

Beleid SPINOCELLULAIRE CARCINOMEN

van de huid

1. Voorkomen

- tweede meest frequente huidtumor na basocellulair carcinoom
- 80% hoofdhalsgebied
- risicofactoren:
 - blootstelling aan zon, zonnebank
 - huidtype I
 - immunosuppressie
 - chronische inflammatie
 - genetische syndrome (bv xeroderma pigmentosum)
 - BRAF-inhibitoren (behandeling bij melanomen!)
 - ioniserende straling
 - arseen
- vooral op oudere leeftijd
- metastatisch potentieel

2. Raadpleging

- Anamnese
- Klinisch onderzoek (diameter tumor in mm documenteren), palpatie klierstreken
- Huidbiopt

3. Prognostische factoren

3.1. Laag risico op recidief

- tumoren kleiner dan 20 mm
- traag groeiend
- goed gedifferentieerd

3.2. Hoog risico op recidief

- tumoren groter dan 20 mm

- SCC in litteken, chronisch ulcus of brandwonde
- lokaal recidief
- histopathologie: perineurale invasie, weinig gedifferentieerd, intra-vasculaire invasie, diepe invasie (> of = 2 mm of Clark level IV of V)

4. Staging

Klinisch dermatologisch onderzoek + palpatie klierstreken

Aanvullend eventueel ook echo klierstreken indien hoogrisico kenmerken

5. Behandeling

5.1. SCC in situ

Cryotherapie, 5-fluorouracil crème, Imiquimod crème, fotodynamische therapie

5.2. SCC zonder adenopathieën

5.2.1. Heelkunde

- Laag risico op recidief: Conventionele excisie met 5 mm klinische marge
- Hoog risico op recidief: Conventionele excisie met 10 mm klinische marge

5.2.2. Radiotherapie

Indicaties voor primaire radiotherapie

- 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

Indicaties voor adjuvante radiotherapie

- Positieve/nippte sectievlakken (niet verder te corrigeren door heelkunde)
- Perineurale invasie
- Tumor > 2 cm en > 6 mm diepte
- Lymfeklieren:
 - Meerdere adenopathieën
 - Kapseldoorbraak

- > 3 cm

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

5.3. SCC met adenopathieën

Betreffende sentinel lymph node biopsie is er voor cutane SCC nog geen consensus.

Vaststelling middels klinische palpatie of op beeldvorming.

FNAC of core biopsie v/d klier indien onduidelijkheid.

Hoofd en Hals regio:

Klier in hals, niet in parotis:

Anterieure regio: Level I-IV halsklierevidement + klieren thv V. Jug. Externa

Posterieure regio (occipitaal en post-auriculair) : Level II-V halsklierevidement + klieren thv V. Jug. Externa

Klier in parotis, hals negatief:

Oppervlakkige parotidectomie en Level I-III halsklierevidement + klieren thv V. jug. externa

Klieren in parotis en hals:

Oppervlakkige parotidectomie en Level I-IV+/- V (afhankelijk van lokalisatie tumor) + klieren thv V. jug. Externa

Romp en extremiteiten:

Regionaal klierevidement

5.4. SCC met metastasen op afstand

LIBTAYO [CEMIPLIMAB]:

vorm van immuuntherapie (immuun checkpoint inhibitor; gehumaniseerd, monoklonaal anti-PD-1 antilichaam) voor de behandeling in monotherapie van volwassen rechthebbenden met gemetastaseerd of lokaalgevorderd cutaan plaveiselcelcarcinoom die niet in aanmerking komen voor curatieve chirurgie of curatieve radiotherapie.

6. Follow-up

- Eerste 5 jaar om de 3-6 maanden
- Levenslang om de 6-12 maanden volledig huidonderzoek + palpatie klierstreken (evt echo)
- Zonprotectie
- Maandelijks zelfonderzoek