

Qwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwerty
uiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasd
fghjklzxcvbnmqwertvuionasdfghiklzx
cvbnmq
wer
opas
hijklz
vbnmq
wer
opas
hijklz
vbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmq
wertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyui
opasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfg
hijklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbn
mqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwert
yuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopas

**Toekomstbestendige
huidkankerzorg**

Dr. Annemie Galimont



huidopleiding.nl

INHOUD

| | |
|---|----|
| 1 - Inleiding | 1 |
| 2 - De invloed van de zon op onze huid | 5 |
| 3 - Het huidkanker risico | 10 |
| 4 - Voorstada van huidkanker | 16 |
| a. Actinische keratosen | 17 |
| b. Morbus Bowen | 20 |
| c. Melanoma in situ..... | 21 |
| d. Lentigo maligna | 23 |
| 5 - Huidkanker | 27 |
| a. Het basaalcelcarcinoom | 28 |
| b. Het plaveiselcelcarcinoom | 39 |
| c. Het melanoom..... | 45 |
| 6 - De behandeling voorstada huidkanker | 53 |
| a. De behandeling van actinische keratosen..... | 53 |
| b. De behandeling van Morbus Bowen | 54 |
| c. De behandeling van een melanoma in situ | 55 |
| d. De behandeling van een lentigo maligna | 55 |
| 7 - De behandeling huidkanker | 56 |
| a. De behandeling van het basaalcelcarcinoom..... | 56 |
| b. De behandeling van het plaveiselcelcarcinoom | 57 |
| c. De behandeling van het melanoom | 58 |

| | |
|---|---|
| 8 - Adviezen over bescherming van de huid | 0 |
| 9 - Systematische controle van de huid | 0 |
| 10 - Een huis vol kreeftenkoppen | 0 |
| 11 - Nuttige informatie en links | 0 |
| 12 - Meer informatie over ons | 0 |

INLEIDING

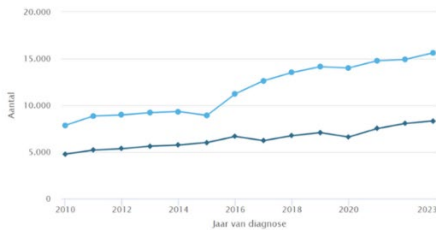
Huidkanker kent sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw een explosieve toename (**Figuur 1**). Huidkanker neemt epidemische vormen aan. Er wordt zelfs voorspeld dat binnenkort een op de vijf Nederlanders en Belgen huidkanker zal krijgen. Vroeger werden er alleen oudere mannen met huidkanker gezien. Tegenwoordig komt steeds vaker huidkanker voor bij jonge vrouwen vanaf 18 jaar.

De tijd dat huidkanker een zeldzaamheid was in de dermatologische praktijk is voorgoed voorbij. Het is ook niet waarschijnlijk dat die tijd terug zal keren. We gaan steeds vaker en steeds verder op vakantie. We beginnen op steeds jeugdiger leeftijd met het overmatig belasten van onze huid met zonlicht. Daarnaast leven we ook langer. Het gevolg is een bevolking met een UV beschadigde huid. Daarin kan in de loop van het leven op verschillende plaatsen huidkanker ontstaan.

Figuur 1: De toegenomen stijging van het aantal nieuwe gevallen van huidkanker per jaar 2010 tem 2023 (Bron: NKR).

Incidentie per jaar, Aantal

Geslacht: Man en vrouw | Leeftijdsgroep: Totaal | Regio: Nederland | Stadium: Totaal



Kankersoort

— Basaalcelcarcinoom van de huid — Melanoom van de huid

2023, 2022: Deze cijfers betreffen voorlopige gegevens.

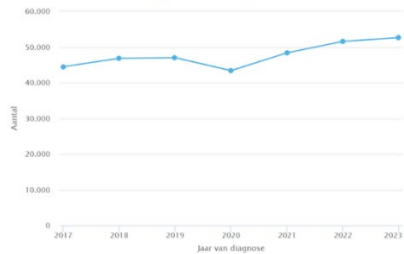
NKR

[Bron: nkr-cijfers.iknl.nl](https://bron.nkr-cijfers.iknl.nl)

Incidentie per jaar, Aantal

Basaalcelcarcinoom van de huid**

Geslacht: Man en vrouw | Leeftijdsgroep: Totaal | Regio: Nederland | Stadium: Totaal



2023, 2022: Deze cijfers betreffen voorlopige gegevens.

Voetnoten

** Gegevens niet voor alle jaren beschikbaar

NKR

[Bron: nkr-cijfers.iknl.nl](https://bron.nkr-cijfers.iknl.nl)

Er zijn drie soorten huidkanker: het basaalcelcarcinoom (72% van de gevallen van huidkanker), het plaveiselcelcarcinoom (18%) en het melanoom (9%) (Figuur 2). Het basaalcelcarcinoom en het plaveiselcelcarcinoom worden non-melanoma huidkanker genoemd. Het melanoom maakt maar een klein deel van het aantal huidkankers uit. Maar het is wel verantwoordelijk voor 90% de stergevallen als gevolg van huidkanker. Non-melanoma huidkanker werd lang gezien als een mild probleem omdat er weinig tot geen patiënten aan overlijden. De last die behandelingen en controles met zich meebrengen (voor de patiënt) wordt vaak onderschat. Daarnaast zijn de kosten en de belasting voor het gezondheidssysteem hoog.

Figuur 2: De 3 meest voorkomende vormen van huidkanker zijn het basaalcelcarcinoom, het plaveiselcelcarcinoom en het melanoom.



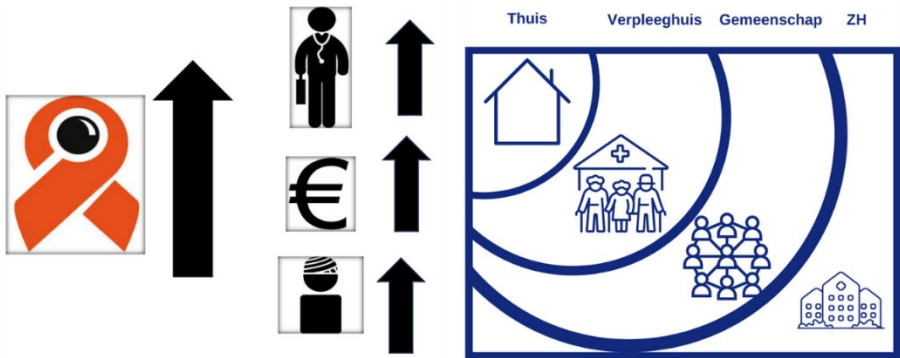
Daarnaast hebben patiënten ook vaak last van voorstadia van huidkanker (**Figuur 3**). De dermatoloog besteedt meer dan de helft van zijn/haar tijd aan het behandelen en het controleren van patiënten met huidkanker en voorstadia van huidkanker.

Figuur 3: De drie voorstadia van huidkanker zijn actinische keratosen, Morbus Bowen en melanoma in situ/lentigo maligna.



Inmiddels wordt huidkanker gezien als een chronische aandoening. Deze aandoening neemt epidemische vormen aan. Om deze chronische ziekte beheersbaar te houden is een nieuwe aanpak nodig: Disease Management voor Chronische Huidkanker (**Figuur 4**). Een Disease Management Systeem (DMS) organiseert zorg voor één ziekte. De zorg focust zich op de behandeling. Het systeem kijkt ook naar hoe preventie, voorlichting, zelfmanagement en samenwerking tussen verschillende zorgverleners kan bijdragen aan het beheersen van de huidkanker epidemie.

Figuur 4: Het disease management systeem organiseert de zorg voor een ziekte.



In de toekomst zal de huisarts bij de behandeling van huidkanker een grotere rol spelen zodat alle patiënten behandeld kunnen worden en de kosten beheersbaar blijven. Daarnaast is het belangrijk om zorgverleners en mensen die in een huid-, haar- en nagelverzorgingsberoep werken op te leiden. Zo kunnen zij de verdachte huidafwijkingen herkennen en de patiënt tijdig naar de huisarts verwijzen.

2

DE INVLOED VAN DE ZON OP ONZE HUID

Zonlicht heeft zowel positieve als negatieve kanten voor de mens (Figuur 5).

Figuur 5: De positieve en negatieve invloeden van de zon.



De positieve invloed van de zon

Een goede eigenschap is onder andere de aanmaak van vitamine D in de huid. Door velen wordt het zonnen als aangenaam ervaren. De meesten vinden een bruin kleurtje prettig.

De negatieve invloed van de zon

Overmatige blootstelling aan UV-straling kan echter gevaar opleveren voor de gezondheid (**Figuur 6**). Te veel UV-straling beschadigt de huidcellen. De huid verbrandt en wordt rood. Meestal kan de huid de schade zelf weer herstellen. Maar in sommige gevallen gaat dat mis. Op langere termijn zijn de gevolgen van overmatige UV-blootstelling veroudering van de huid en huidkanker. Bij vroegtijdige veroudering van de huid wordt de huid droog en rimpelig, bleekgeel tot bruin van kleur. Deze voelt leerachtig aan. De huid wordt ook vlekkelig. Zonneallergie wordt in de huid veroorzaakt door de UV-A-straling in zonlicht.

Figuur 6: de negatieve invloeden van de zon zijn zonverbranding, zonneallergie, huidveroudering en huidkanker.



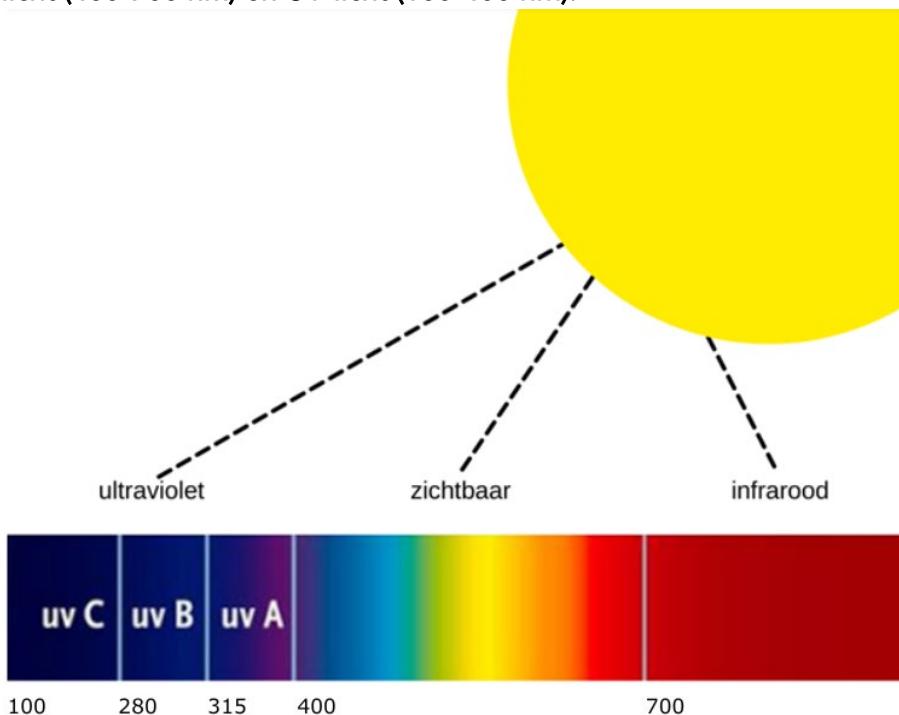
Wat zijn UV-stralen?

UV-straling komt van nature voor in zonlicht. Er zijn 3 soorten UV-straling: UV-A, UV-B en UV-C (**Figuur 7**).

UV-A-straling is ultraviolette straling met een golflengte tussen 315 en 400 nm ("lange golven").

UV-B-straling heeft een golflengte tussen 280 en 315 nm. UV-C-straling heeft een golflengte tussen 100 en 280 nm ("kortgolvlige straling"). UV-C-straling is zeer schadelijk voor levende organismen. UV-C-straling wordt door de ozonlaag in de dampkring tegen gehouden en bereikt het aardoppervlakte niet.

Figuur 7: Zonlicht bestaat uit infrarood licht (700-2500 nm), zichtbaar licht (400-700 nm) en UV-licht (100-400 nm).



Daarnaast wordt UV-straling kunstmatig opgewekt in zonneapparatuur. Deze kunstmatige UV-straling bestaat voor het grootste deel uit UV-A-straling. Deze UV-straling is gemaakt om de huid te laten bruinen. De hoeveelheid UV-A-straling die zonneapparatuur afgeeft is veel hoger dan in natuurlijk zonlicht. Inmiddels is bekend dat UV-A-straling uit zonneapparatuur de kans op huidkanker sterk verhoogt. Er sprake is van een versnelde veroudering

bij teveel blootstelling. Daarnaast kan UV-A straling leiden tot zonneallergie en tot fototoxische reacties.

Wat doen UV-stralen in de huid?

UV-B-straling wordt grotendeels door de dampkring tegen gehouden. Maar bij een wolkeloze hemel dringt er UV-B-straling door tot aan de aardoppervlakte. UV-B-straling kan bij overmatige blootstelling tot zonverbranding en huidkanker leiden. UV-A-straling dringt gemakkelijk door tot aan de aardoppervlakte.

UV-B-straling bereikt alleen de bovenste laag van de huid. UV-B-straling zorgt hier voor het bruinen van de huid en ook voor het verbranden. Door blootstelling van de huid aan UV-B-straling wordt de huid bruin en verdikt. De huid probeert zichzelf zo te beschermen tegen de schadelijke effecten van overmatige blootstelling aan UV-B-straling. De pigmentcellen van de huid (de melanocyten) maken na blootstelling aan UV-B-straling een bruin pigmentstofje (melanine) aan. Dit stofje wordt in de bovenste laag van de huid (de opperhuid) verspreid. Melanine is in staat om een deel van de UV-straling te absorberen. Zo worden de kwetsbare levende cellen van de basale laag tegen UV-straling beschermd.

Het bruine pigmentstofje vormt als het ware een parasol boven de basale laag. Daarnaast ontstaat er een versnelde deling van de huidcellen. Hierdoor verdikt de opperhuid en vormt deze extra dikke hoornlaag. Dat is een soort pantser dat het zonlicht weerkaatst. Als de hoeveelheid UV-straling hoger is dan hetgeen de huid door zijn melanine en hoornpantser kan absorberen en weerkaatsen dan verbrandt de huid. De zelfbescherming van de huid geeft echter maar een lage bescherming tegen UV-straling, maximaal SPF 5 (**Figuur 8**).

UV-A-straling is de minst schadelijke van de 3 UV-stralingen. UV-A-straling dringt dieper in de huid door, tot in de lederhuid. UV-A-

straling beschadigt in de lederhuid de elastine (die zorgt voor de stevigheid van de huid). Hierdoor verouderd de huid vroegtijdig. Ook kan UV-A-straling leiden tot zonneallergie. In hoge dosis kan UV-A-straling ook tot zonverbranding en huidkanker leiden (Figuur 8).

Figuur 8: UV-B-straling bereikt alleen de bovenste laag van de huid. UV-B-straling zorgt voor het bruinen van de huid en ook voor het verbranden. UV-A-straling dringt dieper in de huid door en verouderd de huid vroegtijdig. Ook kan UV-A-straling leiden tot zonneallergie. Zowel UV-A- als UV-B straling kunnen tot huidkanker leiden.



HET HUIDKANKER RISICO

Mensen die veelvuldig onder direct zonlicht verblijven hebben na verloop van tijd een bepaalde mate van zonneshade opgelopen. Huidkanker komt voor bij mensen die voor hun werk veel en langdurig in de zon komen (zoals tuinders, schippers). Maar ook de gemiddelde Nederlander en Belg krijgt steeds vaker huidkanker.

De toename is te verklaren door een toename aan zonexpositie tijdens winter- en zonzakanties en door het gebruik van zonneapparatuur. We gaan massaal op zon- en wintersportvakantie en maken vaker gebruik van zonneapparatuur.

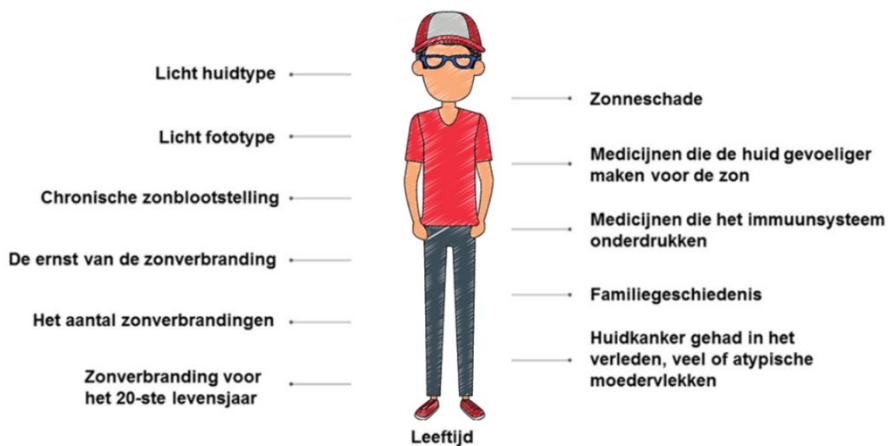
Ook kinderen komen vaker en bloter in de zon. De huid van kinderen is extra gevoelig voor beschadiging door UV-straling. Zonverbranding op jonge leeftijd betekent een groter risico op huidkanker, later in het leven.

Het risico voor het krijgen van huidkanker bij UV-blootstelling is hoger als:

- Het huid- en fototype lichter is
- De totale blootstelling aan UV-straling in het leven hoog is
- Er sprake is van ernstige zonverbrandingen
- Als er sprake is van veel zonverbrandingen in het verleden
- De UV-blootstelling op de kinderleeftijd al hoog was

- Er sprake is van zonneshade
- Bij gebruik van medicijnen die de huid gevoeliger maken voor de zon
- Bij gebruik van medicijnen die het immuunsysteem onderdrukken
- Er in de familie huidkanker voorkomt
- Er in het verleden huidkanker voorgekomen is, er sprake is van veel of atypische moedervlekken

Figuur 9: De risicofactoren voor huidkanker op een rij.



De risico's voor het krijgen van huidkanker

Iedereen kan huidkanker krijgen, maar bepaalde risicofactoren verhogen die kans (Figuur 9).

Een licht huidtype: Naast de hoeveelheid UV-straling die de huid opvangt tijdens het leven speelt het huidtype ook een rol. Mensen met een lichte huid die snel verbranden in de zon, hebben een groter risico om huidkanker te krijgen dan donkere mensen met veel pigment in hun huid. Een licht huidtype is gekenmerkt door een lichte, bleke huidskleur, blauwe ogen en blond of rood haar. Ongeveer 39% van

alle Nederlanders en Belgen heeft huidtype 1 of 2 en hebben een verhoogd risico op huidkanker.

Een licht fototype: Een huid met een licht fototype verbrandt snel in de zon en kan nauwelijks bruin worden. Een licht fototype is een risicofactor los van het feit of er daadwerkelijk teveel zonblootstelling geweest is.

Chronische zonblootstelling: Overmatige blootstelling aan de zon wordt gezien als de belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van huidkanker. Bij de totale blootstelling aan UV-straling die een mens opdoet moet de UV-straling van de zon en van die zonneapparatuur bij elkaar worden opgeteld. Bij iemand die een buitenberoep heeft of langere tijd in de tropen gewoond heeft is de kans op huidkanker groter. De zonneshade wordt bij elkaar opgeteld tot een totaalom (=cumulatieve zonblootstelling). Bij een verblijf op hoge hoogten mag men niet vergeten dat de sterkte van de UV-straling hoger is dan op zeeniveau.

De ernst van een zonverbranding: Zonverbrandingen waarbij de persoon pijn heeft ervaren of niet kon slapen verhogen de kans op huidkanker.

Het aantal zonverbrandingen: Meerdere zonverbrandingen verhogen het risico nog verder. Bij elke keer dat iemand (als kind of als volwassene) verbrandt, stijgt de kans op huidkanker.

Zonverbrandingen voor het 20ste jaar: Zonverbrandingen op volwassen leeftijd dragen bij aan het huidkanker risico. Maar veel minder dan verbrandingen op jonge leeftijd. Een overmatige blootstelling aan UV-straling tijdens de kinderjaren (tot ongeveer 15 jaar) verhoogt het risico op een basaalcelcarcinoom en met name op het melanoom op latere leeftijd.

Zonneschade zoals leverschade: Deze huid toont permanente sproeten, met name te zien op onderarmen en schouders. Deze sproeten verdwijnen niet in de winter. Dit is chronische zonneschade die ontstaat na vele jaren te veel zon.

Zonneschade zoals actinische keratosen: Hier laat de huid met name in het hoofd/hals-gebied en op de handruggen meerdere ruwe plekje zien met schilfertjes erop. Vaak is de huid daar ook al rimpelig en vlekkelig. Dit is chronische zonneschade die ontstaan is na vele jaren te veel zon.

Medicatie die de huid gevoeliger maakt voor de zon: Sommige medicijnen maken de huid gevoeliger voor zonlicht, waardoor er sneller (en vaker) zonverbrandingen optreden indien de huid niet goed beschermd wordt met een adequate zonbeschermingsfactor.

Medicatie die het immuunsysteem onderdrukt: Afweer onderdrukkende medicijnen remmen het afweersysteem die na zonverbranding beschadigde cellen opruimt. Als deze beschadigde cellen niet opgeruimd worden dan kan er een huidkanker ontstaan. Patiënten die deze medicijnen gebruiken hebben een groot risico op huidkanker, meestal een plaveiselcelcarcinoom.

Familie: Naast UV-blootstelling zijn er nog andere minder voorkomende oorzaken van huidkanker. Erfelijke aanleg speelt soms een rol. Sommige DNA-afwijkingen leiden tot een verhoogd risico op huidkanker.

Als in de naaste familie melanomen voorkomen, dan is het risico op het krijgen van een melanoom hoger. De diagnose "erfelijk melanoom" wordt gesteld als er twee eerstegraads verwanten een melanoom hebben (of 3 tweedegraads verwanten). Bij patiënten die behoren tot een FAMMM-familie (Familial Atypical Multiple Mole Melanoma), hebben een zeer hoog risico voor het krijgen van een

melanoom en alveesklierkanker. Bij de andere vormen van huidkanker speelt voorkomen in de familie geen rol.

Huidkanker gehad in het verleden: Basaalcelcarcinomen komen bij een kwart van de mensen meerdere keren voor. Melanomen komen bij ongeveer 3% van de mensen een tweede keer voor.

Moedervlekken:

Gewone moedervlekken: er is een hoger risico om een melanoom te ontwikkelen als er verspreid over de huid veel gewone moedervlekken te vinden zijn. Hieronder wordt verstaan: meer dan 50 moedervlekken bij mensen boven de 50 jaar en meer dan 75 bij mensen onder de 50 jaar.

Atypische moedervlekken zijn grote (vlakke!) pigmentvlekken die vaak asymmetrisch zijn. Ze zijn wat wisselend bruin gekleurd en vaak groter dan 5 mm. Atypische moedervlekken komen vaak meervoudig voor. Als er meer dan 5 atypische moedervlekken zijn is dat een reden om jaarlijks voor een moedervlekkencheck naar de huisarts te gaan.

Leeftijd: Mensen boven de vijftig hebben een groter risico om huidkanker te krijgen. Basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom worden daarom vooral gezien vanaf vijftig jaar. Een melanoom kan overigens wel op jongere leeftijd ontstaan.

Daarnaast beschadigen sommige behandelingen zoals bestraling en lichttherapie de huid. Na verloop van tijd kan in deze huid huidkanker optreden.

Sommige stoffen zijn kankerverwekkend en kunnen huidkanker veroorzaken. Dit is onder andere bekend van Arseen. Roken geeft niet alleen kans op longkanker. Rokers hebben ook een hoger risico op plaveiselcelcarcinomen aan de lip en in het gelaat.

Sommige huidafwijkingen en langdurig bestaande wonden kunnen ook ontaarden in huidkanker.

4

VOORSTADIA VAN HUIDKANKER

Naast het aantal patiënten met huidkanker, neemt ook het aantal mensen met een voorstadium van huidkanker toe (Figuur 10). Deze voorstadia van huidkanker worden ook wel premaligne huidafwijkingen genoemd.

De voorstadia van het plaveiselcelcarcinoom zijn een actinische keratose en een Morbus Bowen. Een melanoma in situ en een lentigo maligna zijn voorstadia van een melanoom.

Figuur 10: De drie voorstadia van huidkanker zijn actinische keratosen, Morbus Bowen en melanoma in situ/lentigo maligna.



a. Actinische keratosen

Actinische keratosen worden ook zonlichtbeschadigingen genoemd. Het zijn meestal kleine (5- 10mm), veelal ruw aanvoelende verhoorde oppervlakkige plekjes van de huid. Actinische keratosen ontstaan na langdurige blootstelling van de huid aan zonlicht. Het ontstaan van actinische keratosen is afhankelijk van het huidtype en de totale hoeveelheid UV-straling die iemand in de loop van het leven op de huid heeft gekregen. Hoe blanker de huid, des te groter de kans op het ontwikkelen van deze huidafwijking.

Actinische keratosen komen bij 80% van de mensen met een licht huidtype (blond haar en blauwe ogen) in de leeftijd van 60 tot 69 jaar voor. Mensen brengen hun vrije tijd steeds vaker in de buitenlucht door en zovakanties worden steeds populairder. Actinische keratosen worden hierdoor ook steeds vaker op jongere leeftijd waargenomen. Een langdurig verblijf in de tropen, een licht huidtype en een langdurig gebruik van medicijnen die het immuunsysteem onderdrukken verhogen het risico op het krijgen van actinische keratosen.

Actinische keratosen zijn huidkleurige, rode of bruine, ruw aanvoelende plekjes of grotere plekken. In het begin is de huidafwijking beter te voelen dan te zien. Soms is het één plekje. Vaak zijn er meerdere plekjes aanwezig en zijn er aan de huid andere tekenen van langdurige zonblootstelling te zien (zoals vlekkelijke verkleuringen en rimpels). Soms zijn ze licht pijnlijk bij aanraking. De grootte kan variëren van enkele millimeters tot centimeters (**Figuur 11**).

Deze huidafwijkingen ontstaan op de aan zonlicht blootgestelde delen van het lichaam. Denk hierbij aan de handruggen, de onderarmen, het gezicht en de kale(nde) schedelhuid. Soms zijn ze ook op de onderbenen en de voeten aanwezig.

Figuur 11: De verschillende klinische beelden van actinische keratosen.



Meestal kan men de diagnose met het blote oog stellen. Bij twijfel neemt men een klein huidmonster (huidbiopt/huidbiopsie) af. Onder de microscoop wordt een verdikte hoornlaag gezien. Dit wordt gevoeld als een ruw oppervlak. Daarnaast ziet de patholoog ook dat er beschadiging aan het elastisch weefsel in de lederhuid aanwezig is.

Bij mensen met veel actinische keratosen blijft controle door de arts noodzakelijk. Tussen de 15 en 20% van de actinische keratosen zullen binnen een jaar spontaan verdwijnen. Ze kunnen dan wel weer op dezelfde plaats terugkomen. Eenmaal dat actinische keratosen behandeld zijn kunnen ze op dezelfde of een andere plek verschijnen. De vroeger opgelopen zonneshade kan niet meer ongedaan worden gemaakt. Met enige regelmaat zal daarom de behandeling moeten worden herhaald.

Actinische keratosen zijn mogelijk een voorstadium van huidkanker. We zien actinische keratosen vooral op oudere leeftijd bij mensen die veel buiten zijn geweest. Na verloop van jaren kan er in de actinische keratosen huidkanker ontstaan. De vorm van huidkanker die kan ontstaan is het plaveiselcelcarcinoom.

Ongeveer 10% van alle actinische keratosen ontaarden na verloop van 10 tot 20 jaar in een huidkanker. De kans dat een actinische keratose kwaadaardig wordt is voor een enkel plekje erg klein. Patiënten met een verhoogd aantal actinische keratosen hebben een verhoogd risico op het krijgen van een plaveiselcelcarcinoom. Actinische keratosen bij patiënten die al eerder een huidkanker hebben gehad hebben ook een grotere kans om kwaadaardig te worden. Patiënten die afweer onderdrukkende medicijnen gebruiken hebben een grotere kans op het krijgen van veel actinische keratosen. Ze hebben een hoger risico voor het krijgen van plaveiselcelcarcinomen.

Wanneer een actinische keratose snel groter of dikker wordt en als er tekenen van een ontsteking zijn dan kan de afwijking kwaadaardig worden. Als de afwijking gaat bloeden of gevoeliger wordt dan is er ook verhoogde kans op huikanker.

Het is belangrijk om verdere beschadiging van de huid door UV-straling te voorkomen. Dit kan door blootstelling aan zonlicht (en zonnebank) te beperken. Het gebruik van een anti-zonnebrandmiddel met een hoge beschermingsfactor (factor 30 of hoger), het dragen van beschermende kleding, een hoofddeksel en zonnebril is van groot belang. Hierbij moet men bedenken dat een anti-zonnebrandmiddel niet bedoeld is om langer in de zon te kunnen blijven. Het dient om de huid te beschermen gedurende de tijd dat men in de zon is.

b. Morbus Bowen

De ziekte van Bowen is een langzaam groeiend voorstadium van huidkanker (plaveiselcelcarcinoom).

De ziekte van Bowen kan zowel op de aan de zon blootgestelde delen als op de niet aan de zon blootgestelde delen voorkomen. Behalve (langdurige) blootstelling aan UV-straling, moeten dus ook andere factoren een rol spelen bij het ontstaan van deze huidkanker. Bij patiënten met meerdere afwijkingen bestaat er een relatie met arseengebruik (heel lang geleden).

Het oppervlakkige plaveiselcelcarcinoom van Bowen ziet eruit als vrij scherp begrensde rode en schilferende grillige plekken die een beetje lijken op psoriasis. Echter de schilfering voelt vaster aan. Het plekje voelt enigszins ruw aan. Het plekje kan heel langzaam groter worden en het veroorzaakt geen klachten.

Meestal zijn er slechts 1 of 2 afwijkingen. Soms zijn er meerdere tegelijk. De grootte wisselt tussen de 2-5 mm en 5-10 cm in doorsnede. De plaatsen waar we ze het meeste tegenkomen zijn de romp, het gelaat (voorhoofd, slapen) en de vingers (**Figuur 12**). Wanneer de ziekte van Bowen voorkomt aan de penis wordt deze de "erythroplasie van Queyrat" genoemd.

Figuur 12: De verschillende klinische beelden van Morbus Bowen.



De diagnose moet gesteld worden met een huidbiopsie omdat er vele goedaardige huidafwijkingen (psoriasis en eczeem) bestaan die op de ziekte van Bowen lijken. Een huidbiopsie is ook van belang om een beginnende doorgroei (naar diepere delen van de huid) en een andere type huidkanker (bijvoorbeeld het basaalcelcarcinoom) uit te sluiten.

Normaliter ontstaat er in de plek zelf geen zweertje (zoals bij het plaveiselcelcarcinoom). Wanneer dit wel het geval is moet men bedacht zijn op een plaatselijke doorgroei van de tumor. Hoewel de ziekte van Bowen langzaam groeit ontstaat er vroeg of laat een huidkanker van het type plaveiselcelcarcinoom. Dit type huidkanker kan ook naar de lymfeklieren uitzaaien.

Het is belangrijk om verdere beschadiging van de huid door UV-straling te voorkomen. Dit kan door blootstelling aan zonlicht (en zonnebank) te beperken. Het gebruik van een anti-zonnebrandmiddel met een hoge beschermingsfactor (factor 30 of hoger), het dragen van beschermende kleding, een hoofddeksel en zonnebril is van groot belang. Hierbij moet men bedenken dat een anti-zonnebrandmiddel niet bedoeld is om langer in de zon te kunnen blijven. Het dient om de huid te beschermen gedurende de tijd dat men in de zon is.

c. Melanoma in situ

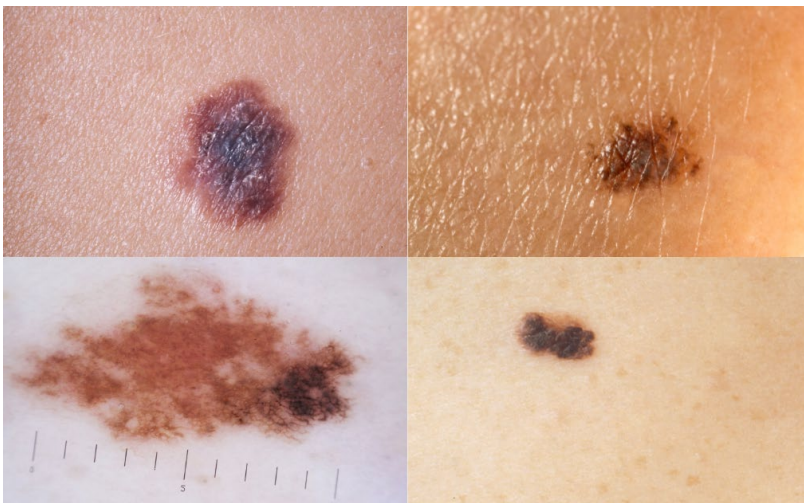
Een melanoma in situ is een voorstadium van het melanoom. De kankercellen bevinden zich hierbij nog aan de oppervlakte van de huid en deze zijn nog niet in de diepere lagen gegroeid. Een melanoma in situ komt zowel bij mannen als vrouwen voor. Melanoma in situ ontstaat doordat pigmentcellen in de huid veranderd zijn in kankercellen, de zogenaamde melanoomcellen. Pigmentcellen zijn normaal aanwezig in de onderste laag van de opperhuid. Deze cellen beschermen de huid tegen de schadelijke effecten van UV stralen.

De risicofactoren voor het krijgen van een melanoma in situ zijn in wezen gelijk als die voor het krijgen van een melanoom.

1. Overmatige blootstelling aan UV- straling, met name verbranding op jonge leeftijd kan het risico op een melanoom vergroten. Bedenk dat UV-straling niet alleen in zonlicht zit maar ook in bruiningsapparaten
2. Huidtype. Mensen met een lichte huidskleur, met sproeten of blond/rood haar, die moeilijk bruin worden en snel verbranden hebben meer aanleg om een melanoom te krijgen
3. Erfelijke aanleg. Het risico neemt toe naarmate er meerdere familieleden een melanoom hebben. In 10% van de gevallen blijkt ook een ander familielid deze huidkanker te hebben

Een melanoom in situ ziet er meestal uit als een onrustige moedervlek. Grillig begrensd, verschillende kleuren en een niet symmetrische vorm. Vaak groeit de moedervlek ook. Dit wordt niet altijd door de patiënt opgemerkt (**Figuur 13**).

Figuur 13: De verschillende klinische beelden van melanoma in situ.



Indien op het blote oog een lentigo maligna wordt vermoed dan wordt er met dermatoscopie verder gekeken. Dit is een niet-pijnlijk onderzoek waarbij met behulp van een speciale kijker de huidafwijking met een 10 maal vergroting kan bestudeerd worden. Op deze manier kunnen andere kenmerken van de huidafwijking worden onderscheiden die met het blote oog niet te zien zijn.

Een melanoma in situ wordt altijd weggesneden met een marge van 2 mm rondom de gehele plek. Als uit weefselonderzoek blijkt dat er sprake is van een melanoma in situ dan wordt de afwijking nog een tweede maal met marge van 5 millimeter rondom het litteken weggesneden. Daarmee is de behandeling afgerond en er hoeft geen verder onderzoek te gebeuren.

Een melanoma in situ is nog geen huidkanker en zaait dus niet uit. Na behandeling van een melanoma in situ komt de patiënt meestal nog eenmaal terug voor controle van het litteken. Mensen met meerdere (onrustige) moedervlekken op de huid worden aangeraden om 1 maal per jaar voor controle terug te komen. Daarnaast is zelfinspectie van de moedervlekken 3 tot 4 maal per jaar belangrijk.

Het is belangrijk om verdere beschadiging van de huid door UV-straling te voorkomen. Dit kan door blootstelling aan zonlicht (en zonnebank) te beperken. Het gebruik van een anti-zonnebrandmiddel met een hoge beschermingsfactor (factor 30 of hoger), het dragen van beschermende kleding, een hoofddeksel en zonnebril is van groot belang. Hierbij moet men bedenken dat een anti-zonnebrandmiddel niet bedoeld is om langer in de zon te kunnen blijven. Het dient om de huid te beschermen gedurende de tijd dat men in de zon is.

d. Lentigo maligna

Lentigo maligna is een voorstadium van het lentigo maligna melanoma. De kankercellen bevinden zich hierbij nog aan de

oppervlakte van de huid. Ze zijn nog niet in de diepere lagen gegroeid.

Langdurige blootstelling aan UV-straling is de belangrijkste risicofactor voor het verkrijgen van lentigo maligna. De aandoening komt voor op de door de zon beschenen delen van het lichaam. De aandoening treedt vooral op bij oudere mensen die relatief aan meer zonlicht zijn blootgesteld. Lentigo maligna komt voornamelijk voor bij mensen met een buitenberoep, een blanke huidskleur en ernstige zonverbrandingen in het verleden. In zeldzame gevallen kunnen Aziatische mensen ook een lentigo maligna krijgen. Roken geeft geen verhoogd risico voor het verkrijgen van lentigo maligna.

Een lentigo maligna zien we meestal op de wang bij ouderen (tussen de 50 en 80 jaar). Eerst zit er een donkerbruine pigmentvlek (met zwarte gedeelten erin) die langzaam groter wordt. Niet elke bruine vlek op de wang van een ouder iemand is een lentigo maligna. Op oudere leeftijd komen heel vaak pigmentvlekken voor in het gelaat (Figuur 14).

Figuur 14: De verschillende klinische beelden van lentigo maligna.



Soms vermoedt men met het blote oog een lentigo maligna. Men gaat dan met dermatoscopie verder kijken. Dit is een niet-pijnlijk onderzoek waarbij met behulp van een speciale kijker de huidafwijking met een 10 maal vergroting kan bestudeerd worden. Op deze manier kunnen andere kenmerken van de huidafwijking worden onderscheiden die met het blote oog niet te zien zijn.

Bij verdenking op een (gewone) lentigo maligna kan men kiezen voor:

- - een gewone huidbiopsie volgens het appelboortje techniek
- - een excisie waarbij een groter deel met het mes weggesneden wordt

De gekozen methode is afhankelijk van de plaats en de grootte van de huidafwijking. De leeftijd en gezondheidstoestand van de patiënt en de mate van verdenking op een lentigo maligna melanoom spelen ook een rol. Indien de verdenking bestaat op een melanoom wordt de plek altijd chirurgisch verwijderd.

Een lentigo maligna groeit langzaam en kan een melanoom worden. Bij een lentigo maligna zitten de melanoomcellen nog in de bovenste huidlaag. Ze zijn nog niet doorgedrongen tot in de lederhuid (de dermis). Daarom is er ook nog geen risico op uitzaaiing bij deze vroege vorm.

Na hoeveel tijd een lentigo maligna melanoma ontstaat is nog onbekend. De kans op een kwaadaardige ontaarding wordt geschat op 25 tot 50%. Wanneer er in de huidafwijking verhardingen, kleine knobbeltjes of wondjes ontstaan dient men bedacht te denken aan een kwaadaardige ontaarding. De pigmentvlek is vaak wat grilliger van vorm, (het pigment is niet meer egaal) maar er komen wat donkerbruine tot bijna zwarte vlekken in.

Als een lentigo maligna zich ontwikkelt tot een melanoom, dan zal die zich "gedragen" als een melanoom. Dit wil zeggen dat de aandoening

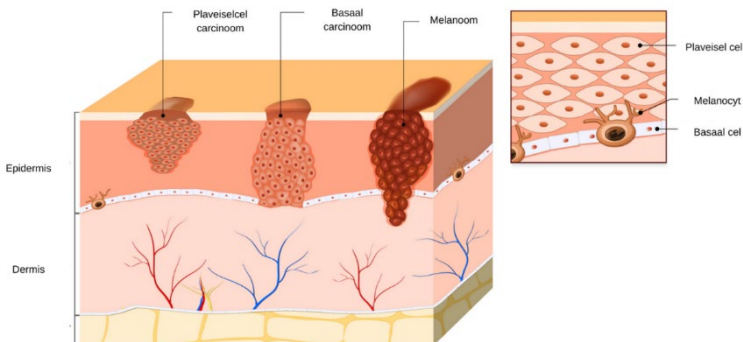
dan ook kan uitzaaien en het leven bedreigen. De aandoening wordt dan "lentigo maligna melanoma" genoemd. Wanneer éénmaal de diagnose gesteld is wordt aangeraden om de huidafwijking zo snel mogelijk te laten weghalen.

Het is belangrijk om verdere beschadiging van de huid door UV-straling te voorkomen. Dit kan door blootstelling aan zonlicht (en zonnebank) te beperken. Het gebruik van een anti-zonnebrandmiddel met een hoge beschermingsfactor (factor 30 of hoger), het dragen van beschermende kleding, een hoofddeksel en zonnebril is van groot belang. Hierbij moet men bedenken dat een anti-zonnebrandmiddel niet bedoeld is om langer in de zon te kunnen blijven. Het dient om de huid te beschermen gedurende de tijd dat men in de zon is.

HUIDKANKER

Huidkanker wordt onderverdeeld in de melanomen en de niet-melanomen huidkanker. Van de niet-melanomen zijn het basaalcelcarcinoom ($\pm 72\%$) en het plaveiselcelcarcinoom ($\pm 18\%$) de meest voorkomende vormen. Deze twee soorten huidkanker ontstaan uit de cellen van de opperhuid. Samen vormen zij ongeveer 90 procent van alle huidkankers. In de overige $\pm 9\%$ procent is er sprake van een melanoom. Deze vorm van huidkanker ontstaat uit de pigmentcellen in de opperhuid (**Figuur 15**).

Figuur 15: De 3 verschillende soorten huidkanker. Het basaalcelcarcinoom ontstaat vanuit de basaalcel, het plaveiselcelcarcinoom vanuit de plaveiselcel en het melanoom vanuit de melanocyt.

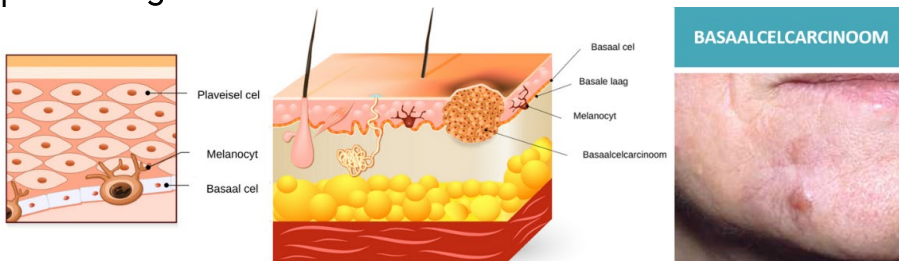


a. Het basaalcelcarcinoom

Het basaalcelcarcinoom (BCC) is de meest voorkomende vorm van huidkanker. Deze vorm van huidkanker ontstaat uit de kiemcellen (basaalcellen) in de basale laag van de opperhuid (**Figuur 16**).

Het basaalcelcarcinoom is een milde vorm van huidkanker. Een basaalcelcarcinoom onderscheidt zich van de andere vormen van huidkanker omdat het in bijna alle gevallen goed te genezen is. Dat komt omdat het basaalcelcarcinoom alleen lokaal ingroeit, heel langzaam groeit en niet uitzaait (zich niet verder in het lichaam verspreidt via bloedvaten en lymfbanen).

Figuur 16: Het basaalcelcarcinoom ontstaat vanuit de basaalcel in de basaalcellenlaag. Meestal is het een langzaam groeiende glazige plek in het gelaat.



Het aantal basaalcelcarcinomen neemt steeds toe. Het komt voornamelijk voor bij oudere mensen (meer dan 95% komt voor bij mensen ouder dan 40 jaar). De gemiddelde leeftijd is 70 jaar. De laatste jaren heeft er een leeftijdsverschuiving plaatsgevonden. Bij 33% van de patiënten werd een eerste BCC vastgesteld toen zij jonger waren dan 60 jaar.

Blootstelling aan zonlicht is de belangrijkste risicofactor voor het ontstaan van huidkanker. UV-straling in het zonlicht veroorzaakt schade aan het erfelijk materiaal (DNA) in de celkernen van de

opperhuid. Het kan soms gebeuren dat een DNA-beschadiging op een belangrijk punt in het erfelijke materiaal niet wordt hersteld. Daardoor ontstaat er een kwaadaardige cel die ongecontroleerd begint te groeien. Als gevolg hiervan kan na verloop van tijd huidkanker ontstaan.

Men hoeft voor het ontwikkelen van een basaalcelcarcinoom geen echte "zonaanbidder" te zijn geweest. De risicofactoren voor een basaalcelcarcinoom zijn:

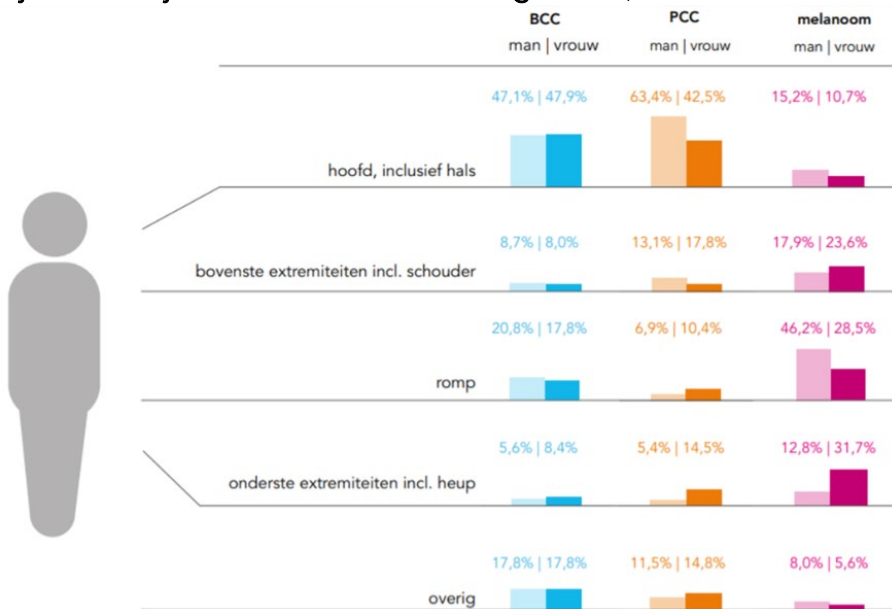
- Het aantal keren dat iemand een zonverbranding heeft opgelopen
- Het aantal keren dat iemand een nog niet gewende huid van het ene moment op het andere volop aan UV-straling heeft blootgesteld
- Hoge blootstelling vóór het 15e levensjaar
- In de zon zijn met een natte huid
- De totale hoeveelheid UV-straling die iemand in de loop van zijn leven opdoet. Vandaar dat een BCC meestal bij oudere mensen optreedt

Het lijkt erop dat bij het basaalcelcarcinoom vooral veel kortdurende intensieve zomblootstellingen de oorzaak zijn, met name tijdens de kinderjaren. Het schadelijke effect van UV-straling is groter bij mensen met een lichte huid en blauwe ogen.

Overigens zijn er waarschijnlijk nog andere factoren die basaalcelcarcinomen doen ontstaan. Basaalcelcarcinomen ontstaan ook op plaatsen die niet of nauwelijks in de zon zijn geweest. Ze ontstaan in een litteken na röntgenbestraling. Ook erfelijke factoren zoals het huidtype spelen een rol. Mensen met een verlaagd afweersysteem (bijv. AIDS, orgaantransplantaties, bloedkanker) lopen een verhoogd risico op het verkrijgen van een BCC. Hun afweer is niet of verminderd in staat is om (zon) beschadigde opperhuidcellen te herkennen en te herstellen.

Bij 85% van de gevallen bevindt de huidkanker zich in het hoofd-hals gebied (**Figuur 17**). Een basaalcelcarcinoom (BCC) ontstaat vooral in gebieden die veel aan zonlicht zijn blootgesteld denk daarbij aan gebieden zoals het gezicht of op de oren en op de (onbehandarde) schedel.

Figuur 17: Het basaalcelcarcinoom komt voornamelijk in het hoofd-hals gebied voor (Bron: Het rapport 'Huidkanker in Nederland – cijfers uit 30 jaar Nederlandse Kankerregistratie')



Er zijn verschillende verschijningsvormen van het basaalcelcarcinoom. Deze vormen van BCC hebben met elkaar gemeen dat op de huid een langzaam groeiende rood, huidkleurig of bruin gezwel ontstaat. Soms zijn er klachten van jeuk of pijn.

Het basaalcelcarcinoom (BCC) is een wat glazige grillige huidkleurige tumor met roodheid of verwijde bloedvaatjes er in. Vaak begint het als een glad glazig bultje. Soms ontstaat in een basaalcelcarcinoom echter toch wat schilfering. Dat is niet typisch. Vaak ontstaat er in een

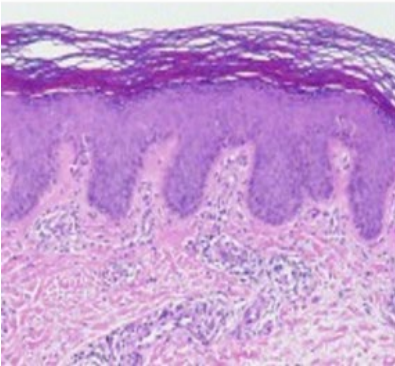
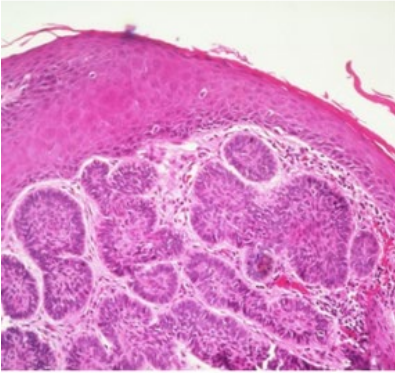
langer bestaande basaalcelcarcinoom midden in de tumor spontaan een wondje. Hierop kan een korstje kan komen. Het wondje kan wel tijdelijk genezen maar gaat vaak weer opnieuw open. Een bijzondere vorm is het ´romphuid carcinoom´ dat, zoals de naam al zegt, vooral op de huid van borst en rug voorkomt. Dit lijkt op een eczeemplek maar jeukt meestal niet.

De verschillende groeiwijzen van het basaalcelcarcinoom zijn:

1. Het nodulair BCC (bolvormig plekje) (**Figuur 18**)
2. Het micronodulair BCC (meerdere bolletjes)
3. Het ulcererend BCC (zwerend plekje) (**Figuur 19**)
4. Het oppervlakkig BCC (eczeem-achtig plekje) (**Figuur 20**)
5. Het morphea-type BCC (scleroserend BCC of verlittekend BCC) (**Figuur 21**)
6. Het gepigmenteerd BCC (bruin gekleurd BCC) (**Figuur 22**)
7. Het sprieterig BCC (onscherp afgegrensd en groeiend als het wortelstelsel van een boom of als een spinnetje) (**Figuur 23**)

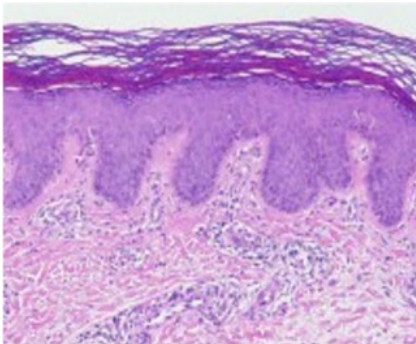
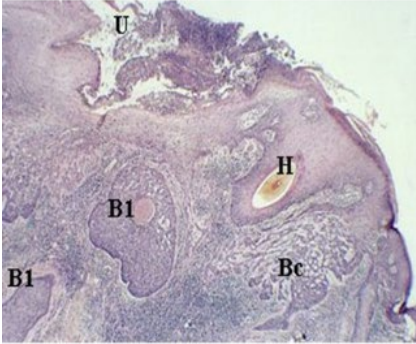
Figuur 18: Het nodulaire BCC. Dit is een bolvormige glazige tumor.

Het nodulaire BCC



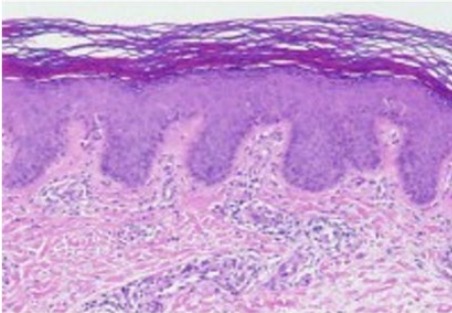
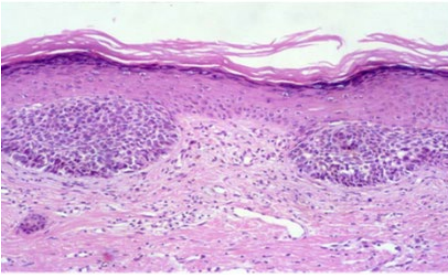
Figuur 19: Het ulcererende BCC is een zwerende tumor.

Het ulcererend BCC



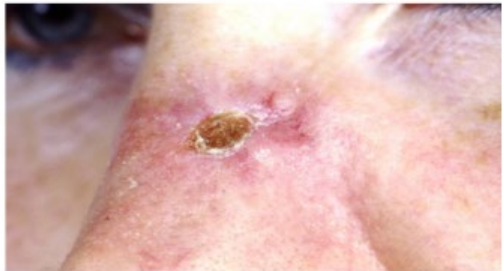
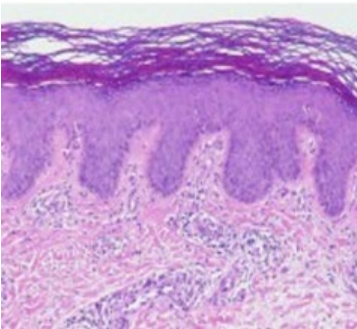
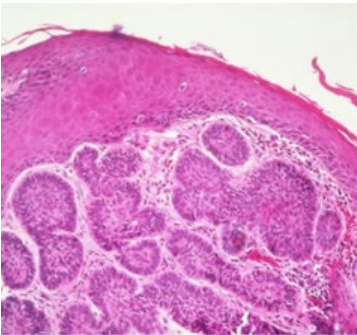
Figuur 20: Het oppervlakkige BCC is een eczeem-achtig plekje.

Het oppervlakkig BCC



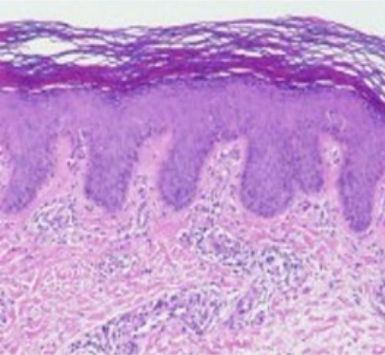
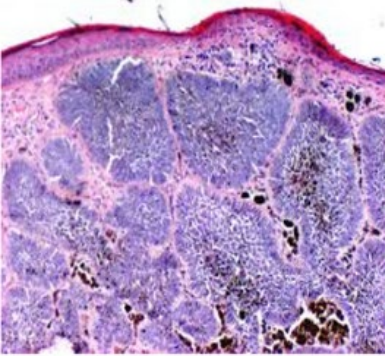
Figuur 21: Het verlittekenend BCC. Is een vorm die continue open en dicht gaat en verlittekt.

Het verlittekenend BCC



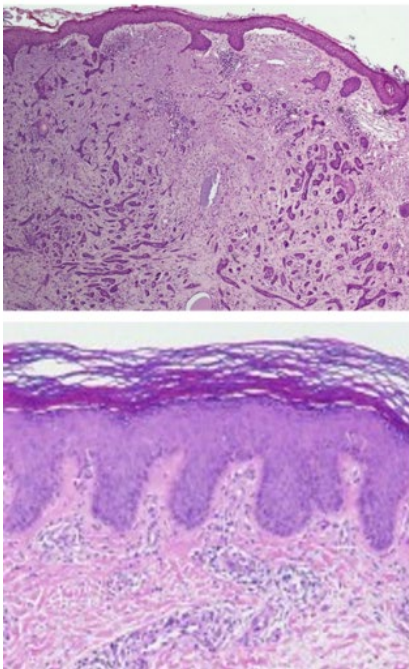
Figuur 22: Het gepigmenteerde BCC is een deels glazig, deels bruin-zwart verkleurde tumor.

Het gepigmenteerd BCC



Figuur 23: Het sprieterig BCC is een tumor die alle kanten opgroeit waardoor de grenzen lastig te bepalen zijn.

Het sprieterig BCC



De diagnose wordt overwogen op grond van de uiterlijke verschijnselen. De diagnose kan echter alleen met zekerheid worden vastgesteld door middel van een weefselonderzoek. Het is dus altijd nodig de huidafwijking geheel (middels excisie) of gedeeltelijk te verwijderen voor onderzoek (biopsie).

Indien het basaalcelcarcinoom nog erg klein is kan worden besloten het direct bij het stellen van de diagnose weg te snijden. Het weefsel wordt vervolgens opgestuurd naar een laboratorium om de diagnose alsnog te bevestigen en om te beoordelen of het volledig verwijderd

is. Onder de microscoop kan onderscheid worden gemaakt tussen de verschillende subtypen van het basaalcelcarcinoom.

Basaalcelcarcinomen zijn goed te behandelen. Basaalcelcarcinomen zaaien eigenlijk nooit uit. Vrijwel niemand zal dan ook aan deze vorm van huidkanker overlijden. Het is wel belangrijk om basaalcelcarcinomen te behandelen omdat deze gezwellen niet vanzelf genezen en langzaam groter worden.

Basaalcelcarcinomen worden ingedeeld in tumoren met verschillende risico's. Een hoog risico betekent dat er een verhoogde kans is op terugkeer van de ziekte. Dat is bepalend voor de keuze van de behandeling.

- Tumoren met een laag risico: Bolvormige en oppervlakkige BCC's zijn gemakkelijker definitief te verwijderen dan sprieterige of micronodulaire BCC's.
- Tumoren met een hoog risico:
 - Sprieterige en micronodulaire tumoren
 - Tumoren in het gezicht
 - Tumoren die groter zijn dan 2 cm
 - Terugkerende basaalcelcarcinomen zijn BCC met een hoog risico

Figuur 24: De verdeling van BCC in een hoog en laag risico. (Bron: NVDV richtlijn).

| | Laag risico | Hoog risico |
|------------------------|---|--|
| Histologisch groeitype | Niet-agressief (nodulair, superficiael) | Agressief (sprieterig, micronodulair) |
| Lokalisatie | Romp | H-zone (ogen, oren, lippen, nasolabiale plooi, neus) |
| Omvang | < 2 cm | > 2 cm |
| Eerdere therapie | Primaire tumor | Recidieftumor |

Bij ongeveer 40% van de mensen met een BCC ontstaat er binnen 3 jaar een tweede BCC of zelfs meerdere nieuwe BCC's. Er is berekend dat er gemiddeld 2.4 huidkankers per patiënt met huidkanker ontstaan. In ongeveer 4-10% van de gevallen komt het gezwel, na de eerste behandeling, op dezelfde plaats weer terug.

Na behandeling van een basaalcelcarcinoom is het belangrijk de huid goed in de gaten te houden. Als er een bultje of wondje ontstaat dat niet binnen enkele weken vanzelf weer verdwijnt, is het verstandig de huisarts of de dermatoloog te raadplegen.

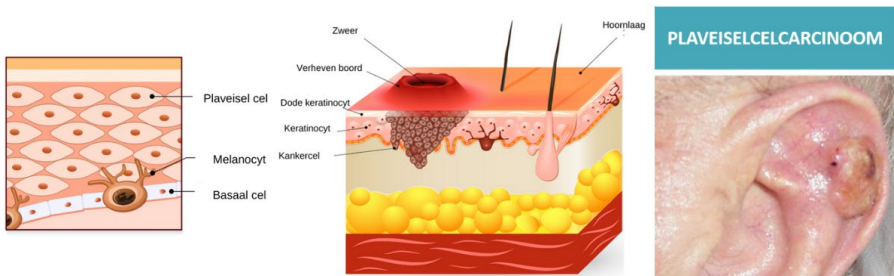
In sommige gevallen blijft een patiënt, als die meerdere basaalcelcarcinomen heeft gehad, of basaalcelcarcinomen met een hoog risico, onder controle bij de dermatoloog. In de meeste gevallen zal een patiënt na de behandeling verwezen worden voor verdere controle naar de huisarts.

In het algemeen zal bij patiënten met een basaalcelcarcinoom sprake zijn van overmatige blootstelling aan zonlicht in het verleden. Het is belangrijk om verdere beschadiging van de huid door UV-straling te voorkomen. Dit kan door blootstelling aan zonlicht (en zonnebank) te beperken. Het gebruik van een anti-zonnebrandmiddel met een hoge beschermingsfactor (factor 30 of hoger), het dragen van beschermende kleding, een hoofddeksel en zonnebril is van groot belang. Hierbij moet men bedenken dat een anti-zonnebrandmiddel niet bedoeld is om langer in de zon te kunnen blijven. Het dient om de huid te beschermen gedurende de tijd dat men in de zon is.

b. Het plaveiselcelcarcinoom

Het plaveiselcelcarcinoom (PCC) van de huid is een kwaadaardige tumor. De kwaadaardige veranderingen ontstaan in de cellen van de opperhuid, de plaveiselcellen (**Figuur 25**).

Figuur 25: Het plaveiselcelcarcinoom ontstaat in de cellen van de opperhuid, de plaveiselcellen.



Het plaveiselcelcarcinoom van de huid komt minder vaak voor dan het basaalcelcarcinoom, maar vaker dan het melanoom. Het vormt ongeveer 10% van alle vormen van huidkanker.

Het plaveiselcelcarcinoom komt voornamelijk voor in huidgebieden die veel aan zonlicht worden blootgesteld. Men hoeft daarbij geen echte "zoonanbidder" te zijn geweest.

- Huidskleur. Mensen met een lichte huidskleur hebben een groter risico voor het krijgen van deze vorm van huidkanker dan mensen met een donker huidtype
- Leeftijd. Vooral oudere mensen krijgen een PCC
- Mensen met een verlaagd afweersysteem (bijv. AIDS, orgaantransplantaties, bloedkanker) lopen een verhoogd risico op het verkrijgen van een PCC omdat hun afweer niet of verminderd in staat is om (zon) beschadigde opperhuidcellen te herkennen en te herstellen. Mensen bij wie het immuunsysteem langdurig wordt onderdrukt (zoals bijvoorbeeld na een nier- of harttransplantatie) hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een plaveiselcelcarcinoom
- Huidziekten waarbij PCC's vaker worden gezien zijn onder andere xeroderma pigmentosum, albinisme, (systemische) lupus erythematosus, open been, chronische osteomyelitis

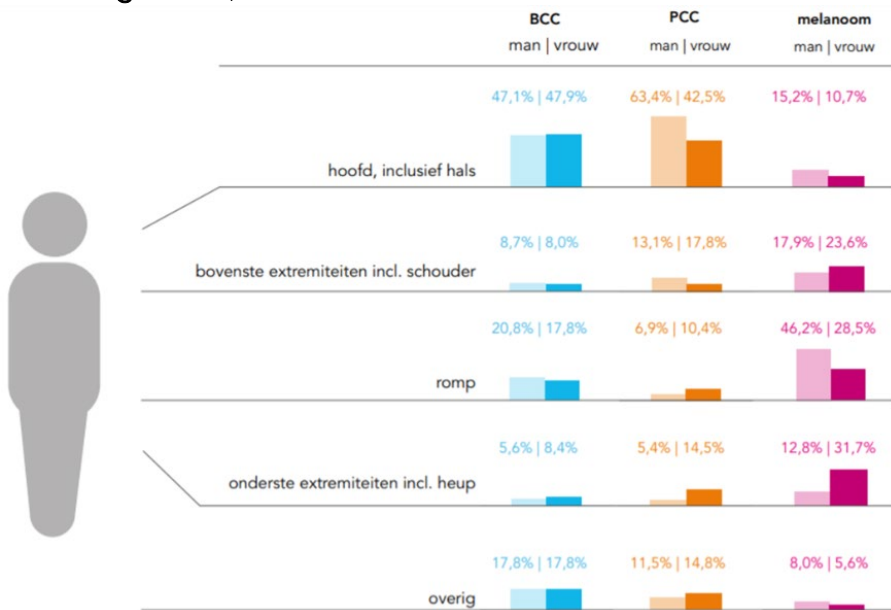
(bot ontsteking), oude brandwonden, röntgen bestraalde huid, en chronische fistels

- Waarschijnlijk kunnen bepaalde wrattenvirussen eveneens een rol spelen bij het ontstaan van het plaveiselcelcarcinoom
- Langdurige lichttherapie voor huidziekten. Patiënten met psoriasis die langdurig en/of meerdere kuren met PUVA-lichttherapie zijn behandeld lopen in hun latere leven ook een verhoogde kans op om een PCC te ontwikkelen
- Een PCC kan ontstaan uit een huidaandoening die nog geen kanker is, maar dit wel kan worden. We spreken dan van een "premaligne" aandoening. Een voorbeeld van een premaligne aandoening is de actinische keratose
- Mensen die roken krijgen vaker een PCC in het gelaat dan mensen die niet roken

Deze vorm van huidkanker komt vooral voor bij oudere mensen, vanaf de leeftijd van 60 jaar. Bij blanke personen die langdurig in tropische gebieden hebben gewoond kan een PCC reeds op jongere leeftijd verschijnen.

PCC's komen meestal voor op huidgebieden die vaak aan de zon worden blootgesteld. Denk hierbij aan de (onbehaarde) schedel, het gelaat, de oren, het gezicht, de lippen, de onderarmen, de handruggen en de benen. PCC komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (**Figuur 26**).

Figuur 26: Het plaveiselcelcarcinoom komt meestal in het hoofd-hals gebied voor en komt vaker bij mannen voor. (Bron: Het rapport 'Huidkanker in Nederland – cijfers uit 30 jaar Nederlandse Kankerregistratie').



Het plaveiselcelcarcinoom begint meestal met een huidkleurig of lichtrood bultje. Vaak voelt het oppervlak ruw aan. Het bultje wordt in de loop der tijd langzaam groter en het kan uitgroeien tot een grote tumor. De tumor kan snel groeien; enkele mm per week. Soms veroorzaakt de tumor pijnklachten.

Een plaveiselcelcarcinoom kan er ook uitzien als een wondje dat geleidelijk groter wordt (Figuur 27). Het is niet altijd gemakkelijk een plaveiselcelcarcinoom in een vroeg stadium te herkennen. Dat geldt ook voor artsen met veel ervaring op dit gebied.

Figuur 27: Een plaveiselcelcarcinoom is groter wordende tumor met een ruw oppervlakte.



De diagnose wordt overwogen op grond van de uiterlijke verschijnselen. De diagnose kan alleen met zekerheid worden vastgesteld door middel van weefselonderzoek. Het is dus altijd nodig de huidafwijking geheel (door excisie) of gedeeltelijk te verwijderen voor onderzoek (biopsie). Indien het plaveiselcelcarcinoom nog erg klein is kan worden besloten het direct bij het stellen van de diagnose definitief weg te snijden. Het weefsel wordt vervolgens opgestuurd naar het laboratorium om de diagnose alsnog te bevestigen en om te beoordelen of het volledig verwijderd is.

Daarnaast wordt aan de lymfeklieren in de omgeving gevoeld of ze vergroot aanvoelen.

Het plaveiselcelcarcinoom groeit sneller dan het basaalcelcarcinoom. Een plaveiselcelcarcinoom is een vorm van huidkanker die de diepte in kan groeien en onderliggende weefsels kan beschadigen. Wanneer het PCC niet behandeld wordt kan deze huidkanker uitzaaien naar de

lymfeklieren en andere organen (metastasen). In het algemeen zijn de vooruitzichten zeer goed. Als het plaveiselcelcarcinoom volledig is verwijderd zullen naderhand vrijwel nooit problemen optreden. Bij ongeveer 4% van de patiënten is er een risico op metastasering na een behandeling. Het risico hiervoor is het hoogst bij grote plaveiselcelcarcinomen op de oren en op de lippen. Als er uitzaaiing is opgetreden dan zijn de vooruitzichten veel minder gunstig. Aanvullende chirurgische behandeling, radiotherapie en eventueel chemotherapie zijn dan noodzakelijk. Sinds kort is ook immuuntherapie mogelijk.

Na de behandeling van een plaveiselcelcarcinoom worden meestal regelmatige controle afspraken gemaakt gedurende minimaal 5 jaar. Tijdens de controles wordt de behandelde plek nagekeken. Daarnaast wordt er gecontroleerd of er nieuwe tumoren op andere plekken zijn ontstaan en of er uitzaaiing is opgetreden.

Na behandeling van een plaveiselcelcarcinoom is het belangrijk de huid goed in de gaten te houden. Als er een bultje of wondje ontstaat dat niet binnen enkele weken vanzelf weer verdwijnt is het verstandig de huisarts of dermatoloog te raadplegen. Ook is verstandig te letten op eventuele vergroting van lymfeklieren.

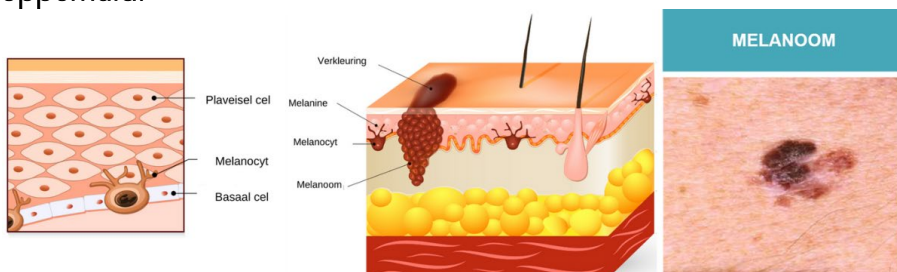
In het algemeen zal bij patiënten met een plaveiselcelcarcinoom sprake zijn van overmatige blootstelling aan zonlicht in het verleden. Het is belangrijk om verdere beschadiging van de huid door UV-straling te voorkomen. Dit kan door blootstelling aan zonlicht (en zonnebank) te beperken. Het gebruik van een anti-zonnebrandmiddel met een hoge beschermingsfactor (factor 30 of hoger), het dragen van beschermende kleding, een hoofddeksel en zonnebril is van groot belang. Hierbij moet men bedenken dat een anti-zonnebrandmiddel niet bedoeld is om langer in de zon te kunnen blijven. Het dient om de huid te beschermen gedurende de tijd dat men in de zon is.

c. Het melanoom

Melanoom betekent letterlijk: zwart gezwel. Een melanoom ontstaat doordat pigmentcellen van de opperhuid op een bepaalde plaats in de huid of in de slijmvliezen veranderd zijn in kankercellen (**Figuur 28**). Omdat de pigmentcellen overal voorkomen, kan een melanoom ook overal in de huid ontstaan.

Een melanoom kan ontstaan uit een goedaardige of een onrustige moedervlek of in een normale huid.

Figuur 28: heet melanoom ontstaat uit de pigmentcellen in de opperhuid.



Er zijn een aantal risicofactoren bekend voor het verkrijgen van een melanoom.

- Aangenomen wordt dat overmatige blootstelling aan zonlicht een risicofactor is bij het ontstaan van een melanoom. Net als bij andere vormen van huidkanker. Over de wijze waarop dat precies gebeurt verschillen de deskundigen van mening. In het algemeen neemt men aan dat zonverbranding een belangrijke risicofactor is. Dit is vooral het geval als dit plaatsvindt vóór de leeftijd van 20 jaar
- Ook het huidtype speelt een rol. Mensen die snel verbranden in de zon hebben een hoger risico om een melanoom te ontwikkelen. Bedenk dat UV-straling niet alleen in zonlicht zit maar ook in een zonnebank. Mensen met een lichte huidskleur, met sproeten of blond/rood haar (die moeilijk

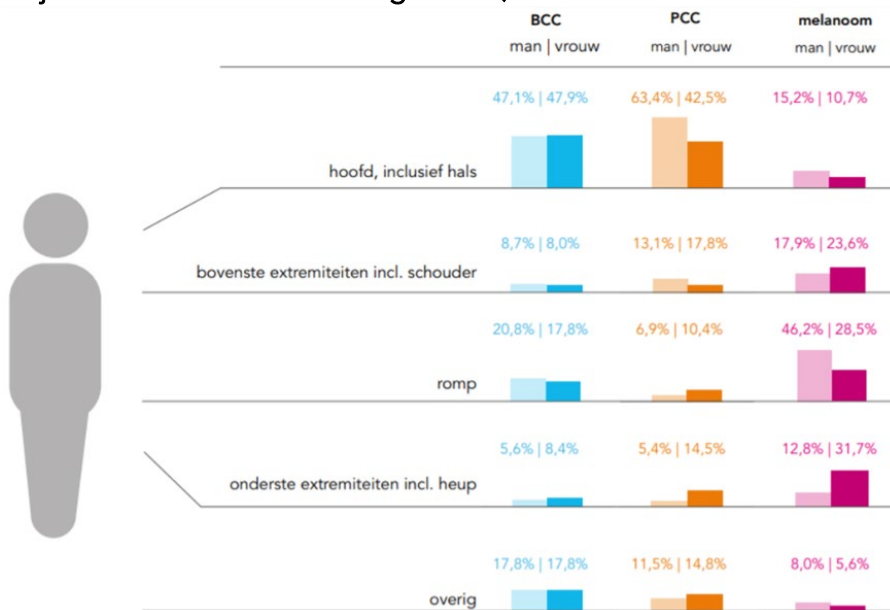
bruin worden en snel verbranden) hebben meer aanleg om een melanoom te krijgen

- Erfelijke aanleg. Het risico neemt toe naarmate er meerdere familieleden een melanoom hebben. In ongeveer 10% van de gevallen zijn er aanwijzingen voor een erfelijke aanleg
- Onrustige moedervlekken of veel moedervlekken. Soms ontstaat een melanoom in een reeds lang bestaande moedervlek. Moedervlekken kunnen in grootte variëren van enkele millimeters tot enkele centimeters en zijn meestal licht- of donkerbruin. Bijna iedereen heeft moedervlekken. De meeste ontstaan tijdens de puberteit en adolescentie. Het merendeel van de moedervlekken geeft geen enkel risico op een melanoom. Mensen met meerdere zogenaamde "onrustige" ("klinisch atypische") moedervlekken hebben een verhoogde kans op het krijgen van een melanoom. Vooral als deze onrustige moedervlekken in de familie voorkomen of andere familieleden een melanoom hebben gehad is het risico verhoogd. Een kleine risicofactor voor het ontstaan van een melanoom is het hebben van veel (meer dan 100) gewone moedervlekken of 5 of meer onrustige moedervlekken
- Als een melanoom uit een moedervlek ontstaat, is dat in zeldzame gevallen uit een grote aangeboren (=congenitale). Het risico hierbij is afhankelijk van de grootte van deze moedervlekken. Bij een kleine aangeboren moedervlek is het risico heel klein (< 1 %); bij de reuze aangeboren moedervlek ligt het risico iets hoger, ongeveer 5%

Melanomen kunnen op elke leeftijd ontstaan, met een piek tussen de 30 en 60 jaar. Voor de puberteit ontstaat er hoogst zelden een melanoom. Het melanoom wordt vaker bij vrouwen dan bij mannen gezien. Melanomen kunnen op alle plaatsen van het lichaam voorkomen. Bij vrouwen komt het huidkanker wat vaker voor op de benen. Bij mannen op de romp.

In zeldzame gevallen kan een melanoom ontstaan op slijmvliezen (mond, neus- en keelholte, vagina en anus), het behaarde hoofd of in het oog.

Figuur 29: (Bron: Het rapport ‘Huidkanker in Nederland – cijfers uit 30 jaar Nederlandse Kankerregistratie’)



Een melanoom is meestal groter dan een gewone moedervlek. Er bestaan echter een aantal opvallende verschillen (Figuur 30).

- Zo is een melanoom meestal grillig en asymmetrisch van vorm
- De pigmentatie is vaak onregelmatig. Naast bruin en zwart kunnen de kleuren rood, paars, blauw, grijs, wit of een combinatie van verschillende kleuren voorkomen. Niet alle melanomen zijn dus alleen zwart gekleurd. Sommige kwaadaardige pigmentcellen verliezen zelfs het vermogen om pigment te maken. Hierdoor ontstaat er een licht of rozerood gezwelletje. Deze pigmentloze melanomen zien er soms

bedrieglijk goedaardig uit waardoor de arts de diagnose niet meteen kan stellen

- Een patiënt met een melanoom kan klachten hebben over jeuk, bloedinkjes of wondjes in het gezwel. Soms geeft het melanoom helemaal geen klachten

Figuur 30: Een melanoom is meestal groter dan een gewone moedervlek en heeft een aantal opvallende kenmerken zoals wisselende kleur en een asymmetrische vorm. Een melanoom groeit in de loop van de tijd.

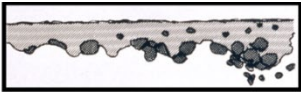


Er zijn verschillende soorten melanomen (**Figuur 31**).

- Het oppervlakkig groeiend melanoom (superficieel spreidend melanoom). De meeste melanomen vallen onder deze categorie. Deze melanomen groeien oppervlakkig naar alle kanten uit. Ze groeien meestal niet diep in de huid
- Nodulair melanoom. Bij dit type melanoom is er al in een vroeg stadium sprake van een opeenhoping van veel melanoomcellen. Aan de oppervlakte is dit vaak te zien als een donkergrijze, donkerblauwe of zwarte verhevenheid

- Acrolentigineus melanoom. Dit type melanoom is zeldzaam. Het bevindt zich aan de acra (=uiteinden) van het lichaam. Namelijk de handen (vingers/nagels) of de voeten (tenen/nagels)
- Lentigo maligna melanoom. Deze vorm ontstaat in een lentigo maligna. Dit is een pigmentvlek in het gelaat waarin zich kwaadaardige pigmentcellen bevinden
- Een andere zeldzame variant is het ongepigmenteerde melanoom (amelanotisch melanoom). Dit is een ongekleurde variant van het gewone melanoom. Het is een berucht type, omdat het vaak niet herkend wordt als een melanoom en daarom te laat verwijderd wordt

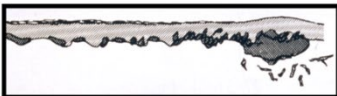
Figuur 31: de verschillende vormen van het melanoom.



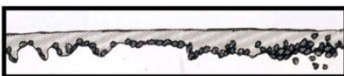
Superficieel spreidend melanoom: 70%



Nodulair melanoom: 15%



Acrolentigineus melanoom: 5%



Lentigo maligna melanoom: 5%

De diagnose wordt overwogen op grond van de uiterlijke verschijnselen. De diagnose kan echter alleen met zekerheid worden vastgesteld door middel van weefselonderzoek.

De diagnose kan door een arts met voldoende ervaring met redelijke zekerheid worden gesteld op de uiterlijke kenmerken. De mate van zekerheid kan worden vergroot als een dermatoscoop wordt gebruikt.

Een dermatoscoop is een soort "handmicroscopje" waarmee het bovenste deel van de huid tienmaal vergroot kan worden.

Als er een redelijke verdenking is op een melanoom dan moet de afwijking in principe geheel worden verwijderd voor microscopisch onderzoek. Dit gebeurt onder lokale verdoving. De huidafwijking wordt in zijn geheel eruitgesneden, met een klein randje (2 mm) extra weefsel eromheen. Dit doet men om er zeker van te zijn dat alles weggesneden is. Dit heet een diagnostische excisie. Eens het melanoom door weefselonderzoek is vastgesteld, dan zal op basis van een aantal kenmerken het melanoom een classificatie krijgen. Na de diagnostische excisie volgt altijd een tweede excisie. Hierbij wordt het litteken met een extra marge en tot op het spiervlies weggesneden. Soms is een aanvullend onderzoek van de schildwacht klier nuttig om te beoordelen of er uitzaaiingen in de lymfeklieren zijn.

Doordat de melanoomcellen zich kunnen verplaatsen, kunnen uitzaaiingen ontstaan naar de lymfeklieren en andere organen. Een eventuele uitzaaiing van een melanoom gaat voornamelijk via de lymfebanen in de huid. De lymfebanen monden uit in lymfeklieren. De lymfeklier waar de eventuele uitzaaiing het eerst terechtkomt wordt de schildwacht klier genoemd. Vermoedelijk worden pas daarna de overige nabijgelegen lymfeklieren (in de lymfeklier "stations" van oksels, liezen en hals) bereikt. Wanneer een lymfeklier een uitzaaiing bevat, is deze dikwijls voelbaar als een stevig bolletje van 2-3 cm doorsnede onder de huid.

De meeste vormen van huidkanker zijn niet gevaarlijk, maar het melanoom is dat wel. Het melanoom is de meest kwaadaardige vorm. Een melanoom kan namelijk de diepte ingroeien en er kunnen uitzaaiingen ontstaan naar lymfeklieren en andere organen. Als dat gebeurt, dan is het heel moeilijk te behandelen. Bij een uitzaaiing in een lymfeklier is de kans op genezing veel kleiner. Bij uitgebreide

uitzaaiingen via het bloed in andere organen is genezing in het algemeen niet meer mogelijk. Sinds de komst van immuuntherapie is de overleving van patiënten met uitgezaaid melanoom fors verbeterd. In 2019 stierven er in Nederland 749 mensen door een melanoom en in 2012 in België 400. Het melanoom maakt maar een klein deel van het aantal huidkankers uit maar is verantwoordelijk voor 90% de stergevallen ten gevolge van huidkanker. Dankzij vroege opsporing is de overlevingskans van mensen met een melanoom de laatste decennia sterk verbeterd. Overlijden door melanoom treedt op een jongere leeftijd dan voor andere vormen van kanker. De kans op algeheel herstel is groter naarmate het melanoom vroeger is ontdekt en behandeld.

In geval van dunne melanomen wordt volgens de meest recente inzichten een éénmalig controlebezoek geadviseerd één tot drie maanden na de behandeling van het melanoom. De patiënt krijgt hierbij praktisch en schriftelijk uitleg over zelfonderzoek van de huid en lymfeklieren. Verdere controle kan desgewenst plaatsvinden in het kader van begeleiding, als aanvulling op zelfcontrole of ten behoeve van onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

Na behandeling van een melanoom is het belangrijk de huid goed in de gaten te houden. Als nieuwe pigmentafwijkingen ontstaan of als bestaande moedervlekken veranderen is het verstandig de huisarts of de dermatoloog te raadplegen. Ook op huidveranderingen in de omgeving van het operatielitteken moet gelet worden. Ook is verstandig te letten op eventuele vergroting van lymfeklieren.

Bij melanomen met een hogere classificatie luidt het advies voor het eerste jaar één keer per drie maanden een controle. Voor het tweede jaar één keer per zes maanden en voor het derde tot en met het vijfde jaar één keer per jaar. Bij de controles is het routinematig maken van

röntgenfoto's, echo's of scans niet zinvol, tenzij er een speciale reden voor is.

Het is belangrijk om verdere beschadiging van de huid door UV-straling te voorkomen. Dit kan door blootstelling aan zonlicht (en zonnebank) te beperken. Het gebruik van een anti-zonnebrandmiddel met een hoge beschermingsfactor (factor 30 of hoger), het dragen van beschermende kleding, een hoofddeksel en zonnebril is van groot belang. Hierbij moet men bedenken dat een anti-zonnebrandmiddel niet bedoeld is om langer in de zon te kunnen blijven. Het dient om de huid te beschermen gedurende de tijd dat men in de zon is.

DE BEHANDELING

VOORSTADIA HUIDKANKER

a. De behandeling van actinische keratosen

Behandeling van actinische keratosen is niet altijd noodzakelijk. Soms is er wel behandeling nodig als er na verloop van tijd een verhoogde kans bestaat op het ontstaan van huidkanker.

Actinische keratosen kunnen op verschillende manieren worden behandeld:

- Oppervlakkige bevriezing met vloeibare stikstof
- Soms wordt een combinatie van elektrocoagulatie (wegbranden) en curettage (wegschrappen met een scherpe lepel) toegepast
- Efudix® crème (bevat 5-fluorouracil) kan worden gebruikt met name als het om grote huidoppervlakken gaat. Deze crème moet worden gebruikt tot de huid oppervlakkig beschadigd is en er een soort schaafwond ontstaat (ongeveer 3 weken). Deze behandeling veroorzaakt soms heftige huidreacties.

Daarna geneest de huid zonder littekenvorming en blijven de actinische keratosen vaak lange tijd weg

- Aldara® crème (bevat imiquimod). Imiquimod stimuleert het afweersysteem in de huid om de basaalcelcarcinoom cellen op te ruimen. Deze behandeling wordt 3 keer per week toegepast gedurende 4 weken. Aldara® kan huidirritatie veroorzaken
- CO2-laser is een behandelingsoptie die gebruikt wordt bij uitgebreide afwijkingen. Hierbij wordt de bovenste huidlaag als het ware verdampt
- Fotodynamische therapie (PDT). Op de huidafwijking wordt een crème die een lichtgevoelige stof (methylaminolevulinezuur (MAL) of 5-aminolevuline zuur (ALA)) bevat aangebracht. Deze stof maakt de beschadigde cellen in de actinische keratosen gevoelig voor licht. Na een inwerkingperiode van een aantal uren wordt de huidafwijking belicht met een lichtbundel van een golflengte gelegen in het zichtbare lichtspectrum. In het belichte huiddeel vindt er vervolgens een reactie plaats waardoor de beschadigde cellen opgeruimd worden. Deze behandeling kan erg pijnlijk zijn
- Soms is het noodzakelijk de afwijking te excideren (operatief te verwijderen). Dit gebeurt veelal poliklinisch onder plaatselijke verdoving

b. De behandeling van Morbus Bowen

Er bestaan verschillende behandelvormen. De keuze hangt af van de grootte en van de lokalisatie van de plek.

- CO2-laser is een behandelingsoptie waarbij de bovenste huidlaag als het ware verdampt wordt
- Efudix® crème, (bevat 5-fluorouracil) kan worden gebruikt, met name als het om grote huidoppervlakken gaat. Deze

crème moet worden gebruikt tot de huid oppervlakkig beschadigd is en er een soort schaafwond ontstaat (ongeveer 3 weken). Deze behandeling veroorzaakt soms heftige huidreacties. Daarna geneest de huid zonder littekenvorming en blijven de actinische keratosen vaak lange tijd weg

- Aldara® crème (bevat imiquimod). Imiquimod stimuleert het afweersysteem in de huid om de basaalcelcarcinoom cellen op te ruimen. Deze behandeling wordt 3 keer per week toegepast gedurende 4 weken. Aldara® kan huidirritatie veroorzaken
- Excisie

c. De behandeling van een melanoma in situ

Wanneer uit weefselonderzoek blijkt dat er sprake is van een melanoma in situ dan wordt de laesie verder geëxcideerd. Dit met een marge van 5 millimeter marge gezonde huid rondom de melanoma in situ. Daarmee is de behandeling afgerond.

d. De behandeling van een lentigo maligna

Bij voorkeur wordt een lentigo maligna door een operatie (excisie) verwijderd.

Wanneer de lokalisatie een operatie niet toestaat of wanneer de omvang van de lentigo maligna te groot is, dan kan er gekozen worden voor:

- Radiotherapie (bestraling)
- Lasertherapie
- Imiquimod crème

Bij deze behandelvormen is de kans op terugkeer van de lentigo maligna groter dan bij een excisie.

DE BEHANDELING HUIDKANKER

a. De behandeling van het basaalcelcarcinoom

In verreweg de meeste gevallen kan het basaalcelcarcinoom eenvoudig operatief worden verwijderd. Soms zijn er technische of praktische redenen om de voorkeur te geven aan een andere techniek. Voor de keuze van de behandeling zijn twee uitgangspunten belangrijk:

1. Het gezwel wordt volledig (radicaal) verwijderd, waardoor de kans op hernieuwde groei na verwijdering (een recidief) zo klein mogelijk is
2. Het mooiste cosmetische eindresultaat wordt nagestreefd

Er bestaan verschillende behandelingsmogelijkheden:

- Operatieve verwijdering (excisie). In de meeste gevallen zal een basaalcelcarcinoom onder plaatselijke verdoving chirurgisch worden verwijderd (excisie)

- Mohs' micrografische chirurgie. Dit is een techniek die slechts wordt uitgevoerd in geval van een ongunstig type basaalcelcarcinoom, een ongunstige lokalisatie (vooral in het gezicht) of een recidief
- Radiotherapie. In het algemeen is radiotherapie niet de voorkeursbehandeling, maar wel een goed alternatief voor chirurgische behandeling
- Imiquimod crème. Deze behandeling wordt alleen toegepast bij oppervlakkige basaalcelcarcinomen
- 5-fluorouracil crème. Deze behandeling wordt eveneens alleen toegepast bij oppervlakkige basaalcelcarcinomen
- Cryochirurgie. Dit is een eenmalige poliklinische behandeling, waarbij het basaalcelcarcinoom met speciale apparatuur van buitenaf kortdurend wordt bevroren met vloeibare stikstof. Ook deze methode is minder effectief ten opzichte van chirurgische verwijdering
- Curettage en coagulatie. Het basaalcelcarcinoom wordt onder plaatselijke verdoving weggeschrapt met een scherp instrument en vervolgens elektrisch weggebrand. Ook deze methode is minder effectief ten opzichte van chirurgische verwijdering

b. De behandeling van het plaveiselcelcarcinoom

Het plaveiselcelcarcinoom zal bij voorkeur door middel van een operatie worden verwijderd. Dit gebeurt meestal onder plaatselijke verdoving door een dermatoloog. Bij het uitvoeren van de ingreep wordt gestreefd naar een zo gunstig mogelijk cosmetisch resultaat. Het is van belang dat het plaveiselcelcarcinoom volledig wordt verwijderd. Om hiervan zeker te zijn wordt het verwijderde weefsel altijd microscopisch onderzocht. Als het plaveiselcelcarcinoom niet

met zekerheid volledig is weggenomen moet de ingreep opnieuw worden uitgevoerd.

Radiotherapie is eveneens een effectieve behandelingsmethode. De bestraling van huidkanker gebeurt oppervlakkig en veroorzaakt daardoor weinig of geen bijverschijnselen. De bestraling vindt plaats in meerdere zittingen en dat betekent dat men vaker naar het ziekenhuis moet komen dan bij een operatieve behandeling.

Het is in het bestek van deze module niet mogelijk de exacte indicaties voor de bovengenoemde technieken te noemen. De dermatoloog kan uitleggen waarom een bepaalde methode de voorkeur heeft.

c. De behandeling van het melanoom

Het melanoom zal bij voorkeur door middel van een operatie worden verwijderd. Dit gebeurt meestal onder plaatselijke verdoving door een dermatoloog (diagnostische excisie). Het verwijderde weefsel wordt microscopisch beoordeeld. Als na onderzoek van de patholoog blijkt dat het een melanoom is dan moet dezelfde plek er nog een keer uitgesneden worden met een veiligheidsmarge van 1 of 2 cm. Dat heet de therapeutische (om te behandelen) excisie.

Bij de diagnostische excisie meet de patholoog op het weefsel hoe diep de ingroei van de kwaadaardige cellen in de lederhuid is. Deze diepte noemen we de Breslow-dikte.

Als na het microscopisch onderzoek de dikte van het melanoom bekend is, volgt kort daarna een tweede operatie. Hierbij wordt rond het litteken waar het melanoom in eerste instantie verwijderd is, voor de zekerheid nogmaals een stuk huid weggehaald met een marge van 1 of 2 cm. De marge is afhankelijk van de vastgestelde dikte (Breslow-dikte) van het melanoom. Als de Breslow-dikte kleiner of gelijk is aan

2 mm, kan worden volstaan met 1 cm marge, anders wordt een marge van 2 cm aanbevolen.

Voor het verdere beleid is de meting van de dikte van een melanoom van belang. Hoe dikker het melanoom onder de microscoop is, hoe meer kans op uitzaaiing. Om een uitzaaiing in de lymfeklieren uit te sluiten wordt een schildwachtklier onderzoek uitgevoerd. Deze schildwachtklier is de eerste nabije lymfeklier waarheen kankercellen kunnen uitzaaien. Met behulp van een radioactieve stof en een blauwe kleurstof die wordt ingespoten in de huid ter plaatse van het litteken kan de schildwachtklier worden opgespoord. Vervolgens kan deze klier worden verwijderd en op uitzaaiingen worden onderzocht. Als bij microscopisch onderzoek geen kwaadaardige cellen in de verwijderde klier worden aangetoond, is de kans op uitzaaiingen in de andere lymfeklieren zeer klein.

ADVIEZEN OVER BESCHERMING VAN DE HUID

Blootstelling aan de zon is een cumulatief risico. Mensen die veelvuldig onder direct zonlicht verblijven hebben na verloop van tijd zonneshade opgelopen.

Huidkanker komt voor bij mensen die voor hun werk veel en langdurig in de zon komen. Maar ook de gemiddelde Nederlander en Belg krijgt steeds vaker huidkanker. De laatste 10 jaar is er een explosieve toename in het aantal huidkankers. In de meeste gevallen is huidkanker prima te behandelen, in sommige gevallen niet.

De zon bestaat uit infraroodstraling, zichtbaar licht en UV-Straling. De infrarode straling is onzichtbaar en geeft ons warmte. Het zichtbare licht geeft planten energie voor fotosynthese en bepaalt het bioritme van mens en dieren. Ultraviolette straling (UV-straling) is ook onzichtbaar. UV-straling wordt onderverdeeld in drie soorten: UVA-, UVB- en UVC-straling. Alle drie de soorten kunnen schadelijk zijn voor de huid.

De UV-index is een maat voor de hoeveelheid UV-straling die het aardoppervlak bereikt. De UV-index in Nederland en België varieert tussen de 0 en de 10. 0 is geen UV-index, 1-2 vrijwel geen, 3-4 zwakke, 5-6 matige, 7-8 sterke en 9-10 zeer sterke UV-index. De UV-index is afhankelijk van een aantal factoren:

- Hoe hoger de zon staat, hoe sterker de zonkracht. In de zomer is de zonkracht in de middag maximaal 6 of 7; in de winter vaak minder dan 1
- Niet alleen de hoogte van de zon, maar ook de dikte van de bewolking, de mate van weerkaatsing en de dikte van de ozonlaag spelen een rol in de UV-index
- Mensen met een licht huidtype verbranden makkelijker dan mensen met een donder huidtype. Hoe snel je verbrandt hangt ook af van de UV-index
- Anti-zonnebrandmiddelen zijn gemaakt om de huid tegen zonnebrand en veroudering te beschermen. Ze bevatten UV-filters waardoor minder UV-straling de huid bereikt
- Een anti-zonnebrandmiddel is een aanvullende maatregel, naast het dragen van beschermende kleding; een zonnebril met UV-werende glazen en het opzoeken van de schaduw op zonnige dagen
- Een anti-zonnebrandmiddel is alleen afdoende als de juiste beschermingsfactor is gekozen, als het middel tijdig is gesmeerd en als er voldoende dik en voldoende vaak gesmeerd wordt
- De mate van bescherming tegen UV-B-straling wordt weergegeven met SPF. SPF staat voor sun protection factor. Bescherming tegen UV-A-straling wordt weergegeven met een symbool met UV-A in een cirkel. Om de juiste SPF te halen moet je voldoende dik smeren. Er is berekend dat 2 mg crème per cm² gesmeerd moet worden om voldoende dik te smeren. In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel dat betekent

- Vergeet de kwetsbare delen niet: de lippen, de neus, de huid rond de ogen en de randen van de oren zijn kwetsbare gebieden. Bij langdurige overmatige blootstelling aan UV-straling kan hier op termijn schade ontstaan. Vergeet deze niet in te smeren! De voetruggen en de schouders worden ook vaak vergeten

De gouden zonregels:

- Laat de huid wennen aan de zon
- Zoek tijdig de schaduw op
- Ga niet zonnebaden tussen 12.00 en 15.00 uur
- Beschermde huid met UV-werende kleding, een zonnehoed en een zonnebril met UV-werende glazen
- Bepaal het huidtype
- Kies de juiste SPF bij het huidtype
- Pas de SPF aan bij een hoge UV-index en lange zonexpositie
- Gebruik voldoende crème en smeer deze gelijkmatig uit
- Smeer een half uur voor de zonexpositie
- Smeer elke 2 uur
- Let op reflectie van de zon met water, strand en sneeuw. Onder een parasol kan je ook verbranden
- Vergeet de oren, de oogleden, de neus, de lippen, de oorranden, de schouders en de voetruggen niet
- Let op het gebruik van geneesmiddelen die de huid gevoeliger kunnen maken voor de zon

Weetjes:

- Het gebruik van een anti-zonnebrandmiddel vermindert de kans op niet-melanoom huidkanker met 78%
- Het gebruik van een anti-zonnebrandmiddel keert huidveroudering deels om
- De kinderhuid is extra kwetsbaar voor UV-schade
- Duurder is niet per se beter, SPF is SPF

- Ook bij een hoge SPF wordt men bruin, SPF beïnvloedt de tijd die men in de zon door kan brengen zonder te verbranden
- De schaduw en een parasol beschermen niet
- Natte kleding laat UV stralen door
- Achter glas word je bruin
- Donkere mensen verbranden ook
- De zon is ook schadelijk als je niet verbrandt
- Schaduw en bewolking beschermen niet
- Dagelijks 15-30 minuten met onbeschermd hoofd, handen en onderarmen in de zon is voldoende voor vitamine D productie

SYSTEMATISCHE CONTROLE VAN DE HUID

De meest voorkomende aanwijzing voor huidkanker is een verandering op de huid, zoals een ruw plekje dat niet weggaat, een wondje dat niet geneest of een verandering in de kleur of grootte van een al bestaande huidafwijking. Een verandering kan zich ook uiten door jeuken, steken, bloeden of schilferen.

Niet alle vormen van huidkanker uiten zich op dezelfde manier. Soms verschijnt er een wasachtig, bleek, glad, glanzend bultje. In andere gevallen ontstaat er een stevige rode knobbel die soms kan bloeden of een korst kan vormen.

Onderstaande tabel geeft een opsomming van redenen om de huisarts te raadplegen als de klachten langer dan 3 weken aanhouden.

| | |
|---|--|
| <p>Groeiende moedervlek</p> | <p>Een moedervlek hoort op volwassen leeftijd niet meer te groeien. Met name asymmetrische groei kan op kwaadaardigheid wijzen. Als de moedervlek groter dan 5 millimeter doorsnede is, dan is dit een ongunstige verandering. Een moedervlek die altijd al 5 millimeter of meer was en niet verandert kan geen kwaad.</p> |
| <p>Een asymmetrische moedervlek (niet rond of ovaal)</p> | <p>Asymmetrie in een moedervlek kan op een ongunstige verandering wijzen.</p> |
| <p>Nieuw ontstane moedervlek (deze stip is 5 millimeter in doorsnede)</p> | <p>Een nieuw ontstane moedervlek op volwassen leeftijd mag niet veel groter groeien dan 5 millimeter. Bij jongeren (tot 25-30 jaar) is het ontstaan van nieuwe moedervlekken acceptabel.</p> |
| <p>Kleurverandering van een moedervlek (hetzij donkerder, hetzij bleker)</p> | <p>Een moedervlek hoort op volwassen leeftijd geen enkele verandering te tonen.</p> |
| <p>Jeukende of bloedende moedervlek (geldt ook voor steken)</p> | <p>Een moedervlek hoort op volwassen leeftijd op geen enkele manier op te vallen.</p> |
| <p>Plekje met korstje, dat niet over gaat</p> | <p>Een plekje heeft waarop steeds weer een korstje komt, kan wijzen op huidkanker bij iemand op middelbare leeftijd. Huidkanker komt vooral voor op huid die regelmatig in de zon is geweest.</p> |

| | |
|---|--|
| Een langzaam groeiend rood bultje | Een plekje dat steeds groter wordt kan wijzen op huidkanker. Huidkanker komt vooral voor op huid die regelmatig verbrand is. |
| Een eczeemachtig plekje dat niet reageert op een eczeembehandeling | Een plekje dat lijkt op eczeem bij iemand die nooit eczeem heeft gehad, is verdacht voor huidkanker. Huidkanker komt vooral voor op huid die regelmatig verbrand is. |
| Zweertje dat niet geneest | Een zweertje dat niet geneest, kan dat wijzen op een huidkanker. Huidkanker komt vooral voor op een huid die regelmatig in de zon is geweest en komt voor op middelbare leeftijd. |
| Snel groeiend bol gezwel/"wildvlees" | Een zeldzame vorm van melanoom kan in 4-6 maanden een opbollend, rond gezwel worden, rood, bruin of bijna zwart van kleur. Het bloedt gemakkelijk. Deze vorm komt het meest voor bij mannen op oudere leeftijd. Dit is de enige vorm van huidkanker die haast heeft! |

Er zijn bepaalde kenmerken die kunnen duiden op een kwaadaardige verandering van een moedervlek. In veel gevallen zullen deze verschijnselen berusten op onschuldige veranderingen in de moedervlek, maar het is -in voorkomende gevallen - altijd raadzaam de huisarts te raadplegen om te beoordelen of er geen sprake is van kwaadaardige verandering in de moedervlek.

Moedervlekken kunnen worden beoordeeld volgens de ABCDE-regel (**Figuur 32**). Hierbij staat elke letter voor een kenmerk van een moedervlek dat wijst op mogelijke overgang naar een melanoom. De ABCDE-regel is oorspronkelijk Engelstalig, de A staat voor Asymmetry

(het niet symmetrisch zijn van de moedervlek), de B voor Border (rand), de C voor Color (kleur), de D voor Diameter (doorsnede, grootte) en de E voor Evolution (verandering), of Elevation (het ontstaan van een verhevenheid).

Figuur 32: De ABCDE regel om een verdachte van een niet verdachte moedervlek te onderscheiden.



EEN HUIS VOL KREEFTENKOPPEN

Een huis vol kreeftenkoppen is een programma om kinderen te leren smeren en kleren om zonnebrand te weren. De meeste mensen hebben in hun jeugd de huid niet goed beschermd tegen zonnebrand.

Onze kinderen wordt nauwelijks geleerd dat ze zich in moeten smeren met zonnebrandcrème. Ook weten kinderen niet hoe ze zich tegen de zon moeten beschermen. Als we op dezelfde voet verder blijven gaan kunnen we de huidkanker epidemie niet keren. Als kinderen nu leren zich goed te beschermen tegen de zon dan hoeven we de huidkankerzaadjes die we nu niet zaaien later ook niet te oogsten!

Speciaal voor kinderen heb ik het leerzame e-boek "Een huis vol kreeftenkoppen" geschreven. Hierin beschrijf ik hoe we de kinderen een aantal goede zongewoonten en gouden smeerregels kunnen aanleren!

Aan de hand van tekeningen en rijmpjes leren de kinderen op een leuke en speelse wijze om te gaan met de zon. Ze leren wat hun huidtype is en wat zonkracht betekent. Met de 4 goede

zongewoonten leren ze hoe ze de huid moeten beschermen. Met de 4 gouden smeeregels leren ze te smeren tegen het zonnebrandgevaar.

Het educatieve programma "Een huis vol krefftenkoppen" is gratis te downloaden:

<https://www.onlinedermatologie.nl/huidkanker/huidkanker-algemene-informatie/kinderen-en-de-zon/>

NUTTIGE INFORMATIE EN LINKS

Er zijn Nederland zijn er 2 stichtingen die zich inzetten voor de belangen van de patiënten: de huidkankerstichting en stichting melanoom

Figuur 33: de huidkankerstichtingen in Nederland.

The screenshot shows the website for Stichting Melanoom. At the top, there is a navigation bar with links for Home, Nieuws, Soorten huidkanker, Informatie, Contact, and a 'Word lid' button. The main header includes the HUKAS logo, the name 'Stichting Melanoom', and buttons for 'Praat met ons' and 'Doneren'. The page is divided into three main sections: 'Oorsprong', 'Missie', and 'Stichting Melanoom'. The 'Oorsprong' section describes the organization's history. The 'Missie' section lists the organization's goals. The 'Stichting Melanoom' section features three icons representing 'Voorlichting en informatie', 'Contact met lotgenoten', and 'Behartigen van belangen', each with a brief description of the service.

Oorsprong

Het plan om De Huidkanker Stichting op te richten is ontstaan nadat in kwalitatief onderzoek (groeps interviews) met niet-melanoom huidkankerpatiënten naar voren kwam dat er een behoefte is aan een patiëntenorganisatie. Tot onze verbazing was deze er nog niet voor deze grote groep patiënten. Stichting Melanoom bestond wel, maar nog geen patiëntenvereniging voor o.a. de grote groep basaalcelcarcinoom- en plaveiselcarcinoompatiënten. Er ontbrak dus een platform voor deze patiënten om betrouwbare, actuele informatie te vinden en om in contact te komen met lotgenoten. Vanaf maart 2019 zijn er veel gesprekken gevoerd met verschillende instanties en werd uiteindelijk op 13 november 2019 de oprichtingsakte getekend.

Missie

Het doel van 'De Huidkanker Stichting' is de belangen te behartigen van patiënten met non-melanoom huidkanker door middel van:

- Belangenbehartiging van huidkankerpatiënten in de breedste zin van het woord;
- Informatieverstrekking aan patiënten, medisch specialisten, de farmaceutische industrie en andere relevante partners zoals patiëntenorganisaties en -federaties;
- Het uitvoeren van interactief patiëntencontact;
- Het ondersteunen van huidkankerpatiënten middels lotgenotencontact;
- Samenwerking met relevante kankerpatiëntenorganisaties.

Stichting Melanoom

Voorlichting en informatie

Stichting Melanoom heeft als missie voorlichting en informatie bieden, belangen behartigen van (nog)melanoompatiënten en lotgenotencontact mogelijk maken. We worden bijgestaan door een Raad van Advies, dit zijn specialisten uit het werkveld. Zo zijn we altijd op de hoogte van ontwikkelingen en vechten we samen voor meer onderzoek.

Contact met lotgenoten

Behartigen van belangen

De HUKAS, de Huidkanker Stichting (www.hukas.nl).

Hun doel is om de belangen te behartigen van patiënten met non-melanoom huidkanker door middel van:

- Belangenbehartiging van huidkankerpatiënten in de breedste zin van het woord
- Informatieverstrekking aan patiënten, medisch specialisten, de farmaceutische industrie en andere relevante partners (zoals patiëntenorganisaties en –federaties)
- Het uitvoeren van communicatie met de patiënt
- Het ondersteunen van huidkankerpatiënten middels lotgenotencontact
- Samenwerking met relevante kankerpatiëntenorganisaties

Stichting Melanoom (www.stichtingmelanoom.nl) is een kankerpatiëntenvereniging voor mensen met melanoom en oogmelanoom. De organisatie van de stichting is in handen van een team van gemotiveerde en enthousiaste vrijwilligers dat wordt aangestuurd door een bestuur. De stichting, en in het bijzonder het bestuur, wordt daarin bijgestaan door een Raad van Advies.

Figuur 34: de huidkankerstichting in België.



In België informeert Melanoompunt (www.melanoompunt.be) patiënten over het melanoom. Het melanoompunt organiseert ook lotgenoten contacten. BADO (Belgian Association of Dermato-Oncology), de

Belgische vereniging in verband met huidkanker, is de adviesraad van de patiëntenvereniging Melanoompunt.

De NVDV (www.nvdv.nl) is de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venerologie. Deze zet zich al jaren in voor preventie en vroegtijdige signalering en optimale behandeling van huidkanker. Dit onder de vorm van scholing, onderzoek, patiënten zorg en huidkankercampagnes

Koninklijke Belgische Vereniging voor Dermatologie en Venerologie (<https://www.belgiandermatology.be/nl/>) heeft een zustervereniging BADO (<http://www.huidkanker-bado.be/>). De Belgische Associatie van Dermato-Oncologie BADO is gesticht in 2012 en heeft als doelstelling om de multidisciplinaire aanpak van huidkanker te bevorderen. Euromelanoma is een campagne die door dermatologen opgezet is (www.euromelanoma.org/belgie). Het doel is om het bewustzijn, de preventie en de vroegtijdige signalering van huidkanker bij de algemene bevolking te verhogen. Met een jaarlijkse campagne proberen ze via de pers en andere media zo veel mogelijk mensen te bereiken.

Alle informatie over huidkanker staat op de website:

<https://www.onlinedermatologie.nl/huidkanker/>

De gebruikte naslagwerken zijn:

Het rapport 'Huidkanker in Nederland – cijfers uit 30 jaar Nederlandse Kankerregistratie' (Integraal Kankercentrum Nederland, IKNL, 2019)

Het Nationaal Actieplan huidkanker:

<https://www.nationaalactieplanhuidkanker.nl/>

De richtlijnen over

Actinische keratosen:<https://nvdv.nl/patienten/richtlijnen-en-onderzoek/richtlijnen/richtlijn-actinische-keratose>

Het basaalcelcarcinoom: <https://nvdv.nl/patienten/richtlijnen-en-onderzoek/richtlijnen/richtlijn-bcc>

Het plaveiselcelcarcinoom:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/plaveiselcelcarcinoom_pcc_van_de_huid/startpagina.html

Het melanoom:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/melanoom/melanoom_-_startpagina.html

MEER INFORMATIE OVER ONS

Huidopleiding®

Wij, Olivier Galimont en Annemie Galimont hebben samen sinds 2017 Huidopleiding® opgericht. Ons kleinschalig nascholingsbedrijf streeft de hoogste kwaliteit aan onderwijs over de haren, de nagels en de huid na. De kracht van Huidopleiding® is dat de scholingen gegeven worden door een dermatoloog. Wij vinden dat kwaliteitsonderwijs over huidziekten alleen door een échte expert met een opleiding en werkervaring in de dermatologie gegeven kan worden. Als dermatoloog zet ik mij in om toegankelijke scholingen met goed onderbouwde informatie voor zorgverleners te maken.

Inmiddels is Huidopleiding® niet alleen een van de meest toonaangevende, maar ook het goedkoopste scholingsbedrijf op het gebied van dermatologie. Het bedrijf is uitgegroeid tot een begrip in de voetzorg wereld (pedicures en podotherapeuten), de wereld van schoonheidsspecialisten en huidtherapeuten en de kapperswereld.

Voor meerdere beroepsgroepen maken we op initiatief van de besturen incompany trainingen. Daarnaast ontwikkelen we samen met

de kwaliteitsbureaus van verschillende beroepsgroepen (interdisciplinaire) protocollen, zorgpaden en zorgmodules.

Meer informatie?

Meer weten over wie wij zijn, wat ons doel is, wie onze samenwerkingspartners zijn, welke presentaties wij al hebben gegeven, welke publicaties wij hebben geschreven en welke interviews gegeven zijn? Kijk dan op:

<https://www.huidopleiding.nl/over-ons/> of scan de QR-code.



Ons aanbod

Ben je geïnteresseerd in onze scholingen? Neem een kijkje op <https://www.huidopleiding.nl/shop/> of scan de QR-code.



Meer achtergrondinformatie over ons aanbod?

Ben je nog niet overtuigd en wil je graag eerst je licht opsteken? Dan kan je in onze Facebook Groep de live sessies volgen of de replays hiervan bekijken. Werk je in de zorg of in een huid-, haar- of

nagelverzorgingsberoep? Meld je dan aan via <https://www.facebook.com/groups/huidopleiding> of scan de QR-code.



Meer informatie over huidandoeningen vind je op onze niet-gesponsorde website www.onlinedermatologie.nl



Volg onze actualiteiten

Volg onze berichten op onze openbare Facebook Pagina onlinedermatologie: <https://www.facebook.com/onlinedermatologie>.



Volg mijn berichten op mijn LinkedIn-profiel:

<https://www.linkedin.com/in/dr-annemie-galimont/>



Volg mijn posts, reels en stories op mijn openbaar Instagram

account: <https://www.instagram.com/dokter.galimont/>



Of volg onze blogs op onze blogpagina op www.huidopleiding.nl:

<https://www.huidopleiding.nl/blog/>



Copyright

Als je materiaal van ons wilt gebruiken dan is dat doorgaans mogelijk. Neem dan contact met ons op via ons contactformulier op de website:

<https://www.huidopleiding.nl/copywright/> of scan de QR-code.

