

Hudsvulstar i ein allmennpraksis

Dei fleste allmennpraktikarar diagnostiserer og fjernar små hudsvulstar og sender inn materiale til histologisk undersøking. Målsetjinga med denne studien var å kartlegge hudsvulstar i ein allmennpraksis og korleis legen handterer dei.

Undersøkinga vart gjort i ein trelegepraksis gjennom retrospektiv innsamling av data frå elektroniske og papirbaserte pasientjournalar for 41 601 konsultasjonar i niårsperioden 1990–99.

568 hudsvulstar var blitt diagnostiserte i perioden, dvs. 1,37 per 100 konsultasjonar (spredning 0,87–1,73 per kalenderår). Ved 340 hudsvulstar var pasienten kvinne (60%). Pasientane sin medianalder var 49 år. Nævus/føflekk (n = 132), seboreisk keratose (n = 57) og vorter (n = 52) var dei vanlegaste diagnosane, men i 223 tilfelle var diagnosen uspesifikk. Ansikt og rygg var dei vanlegaste lokalisasjonane. Nesten halvparten av svulstane vart biopserte eller fjerna, og ein tredel av pasientane vart tilvist til spesialist. Det vart funne 26 maligne svulstar, av desse var 19 basalcellekarsinom og tre malignt melanom. Alle vart tatt hand om ved første konsultasjon.

Hudsvulstar er ein vanleg kontaktårsak i allmennpraksis. Dessutan blir mange svulstar og andre hudforandringar vurderte under konsultasjon for andre helseplager, utan at dette nødvendigvis blir notert i journalen. Av 245 867 rekningskort innsendt til trygde-etaten 1994/95 var det gitt ICPC-basert huddiagnose på 9 % av korta (1). Ein studie frå allmennpraksis i 1992 fann at 18 % søkte lege på grunn av hudsjukdom (2). Rutle fann i 1983 at hudsjukdommar stod for 5 % av konsultasjonane (3). Det er uklart om omfanget av hudsjukdommar aukar, om terskelen for legesøking er endra eller om det er brukt ulike klassifiseringar.

Befolkninga er lært opp til å vere årvaken med tanke på vondarta hudsvulstar. Ein amerikansk studie frå allmennpraksis fann at 18 % av hudkonsultasjonane gjaldt svulstar (4). Hudsvulstar som nævi og seboreiske vorter er svært vanlege blant eldre (5), og kreftinsidensen aukar med alderen (1). Også mange yngre har hudsvulstar, mest vorter og godarta nævi (6).

Erling Lyngset

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen
Harald Hårfagres gate 1
5020 Bergen

Steinar Hunskaar

steinar.hunskaar@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen

Lyngset E, Hunskaar S.

Skin neoplasms in a general practice in Norway.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2281–3.

Background and objective. General practitioners diagnose and treat benign and malignant skin tumours. We have performed a retrospective study of all skin neoplasms diagnosed in a general practice.

Material and methods. Information on all skin neoplasms presented in one general practice in 1990–1999 were obtained by retrospective search of notes from 41,601 consultations (electronic files) and a handsearch of the paper-based archives.

Results. A total of 568 skin tumours had been diagnosed, i.e. 1.37 tumours per 100 consultations. 60 % of the patients were women, median age was 49 years. Nevi, seborrheic keratoses and dermatofibromas were the most frequent diagnoses. 26 malignant skin lesions had been diagnosed, among them 19 basal cell carcinomas and three malignant melanomas. All skin cancers were taken care of at the first consultation, by excision, referral, or an early new appointment for further evaluation.

Interpretation. Skin tumours are frequently diagnosed and treated in general practice.

Dei seinare åra har det vore mykje merksemd kring den aukande insidensen av malignt melanom. Interessa har også retta seg mot biopsirutinar blant allmennlegar og dei-
ra kompetanse i å stille diagnosen tidleg nok (7–9).

Dei fleste allmennpraktikarar fjernar små svulstar og sender inn biopsiar eller svulstar til histologisk undersøking. I ein amerikansk studie var dei fem vanlegaste patologisk-anatomiske diagnosane nævi, seboreiske vorter, solar keratose, cystar og dermatofibrom. Berre 10 % av svulstane var maligne (10). Eit viktig spørsmål er om det vert teke biopsi av dei rette svulstane, eller om mange krefttilfelle vert oversett. I ein studie på New

Zealand fekk 900 allmennlegar tilsendt bilete av 12 hudsvulstar med tilhøyrande sjukehistorie. Rett avgjerd om biopsi vart gjort for gjennomsnittleg 10,1 av 12 bilete, og diagnosane var riktige for gjennomsnittleg 8,4 av 12. Legane var flinke til å plukke ut maligne melanom og til å ta biopsi av suspekta lesjonar (11).

Målsetjinga med denne studien var å kartlegge hudsvulstar i ein allmennpraksis, finne ut kva type svulstar som blir presenterte for allmennpraktikaren og korleis legen handterer desse.

Materiale og metode

Undersøkinga er gjort i Knarvik allmennpraksis, der ein av forfattarane (SH) arbeider. Praksisen, ein trelegepraksis med til saman ca. 1,5 kurative årsverk, ligg i Lindås, ein landkommune med 12 400 innbyggjarar. Praksisen har om lag 10 000 pasientjournalar.

Undersøkinga tok for seg ein niårsperiode (20.8. 1990 til 19.8. 1999). Hudsvulstar vurderte under legevaktt eller av tilfeldige vikarar er ikkje tatt med. Data vart innsamla frå to kjelder. Papirarkivet vart systematisk gjennomgått. Alle histologisvar, tilvisingar og epikriser som omhandla hudsvulstar, vart funne fram. Vidare vart det gjort datasøk i legejournalprogrammet Infodoc for å finne alle konsultasjonar med følgjande diagnosekodar:

- S03 Vorter
- S04 Lokal hevelse/papel/kul
- S05 Utbredt rødhetyr/erytem/utslett
- S29 Hudsymptom/plager
- S77 Ondarta svulst i hud
- S78 Lipom
- S79 Godarta svulst i hud
- S80 Svulst i hud
- S81 Hemangiom/lymfagiom
- S82 Føflekk/fødselsmerke

Kvart arkivfunn og kvart journalnotat vart så vurdert om det inneheldt ei problemstilling som skulle inkludast i studien. Ingen svulstar vart registrerte to gonger. Multiple svulstar av ein type vart registrert som ein svulst. For kvar svulst vart det brukt eit registreringsskjema, og alle analysar vart gjort på personleg datamaskin. Journalane er følgt opp til utgangen av år 2000.

Resultat

Det vart funne 568 svulstar for niårsperioden, 141 av dei vart berre funne i papirarkivet. Datasøket omfatta 41 601 konsultasjonar. Talet på svulstar per år varierte frå 38

Tabell 1 Hovudsymptom ved første konsultasjon for 568 hudsvulstar diagnostisert i ein allmennpraksis		
Symptom	Tal	(%)
Svulst utan tilleggssymptom	382	(67)
Svulst som har vakse	85	(15)
Svulst som er betent/irritert/øm	48	(8)
Svulst som klør	38	(7)
Svulst som blør	13	(2)
Svulst med sår som ikkje gror	17	(3)
Svulst som har forandra seg	27	(5)
To eller fleire likeverdige symptom	42	(7)

(1990, berre fire månader) til 81 (1997), gjennomsnittet var 63 per kalenderår. Raten per 100 konsultasjonar var 1,37 for heile perioden (variasjonsbreidde 0,87–1,73). Av pasientane med hudsvulst var 340 kvinner (60%). Medianalderen var 49 år.

Fleirtalet av svulstane vart funne i dei eldre aldersgruppene, 27% hos personar over 67 år. 12% av pasientane var i alderen 0–15 år, 20% i alderen 16–35 år og 27% i alderen 36–55 år. Kvinner under 25 år presenterte oftare hudsvulst enn menn (2,67 mot 1,71 per 100 konsultasjonar). Det var i aldersgruppene 16–25 år og 7–15 år pasientar oftast presenterte hudsvulst i konsultasjonen, med rater på 2,49 og 2,08 per 100 konsultasjonar.

Legane brukte eit stort tal tentative diagnoser, men i 223 (39%) av tilfella gav dei ikkje diagnose eller den var uspesifikk. Nævus/føflekk (n = 132), seboreisk keratose (n = 57) og vorter (n = 52) var dei vanlegaste diagnosane.

Fleirtalet av pasientane (67%) presenterte ein svulst som ikkje hadde endra seg eller hadde gitt andre symptom i tida før konsultasjonen. Ei oversikt over hovudsymptoma er gitt i tabell 1. Ansikt og rygg var dei to vanlegaste lokalisasjonane (tab 2).

Tabell 2 Lokalisasjon av 568 hudsvulstar diagnostisert i ein allmennpraksis		
Lokalisasjon	Tal	(%)
Ansikt	156	(27)
Rygg	126	(22)
Skulder/arm/hand	75	(13)
Lår/legg	48	(8)
Bryst/sternum	33	(6)
Fot	33	(6)
Nakke/hals	28	(5)
Hovudbotn/skalp	25	(4)
Mageregion	22	(4)
Sete/lyske	14	(2)
Ukjent	8	(1)

Diagnostikk og tiltak

Berre få pasientar vart sende heim utan at noko tiltak vart sett i verk (87 av 568, 15%). 276 svulstar (49%) vart biopserte eller fjerna i sin heilskap, og i 186 tilfelle (33%) vart pasienten tilvist til spesialist. Frysebehandling eller medisinsk behandling vart gjort hos 19 (3%). Ved 152 svulstar vart pasienten tilvist til hudlege, 31 til kirurg og tre til andre. 56 svulstar vart fjerna utan å bli sendt til histologisk gransking, hovudsakleg seboreiske vorter, som vart skrapa med skarp skei, og «skintags», som vart klypte av.

Det var registrert histologisvar eller epikrise frå spesialist på 363 svulstar. Diagnosane frå hudlege/kirurg (epikrise) og patolog (histologisvar) er vist i tabell 3. Allmennlegen hadde korrekt diagnose i 43% av tilfella. Analysen har ikkje tatt med dei tilfella der allmennlegen ikkje prøvde å stille ein spesifikk tentativ diagnose og dei tilfella der hudlege, kirurg eller patolog heller ikkje klarte å stille ein spesifikk diagnose. Ved tilviste eller innsendte svulstar utan spesifikk tentativ diagnose (n = 171) vart det funne 15 basalellekarsinom (9%), 13 solar keratose (8%), ein lentigo maligna og eitt plateepitelkarsinom, men ingen maligne melanom. I 13% av tilfella oppgir heller ikkje patolog eller hudlege ein eksakt diagnose.

For svulstar med tentativ diagnose nævus/føflekk (n = 98) vart diagnosen stadfesta i 72% av histologisvara eller epikrisene. Desse svulstane vert oftare oppgitt å ha vakse, endra seg, vere irriterte o.l. i høve til andre hudsvulstar (44% mot 30%). Det vart funne to maligne melanom i denne gruppa. Blant desse pasientane vart mange tilvist (43%), dei fleste til hudlege, og 42% av svulstane vart undersøkt histologisk. Gjennomsnittsalderen til pasientane var 32 år i denne gruppa.

I 57 tilfelle var tentativ diagnose seboreisk keratose. Gjennomsnittsalderen for desse pasientane var 69 år. Desse svulstane gav lite symptom. Dei fleste vart fjerna med skarp skei og vart ikkje histologisk undersøkt. Ti pasientar vart tilvist til hudlege, dei hadde multiple svulstar som vanlegvis vart frysebehandla. Av tilviste og biopserte antatt seboreiske vorter vart diagnosen verifisert i 24 av 26 tilfelle (92%), dei to siste fekk diagnosen hyperkeratose.

Solar keratose vart funne hos 17 pasientar, med gjennomsnittsalder 68 år, åtte menn og ni kvinner. Legane brukte uspesifikke diagnoser og diagnosekodar i dei fleste tilfella, berre hos tre hadde legen skrive solar keratose som diagnoseforslag. Den vanlegaste lokalisasjonen var ansikt (13 pasientar), 11 vart henvist til hudlege og seks svulstar vart biopserte eller fjerna.

Hudkreft

Lentigo maligna, basalellekarsinom, plateepitelkarsinom eller malignt melanom vart funne hos 26 pasientar, dei fleste var basalellekarsinom (tab 4). Det var overvekt av menn og eldre i høve til resten av materialet.

Gjennomsnittsalderen til pasientane var 68 år, to av dei tre med malignt melanom var under 50 år.

I to tredelar av tilfella med malign hudsvulst brukte legane uspesifikke diagnoser ved første konsultasjon, medan hos seks (23%) vart hudkreftdiagnose gitt med det same. Av totalt 220 innsendte biopsiar eller svulstar var 16 (7%) maligne, seks (3%) premaligne (solar keratose) og 198 (90%) benigne. Tilsvarande for dei 143 tilvisingane med epikrisesvar var ni (6%) maligne, 11 (8%) premaligne og 123 (86%) benigne.

Alle dei maligne svulstane vart tatt hand om ved første konsultasjon, enten ved biopsi, kirurgi, rask tilvising eller ny time så snart som råd for kirurgi. Av dei 26 svulstane vart 16 biopserte eller fjerna av allmennpraktikaren, medan ti vart tilvist til hudlege eller kirurg.

Diskusjon

Denne studien byggjer på arbeidet til tre legar ved eitt legekontor, og det er ukjent i kva grad ein kan generalisere til norsk allmenn-

Tabell 3 Endeleg diagnose ved 363 hudsvulstar biopsert eller tilvist til spesialist		
Diagnose	Talet på svulstar	(%)
Nævus/føflekk	101	(28)
Seboreisk vorte	65	(18)
Uspesifikk/ingen/andre	30	(8)
Dermatofibrom/histiocytom	20	(6)
Basalellekarsinom	19	(5)
Solar keratose	17	(5)
Vorte	16	(4)
Fibroepitelial polypp	13	(4)
Aterom/epidermoid cyste	11	(3)
Lentigo solaris/lentigo benigna	11	(3)
Hyperkeratose	10	(3)
Hemangiom	8	(2)
Lipom	8	(2)
Pyogent granulom	6	(1)
Kondylom	4	(1)
Cyste	4	(1)
Molluskar	3	(1)
Plateepitelkarsinom	3	(1)
Malignt melanom	3	(1)
Keratoakantom	2	(1)
Clavus/cornu cutaneus	2	(1)
Hudinfeksjon	2	(1)
Nevrofibrom	2	(1)
Lentigo maligna	1	
Nevrinom	1	
Skintag	1	
Sum	363	(100)

praksis generelt. Praksispopulasjonane i Norge er svært ulike, både når det gjeld storleik og alders- og kjønnsfordeling. Vi meiner at eit materiale frå ein praksis kan vere nyttig for å kaste lys over hudsvulstar i allmennpraksis, spesielt når kunnskapsgrunnlaget på feltet er så sparsamt.

Det er grunn til å tru at enkle, godarta tilstandar er underrepresenterte i materialet. Mange som kjem til lege for andre ting, viser fram ein hudsvulst og lurar på om legen synest den ser farleg ut (1). Slike svulstar vil ikkje komme med i vårt materiale, med mindre legen noterte ein huddiagnose i diagnosefeltet. Talet på pasientar utan tiltak skulle difor sannsynlegvis vore større. Tilvisingspraksisen ved det aktuelle legekantoret kan vere påverka av at det er ein hudlegepraksis i kommunen. Reiseavstanden til sjukehus og spesialistar i Bergen er under fem mil for dei fleste pasientane. Det var ikkje ulik tilvisingsprosent i høve til lokalisasjon av hudsvulsten.

I studieperioden var det gjennomsnittleg 4 738 konsultasjonar ved Knarvik allmennpraksis årleg. Det betyr at i 1,4 % av konsultasjonane vart det gitt ein hudsvulstdiagnose. Andre har funne at 15–20 % av konsultasjonane inneheld dermatologiske problemstillingar, at i underkant av 10 % av diagnosekodane gjeld hud og at om lag ein femdel av dermatologiske problem i allmennpraksis gjeld hudsvulstar (1, 4). Dette medfører at 2–4 % av alle konsultasjonar omhandlar hudsvulstar og at ca. 1,5 % gir ein hudsvulstdiagnosekode, altså i samsvar med det vi fann.

Det er ein gammal regel at alle svulstar som blir fjerna, skal sendast til histologisk undersøking. Av dei 132 svulstane legane diagnostiserte som føflekk, vart 56 fjerna. Mellom desse var det to maligne melanom (3,6 %). Av alle svulstane som vart vurderte histologisk, var det 7 % maligne. Dette samsvarar godt med andre studiar (10). I vår studie var det prosentvis like mange kreftdiagnosar blant dei som vart biopserte hos spesialist som hos allmennlegane. Dette tyder på at det ikkje er eit tydeleg skeivt utval med omsyn til mistanke om malignitet.

Ein femdel av maligne svulstar fekk diagnosekoden «godarta svulst i hud» ved første konsultasjon. Men det er likevel svært tilfredsstillande at alle dei maligne svulstane i materialet vart tatt hand om ved første konsultasjon, utan diagnostisk forseinking. Dette resultatet er oppnådd i ein situasjon der positiv prediktiv verdi for histologi med tanke på hudkreft er 7 %, dvs. at kvar 14. prøve viste malignitet. Vi veit ikkje om dette er eit rimeleg nivå, men det understrekar at også svulstar som vert fjerna av reint kosmetiske årsaker, og som vert oppfatta som godarta, må sendast til histologisk undersøking. Andre har arbeidd for å redusere innsending av godarta lesjonar, spesielt for å hindre for mange biopsiar av seboreiske vorter og godarta nævi (12). Eit intervensjonsforsøk viste

Tabell 4 Karakteristika ved 26 maligne svulstar diagnostisert i ein allmennpraksis 1990–99

	Tal
Diagnosefordeling	
Basaliom	19
Plateepitelkarsinom	3
Malignt melanom	3
Lentigo maligna	1
Kjønn	
Menn	19
Kvinner	7
Aldersfordeling (år)	
≤ 40	0
41–50	3
51–60	5
61–70	2
71–80	15
81+	1
Lokalisasjon	
Ansikt	10
Rygg	8
Skulder, arm, hand	3
Lår, legg	2
Andre	3

at når legane auka innsendingsgraden med 50 %, førte ikkje dette til auke av krefttilfella, men berre auka ressursbruk knytta til godarta lesjonar (13).

Under halvparten av dei tentative diagnosane til allmennlegen vart stadfesta av kirurg, hudlege eller patolog. Ein engelsk studie (14) fann at i 47 % av tilfella som var tilvist til hudlege, var diagnosen rett. Tala kan ikkje utan vidare samanliknast, men studien frå England stadfestar at det ikkje alltid er lett å stilla rette huddiagnosar for allmennlegen. Men resultatane kan ha andre forklaringsgrunnar også. Det kan dels vere ulik språkbruk blant spesialistar og allmennlegar, spesifikasjonsnivået ved allmennpraktikarens arbeidsdiagnose treng ikkje vere så høgt, og diagnosesystemet ICPC gir høve til å gruppere hudsvulstane i relativt grove kategoriar. I vårt materiale gjenspeglar legane sin bruk av diagnosekodar at ICPC-systemet grupperer diagnosane i meir overordna kategoriar (data ikkje vist i artikkelen).

Artikkelen byggjer på særoppgåve ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen (EL). Vi takkar Johannes Øvretveit og Lars K. Lie ved Knarvik allmennpraksis for velvilleg hjelp og innsyn i journalmaterialet.

Litteratur

1. Torvund S. Hud. I: Hunskaar S, red. Allmennmedisin, klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997: 401–49.
2. Selvaag E. Hyppigheten av hudsykdommer i almen praksis. Nord Med 1995; 110: 290–1.
3. Rutle O. Pasienten fram i lyset – analyse av leggekontakter i primærhelsetenesta. Rapport nr. 1. Oslo: Statens institutt for folkehelse, Gruppe for helsetjenesteforskning, 1983.

4. Fleischer AB, Feldman SR, McConnell RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990–1994. Fam Med 1997; 29: 648–52.
5. Bjurwill B, Gip L, Molin L. Hudsjukdomar bland åldringar. Läkartidningen 1969; 66: 461–5.
6. Larson PA, Liden S. Prevalence of skin diseases among adolescents 12–16 years of age. Acta Dermatovener 1980; 60: 415–23.
7. Herd RM, Hunter JA, McLaren KM, Chetty U, Watson AC, Gollock JM. Excision biopsy of malignant melanoma by general practitioners in south east Scotland 1982–91. BMJ 1992; 305: 1476–8.
8. Lorentzen HF, Weismann K. Dermatoskopisk diagnostik af kutant malignt melanom. Ugeskr Læger 2000; 162: 3312–6.
9. Stephenson A, From L, Cohen A, Tipping J. Family physicians' knowledge of malignant melanoma. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 953–7.
10. Jones TP, Boiko PE, Piepkorn MW. Skin biopsy indications in primary care practice: a population-based study. J Am Board Fam Pract 1996; 9: 397–404.
11. McGee R, Elwood M, Adam H, Sneyd MJ, Williams S, Tilyard M. The recognition and management of melanoma and other skin lesions by general practitioners in New Zealand. NZ Med J 1994; 107: 287–90.
12. Marks R, Jolley D, McCormack C, Dorevitch AP. Who removes pigmented skin lesions? J Am Acad Dermatol 1997; 36: 721–6.
13. Lowy A, Willis D, Abrams K. Is histological examination of tissue removed by general practitioners always necessary? Before and after comparison of detection rates of serious skin lesions. BMJ 1997; 315: 406–8.
14. Basarab T, Munn SE, Jones RR. Diagnostic accuracy and appropriateness of general practitioner referrals to a dermatology out-patient clinic. Br J Dermatol 1996; 135: 70–3.

○



Fragmin[®]
dalteparin sodium

PHARMACIA