



Excisie plaveiselcelcarcinoom handrug: veilig en tijdig

L.A. Koster¹, J.C.H.B.M. Luijten¹, S. van der Geer², M. van den Elzen², S.K. van der Velden², G.A.M. Krekels²

We zien een stijgende incidentie van huidkanker, waaronder het plaveiselcelcarcinoom (PCC). [1] Voorkeurslocaties zijn lichaamsdelen met uitgebreide UV-blootstelling, zoals de handrug. [2] Bij patiënten met multi-comorbiditeit, en/of een hogere leeftijd, met een verdenking op een PCC ter plaatse van de handrug kan een directe diagnostische excisie overwogen worden. Een biopt kan bij deze snelgroeiende tumoren zorgen voor een diagnostische delay, leidend tot een grote wond, waardoor primaire sluiten soms niet meer mogelijk is en functie beperking van de hand kan ontstaan.

Een directe diagnostische excisie met een kleine marge heeft meerdere voordelen ten opzichte van het nemen van een biopt. Een excisie vindt meestal plaats op het derde contactmoment. Voorafgegaan door een intake met biopsie, het bespreken van de pathologie-uitslag en eventueel verwijderen van hechtingen. Meerdere polibezoeken kunnen belastend zijn voor patiënten (op leeftijd) en hun mantelzorgers. Zo bleek uit een studie naar reisafstand, dat maar liefst 69% van de patiënten ouder dan 70 jaar niet zelfstandig kan reizen naar het ziekenhuis om een operatieve ingreep te ondergaan. [4] Daarnaast leiden multiple polibezoeken tot extra belasting op het reeds belaste zorgsysteem, qua werkdruk, wachttijd en kosten. [5]

Echter, nog belangrijker is de diagnostische delay waarin een tumor in grootte kan toenemen. Met als gevolg een grotere chirurgische wond en dus een uitdagendere sluiting. Ook is de radicaliteit nog onbekend, dus zijn grote verschuivingsplastieken niet aantrekkelijk. In een studie waarin 50 hyperkeratotische papels <1 cm van de handrug, pols, en onderarm geëxideerd werden, bleek na histopathologisch onderzoek dat in 36% sprake bleek van een invasief PCC. [6] Induratie, diameter, snelle groei, bloeding, erytheem en ulceratie zijn risicofactoren voor maligne transformatie van actinische keratose naar een PCC. [6] De kans dat een groeiende, pijnlijke, hyperkeratotische papel op de handrug van een patiënt met actinische keratose een PCC is, is dus iets om mee te nemen in de overweging.

Bij patiënten met multi-comorbiditeit, en/of een hogere leeftijd, met een verdenking op een PCC ter plaatse van de handrug kan een directe diagnostische excisie overwogen worden. Hiermee kan huid- en functiesparend geopereerd worden. Derhalve delen wij graag twee alternatieven.

CASUS

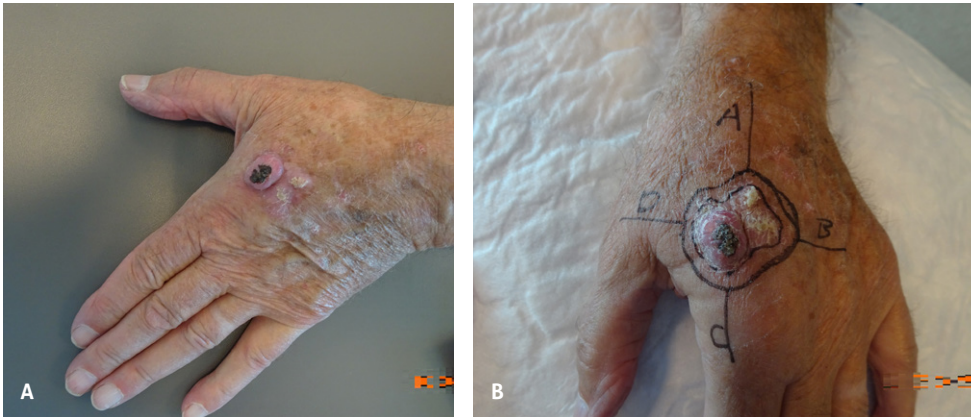
Hierbij presenteren wij twee casus met een klinische verdenking op plaveiselcelcarcinoom. Bij patiënt A vond er een diagnostische Slow Mohs excisie plaats en bij patiënt B werd een diagnostische excisie verricht. Het verschil tussen beide technieken is dat bij Slow Mohs alle snijranden worden beoordeeld en bij conventionele excisie wordt een gedeelte van de snijranden beoordeeld volgens de breadloaf techniek. [3] Bij patiënt A werd gekozen voor een Slow Mohs gezien de grootte van de tumor en de hoge verdenking op een hoogrisico PCC. Bij patiënt B werd gekozen voor een diagnostische excisie gezien de verdenking op een laagrisico PCC, de leeftijd en comorbiditeit van patiënt. Dit zal later uitgebreider toegelicht worden. De richtlijn PCC adviseert een re-excisie bij een histopathologische marge van <2mm bij tumoren met een hoog metastaserisico. Een hoog metastaserisico wordt gezien bij de volgende kenmerken: hoogrisico locaties (o.a. oren, lippen, slaap) voor de hand expliciet het dorsum van de proximale phalangen en de web spaces, een diameter >20mm, tumordiepte van > 6 mm of invasie buiten de dermis, nadelige histologische kenmerken (o.a. matige/slechte differentiatie, desmoplasie) en een immuungecompromitteerde patiënt. [7,8]

Patiënt A

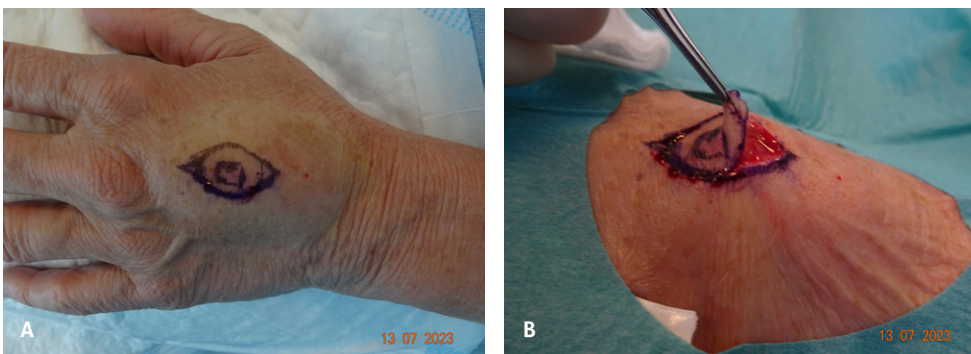
Een 77-jarige man, met in de voorgeschiedenis een stadium pT1NxMx goed gedifferentieerd PCC frontaal rechts presenteert zich eerder dan zijn geplande oncologische controle in verband met een pijnlijke, snelgroeiende tumor op het dorsum van zijn linkerhand. Bij lichamelijk onderzoek zien we een erythemateuze nodus met een diameter van 15 mm met daarnaast een geïndureerd gebied met daarin nog 2 pijnlijke keratotische papels, bij palpatie loszittend van de onderlaag. De totale laesie betreft een gebied met een grootte van 28x22 mm (figuur 1a). Er bleek sprake van een grotere diameter (>20mm),

¹ Anios dermatologie, MohsA Huidcentrum, Eindhoven

² Dermatoloog, MohsA Huidcentrum, Eindhoven



Figuur 1.



Figuur 2.



Figuur 3.

dus sprake van een hoogrisico tumor (indien histopathologisch onderzoek een PCC zou bevestigen). Daarom is er besloten tot een Slow Mohs excisie. In dit geval is het voordeel van de Slow Mohs excisie dat er volledige controle van alle snijranden plaatsvindt. Derhalve werd in samenspraak met patiënt er binnen een week een Slow Mohs excisie ingepland.

Tijdens de excisie wordt de laesie afgetekend met een marge van 5 mm (figuur 1b) voor een Slow Mohs excisie. Lokale anesthesie met lidocaïne/adrenaline werd toegediend met een 5 ml injectiespuit met een 30 gauge naald. De naald werd subdermaal ingebracht in een opgeheven huidplooi 1 cm proximaal van de laesie. Er werd ± 8-15 ml lidocaïne/adrenaline geïnjecteerd (figuur 2a). Door de hoeveelheid verdovingsvloeistof ontstaat hydrodissectie: een met vloeistof gevulde ruimte tussen de dermis en de onderliggende weefsels. Zo kan de lae-

sie veilig en vloeiend geëxcideerd worden (figuur 2b).

De Mohssnede tot op de fascie had een grootte van 36x33mm (figuur 3a). Het defect werd geapproximeerd met een tabakszaknaad en het centrum werd opengelaten voor granulatie per secundam (figuur 3b). Het approximeren met een tabakszaknaad werkt hemostatisch. De wond werd verbonden door middel van een drukverband met spongostan en een zelfklevende zwachtel. De patiënt kreeg een mitella en werd geïnstrueerd de hand zo veel mogelijk hoog te houden. Leefstijladviezen werden gegeven.

Na 1 week toonde de histopathologie een goed gedifferentieerd PCC, TNM classificatie pT2NxMx. De horizontale diameter van de invasieve laesie betrof 32 mm, de invasiediepte 3 mm, resectievlak was vrij met een marge van 2mm.



Figuur 4.

Wondcontroles van patiënt A waren de eerste twee weken met tussenpozen van 3-5 dagen, na 14 dagen in frequentie afgebouwd. Tijdens de wondcontrole na 1 week werd necrose en de hechting verwijderd, en werd de wond opnieuw verbonden. Na 5 weken werden de wondcontroles beëindigd gezien adequate genezing per secundam (figuur 4a en 4b). Volgens de NVDV richtlijn PCC, werd patiënt na 3 maanden teruggezien voor oncologische controle. Gedurende follow-up waren er geen palpabele pathologische lymfeklieren in alle lymfklierstations.

Patiënt B

Patiënt B is een man van 83 jaar met een uitgebreide voorgeschiedenis van non melanoma huidkanker (meerdere plaveiselcelcarcinomen, basaalcelcarcinomen en premaligne laesies) waarvoor behandelingen met excisie, lasertherapie, 5-fluorouracilcreme, tretinoïne, cryotherapie en acitretine. Verder vermeld de medische voorgeschiedenis m.n. coronairlijden en

een status na coloncarcinoom. Hij presenteert zich met een snelgroeiende, pijnlijke laesie op het dorsum van de rechterhand, proximaal van MCP 2 en 3. In samenspraak met patiënt werd gekozen voor een diagnostische excisie op dezelfde dag. Er werd een diagnostische excisie verricht met een klinische marge kleiner dan 5mm. De laesie was in diameter kleiner dan 20mm. We hebben in samenspraak met patiënt een inschatting gemaakt om een kleinere marge te nemen, met de verwachting dat het mogelijk zou gaan om een laagrisico tumor. Het risico op een re-excisie indien er na histopathologie sprake was geweest van een hoogrisico tumor werd tevens met patiënt besproken. Derhalve werd de laesie afgetekend met een marge van 3 mm langs de contouren resulterende in een ellipsvormig excisie (figuur 5a).

Er was teveel spanning voor een primaire sluiting, dus werd de wond met een lengte van 20mm, gesloten met een full



Figuur 5.



Figuur 6.

thickness skin graft (FTSG). Deze was afkomstig van de mediale zijde van de rechterbovenarm (lokale anesthesie 5 cc lidocaïne/adrenaline, primair gesloten ethilon 4.0) (figuur 5b). De FTSG werd transcutaan ingehecht met 4.0 ethilon (figuur 5c). Er werd gekozen om de wond met een FTSG te sluiten aangezien dit resulteert in minder postoperatieve pijnklachten en een verschuivingsplastiek heden niet wenselijk is. Histopathologisch onderzoek toonde een Morbus Bowen. Het snijvlak ter plaatse van een van de uiteinden bleek niet vrij voor M. Bowen. Focaal centraal kon invasieve groei niet worden uitgesloten, dit reikte niet tot in de snijvlakken. Er bleek sprake te zijn van een irradicale M. Bowen. Voor een M. Bowen is de geadviseerde klinische marge 5 mm. Echter is er bij een irradicale M. Bowen ook de mogelijkheid tot (aanvullende) lokale therapie, zoals photodynamische therapie (PDT), 5-fluorouracilcreme, en cryotherapie. Patiënt B had in het verleden reeds soortgelijke behandelingen ondergaan. Door de uitgebreidheid van de premaligne afwijking en, zijn deze behandelingen eerder als zeer pijnlijk en onprettig ervaren. Om die reden hebben we op het verzoek van de patiënt besloten om de focus te leggen op het behandelen van laesies die klachten veroorzaken, waardoor er nu in overleg met patiënt geen aanvullende behandeling werd toegepast voor de irradicale M. Bowen.

De eerste wondcontrole van patiënt B was 1 week postoperatief en vervolgens 2, 3 en 4 weken postoperatief. Bij de tweede controle werden ook de hechtingen verwijderd. Tijdens de follow-up was er sprake van uitgebreide actinische schade, maar waren er geen klinische aanwijzingen meer voor M. Bowen. In overleg met patiënt is gekozen voor een expectatief beleid. In de overweging werd de voorgeschiedenis, de uitgebreidheid van pre-maligne afwijkingen van de huid en de belasting voor de patiënt meegenomen. Wij zien patiënt twee keer per jaar voor vaste controle, tussentijds vaker als hij klachten heeft. Twee maanden na de ingreep was de wond fraai genezen en anamnestic waren er geen beperkingen in functioneren (figuur 5d).

BESCHOUWING

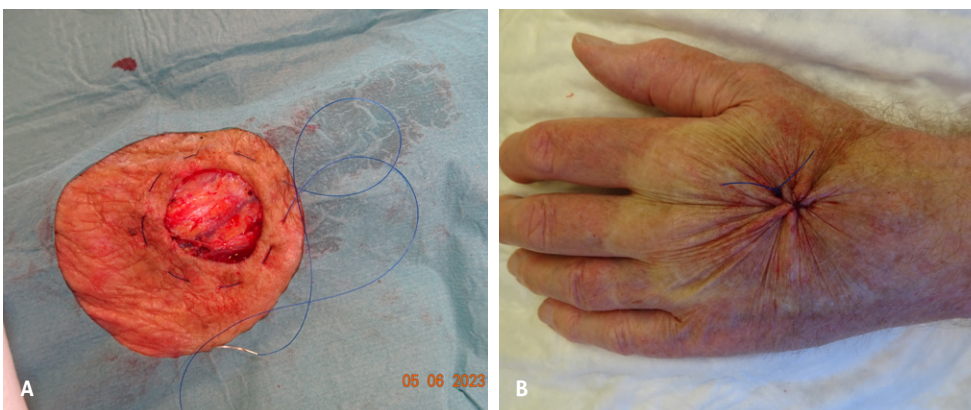
Bij het direct verrichten of inplannen van een excisie is de diagnostische delay beperkt, resulterend in een huidsparende en patiëntvriendelijke behandeling. Beide patiënten ondergingen een diagnostische excisie met adequate wondgenezing en behoud van handfunctie, en waren tevreden met het resultaat. Concluderend, een veilige en efficiënte behandelmethode.

Overwegingen ten aanzien van de sluiting van de wond

Dermatologische sluitingstechnieken betreffen: genezing per secundam, primaire sluiting, een FTSG of een transpositieplastiek.

Primaire sluiting is een snelle en eenvoudige techniek en is met name goed inzetbaar bij kleine chirurgische defecten. Wij gebruiken op de handrug enkel transcutane hechtingen (figuur 6).

Een andere effectief gebleken optie is het approximeren van grotere defecten door middel van een tabakszaknaad. Deze methode kan gecombineerd worden met primaire sluiting, een FTSG of genezing per secundam. [9] Er zijn verschillende varianten van de tabakszaknaad, in casus A werd de percutane techniek toegepast. De naald wordt +/- 5 mm van de wondrand door de epidermis gestoken en in een circumferente baan rondom de wond vervolgd. De tabakszaknaad eindigt nabij de insteekopening, waarna beide uiteinden geknoopt worden.



Figuur 7.

Bij het aantrekken van de hechting worden de wondranden naar elkaar toe getrokken en wordt de diameter van de wond kleiner (figuur 7). Het verkleinen van het oppervlak zorgt voor een snellere wondgenezing en het comprimeren van de bloedvaten in de wondrand zorgt voor extra hemostase. Een nadeel van de tabakszaknaad is een potentieel hoger risico op wonddehiscentie, aangezien er maar één hechting in situ is. [9]

Indien gewenst kan er gebruik worden gemaakt van een FTSG. Bij voorkeur afkomstig van een donorsite met overvloedige huid, zoals de mediale zijde van de bovenarm. Voor een succesvolle re-vascularisatie van de graft is het voorkomen van frictie in de eerste week postoperatief van belang. [10] Een stevig drukverband, een mitella en leefstijladviezen zijn hierbij essentieel. Het voordeel van een FTSG is dat het een pijnstillend effect bewerkstelligt. Echter, indien men kiest voor een kleinere marge en wondsluiting via een FTSG, zonder dat de histopathologie bekend is, dient men alert te zijn dat de snijranden mogelijk niet vrij zijn. Dit kan erin resulteren dat er een deel van het FTSG verwijderd zal moeten worden.

Bij een diagnostische excisie hebben transpositieplastieken niet de voorkeur. Als er namelijk er sprake blijkt van een radicale excisie, zal er een re-excisie moeten volgen in een gebied met gewijzigde anatomie. Hierdoor is er potentieel een hoger risico op een restmaligniteit. Derhalve kan een transpositieplastic enkel uitgevoerd worden indien de snijranden vrij zijn.

CONCLUSIE

Bij oudere patiënten bekend met comorbiditeit die zich presenteren met een snelgroeiende laesie verdacht voor een PCC op het dorsum van de hand, kan er een diagnostische delay bespaard blijven als er direct wordt overgegaan tot diagnostische excisie. Dit kan veilig en tijdsefficiënt door simpele sluitingstechnieken (primair, approximerende tabakszaknaad, FTSG) toe te passen.

LITERATUUR

1. Gommer AM, Poos MJJC, Nijsten T, Hollestein LM. Huidkanker | Leeftijd en geslacht | Volksgezondheid en Zorg [Internet]. [geciteerd 13 september 2023]. Beschikbaar op: https://www.vzinfo.nl/huidkanker/leeftijd-en-geslacht#Voorkomen_huidkanker
2. Ilyas EN, Leinberry CF, Ilyas AM. Skin cancers of the hand and upper extremity. *J Hand Surg.* januari 2012;37(1):171-8.
3. Dim-Jamora K, Perone J. Management of cutaneous tumors with Mohs micrographic surgery. *Semin Plast Surg.* november 2008;22(04):247-56.
4. Luijten JCHBM, Nieuwenhuijzen GAP, Sosef MN, De Hingh IHJT, Rosman C, Ruurda JP, e.a. Impact of nationwide centralization of oesophageal, gastric, and pancreatic surgery on travel distance and experienced burden in the Netherlands. *Eur J Surg Oncol.* februari 2022;48(2):348-55.
5. Zaken M van A. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak - Rapport - WRR [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2021 [geciteerd 13 juli 2023]. Beschikbaar op: <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>
6. Suchniak JM, Baer S, Goldberg LH. High rate of malignant transformation in hyperkeratotic actinic keratoses. *J Am Acad Dermatol.* september 1997;37(3):392-4.
7. Maciburko SJ, Townley WA, Hollowood K, Giele HP. Skin cancers of the hand: A series of 541 malignancies. *Plast Reconstr Surg.* juni 2012;129(6):1329-36.
8. Krekels GAM, Van der Sande AAJ. Richtlijn plaveiselcelcarcinoom [Internet]. Beschikbaar op: <https://nvdv.nl/patienten/richtlijnen-en-onderzoek/richtlijnen/richtlijn-pcc>
9. Lam TK, Lowe C, Johnson R, Marquart JD. Secondary intention healing and purse-string closures. *Dermatol Surg.* oktober 2015;41(Supplement 10):S178-86.
10. Khan AZ, Utheim TP, Byholt M, Fiabema T, Sylvester-Jensen HC, Tønseth KA. Skin grafting. *Tidsskr Den Nor Legeforening* [Internet]. 23 mei 2022 [geciteerd 20 september 2023]; Beschikbaar op: <https://tidsskriftet.no/2022/05/klinisk-oversikt/hudtransplantasjon>

CORRESPONDENTIEADRES

Josianne Luijten

E-mail: j.luijten@mohsa.nl