

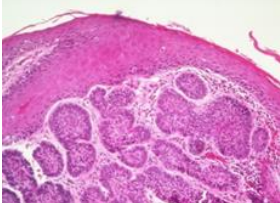




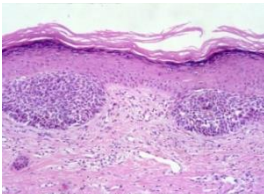


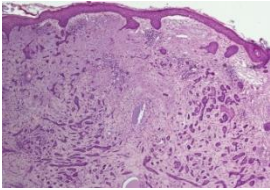
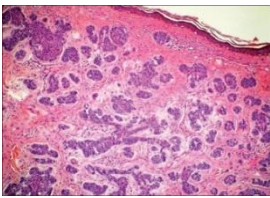
WERKAFSPRAKEN DERMATOLOGIE TUSSEN 1E EN 2E LIJN REGIO ZUIDWEST-FRIESLAND EN NOP

PREMALIGNE EN NIET-MELANOCYTAIRE HUIDKANKER

BEGRIPPEN/ACHTERGROND	
NMSC	Niet-melanocytaire huidkanker
AK (actinische keratose)	Actinische keratose is een huidaandoening met verstoorde verhoorning, meestal op huidgebieden die langdurig aan UV-licht zijn blootgesteld. AK ontwikkelt zich soms tot een PCC, per laesie is deze kans minder dan 1% per jaar, maar deze neemt bij meerdere laesies aanzienlijk toe. Circa 30% van de mensen ouder dan 50 jaar heeft AK. Ongeveer de helft heeft meer dan drie laesies. Actinische keratose kan spontaan in regressie gaan, maar recidiveert vaak
BCC (basaalcelcarcinoom)	Basaalcelcarcinoom (BCC) is de meest voorkomende vorm van huidkanker. Incidentie neemt toe, en circa 1:5 mensen in Nederland krijgt 1 of meer BCC's. Het cumulatieve 5 jaars-risico op een 2 ^e BCC is circa 30-40%. BCC metastaseert vrijwel nooit (0,03%), maar kan door invasieve groei lokale destructie geven. Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen verschillende histologische types BCC, omdat dit invloed heeft op de behandeling: <ol style="list-style-type: none"> 1. nodulair BCC 2. superficieel BCC 3. sprieterig BCC 4. micronodulair BCC 5. morphea/scleroserend BCC Verhoogd risico op recidieven en lokale doorgroei bepaald door lokalisatie (H-zone), grootte (≥ 2 cm) en histologische kenmerken (3-4-5). Nodulair en superficieel BCC zonder hoog-risico kenmerken kunnen in principe in de huisartsenpraktijk worden behandeld
PCC of SCC (plaveiselcelcarcinoom of squamous cell carcinoma/spinocellulair carcinoom)	Plaveiselcelcarcinoom (squamous cell carcinoma/spinocellulair carcinoom) is na BCC de meest voorkomende vorm van huidkanker, meestal bij oudere mensen (gemiddeld 74 jaar). PCC ontstaat onder andere door chronische blootstelling aan zonlicht en in de keratinocyten van de epidermis, 80% in HH gebied. Kan eventueel ontstaan uit AK of M. Bowen. Ook huid in gebied eerder behandeld met radiotherapie of brandwonden geeft verhoogd risico, evenals chronische inflammatie zoals lichen sclerosus. Het cumulatieve 5-jaars-risico op een 2 ^e PCC is circa 35-40%. Gemiddeld treedt bij circa 2% metastasering op, meestal naar regionale LK. 10-jaars-overleving is 91%

M. Bowen	M. Bowen is een in situ vorm van PCC. Verwijzen bij diameter > 2 cm of recidief. Bij grotere laesie kans op missen PCC bij biopt groter (sampling error)
Keratoacanthoom	Keratoacanthoom is een benigne tumor, uitgaande van de pilo-sebaceous unit (haarfollikel + talgklier) met een opgeworpen rand en centraal een hoornplug. Het komt ook vooral voor op aan zonlicht blootgestelde gebieden. Het is lastig te onderscheiden van een PCC. Keratoacanthomen groeien snel, bereiken in enkele weken tot 2 maanden de grootte van 1-2 cm. Onbehandeld gaan ze daarna in 4-6 maanden in regressie
NB: Melanocyttaire huidafwijkingen (naevus, melanoom , lentigo maligna) worden hier niet behandeld	

VISUEEL

1. Nodulair BCC	    
2. Superficieel BCC	  
3. Sprieterig BCC (begrenzing vager/lastiger dan bij een nodulair BCC)	
4. Micronodulair BCC (begrenzing vager/lastiger dan bij een nodulair BCC)	

<p>5. Morphea/ scleroserend BCC</p>	
<p>M. Bowen is in situ vorm van PCC. Verwijzen bij diameter > 2 cm of recidief. Bij grotere laesie kans op missen PCC bij biopt groter (sampling error)</p>	
<p>Keratoacanthoom</p>	

KLINISCHE KENMERKEN

<p>AK</p>	<p>Op aan zonlicht blootgestelde lichaamsdelen. Ruwe, schilferende, licht keratotische, erythemateuze laesies. Soms beter te voelen dan te zien. In principe niet pijnlijk. Doorgaans vrij vlak, niet geïndureerd. Kan ook hyperkeratotisch (CAVE M. Bowen of PCC)</p>
<p>BCC</p>	<p>Kan ook voorkomen op niet of nauwelijks aan zonlicht blootgestelde lichaamsdelen (bijvoorbeeld de romp). Meestal een glanzende, erythemateuze macula of papel (kan slechts enkele millimeters groot zijn!), vaak met vertakkende (!) vaatjes (arborizing vessels). Kan schilferen, kan een opgeworpen rand hebben (klassiek: ulcus rodens), kan kleine crustae hebben. Kan verzonken zijn in geval van bijvoorbeeld scleroserend BCC. Kan soms gepigmenteerd zijn en dan bruine of blauwe elementen hebben. NB: Hoogrisico kenmerken dus: H-zone, > 2 cm, rec op zelfde plaats, sprieterig -micronodulair of scleroserend!</p>
<p>PCC/SCC</p>	<p>Vooral op aan zonlicht blootgestelde lichaamsdelen (hoofd-hals gebied!). Een ruwe erythemateuze of huidkleurige papel, tumor of plaque. Vaak een (centrale) crusta, soms dikke hyperkeratose, soms erosief. Vaak pijnlijk. Kan enkele mm tot cm groot zijn</p>
<p>M. Bowen</p>	<p>Erythemateuze, schilferende macula, papel of plaque. Kan crustae hebben, kan iets verheven zijn. Doorgaans niet pijnlijk. Kan klinisch soms erg lijken op een eczeemplek</p>

Keratoacanthoom	Kan heel erg lijken op een plaveiselcelcarcinoom, alleen is een keratoacanthoom in korte tijd heel snel gegroeid. Klassieke presentatie: erythemateuze tot huidkleurige papel of tumor met opgeworpen randen en centrale hoornplug. Anamnese ten aanzien van ontstaan van de afwijking dus erg belangrijk!!
------------------------	---

ANAMNESE

Predisponerende factoren	Zonbelasting Immunosuppressiva Voorgeschiedenis huidkanker Hydrochloor thiazide Chronisch verlittekenende inflammatie Radiotherapie
Wondje dat niet wil genezen	(plekjes die continu opengaan) pijn, bloeden, of nieuw plekje dat snel groeit

NADERE DIAGNOSTIEK

Teledermatologie	Niet aanbevolen
PA	Stansbiopt 3 mm (niet om te differentiëren tussen PCC en keratoacanthoom) of eventueel excisie
Dermatoscopie	Mits bekwaam

BELEID IN DE 1^E LIJN

AK	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exp 2. Cryotherapie effectiviteit circa 40%. Bijwerkingen: pijn, blaarvorming, littekens (cave coeur!) 3. 5-fluorouracil crème (Efudix) 4 weken 2dd of aangepast schema van 2dd 2x/week gedurende 6 weken, maximaal 500 cm², effectiviteit circa 60%. Bij iedereen treden heftige lokale reacties op (voorlichting!), geneest binnen circa 1-2 weken. Folder Efudix meegeven! <p>Controle na 3 maanden. Bij persisterende afwijkingen biopt of verwijzen. Adviseer zelf-controle!</p>
Verdenking BCC	Biopt (met een foto in geval van laesie in gelaat)
	PA PA bekend en dan:
	Nodulair BCC Zonder hoogrisico kenmerken: excisie, marge 3 mm tumor tot 1 cm, marge 5 mm bij tumor 1-2 cm doorsnee. Controle niet nodig indien eenmalig laagrisico BCC radicaal verwijderd, met uitzondering van H-zone

	Superficieel BCC (en M. Bowen) Zonder hoogrisico kenmerken: 1. Excisie met marge van 3-5 mm afhankelijk van omvang tumor Indien excisie niet wenselijk is: 2. 5-FU crème (zie AK), controle na 3 maanden 3. Cryotherapie (in uitzonderlijke gevallen). Staat wel in de standaard, maar wordt niet geadviseerd! (en niet met wat en niet met lachgas)
Keratoacanthoom	De voorkeursbehandeling bestaat uit excisie met een marge van 2-5 mm

VERWIJZING NAAR DE 2^E LIJN

Overige BCC's	Verwijzen (hoogrisico)
(Verdenking) PCC/SCC	Verwijzen
AK/BCC of M. Bowen	Verwijzen indien behandeling niet effectief is
Verdachte huidafwijkingen in combinatie met immunosuppressiva/na transplantatie	Verwijzen
Huidafwijkingen in risicogebieden	H-zone, onderbeen en rond gewrichten

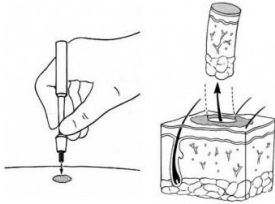
CONTROLES IN DE 1^E LIJN

AK	3 maanden na behandeling
Nodulair BCC of superficieel BCC of M Bowen	Eenmalige nacontrole na 3 maanden 1x laagrisico BCC niet standaard controleren Bij 2 of meer laagrisico BCC: 1x per jaar gedurende 3 jaar

TERUGVERWIJZING NAAR DE 1^E LIJN

--	--

TECHNIEK

Biopt	YouTube: PUNCH BIOPSY 
--------------	--

	Niet biopteren in centrum van ulcus, wel in verhevenheid Cornu cutaneum: eerst hyperkeratose curetteren, biopt uit bodem Biopt niet verknijpen
Excisie	Ellipsje onder spanning, let op vereiste marge, ook aan de onderzijde
Cryotherapie	2x (let op, wel ontdooien tussendoor!), met zelfgedraaid watje (géén wattenstaafje!). Spray heeft de voorkeur Géén lachgaspen of dimethylether
Katrolhechting	Bij hoge spanning

OVERLEG

<p>poliderma@antonius-sneek.nl 0515-488108</p>
