

Cutaan plaveiselcelcarcinoom stadiering - AJCC 8e editie					
Primaire tumor (T)		Regionale lymfkliermetastasen (N)		Afstandmetastasen (M)	
Tx	Primaire tumor kan niet worden bepaald	Nx	Kan niet worden bepaald	M0	Geen
T1	Diameter ≤ 2cm	N0	Geen	M1	metastasen
T2	Diameter >2cm en ≤ 4cm	N1	1 ipsilaterale metastase (≤ 3cm) ^C		
T3	Diameter > 4cm Minimale boterosie Perineurale invasie ^A Diepe invasie ^B	N2	a: 1 ipsilaterale metastase (3-6cm) ^C		
			b: multipele ipsilaterale metastasen < 6cm ^C		
			c: bi- of contralaterale metastase < 6cm ^C		
T4a	Tumor met bot/beenmerg invasie	N3	a: metastase >6cm ^C		
			b: metastasen(n) met klinisch extranodale groei		
T4b	Tumor met schedelbasisinvasie en/of foramen betrokkenheid				

^A >0.1mm, dieper dan dermis of klinisch/radiologische uitval/betrokkenheid zonder invasie schedelbasis
^B >6mm of voorbij het subcutane vet
^C Zonder extranodale groei
^D Huidbetrokkenheid, invasie van weke delen met diepe fixatie aan onderliggende spier- of omliggende structuren of klinische tekenen zenuwbetrokkenheid

Stadium o.b.v. AJCC 8e editie				
Stadium	T	N	M	Aanvullende diagnostiek
I	T1	N0	M0	<ul style="list-style-type: none"> • Palpeer bij laag en intermediair-risico de regionale lymfeklieren en verricht <u>alleen</u> een echografie bij suspecte bevindingen • Verricht in de <u>diagnostische</u> fase bij hoog-risico en bij laag- en intermediair risico met regionale lymfadenopathie en/of klinisch palpabele lymfeklieren een echografie die gecombineerd kan worden met een cytologische punctie van radiologisch suspecte lymfklieren • Echografie wordt verricht door een ervaren radioloog met het betreffende aandachtsgebied. Vermeldt in de radiologieverslaglegging duidelijk welke lymfeklieren zijn onderzocht. • Overweeg een CT of MRI te verrichten bij klinische verdenking op ossale betrokkenheid c.q. infiltratie in diepere weke delen of bij perineurale uitbreiding van de primaire tumor • Verricht een FDG PET-CT bij patiënten met lymfogeen gemetastaseerd cPCC als screeningsonderzoek naar afstandsmetastasen.
II	T2	N0	M0	
III	T3	N0	M0	
	T1/T2/T3	N1		
IV	T1/T2/T3	N2	M0	
	Elke T	N3	M0	
	T4	Elke N	M0	
	Elke T	Elke N	M1	

Risicoclassificatie o.b.v. prognostische ziekte uitkomsten: lokaal recidief, (lymfeklier)metastasen, ziekte-gerelateerde sterfte			
Risicogroepen	Laag risico	Intermediair risico	Hoog risico
Tumorkarakteristieken¹	T1	T2 of T1 én minstens één van onderstaande factoren: <ul style="list-style-type: none"> • Histologie slecht of ongedifferentieerd, sarcomatoid of spoelcellig/sprieterig • Lymfangio-invasie • Dermale perineurale invasie van elke zenuwdiameter aanwezig buiten de contour van de tumor. 	T3-T4 of Recidief of T2 én minstens één van onderstaande factoren: <ul style="list-style-type: none"> • Histologie slecht of ongedifferentieerd, sarcomatoid of spoelcellig/sprieterig • Lymfangio-invasie • Dermale perineurale invasie van elke zenuwdiameter aanwezig buiten de contour van de tumor.
Chirurgische marge	4mm	6mm	10mm
Histologische marge²	≥1mm	≥ 2mm	≥ 2mm
MDO	Chirurgische radicaliteit (alsnog) niet haalbaar: lokaal MDO	Chirurgische radicaliteit (alsnog) niet haalbaar: lokaal MDO	Referentiecentrum ³ Overweeg dit ook bij T1- en T2 tumoren wanneer het bereiken van chirurgische radicaliteit een significante impact heeft op de functie of cosmetiek van de specifieke locatie.
Follow-up	<ul style="list-style-type: none"> • Postoperatieve < 3 mnd • Jaar 1-2: 1 x/ 6-12 mnd 	<ul style="list-style-type: none"> • Jaar 1-2: 1x / 3-4 mnd • Jaar 3: 1x / jr 	<ul style="list-style-type: none"> • Jaar 1-2: 1x / 3-4 mnd • Jaar 3-5: 1x / jr

¹ Op basis van de initiële histologie wordt het risico bepaald en opnieuw geëvalueerd na (re-)excisie.

² Deze marge is niet van toepassing indien gebruik wordt gemaakt van micrografisch gecontroleerde chirurgie.

³ Gezien de beschikbaarheid van een uitgebreid behandelarsenaal waaronder o.a. immunotherapie en behandelingen in studieverband.

Behandeling, overig:

- Diepte excisie: resectie met meenemen subcutis tot aan volgende anatomische structuur (fascie, spier). Scalp (sub)galeaal voor klinisch mobiele laesies. Oor: meenemen van het kraakbeen. Neusbrug tot op het periost en lager op de neus tot op het perichondrium.
- Micrografisch gecontroleerde chirurgie: moeilijk afgrensbare tumoren en/of weefselbesparing.
- Primaire radiotherapie: wanneer functie en/of cosmetiek van specifieke locatie een rol speelt.
- Adjuvante radiotherapie: niet kunnen behalen van histologische marges, lokaal recidiverend, perineurale groei.