



Het (on-)vriendelijke uiterlijk van het basaalcelcarcinoom

M. Verbeek-van Kempen*

In Nederland is het basaalcelcarcinoom (BCC) de meest voorkomende vorm van huidkanker (70%). Daarop volgt het plaveiselcarcinoom (PCC) met 20% en het melanoom met 10% (1). Volgens het KWF werden in 2022 zestigduizend nieuwe patiënten gediagnosticeerd met het BCC (2). In 2021 werd bij 14.884 patiënten het PCC gediagnosticeerd (3) en het melanoom bij 7.530 patiënten (4).

Over het algemeen wordt het BCC gezien als een 'goedaardige' vorm van huidkanker. Echter kan het BCC doorgroeien naar nabijgelegen weefsels en bestaat het risico op ingroei in vitale weefsels en botdestructie. Daarnaast metastaseert het bij 0,03% van de patiënten (5). Binnen het BCC wordt er onderscheid gemaakt tussen vier groeitypen: nodulair, superficieel, sprieterig en micronodulair. Het nodulair en het superficieel BCC gedraagt zich over het algemeen niet agressief en bevindt zich voornamelijk op de romp. Daarentegen bevindt het sprieterige en het micronodulaire BCC voornamelijk in het gelaat bij de ogen, de oren, de lippen, de neus etc. en gedraagt het zich agressief. Het sprieterige BCC vertoont vertakte strenges met maligne cellen, die doordringen naar het omliggende weefsel (5). Risicofactoren voor het ontwikkelen van een BCC zijn ultraviolette straling of röntgenstraling. Daarnaast spelen factoren als erfelijke aanleg, hoge leeftijd, soort huidtype ook een rol (5).

Casus introductie

Willem is een 74-jarige man en heeft een winkel in Amsterdam waar hij vier dagen per week werkt. Willem heeft een blanco voorgeschiedenis en gebruikt geen medicatie. Sinds 2015 staat hij ingeschreven bij zijn huidige huisarts, waar hij nooit langs is geweest.

Op 28-07-2022 valt Willem van zijn fiets. Doordat hij door zijn rechter been zakt wordt de ambulance gealarmeerd. De ambulance verpleegkundigen zien het grote aangezichtsdefect en willen Willem meenemen naar de spoedeisende hulp. Aanvankelijk weigert hij, maar besluit uiteindelijk mee te gaan. Bij onderzoek blijkt er geen fractuur, dus kan Willem naar huis. Maar eerst wordt de mond- kaak en aangezichtschirurg (MKA- chirurg) in consult gevraagd. Echter, Willem besluit hier niet op te willen wachten. De SEH alarmeert de huisarts.

De huisarts weet Willem na enkele dagen te overtuigen om

het defect te laten beoordelen en gaat samen met hem naar het ziekenhuis. Willem vertelt dat er in 2010 een plekje is ontstaan op zijn linkerwang. Dit plekje heeft hij naar eigen zeggen verwaarloosd en er geen aandacht aan besteed. Enige jaren hierna werd het defect groter en problematischer om te verzorgen. Willem vertelt geen jeuk of pijnklachten aan het defect te hebben, echter heeft hij wel enige tijd geleden zijn visus aan het linker oog verloren. Hij vertelt dat hij dagelijks het defect uitspoelt en opvult met wattenbollen. In het ziekenhuis worden bipten van de bovenlip en de neusbrug afgenomen onder lokale anesthesie. Daarnaast wordt er een MRI- en een CT-scan gemaakt. Na anderhalve week komen de uitslagen binnen. Het defect blijkt een sprieterig basaalcelcarcinoom te zijn. Na gesprekken met de huisarts en de MKA-chirurg ziet Willem van verdere behandelingen af. Het doel van de behandeling is palliatief.

Willem is een zorgmijder en woont zonder partner in zijn ouderlijk huis, waar beide ouders in het verleden zijn gestorven. Willem heeft geen kinderen en vrijwel geen netwerk.

De staat van het huis is zeer verouderd, daarnaast is de woonomgeving vervuild. Zijn passie is zijn winkel in Amsterdam, waar hij naar eigen zeggen al vijftig jaar werkt. De laatste drie jaar is het oncologisch ulcus zeer snel uitgebreid, aldus Willem. De COVID-19-pandemie bood hem de kans om het oncologisch ulcus te camoufleren achter mondneusmaskers.

Op 11-08-2022 wordt Willem voor het eerst thuis bezocht door het wondexpertiset team. Het oncologisch ulcus is een fors defect, aangezichtsspieren en bot (destructie) zijn zichtbaar. De linkerwang en de bovenlip zijn niet meer aanwezig. Van het ondergebit is een deel nog intact. Daarnaast is de linkerzijde van de neus er niet meer en kijkt je rechtstreeks naar het neustussenschot. Ook het linker-oog is er niet meer en tenslotte lijkt een deel van de oogkas



Foto 1. Zijaanzicht links 11-08-2022.



Foto 2. Vooraanzicht 24-08-2022.

weg te zijn, mogelijk door botdestructie (foto 1,2). De reukzin is volledig afwezig. Van het ondergebit is een deel nog intact.

Behandeling

Als doel van de behandeling wordt gekozen voor een comfortbehandeling. Willem heeft geen behoefte om de wond te douchen, dus wordt er gekozen voor het reinigen met een NaCl 0,9% oplossing. Er is sprake van direct contact met de mondholte, hierdoor zijn er beperkingen met de inzet van gels in verband met orale opname. Daarnaast zijn er deels fixatieproblemen in verband met baardgroei en er geen wens bestaat bij Willem tot het scheren hiervan. Voor de zorgverleners is er een geurprobleem, Willem ruikt echter niets door afwezigheid van de reukzin. Hierdoor wordt afgezien van geurbestrijding. Willem wil zo min mogelijk zorgverleners over de vloer en geeft aan dat enkele keren per week het maximum voor hem is. Gezien de vochtigheid en de bloedingsneiging van het ulcus wordt als primaire verband gekozen voor een

alginaat. Voor escape bij een bloeding wordt een hemostatisch verband ingezet. Met de thuiszorg van Willem wordt afgesproken dat wisseling van het alginaat alleen plaatsvindt bij verzadiging (7).

Bij het evaluatiemoment van het wondbeleid geeft Willem aan dat het alginaat al snel naar beneden zakt en niet prettig zit. Er wordt gekozen voor een siliconen schuimverband en fixatie middels een buisverband, dit blijkt echter ook geen succes te zijn. De weken die daarop volgen worden nog diverse verbanden ingezet, ook weer zonder succes. Uiteindelijk wordt op verzoek van Willem gekozen om terug te gaan naar het gebruik van watten.

In de weken die daarop volgen breidt het wondgebied zich uit en neemt de bloedingsneiging toe, waardoor er in november 2022, na overleg met de MKA-chirurg en de radioloog, wordt gekozen voor tweemaal een palliatieve bestraling. Na de palliatieve bestraling neemt de bloedingsneiging af en lijkt de uitbreiding van het wondgebied



Foto 3. Zij aanzicht rechts 20-06-2023.



Foto 4. Vooraanzicht 20-06-2023.

af te nemen. Tussentijds vindt er nog overleg plaats met de MKA-chirurg en met overige disciplines voor een mogelijke inzet van een gezichtsmasker voor fixatie van verbandmiddelen, zodat Willem mogelijk weer naar buiten durft. Dit blijkt echter niet mogelijk, als gevolg van het ontbreken van steun voor het masker in het gelaat.

Verpleegproblemen

Meerdere verpleegproblemen doen zich voor bij Willem. Als eerste het risico op ondervoeding. Willem vertelt dat er geen sprake is van ongewenst gewichtsverlies; hij neemt voornamelijk zacht en gemalen voedsel tot zich. Bulechek et al. (2016) (6) adviseert in een dergelijke situatie voedingsadvies te geven en een voedingsbeleid te starten. Willem wil echter geen advies van een diëtist. Hij wil blijven eten wat voor hem haalbaar en lekker is. Ook bestaat het risico op een sociaal isolement. Willem komt niet meer buiten en heeft ook niet meer de behoefte om naar buiten te gaan. Op afstand blijft hij zijn winkel coördineren door het regelen van personeel en administratie. Dit geeft hem nog voldoening. Aanvullende interventie is het bevorderen van lichaamsbeweging. Willem heeft

enkele maanden een hometrainer gehuurd zodat hij in beweging kan blijven. Interventies als lotgenotencontact of creatieve therapie ziet hij niet als meerwaarde. De aanwezigheid van vaste zorgverleners lijkt hij echter wel te waarderen.

Op dit moment, anno juli 2023, is de situatie bij Willem stabiel. Zorgverleners mogen twee keer per week langs komen voor het voorzichtig spoelen van de wond (foto 3-5) en opnieuw opvullen met watten, ondanks dat het binnen de wondzorg niet gebruikelijk is om wonden op te vullen met watten. Maar voor Willem zit het prettig en comfortabel. Gezien dit ook de doelstelling is van de behandeling, is de wens van Willem leidend in het zorgproces.

De in dit artikel gebruikte naam is gefingeerd. De cliënt heeft expliciet schriftelijke toestemming gegeven voor publicatie van de foto's.

Literatuur

1. Integraal Kankercentrum Nederland. Incidentie kanker. <https://iknl.nl/kankersoorten/huidkanker/registratie/>



Foto 5. Zij aanzicht links 20-06-2023.

- incidentie. Geraadpleegd op 27-06-2023.
2. Kanker.nl. Wat is basaalcelcarcinoom. <https://www.kanker.nl/kankersoorten/basaalcelcarcinoom/algemeen/wat-is-basaalcelcarcinoom#show-menu>. Geraadpleegd op 27-06-2023.
3. Kanker.nl. Overlevingscijfers van plaveiselcelcarcinoom. <https://www.kanker.nl/kankersoorten/plaveiselcelcarcinoom/algemeen/overlevingscijfers-van-plaveiselcelcarcinoom>. Geraadpleegd op 27-06-2023.
4. Kanker.nl. Overlevingscijfers van melanoom. <https://www.kanker.nl/kankersoorten/melanoom/algemeen/overlevingscijfers-van-melanoom>. Geraadpleegd op 27-06-2023.
5. Smitt SJH & Everdingen J. Dermatovenereologie voor de eerste lijn: een systematische introductie (10de editie). Bohn Stafleu van Loghum, 2017
6. Bulechek G, Butcher H, Wagner C, et al. Verpleegkundige Interventies: Vertaling Van Nursing Interventions Classification. Bohn Stafleu Van Loghum, 2016
7. Richtlijn 'oncologische ulcera', Utrecht: IKNL; 2010.

**Michael Verbeek-van Kempen, verpleegkundig specialist.
Wond expertise team Cordaan & wondexpertise netwerk Sante Partners*