

Deze pagina niet plotten

SAMENVATTING RICHTLIJN BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET BASAALCELCARCINOOM

THERAPEUTISCHE MOGELIJKHEDEN

Voor de behandeling van patiënten met een basaalcelcarcinoom staan verschillende modaliteiten ter beschikking (zie verder). De behandeling vereist een individuele aanpak. Bij het maken van een keuze uit de therapeutische mogelijkheden spelen een rol:

- de prognostische factoren (zie tabel 1);
- de leeftijd;
- de algemene conditie;
- de te verwachten bijwerkingen;
- de wensen en bezwaren van de patiënt;
- eventuele andere ziekten en medicatie;
- de (lokale) beschikbaarheid van behandelingen;
- de ervaring en voorkeuren van de behandelend dermatoloog.

Chirurgische technieken

- Conventionele excisie is vanwege de relatief lage recidiefkans voor primaire basaalcelcarcinomen en recidiefbasaalcelcarcinomen die klinisch goed afgrensbaar zijn en kleiner dan 2cm een gemakkelijk uit te voeren en niet-belastende behandeling.
- Excisie door micrografische chirurgie (Mohs) is, gezien de mogelijkheid van peroperatieve controle van de snijvlakken en relatief lage recidiefkans, een geschikte en soms de meest geschikte behandeling voor primaire basaalcelcarcinomen met ongunstige prognostische factoren en voor recidiefbasaalcelcarcinomen in het gelaat.
- Curettage en elektrodesiccatie komt vanwege het hoge recidiefpercentage alleen in aanmerking bij patiënten met kleine ($\leq 0,5$ cm) basaalcelcarcinomen van het solide type op een laagrisicoplaats, bij wie het effect van de behandeling goed is te controleren. Curettage en elektrodesiccatie is derhalve geschikt voor laagrisico basaalcelcarcinomen (klein, goed afgebakend met niet-agressieve histologie, op niet-kritische plaatsen), waarbij het effect van de behandeling goed is te controleren.

Fysische en chemische behandelingen

- Cryochirurgie kan met de 'open-cone-spray'-techniek ingezet worden voor solide en superficiële basaalcelcarcinomen met een diameter tot 12mm en een lokalisatie in het gelaat en op de romp.
- Radiotherapie is vanwege het relatief lage recidiefpercentage een goede behandelingsmodaliteit, mits uitgevoerd in een daartoe gespecialiseerd radiotherapeutisch centrum. Bij overwegingen voor radiotherapie dient meegenomen te worden dat indien er een recidief optreedt, dit recidief aanzienlijk moeilijker te behandelen is dan na andere therapeutische modaliteiten.

Overig

- Fotodynamische therapie is nog niet zodanig gestandaardiseerd dat hij kan worden aanbevolen voor de algemene praktijk.
- Interferon heeft als behandeling voor het basaalcelcarcinoom vooralsnog geen plaats.
- Imiquimod is mogelijk een alternatief voor patiënten met multipole superficiële basaalcelcarcinomen.
- 5-fluoro-uracil is mogelijk een alternatief voor patiënten met multipole superficiële basaalcelcarcinomen.
- CO₂-laserablatie heeft als behandeling voor basaalcelcarcinoom vooralsnog geen plaats.

PROGNOSE

De TNM-staging is niet van toepassing op basaalcelcarcinoom. De belangrijkste prognostische factoren zijn histologische groeitype, lokalisatie en grootte van de tumor.

Tabel 1. Prognostische factoren

prognostische factor	relatief gunstig ('laag risico')	relatief ongunstig ('hoog risico')
histologisch groeitype	solide	sprieterig, micronodulair
lokalisatie	romp	H-zone
grootte	<2cm	>2cm
recidief	primaire tumor	recidieftumor

Recidiefbasaalcelcarcinomen gedragen zich agressiever en hebben een lagere kans op genezing dan primaire. Op bepaalde plaatsen (rond het oog en de neus) is het bereiken van radicaliteit bij de eerste behandeling essentieel. Een recidief op die plaatsen kan leiden tot ernstige mutilatie en daardoor tot ernstig psychosociaal lijden.

Op basis van de literatuur is het niet mogelijk om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de voorkeursbehandeling. Toch heeft de werkgroep Basaalcelcarcinoom, mede op basis van eigen ervaringen en buitenlandse richtlijnen getracht een globale keuze te maken wat betreft de geschiktheid van een therapie van een primair basaalcelcarcinoom en een recidiefbasaalcelcarcinoom. Deze keuzes zijn weergegeven in tabel 2 en tabel 3. Hierbij is rekening gehouden met de belangrijkste prognostische factoren: het histologisch groeitype, de omvang van de tumor, de lokalisatie van de tumor en de aard van de tumor (primair versus recidief). Op basis hiervan kan de praktiserend dermatoloog in individuele gevallen een weloverwogen keuze maken. De behandeling van patiënten met een basaalcelcarcinoom (zowel primaire als recidiefbasaalcelcarcinomen) blijft een voor de individuele patiënt gekozen behandeling.

Tabel 2. Primair basaalcelcarcinoom: voorstel van therapie gerelateerd aan de histologie, omvang en lokalisatie van de tumor, gemeten aan minimale recidiefkans en cosmetisch eindresultaat

type basaalcelcarcinoom: - histologie - grootte - lokalisatie	excisie	cryochirurgie	radiotherapie	curettagage en coagulatie	Mohs chirurgie
<i>superficiael:</i>					
- <2cm, gunstige lokalisatie	+	+	+	+/-	*
- <2cm, ongunstige lokalisatie	+	+/-	+	+/-	*
- >2cm, gunstige lokalisatie	+	+/-	+	+/-	*
- >2cm, ongunstige lokalisatie	+	-	+	-	*
<i>nodulair:</i>					
- <2cm, gunstige lokalisatie	+	+	+	+/-	*
- <2cm, ongunstige lokalisatie	+	+/-	+	-	+
- >2cm, gunstige lokalisatie	+	+/-	+	-	+
- >2cm, ongunstige lokalisatie	+	+/-	+	-	+
<i>sprieterig:</i>					
- <2cm, gunstige lokalisatie	+	-	+	-	*
- <2cm, ongunstige lokalisatie	+	-	-	-	+
- >2cm, gunstige lokalisatie	+	-	+	-	+
- >2cm, ongunstige lokalisatie	+	-	-	-	+

+ = in het algemeen de voorkeursbehandeling; +/- = in het algemeen niet de voorkeursbehandeling, maar kan onder gewogen omstandigheden een alternatief bieden; - alleen in zeer bijzondere gevallen te overwegen; * = doorgaans niet toegepast.

Tabel 3. Recidiefbasaalcelcarcinoom: voorstel van therapie gerelateerd aan de histologie, omvang en lokalisatie van de tumor, gemeten aan minimale recidiefkans en cosmetisch eindresultaat

type basaalcelcarcinoom: - histologie - grootte - lokalitie	excisie	cryochirurgie	radiotherapie	curettagage en coagulatie	Mohs chirurgie
<i>superficiael:</i>					
- <2cm, gunstige lokalisatie	+	+/-	+	-	*
- <2cm, ongunstige lokalisatie	+	-	+	-	+
- >2cm, gunstige lokalisatie	+	-	+	-	+
- >2cm, ongunstige lokalisatie	+	-	+	-	+
<i>nodulair:</i>					
- <2cm, gunstige lokalisatie	+	+/-	+	-	*
- <2cm, ongunstige lokalisatie	+	-	+/-	-	+
- >2cm, gunstige lokalisatie	+	-	+	-	+
- >2cm, ongunstige lokalisatie	+	-	+/-	-	+
<i>sprieterig:</i>					
- <2cm, gunstige lokalisatie	+	-	+	-	+
- <2cm, ongunstige lokalisatie	+	-	-	-	+
- >2cm, gunstige lokalisatie	+	-	+	-	+
- >2cm, ongunstige lokalisatie	+	-	-	-	+

+ = in het algemeen de voorkeursbehandeling; +/- = in het algemeen niet de voorkeursbehandeling, maar kan onder gewogen omstandigheden een alternatief bieden; - alleen in zeer bijzondere gevallen te overwegen; * = doorgaans niet toegepast.

NACONTROLE

Na behandeling worden patiënten bij voorkeur opgenomen in een nacontrolesysteem.