

● Keratoakantom

Af Carsten Sauer Mikkelsen, Gudjon L Gunnarsson, Morten Johansen, Hulda Birna Eiriksdottir og Andrew Nybo



Biografi

Forfatter: Carsten Sauer Mikkelsen
 Speciallæge i Dermatovenerologi ved Hudklinikken i Brønderslev, Gudjon L Gunnarsson Overlæge Plastikkirurg ved Sygehuset i Telemark, Morten Johansen ledende Overlæge Patologisk institut Sygehus Vendsyssel, Hulda Birna Eiriksdottir Praktiserende læge ved Centrum Lægecenter i Skien, Andrew Nybo Assistent ved Hudklinikken i Brønderslev.

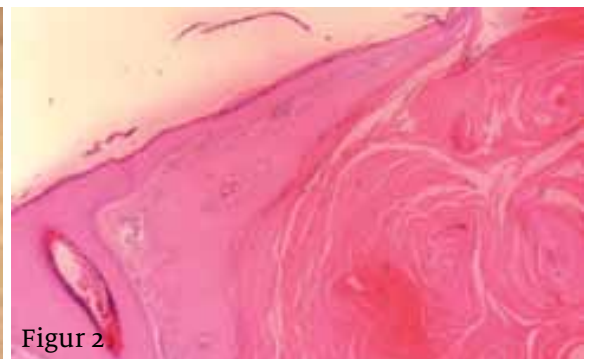
Forfatters adresse

Carsten Sauer Mikkelsen
 Hudklinikken
 Brønderslev
 c.s.mikkelsen@hotmail.com

De fleste af os ser med mellemrum dermatologiske tilstande, hvor vi tænker: Hvad er det? Usikkerheden lurer, om det er alvorligt eller ufarligt, når en eksakt diagnose ikke ligger lige for. Med en serie »Månedens dermatologiske billede« håber vi at skærpe læsernes sikkerhed udi det visuelle. Dermatologen indskærper, at det gælder om at registrere de enkelte elementers udbredelse, form, farve, størrelse, overflade og afgrænsning – sammenholdt med symptomerne.



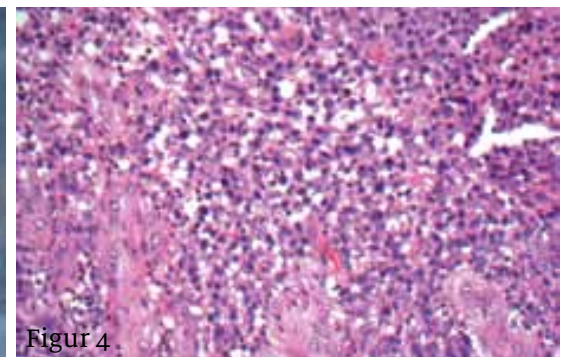
Figur 1



Figur 2



Figur 3



Figur 4

Definition:

En hurtig voksende hudtumor sammensat af keratinocytter udviklet fra de pilosebaceøse hårsække. Forekommer hyppigst på solesponerede hudområder blandt midaldrende. Vanskeligt at differentiere fra et spinocellulært carcinom hvorfor specialist behandling anbefales.

Ætiologi:

Epidemiologiske data foreslår, at keratoakantomet har relation til den kumulerede eksponering af UVA og UVB- sollys. Keratoakantomet er ofte lokaliseret på hovedet eller overekstremiteterne hvilket understøtter denne teori [1]. Keratoakantom forekommer hyppigst i den kaukasiske race med en frekvens på ca. en tredjedel af forekomsten af spino/planocellulært carcinom (SCC) uanset hvilket UV-indeks der er i omgivelserne [2]. Forandringen er sjældnere forekommende hos personer med mørkere hudtype (Fitzpatrick hudtype 4 og 5) [3]. Forekomsten af keratoakantom blandt den mandlige del af befolkningen er omtrent tre gange højere end blandt den kvindelige.


Kliniske fund :[2,4,5]:

Keratoakantom er klassisk symmetrisk med globulær form. Den er fast, rund, hudfarvet eller forekommmer som en rødlig papulonodulær intumescens.

Den kan initialt ligne molluscum contagiosum, såfremt den forekommer hyperkeratotisk ligner den en variant af verruca vulgaris. I dette stadium vil patienten sjældent opsøge læge. Efterfølgende et hurtigere vækststadium hvor keratoakantomet kan vokse over 10-20 mm i diameter. Epidermis over knuden vil typisk være glat og skinnende. Læsionen er fortsat hudfarvet eller rød med teleangiektasier lige under overfladen (se figur 1+3). Når læsionen ældes kan tiltagende keratin udvikles og proliferere, således at keratoakantomet vokser vertikalt og keratinet danner et hudhorn (cornu cutaneum).

Patologi (se figur 2):

De histopatologiske fund af keratoakantomet varierer i forhold til det stadium læsionen er i.

~~I det tidlige stadium vil keratoakantomet have store, blege celler med vaskulariserede, prominente nuclei, typisk med hyperkromatiske atypiske forandringer. Tumoren har sjældent dybere lokalisation end svedkirtlerne. Ældre læsioner fremviser ofte klynger af leukocyt-microabscesser i bunden~~  ~~emt, der ikke er indsendt tilstrækkeligt materiale til patologisk vurdering, kan patologen ikke med sikkerhed udelukke invasivt voksende spinocellulært karcinom. Et keratoakantom kan senere udvikles til et spinocellulært karcinom.[6]~~

I sjældne tilfælde kan keratoakantomet vise sig samtidig med en af de mere maligne tilstande. Eksempel på dette fremgår af figur 4. Forudgående dermatoskopisk undersøgelser tydede på et keratoakantom. Den blev forsøgt exideret in toto. Det histopatologiske svar viste en superficial komponent af keratoakantomet, mens den profunde del overraskende var forenelig med ALK negativt storcellet anaplastisk T-lymfom.

Behandling:

Til tider kan et keratoakantom regrediere spontant. Histopatologisk er det vanskelig at differentiere et keratoakantom fra et spinocellulært carcinom, hvorfor kirurgisk fjernelse anbefales[1].

Fuldstænding in toto excision af keratoakantomet bør således foretrækkes med henblik på sikker patologisk diagnose med frie resektionsrande og sikker udelukkelse af spinocellulært carcinom. Den skal hverken cryobehandles eller curetteres, da radikaliteten ikke sikres og på grund af recidivtendens. Figur 3+4

Reference

1. Burns, Tony m.fl. 2010, volume 3, "Rook's Textbook of Dermatology, s. 52.42-52.42
2. Rook A, Champion RH. Keratoachantoma. Monograph 10. Washington DC: National Cancer Institute, 1963: 257-73
3. Miyayi T. Skin Cancers in Japan: a Nationwide 5-year Survey, 1956-60. Monograph 10. Washington DC: National Cancer Institute, 1963: 55-70
4. Kingman J, Callen JP. Keratoacanthoma: a clinical study. Arch Dermatol 1984; 120: 736-40
5. Calnan CD, Haber H. Molluscum sebaceum. J Pathol Bacteriol 1955; 69: 61-6.
6. Burge KM, Winkelmann RK. Keratoacanthoma: association with Basal and squamous cell carcinoma. Arch Dermatol 1969; 100: 306-11.