

MALIGNE SÅR

SÅR I SYD 2026

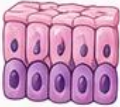
Stine Maria Andersen, MD, PhD

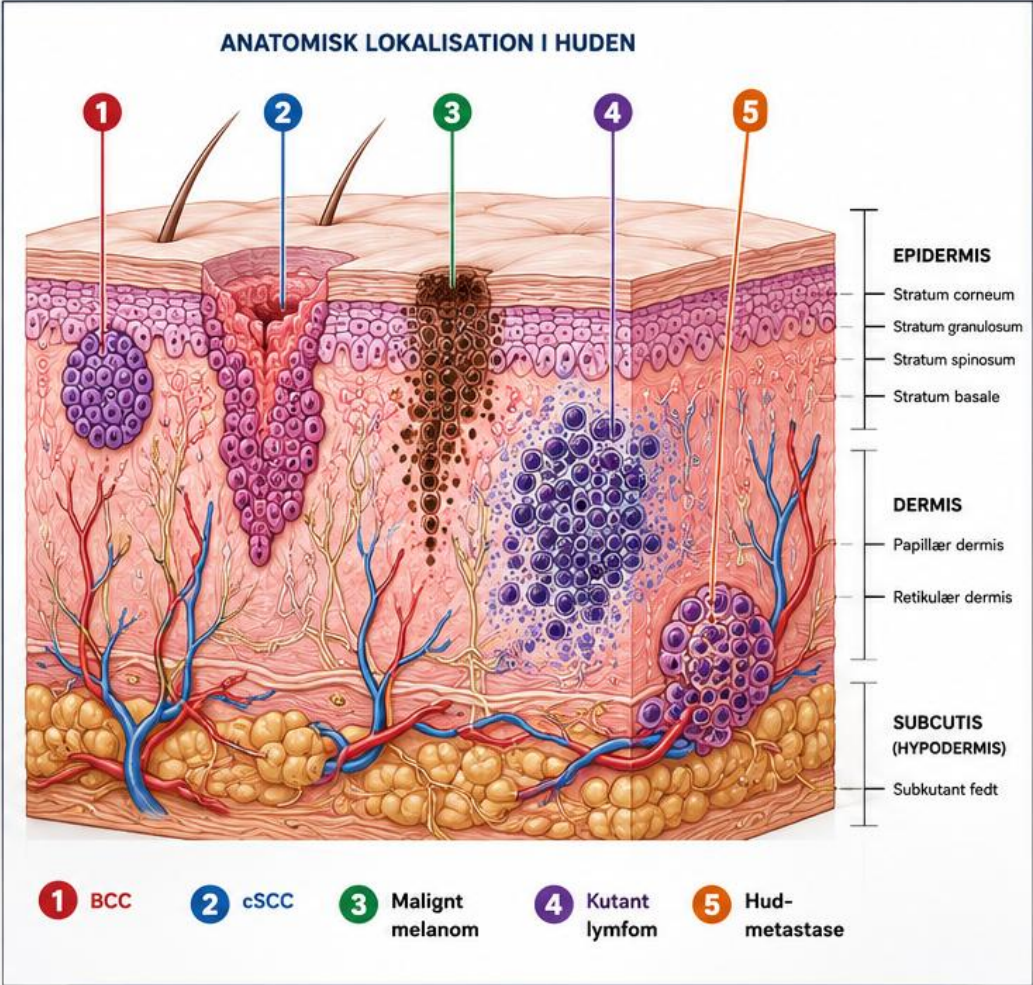
Overlæge, Afdeling for Hud- og Kønssygdomme AUH

Klinisk lektor, Aarhus Universitet

MALIGNE TUMORER I HUDEN, DER KAN GIVE SÅR

Oversigt over hyppigste maligne tumorer, deres celleoprindelse og typiske lokalisering i huden

TUMORTYPE	CELLEOPRINDELSE	TYPISK LOKALISATION I HUDEN	TENDENS TIL ULCERATION*
1 BASALCELLE-KARCINOM (BCC)	 Basalceller i stratum basale (epidermis)	Epidermis (stratum basale) → vækst ned i dermis	●●○ Moderat (øges ved lokalt avanceret sygdom)
2 PLANOCELLULÆRT KARCINOM (cSCC)	 Keratinocytter i epidermis (især stratum spinosum)	Epidermis → vækst gennem dermis	●●● Høj
3 MALIGNT MELANOM	 Melanocytter i den basale epidermis	Epidermis (udgår af basale lag) → vertikal vækst gennem dermis	●●● Høj
4 KUTANT T-/B-CELLE LYMFOM	 Modne T- eller B-lymfocytter i dermis	Dermis (kan involvere epidermis = epidermotropisme)	●●○ Moderat (varierer med subtype og stadium)
5 HUD-METASTASER	 Metastatisk tumorcelle fra anden primær cancer	Dermis eller subcutis (lymfogen eller hæmatogen spredning)	●●● Høj



KLINISK POINTE

Maligne tumorer kan præsentere sig som ikke-helende eller kroniske sår, ofte med ulceration, nekrose og inflammatorisk rand. Tænk malignitet ved atypiske sår, der er tiltagende, recidiverende eller ikke responderer på almindelig behandling.

TYPISKE KLINISKE KRAKTERISTIKA, DER ØGER MISTANKEN

- Hurtig vækst
- Ulceration/nekrose
- Kontaktblødning
- Infiltreret eller hård rand
- Uforklaret kronisk sår > 4-6 uger
- Recidiv efter simpel behandling
- Kendt canceranamnese (metastaser)



DIAGNOSTISK TILGANG

- Klinisk undersøgelse
- Biopsi fra rand og bund
- Histopatologisk diagnose
- Supplerende billeddiagnostik ved behov (CT, PET-CT)

* Tendens til ulceration: ○ Lav ○○ Moderat ●●● Høj

Kilder: 1) International Wound Journal 2025;22:e70812. 2) Lever's Histopathology of the Skin, 12th ed. 3) EADO Guidelines for Skin Cancer.

BASALCELLEKARCINOM (BCC)

Den hyppigste form for hudkræft



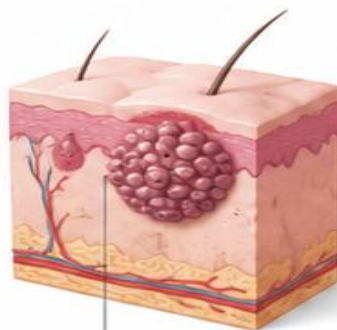
HUSK

Metastaserer meget sjældent, men kan blive lokalt destruktiv, hvis den ikke behandles



HVAD ER BCC?

- Udgår fra basalceller i overhuden (epidermis)
- Vokser langsomt
- Meget sjældent spredning
- Kan give sår og ødelægge det omkringliggende væv, hvis det ikke behandles



Basalceller

TYPISK KLINISK UDSEENDE



Perlemorsskinnende knude/papel



Fine blodkar (teleangiektasier)

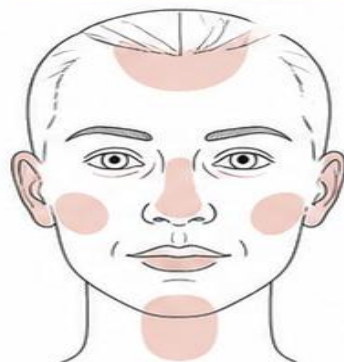


Rullet, hævet rand



Sårdannelse/sår (ulcus rodens)

TYPIske LOKALISATIONER



Næse



Kinder



Pande



Ører



Hals

RØDE FLAG – TÆNK BCC VED



Sår der ikke heler gennem flere uger



Tilbagevendende skorpe eller blødning



Langsomt voksende knude eller knude i et sår



Sår med blank, perlemorsagtig eller hævet rand



Blødning ved berøring

HVAD GØR SÅRSYGEPEJERSKEN?



Dokumentér

Størrelse, udseende og udvikling. Tag foto.



Mistænk malignitet

Ved sår der ikke heler eller har mistænkeligt udseende.



Informér ansvarlig læge

Beskriv observationer og din mistanke.



Henvi/biopsi

Patienten skal vurderes af læge med henblik på biopsi eller henvisning til hudlæge/plastikkirurg.



TAKE-HOME MESSAGE

Et kronisk sår i ansigtet med perlemorsskinnende, hævet rand og tendens til blødning bør betragtes som basalcellekarcinom, indtil andet er bevist.



BEHANDLING (lægelig behandling)

Kirurgisk fjernelse (primær excision)
Mohs mikroskopisk kirurgi ved højrisiko/lokalt recidiv
Alternativt kan være imiquimod creme eller fotodynamisk terapi ved udvalgte tilfælde



PROGNOSE

Meget god. Meget sjældent spredning, men recidiv kan ses, hvis ikke hele tumoren fjernes.



TVIVL? – HELLERE EN HENVISNING FOR MEGET END FOR LIDT



Kilder: DMCG retningslinje for non-melanom hudkræft (2024)
NCCN Guidelines: Basal Cell Skin Cancer (2024)

PLANOCELLULÆRT KARCINOM (cSCC)

Den næsthyppigste form for hudkræft – kan metastasere



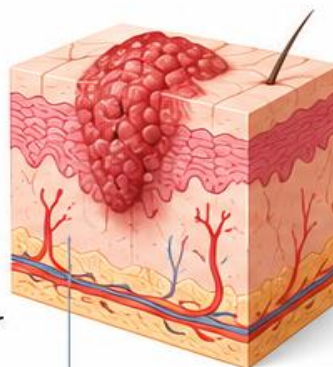
HUSK

- Kan vokse hurtigt
- Har metastaserisiko
- Tidlig opdagelse er vigtig!



HVAD ER cSCC?

- Udgår fra keratinocytter i overhuden (epidermis)
- Kan vokse hurtigt og blive dybdegående
- Kan metastasere til lymfeknuder og andre organer (2–5 %)
- Risikoen øges med alder, solskader og nedsat immunforsvar
- Kan opstå i kroniske sår, ar eller kronisk inflammert hud (Marjolin's ulcer)



Keratinocytter

TYPISK KLINISK UDSEENDE



Skællende, rød plaque



Hyperkeratotisk knude (knudret og hård)



Ulcererende sår med hård rand



Hurtigtvoksende knude med ulceration



Kan variere meget i udseende – fra skællende område til ulcereret, infiltreret tumor.

TYPIske LOKALISATIONER



Skalp (især hos mænd)



Ører



Ansigt



Underlæbe



Håndrygge



Underarme

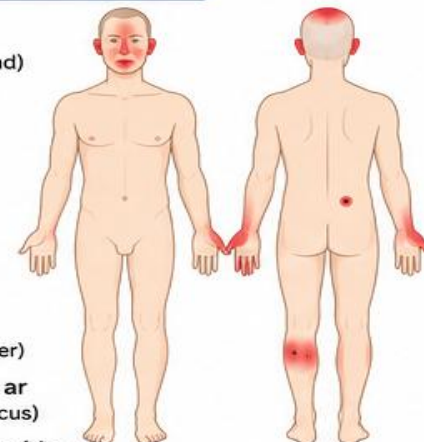


Underben (især hos kvinder)



Kroniske sår, ar (fx Marjolin's ulcer)

■ Soleksponerede områder



RØDE FLAG – TÆNK cSCC VED

- ❗ Sår eller knude, der ikke heler inden for 4–6 uger
- ❗ Hurtig vækst over uger til måneder
- ❗ Hård, infiltreret rand eller fast underlag
- ❗ Blødning, skorper eller ulceration
- ❗ Smerter, ømhed eller let blødning
- ❗ Hyperkeratose (tykke hornlag)
- ❗ Patienter med mange solskader eller nedsat immunforsvar

HVAD GØR SÅRSYGEPLEJERSKEN?



Dokumentér

Størrelse, udseende og udvikling. Tag foto.



Mistænk malignitet

Ved sår der ikke heler eller har mistænkeligt udseende.



Informér ansvarlig læge

Beskriv observationer og din mistanke.



Henvi/biopsi

Patienten skal vurderes af læge med henblik på biopsi eller henvisning til hudlæge/plastikkirurg/onkolog.



BEHANDLING (afhænger af størrelse, lokalisation og risikoprofil)

- Kirurgisk fjernelse (primær excision) – førstevalg
- Mohs mikroskopisk kirurgi ved højrisiko/lokalt recidiv
- Strålebehandling ved inoperable tumorer eller relevant tillægsbehandling
- Medicinsk behandling (fx EGFR-hæmmere) ved avanceret sygdom



PROGNOSE

- God prognose ved tidlig behandling
- Lokalrecidiv kan forekomme
- Metastaser i 2–5 % – hyppigst til regionale lymfeknuder
- Størrelse >2 cm, dyb invasion, dårligt differentieret og invasion i nerver/kar øger risikoen



TAKE-HOME MESSAGE

Et hurtigt voksende, skællende eller ulcererende sår på soleksponeret hud – eller i kroniske sår/ar – bør give mistanke om planocellulært karcinom.

❗ **TVIVL? – HELLERE EN HENVISNING FOR MEGET END FOR LIDT**



Kilder: DMCG retningslinje for non-melanom hudkræft (2024)
NCCN Guidelines: Squamous Cell Skin Cancer (2024)



MALIGNT MELANOM

Den farligste form for hudkræft – kan metastasere tidligt



HUSK

- Kan metastasere tidligt
- Hurtig udvikling kan ses
- Tidlig opdagelse er afgørende!

1 Hvad er det?

- Udgår fra melanocytter i epidermis (pigmentceller)
- Kan opstå i modermærker eller som nyt melanom
- Kan metastasere tidligt via lymfeknuder og til andre organer
- Risikofaktorer: UV-stråling, mange modermærker, lys hud, solskoldninger, arvelighed, tidligere melanom



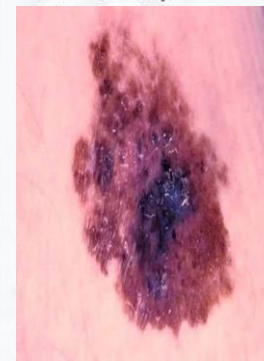
Melanocytter

2 Typisk klinisk udseende – ABCDE-reglen

A	B	C	D	E
Asymmetry (Asymmetrisk)	Border (Kant)	Colour (Farve)	Diameter	Evolving (Udvikling)
Et sygt modermærke vil ofte være asymmetrisk.	Et modermærke med ujævne eller takkede kanter er mistænkeligt.	Et modermærke, der har mere end én farve, er mistænkeligt.	Er modermærket større end 6 mm i diameter, skal du være særligt opmærksom.	Vokser et modermærke pludseligt og får nogle af de nævnte ændringer, er det ikke normalt.

i Når du har lært dine mærker at kende, bliver det lettere at opdage forandringer. Ved tvivl – lad lægen se på det.

Klinisk eksempel



3 Typiske lokalisationer

	Hovedbund (hos mænd)
	Ansigt (hos ældre)
	Ryg (hos mænd)
	Arme
	Ben
	Hænder og håndrygge
	Fødder
	Under negle (subunguallt melanom)

Kan opstå alle steder på kroppen

4 Røde flag – tænk melanom ved

Nyt eller ændret modermærke	Asymmetri	Ujævne kanter	Flere farver	Diameter > 6 mm	Hurtig udvikling	Blødning eller ulceration	Pigmenteret sår der ikke heler

5 Hvad gør sårsygeplejersken?

Dokumentér og mål	Tag foto	Mistænk malignitet	Kontakt læge	Hurtig henvisning	Biopsi/diagnostik ved læge

i Ved mistanke – handling samme dag. Tidlig udredning kan være livreddende.



TAKE-HOME MESSAGE

Ethvert nyt eller forandret modermærke – eller et pigmenteret sår, der ikke heler – skal vurderes hurtigt, da malignt melanom kan metastasere tidligt.



! TVIVL? – HELLERE EN HENVISNING FOR MEGET END FOR LIDT



Kilder: DMCG retningslinje for malignt melanom (2024)
NCCN Guidelines: Melanoma (2024)

HVORNÅR SKAL SÅRSYGEPLEJERSKEN MISTÆNKE MALIGNITET?



TÆNK MALIGNITET

Tidlig mistanke – tidlig handling kan redde liv!



SÅRET IKKE OPFØRER SIG SOM FORVENTET

- Ikke heler efter 4–6 uger trods relevant behandling
- Forværres trods korrekt sårbehandling
- Vokser hurtigt
- Recidiverer / kommer igen samme sted

4-6



SÅRET ÆNDRER KARAKTER

- Hævede eller infiltrerede kanter
- Hypergranulation uden oplagt årsag
- Hyperkeratose / hård skorpe
- Nodulær eller blomkålsagtig vækst
- Pigmentering (sort, brun, blå eller ujævn)
- Ulceration med hård, hævet rand
- Let kontaktblødning



PATIENTEN FORTÆLLER OM

- Nytilkomne smerter
- Kløe eller sviende fornemmelse
- Dårlig lugt uden tegn på infektion
- Let øget blødning
- Hurtige ændringer over få uger



VÆR EKSTRA OPMÆRKSOM VED

- Kroniske bensår
- Tryksår der ændrer karakter
- Ar og tidligere brandsår (Marjolin's ulcer)
- Soleksponeret hud
- Immunsupprimerede patienter
- Tidligere hudkræft

HVAD GØR SÅRSYGEPLEJERSKEN?

1 OBSERVER



Vær opmærksom på forandringer i såret

2 TAG FOTO + MÅL



Tag klare fotos med målestok ved første besøg og ved opfølgning

3 DOKUMENTÉR UDVIKLINGEN



Beskriv sårbund, kanter, størrelse, dybde, lugt, smerter og behandling. Sammenlign over tid.

4 MISTÆNK MALIGNITET



Ved vedvarende mistanke – tænk malignitet, indtil det modsatte er bevist.

5 KONTAKT ANSVARLIG LÆGE



Drøft mistanken samme dag. Beskriv fynd og udvikling tydeligt.

6 HENVIS / BIOPSI



Lægen vurderer videre henvisning og/eller biopsi. Hurtig udredning er vigtig.



1 Tænk malignitet, når et sår ikke opfører sig som forventet.



Tidlig mistanke – korrekt handling – bedre outcome for patienten



TVIVL? – HELLERE EN HENVISNING FOR MEGET END FOR LIDT



Kilder: NCCN Guidelines: Melanoma (2024)
Danske Regioner – Anbefalinger for udredning af hudkræft (2023)

Kutane cancersår: målet er symptomkontrol – ikke nødvendigvis heling

Hvad er et kutant cancersår?

Tumor infiltrerer hud og underliggende væv og kan bryde gennem hudoverfladen. Nekrose, skrøbelige kar og bakteriel belastning kan give komplekse symptomer.

Ekssudat**Lugt****Smerte****Blødning**

Vurder altid konsekvensen for hverdagsliv, kropsbillede, intimitet, søvn og social kontakt.

Skift succeskriteriet

1

Aftal mål

Hvad er vigtigst for patienten i dag?

2

Priorité symptomer

Lugt, lækage, smerte, blødning, hud

3

Minimér belastning

Færre traumatiske skift, enkel plan, beredskab

Klinisk pointe: “komfort + kontrol + værdighed”

Start med patientens mest belastende symptom

Sårstatus er vigtig – men planen bør styres af symptombyrde, mål og risiko.

Ekssudat

Mængde, konsistens, lækage, maceration

→ Absorption + hudbeskyttelse

Lugt

Nekrose/biobynde, social belastning

→ Rensning, lugtkontrol, vurder infektion

Smerte

Baggrunds- og proceduresmerte

→ Atraumatisk kontaktag + analgesi før skift

Blødning

Spontan eller ved forbindingsskift

→ Non-adherent strategi + akut plan

Hudomgivelserne

Maceration, stripping, kløe, dermatitis

→ Barrierefilm/-creme, skånsom fiksering

Psykosocialt

Skam, isolation, søvn, pårørende

→ Spørg aktivt – og planlæg diskret håndtering

Match forbindingen til symptomet – og undgå unødigt vævstraume

Ved meget eksudat

- Absorberende/gelerende primærlag
- Superabsorberende sekundærlag
- Beskyt omgivende hud med barriere
- Overvej pose-/stomiløsning ved ekstrem lækage

Ved lugt/nekrose

- Skånsom rensning efter tolerance
- Kulforbinding kan reducere lugt
- Antimikrobiel behandling ved relevant indikation
- Undgå aggressiv debridering ved smerte/blødningsrisiko

Ved blødningsrisiko

- Non-adherent kontaktag
- Fugt ved aftagning – træk ikke tørt
- Let blødning: direkte tryk og hæmostatisk materiale
- Kraftig blødning: akut lægelig vurdering/beredskab

OBS: Ved strålebehandling skal forbindingsvalg og evt. fjernelse koordineres med stråleterapifsnittet.

Gør proceduren forudsigelig, atraumatisk og så sjælden som muligt

Et godt skift reducerer både smerte, blødning, lugteksponering og patientens mentale belastning.

1

Før

Aftal plan og stop-signal. Giv ordineret analgesi i passende tid før skift.

2

Aftag

Løsn skånsomt; fugt fastsiddende materiale. Brug adhesive remover ved behov.

3

Rens

Skyl/rens nænsomt efter tolerance. Undgå rutinemæssig hård mekanisk debridering.

4

Beskyt

Barriere på perisårshud. Non-adherent kontaktag ved skrøbeligt/blødende væv.

5

Dæk

Vælg kapacitet efter ekssudat. Fikser uden unødigt træk/tryk på tumorvæv.

6

Evaluer

Dokumentér symptomrespons: smerte, lækage, lugt, blødning og skiftefrekvens.

Akut: ved kraftig blødning, som ikke stopper med direkte tryk, følg lokal akutplan og søg akut lægehjælp.

Tre spørgsmål før du vælger næste forbinding

Brug dem ved hvert skift og i tværfaglig sparring.

1

Hvad generer patienten mest lige nu?

Symptombyrden prioriterer indsatsen.

2

Hvordan kan vi gøre næste skift mindre belastende?

Tænk smerte, blødning, tid og skiftefrekvens.

3

Er der en risiko, vi skal have en plan for?

Især blødning, infektion, lækage og behandlingsinteraktioner.

Kilder: Wounds UK, Malignant wounds: Management in practice (2024); Macmillan Cancer Support, Ulcerating cancer wounds (opdateret 2025). Tilpas altid til lokale instrukser og ordinationer.