



Reactie op Tokez et al.

Herziening Richtlijn cutaan PCC

G. Krekels¹, J.B. Terra², G.F.H. Diercks³ | Cartoon: Peter de Wit

We danken Selin Tokez en haar medeauteurs voor hun zorgvuldige reactie. We nemen de gelegenheid te baat die reactie van een weerwoord te voorzien. De richtlijnherziening uit 2018 betrof een modulaire herziening. Een modulaire herziening betekent dat de werkgroep enkel deelvragen beantwoordt. Bovendien wordt er bij het schrijven van elke richtlijn of herziening van een richtlijn een tijdvak afgebakend voor het al dan niet opnemen van literatuur ter beoordeling van de wetenschappelijke waarde. Dit tijdvak betrof alle literatuur tot eind 2017; literatuur van na die datum bleef bij die herziening dus buiten beeld.

In het geval van de herziening PCC, bestonden de deelvragen uit:

1. Welk classificatiesysteem dient te worden gebruikt voor de stadiëring van plaveiselcelcarcinomen?
2. Ten aanzien van prognose/metastasering - Welke risicofactoren dienen clinicus en patholoog in hun verslag met elkaar uit te wisselen?
3. Welke dieptegroei in mm dient gehanteerd te worden als risicofactor voor metastasering?
4. Ten aanzien van aanvullende diagnostiek - In hoeverre is beeldvormende diagnostiek nodig bij hoogrisicotumoren bij niet-immuungecompromitteerden?
5. Ten aanzien van therapie - Welke rol speelt Mohs micrografische chirurgie (MMC) bij PCC? Wat zijn de indicaties hiervoor?
6. Ten aanzien van transplantatie/immuungecompromitteerde patiënten - Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor screening en follow-up bij hoogrisicocategorieën, zoals patiënten met een orgaantransplantatie en andere immunosuppressie?

TOELICHTING OP OVERWEGINGEN

De Richtlijncommissie heeft zich dan ook beperkt tot het beantwoorden van bovenstaande vragen.

Het artikel van Tokez et al. heeft vooral betrekking op vraag 1 en 3 van de herziening: Welk classificatiesysteem dient te worden gebruikt voor de stadiëring van plaveiselcelcarcinomen en welke dieptegroei in mm dient te worden gehanteerd?

Deze vragen werden in de herziening behandeld en de Richtlijncommissie besloot dat in de Richtlijn vanaf 2018 de AJCC, 8th edition (American Joint Committee on Cancer) te hanteren voor de stadiëring van PCC. Ten opzichte van de vorige editie is juist de dieptegroei relatief minder belangrijk geworden (6 mm in plaats van 4 mm).

Het artikel van Tokez et al. heeft vooral betrekking op de diagnostiek van het PCC. Hierover stelt de richtlijn dat "een biopsie of excisie met voldoende diepte dient te worden afgenomen". Deze aanbeveling is in 2010 opgenomen in de richtlijn van dat jaar en is in 2018 niet aangepast.



¹ Dermatoloog, MohsA Huidkankercentrum, Venray/Eindhoven

² Dermatoloog, Isala Dermatologisch Centrum, Zwolle

³ Dermato-patholoog, UMCG, Groningen

Het is evident dat een biopsie niet altijd representatief is voor de uiteindelijke tumor, tumorinvasiediepte en/of tumorkenmerken. Een biopsie van 3-4 mm geeft informatie over een fractie van de uiteindelijke tumor. Dit feit dient te worden meegewogen door de clinicus, die op grond van beschikbare histopathologie en klinische kenmerken tot een tumorclassificatie komt.

Het is vervolgens aan de clinicus om een tumorbehandelplan op te stellen en daarbij rekening te houden met beschikbare histopathologische informatie. Indien nodig kan de stadiëring worden bijgesteld op grond van aanvullende informatie (zoals excisie). Ook valt een diagnostische (wig)excisie te overwegen indien een biopsie onvoldoende informatie over aangrenzend normale epidermis zou kunnen opleveren. Tevens is het mogelijk om aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld echografie van de drainerende lymfeklieren) plaats te laten vinden na de uiteindelijke excisie/stadiëring.

Het is inderdaad zo dat bij mohschirurgie dermatoloog en patholoog zich ervan bewust moeten zijn dat vriescoupes met horizontale coupes zich niet lenen voor een bepaling van de

uiteindelijke dieptegroei van de tumor. Het toepassen van slow (Mohs) micrografische chirurgie kent dit probleem niet, waarbij mogelijke over- of onderdiagnostiek kan worden vermeden. Het is vervolgens aan de clinicus om te bepalen wat voor de patiënt in kwestie de beste behandeling is: excisie met standaard-marge; slow (Mohs) micrografische chirurgie of mohschirurgie.

CONCLUSIE

In de huidige richtlijn is ruimte voor het nemen van een excisiebiopsie/diagnostische excisie indien er preoperatief twijfel is aan de juistheid van de stadiëring op grond van een 3-4 mm biopsie. De aanbevelingen van Tokez et al. vallen buiten de scope van de modulaire herziening van 2018. In de toekomstige modulaire herzieningen kunnen publicaties vanaf 2018 worden beoordeeld, zo nodig worden meegenomen in de aanbevelingen en is de suggestie van Tokez et al. een interessante deelvraag.

CORRESPONDENTIEADRES

Gertruud Krekels

E-mail: g.krekels@mohsa.nl