

18. Huidkanker (maligne dermatosen)

dermatologie 10

DBC code	Omschrijving diagnose	Omschrijving behandeling	Geprognost.	
			aantal 2008	ZN zorgprofiel
10 11 14 11	maligne dermatosen	poliklinisch	12542	poliklinisch
10 11 14 14	maligne dermatosen	enkelvoudig poliklinisch conservatief	10775	poliklinisch
10 11 14 21	maligne dermatosen	kleine verrichting poliklinisch	6703	verrichting poliklinisch
10 11 14 24	maligne dermatosen	enkelvoudig poliklinisch met verrichting	138	nee
10 11 14 31	maligne dermatosen	verrichting poliklinisch	17323	verrichting poliklinisch
10 11 14 41	maligne dermatosen	grote verrichting poliklinisch	5248	verrichting poliklinisch
10 11 14 51	maligne dermatosen	complexe verrichting poliklinisch	2402	verrichting poliklinisch
10 11 14 81	maligne dermatosen	UV-behandeling poliklinisch	133	dagopname
10 11 14 82	maligne dermatosen	UV-behandeling met dagopname(n)	454	dagopname
10 11 14 92	maligne dermatosen	met dagopname(n)	3494	dagopname
10 11 14 93	maligne dermatosen	met klinische episode(n)	107	nee
10 21 14 11	maligne dermatosen	poliklinisch	828	nee
10 21 14 14	maligne dermatosen	enkelvoudig poliklinisch conservatief	46780	poliklinisch
10 21 14 21	maligne dermatosen	kleine verrichting poliklinisch	1813	verrichting poliklinisch
10 21 14 31	maligne dermatosen	verrichting poliklinisch	1277	verrichting poliklinisch
10 21 14 41	maligne dermatosen	grote verrichting poliklinisch	267	nee
10 21 14 51	maligne dermatosen	complexe verrichting poliklinisch	237	nee
10 21 14 82	maligne dermatosen	UV-behandeling met dagopname(n)	61	nee
10 21 14 92	maligne dermatosen	met dagopname(n)	339	nee
10 21 14 93	maligne dermatosen	met klinische episode(n)	14	nee

Toelichting bij ZN-zorgprofiel(en)

Er zijn 3 ZN-zorgprofielen gemaakt: één poliklinisch profiel, één profiel voor poliklinische verrichtingen, één profiel voor dagopname.

Instructies voor registratie en declaratie.

Algemene regels

- Voor registratie en declaratie van de DBC gelden, naast de instructies van de wetenschappelijke vereniging, de algemene regels zoals deze zijn te vinden op pag. XIX.

Specifieke regels maligne dermatosen

- Patiënt met een verdenking van een maligniteit. DBC: 11.14.11, tevens afname biopt. Patiënt komt twee weken later retour, uitslag BCC. Patiënt wordt doorverwezen naar plastische chirurg voor operatie. DBC blijft open gedurende één jaar voor oncologische controle. Na dit jaar een nieuwe vervolg DBC openen voor verdere controle. Plasticus opent zelf eigen DBC.
- Indien de dermatoloog zelf gaat behandelen de DBC veranderen in: 11.14.31/41/51, afhankelijk van de exacte ingreep. DBC sluiten na behandeling (inclusief hechtingen verwijderen). Nieuwe DBC voor controle: 21.14.11.
- Tijdens de controle wordt een nieuwe laesie gevonden: weer een DBC? De vervolg DBC blijft open, de behandelas wordt echter veranderd in een 31/41/51 naar gelang de verrichting. Na de behandeling, inclusief verwijderen hechtingen wordt deze DBC gesloten en de volgende dag een nieuwe vervolg DBC 21.14.11 geopend.
- Patiënt blijkt meerdere maligniteiten te hebben en wordt opgenomen in dagopname voor excisie van alle laesies. DBC wordt dan: 21.14.92, of met klinische behandeling: 21.14.93. Deze DBC's sluiten na ontslag en vervolg DBC openen: 21.14.11.

Achtergrond

Het basaalcelcarcinoom is de meest algemene vorm van huidkanker en gelukkig ook de minst gevaarlijke, omdat de kwaadaardige cellen zelden of nooit uitzaaien naar andere delen van het lichaam. Deze kanker moet echter wel goed behandeld worden omdat de omliggende huid, bindweefsel, kraakbeen en botweefsel vernietigd kunnen worden.

In tegenstelling tot het basaalcelcarcinoom is het plaveiselcelcarcinoom in staat om uit te zaaien met name naar lymfeklieren in de

buurt, maar uiteindelijk ook naar de rest van het lichaam. Dit gebeurt meestal pas wanneer de oorspronkelijke tumor vrij grote afmetingen heeft bereikt. Ook kan het plaveiselcelcarcinoom in de omgeving doorgroeien en daarbij veel destructie geven. Het melanoom is de meest kwaadaardige vorm van huidkanker. Het ontstaat door ongecontroleerde groei van pigmentvormende cellen en begint als een nieuw plekje in normaal huidweefsel of – wat vaker gebeurt - ontwikkelt zich uit een bestaande moedervlek. Als behandeling uitblijft, kan de kanker zich uitzaaien naar andere lichaamsdelen en dodelijk zijn. Als een melanoom in een vroeg stadium wordt ontdekt, is het één van de best behandelbare vormen van kanker, maar als de tumor pas wordt ontdekt terwijl er reeds uitzaaiingen zijn, is de prognose slecht. Het is dus belangrijk om verdacht te zijn op vroege verschijnselen die wijzen op kwaadaardigheid.

Epidemiologie (prevalentie/incidentie)

Het basaalcelcarcinoom komt ten opzichte van alle vormen van kanker ver weg het meeste voor (circa 30.000 nieuwe gevallen per jaar; vgl. borstkanker 12000, dikkedarmkanker 11000, longkanker 10000 en prostaatkanker 9000). Het plaveiselcelcarcinoom is met zo'n 4000 nieuwe gevallen per jaar de op een na meest voorkomende vorm van huidkanker. Het melanoom komt op de derde plaats met circa 3000 nieuwe gevallen per jaar in Nederland. In 2000 overleden bijna 500 mensen aan een melanoom, ongeveer 200 vrouwen en bijna 300 mannen.

Oorzaken/risico's

Een basaalcelcarcinoom wordt meestal veroorzaakt door blootstelling aan langdurige cumulatieve (levenslange) blootstelling aan zonlicht, waardoor de cellen vlak onder het huidoppervlak beschadigd worden. Mensen met een lichte huid zijn het gevoeligst. Basaalcelcarcinoom ontwikkelt zich langzaam, in de loop van een aantal maanden of jaren, meestal bij mensen ouder dan 40 jaar. Ook een plaveiselcelcarcinoom ontstaat meestal op plekken die jarenlang zijn beschadigd door zonlicht of veelvuldig in aanraking zijn gekomen met industriële teerproducten en oliën. Ook een chronische zweer kan op den duur overgaan in een plaveiselcelcarcinoom. Beide tumoren komen vooral voor bij oudere mensen.

Zoals bij de andere vormen van huidkanker is bij het melanoom zonlicht de voornaamste oorzaak. Mensen die zich geregeld blootstellen aan fel zonlicht of leven in een zonnig klimaat hebben een verhoogd risico op melanomen. Ernstige zonnebrand in de kindertijd blijkt de kans op een melanoom op latere leeftijd te verdubbelen. Huidkanker komt vaker voor bij mensen met een lichte dan bij mensen met een donkere huid, en vooral bij mensen tussen veertig en zestig jaar. Mensen met veel moedervlekken en mensen met atypische moedervlekken hebben een licht verhoogd risico en dienen nog meer dan anderen te letten op eventuele veranderingen in de moedervlekken. Dit risico neemt toe als naaste familieleden melanoom hebben. De aanleg tot het krijgen van atypische moedervlekken is erfelijk.

Verwijzing

Indicaties voor verwijzing zijn:

- Elke huidafwijking die doet denken aan een plaveiselcelcarcinoom of melanoom is een reden voor verwijzing naar een dermatoloog i.v.m. adequate diagnostiek (geen incisie, maar excisie met marges conform richtlijnen) en histologische bevestiging, dan wel uitsluiting.
- Ook bij verdenking op een basaalcelcarcinoom volgt meestal verwijzing naar een dermatoloog, ofschoon de huisarts de diagnostiek (met histologische bevestiging) en behandeling in principe zelf zou kunnen doen.

Diagnostiek

Bij een huidafwijking die verdacht is voor een basaalcelcarcinoom of een plaveiselcelcarcinoom zal men niet meer weefsel afnemen dan nodig voor het stellen van de diagnose door de patholoog. Bij een voor melanoom verdachte laesie zal men hier niet uit biopteren, maar direct de laesie in zijn geheel verwijderen met medeneming van een rand gezond weefsel van 2 mm, om de kans op recidief zo klein mogelijk te maken (zie verder onder behandeling). Bij het kijken naar (een) verdachte moedervlek(ken) maakt men bij voorkeur gebruik van dermatoscopie.

Behandeling

Bij de meeste patiënten (>90%) met een basaalcelcarcinoom is behandeling door wegsnijden, bevriezen, bestralen of andere therapieën afdoende. Maar er kunnen kleine restjes van de tumor achtergebleven zijn, die dan opnieuw uitgroeien. Om die kans zo klein mogelijk te maken wordt aanbevolen om bij het wegsnijden van een kleine tumor (≤ 10 mm) een marge van 3 mm aan te houden en bij grotere tumoren en/of sprieterig groeiende tumoren een marge van 5 mm te hanteren. Als de tumor dan toch recidiveert volgt een tweede behandeling waarbij meestal meer gezonde huid (wederom tenminste 5 mm) moet worden meegenomen om het gebied geheel tumorvrij te krijgen. Fotodynamische therapie is een goede behandeling voor oppervlakkig groeiende basaalcelcarcinoom en benadert qua recidiefpercentages dat van chirurgische excisie voor dit groeitype.

Als een plaveiselcelcarcinoom vroeg wordt ontdekt, kan 90% van de gevallen met succes worden behandeld, gewoonlijk door het weg te snijden. Wordt de tumor in een laat stadium ontdekt, hangt het succes van de behandeling af van de mate van verspreiding.

Indien de diagnose melanoom door de patholoog is bevestigd, zal in de regel ruime therapeutische herexcisie plaatsvinden tot een tumorvrije marge van 1 of 2 cm, afhankelijk van de dikte (Breslow-dikte) van de tumor onder de microscoop. Bij een Breslow-dikte t/m 2 mm is dat 1 cm en bij een Breslow-dikte van 2 t/m 4 mm is dat 2 cm. Alleen bij de hele dunne melanomen (in-situ melanoom) kan worden volstaan met een marge van 0,5 cm.

Kwaliteitscriteria en -normen indien aanwezig

- In het project 'Kwaliteit van zorg in de Etalage' (2006) zijn geen indicatoren vastgesteld.
- Er zijn wel twee Nederlandse richtlijnen, een over het melanoom van de Nederlandse Melanoom Werkgroep en een over het basaalcelcarcinoom van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Hieruit zijn wel enkele andere kwaliteitsparameters af te leiden:
 - Ad basaalcelcarcinoom: Om de kans op uitgroei van achterblijvend tumorweefsel zo klein mogelijk te maken wordt aanbevolen om bij het wegsnijden van een kleine tumor (≤ 10 mm) een marge van 3 mm aan te houden en bij grotere tumoren en/of sprieterig groeiende tumoren een marge van 5 mm te hanteren.
 - Ad melanoom 1: Om de kans op uitgroei van achterblijvend tumorweefsel zo klein mogelijk te maken wordt aanbevolen om bij het wegsnijden van een voor melanoom verdachte laesie een tumorvrije marge van 2 mm aan te houden. Het direct verrichten van een therapeutische excisie met een ruime marge wordt afgeraden.
 - Ad melanoom 2: Het verslag van de patholoog dient een conclusietekst te bevatten waarin, in geval van melanoom, ten minste de volgende gegevens vermeld dienen te staan: anatomische lokalisatie; aard van de ingreep (shave, stans, elipseexcisie, incisiebiopsie); excisiemarge; diagnose melanoom (eventueel met vermelding van het histologische subtype); uitkomst van de Breslow-diktemeting; aanwezigheid/afwezigheid van ulceratie; invasieniveau volgens Clark; aanwezigheid/afwezigheid van microsatellitose; aanwezigheid/afwezigheid van (partiële) regressie; volledigheid van de verwijdering.
 - Ad melanoom 3: Indien de diagnose melanoom door de patholoog is bevestigd, wordt bij de therapeutische herexcisie een tumorvrije marge van 1 of 2 cm aanbevolen, afhankelijk van de dikte (Breslow-dikte) van de tumor onder de microscoop. Bij een Breslow-dikte t/m 2 mm is dat 1 cm en bij een Breslow-dikte van 2 t/m 4 mm is dat 2 cm. Alleen de hele dunne melanomen (in-situ melanoom) kan worden volstaan met een marge van 0,5 cm
- Bij voorkeur is er in een ziekenhuis een gezamenlijk protocol chirurg/dermatoloog.
- De patiëntgegevens worden bijgehouden in een complicatieregistratie. (Binnen de dermatologie wordt thans in minder dan een kwart van de ziekenhuizen een complicatieregistratie gebruikt; <http://www.snellerbeter.nl/prestatie-indicatoren/indicatoren/complicatieregistratie/>).

Richtlijnen

- Braathen LR, Szeimies RM, Basset-Seguín N, Bissonnette R, Foley P, Pariser D, Roelandts R, Wennberg AM, Morton CA; International Society for Photodynamic Therapy in Dermatology. Guidelines on the use of photodynamic therapy for nonmelanoma skin cancer: an international consensus. International Society for Photodynamic Therapy in Dermatology, 2005. J Am Acad Dermatol. 2007; 56: 125-43.
- Kruit WHJ. Standpunt Nederlandse Melanoom Werkgroep inzake schildwachtklieproedure: wel prognostische betekenis, maar vooralsnog geen therapeutische consequenties Ned Tijdschr Geneesk. 2008; 152: 574-6.
- Nederlandse Melanoom Werkgroep. Richtlijn Melanoom van de huid. Utrecht: CBO/VIKC, 2005. www.oncoline.nl.
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Richtlijn Basaalcelcarcinoom. Utrecht; NVDV, 2008.

Bronnen overig

- Einwachter-Thompson J, Mackie RM. An evidence base for reconsidering current follow-up guidelines for patients with cutaneous melanoma less than 0.5 mm thick at diagnosis. Br J Dermatol. 2008 May 28.
- Karrer S, Szeimies RM, Hohenleutner U, Landthaler M. Role of lasers and photodynamic therapy in the treatment of cutaneous malignancy. Am J Clin Dermatol. 2001; 2: 229-37.
- Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer--the role of sunlight. Adv Exp Med Biol. 2008; 624: 89-103.
- Rass K, Tilgen W. Treatment of melanoma and nonmelanoma skin cancer. Adv Exp Med Biol. 2008; 624: 296-318.
- Rhee HJ van der, Vries E de, Coebergh JWW. Gunstige en ongunstige effecten van zonlichtexpositie Ned Tijdschr Geneesk. 2007; 151; 118-22.
- Sterry W. Skin diseases with high public health impact. Nonmelanoma skin cancer. Eur J Dermatol. 2007; 17: 562-3.
- Thissen MRTM, Kuijpers DIM, Neumann HAM. Ruimere toepassing van fotodynamische therapie in de dermatologie. Ned Tijdschr Geneesk. 2005; 149; 232-7.

Zorgprofielen

Maligne dermatosen poliklinisch			
10 11 14 11/14 10 21 14 14		Profiel volgens ZN	
CTG-code	Verrichting-omschrijving	% voorkomen	gemiddeld aantal
	polikliniek- en eerste hulpbezoek		
190011	eerste polikliniekbezoek	100%	1,0
411000	herhaalbezoeken	20%	1,6
	diagnostische activiteiten		
38913	proefexcisie (stans/mes), evt. coagl.	20%	1,2
	pathologie		
50501	histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	21%	1,3
50503	immunopathologische onderz.	1%	1,2
	klinische chemie en haematologie		
	laboratoriumonderzoek zeer beperkt		

Maligne dermatosen verrichtingen poliklinisch			
10 11 14 21/31/41/51 10 21 14 21/31		Profiel volgens ZN	
CTG-code	Verrichting-omschrijving	% voorkomen	gemiddeld aantal
	polikliniek- en eerste hulpbezoek		
190011	eerste polikliniekbezoek	100%	1,0
411000	herhaalbezoeken	17%	2,2
	diagnostische activiteiten		
38913	proefexcisie (stans/mes), evt. coagl.	10%	1,2
	pathologie		
50501	histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	100%	1,4
50503	immunopathologische onderz.	4%	1,1
	operatieve verrichtingen		
38910	ok grote en gecompliceerde gezwellen	2%	1,1
38911	ok-verw. uit oppervl. struct. op pok	67%	1,1
38912	ok-verw. uit diepere struct. op pok	4%	1,1
39011	kleine/weinig gecompl. transpositie	15%	1,1
39012	matig grote/gecompl. transpositie	2%	1,1
	overige therapeutische activiteiten		
39067	coagul. mal. uitw. tumoren	10%	1,2
	klinische chemie en haematologie		
	laboratoriumonderzoek zeer beperkt		

Maligne dermatosen dagopname			
10 11 14 92 10 11 14 81/82		Profiel volgens ZN	
CTG-code	Verrichting-omschrijving	% voorkomen	gemiddeld aantal
	polikliniek- en eerste hulpbezoek		
190011	eerste polikliniekbezoek	100%	1,0
411000	herhaalbezoeken	21%	2,5
	dagverpleging		
190035	dagverpleging	100%	1,0
	diagnostische activiteiten		
38913	proefexcisie (stans/mes), evt. coagl.	11%	1,4
	pathologie		
50501	histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	100%	1,7
50503	immunopathologische onderz.	5%	1,1
	operatieve verrichtingen		
38911	ok-verw. uit oppervl. struct. op pok	40%	1,9
39011	kleine/weinig gecompl. transpositie	8%	1,1
39012	matig grote/gecompl. transpositie	20%	1,1
	overige therapeutische activiteiten		
30901	foto-dynamische therapie	20%	1,0
39067	coagul. mal. uitw. tumoren	12%	1,2
	klinische chemie en haematologie		
	laboratoriumonderzoek zeer beperkt		