

Richtlijn Basaalcelcarcinoom 2014

Patiëntenversie

Richtlijn basaalcelcarcinoom 2014, Patiëntenversie 2014©

Colofon

© 2014, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)
Postbus 8552, 3503 RN Utrecht
Telefoon: 030-2823180
E-mail: secretariaat@nvdv.nl

De inhoud van deze brochure is gebaseerd op de medische richtlijn basaalcelcarcinoom 2014.

Deze brochure is geschreven door de NVDV in samenwerking met de Leven met Kanker-beweging en Huidpatiënten Nederland (HPN).

De NVDV is de beroepsvereniging van de Nederlandse dermatologen. Deze vereniging is dus geen patiëntenvereniging. De doelstelling van de NVDV is de bevordering van de studie van huidziekten. Naast wetenschappelijke activiteiten en belangenbehartiging van haar eigen leden, heeft de NVDV ook een publiek doel, namelijk om mensen te informeren over het vóórkomen van en de achtergronden van huidaandoeningen. Dit doet zij door het plaatsen van publicaties, folders en informatie op de eigen website.

De Leven met Kanker-beweging is een samenwerkingsverband van 20 kankerpatiëntenorganisaties. Deze beweging kent drie typen van activiteiten: het geven van voorlichting en informatie, het organiseren van lotgenotencontact en het behartigen van belangen van patiënten met kanker. De activiteiten van de Leven met Kanker-beweging zijn erop gericht om beter te kunnen leven met kanker.

Huidpatiënten Nederland ontwikkelt activiteiten die de doelstelling van de afzonderlijke patiëntenverenigingen overstijgen, als ook belangenbehartiging van huidpatiënten in het algemeen. De bundeling van kennis en ervaring beoogt een krachtiger optreden naar politiek en overheid.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Introductie.....	3
Diagnostiek.....	5
Therapie	6
Controle.....	8
Voorlichting en begeleiding	9

Introductie

Mensen met basaalcelcarcinoom hebben groot belang bij goede zorg. Vóór het opstellen van een behandelplan en het starten van de behandeling gestart, moet eerst de diagnose basaalcelcarcinoom zeker zijn. In de Richtlijn basaalcelcarcinoom staat het verloop van het proces van diagnose, behandeling beschreven. Deze uitgave voor patiënten wil dat proces in begrijpelijke woorden weergeven.

Aan de richtlijn hebben meegewerkt

- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Oncologie
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
- Vereniging Klinische Genetica Nederland
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Dermatologie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Oncologie
- Integraal Kankercentrum Nederland
- Lever met Kanker- beweging (voorheen: Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties)
- Huidpatiënten Nederland.

Bij de aanvang moesten alle betrokken verenigingen aangeven wat zij in de dagelijkse praktijk ervaren als de belangrijkste knelpunten die in aanmerking komen voor verbetering van de zorg. Bij die knelpunten werden eerst enkele duidelijke uitgangsvragen uitgezocht voor gericht literatuuronderzoek. De betrokken verenigingen stelden een richtlijnwerkgroep samen. Die werkte gedurende een jaar aan de totstandkoming van de revisie van de bestaande richtlijn. De leden van de richtlijnwerkgroep zochten systematisch literatuur en beoordeelden de kwaliteit en inhoud ervan. Dit alles resulteerde in een bijstelling van de voormalige richtlijn uit 2007.

De Richtlijn 'Basaalcelcarcinoom' is te vinden op de websites van alle beroepsverenigingen die aan deze richtlijn hebben meegewerkt. Dat is in eerste instantie de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Andere medische beroepsgroepen die betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling van mensen met basaalcelcarcinoom zijn huisartsen, chirurgen, plastisch chirurgen, KNO-artsen en pathologen. Daarnaast spelen ook verpleegkundigen een rol bij de behandeling. Ten slotte de patiëntenvereniging, de Leven met Kanker-beweging en Huidpatiënten Nederland. Zij zijn ook samen verantwoordelijk voor het onderhoud, waarbij de initiatiefnemer, de NVDV, de eerst verantwoordelijke is om de vinger aan de pols te houden. De richtlijn is bedoeld om de zorg voor mensen met basaalcelcarcinoom zo goed mogelijk vorm te geven. Deze omvat het gehele traject van diagnostiek, behandeling en vervolg van alle mensen met basaalcelcarcinoom. De tekst dient als leidraad voor allen die betrokken zijn bij de zorg van mensen met basaalcelcarcinoom, dat zijn de leden van alle verenigingen die aan de totstandkoming van deze richtlijn hebben meegewerkt.

Deze patiëntenversie is van de richtlijn afgeleid en kwam eveneens tot stand onder verantwoordelijkheid van de richtlijnwerkgroep.

Ontstaan

Blootstelling aan zonlicht is de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van huidkanker. Ultraviolette (UV) straling in het zonlicht veroorzaakt namelijk schade aan het erfelijk materiaal (DNA) in de celkernen van de opperhuid. Het kan soms gebeuren dat het lichaam een DNA-beschadiging op een belangrijk punt in het erfelijke materiaal niet repareert. Daardoor ontstaat er een kwaadaardige cel die ongecontroleerd begint te groeien. Als gevolg hiervan kan na verloop van tijd huidkanker ontstaan. Het lijkt erop dat vooral veel kortdurende intensieve zomblootstellingen bij het basaalcelcarcinoom de oorzaak zijn, vooral tijdens de kinderjaren. Het schadelijke effect van ultraviolette straling is groter bij mensen met een lichte huid en blauwe ogen. Overigens zijn er waarschijnlijk nog andere factoren die basaalcelcarcinomen doen ontstaan. Basaalcelcarcinomen ontstaan ook op plaatsen die niet of nauwelijks in de zon zijn geweest.

Voorkomen

Het basaalcelcarcinoom is de meest voorkomende vorm van huidkanker. Deze vorm van huidkanker ontstaat uit de kiemcellen van de opperhuid. Het precieze aantal gevallen wordt in Nederland niet geregistreerd, maar naar schatting krijgen meer dan 40.000 mensen per jaar een basaalcelcarcinoom. Concreet betekent dit dat 1 op de 6 Nederlanders een basaalcelcarcinoom ontwikkelt. Dit aantal neemt nog steeds toe. Het betreft voornamelijk oudere mensen (meer dan 95% van de gevallen komt voor bij mensen ouder dan 40 jaar). Basaalcelcarcinomen zijn goed te behandelen, maar om redenen die hieronder aan bod komen, blijft men soms nog onder dermatologische controle.

Vooruitzichten

Basaalcelcarcinomen zaaien eigenlijk nooit uit en vrijwel niemand zal dan ook overlijden aan deze vorm van huidkanker. Het is wel belangrijk om basaalcelcarcinomen te behandelen, omdat deze gezwellen niet vanzelf genezen en langzaam groeien. In ongeveer 4-10% van de gevallen komt het gezwel weer terug, na de eerste behandeling, op dezelfde plaats op de huid. De kans op het teruggroeien van het gezwel is afhankelijk van de behandeling. Men zal het litteken ter plaatse dan ook nauwlettend in de gaten moeten houden. In de meeste gevallen kan men dat zelf, maar als de tumor op een moeilijk te benaderen plaats zat, van een ongunstig type blijkt te zijn, of als al eerder een basaalcelcarcinoom is behandeld, kan men de controle beter aan de dermatoloog overlaten. Het dan gehanteerde controleschema zal afhankelijk zijn van de specifieke situatie. Verder is het van belang opmerkelijk te blijven op het ontstaan van nieuwe basaalcelcarcinomen. Over een periode van vijf jaar bekeken, ontwikkelt zich bij 29% van de mensen ergens anders op de huid opnieuw een basaalcelcarcinoom. Bij controlebezoeken aan de dermatoloog en bij zelf controle moet men niet alleen letten op hernieuwde groei in het littekengebied, maar ook op eventuele nieuwe basaalcelcarcinomen elders op het lichaam.

Verschijnselen

Er zijn verschillende verschijningsvormen van het basaalcelcarcinoom. Deze hebben met elkaar gemeen: het ontstaan op de huid van een langzaam groeiende rode, huidkleurige of bruine verhevenheid. Vroeg of laat gaat het gezwelletje in het midden open, waardoor een niet-genezend wondje ontstaat, waarop zich korstjes vormen. Soms zijn er klachten van jeuk of pijn. Het gezwelletje oogt wat glazig, glanzend en toont soms kleine bloedvaatjes. Soms kan het gaan bloeden na geringe beschadiging. Een basaalcelcarcinoom ontstaat vooral in gebieden die veel aan zonlicht zijn blootgesteld, zoals in het gezicht of op de oren. Een bijzondere vorm is het zogenoemde 'romphuid carcinoom' dat, zoals de naam al zegt, vooral voorkomt op de huid van borst en rug. Deze vorm lijkt op een eczeemplek, maar jeukt meestal niet.

Diagnostiek

Hoewel een dermatoloog een basaalcelcarcinoom meestal met het blote oog herkent, zal hij vaak onder plaatselijke verdoving een stukje weefsel wegnemen (een biopt) voor microscopisch onderzoek door een patholoog. Bij iemand met veel basaalcelcarcinomen kan hij van deze regel afwijken. Indien het gezwelletje nog erg klein is, kan de arts besluiten het definitief uit te snijden, direct bij het stellen van de diagnose. Het microscopisch onderzoek door een patholoog heeft niet alleen tot doel het bevestigen of uitsluiten van de diagnose, maar ook het bepalen van de groeiwijze. Bij de chirurgische behandeling wordt weefsel onderzoek gedaan om te bepalen of de snijvlakken tumorvrij zijn.

Met het oog op de groeiwijze van de tumor zijn er vier subtypen van het basaalcelcarcinoom te onderscheiden

- het nodulair basaalcelcarcinoom, ook wel compact of solide genoemd. Er zijn grote nesten met duidelijke begrenzing naar het omgevende weefsel
- het oppervlakkige basaalcelcarcinoom, vasthangend aan de opperhuid
- het sprieterige basaalcelcarcinoom, kleine strengtjes kankercellen die de diepte ingroeien, de begrenzing naar het omgevende weefsel is vaak onscherp
- het micronodulaire basaalcelcarcinoom, groeiend in kleine, fraai afgeronde nesten.

In een conclusie van een pathologierapport moeten de volgende items altijd vermeld staan

- de plaats waar het gezwel zit (arts die de tumor vaststelde moet de locatie melden,, anders moet worden vermeld: lokalisatie niet aangegeven)
- groeipatroon (nodulair, oppervlakkig beide laag risico; sprieterig, micronodulair beide hoog risico): bij meerdere patronen in elk geval het ongunstigste groeipatroon vermelden
- indien er opnieuw tumorgroei is na eerdere therapie, dan volgt melding hiervan.

Bij excisie eveneens

- radicaliteit. Hierbij geeft de patholoog aan of de snijranden vrij zijn van tumor.
- indien de diameter van de tumor > 1 cm.

Therapie

Leidraad bij de behandeling zijn twee uitgangspunten

- volledige (radicale) verwijdering van het gezwel, waardoor de kans op terugkeer van het gezwel na verwijdering (een zogenaamd recidief) zo klein mogelijk is;
- met als neven doel het mooiste cosmetische eindresultaat.

Er bestaan verschillende behandelingsmogelijkheden

- Chirurgie

Chirurgische verwijdering (excisie) van een basaalcelcarcinoom gebeurt in de meeste gevallen onder plaatselijke verdoving. Hierbij neemt men een randje gezonde huid mee vanwege mogelijke groei buiten de zichtbare begrenzing. Gewoonlijk is dat een marge van enkele millimeters gezonde huid. De mening van de richtlijnwerkgroep is dat bij conventionele chirurgische excisie een klinische marge van 3 mm bij een basaalcelcarcinoom ≤ 10 mm een redelijke afweging is tussen genezing en behoud van weefsel. Bij grotere tumoren en/of sprieterig groeiend basaalcelcarcinoom of bij een terugkerend basaalcelcarcinoom beveelt de werkgroep een marge van 5 mm aan.

- Mohs' micrografische chirurgie

Dit is een techniek die slechts in een aantal centra in Nederland wordt uitgevoerd in geval van een ongunstig type basaalcelcarcinoom, een ongunstige lokalisatie (vooral in het gezicht) of bij een gezwel dat eerder is verwijderd maar daarna weer terugkomt. Bij deze techniek haalt de opererende specialist laagsgewijs het gezwel weg. Van elk laagje bekijkt men tijdens de operatie direct onder de microscoop of in het verwijderde stukje huid nog tumorresten aanwezig zijn. Dit herhaalt men totdat het operatiegebied geen kankercellen meer bevat. Deze behandeling kan enkele uren in beslag nemen. Op deze manier verwijdert de arts het gezwel volledig waarbij de gezonde huid maximaal in tact blijft.

- Radiotherapie

De bestraling bij huidkanker is veel oppervlakkiger dan de bestraling voor kanker van inwendige organen. De bestraling zelf is dan ook niet of nauwelijks belastend voor het lichaam. Radiotherapie is wel arbeidsintensief vanwege de vele keren dat bestraling nodig is. In het algemeen is radiotherapie niet de voorkeursbehandeling, maar is het een goed alternatief. Vanwege de weefselsparing (behoud van de anatomie) is radiotherapie vooral geschikt voor lokalisatie in het gelaat en rond of op het oor.

- Foto dynamische therapie

Dit is een goede behandeling voor oppervlakkige vormen van basaalcelcarcinoom, waarbij men onvoldoende therapietrouw voor thuisbehandeling verwacht, of bij locatie van een oppervlakkig basaalcelcarcinoom op de onderbenen. Het levert cosmetisch gezien bovendien de beste resultaten op. Voor andere vormen is het minder effectief. Het betreft een therapie waarbij de tumor wordt voorbehandeld met een zalf die de kwaadaardige cellen extreem gevoelig maakt voor zichtbaar licht. Na inwerking van de zalf gedurende enkele uren belicht de behandelaar het basaalcelcarcinoom met een speciale lichtbron. Gedurende de behandeling zelf en de dagen erna kan er een brandende pijn aanwezig zijn.

- Cryochirurgie

Dit is een eenmalige poliklinische behandeling, waarbij men het basaalcelcarcinoom met speciale apparatuur van buitenaf kortdurend befrist met vloeibare stikstof. Soms wordt eerst de tumor zo veel mogelijk weg geschrapt met een scherp instrument en daarna bevroren. De bevriezing vindt zo nodig plaats onder plaatselijke verdoving. Ten opzichte van chirurgische verwijdering is cryochirurgie een minder effectieve behandeling. Cryochirurgie is alleen geschikt bij (kleine) solide en oppervlakkige basaalcelcarcinomen.

- **Curettage en coagulatie**

Het onder plaatselijke verdoving weg schrapen met een scherp instrument en vervolgens elektrisch weggebrand. Curettage en coagulatie is uitsluitend geschikt voor laag risico basaalcelcarcinomen op een plek waarbij het resultaat van de behandeling goed te controleren is.

- **Imiquimod crème**

Imiquimod stimuleert plaatselijk in de huid het afweersysteem, waardoor het afweersysteem het basaalcelcarcinoom opruimt. Deze crème moet vijf keer per week gedurende zes weken op het basaalcelcarcinoom worden aangebracht. Een nadeel is de huidirritatie die tijdens de behandeling kan optreden. Deze behandeling is geschikt bij oppervlakkige basaalcelcarcinomen, waarbij er voldoende zekerheid is dat dat patiënt de behandeling thuis kan volhouden. De richtlijnwerkgroep beveelt aan goede informatie aan de patiënt te verstrekken bij behandeling met imiquimod crème, bij voorkeur met informatieve foto's in een folder.

- **Fluorouracil crème**

Fluorouracil zorgt voor destructie van het basaalcelcarcinoom. De crème wordt meestal tweemaal daags lokaal opgebracht gedurende een periode van 4 weken en veroorzaakt huidirritatie en een oppervlakkige wond. Ook deze behandeling is alleen toepasbaar bij oppervlakkige basaalcelcarcinomen, waarbij er voldoende zekerheid is dat dat patiënt de behandeling thuis kan volhouden. De richtlijnwerkgroep beveelt aan goede informatie aan de patiënt te verstrekken bij de behandeling met 5 FU crème, bij voorkeur met informatieve foto's in een folder.

- **Systemische medicamenteuze therapie: vismodegib**

Vismodegib is een systeembehandeling (tablet) die alleen geschikt is voor behandeling van een lokaal uitgebreid of uitgezaaid basaalcelcarcinoom (wat uiterst zeldzaam is), met bovendien de inschatting dat andere behandelingen als chirurgie en radiotherapie onvoldoende effectief zijn of op bezwaren stuiten. Nadeel van de behandeling zijn bijwerkingen zoals smaakverlies, haaruitval en spierspasmen. Het voorschrijven van vismodegib gebeurt uitsluitend na bespreking in een multidisciplinair oncologisch team.

Controle

Onder controle houden valt te overwegen bij mensen met een basaalcelcarcinoom met een hoog risico op terugkeer van het gezwel na verwijdering (zoals grote en sprieterig groeiende basaalcelcarcinomen) en terugkerende basaalcelcarcinomen in het gelaat. In de meeste gevallen zal jaarlijkse controle voldoende zijn, of zo nodig vaker, afhankelijk van de patiënt en indien de behandelend arts dit noodzakelijk acht. Na een behandeling waarbij geen microscopische controle heeft plaatsgevonden door de patholoog, is het aan te bevelen ten minste eenmalig te controleren, 6-12 maanden na de behandeling. De richtlijnwerkgroep beveelt minimaal jaarlijkse controle door een dermatoloog aan in de volgende gevallen:

- om mensen met hoog risico zoals patiënten met basaal cel naevus syndroom
- mensen die langdurig medicijnen hebben gekregen die de afweer onderdrukken (zogenoemde immunosuppressiva)
- mensen met een zeer uitgebreide door de zon beschadigde huid.

Voorlichting en begeleiding

Dermatologen dienen de patiënten bij wie een basaalcelcarcinoom is verwijderd te instrueren over zelfonderzoek en hen een informatiefolder mee te geven of te wijzen op de digitale informatiefolder basaalcelcarcinoom, bij voorkeur die van de website van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV).

Het is belangrijk alert te zijn op verschijnselen die kunnen wijzen op een terugkeer (recidief) van het gezwel na verwijdering of op een nieuw basaalcelcarcinoom elders op het lichaam. Als het vermoeden op een recidief bestaat of dat een nieuw basaalcelcarcinoom is ontstaan, maak dan een afspraak met de huisarts of dermatoloog.

Omdat bij mensen met een basaalcelcarcinoom meestal sprake is van overmatige blootstelling aan zonlicht in het verleden, verdient het aanbeveling verdere zonbeschadiging van de huid te voorkomen door het nemen van beschermende maatregelen. Voor meer informatie, zie ook de folder "Zonlicht en de huid: verstandig omgaan met de zon".

Er bestaat in Nederland geen patiëntenvereniging voor mensen met een basaalcelcarcinoom.

Websites

- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie: www.nvdv.nl
- Leven met kanker-beweging: www.levenmetkanker.nl
- Huid patiënten Nederland: www.huidpatienten-nederland.nl.