

Beleid BASOCELLULAIRE CARCINOMEN van de huid

1. Inleiding

- meest frequente huidmaligniteit (+- 70%)
- vooral op zonbeschadigde huid
- infiltrerende types kunnen lokaal erg agressief en invaliderend zijn
- zeer zelden metastasen

2. Raadpleging

- Anamnese:
 - risico's: huidtype I, zonnebank expositie, zonexpositie, immuun suppressie, genetische syndromen
- Klinisch onderzoek
- Dermatoscopisch onderzoek
- Huidbiopt : bepaling groeiwijze van de tumor

3. Prognostische factoren

Risico op recidief wordt bepaald door het histologische type, de lokalisatie van de tumor, de omvang en het feit of de te behandelen tumor een primaire tumor of een recidief betreft.

3.1. Laag risico op recidief

- Superficieel en nodulair type
- Tumoren kleiner dan 15 mm diameter
- Romp, extremiteiten
- Primaire tumor

3.2. Hoog risico op recidief

- Sprieterig, micronodulair type
- Perineurale invasie

- Tumoren groter dan 15 mm diameter
- Ogen, oren, lippen, nasolabiale plooi, neus (H zone gelaat)
- Recidief

4. Behandeling

4.1. Laag risico op recidief

- Superficieel BCC gelaat, romp, extremiteiten: cryotherapie, curettage, 5-fluorouracil of imiquimod crème, fotodynamische therapie
- Nodulair, infiltratief BCC lichaam: conventionele excisie met 3-5 mm klinische marge
- Nodulair BCC gelaat (buiten H zone), hoofd, hals, tumoren < 15 mm: conventionele excisie met 3-5 mm klinische marge

4.2 Hoog risico op recidief

Conventionele excisie v/s Mohs micrografische chirurgie

- Conventionele excisie: excisie met vooraf getekende klinische marges en routinepathologie (centrale doorsnijdingen en de puntjes van de excisie worden beoordeeld)
- Micrografische chirurgie: komvormige excisie van de tumor, alle snijvlakken (periferie en bodem) worden ter plekke peroperatief beoordeeld door middel van horizontale vriescoupes

Indicatie Mohs micrografische chirurgie

- Primair BCC H zone gelaat > 10 mm
- Primair BCC oogleden, neuspunt, ala nasi >5 mm
- Primair BCC infiltratief sprieterig of micronodulair buiten H zone gelaat >10mm
- Primair BCC nodulair buiten H zone gelaat >15 mm
- Recidief BCC in het gelaat (alle types)
- Irradicaal geëxcideerd BCC gelaat

4.3. Radiotherapie

Indicaties radiotherapie (RT)

- Locatie waar RT betere functionele en cosmetische outcome biedt (neus, onderlip, oor, onderste ooglid)
- Laesie met mogelijk diepe tumor infiltratie (nasolabiale plooi, tragus, retro-auriculair)
- Grote oppervlakkige letsels
- Oudere / frêle patiënten
- Patiënt die heelkunde weigert
- Adjuvant bij hoog risico op herval / positieve snedevlakken

Radiotherapie techniek

Externe radiotherapie vs. brachytherapie

Keuze afhankelijk van:

- de plaats en grootte van de tumor
- leeftijd en conditie van de patiënt

Courante dosis schema's:

Externe radiotherapie

- 18 x 3 Gy, dagelijks
- 10 x 4,4 Gy, 4 x per week
- 5 x 7 Gy, 2 x per week

Brachytherapie

- 5 x 7 Gy, 2 x per week

4.4. Systeemtherapie

Vismodegib (Erivedge ®)

= per orale hedgehog-signaalrouteremmer voor lokaal uitgebreid basaalcelcarcinoom (BCC) voor wie chirurgie of radiotherapie geen geschikte behandeling is volgens de beslissing van het Multidisciplinaire Oncologisch Consult (MOC) of voor gemetastaseerd BCC

Cemiplimab (Libtayo ®)

= vorm van immuuntherapie (immuun checkpoint inhibitor; gehumaniseerd, monoklonaal anti-PD-1 antilichaam) voor lokaal gevorderd of gemetastaseerd basaalcelcarcinomen die ziekteprogressie vertonen of intolerant zijn voor een hedgehog-signaalrouteremmer

5. Follow-up

BCC met hoog risico op recidief:

- eerste 5 jaar om de 6 maanden, daarna jaarlijkse dermatologische controle

BCC met laag risico op recidief:

- jaarlijkse dermatologische controle

Zonprotectie advies