

Basaalcelcarcinoom, Basalioom, Ulcus Rodens, Romphuidcarcinoom



Wat is een basaalcelcarcinoom?

Het basaalcelcarcinoom is de meest voorkomende soort kanker bij de mens. Het ontstaat meestal op veelvuldig aan de zon blootgestelde delen van de huid. Basaalcelcarcinoom zaait (vrijwel) nooit uit en is derhalve zelden levensbedreigend.

Welke soorten basaalcelcarcinoom bestaan er?

Er zijn verschillende typen basaalcelcarcinoom te onderscheiden:

nodulair basaalcelcarcinoom (meest algemeen)



glazig huidkleurig papeltje, vaak met kleine bloedvaatjes erin zichtbaar (teleangiectasieën). Bij grotere exemplaren vaak met een kratertje centraal. Groeit over het algemeen langzaam

Sprieterig groeiend basaalcelcarcinoom



uiterlijk lijkend op het nodulair groeiend type. Vaak is de grens tussen het tumortje en de normale huid niet goed te onderscheiden. Het type wordt 'spruiterig' genoemd omdat het in de huid kleine uitlopertjes vormt.

Oppervlakkig groeiend basaalcelcarcinoom



dit type groeit zeer oppervlakkig in de huid. Het kan erg lijken op een eczeemplekje

romphuidcarcinoom

dit is ook een oppervlakkig groeiend basaalcelcarcinoom dat vooral op de romp gezien wordt. De relatie met zonlichtblootstelling is minder duidelijk dan bij andere typen basaalcelcarcinoom.

ciccatriserend en morphea-type basaalcelcarcinoom

dit type lijkt meestal op littekenweefsel. Het tumortje kan iets verzonken in de huid liggen.

Wie krijgt het?

Mensen met een licht huidtype (huidtype 1 of 2) lopen het grootste risico na verloop van veel zonexpositie basaalcelcarcinomen te ontwikkelen. Vroeger werden basaalcelcarcinomen vooral gezien bij ouderen. Tegenwoordig worden basaalcelcarcinomen steeds vaker bij jongere mensen gezien, al vanaf het 30e levensjaar. Dit komt door toename van blootstelling aan zonlicht, bijvoorbeeld tijdens vakanties in (sub-)tropische oorden. Het is dus niet verrassend dat basaalcelcarcinomen vooral op de vaak door zon beschenen huddelen worden waargenomen, zoals het gezicht, de oren, de hals en de nek.

Basaalcelcarcinoom wordt ook gezien bij mensen met het basaalcelnaevus syndroom. Dit is een zeer zeldzame aangeboren aandoening waarbij mensen reeds op jonge leeftijd basaalcelcarcinomen ontwikkelen. Wanneer jonge mensen meerdere basaalcelcarcinomen ontwikkelen zal altijd onderzoek naar deze aandoening worden gedaan. Dit omvat doorgaans nauwkeurige inspectie van de huid en rontgenfoto's van de kaken (deze kunnen holten bevatten).

Hoe wordt het behandeld?

Er zijn verschillende behandel mogelijkheden. De keuze voor de behandelvorm is afhankelijk van het type basaalcelcarcinoom, de grootte ervan alsmede de locatie op het lichaam.

Chirurgie

Dit is de 'gouden standaard' behandeling.

Voordelen van chirurgie: de verwijderde tumor kan worden onderzocht door de patholoog, zodat bekend is of de tumor geheel verwijderd is. De genezing van het litteken is doorgaans snel. Het is een relatief weinig belastende behandeling. Nadelen: Grote tumoren vereisen soms grote en ingewikkelde operaties

Welke vormen van chirurgie zijn er?

Ovaalvormige excisie

Het basaalcelcarcinoom wordt verwijderd onder lokale verdoving. Om de huid na het verwijderen van de tumor weer goed te kunnen sluiten wordt de tumor met een ovaalvormig stukje huid verwijderd. Er wordt altijd enkele millimeters marge genomen om er zeker van te zijn dat de tumor geheel verwijderd wordt. De randen van de operatiewond worden vervolgens naar elkaar toe gebracht en gehecht. Foto's van deze ingreep vind U hier. Deze operaties worden uitgevoerd door dermatologen en plastisch chirurgen.

Transposities

Wanneer een ovaalvormige excisie niet mogelijk is (bijvoorbeeld omdat er te weinig 'ruimte' of 'rek' in de huid is om de wondranden naar elkaar toe te brengen) kan soms een huidtranspositie uitkomst brengen. Hierbij wordt het defect in de huid (waar de tumor gezeten heeft) gesloten door van nabij gelegen huid een stukje in het defect te schuiven of te draaien. Er zijn vele soorten transposities mogelijk, afhankelijk van de plaats en grootte van de tumor.

Deze operaties worden uitgevoerd door dermatologen en plastisch chirurgen.

Transplantaties

Bij sommige zeer grote basaalcelcarcinomen is het niet meer mogelijk de huid op een normale manier te sluiten en volgt er een huidtransplantatie. Voor transplantaties in het gezicht wordt als 'donorhuid' vaak de huid achter het oor gebruikt, omdat deze qua structuur nog het meest op dat van de gezichtshuid lijkt.

Deze ingrepen worden uitgevoerd door plastisch chirurgen.

Mohs' micrografische chirurgie

Vooraf bij sprieterig groeiende basaalcelcarcinomen op belangrijke plaatsen als de

ooghoeken of de neus is het van belang om zeker te zijn dat de tumor radicaal verwijderd wordt. Omdat in deze gebieden geen ruime marge 'voor de zekerheid' kan worden genomen is een speciale vorm van chirurgie ontwikkeld.

Bij deze operaties wordt tijdens de operatie de tumor door de patholoog op een bijzondere manier onderzocht. De patholoog meldt de operateur of het basaalcelcarcinoom in zijn geheel verwijderd is of niet. In het geval dat niet zo is kan de patholoog aangeven in welk hoekje van de wond nog tumorweefsel aanwezig is. De operateur (in Nederland meestal een dermatoloog) weet dan precies waar hij nog een reepje huid moet verwijderen.

Met deze therapie is het mogelijk om maximale zekerheid over de radicaliteit van de behandeling te krijgen, terwijl de schade aan de gezonde huid tot een minimum beperkt wordt. Mohs' micrografische chirurgie wordt momenteel uitgevoerd in Maastricht, Almelo en Groningen.

Bestraling

Sommige basaalcelcarcinomen komen ook goed in aanmerking voor bestraling.

Voordelen: Vaak mooi cosmetisch resultaat. Nadelen: Na behandeling is het niet 100% zeker dat de tumor geheel verdwenen is, er is uiteindelijk geen onderzoek door de patholoog mogelijk om te zien of de tumor radicaal verwijderd is.

De bestraling vindt in meerdere behandelsessies plaats met meerdere bestralingen per week. Gemiddeld zijn 18 bestralingssessies nodig, verspreid over enkele weken.

Curretage, coagulatie en bevriezing

Bij deze techniek wordt met een scherpe metalen lepel de tumor van de huid weggeschrapt. De bodem wordt dan vervolgens gebrand om het bloeden te stelpen en eventuele restjes van de tumor te verwijderen.

Het nadeel is dat men niet weet of de tumor radicaal verwijderd is. Over het algemeen wordt curretage en coagulatie als een verouderde techniek gezien. Echter, in zeer specifieke gevallen kan er reden zijn om deze therapie uit te voeren.

Bevriezen

Bij bevriezing (ook wel: cryotherapie) wordt de tumor met speciale vries-apparatuur bevroren. De behandeltijd is gemiddeld 2x 20 seconden.

Ook bij deze methode bestaat het nadeel dat er geen uitspraak kan worden gedaan over de radicaliteit van de behandeling. Bovendien is er gedurende enkele weken sprake van een nattende wond op de plek waar de behandeling heeft plaatsgevonden.

Fotodynamische therapie.

Dit is een nieuwe ontwikkeling in de behandeling van basaalcelcarcinoom.

Een creme met een 'fotoactieve' stof wordt op de tumor aangebracht. Deze fotoactieve stoffen (methylaminolevulinaat (Metvix[®]) of 5-amino-levuline zuur (5-ALA)) wordt vrij selectief in de tumorcellen opgenomen.

Vervolgens wordt de tumor belicht met rood licht van een zuivere golflengte, waarna het fotoactieve molecuul een reactie in gang zet waardoor de tumorcellen worden vernietigd. Deze techniek wordt steeds verder verfijnd, en wordt nog niet algemeen toegepast. De verwachting is dat in de komende jaren fotodynamische therapie voor basaalcelcarcinoom terrein zal winnen.

Nadeel is ook hier dat bij deze behandeling geen controle op radicaliteit van de tumor door de patholoog kan worden uitgevoerd.

Imiquimod crème (Aldara®)

Imiquimod crème is een relatief nieuwe behandeling van de oppervlakkige vorm van basaalcelcarcinoom.

De crème moet 5 keer per week op het te behandelen basaalcelcarcinoom worden aangebracht en na 8 uur worden afgewassen.

De totale behandelduur is 6 weken.

Controle

Als bij u een basaalcelcarcinoom is verwijderd volgt altijd een aantal controles. Hierbij wordt het litteken geïnspecteerd en wordt ook gekeken of er nieuwe basaalcelcarcinomen zijn ontstaan.

Het eerste jaar wordt u meestal 3x gecontroleerd, het 2e jaar 2x en daarna eens per jaar. Meestal wordt u na 5 jaar uit de controle ontslagen.

Voorkómen van nieuwe basaalcelcarcinomen

Het feit dat iemand een basaalcelcarcinoom heeft ontwikkeld is meestal een teken dat de huid al veel zonneshade heeft doorgemaakt. Het is daarom belangrijk dat de huid voortaan goed tegen felle zon wordt beschermd om extra schade te voorkomen.

Een goede zonnebrandcrème, beschermende kleding (hoed!) en vermijden van de felle zon op de heetste momenten van de dag (in de zomer tussen 11.00 hr en 16.00 hr) zijn essentieel.

Nodulair basaalcelcarcinoom

Het basaalcelcarcinoom van de huid is het meest voorkomende type huidkanker. Er worden verschillende groeiwijzen van basaalcelcarcinoom onderscheiden. Van deze verschillende groeiwijzen is het nodulair groeiend basaalcelcarcinoom het meest algemeen voorkomende type.

Hoe ziet het eruit?



Het nodulair basaalcelcarcinoom presenteert zich typisch als een glazig, huidkleurig papeltje (bobbeltje) op de huid. Vaak zijn er opvallende bloedvaatjes zichtbaar.

Wanneer de nodulaire basaalcelcarcinomen groter zijn dan ca. 4 mm is er vaak sprake van

een centraal kratertje. Dat kratertje is vaak bedekt door een kleine korst. Het korstje kan er afvallen maar komt telkens opnieuw terug. Wanneer dit gebeurt wordt ook wel gesproken van een ulcus rodens.

Oppervlakkig groeiend basaalcelcarcinoom.

Het oppervlakkig basaalcelcarcinoom ontwikkelt zich meestal langzaam en kan soms, bij ongestoorde groei, een flinke afmeting ontwikkelen terwijl de tumorcellen toch steeds beperkt blijven tot de bovenste huidlaag. Wanneer het oppervlakkig basaalcelcarcinoom niet wordt verwijderd kan het uiteindelijk wel veranderen in een vorm die in diepere huidlagen doordringt

Hoe ziet het eruit?



Oppervlakkige basaalcelcarcinomen presenteren zich vaak als rode, deels schilferende vlakke plekjes op de huid die soms sterk lijken op eczeem. Soms zijn ze meer roze van kleur. In tegenstelling tot veel vormen van eczeem is de begrenzing met de normale huid vrij scherp en reageren de plekken bovendien niet op de (ten onrechte ingestelde!) gangbare eczeemtherapie. Het oppervlakkig basaalcelcarcinoom groeit vaak langzaam. Hoewel deze vorm van basaalcelcarcinoom op alle delen van de huid kan voorkomen heeft het een duidelijke voorkeur voor de romp. Bovendien zijn er vaak meerdere individuele oppervlakkige basaalcelcarcinomen tegelijkertijd aanwezig.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Vaak kan de dermatoloog 'met het blote oog' de diagnose al goed stellen. Bij twijfel over de groeiwijze van het basaalcelcarcinoom kan hij er toch voor kiezen een biopt te nemen voor microscopisch onderzoek.

Hoe wordt het veroorzaakt?

Er is een sterke relatie tussen het ontstaan van basaalcelcarcinoom en blootstelling aan zonlicht in het verleden. Deze relatie is vooral heel duidelijk bij de meest voorkomende vorm van basaalcelcarcinoom: het nodulair groeiend basaalcelcarcinoom. Hoewel er bij het ontstaan van oppervlakkig groeiend basaalcelcarcinoom ook wel een relatie is met huidschade door ultraviolet straling is deze relatie iets minder uitgesproken dan bij het eerder genoemde nodulaire basaalcelcarcinoom.

Hoe wordt het behandeld?

Zoals de naam al aangeeft zijn de huidkankercellen bij dit type basaalcelcarcinoom bijzonder oppervlakkig in de huid gelegen. Door deze oppervlakkige ligging is het wegsnijden van de afwijking in principe niet nodig want de cellen zijn goed te bereiken en te vernietigen met behandelmethoden die lokaal op de huid worden toegepast. Deze behandelopties zijn niet geschikt voor de andere vormen van basaalcelcarcinoom zoals het nodulaire type.

voor oppervlakkig groeiend basaalcelcarcinoom geschikte behandelingen:

bevriezing

aanstippen met vloeibare stikstof is een snelle en goedkope manier van behandelen. Er kan gebruik gemaakt worden van de wattenstok en de open spraytechniek. Het nadeel van deze 'cryotherapie' is dat het een niet-selectieve behandeling is: er worden onbedoeld bij de behandeling ook gezonde huidcellen doodgevroren. Bij kleine oppervlakkige basaalcelcarcinomen is dit meestal geen groot bezwaar en kan deze behandeloptie een goede keus zijn.

imiquimod crème (Aldara®)

het aanbrengen van imiquimod crème is een relatief nieuwe behandeling van de oppervlakkige vorm van basaalcelcarcinoom. Deze crème stimuleert het afweersysteem van het lichaam om de huidkankercellen op te ruimen: dit gaat met een (soms heftige) ontstekingsreactie gepaard. De crème kan door de patient zelf worden aangebracht, de behandeling duurt 6 weken.

fotodynamische therapie

deze behandeling vindt meestal tijdens dagbehandeling in het ziekenhuis plaats. Er wordt een creme met een fotoactieve stof op de tumor aangebracht. Deze fotoactieve stoffen (methylaminolevulinaat (Metvix®) of 5-amino-levuline zuur (5-ALA)) worden vrij selectief in de tumorcellen opgenomen. Vervolgens wordt de tumor belicht met rood licht van een zuivere golflengte, waarna het fotoactieve molecuul een reactie in gang zet waardoor de tumorcellen worden vernietigd. Na 1 week wordt de behandeling herhaald. Ook dit is een behandeling die heel selectief de huidkankercellen uitschakelt. Het cosmetisch resultaat is goed

excisie (wegsnijden) en hechten

dit is de 'gouden standaard' therapie voor het verwijderen van het nodulair groeiend basaalcelcarcinoom. Het is de enige behandeling die zekerheid geeft over de vraag of het tumorweefsel radicaal verwijderd is (het weggesneden weefsel kan immers door de patholoog worden nagekeken). Nadeel zijn wel de relatief grote littekens die de behandeling nalaat, met name op de romp. Voor het verwijderen van het oppervlakkig basaalcelcarcinoom zijn er dermate goede alternatieven dat chirurgisch verwijderen niet de meest voor de hand liggende behandeloptie is...

Na de behandeling

De dermatoloog zal doorgaans 6-10 weken na de behandeling de behandelde plek inspecteren om het effect van de therapie vast te stellen. Wanneer het basaalcelcarcinoom verdwenen lijkt zal er een controleschema worden afgesproken. Meestal zal de dermatoloog U na een half jaar weer opnieuw willen terugzien. Na deze controle wordt vaak een jaarlijkse periodieke controle afspraak gemaakt voor inspectie van de huid.