Het plaveiselcelcarcinoom van de scalp: wanneer het te laat is

Sanne Gillissen[1], Nicole Kelleners-Smeets[2], Eva van Loo[2]

Een plaveiselcelcarcinoom op de scalp lijkt vaak goed behandelbaar. Maar wat als de eerste behandeling nét niet radicaal is? Reexcisie, radiotherapie of een expectatief beleid? Twee casus laten zien hoe een irradicale behandeling binnen een jaar uitmondt in een irresectabel recidief, waarbij enkel nog palliatie rest. De kern: bij een plaveiselcelcarcinoom telt vooral de éérste behandeling.

Introductie

Het cutane plaveiselcelcarcinoom (PCC) is na het basaalcelcarcinoom de meest voorkomende huidkanker, met een stijgende incidentie. De meeste PCC's zijn laag-risico en worden met een excisie genezen, met genezingspercentages boven de 90%. [1] Een deel betreft echter hoog-risicotumoren, onder andere door de grootte, invasiediepte, perineurale groei, recidivering of bij een patient met immuunsuppressie, met een reëel risico op lokaal recidief en metastasering. [1]

De Nederlandse richtlijn beschouwt chirurgie als eerstelijnsbehandeling, met als doel een radicale resectie met histologische controle van de snijranden. Bij positieve snijranden dient bij operabele patiënten een re-excisie te worden verricht. Is dat niet mogelijk, dan moet adjuvante radiotherapie worden overwogen. [1]

Wij presenteren twee patiënten met een PCC op de scalp bij wie de behandeling tekortschoot ten opzichte van de richtlijn, met een snel recidief en uiteindelijk uitsluitend palliatieve opties tot gevolg.

Casus 1

Een 87-jarige man, sinds jaren bekend met multipele PCC's op de scalp, werd in 2024 gediagnosticeerd met een T2 plaveiselcelcarcinoom op de scalp. Excisie vond elders plaats door de



Afbeelding 1a. Eerste tumorrecidief PCC in de rand van het SSG.



Afbeelding 1b. Tumorprogressie PCC gedurende cemiplimab.

1. Aios, afdeling Dermatologie, Maastricht UMC+ Comprehensive Cancer Centre, Maastricht
2. Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Maastricht UMC+ Comprehensive Cancer Centre, Maastricht en GROW Research Institute for Oncology and Reproduction, Maastricht University, Maastricht

plastisch chirurg waarbij het defect direct werd gesloten met een split skin graft (SSG). Histopathologisch onderzoek van het excisiepreparaat toonde een matig gedifferentieerd PCC met een invasiediepte van 5,3 mm waarbij de tumor de galea invadeert, irradicaal in de bodem. De casus werd in een MDO van een perifeer centrum besproken waaruit het advies volgende voor re-excisie door de hoofd-hals oncologisch chirurg of postoperatieve radiotherapie. Dit advies werd door de plastisch chirurg met patiënt besproken waarna patiënt afzag van behandeling. De medische voorgeschiedenis vermeldde hypertensie, een chronische nierfunctiestoornis en een prostaatcarcinoom waarvoor hormoontherapie. Zijn algehele conditie was relatief goed met een WHO-performance status van 1.

Negen maanden later ontstond een recidief T2 plaveiselcelcarcinoom in de rand van de SSG waarna patiënt naar het multidisciplinaire hoofd-hals huidtumorenspreekuur van ons centrum werd verwezen. Echo hals toonde geen lymfkliermetastasen maar op een CT-schedel werd ossale aantasting gezien. Patiënt werd besproken op het MDO waarna hem 2 curatieve opties werden geboden: chirurgie of radiotherapie. Een uitgebreide resectie door hoofd-hals chirurg, neurochirurg en plastisch chirurg werd na beoordeling te risicovol geacht voor deze patient op leeftijd. Patiënt wenste wel een behandeling in curatieve opzet en er werd gekozen voor radiotherapie. De tumor slonk en de bestralingswond verbeterde langzaam. Zo'n vijf maanden na het afronden van de radiotherapie ontstond een pijnlijke, rode zwelling aan de dorsale wondrand. MRI van de schedel toonde een tweede recidief van het plaveiselcelcarcinoom met toename van het schedeldefect. Chirurgie was - zoals eerder ook besproken - te risicovol voor patiënt en radiotherapie was geen optie omdat patiënt al bestraald was in dit gebied. Omdat er geen curatieve opties meer waren, werd palliatieve behandeling met cemiplimab geadviseerd. Gedurende vier kuren verdroeg de patiënt de immunotherapie goed, echter ging hij lichamelijk in algehele conditie steeds meer achteruit. Tevens was er klinisch en radiologisch sprake van tumorprogressie. Behandeling met cemiplimab werd gestaakt en een best support of care beleid werd ingezet. Patient werd opgenomen in een hospice en is daar na korte tijd overleden.

Casus 2

Een 87-jarige vrouw presenteerde zich in december 2024 met een T3 PCC van de vertex in een perifeer ziekenhuis. Er vond een excisie plaats door de plastisch chirurg tot op het periost, gevolgd door directe sluiting met een SSG. Bij histopatologisch onderzoek bleek de tumor zich uit te breiden tot in de galea en was irradicaal verwijderd in de bodem. Door de plastisch chirurg werden de volgende behandelopties met patiënte besproken: re-excisie inclusief periost en reconstructie middels rotatielap, of postoperatieve radiotherapie. Beide opties vond patiënte op dat moment te ingrijpend. Zij zag af van behandeling en er werd gekozen voor follow-up door de dermatoloog. Achteraf vertelde patiente dat zij de indruk had gekregen dat een extra behandeling niet noodzakelijk zou zijn. Patiënte was bekend met een beginnende ziekte van Alzheimer, maar er was voldoende ziekte-inzicht.

Vijf maanden later ontstond er een recidief waarna patiënte naar het multidisciplinair hoofd-hals huidtumoren spreekuur van ons centrum werd verwezen. Op de CT-schedel werd ossale aantasting gezien, waardoor er sprake was van een recidief T4 PCC. Patiënte werd besproken op het MDO hoofd-hals huidtumoren, waarna de volgende curatieve behandelopties werden geadviseerd: excisie inclusief het weghalen van de tabula externa waarna sluiting via rotatielap of curatieve



Afbeelding 2a. Eerste tumorrecidief PCC na irradicale excisie



Afbeelding 2b. Tweede tumorrecidief PCC na eerdere excisie tabula externa en adjuvante radiotherapie

radiotherapie (echter mogelijk niet voldoende effectief door de ossale betrokkenheid). Ook palliatieve opties zoals palliatieve radiotherapie en cemiplimab werden besproken. Patiënte besloot- ondanks dat ze eerder had afgezien van aanvullende chirurgie- voor de chirurgische optie te gaan. Excisie van de aangedane huid en tabula externa vond plaats door de hoofd-halschirurg waarbij direct sluiting via rotatielap en SSG plaatsvond door de plastisch chirurg. Histopathologisch onderzoek van het excisiepreparaat en het bot toonde een sprieterige tumor welke irradicaal verwijderd was in de (bot) bodem. Het schedelbot was peroperatief ook nog afgefreesd, maar waarschijnlijk microscopisch niet tumorvrij. Er volgde adjuvante radiotherapie.

Acht maanden later ontstond er een tweede recidief. Patiënte werd opnieuw in het MDO besproken. Curatieve chirurgie zou een resectie van het schedeldak betekenen met waarschijnlijk een indicatie voor nabestraling. Conditioneel was patiente niet fit genoeg om zo'n zware ingreep te ondergaan en nadien hiervan te herstellen. Daarbij zou deze optie ook onvoldoende curatief zijn omdat er geen ruimte is voor herbestraling, aangezien er reeds bestraald was in dit gebied. De medisch oncoloog heeft uitgebreid met patiënte gesproken over de voor- en nadelen van palliatieve behandeling van cemiplimab. Deze behandeling zou voor patiënte erg belastend zijn (mede gezien 1x per 3 weken naar het ziekenhuis komen voor infusen) en er werd ingeschat dat ze onvoldoende lichamelijke reserveres zou hebben om eventuele bijwerkingen op te vangen. Er werd gekozen voor best supportive care in de thuissituatie.

Beschouwing

In beide casus was de primaire behandeling van een cutaan PCC op de scalp microscopisch irradicaal, en bleef een re-excisie uit. In beide gevallen ontstond binnen een jaar een recidief met ossale betrokkenheid, waarna in opzet curatieve behandeling toch onvoldoende bleek.

De richtlijn is hierin expliciet: chirurgie is de eerste keus behandeling en streeft naar een resectie met histologische snijrandcontrole. [1] Verdere aanbevelingen uit de richtlijn omtrent histologische excisiemarges worden besproken in het artikel van Van Muijen et al. in dit tijdschrift.

In de richtlijn worden tevens indicaties benoemd voor het bespreken van patienten op een MDO. Erwordt geadviseerd patiënten met laag-risico of intermediair-risico tumoren met onvoldoende histologische marge, te bespreken op een lokaal MDO. Patiënten met een hoog risico PCC én T1 en T2 tumoren waarbij er er onvoldoende histologische marge kan worden bereikt en/of wanneer weefselbesparing belangrijk is, dienen besproken te worden in een MDO van een referentiecentrum. Voor hoog-risico PCC's in het hoofd-hals gebied dient patiënt te worden besproken in het MDO van een Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren (NWHHT) geaccrediteerd centrum. [1]

Een irradicale excisie is een ongunstige bevinding. In een serie van 24 irradicaal verwijderde PCC's (79% bevond zich in het hoofd-hals gebied, 54% waren T1 tumoren en de meeste tumoren hadden een grootte van 10-40 mm) werd bij re-excisie in 100% resttumor aangetroffen, en in 62,5% bleek de tumor bij re-excisie minder goed gedifferentieerd. Dit bleek met name zo te zijn bij tumoren die irradicaal verwijderd waren in de bodem van het preparaat en minder vaak bij tumoren die in de zijsnijvlakken irradicaal verwijderd waren. [2] De theorie is dat dit komt doordat de resttumor zich door hypoxie en inflammatie kan differentieren naar een slechtere graad en dat dieper in het weefsel de tumor een slechtere differentiatie heeft, waardoor bij oppervlakkige excisie de differentiatiegraad werd onderschat. De richtlijn benadrukt dat de gevolgen van het afzien van adequate behandeling met de patiënt moeten worden besproken: gedeelde besluitvorming vereist dat de patiënt begrijpt dat afzien van re-excisie of radiotherapie de kans op een irresectabel recidief substantieel vergroot. [1] In beide casus betrof het een relatief vitale maar patient op hoge leeftijd bij wie een adequate primaire behandeling — re-excisie of postoperatieve radiotherapie — wel mogelijk was geweest, maar achterwege bleef. In soortgelijke casus merken wij geregeld dat patienten de potentiële gevolgen van een recidief zich niet goed gerealiseerd hebben na de eerste uitleg van de behandelaar. Goede voorlichting en visie van meerdere specialisten zoals binnen een hoofd-hals team, kunnen hierin het verschil maken. De richtlijn waarschuwt dat leeftijd of fragiliteit alléén een slecht argument is om onder te behandelen: de snelheid van tumorgroei overtreft doorgaans de algemene achteruitgang, waardoor een aanvankelijk 'eenvoudig' PCC groeit tot een onbeheersbaar, pijnlijk probleem; precies wat beide casus illustreren.

Hoewel het, zeker bij oudere kwetsbare patienten, invoelbaar is om maar één ingreep te willen doen, is het advies om een reconstructie met een lap of transplantaat pas te doen nadat radicaliteit histologisch is bevestigd. Bij bovenstaande casus werden de primaire operatiewonden direct gesloten met een SSG. Mogelijk hebben de reeds voltooide wondgenezing en het vooruitzicht van een tweede reconstructie de beslissing beinvloed om van verdere behandeling af te zien. Als een wond nog open is, is het gesprek over een re-excisie eenvoudiger te voeren en de drempel tot de chirurgische uitvoering ervan wellicht lager.

Wanneer een PCC niet meer curatief te behandelen is en patiënt fit genoeg is, kan palliatief immunotherapie (anti-PD-1, cemiplimab, Libtayo(R)) een optie zijn. Cemiplimab is eerstelijns systeemtherapie bij lokaal uitgebreid of irresectabel PCC dat niet curatief te opereren of te bestralen is. [1] Deze behandeling is gericht op het vertragen van de tumorgroei en daarmee het verbeteren van de kwaliteit van leven. De responskans van cemiplimab is 54,3%. [3] Toxiciteit treedt bij zo'n 30% van de patiënten op en is bij 10% van de patienten een reden om de behandeling vroegtijdig te staken. [3]

Naast de palliatieve behandeling middels cemiplimab zijn er studies die de waarde van (neo)adjuvante immunotherapie onderzocht hebben met positief resultaat (MATISSE trial en C-POST trial). [4] Om de meest optimale en up-to-date behan-

deling te kunnen inzetten, dient een patient met een hoog-risico PCC in een referentiecentrum te worden besproken.

Leerpunten

- Bij een plaveiselcelcarcinoom is de éérste behandeling essentieel: streef naar een radicale excisie met voldoende histologische vrije marge.
- Een irradicale excisie is geen onschuldige bevinding: bij re-excisie wordt vrijwel altijd resttumor gevonden, vaak met een slechtere differentiatie van de tumor.
- Bespreek bij afzien van adequate behandeling expliciet de consequenties; hoge leeftijd alléén is geen goed argument om van verdere behandeling af te zien.
- Bespreek patiënten met een hoog-risico PCC in het hoofd-hals gebied in een multidisciplinair hoofd-hals team.

Trefwoorden

Plaveiselcelcarcinoom – scalp - irradicale snijranden - re-excisie - cemiplimab

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling

De auteurs verklaren geen (financiële) belangenverstrengeling te hebben.

Literatuur

1. *Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Richtlijn Plaveiselcelcarcinoom. Module Conventionele chirurgische excisie. Utrecht: NVDV; 2024. Beschikbaar via: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/plaveiselcelcarcinoom/plaveiselcelcarcinoom_-_behandeling/conventionele_chirurgische_excisie_bij_rl_plaveiselcarcinoom.html. Geraadpleegd 16 augustus 2026.*
2. *Spyropoulou GA, Pavlidis L, Trakatelli M, Foroglou P, Pagkalos A, Tsimponis A, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma with incomplete margins demonstrate higher tumour grade on re-excision. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(7):1478-81.*
3. *Verkerk K, Geurts B, Zeverijn L, et al. Cemiplimab in locally advanced or metastatic cutaneous squamous cell carcinoma: prospective real-world data from the DRUG Access Protocol. Lancet Reg Health Eur. 2024;39.*
4. *Rischin D, Porceddu S, Day F, et al. Adjuvant cemiplimab or placebo in high-risk cutaneous squamous-cell carcinoma. N Engl J Med. 2025;393(8):774-85.*

Correspondentieadres

Sanne Gillissen

E-mail: sanne.gillissen@mumc.nl