

Toekomstbestendige huidkanker

A. Galimont-Collen *

Huidkanker kent sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw een explosieve toename. Er wordt voorspeld dat binnenkort een op de vijf Nederlanders huidkanker zal krijgen (1). Deze toename legt een grote druk op de houdbaarheid en de kwaliteit van de huidkankerzorg van nu én morgen. In april 2021 start een nationaal 'plan van aanpak' tegen huidkanker onder leiding van de NVDV (Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie) en het IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland). Zij gaan samen met patiëntenorganisaties, artsen, onderzoekers, politici en zorgverzekeraars een plan maken om de houdbaarheid en de kwaliteit van de huidkankerzorg in Nederland te behouden.

Blootstelling aan zonlicht is de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van huidkanker. Uv-straling in het zonlicht veroorzaakt schade aan het erfelijk materiaal (DNA) in de celkernen van de opperhuid. Het kan soms gebeuren dat een DNA-beschadiging op een belangrijk punt in het erfelijke materiaal niet wordt hersteld. Daardoor ontstaat er een kwaadaardige cel die ongecontroleerd begint te groeien. Als gevolg hiervan kan na verloop van tijd huidkanker ontstaan.

Er zijn drie soorten huidkanker (figuur 1). Deze worden onderverdeeld in de melanomen en niet-melanomen huidkanker. Van de niet-melanomen huidkanker zijn het basaalcelcarcinoom ($\pm 72\%$) en het plaveiselcelcarcinoom ($\pm 18\%$) de meest voorkomende vormen. Deze twee soorten huidkanker ontstaan uit cellen van de opperhuid. Het melanoom is een klein deel ($\pm 9\%$) van het aantal huidkankers. Deze vorm van huidkanker ontstaat uit pigmentcellen in de opperhuid. Het melanoom is verantwoordelijk voor 90% van de sterfgevallen ten gevolge van huidkanker.

Het basaalcelcarcinoom

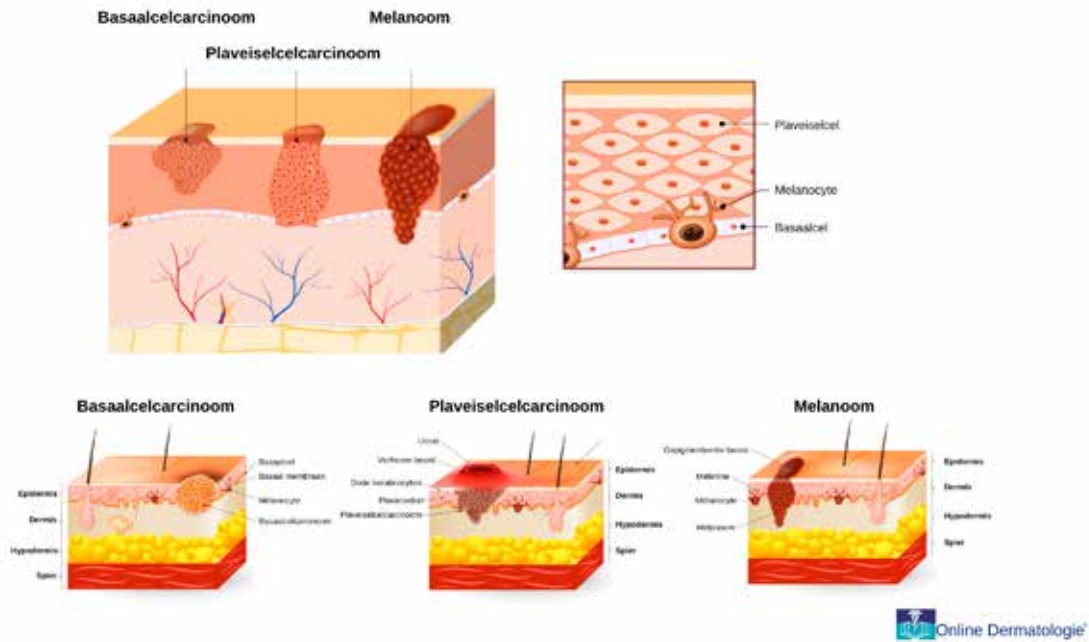
Het basaalcelcarcinoom (BCC) ontstaat uit kiemcellen (basaalcellen) in de basale laag van de opperhuid (figuur 2). Het is een milde vorm van huidkanker die in bijna alle gevallen goed te genezen is (2,3). Een BCC groeit heel langzaam, alleen lokaal en zaait niet uit. Een BCC kwam vroeger bij ouderen voor, tegenwoordig komt bij 33% gevallen een BCC op de leeftijd onder de 60 jaar voor. Het BCC is een wat glazige grillige huidkleurige tumor, met ook wel roodheid of verwijde bloedvaatjes er in. Het begint als een glad glazig bultje, waarin later spontaan een wondje met een korstje ontstaat. Het wondje kan wel tijdelijk genezen maar gaat vaak weer opnieuw open. In ongeveer 85% van de gevallen bevindt de huidkanker zich in het hoofd-hals gebied.



Basaalcelcarcinomen zijn goed te behandelen en hebben een heel goede prognose. Het is wel belangrijk om basaalcelcarcinomen te behandelen, omdat deze gezwellen niet vanzelf genezen en langzaam groter worden. Bij ongeveer 40% van de mensen met een BCC ontstaat binnen drie jaar een tweede BCC of zelfs meerdere nieuwe BCC's. Er is berekend dat er gemiddeld 2,4 huidkankers per patiënt met een BCC ontstaan. In ongeveer 4 - 10% van de gevallen komt het gezwel, na de eerste behandeling, op dezelfde plaats op de huid terug.

Na behandeling van een basaalcelcarcinoom is het belangrijk de huid goed in de gaten te houden. In sommige gevallen blijft een patiënt, als die meerdere basaalcelcarcinomen heeft gehad, of basaalcelcarcinomen met een hoog risico, onder controle bij de dermatoloog. In de meeste gevallen zal een patiënt na de behandeling verwezen worden voor verdere controle naar de huisarts.

Huidkanker



Figuur 1. De 3 meest voorkomende vormen van huidkanker.

A: basaalcelcarcinoom: ontstaat uit de basaalcellenlaag in de epidermis

B: plaveiselcelcarcinoom: ontstaat uit de plaveiselcellen in de epidermis

C: melanoom: ontstaat uit de melanocyten in de epidermis



Figuur 2. Klinische beelden van basaalcelcarcinomen.

Het plaveiselcelcarcinoom

Het plaveiselcelcarcinoom (PCC) van de huid is een kwaadaardige tumor (figuur 3). De kwaadaardige veranderingen ontstaan in de cellen van de opperhuid, de plaveiscellen (4,5).

PCC komt meestal voor op huidgebieden die vaak aan de zon worden blootgesteld, zoals de (onbehaarde) schedel, het gelaat, de oren, het gezicht, de lippen, de onderarmen, de handruggen en de benen.

PCC komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

Het plaveiselcelcarcinoom begint meestal met een huidkleurig of lichtrood bultje. Vaak voelt het oppervlak ruw aan. Het bultje wordt in de loop der tijd langzaam groter en het kan uitgroeien tot een grote tumor. De tumor kan snel enkele millimeters per week groeien. Soms veroorzaakt de tumor pijnklachten.

Een plaveiselcelcarcinoom kan er ook uitzien als een wondje, dat geleidelijk groter wordt. Het is niet altijd gemakkelijk een plaveiselcelcarcinoom in een vroeg stadium te herkennen.

Het plaveiselcelcarcinoom kan overal op het lichaam voorkomen.

Een plaveiselcelcarcinoom is een vorm van huidkanker die de diepte in kan groeien en onderliggende weefsels kan beschadigen. Wanneer het PCC niet behandeld wordt kan deze huidkanker wel uitzaaien naar de lymfeklieren en naar

andere organen (metastasen). Bij ongeveer 4% van de patiënten is er een risico op metastasering na een behandeling. Het risico hiervoor is het hoogst bij grote plaveiselcelcarcinomen die zich bevinden op de oren en op de lippen. Als een uitzaaiing opgetreden is dan zijn de vooruitzichten veel minder gunstig. Aanvullende chirurgische behandeling of radiotherapie en eventueel chemotherapie zijn dan noodzakelijk. Sinds kort is ook immunotherapie mogelijk.

Na de behandeling van een plaveiselcelcarcinoom worden meestal regelmatige controleafspraken gemaakt gedurende minimaal vijf jaar.

Na behandeling van een plaveiselcelcarcinoom is het belangrijk de huid goed in de gaten te houden. Ook is het verstandig te letten op een eventuele vergroting van lymfeklieren.

Het melanoom

Een melanoom ontstaat doordat pigmentcellen van de opperhuid op een bepaalde plaats in de huid of in de slijmvliezen veranderd zijn in kankercellen (figuur 4). Het melanoom is de meest kwaadaardige vorm (6,7). Een melanoom kan namelijk de diepte ingroeien en er kunnen uitzaaiingen ontstaan naar lymfeklieren en andere organen. Als dat gebeurt dan is het heel moeilijk te behandelen. Bij een uitzaaiing in een lymfeklier is de kans op genezing



Figuur 3. Klinische beelden van plaveiselcelcarcinomen.



Figuur 4. Klinische beelden van melanomen.

veel kleiner. Bij uitgebreide uitzaaiingen via het bloed in andere organen is genezing meestal niet meer mogelijk. Sinds de komst van immuuntherapie is de overleving van patiënten met uitgezaaid melanoom fors verbeterd. In 2019 stierven er in Nederland 749 mensen door een melanoom. Dankzij vroege opsporing is de overlevingskans van mensen met een melanoom de laatste decennia sterk verbeterd. De kans op algeheel herstel is groter naarmate het melanoom vroeger is ontdekt en behandeld. Omdat de pigmentcellen overal voorkomen, kan een melanoom ook overal in de huid ontstaan. Een melanoom kan ontstaan uit een goedaardige of uit een onrustige moedervlek of in een 'gave' huid.

Er zijn een aantal risicofactoren bekend voor het verkrijgen van een melanoom.

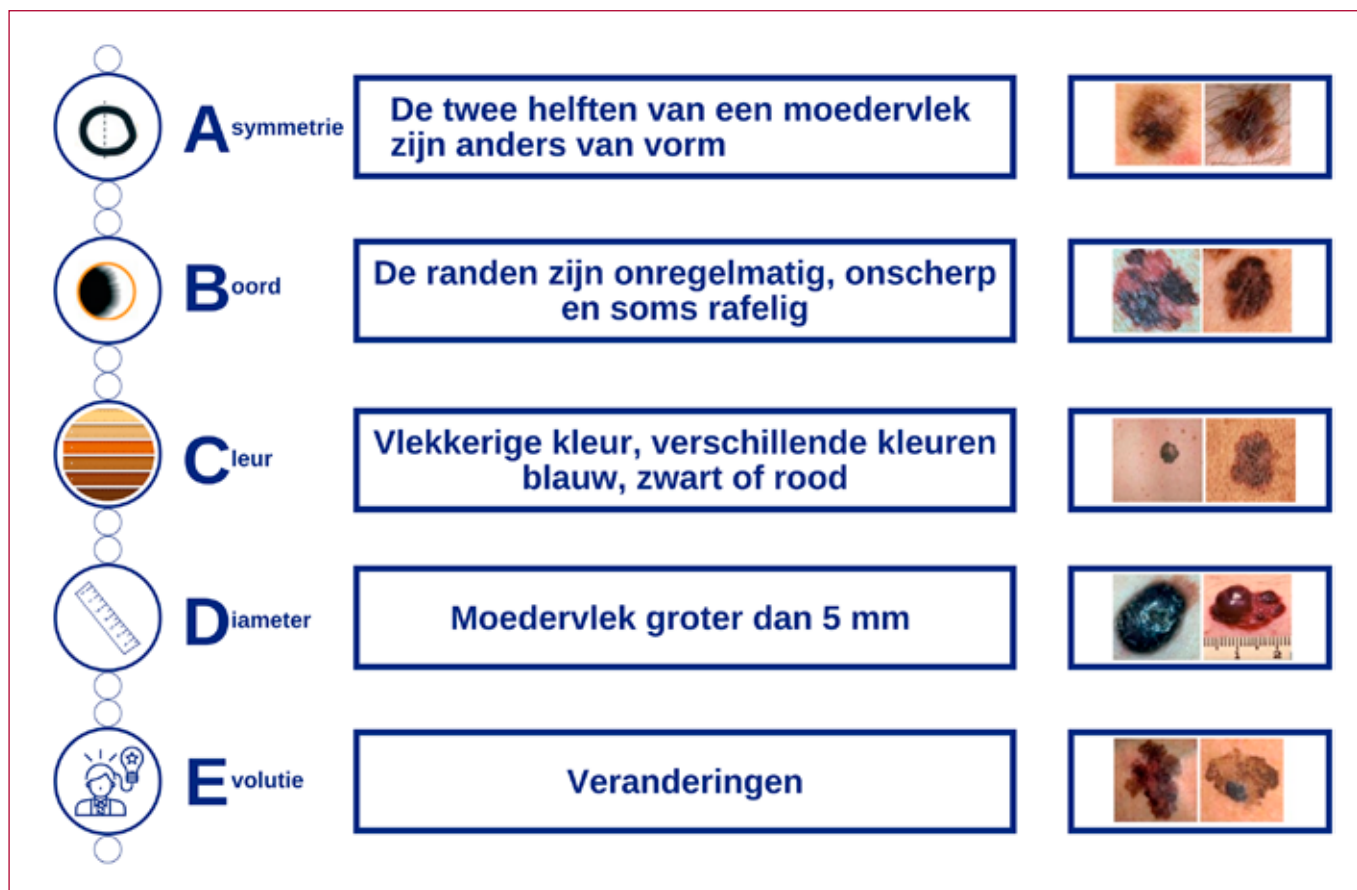
- Overmatige zonblootstelling en met name een zonverbranding, vooral als dit plaatsvindt vóór de leeftijd van 20 jaar.
- Huidtype: mensen die snel verbranden in de zon hebben een hoger risico om een melanoom te krijgen.
- Erfelijke aanleg: als er meerdere familieleden een melanoom hebben, dan neemt het risico op een melanoom toe.

- Onrustige moedervlekken: 'onrustige' ('klinisch atypische') moedervlekken hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van een melanoom, vooral als deze onrustige moedervlekken in de familie voorkomen of andere familieleden een melanoom hebben gehad.
- Een kleine risicofactor voor het krijgen van een melanoom is het hebben van veel (meer dan honderd) gewone moedervlekken of vijf of meer onrustige moedervlekken

Melanomen kunnen op elke leeftijd ontstaan, met een piek tussen de dertig en zestig jaar. Het melanoom wordt vaker bij vrouwen dan bij mannen ontdekt. Bij vrouwen komt deze huidkanker vaker voor op de benen, bij mannen op de romp.

Er zijn verschillende soorten melanomen.

- Het oppervlakkig groeiend melanoom (superficieel spreidend melanoom). De meeste melanomen vallen onder deze categorie. Deze melanomen groeien oppervlakkig naar alle kanten uit, maar groeien meestal niet diep in de huid.
- Nodulair melanoom. Bij dit type melanoom is er al in



Figuur 5. ABCDE.

een vroeg stadium sprake van een opeenhoping van veel melanoomcellen. Aan de oppervlakte is dit vaak te zien als een donkergrijze, donkerblauwe of zwarte verhevenheid.

- Acrolentigineus melanoom. Dit type melanoom is zeldzaam. Het bevindt zich aan de acra (= uiteinden) van het lichaam, namelijk de handen (vingers/nagels) of de voeten (tenen/nagels).
- Lentigo maligna melanoom. Deze vorm ontstaat in een lentigo maligna, een pigmentvlek in het gelaat, waarin zich reeds kwaadaardige pigmentcellen bevinden.
- Een andere zeldzame variant is het ongepigmenteerde melanoom (amelanotisch melanoom). Dit is een ongekleurde variant van het gewone melanoom. Het is een berucht type, omdat het vaak niet herkend wordt als een melanoom en dat daarom te laat verwijderd wordt.

De diagnose wordt overwogen op grond van de uiterlijke verschijnselen. De diagnose kan echter alleen met zekerheid worden vastgesteld door middel van weefselonderzoek.

De diagnose kan door een arts met voldoende ervaring met redelijke zekerheid worden gesteld op de uiterlijke kenmerken. De mate van zekerheid kan worden vergroot als

De ABCDE-methode wordt vaak gebruikt om een melanoom te herkennen (figuur 5).

- **A**symmetrie: de (moeder)vlek is niet symmetrisch in kleur of vorm.
- **B**order: de (moeder)vlek heeft een onregelmatige grillige rand.
- **C**olor: de (moeder)vlek verandert van kleur of heeft verschillende kleuren. De pigmentatie is vaak onregelmatig. Naast bruin en zwart kunnen de kleuren rood, paars, blauw, grijs, wit of een combinatie van verschillende kleuren voorkomen. Niet alle melanomen zijn dus alleen zwart gekleurd. Sommige kwaadaardige pigmentcellen verliezen zelfs het vermogen om pigment te maken, waardoor er een licht of rozerood gezwelletje ontstaat. Deze pigmentloze melanomen zien er soms bedrieglijk goedaardig uit waardoor de diagnose niet meteen door de arts wordt gesteld.
- **D**iameter: de (moeder)vlek heeft een doorsnede van meer dan 6 mm.
- **E**volving/verandering: de (moeder)vlek jeukt, bloedt of verandert. Soms geeft het melanoom helemaal geen klachten.
- Een patiënt met een melanoom kan klagen over jeuk, bloedinkjes of wondjes in het gezwel.

een dermatoscoop wordt gebruikt. Een dermatoscoop is een soort 'handmicroscopje' waarmee het bovenste deel van de huid tienmaal vergroot kan worden.

Als er een redelijke verdenking is op een melanoom, dan moet de afwijking in zijn geheel worden verwijderd met een marge van 2 mm voor microscopisch onderzoek (diagnostische excisie). Na de diagnostische excisie volgt altijd een tweede excisie. Hierbij wordt het litteken met een extra marge en tot op het spiervlies weggesneden. Soms is een aanvullend onderzoek van de schildwachtklier nuttig om te beoordelen of er uitzaaiingen in de lymfeklieren zijn.

In geval van dunne melanomen wordt volgens de meest recente inzichten een eenmalig controlebezoek geadviseerd één tot drie maanden na de behandeling van het melanoom. De patiënt krijgt hierbij praktisch en schriftelijk uitleg over zelfonderzoek van de huid en de lymfeklieren. Bij melanomen met een hogere classificatie luidt het advies voor het eerste jaar één keer per drie maanden een controle; voor het tweede jaar één keer per zes maanden en voor het derde tot en met het vijfde jaar één keer per jaar. Bij de controles is het routinematig maken van röntgenfoto's, echo's of scans niet zinvol.

Na de behandeling van een melanoom is het belangrijk de huid goed in de gaten te houden. Als nieuwe pigmentafwijkingen ontstaan of als bestaande moedervlekken veranderen, is het verstandig de huisarts of de dermatoloog te raadplegen. Ook op huidveranderingen in de omgeving van het operatielitteken moet gelet worden. Het is verstandig te letten op eventuele vergroting van lymfeklieren.

Meer informatie over huidkanker vind je op:
<https://www.onlinedermatologie.nl/huidkanker/>

Literatuur

1. <https://nvdv.nl/patienten/kwaliteit/nationaal-actieplan-huidkanker>
2. <https://nvdv.nl/patienten/richtlijnen-en-onderzoek/richtlijnen/richtlijn-bcc>
3. Kim DP, Kus KJB, Ruiz E. **Basal Cell Carcinoma Review**. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019;33(1):13-24.
4. <https://nvdv.nl/patienten/richtlijnen-en-onderzoek/richtlijnen/richtlijn-pcc>
5. Waldman A, Schmults C. **Cutaneous Squamous Cell Carcinoma Review**. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019;33(1):1-12.
6. <https://nvdv.nl/patienten/richtlijnen-en-onderzoek/richtlijnen/richtlijn-melanoom>
7. Rebecca I. Hartman, Jennifer Y. Lin, **Cutaneous Melanoma-A Review in Detection, Staging, and Management**. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019;33(1): 25-38

* Dr. Annemie Galimont-Collen, dermatoloog dermaTeam Zeeland/Bravis Ziekenhuis, Roosendaal