



Basaalcelcarcinoom in het anogenitale gebied: een ongebruikelijke lokalisatie van een alledaagse aandoening

Maureen Jonker

Basaalcelcarcinoom (BCC) is de meest voorkomende vorm van non-melanoma huidkanker met een incidentie in Nederland van zo'n 50.000 nieuwe diagnoses per jaar. [1] Cumulatieve UV-expositie speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van deze tumoren en maakt dat ze zich meestal openbaren op de aan de zonlicht blootgestelde delen van de huid. Het voorkomen van BCC's in de niet aan zonlicht blootgestelde delen van de huid is echter zeldzaam (<1% van alle BCC's), hierbij lijken andere mechanismen en risicofactoren een rol te spelen. [2,3] Hieronder beschrijf ik twee casus van patiënten die een basaalcelcarcinoom ontwikkelden op de vulva respectievelijk het peri-anale gebied en worden de karakteristieken van BCC's in het anogenitale gebied besproken.

CASUS 1

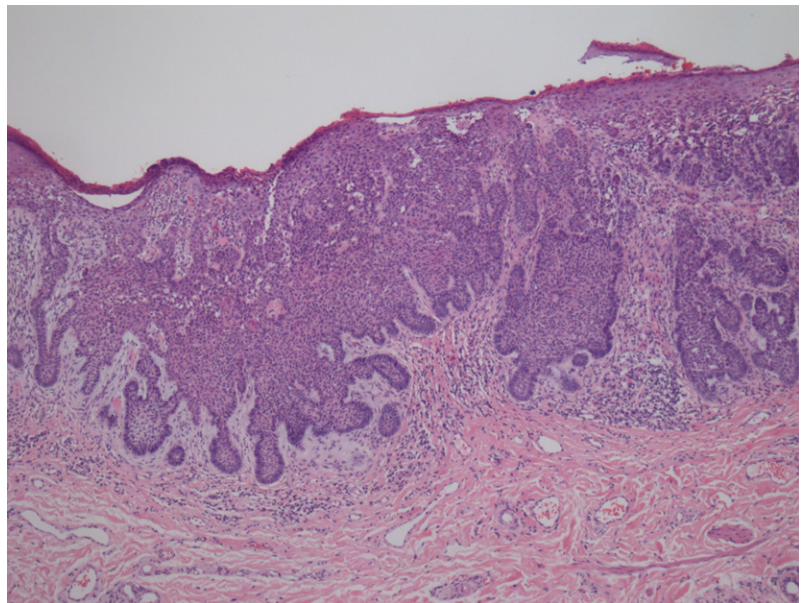
Het betreft een 70-jarige gezonde vrouw met chronische veneuze insufficiëntie in de voorgeschiedenis, zonder atopische klachten en geen dermatologische voorgeschiedenis met huidkanker of overmatige zonexpositie. Zij is geen nudist en heeft in het verleden geen zonnebank gebruikt. Zij werd verwezen door de gynaecoloog voor medebeoordeling van een sinds een paar maanden bestaande, niet genezen-

de, schijnende plek op de binnenzijde van het labium majus links. Een door de gynaecoloog afgenomen kweek was negatief voor pathogene micro-organismen.

Bij onderzoek werd een matig scherp begrensde, erythemateuze, iets erosieve plaque gezien van ongeveer 5x6mm (figuur 1). Elders op de huid werden geen bijzonderheden gezien. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan vulvaire intra-epitheliale neoplasie of vulvitis. Histopathologisch



Afbeelding 1. Superficieel basaalcelcarcinoom binnenzijde labium majus links.



Afbeelding 2. Histologie: in de dermis een nodulaire proliferatie van atypische basaloiden met randpalissadering, focaal retractie, rondom desmoplasie en een mononucleair ontstekingsinfiltraat.

Dermatoloog Spaarne Gasthuis, Hoofddorp/Haarlem

onderzoek van een huidbiopt van de laesie toonde echter dat het een superficieel groeiend BCC betrof (figuur 2). Het BCC werd, na de verschillende behandelopties met patiënte besproken te hebben, door de gynaecoloog geëxideerd met 3mm marge, wat niet voldoende bleek te zijn voor een radicale excisie, het BCC bleek nog aanwezig in één van de zijsnijranden. In samenspraak met patiënte werd gekozen voor een *watchful waiting* beleid. Tot op heden (ruim 3 jaar later) zijn geen tekenen van recidief gezien.

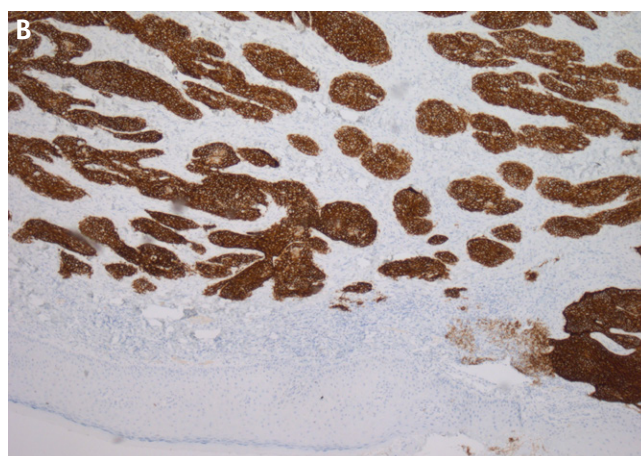
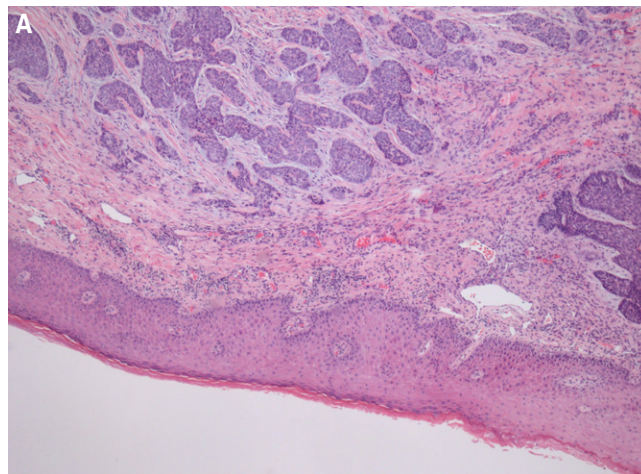
CASUS 2

Het betreft een kwetsbare oudere dame van 86 jaar met een overmatige zonexpositie in het verleden en in de dermatologische voorgeschiedenis een BCC op het linkeroor en de bovenlip, actinische keratosen en een morbus Bowen op de hoofdhuid (2025) en ter plaatse van de mediale zijde van de linkerbil (2020), die succesvol werden behandeld met Efudix crème. De algemene voorgeschiedenis vermeldt terminale nierinsufficiëntie, matig gereguleerde diabetes mellitus type 2, aneurysma aorta, COPD en recent gediagnosticeerd mammacarcinoom. Zij rookt 1 pakje sigaretten per dag. Zij gebruikt geen immunosuppressieve medicatie.

Bij dermato-oncologische controle in mei 2024 werd in de buurt van de eerdere met Efudix crème behandelde morbus Bowen op de mediale zijde van de linkerbil een huidkleurige zwelling gezien van ongeveer 10mm (figuur 3). Met de vraagstelling littekenweefsel of recidief morbus Bowen werd een biopt genomen. Histopathologisch onderzoek van het weefsel toonde dat het een nodulair basaalcelcarcinoom betrof (figuur 4).



Afbeelding 3. BCC peri-anaal, vóór behandeling



Afbeelding 4 A en B. Histologie: in de dermis, een atypische basaloïde proliferatie met perifere palissadering positief voor BerEp4. Om de tumorvelden myxoid stroma.

Na de verschillende behandelopties met haar besproken te hebben koos patiënte, gezien haar leeftijd en algehele conditie, voor de minst ingrijpende behandeling via curettage/coagulatie (met PA-diagnostiek), waarbij de diagnose BCC opnieuw werd bevestigd. Helaas werd er bij controle in september 2024 tekenen van recidief/residu gezien, hetgeen op verzoek van patiënte werd behandeld met Efudix crème aangezien zij liever geen invasieve behandeling wenste. Dit leidde in eerste instantie tot een goed resultaat. Een half jaar later was er echter sprake van een duidelijk recidief: een ulcererende tumor van zo'n 2x1cm tot aan de ingang van de anus (figuur 5). Nieuwe biopsten bevestigden dat het om een recidief BCC ging. Zij werd hierop naar de oncologische GE-chirurg verwezen en besproken in het multidisciplinair overleg. Een MRI-scan sloot doorgroei naar de anus uit. Aangezien volledige excisie volgens de chirurg tot grote complicaties zou kunnen leiden en ook radiotherapie bij deze kwetsbare dame mutilerende gevolgen zou kunnen hebben werd opnieuw gekozen voor oppervlakkige behandeling via curettage/coagulatie met eventueel nabehandeling in de vorm van Efudix crème. Zij weet dat dit geen radicale verwijdering van de tumor zou opleveren, maar is tevreden zoals het nu gaat. Bij toename klachten zal alsnog de optie radiotherapie in overweging genomen worden.



Afbeelding 5. BCC peri-anaal, recidief

BESPREKING

BCC is de meest voorkomende vorm van non-melanoma huidkanker met een incidentie in Nederland van zo'n 50.000 nieuwe diagnoses per jaar. [1] De pathogenese is complex en multifactorieel, maar UV-expositie lijkt een belangrijke rol te spelen, met name door activatie van de Hedgehog signaalroute. Dit wordt meestal veroorzaakt door mutaties in onder andere het Patched-1 (PTCH1) gen (wat leidt tot ongeremde groei) en mutaties in de tumor suppressor genen TP53, smoothend (SMO) en suppressor of fused (SUFU). Zogenaamde "UV-vingerafdruk" mutatiepatronen (zoals C>T transities) zijn geïdentificeerd in PTCH1 en TP53 in conventionele BCC's, hetgeen de rol van UV-gemedieerde mutagenese in de pathogenese van deze tumoren ondersteunt. [2]

Het voorkomen van BCC's in de niet aan zonlicht blootgestelde delen van de huid, zoals het anogenitale gebied, is zeldzaam (incidentie <1% van alle BCC's) en andere factoren dan UV-expositie lijken een rol te spelen bij het ontstaan hiervan. [2,3]

In een recente studie van Draper et al. werd aangetoond dat de meest voorkomende genveranderingen werden gezien in PTCH1, zowel bij de conventionele BCC's (100% van de gevallen) als bij de BCC's in het anogenitale gebied (93%), hetgeen erop duidt dat in BCC's op zowel de zonbeschermd als niet-zonbeschermd huid de Hedgehog signaalroute een rol speelt. Bij de zonbeschermd BCC's echter werd in geen van de gevallen kenmerken van een UV-vingerafdruk mutatie gezien, terwijl dit bij de conventionele BCC's in 100% van de gevallen werd gezien. Dit veronderstelt dat er alternatieve mechanismen bij PTCH1 functieverlies een rol moeten spelen. Als mogelijke verklaring wordt oxidatieve stress genoemd. [2] Verminderde immuun-surveillance ten gevolge van ultraviolette straling op afstand zou mogelijk ook een rol kunnen spelen in de pathogenese. [3]

Behalve UV-expositie zijn er ook andere risicofactoren bekend bij het ontstaan van BCC's, zowel bij die op de zonbeschermd als niet-zonbeschermd huid, zoals oudere leeftijd, bestraling, immunosuppressieve status, lokaal trauma, blootstelling aan arseen en genetische huidziekten waaronder basaalcelnaevus syndroom en xeroderma pigmentosum. Vulvair BCC is ook beschreven bij patiënten met lichen sclerosus, chronische pruritus vulvae en Hailey-Hailey, wat suggereert dat chronische inflammatie ook een predisponerende factor zou kunnen zijn. [3,4,5]

Het klachtenpatroon van anogenitale BCC's is vaak specifiek met jeuk of irritatie, wat kan leiden tot een delay in de diagnostiek als er in eerste instantie gedacht wordt aan inflammatoire of infectieuze aandoeningen. De presentatie is net zo heterogeen als bij de conventionele BCC's en varieert van al dan niet ulcererende erythemateuze papels of patches tot nodi en plaques. Het meest voorkomende histologische subtype is nodulair (66%) en superficiael (16%), maar ook infiltratieve, micronodulaire en basosquameuze BCC's en fibro-epitheliom van Pinkus zijn beschreven. [3]

De eerste keus behandeling bestaat uit (ruime) excisie, maar ook curettage/coagulatie, Mohs micrografische chirurgie, imiquimod, cryotherapie en CO₂ lasertherapie zijn beschreven. [3,4,6] De kans op metastasering is erg klein. [2,3,4] Patiënten met gevorderde, uitgebreide ziekte kunnen behandeld worden met neo-adjuvante hedgehog inhibitors. [2,5]

CONCLUSIE

Het voorkomen van BCC's in het anogenitale gebied is zeldzaam en betreft met name oudere patiënten. Om delay in de diagnostiek en behandeling te voorkomen wordt geadviseerd laagdrempelig te bioteren bij tumoren in dit gebied. De behandeling is vergelijkbaar met die van conventionele BCC's. Vermoedelijk betreft het een aparte categorie BCC, waarbij UV-expositie geen rol speelt. Verder onderzoek is nodig om de meer specifieke risicofactoren en mutagenen te bepalen.

Met dank aan mw. Dr M. Kocken en mw. A.J. Buurma, patholoog Spaarne Gasthuis voor hun hulp bij het verkrijgen van de histologische foto's

SUMMARY

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common non-melanoma skin cancer. The incidence in the Netherlands is about 50.000 new cases each year. [1] Cumulative UV-exposure seems to play an important role in the pathogenesis of these tumors, resulting in their most common occurrence on sun-exposed skin. The occurrence of basal cell carcinomas on sun-protected areas of the skin is very rare (<1% of all BCC's), other mechanisms and risk factors seem to play a role herein. [2,3] Herewith I present 2 cases of patients with BCC on the vulva and the perianal area respectively. The characteristics of BCC's occurring in the anogenital area will be discussed.

TREFWOORDEN

Basaalcelcarcinoom – genitaalgebied – vulva - peri-anaal = pathogenese

KEYWORDS

Basal cell carcinoma – genital – vulvar – perianal - pathogenesis

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen

LITERATUUR

1. www.IKNL.nl
2. Draper E, Li Y, Mahadevan NR, et al. Clinicopathologic and molecular characterization of basal cell carcinoma arising at sun-protected sites. *Am J Surg Pathol*. 2025;49(4):328-335.

3. Gibson G, Ahmed I. Perianal and genital basal cell carcinoma: A clinicopathologic review of 51 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:68-71.
4. Fleury AC, Junkins-Hopkins JM, Diaz-Montes T. Vulvar basal cell carcinoma in a 20-year-old: Case report and review of the literature. *Gynecologic Oncology Reports*. 2012 (2):26-27.
5. Dousset L, Yurchenko A, Chanal J, et al. Genomic and clinical characterization of anogenital basal cell carcinoma: A retrospective and prospective cohort study. *J Am Acad Dermatol*. 2025;93(6):1529-1535.
6. Sinha K, Abdul-Wahab A, Calonje E, et al. Basal cell carcinoma of the vulva: treatment with Mohs micrographic surgery. *Clin Exp Dermatol*. 2019;44(6):651-653.

CORRESPONDENTIEADRES

Maureen Jonker

E-mail: mjonker@spaanegasthuis.nl