

Huidtumor Huidkanker

Plastische Chirurgie / Chirurgie

Inleiding

Uw arts heeft bij u een huidtumor (basaalcelcarcinoom of plaveiselcelcarcinoom) geconstateerd. Deze folder geeft algemene informatie over een huidtumor. De folder is bedoeld als aanvulling op het gesprek met uw arts.

Wat is een huidtumor

Basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom zijn veel voorkomende vormen van huidkanker.

Basaalcelcarcinoom (BCC)

Het basaalcelcarcinoom is de meest voorkomende vorm van huidkanker. De kwaadaardige veranderingen ontstaan in de basale cellen (de onderste laag) van de opperhuid, vaak op huidoppervlakken die zijn blootgesteld aan veel zonlicht. Een BCC zaait niet uit. Andere benamingen zijn basocellulair carcinoom of basaloom. Per jaar wordt in Nederland bij meer dan 20.000 mensen een basaalcelcarcinoom (BCC) vastgesteld en dit aantal neemt de laatste jaren nog verder toe. Basaalcelcarcinomen zijn goed te behandelen, maar om redenen die hieronder worden uitgelegd, blijft men vaak nog enkele jaren en soms levenslang onder dermatologische controle. Voor BCC's met een hoog risico op een lokaal recidief (op dezelfde plek terugkerend) gelden landelijke chirurgische richtlijnen. Blijft u niet onder controle in het ziekenhuis, dan wordt de controle via de huisarts gedaan.

Hoe ontstaat een BCC

Huidtumoren ontstaan vaak in zonbeschadigde huid. Vooral in het gezicht, op en om de neus, de onbehaarde schedel op de oren komen ze veel voor. De cellen van de opperhuid zijn uitgerust met een speciaal reparatiesysteem om schade aan genetisch materiaal in de celkern (DNA), ontstaan door zonlicht (ultraviolet licht of UV), te herstellen. Het is het hele leven lang dagelijks nodig dat beschadigd DNA wordt hersteld. Na uitgebreid zonnebaden moet meer schade hersteld worden dan na geringe zonblootstelling. Af en toe wordt een DNA beschadiging op een belangrijk punt in het erfelijke materiaal niet of onvoldoende gerepareerd en ontstaat er een kankercel, die ongecontroleerd begint te groeien, waarna in de loop van de tijd huidkanker ontstaat. Het is duidelijk dat voor het ontstaan van huidtumoren een zonverbranding in de vakantie (intermitterende blootstelling) waarschijnlijk een belangrijkere rol speelt dan continue zonblootstelling zonder te verbranden (cumulatieve blootstelling). Bovendien blijkt zonnebeschadiging in de kinderjaren meer gevolgen te hebben dan later in het leven. Overigens zijn er nog andere factoren dan blootstelling aan UV-licht die een rol spelen bij het ontstaan van huidtumoren. We weten dit omdat huidtumoren soms ontstaan op plaatsen die niet of nauwelijks in de zon zijn geweest, of ontstaan in een litteken na röntgenbestraling. Ook erfelijke factoren spelen een rol, zoals het huidtype.

Verschijnselen

Bij basaalcelcarcinoom ontstaat op de huid een langzaam groeiend roze, huidkleurig of lichtbruin knobbeltje, dat geleidelijk groter wordt en soms gaat zweren. Vaak ontstaat in het midden een donker korstje, dat gemakkelijk bloed, daarna lijkt het of het weer geneest. Meestal zijn er geen klachten van jeuk of pijn. Het weefsel van het knobbeltje is wat glazig, glanzend en toont soms kleine bloedvaatjes.

Er zijn verschillende typen basaalcelcarcinoom te onderscheiden:

- nodulair basaalcelcarcinoom (meest algemeen): dit type vormt een glazig, huidkleurig bultje, vaak met kleine bloedvaatjes erin zichtbaar. Bij grotere exemplaren vaak met een kratertje in het midden. Het groeit over het algemeen langzaam;
- sprieterig groeiend basaalcelcarcinoom: lijkt uiterlijk op het nodulair basaalcelcarcinoom. Vaak is de grens tussen het tumortje (gezwelletje) en de normale huid niet goed te onderscheiden. Het type wordt sprieterig genoemd omdat het in de huid kleine uitlopertjes vormt;

- oppervlakkig groeiend basaalcelcarcinoom: dit type groeit zeer oppervlakkig in de huid. Het kan erg lijken op een eczeemplekje;
- morphea-type basaalcelcarcinoom: dit type lijkt meestal op littekenweefsel. Het tumortje kan iets verzonken in de huid liggen.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

Wanneer er een verdenking bestaat op basaalcelcarcinoom kan er een biopsie (stukje weefsel) worden afgenomen onder plaatselijke verdoving voor pathologisch onderzoek. Dit is dan om een definitieve diagnose te stellen, er zal dan indien het gaat om een BCC, nog een excisie (chirurgische verwijdering van de huidtumor) moeten plaatsvinden. Er kan ook meteen een excisie plaatsvinden van de afwijking. Dit is vaak afhankelijk van de plaats en de grootte van de afwijking. Het weefsel wordt vervolgens opgestuurd voor pathologisch onderzoek om de diagnose alsnog te bevestigen en om te zien of het helemaal verwijderd is.

Behandeling

Er zijn verschillende behandelmogelijkheden. De keuze voor de behandeling is afhankelijk van het type basaalcelcarcinoom, de grootte ervan en de locatie op het lichaam. In deze folder kunnen wij niet alle indicaties voor alle mogelijke technieken benoemen, uw chirurg of plastisch chirurg legt u uit waarom hij in uw geval een bepaalde methode adviseert. De standaard behandeling is een chirurgische excisie met een marge van meestal 3 mm. Dit gebeurt onder lokale verdoving. Er zijn soms grotere tumoren waarbij dit niet mogelijk is en deze zullen dan ook op een klinische operatiekamer verwijderd worden.

Leidraad hierbij zijn twee uitgangspunten:

1. de tumor dient in zijn geheel (radicaal) te worden verwijderd;
2. een cosmetisch fraai eindresultaat wordt nagestreefd.

Vormen van chirurgie

In de meeste gevallen wordt een basaalcelcarcinoom onder plaatselijke verdoving chirurgisch verwijderd (excisie), waarbij rekening wordt gehouden met het beste cosmetische resultaat. Is het niet mogelijk de wondranden direct te sluiten, dan wordt gebruik gemaakt van een plastiek: een techniek waarbij huid van elders wordt verschoven om de wond te kunnen sluiten. Daarnaast kan er ook gekozen worden voor een vrij huidtransplantaat. Elders wordt dat een oppervlakkig stukje huid gehaald (in de meeste gevallen een split skin graft, of full thickness graft) en op het defect gelegd. Dit wordt ingepakt in een pakketje en pas na 5 dagen uitgepakt.

Ovaalvormige excisie

Het basaalcelcarcinoom wordt verwijderd onder plaatselijke verdoving. Om de huid na het verwijderen van de tumor weer te kunnen sluiten, wordt de tumor met een ovaalvormig stukje huid verwijderd. Dit gebeurt met een marge van ongeveer 3 mm. Vooraf kunnen er geen uitspraken gedaan worden over radicaliteit, dat wil zeggen de mate waarin de tumor wordt omgeven door gezond weefsel. Dit wordt door de patholoog onderzocht. Een BCC of een PCC kan een heel sprieterig verloop hebben wat met het blote oog niet waarneembaar is. Bij niet vrije snijranden moet er een re-excisie plaats vinden. De randen van de operatiewond worden vervolgens gehecht met niet-oplosbare hechtingen.

Transpositie

Wanneer een ovaalvormige excisie niet mogelijk is (bijvoorbeeld omdat er te veel spanning op de wondranden komt te staan), kan soms een huidtranspositie uitkomst brengen. Het is dan noodzakelijk om door middel van een aantal extra snede 's in de huid de gezonde huid zo te positioneren dat het ontstane defect bedekt wordt. Er zijn vele soorten transposities mogelijk, afhankelijk van de plaats en grootte van de tumor.

Transplantatie

Bij sommige zeer grote basaalcelcarcinomen is het niet meer mogelijk de huid te sluiten en volgt een huidtransplantatie. Voor transplantaties in het gezicht wordt als donorhuid vaak de huid rondom het sleutelbeen gebruikt.

Plaveiselcelcarcinoom (PCC)

Het plaveiselcelcarcinoom is een kankervorm die ontstaat in de middelste laag van de opperhuid. PCC komt twee keer vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Het PCC groeit sneller dan het basaalcelcarcinoom. Een PCC kan wel uitzaaien. De tumor zal dan het eerst uitzaaien naar de lymfeklieren. Het PCC is daardoor kwaadaardiger dan het BCC. Wordt dit carcinoom echter op tijd behandeld, dan is de prognose vaak gunstig. Een voorstadium van een plaveiselcelcarcinoom is de ziekte van Bowen. Deze blijft beperkt tot de opperhuid.

Hoe ontstaat het?

De kwaadaardige veranderingen ontstaan in de cellen van de opperhuid. Er zijn een aantal risicofactoren bekend voor het verkrijgen van een PCC:

- blootstelling aan ultraviolette (=UV) straling. Men hoeft daarbij geen echte 'zonaanbidder' te zijn geweest. Hiermee is te verklaren dat PCC vooral optreedt aan de zon blootgestelde delen van het lichaam zoals het gelaat, de kale schedel, onderarmen en handruggen;
- erfelijkheid en huidskleur: mensen met een licht huidtype (gemakkelijk verbranden in de zon) hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een plaveiselcelcarcinoom. Door het gebrek aan pigment in de huid wordt het erfelijk materiaal in de celkern, het DNA, onvoldoende beschermd tegen de negatieve invloed van ultraviolet licht. DNA beschadiging en daaruit voortvloeiende ontsporing van de celdeling is het gevolg;
- leeftijd. Vooral oudere mensen;
- afweersysteem. Mensen met een verlaagd afweersysteem (bijv. AIDS, orgaantransplantaties, bloedkanker) lopen een verhoogd risico op het ontstaan van een PCC omdat hun afweer niet of verminderd in staat is om (zon)beschadigde opperhuidcellen te herkennen en te herstellen;
- huidziekten waarbij PCC's vaker worden gezien zijn onder andere xeroderma pigmentosum, albinisme, (systemische) lupus erythematosus, open been, chronische osteomyelitis (bot ontsteking), oude brandwonden, röntgenbestraalde huid en chronische fistels;
- UV therapie. Patiënten met psoriasis die langdurig en / of meerdere keren met PUVA lichttherapie zijn behandeld lopen in hun latere leven ook een verhoogde kans om een PCC te ontwikkelen;
- een PCC kan ontstaan uit een huidaandoening die nog geen kanker is, maar dit wel kan worden. We spreken dan van een 'pre maligne' aandoening. Een voorbeeld van een pre maligne aandoening is de actinische keratose ('actinisch' = door UV straling ontstaan en 'keratose' = hoornig plekje).

Wat zijn de verschijnselen?

Een PCC begint meestal als een langzaam groeiend rozerood of huidkleurig knobbeltje met soms een schilferkorstje erop. Wanneer dit korstje loslaat, blijft er een oppervlakkig slecht genezend zweertje achter. In tegenstelling tot het BCC zien we bij het PCC niet de kenmerkende parelmoerglans en de verwijde bloedvatjes in het knobbeltje. Het knobbeltje kan een grote tumor worden, met soms een afmeting van meer dan 1 cm in doorsnede. Voorkeursplaatsen zijn de aan zonblootgestelde delen van het lichaam waaronder het gelaat, onbehaarde schedel, hals, nek, bovenrug de borst en ledematen (vooral onderarmen en handruggen).

Hoe wordt de diagnose gesteld?

De diagnose PCC wordt meestal gesteld d.m.v. een huidbiopsie. De patholoog bepaalt meteen ook het stadium van het PCC. Dit laatste is van belang voor de te kiezen behandelvorm en de prognose.

Behandeling

Het is wel belangrijk om basaalcelcarcinomen te behandelen, omdat deze tumoren niet vanzelf genezen en langzaam groter worden. In ongeveer vier tot tien procent van de gevallen komt de tumor na de eerste behandeling op dezelfde plek op de huid weer terug. Verder is het van belang opmerkelijk te blijven op nieuwe basaalcelcarcinomen, omdat bij ongeveer 25% van de mensen ergens anders op de huid opnieuw een basaalcelcarcinoom ontstaat. Bij de controlebezoeken aan uw dermatoloog wordt niet alleen gelet op een recidief, maar ook op eventuele nieuwe huidtumoren. Afhankelijk van de omstandigheden, zoals bijvoorbeeld het aanwezig zijn van meerdere basaalcelcarcinomen, de plaats van het basaalcelcarcinoom of een recidief, blijft u vijf jaar onder controle.

Er bestaan diverse behandelmethoden om een PCC te verwijderen. De keuze van behandeling is afhankelijk van een aantal factoren waaronder de groeiwijze van de tumor, de lokalisatie van de tumor en de leeftijd en algehele gezondheid van de patiënt. Uw huidarts zal u uitleggen voor welke behandeling u in aanmerking komt en waarom. Er worden in alle gevallen twee belangrijke voorwaarden nagestreefd:

- de tumor dient in zijn geheel (radicaal) te worden verwijderd;
- het mooiste cosmetische eindresultaat dient te worden bereikt.

Niet-operatieve behandeling

Radiotherapie (bestraling). Indien u hiervoor in aanmerking komt, wordt u doorverwezen naar de radiotherapeut.

Operatieve verwijdering

Meestal kan de huidafwijking poliklinisch onder plaatselijke verdoving worden verwijderd. Indien de tumor te groot of te diep hiervoor blijkt te zijn is operatieve behandeling tijdens een klinische opname en onder algehele narcose noodzakelijk. Dit zal de plastisch chirurg met u bespreken. Een recidief tumor wordt bij voorkeur weggesneden.

- ovaalvormige excisie: de huidafwijking (tumor) wordt verwijderd onder lokale verdoving. Om de huid na het verwijderen van de tumor weer goed te kunnen sluiten, wordt de tumor met een ovaalvormig stukje huid verwijderd. Er wordt altijd enkele millimeters marge genomen om er zeker van te zijn dat de tumor geheel verwijderd wordt. De randen van de operatiewond worden vervolgens naar elkaar toe gebracht en gehecht;
- transpositie: wanneer een ovaalvormige excisie niet mogelijk is (bijvoorbeeld omdat er te weinig 'ruimte' of 'rek' in de huid is om de wondranden naar elkaar toe te brengen) kan soms een huidtranspositie uitkomst brengen. Hierbij wordt het defect in de huid (waar de tumor gezeten heeft) gesloten door van nabij gelegen huid een stukje in het defect te schuiven of te draaien. Er zijn vele soorten transposities mogelijk, afhankelijk van de plaats en grootte van de tumor;
- transplantaties: bij sommige zeer grote huidafwijkingen (tumoren) is het niet meer mogelijk de huid op een normale manier te sluiten en volgt er een huidtransplantatie. Voor transplantaties in het gezicht wordt als donorhuid vaak de huid achter of voor het oor gebruikt, omdat deze qua structuur nog het meest op dat van de gezichtshuid lijkt. Andere lokaties om huid van het lichaam voor transplantatie te verwijderen zijn bijvoorbeeld de hals, de bovenarm of de lies;
- Mohs chirurgie: dit vindt plaats in een gespecialiseerd centrum. Bij deze techniek haalt de opererende arts in dunne laagjes de tumor weg. Laag voor laag, iedere keer controlerend onder de microscoop. Dit wordt herhaald totdat de tumorplaats geheel tumorcelvrij is. Chirurgie volgens Moh's wordt ook toegepast bij tumoren op moeilijke plaatsen (neus, oor, mond en bij het oog).

Voorzorgsmaatregelen

Gebruikt u bloedverdunnende middelen zoals:

- Sintrom;
- Marcoumar, Ascal;
- Aspirine;
- Plavix;
- DOAC (apixaban, dabigatran, rivaroxaban);

Meldt u dit dan vooraf aan de arts. Sommige patiënten met een bepaalde hartafwijking hebben bij operaties antibiotica nodig. Heeft u een hartafwijking, meldt u dit dan aan de arts voordat de afspraak voor behandeling is gemaakt. Geef ook aan of u een allergie heeft (jodium, rode pleister e.d.).

U hoeft voor de operatie niet nuchter te zijn.

Wij vragen u om een begeleider mee te nemen, die u na de ingreep naar huis kan brengen.

Chirurgische behandeling

Nadat u plaats heeft genomen op de behandelafel, wordt het te behandelen gebied schoongemaakt met een desinfecterend middel. Dan volgt er een plaatselijke verdoving door middel van een injectie (spuit). Het inspuiten van de vloeistof voelt wat branderig aan. Na de verdoving voelt u geen pijn meer, wel voelt u dat de (plastisch) chirurg bezig is. Het te opereren gebied wordt afgedekt met een steriele doek die u niet mag aanraken. Na de ingreep krijgt u een pleister of wordt er een verband aangelegd. Bent u in het gezicht geopereerd, dan worden de hechtingen meestal na een week verwijderd. Elders op het lichaam worden de hechtingen na 10 tot 14 dagen verwijderd. Afhankelijk van de locatie van de wond en de grootte worden soms alleen onderhuidse hechtingen gebruikt, hechtingen van de huid hoeven dan niet meer verwijderd te worden. De hierboven beschreven behandelingen nemen ongeveer tien tot twintig minuten in beslag.

Na de behandeling

Uw wond wordt gehecht en de verdoving blijft nog enige tijd werken. De wond wordt verbonden met hechtstrips en een pleister. Deze pleister mag u meestal de volgende dag verwijderen. De bruine hechtstrips laat u zo lang mogelijk zitten, deze ondersteunen de wondgenezing.

De dag na de ingreep mag u weer douchen. U mag de wond niet weken, dit betekent dat zwemmen, in bad of in de sauna gaan afgeraden wordt.

Controleafspraak

U krijgt een controleafspraak mee voor 7 à 14 dagen na de ingreep. Dit is afhankelijk van de locatie van de huidtumor. Op de polikliniek worden dan uw hechtingen verwijderd. Ook krijgt u dan de uitslag van het opgestuurde stukje weefsel. Als de hechtingen verwijderd zijn, raden wij u aan om de wond in te smeren met een vette crème, zodat het litteken soepel wordt. Het duurt een jaar voordat het litteken zijn definitieve vorm heeft gekregen.

Resultaten

Vaak is de afwijking in één behandeling verwijderd. Soms komt het voor dat er meer dan één behandeling nodig is, of dat de afwijkingen in meerdere sessies moet worden uitgevoerd. De behandeling gaat altijd gepaard met littekenvorming, bij de ene persoon wordt het litteken mooier dan bij de andere. Dit heeft vooral te maken met uw huidtype.

Littekens hebben soms de neiging breed en dik te worden (hypertroof litteken / keloïd). Het is altijd het streven van de plastisch chirurg het cosmetisch meest beste resultaat te bereiken. Bent u niet tevreden met het resultaat, dan is het belangrijk om hierover contact op te nemen met de behandelend plastisch chirurg om over eventuele aanvullende behandelingen (laser, littekenzalf, littekenpleisters) te informeren.

Mogelijke complicaties

Bij eventuele napijn mag u een pijnstiller nemen. Bij voorkeur paracetamol (500 mg) tot maximaal vier maal daags één of twee tabletten. Zoals bij iedere ingreep, kunnen ook bij de behandeling van een huidtumor complicaties optreden. Gelukkig komen deze niet vaak voor en kunnen ze meestal verholpen of behandeld worden. Een mogelijke complicatie is een bloeduitstorting, vooral bij een ingreep in het gezicht. Hierbij treedt meestal ook een zwelling op. Een andere complicatie is een infectie, die zich uit door pijn, zwelling, roodheid en pus uit de wond.

Wanneer waarschuwt u uw behandelend arts?

Neem contact op bij problemen zoals:

- een nabloeding;
- hevige pijn;
- koorts;
- een infectie.

Recidief tumor

Ook bij een recidief, dit wil zeggen dat de tumor op dezelfde plaats terug komt, is de behandeling bij voorkeur chirurgisch.

Wat u zelf kunt doen

Uiteraard is het van belang overmatige zonblootstelling voortaan te vermijden.

De Nederlandse Kanker bestrijding / Koningin Wilhelmina Fonds heeft hierover goede voorlichtingsfolders, die u gratis kunt aanvragen via telefoon (0800) 0 22 66 22.

Kort samengevat zijn hier drie richtlijnen om ervoor te zorgen dat u niet te veel in de zon komt:

- blijf tussen 11.00 en 15.00 uur in de schaduw;
- draag een pet of hoed in de zon;
- gebruik een zonnebrandcrème met een hoge beschermingsfactor op huiddelen die niet worden bedekt door kleding. Vergeet vooral niet om op neus en oren te smeren. Voor alle duidelijkheid: antizonnebrandmiddelen dienen om de huid te beschermen en niet, zoals vaak wordt gedacht, om de tijd dat u in de zon kunt blijven te verlengen en zeker niet om mooier bruin te worden.

Vooruitzichten

U moet blijven opletten op het ontstaan van nieuwe PCC's op andere plaatsen. Ook kan een uitzaaiing naar de lymfeklieren na enige tijd nog optreden. U zult tien jaar lang onder controle blijven bij uw huidarts. Tijdens deze bezoeken onderzoekt uw huidarts uw huid op een recidief tumor en op nieuwe PCC's, waarbij ook de lymfeklierstations lichamelijk worden onderzocht.

Aanvullende informatie

Aanvullende informatie vindt u:

- op de website van ons ziekenhuis: www.plastischchirurgen.com
- op de website www.velthuiskliniek.nl
- in het Patiënten Service Centrum, route C02.

(Pijn)klachten

Heeft u wondproblemen, ernstige pijnklachten of andere vragen dan kunt u altijd tijdens kantooruren contact opnemen met de afdeling waar u onder behandeling bent.

Bent u onder behandeling van de plastisch chirurg:

- Plastische Chirurgie Enschede, route C13, telefoon (053) 487 22 50
- Plastische Chirurgie Oldenzaal, route 180, telefoon (053) 487 22 50

Bent u onder behandeling van de chirurg:

Poliklinieken Chirurgie

- Algemene Chirurgie, route B11, telefoon (053) 487 34 40;
- Traumachirurgie, route B11, telefoon (053) 487 34 40;
- Oncologische Chirurgie, route B11, telefoon (053) 487 34 41;
- Vaatchirurgie, route B21, telefoon (053) 487 34 42;
- Chirurgie Oldenzaal, route 159, telefoon (053) 487 34 40.

Behandelpolikliniek Chirurgie (tevens nacontrole)

- Enschede, route C16, telefoon (053) 487 33 20;
- Oldenzaal, route 159, telefoon (053) 487 33 20.

Buiten kantooruren neemt u contact op met de receptie van het ziekenhuis, zij nemen dan contact op met de dienstdoende arts. Telefoon (053) 487 20 00.

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u de specialist of verpleegkundige dan om nadere uitleg.