

Passende zorg voor kwetsbare ouderen met een basaalcelcarcinoom

M. Spit*

Een 82-jarige kwetsbare oudere met een blanco voorgeschiedenis komt voor een longklacht op het spreekuur. Bij auscultatie valt een huidafwijking op. Bij nadere inspectie met de dermatoscoop is te zien dat het vermoedelijk om een gepigmenteerd basaalcelcarcinoom (foto 1) gaat. Gezien de grootte ervan lijkt een verwijzing naar de dermatoloog geïndiceerd. De patiënt heeft echter geen klachten en vraagt zich af 'moet dit allemaal nog op mijn leeftijd?'



Foto 1. Macroscopie van een vermoedelijk basaalcelcarcinoom.

Moet alles wat kan?

Met deze ethische vraag krijg je als zorgprofessional steeds vaker te maken bij de behandeling van kwetsbare ouderen met een (mogelijk) basaalcelcarcinoom (BCC). Welke afwegingen zijn er te maken? Hoe voorkom je overbehandeling en hoe lever je passende oncologische huidzorg aan oudere patiënten? Hoe kan dermatoscopie hierbij helpen? En kan er soms afgezien worden van histopathologisch onderzoek?

Het basaalcelcarcinoom

Het aantal patiënten met huidkanker stijgt snel en zal de komende jaren fors gaan stijgen, zo blijkt uit het rapport 'Huidkanker in Nederland' van Integraal Kankercentrum Nederland (1). Uit dit rapport blijkt dat huidkanker met een aandeel van 52% de meest voorkomende vorm van kanker is in Nederland. Deze aantallen blijken groter dan verwacht door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. De incidentie van huidkanker is met name toe te schrijven aan het voorkomen van het BCC. In 2021 waren er 60.000 nieuwe gevallen van het BCC, dit is ruim 37% van alle kankerdiagnoses in Nederland. De mediane leeftijd op het moment dat de diagnose gesteld wordt is 70 jaar en 20% van alle Nederlanders krijgt er dan ook zelf mee te maken. Zelfs 1 op 3 krijgt in zijn leven meerdere BCC's. Dit geeft een enorme belasting op de zorg en de kosten ervan. Het is gezien deze impact dan ook zeer relevant om te kijken hoe we passende zorg kunnen geven aan de oudere kwetsbare patiënten. Het BCC ontstaat met name bij ouderen met een licht huidtype (Fitzpatrick 1 en 2). Meestal op de zon geëxposeerde delen van de huid, zoals het gelaat, de hals, romp en handrug. Deze vorm van huidkanker groeit langzaam, zaait zelden uit (0,03% kans op metastasering) en is daarmee vrijwel nooit levensbedreigend. Patiënten hebben er vaak ook weinig last van op het moment dat de diagnose gesteld wordt. Echter, onbehandeld kan het wel klachten geven zoals pijn, bloeden en jeuk. Het BCC kan schade geven aan de omliggende weefsels en daarmee meer klachten veroorzaken.

Laag- en hoog risico BCC

Basaalcelcarcinomen worden ingedeeld in hoog- en laagrisico tumoren, afhankelijk van de kans op lokale weefselbeschadiging en kans op een recidief. Het is goed om dit risico mee te nemen in de afweging om wel of niet te behandelen bij kwetsbare ouderen. Hoog risico kenmerken (2) zijn:

- lokalisatie hoofd-hals gebied,
- de H-zone van het gelaat: rond de ogen, oren, lippen en neus,
- een sprieterige of micronodulaire groeiwijze,
- een tumor > 2 cm,
- een recidief tumor.

Een BCC groeit langzaam (3). Een Nederlandse studie liet zien dat de diameter van een BCC met gemiddeld 1 - 4 mm per jaar toeneemt. De snelheid van de groei wordt bepaald door de groeiwijze van het BCC. Sprieterige en micronodulaire BCC's groeien sneller dan nodulaire of superficiële groeiwijzen. Deze studie liet ook zien dat in 47% van de gevallen de diameter van het BCC onveranderd bleef na een follow-up van negen maanden.

Behandeling

In Nederland wordt > 99% van de patiënten met een BCC behandeld. Meestal vindt een chirurgische excisie plaats, dit wordt gezien als de gouden standaardbehandeling in de richtlijn (2). Andere behandelingen zijn cryotherapie, photodynamische therapie en 5-fluorouracilcrème. Kwetsbare ouderen kunnen de behandeling van het BCC als belastend ervaren (4).

Overbehandeling

Maar moet alles wat kan? Kwetsbare ouderen hebben vaak een beperkte levensverwachting en welke 'time-to-benefit' is er dan? Een deel van de behandelde patiënten leeft niet lang genoeg om er voordeel uit te halen. Je zou in dit geval kunnen spreken van een overbehandeling, zeker wanneer we ons realiseren dat een BCC traag groeit, in het bijzonder een BCC met laagrisico kenmerken. Het is goed wanneer we als zorgprofessionals deze gegevens mee nemen in het gesprek met kwetsbare ouderen, zodat we samen met de patiënt een verstandige afweging kunnen maken. Soms draagt het laten van een behandeling meer bij aan de kwaliteit van leven dan kiezen om wél te behandelen. Wat zijn de opties wanneer we besluiten om de behandeling van het BCC te laten?

Waakzaam wachten

Als samen met de patiënt besloten is om het BCC niet te behandelen kan er gekozen worden voor periodieke controle. Afhankelijk van de tumorkenmerken is het advies op basis van de huidige literatuur om een follow-up te doen na drie tot zes maanden. Er is ook een afwegingsalgoritme beschikbaar voor handvatten in de praktijk (4) waarin levensverwachting, de impact op de symptomen van de patiënt en hoogrisico kenmerken een rode draad vormen. Je kunt je voorstellen dat een superficiële BCC op de rug minder last zal geven dan een snelgroeiende tumor bij het oog. Met het afspreken van een follow-up wordt uiteraard ook de mogelijkheid geboden om het BCC in een later stadium alsnog te behandelen indien er toch hinder-

lijke klachten optreden. Dit is waarschijnlijker bij een hoogrisico BCC dan bij een laagrisico BCC.

Diagnostiek van het basaalcelcarcinoom

De diagnostiek van het BCC begint met een goede klinische diagnose en vaak kom je dan al een heel eind. Zeker de diagnostiek van het nodulair BCC levert vaak weinig problemen op. Het nodulair BCC (2) presenteert zich als een glanzende papel, met erosie, ulceratie en teleangiëctasieën. Van alle BCC's is ongeveer 50% van het nodulaire subtype, 30% van het superficiële type, < 10% is sprieterig en < 10% is micronodulair.

Dermatoscopie

Ter aanvulling op de diagnostiek is de dermatoscoop behulpzaam. Dermatoscopie verbetert de klinische diagnostiek van het BCC, waarbij deze met de dermatoscoop al in een zeer vroeg stadium te herkennen is, soms zelf nog voordat de laesie klinisch verdacht is. De diagnostische accuratesse van dermatoscopie voor de diagnose van een BCC is > 95% (5). Een gedegen basistraining vooraf is echter een essentiële voorwaarde, anders wordt de diagnostiek er niet beter op maar slechter. Als voorbeeld de macroscopie en de dermatoscopie van de casus die aan het begin gepresenteerd is (foto 2).

Je ziet in de dermatoscopische opname direct dat er sprake is van chaos en asymmetrie van kleuren en patronen. Deze eerste beoordeling, die vaak intuïtief gebeurt, geeft al een belangrijke aanwijzing voor een mogelijke maligniteit.



Foto 2. Macroscopische close-up van het basaalcelcarcinoom uit de casus behorend bij foto 1.

Dermatoscopie BCC

De dermatoscopische kenmerken van het BCC kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën (5):

1. Pigmentgerelateerde kenmerken: bruin, blauw of grijs van kleur.
 - a. radiaire lijnen die convergeren naar een centraal punt,
 - b. radiaire en bolvormige lijnen,
 - c. blauw/grijze puntjes en/of klodders.
2. Vasculaire structuren, zoals slingerende en vertakkende bloedvaten.
 - a. klassieke vertakkende slingerende vaten: vaten die duidelijk zichtbaar zijn, met enkele hoofdtakken die zich vertakken in kleinere takjes >1 mm,
 - b. fijne vertakkende slingerende vaten: deze zijn goed zichtbaar, maar veel subtieler dan de klassieke vertakkende vaten,
 - c. korte vertakkende vaten: lineaire vaten, <1 mm met weinig of geen vertakkingen.
3. Niet-vasculaire en niet-pigmentgerelateerde structuren
 - a. polarisatiespecifieke witte lijnen,
 - b. ulceratie en 'sticky fibre' (het fenomeen dat kledingvezels blijven plakken aan gebieden met micro-ulceratie),
 - c. doorschijnendheid.

Toegepast op de casus is in foto 3 het volgende te zien:

1. een patroon van blauwgrijze radiaire klodders,

2. een structuurloos roze patroon,
3. centrale keratinisatie en ulceratie,
4. klassieke vertakkende slingerende vaten,
5. polarisatie-specifieke witte lijnen.

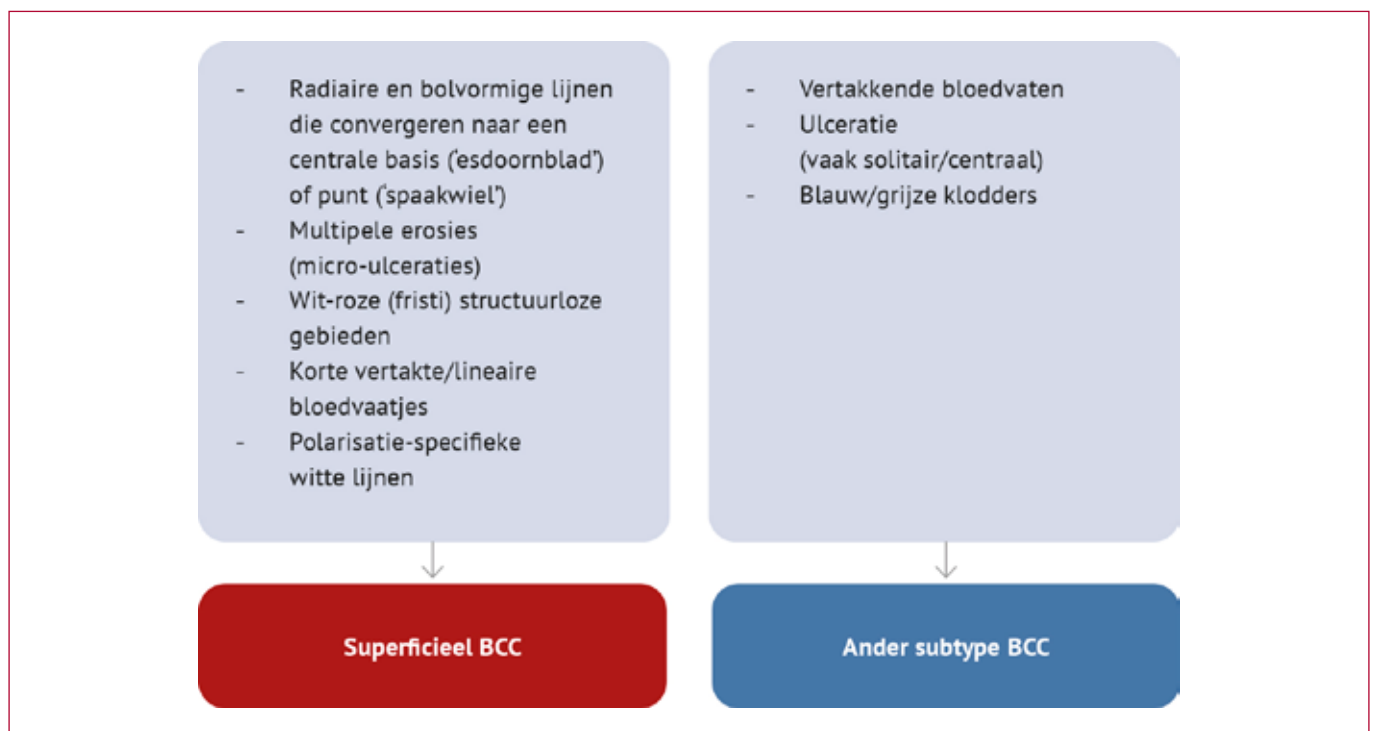
Afzien van histopathologisch onderzoek?

Dermatoscopie heeft naast meerwaarde bij de diagnostiek van het BCC ook waarde bij de subtypering. Vooral het superficieel en nodulair BCC zijn in dit kader relevant, omdat deze subtypen van het BCC potentiële laagrisico BCC's zijn. Er is echter geen solitaire dermatoscopische structuur specifiek voor één subtype van het BCC. Maar er zijn wel kenmerken te benoemen bij de verschillende subtypen. Deze kenmerken zijn samengevat in figuur 1 en zouden behulpzaam kunnen zijn om de groeiwijze te kunnen inschatten bij kwetsbare ouderen (6).

Het is goed om te realiseren dat dermatoscopie geen diagnosticum is en niet de histologie kan vervangen. Maar bij een beperkte levensverwachting en wanneer het BCC op een locatie zit waarbij de consequenties te overzien zijn is het zeker wel behulpzaam. Is echter meer diagnostische zekerheid wenselijk, dan is het advies om een diagnostisch biopt te nemen ter bepaling van de groeiwijze.

Samengevat

De kwetsbare patiënt in de casus heeft vermoedelijk een gepigmenteerd BCC waarbij het vermoedelijk deels superficieel en deels nodulair groeit. Er is tenslotte een vertakkend vaatpatroon te zien en dit doet een andere



Figuur 1. Beslistool ter differentiatie van het superficieel BCC van andere subtypen.

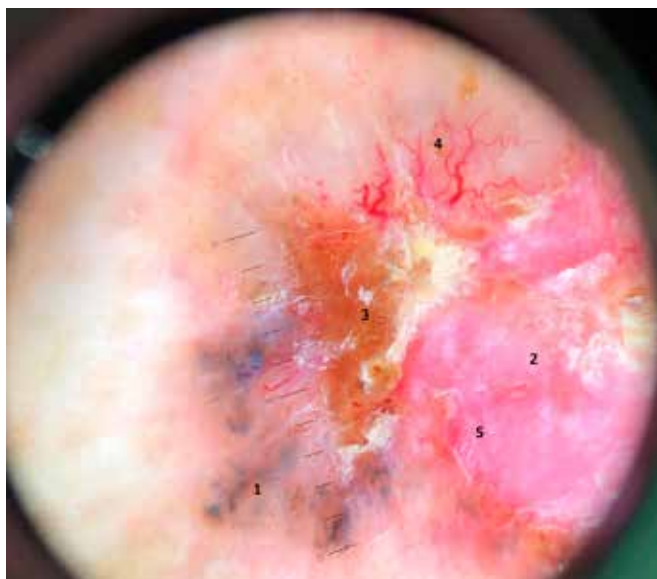


Foto 3. Dermatoscopie van het basaalcelcarcinoom uit de casus behorend bij foto 1.

groeiwijze vermoeden dan enkel superficieel. Het is vermoedelijk een hoogrisico BCC vanwege de grootte ervan. De patiënt heeft echter een beperkte levensverwachting en heeft geen klachten van het BCC. Bovendien is er geen behandelwens. Gezien de lokalisatie en de te verwachten beperkte groei van deze tumor werd besloten om van een behandeling af te zien. Een follow-up werd afgesproken voor over drie maanden om de situatie opnieuw te evalueren.

Literatuur

1. Schreuder K, De Groot J, Hollestein L, et al. (2019). **Huidkanker in Nederland. Cijfers uit 30 jaar Nederlandse Kankerregistratie.** Utrecht, Nederland: IKNL
2. NHG-Werkgroep. **Verdachte huidafwijkingen.** NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. Huisarts Wet, 2017;60(6):276-90.
3. van Winden M, Charlotte R, Hetterschijt C, et al. **Evaluation of watchful waiting and tumor behavior in patients with basal cell carcinoma.** JAMA Dermatology, 2021;157:1174-81.
4. Lubeek S, Schers H, Schoon Y, et al. **Overbehandeling van patiënten met basaalcelcarcinoom.** NTVG, 2022;166:D6530.
5. Lallas A, Appal Z, Ioannides D. et al. **Dermoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma.** Future oncology, 2015;11(22):2975-84.
6. M. Spit. **Dermatoscopie voor gevorderden.** Brave New Books. 2020.

* Maartje Spit, MSc, verpleegkundig specialist AGZ, huisartsenpraktijk Schoone, Westerhoven. Specialist in dermatoscopie.