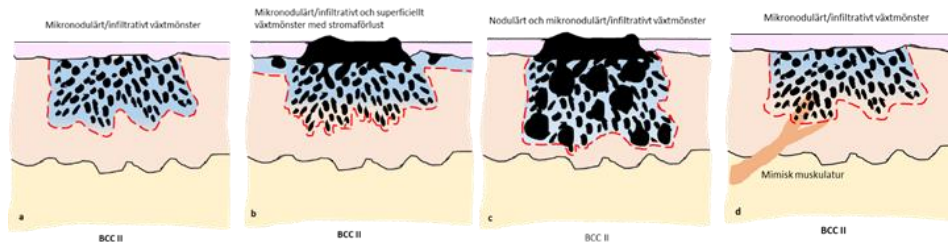
1. BCC IA



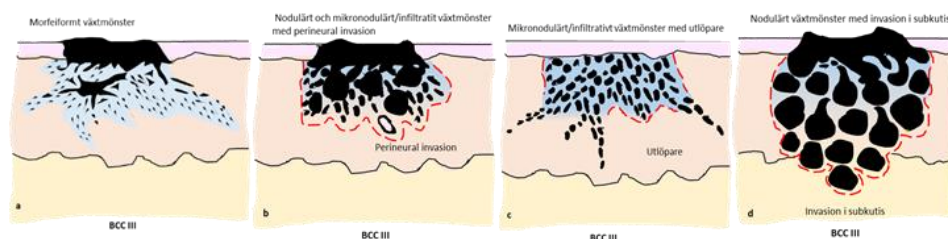
2. BCC IB



3. BCC II



4. BCC III



Figur 1. Typer av basalcellscancer utifrån risk för återfall enligt uppdaterad Sabbatsbergmodell eller Glas klassifikation, inklusive fibroepiteliom. BCC av blandtyp/med olika växtmönster klassificeras enligt det mest aggressiva växtmönstret (IB<IA<II<III).

1.13 Kodning enligt SoS föreskrift HSLF-FS 2016:7

Basalcellscancer inrapporteras till Socialstyrelsen enbart av diagnostiserande patolog via datamedium. Basalcellscancerregistret är ett incidensregister, dvs. varje basalcellscancer skall inrapporteras endast en gång baserat på det diagnostiska materialet med angivande av lokal och typ. Endast det första preparatet skall rapporteras till Basalcellscancerregistret. Alla efterföljande preparat från samma tumör kodas M80904 för att undvika dubbelrapportering till registret. Detta gäller även om efterföljande preparat visar ett annat växtmönster. Kända lokala återfall kodas M80907. Föreskriften anger vilka SNOMED-koder, som skall användas för LÄGE och TYP.

OBS! T-koderna är begränsade, dvs. eventuellt bättre T-kod får inte användas; till exempel kodas panna som det näst bästa=ansikte.

OBS! Endast en M-kod får användas för rapportering av en basalcellscancer; koden skall motsvara det mest aggressiva växtmönstret av basalcellscancern (IB<IA<II<III).

LÄGE

Huvud/hals

huvud (utan specificering) = T02100

skalp = T02102

ansikte = T02120

ögonlock = T02130

näsa = T02140

ytteröra = T02200

hals = T0230

Extremiteter

arm = T02600

överarm UNS = T02610

underarm UNS = T02630

ben = T02800

lår = T02810

underben = T02830

Hud uppgift saknas = T01000 används endast om lokal ej angivits

Bål

bål (utan specificering) = T02400

bröst = T02424

axel/skuldra = T02410

rygg = T02450

klinka = T02471

buk = T02480

vulva (hudklädd del) = T0251

TYP enligt uppdaterad Sabbatsbergmodell eller Glas klassifikation.

BCC IB = M80913

BCC IA = M809031 (inkluderar fibroepiteliom enligt Pinkus)

BCC II = M809032

BCC III = M809033

metatypisk cancer = M80953

BCC UNS = M80903 (används när materialet inte tillåter bedömning av typ, t.ex. sparsamt kyrettage, mycket yttlig shave)

BCC, tidigare rapporterad = M80904

BCC, lokalrecidiv = M80907