

Spinocellulaire carcinomen van de huid: beleidslijnen

1. Voorkomen

Spinocellulair carcinoom (SCC):

- tweede meest frequente huidtumor na basocellulair carcinoom
- risicofactoren:
 - o blootstelling aan zon
 - o licht huidtype
 - o immunosuppressie
 - o chronische inflammatie
 - o xeroderma pigmentosum
 - o BRAF-inhibitoren (behandeling bij melanomen!)
 - o ioniserende straling
 - o arseen
- vooral op oudere leeftijd
- kan metastaseren

2. Raadpleging

- Anamnese
- Klinisch onderzoek

3. Prognostische factoren

3.1. Hoog risico op recidief:

- tumoren groter dan 20 mm op romp en ledematen
- tumoren groter dan 10 mm op wangen, voorhoofd, scalp, nek, pretibiaal
- tumoren groter dan 6 mm op handen, voeten, genitaal, oren, lippen, temporaal, nasolabiale plooi, neus, kin, pre- en postauriculair, onderkaak, oogleden, wenkbrauwen
- SCC in litteken, chronisch ulcus of brandwonde
- immunosuppressie
- lokaal recidief
- snelle groei
- SCC geïnduceerd door PUVA, ioniserende stralen, arseen
- neurologische symptomen
- perineurale invasie
- weinig gedifferentieerd
- intravasculaire invasie
- diepe invasie (> of = 2 mm of Clark level IV of V)

3.2. Laag risico op recidief:

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

4. Staging

Klinisch dermatologisch onderzoek + palpatie klierstreken
Aanvullend eventueel ook echo klierstreken

Primary tumor (T)*

- TX Primary tumor cannot be assessed
- T0 No evidence of primary tumor
- Tis Carcinoma in situ
- T1 Tumor 2 cm or less in greatest dimension with less than two high-risk features (see list of high-risk features below)
- T2 Tumor greater than 2 cm in greatest dimension **OR**
Tumor any size with two or more high-risk features
- T3 Tumor with invasion of maxilla, mandible, orbit, or temporal bone
- T4 Tumor with invasion of skeleton (axial or appendicular) or perineural invasion of skull base

High-risk features for the primary tumor (T) staging

Depth/invasion: >2 mm thickness

Clark level ≥IV

Perineural invasion

Anatomic location:

- Primary site ear
- Primary site hair-bearing lip

Differentiation: Poorly differentiated or undifferentiated

Regional lymph nodes (N)

- NX Regional lymph nodes cannot be assessed
- N0 No regional lymph node metastases
- N1 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension
- N2 Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension; or in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension; or in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension
- N2a Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension
- N2b Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension
- N2c Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension
- N3 Metastasis in a lymph node, more than 6 cm in greatest dimension

Distant metastasis (M)

M0 No distant metastases

M1 Distant metastases

Anatomic stage/prognostic groups●

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0

Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Stage IV	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	Any T	N3	M0
	T4	Any N	M0
	Any T	Any N	M1

Note: cTNM is the clinical classification, pTNM is the pathologic classification.

* Excludes cSCC of the eyelid.

- Patients with primary cSCC or other cutaneous carcinomas with no evidence (clinical, radiologic, or pathologic) of regional or distant metastases are divided into two stages: Stage I for tumors measuring ≤ 2 cm in size and Stage II for those that are greater than 2 cm in size. In instances where there is clinical concern for extension of tumor into bone and radiologic evaluation has been performed (and is negative), these data may be included to support the Stage I vs. II designation. Tumors that are ≤ 2 cm in size can be upstaged to Stage II if they contain two or more high-risk features. Stage III patients are those with (1) clinical, histologic, or radiologic evidence of one solitary node measuring ≤ 3 cm in size or (2) tumor extension into bone: maxilla, mandible, orbit, or temporal bone. Stage IV patients are those with (1) tumor with direct or perineural invasion of skull base or axial skeleton, (2) ≥ 2 lymph nodes or (3) single or multiple lymph nodes measuring > 3 cm in size or (4) distant metastasis.

The original source for this material is the AJCC Cancer Staging Manual, Seventh Edition (2010) published by Springer New York, Inc.

(Overgenomen van UpToDate 11/2013)

5. Behandeling

5.1. SCC zonder adenopathieën

5.1.1. Hoog risico op recidief:

5.1.1.1. Chirurgie

- Klinisch vrije marge: 10 mm
- Negatief sectievlak: follow-up
- Positief sectievlak: re-excisie of radiotherapie

5.1.1.2. Radiotherapie

- Primaire tumor (indien contra-indicatie voor chirurgie wegens leeftijd, medicatie, localisatie, ...)
 - externe radiotherapie: dosis:
 - 66 Gy in 33 over 6.5 weken
 - 55 Gy in 20 fracties over 4 weken
 - brachytherapie
 - LDR (low dose rate; continu; iridium): dosis 65 Gy

- HDR (high dose rate; gefractioneerd): 5 fracties van 7 Gy, 2 fracties per week
 - Marge 10 mm
- Adjuvant na chirurgie (positief sectievlak)
- externe radiotherapie: dosis:
 - 60 Gy in 30 over 6 weken
 - 50 Gy in 20 fracties over 4 weken
 - brachytherapie
 - LDR (iridium): dosis 60 Gy
 - HDR: 5 fracties van 7 Gy, 2 fracties per week
 - Marge 10 mm

5.1.2. Laag risico op recidief:

5.1.2.1. Chirurgie

- Klinisch vrije marge: 4-6 mm

5.1.2.2. Radiotherapie

- Primaire tumor (indien contra-indicatie voor chirurgie wegens leeftijd, medicatie, localisatie, ...)

- externe radiotherapie: dosis:
 - 66 Gy in 33 over 6.5 weken
 - 55 Gy in 20 fracties over 4 weken
- brachytherapie
 - LDR (iridium): dosis 65 Gy
 - HDR 5 fracties van 7 Gy, 2 fracties per week
 - Marge 5 mm

- Adjuvant na chirurgie (positief sectievlak)

- externe radiotherapie: dosis:
 - 60 Gy in 30 over 6 weken
 - 50 Gy in 20 fracties over 4 weken
- brachytherapie
 - LDR (iridium): dosis 60 Gy
 - HDR: 5 fracties van 7 Gy, 2 fracties per week
 - Marge 5 mm

5.1.2.3. Cryotherapie

- in geval van kleine, goed afgelijnde, laagrisico invasieve SCCs of morbus Bowen (SCC in situ)

5.2. SCC met adenopathieën

5.2.1. Hoofd en hals

- unieke klier < 3 cm: ipsilaterale selectief halsklierevidement
- 1 klier > 3cm of multipele klieren: ipsilateraal **gemodificeerd** radicaal halsklierevidement
- bilaterale klieren: bilateraal **gemodificeerd** radicaal halsklierevidement
- parotis: oppervlakkige parotidectomie en ipsilaterale selectief halsklierevidement

5.2.2. Romp en extremiteiten: regionaal klierevidement

5.2.3. Radiotherapie

- als heekunde niet mogelijk of R1 resectie
- adjuvant te bespreken (> 1 klier of kapsel doorbraak)
- dosis: 60-70 Gy in fracties van 2 Gy zo geen chirurgie (cave risico-organen)
50 Gy in fracties van 2 Gy zo adjuvant

5.2. SCC met metastasen op afstand

Er zijn rapporten die het gebruik van chemotherapeutica zoals cisplatin en 5-FU en bleomycine en ook targeted therapieën zoals cetuximab beschrijven. Echter geen grote studies beschikbaar.

6. Follow-up

- Eerste 2-3 jaar om de 3-6 maanden
- Levenslang om de 6-12 maanden volledig huidonderzoek + palpatie klierstreken (evt. echo)
- Zonprotectie
- Zelfonderzoek