



# Epidemiologie huidkanker: leeuwendeel & duivelse dilemma's

T.E.C. Nijsten

---

**De epidemiologische verschillen tussen België en Nederland op het vlak van huidkanker zijn beperkt. In beide landen stijgt de incidentie inclusief de bijbehorende kosten en verdringing van zorg. Mogelijk dat er lessen te leren zijn uit de verschillende gezondheidssystemen en/of dat we samen kunnen optrekken om innovaties te onderzoeken en/of hoe we de zorg inrichten voor laagrisicotumoren. Hoe dan ook zal de toename van huidkanker ons dwingen om de toekomst met een open en kritische blik te bekijken.**

## DE 'HARDE' CIJFERS

In beide landen kan men stellen dat huidkanker het leeuwendeel van alle kankers vertegenwoordigt. Het is vreemd dat basaalcelcarcinoom (BCC) veelal niet wordt opgenomen in de overzichten van kanker, maar met deze erbij is meer dan de helft van de kankers afkomstig van de huid. De landelijke incidentie van huidkanker, met name voor *keratinocyte cancer* (KC), bepalen is een enorme uitdaging. De vergelijking maken tussen twee landen is quasi onmogelijk. De wijze waarop nationale en/of regionale kankerregistraties zijn opgezet verschillen wezenlijk. Dit geldt zeker voor hoog volume tumoren zoals basaalcelcarcinoom (BCC) en plaveiselcelcarcinoom (PCC). Bijkomende redenen waarom het lastig is om deze juist te registreren zijn het feit dat ze vaak meerdere keren voorkomen per patiënt, niet altijd histologisch bevestigd worden en er ook in situ of premaligne laesies van bestaan. Ook al bestaan er duidelijke geografische verschillen in de incidentie van huidkanker, kan men voorzichtig stellen dat Belgen en Nederlanders een vergelijkbaar risicoprofiel hebben. In het kader van risicofratificatie is toenemende diversiteit met betrekking tot huidskleur en zongedrag een interessante ontwikkeling die effect gaat hebben op de incidentiecijfers. Op het blote oog lijkt het erop dat er evenveel KCs zijn: circa 42.000 voor 11 miljoen Belgen en 70.000 voor 17 miljoen Nederlanders. Het lijkt er wel op dat de Nederlandse kankerregistratie (NKR) mede op basis van automatische koppeling aan het nationale pathologie database een betere en gevoeligere registratie heeft dan de huidige methodiek in de Belgische kankerregistratie (BKR). Dit geeft iets meer inzicht in bijvoorbeeld multipole tumoren en voor PCC ook informatie over follow-up van de hoog risico tumoren.

Voor melanoom incidentie is er net een vergelijkende studie gepubliceerd die naar het verschil tussen de twee landen kijkt. De aangepaste melanoom incidentie was 1,5 maal hoger in Nederland dan in België (27,7 vs 18,6/100.000/jaar). [1] Stadium IV melanomen op moment van diagnose waren dan weer iets hoger in België terwijl de 5-jaarsoverleving gevoelig hoger

was in België (27,2% vs 13,7%). De auteurs concluderen terecht dat de verschillen mogelijk te wijten zijn aan verschillen in de zorg voor huidkankerpatiënten en de gezondheidssystemen. Naast het 'gesloten' versus 'open' systeem en het aantal privépraktijken in België is er vast ook een culturele component, die zorgbehoefte en consumptie beïnvloedt en het verschil deels verklaart.

## DILEMMA'S MEDE GEDREVEN DOOR VOLUME

In de lage landen is huidkanker een van de sterkst stijgende kankers. Afhankelijk van welke type huidkanker en onder welke leeftijdsgroep je kijkt, varieert de incidentietoename ergens tussen de 5 en 10%. Hoewel er cijfermatig signalen zijn dat de incidentie van melanoom of BCC lijken af te vlakken heb ik daar sterke bedenkingen bij. Een interessant artikel in de *N Engl J Med* beargumenteert op elegante wijze dat de stijgende incidentie van melanoom in de Verenigde Staten een gevolg is van overdiagnostiek. [2] Deze is gedreven door toenemend bewustzijn in de populatie, toename van diagnostiek bij artsen, veranderende histopathologische beoordeling en financiële prikkels.

In tegenstelling tot de incidentie vertegenwoordigt huidkanker slechts een beperkt deel van de totale oncologische zorgkosten, maar door de constante toename van het volume en de introductie van nieuwe geneesmiddelen voor met name melanoom, nemen de kosten exponentieel toe. Dit gaat nog verder versnellen als de immunotherapie wordt ingezet als adjuvante therapie bij stadia II en III melanomen. Het is niet alleen een kostengedreven zorg, maar ook het feit dat de huidkankerpatiënten in zowel de diagnostiek (inclusief aantal benigne tumoren), chirurgische behandeling en met name de follow-up, de toegankelijkheid van de dermatologische zorg in het nauw zal gaan drijven. Deze ontwikkelingen zetten huidkanker meer en meer op de radar van de beleidsmakers.

Als een probleem te groot wordt om op te lossen, tracht men het probleem te herdefiniëren. Een aantal jaar geleden is er een voorstel gelanceerd om het woord kanker uit de KC te

---

Dermatoloog en hoogleraar/afdelingshoofd Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

schrapen en het te dopen als 'indolent lesion of epithelial origin'. [3] Een slimme manoeuvre om in potentie de angst en dus zorgvraag van de patiënten te reduceren. In de diagnostiek zal kunstmatige intelligentie, bij zowel de clinici als pathologen en mogelijk leken, een steeds grotere rol gaan spelen. De grootste belofte is om huidkanker in een vroeger stadium te ontdekken, maar de echte winst valt waarschijnlijk te halen uit het terugdringen van het aantal onnodige verwijzingen naar de dermatoloog, het opvolgen van huidkankerpatiënten en het (quasi) automatiseren van de histopathologisch diagnose van de hoog volume tumoren zoals BCCs. In de behandeling en de rol van de dermatoloog daarin lijken wel duidelijke verschillen tussen Nederland en België. In Nederland heeft de dermatoloog de snijdende rol van de (plastisch) chirurg grotendeels overgenomen. Dit heeft deels te maken met verschillende vergoedingssystemen maar, naar mijn mening, zal de Belgische dermatoloog daar een inhaalslag moeten maken. In de toekomst gaat ook de discussie spelen over welke patiën-

ten met (adjuvante) immunotherapie behandeld worden. In de behandeling zal er verder meer discussie gaan ontstaan over de noodzaak om überhaupt te behandelen. Desalniettemin zal de beschikbaarheid van micrografische Mohs chirurgie in met name België toenemen en de indicaties voor immunotherapie uitbreiden naar gevorderde PCCs en BCCs. Een uitdaging voor ons vak zal zijn om wetenschappelijk aan te tonen dat het behandelen van actinische keratosen en het opvolgen van patiënten met BCCs (en PCCs en laag stadium melanomen) enige klinische waarde heeft.

## CONCLUSIE

Al bij al kan men concluderen dat huidkanker letterlijk en figuurlijk in ontwikkeling is. De stijgende incidentie inclusief de bijbehorende kosten en verdringing zullen ons dwingen om met een open en kritische blik in de toekomst te kijken.

## SUMMARY

From an epidemiological perspective, the differences in skin cancer between Belgium and The Netherlands are limited. In both countries the incidence is increasing steadily as well as the costs and its impact on the allocation of dermatological care. The difference in health care systems (e.g., open vs restricted access to specialized care) might provide insights in how to best deal with skin cancer epidemic. Moreover, this difference is also interesting in the assessment of innovations in skin cancer care in different models of health care. In conclusion the rising incidence of skin cancer and its direct impact on limited health care resources forces us to be open and critical about the future management of patients with suspicious skin lesions.

## TREFWOORDEN

epidemiologie – basaalcelcarcinoom – melanoom – plaveiselcelcarcinoom – overdiagnose – incidentie – kankerregistratie

## KEYWORDS

epidemiology - basal cell carcinoma - squamous cell carcinoma – melanoma – overdiagnosis - incidence, cancer registry - health care system

## LITERATUUR

1. Reyn B, Van Eycken E, Louwman M, Henau K, Schreuder K, Brochez L, Garmyn M, Kukutsch NA. Incidence and survival of cutaneous melanoma in Belgium and the Netherlands from 2004 to 2016: striking differences and similarities of two neighbouring countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021 Jul;35(7):1528-1535.
2. Welch HG, Mazer BL, Adamson AS. The rapid rise in cutaneous melanoma diagnoses. *N Engl J Med.* 2021 Jan 7;384(1):72-79.
3. Esserman LJ, Thompson IM, Reid B, Nelson P, Ransohoff DF, Welch

HG, Hwang S, Berry DA, Kinzler KW, Black WC, Bissell M, Parnes H, Srivastava S. Addressing overdiagnosis and overtreatment in cancer: a prescription for change. *Lancet Oncol.* 2014 May;15(6):e234-42.

## CORRESPONDENTIEADRES

Tamar Nijsten

E-mail: t.nijsten@erasmusmc.nl