

# Nýjungar í meðferð á húðkrabbameini

Á DÖGUNUM birtist í Fréttablaðinu frétt þess efnis að hægt sé að fækka skurðaðgerðum á húðkrabbameini. Það er að sjálfsögðu ónákvæmt þar sem um er að ræða aðgerð í þeim skilningi að venjuleg skurðtækni er notuð í hluta meðferðarinnar. Sársauka- laus er meðferðin ekki heldur og krefst allrar þeirrar læknisfræðilegu þekkingar og þjálfunar sem verðug er verkefninu. Sérlyfið Metvix var skráð hérlendis í apríl síðastliðnum og í júní var gengið frá þátttöku Tryggingastofnunar ríkisins í lyfjakostnaðinum. Aðferðin almennt séð er komin nokkuð til ára sinna þó að markaðsetningarhugmyndin byggist á lyfjafræðilegum grunni.

Um er að ræða nýjung í meðferð á **grunnfrumu-krabbameini** og forstigsbreytingum **flöguþekju-krabbameins** í húð. Hún felst í svokallaðri Photodynamic therapy (PDT)/ljósvirknimeðferð sem er einnig skilgreind sem „Chemosurgery“. Til aðgerðarinnar þarf sérstakan ljósgjafa með sýnilegu litrófi innan ákveðinna bylgjulengda fyrir utan venjuleg húðskurðlækningatól einsog skörp áhöld til formeðhöndlunar (preparation). Annað aðalverkfærið er krem (Metvix) sem inniheldur porfyrinafleiðu (5-methyl aminolevulínsýra). Kremið er lagt er á húðina undir þéttar umbúðir. Eftir þrjár klukkustundir ná eðlilegar húðfrumur að brjóta niður lyfið en krabbameinsfrumur ekki. Þær drepast fyrir áhrif frírra súrefnisradíkala sem losna þegar ljósið skín á aminólevulín sýruna. Aðgerðin er því eins „sérvalin“ (target selectív) og hægt er. Þetta veldur minni sársauka við meðferð. Minni örvefsmýndun og hraðari bata eftir aðgerð. Aðgerðin hefur hingað til verið metin í samanburði við Cryosurgery (frystiaðgerð) og hefur álíka heildarárangur. Þó mun rétt að benda á að reynslan í almennt notkun er takmörkuð og lengri tíma þarf til að meta að fullu árangur borið saman við aðferðir sem hafa verið í notkun áratugum saman (1). Það hefur þó ekki komið í veg fyrir að aðferðin er viðurkennd um mest alla Evrópu. Allir eru sammála að PDT stenst ekki yfstrustu skurðaðgerðir einsog „Moh's surgery“ enda þeirri tækni ekki almennt beitt hvort eð er.

PDT (ljósvirknimeðferð) er oft æskileg vegna minni sýnilegra eftirstöðva (ör, samdrættir og litabreytingar) og að aðferðina er hægt að nota á stöðum sem eru ella vandmeðhöndlaðir, jafnvel með lýta-skurðlækningum, svo sem í andliti og í kringum op

á líkamanum einsog augu, eyru, munn og nef. Eldra fólk sem af ýmsum ástæðum er síður fallið til eða ófúst til hefðbundinna skurðaðgerða er þekktur markhópur en einnig yngri sjúklingar sem er umhugað um útlit sitt enda munu slíkir oft eiga fyrir höndum margar aðgerðir á lífsleiðinni eðli málsins samkvæmt.

Það eru að sjálfsögðu einnig til skilgreindar frábendingar og því er æskilegt að lækna vanir að fást við NMSC (Non-melanoma skin cancer) sjái um meðferðina. Að mínum dómi eru húðsjúkdómalæknar þeir sérfræðingar sem besta yfirsýn hafa yfir meðferðarleiðir slíkra æxlistegunda og eðlilegt að sú venja skapist að beina þessum vandamálum fyrst til þeirra. Nýjar meðferðarleiðir við NMSC er verið að þróa og sumar ekki einu sinni byggðar á kirurgíu (2). Læknisfræðin er sem sagt að nálgast þann skurðpunkt þegar medisínskar leiðir og kírúrgískar vega salt við mat á aðgerð útfrá hagsmunum sjúklings (3).

Ef þessi hugleiðing mín hljómar einsog óskhyggja fyrir hönd sérgreinarinnar endurspeglar hún bara viðhorf sem eru að festa rætur beggja vegna Atlantshafsins.

„Ljósvirknimeðferð“, eða PDT, er einnig beint að öðrum gerðum krabbameina í líkamanum þar sem hægt er að koma ljósgjafa að. Það er því næsta öruggt að við eigum eftir að sjá meira af þess háttar í framtíðinni hjá þvafærasérfræðingum, meltingarsérfræðingum og taugaskurðlæknum svo eitthvað sé nefnt.

Það eru sjálfsögð og rétt viðbrögð við öllum nýjungum að vera varkár og gagnrýninn og menn hvattir til að láta í sér heyra.

Með kollegíal kveðjum,  
Reykjavík 9. október 2004,  
Gísli Ingvarsson

## Heimildir

1. Rhodes LE, de Rie M, Enstrom Y, Groves R, Morken T, Goulden V, et al. Photodynamic therapy using topical methyl aminolevulinate vs surgery for nodular basal cell carcinoma: results of a multicenter randomized prospective trial. Arch Dermatol 2004; 140: 17-23.
2. Dummer R, Urošević M, Kempf W, Hoek K, Hafner J, Burg G. Department of Dermatology, University Hospital of Zurich, Gloriastrasse 31, CH-8091 Zurich, Switzerland. Imiquimod in basal cell carcinoma: how does it work? Br J Dermatol 2003; 149 Suppl 66: 57-8.
3. Powell AM, Russell-Jones R. Skin Tumor Unit, St John's Institute of Dermatology, St Thomas' Hospital, London, United Kingdom. Amelanotic lentigo maligna managed with topical imiquimod as immunotherapy. J Am Acad Dermatol 2004; 50: 792-6.



Gísli Ingvarsson

Höfundur er húð- og kynsjúkdómalæknir og starfar í læknastöðinni Lágmúla 5, 108 Reykjavík.