



Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Non-melanoma skin cancer: Van eerste naar tweede lijn

Dr. Bram Mariën
Dr. Dianne Mortelmans
Dr. Daphne Wijsmans

Inhoud

1. Kliniek van BCC / SCC
2. Diagnostiek
3. Niet-chirurgische behandelingen
4. Chirurgische behandeling
5. Rol van radiotherapie (dr. van der Veen)



Kliniek van basocellulair en spinocellulair carcinoom

1

Kliniek van basocellulair carcinoom



Kliniek van spinocellulair carcinoom

M. Bowen en invasief SCC



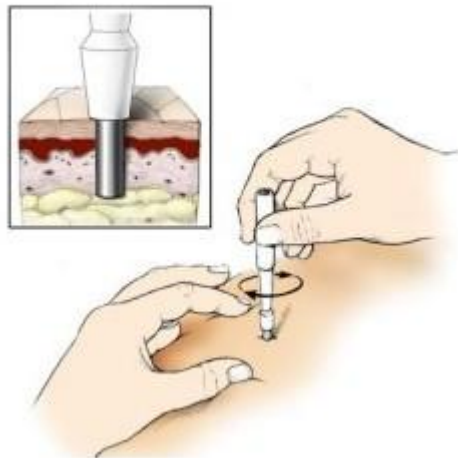
Diagnostiek

2

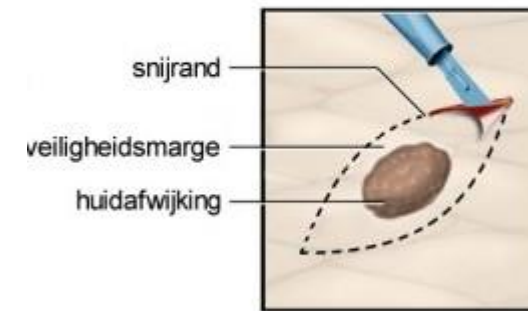
Diagnostiek

Stansbiopt vs excisiebiopt

punch biopt



excisie biopt



**Niet-chirurgische
behandelingen**

3

Cryotherapie

- Solitaire letsels
- AK / sBCC / M. Bowen



Efudix (5-FU)



- AK – veldtherapie
- sBCC
- M. Bowen
- 2x/dag ged 4 weken
- Alternatief schema: 1x/d ged 6 weken

Aldara (imiquimod)



Terugbetaalde indicaties in België,
enkel indien voorschrift door dermatoloog:

- AK gelaat en hoofdhuid:
3x/week ged 4 weken
- sBCC lichaam en hoofdhuid:
5x/week ged 6 weken

Fotodynamische therapie (PDT)



- AK scalp en gelaat
- sBCC
- M. Bowen

Chirurgie

4

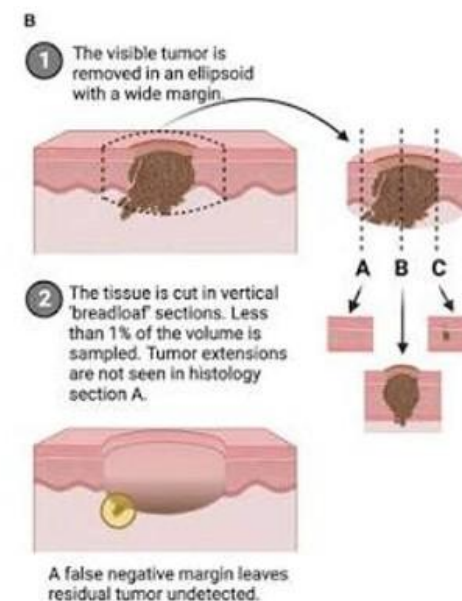
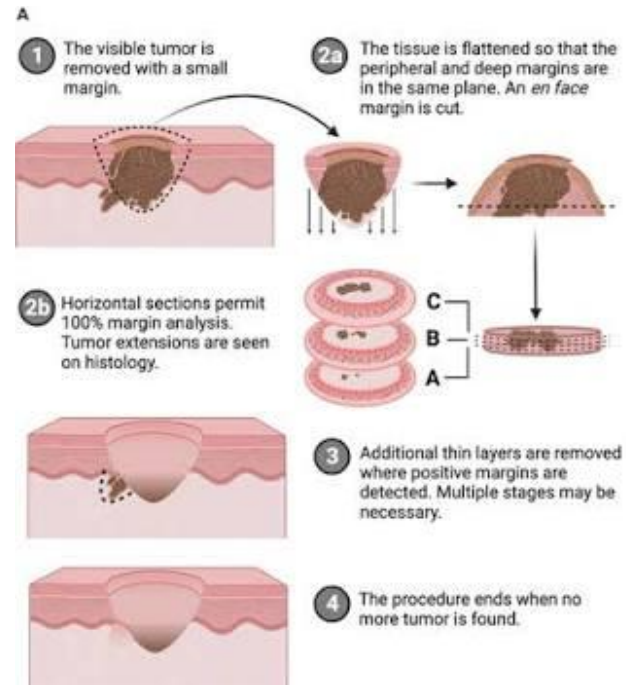
Chirurgie = GOUDEN STANDAARD

- BCC: 3-4 mm
- M. Bowen (SCCis): 5 mm
- “low risk” SCC: 5 mm
- “high risk” SCC: 10 mm →

High-Risk cSCC	Very High-Risk cSCC
Tumors on the head, neck, hands, feet, pretibial, and anogenital region or trunk and extremities with diameter ≥ 2 cm	Tumors with diameter ≥ 4 cm on any location
Acantholytic, adenosquamous, or metaplastic subtypes, with PNI	Poorly differentiated, desmoplastic, >6 mm thickness, or invasion beyond fat
PNI ≥ 0.1 mm	PNI with tumor within nerve sheath of a nerve lying deeper than the dermis or ≥ 0.1 mm
Recurrent tumor	Lymphatic or vascular involvement
History of immunosuppression, prior site of radiotherapy, rapidly growing tumor, neurologic symptoms	

Bron tabel: researchgate.net

Mohs chirurgie – nu ook in AZSTM



Radiotherapie (dr. van der Veen)

5



Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Radiotherapie bij huidtumoren: wanneer en voor wie?

Dr van der Veen Julie
Dienst Radiotherapie-Oncologie
17/10/2026



Inhoud

PROGRAMMA

- 01 Huidtumoren in vogelvlucht
- 02 Behandel mogelijkheden
- 03 Waar past radiotherapie?
- 04 Voordelen en nevenwerkingen
- 05 Praktische aspecten
- 06 Take-home messages
- 07 Casussen



1. Huidtumoren in vogelvlucht

Niet-melanocytair huidkanker

Basaalcelcarcinoom (BCC)

- Meest voorkomende huidkanker
- Zelden metastasen
- Lokale destructie mogelijk

Plaveiselcelcarcinoom (PCC/SCC)

- Tweede meest voorkomende
- Hoger risico op recidief en metastasen

Oorzaken & risicofactoren

Oorzaken: UV-straling • erfelijkheid • leeftijd • immunosuppressie

Risicofactoren: tumorgrootte • diepte/invasie • perineurale groei • immunosuppressie

Andere huidtumoren

- Merkelcelcarcinoom
- Sarcomen (pleiomorf dermaal sarcoom)
- Cutane lymfomen
- **Maligne melanoom**

Hoog metastatisch potentieel

Diagnostiek & behandeling

Klinisch onderzoek → biopsie → staging (zo nodig echo hals/CT hals/MRI, sentinel, PET-CT)

Kernboodschap | >95% van de huidtumoren die we behandelen zijn BCC en SCC.

2. Behandel mogelijkheden

Chirurgie

Standaardbehandeling

Resectie met aandacht voor lokale controle en functionele/cosmetische gevolgen

Radiotherapie

Curatief

Alternatief voor chirurgie
Adjuvant postoperatief
Palliatief

Systemische therapie

- Immunotherapie
- Targeted therapie
- Chemotherapie (beperkte rol)

Behandeling afhankelijk van | histologie • stadium • leeftijd • comorbiditeiten • functionele/cosmetische gevolgen • wens van patiënt

3. Waar past radiotherapie?

INDICATIES

01 Curatief alternatief

Wanneer chirurgie:

- technisch moeilijk
- mutilerend
- niet gewenst door patiënt
- medisch niet haalbaar

02 Adjuvant postoperatief

- positieve/nipste snijvlakken
- pT3
- regionale klierbetrokkenheid

03 Palliatief

- Antalgisch
- Hygiënisch



Vroege bespreking in MOC helpt om chirurgie en radiotherapie tijdig af te wegen.

4. Voordelen en nevenwerkingen

Voordelen

- Orgaansparend
- Goede cosmetische resultaten
- Niet-invasief
- Geschikt bij oudere/frêle patiënten
- Hoge lokale controle (>90% bij geselecteerde BCC/SCC)

Mogelijke nevenwerkingen

Acuut

- Erytheem
- Droge of natte desquamatie
- Haarverlies

Laat

- Hypopigmentatie
- Teleangiëctasieën
- Fibrose
- Permanent lokaal haarverlies

Praktisch | behandeling wordt meestal zeer goed verdragen.

5. Praktische aspecten

HOE VERLOOPT DE BEHANDELING?

01 Voorbereiding

- Consultatie
- CT-simulatie
- Bestralingsplanning

02 Behandeling

- Dagelijkse sessies
- Sessie: 10–15 min/dag
- Aantal sessies/fracties afhankelijk van indicatie

03 Follow-up

- Klinische controle post-RT eerste weken op radiotherapie
- Nadien bij dermatoloog voor detectie recidief en screening

Fracties | 33–35 × 2 Gy • hypofractionatie: 10 × 4–4,5 Gy • palliatie: 5 fracties

De exacte fractionering wordt afgestemd op indicatie, doel en patiënt.

6. Take-home messages

TAKE-HOME MESSAGES

1

Chirurgie blijft voorkeursbehandeling.

2

Radiotherapie is een bewezen curatief alternatief wanneer chirurgie niet wenselijk of haalbaar is.

3

Postoperatieve radiotherapie vermindert het recidief-risico bij hoog-risico tumoren.

4

Goede cosmetische resultaten en beperkte morbiditeit bij radiotherapie.

5

Vroege multidisciplinaire bespreking optimaliseert de behandeling.

7. Casussen

Casus 1

10 december 2024



Klinische context

78-jarige patiënte

Voorgeschiedenis

14/09/2017: Basaalcelcarcinoom neustop

Huidig probleem

Groot letsel op de kruin

APO

Spinocellulair carcinoom, matig gedifferentieerd

MOC-besluit

Voorkeur heelkunde gevolgd door radiotherapie; patiënte wenst echter geen heelkunde. Alternatief: hygiënische radiotherapie.

Casus 1

CT schedel



12

CT schedel – lokaal uitgebreid

Heel uitgebreide tumorale huidlaesie op de kruin met significante aantasting van de diepere structuren.

Uitgebreide **osteolyse** van het schedeldak met ingroei tot op het niveau van de dura mater, die niet doorbroken lijkt.

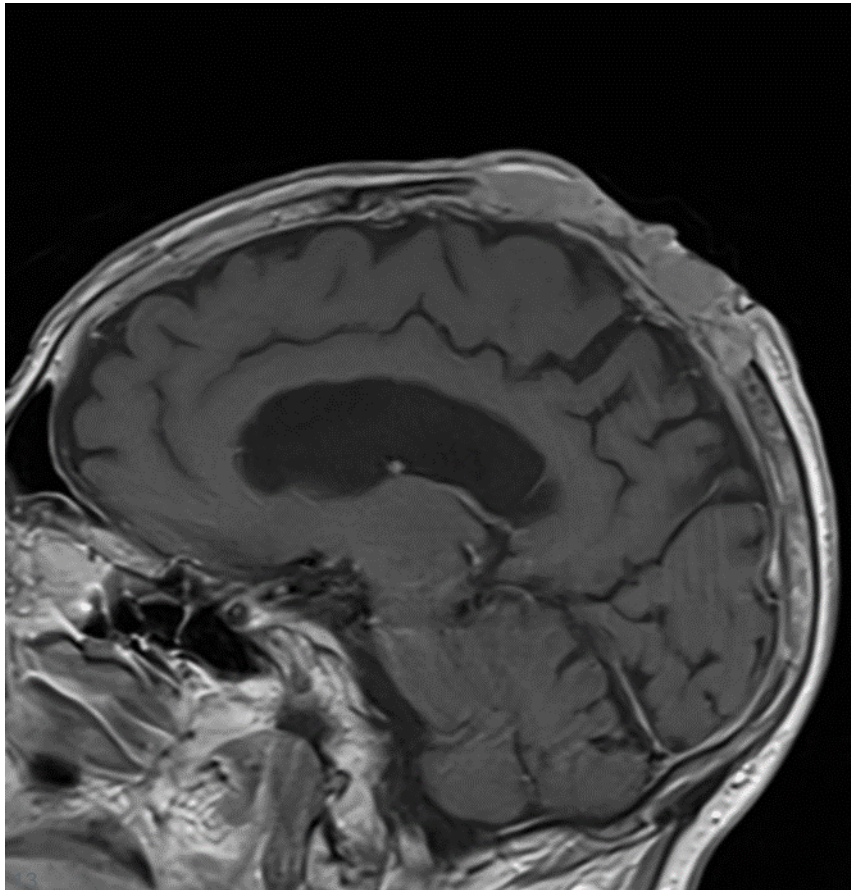
Geen metastatische klieren in de halsregio.

Geen CT thorax gezien hygiënische behandeling nodig, onafhankelijk van eventuele metastasen.

cT4N0Mx

Casus 1

MRI schedel



MRI – relatie met dura en veneuze sinus

Grote tumorale massa aan de huid pariëtaal bilateraal: **8 cm AP × 6 cm LL**.

Invasie doorheen en osteolyse van het schedeldak.

Onderliggende dura verdikt en contrast-aankleurend, suspect voor **durale invasie**.

Indruk van invasie van sinus sagittalis superior met beperkt tumorthrombus.

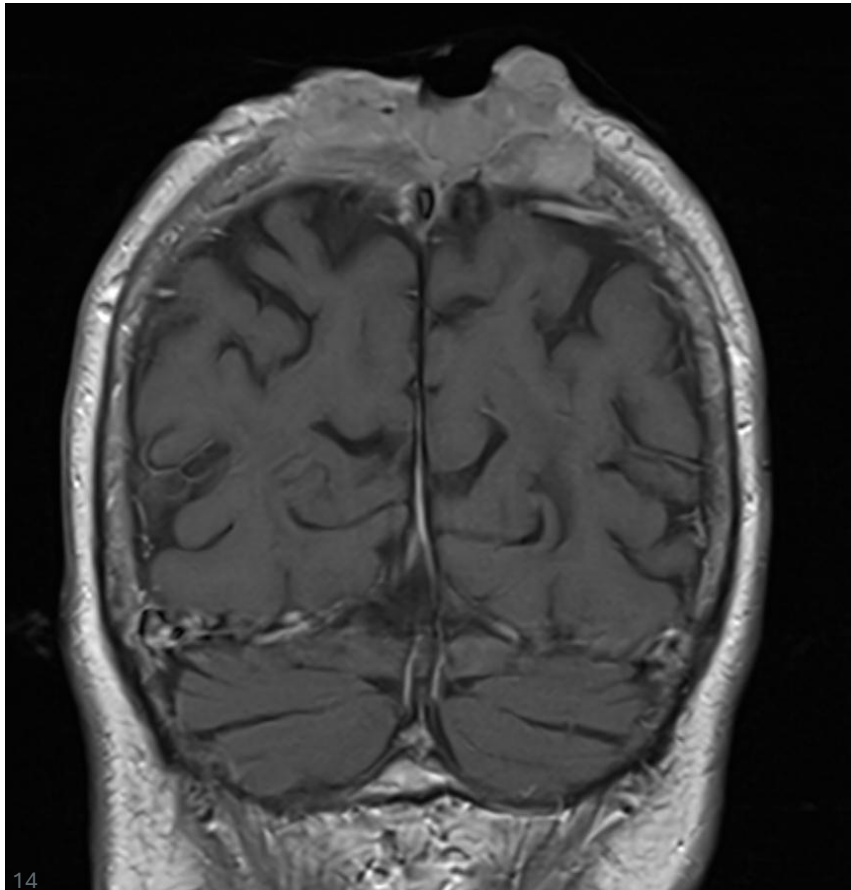
Geen evidentie voor cerebrale invasie.



Sint-Maarten
algemeen ziekenhuis
emmaüs

Casus 1

MRI schedel – tweede weergave



Beeldvorming bepaalt de behandelgrenzen

Tumor overschrijdt de huid en infiltreert het schedeldak.

Dura is verdikt en contrast-aankleurend: suspect voor invasie.

Beperkte tumorthrombus in de sinus sagittalis superior.

Geen cerebrale invasie.

Casus 1

Vorbereitung



Vorbereitung radiotherapie

Immobilisatiemateriaal: blokken, kussen, masker, bolus

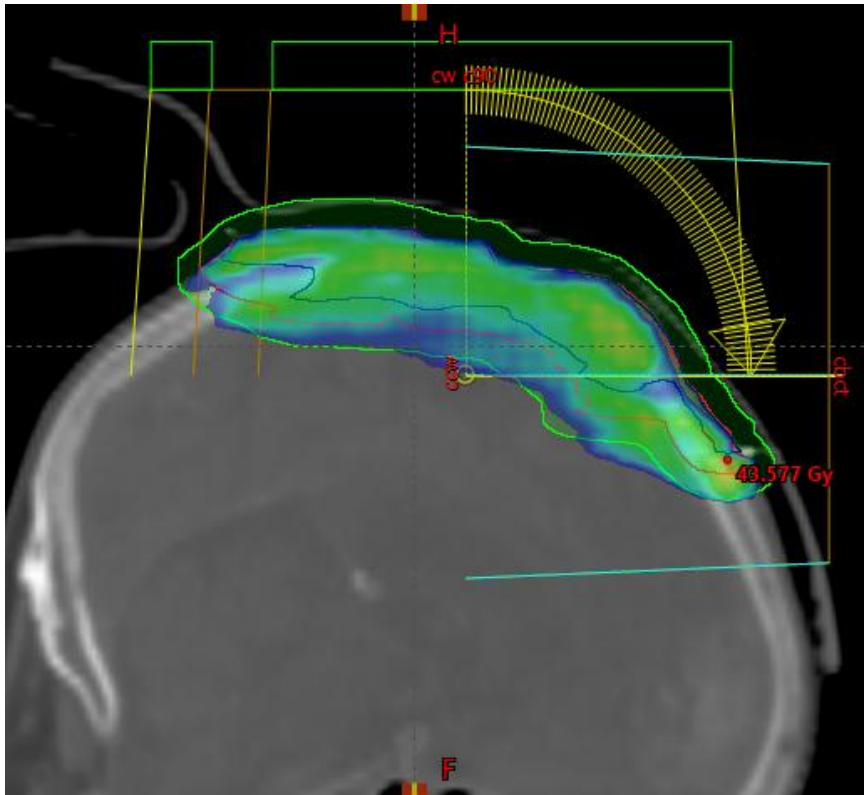
CT-simulatie

Individuele bestralingsplanning

Doel | betrouwbare positionering en adequate huid dosis, met aandacht voor dosis op hersenen.

Casus 1

2-15/01/2025



Behandelschema

10 × 4,2 Gy

2 weken therapie, dagelijks

Rekening gehouden met dosis op hersenen

Verloop tijdens RT | geen acute nevenwerkingen.

Casus 1

1 week na radiotherapie • 22/01/2025



Acute huidreactie

Haarverlies

Vochtige desquamatie

Wondzorg

Dagelijks reinigen met Flamirins om korsten los te maken

Mepitel-verband op de wonde

Casus 1

4 weken na radiotherapie • 12/02/2025



Herstel in evolutie

Haarverlies

Nog beperkte vochtige desquamatie

Wondzorg

Dagelijks reinigen met Flamirins

Flaminal hydro op vochtige huid

Mepitel-verband op de wonde

Casus 1

6 weken na radiotherapie • 25/02/2025



Klinisch herstel

Patiënte heeft geen last; gaat veel beter.

Kan terug op haar rug liggen zonder pijn.

Haarverlies

Nog beperkte vochtige desquamatie

Wondzorg: Flaminal hydro + Mepitel-verband

Casus 1

2 maanden na radiotherapie • 18/03/2025



Follow-up

Patiënte stelt het goed.

Haarverlies

Geen wondzorg meer nodig

Controle dermatologie augustus 2026

Centraal ingezonken litteken met **teleangiëctasieën** post-radiotherapie; enkele crustae aanwezig, geen erosies, geen argumenten voor locoregionaal recidief.

Casus 1

Voor en 2 maanden na therapie

VOOR



2 MAANDEN NA RT



Klinisch: duidelijke wondgenezing en symptoomverbetering.

Casus 2

December 2025



Klinische context

89-jarige patiënt

Voorgeschiedenis

MMSE: 25/30. Zeer passieve man. Zorgbehoevend.

Huidig probleem

Al jaren niet-genezende korst linkeroorhelix; fors ontstoken, pijnlijk, kraakbeen blootliggend.

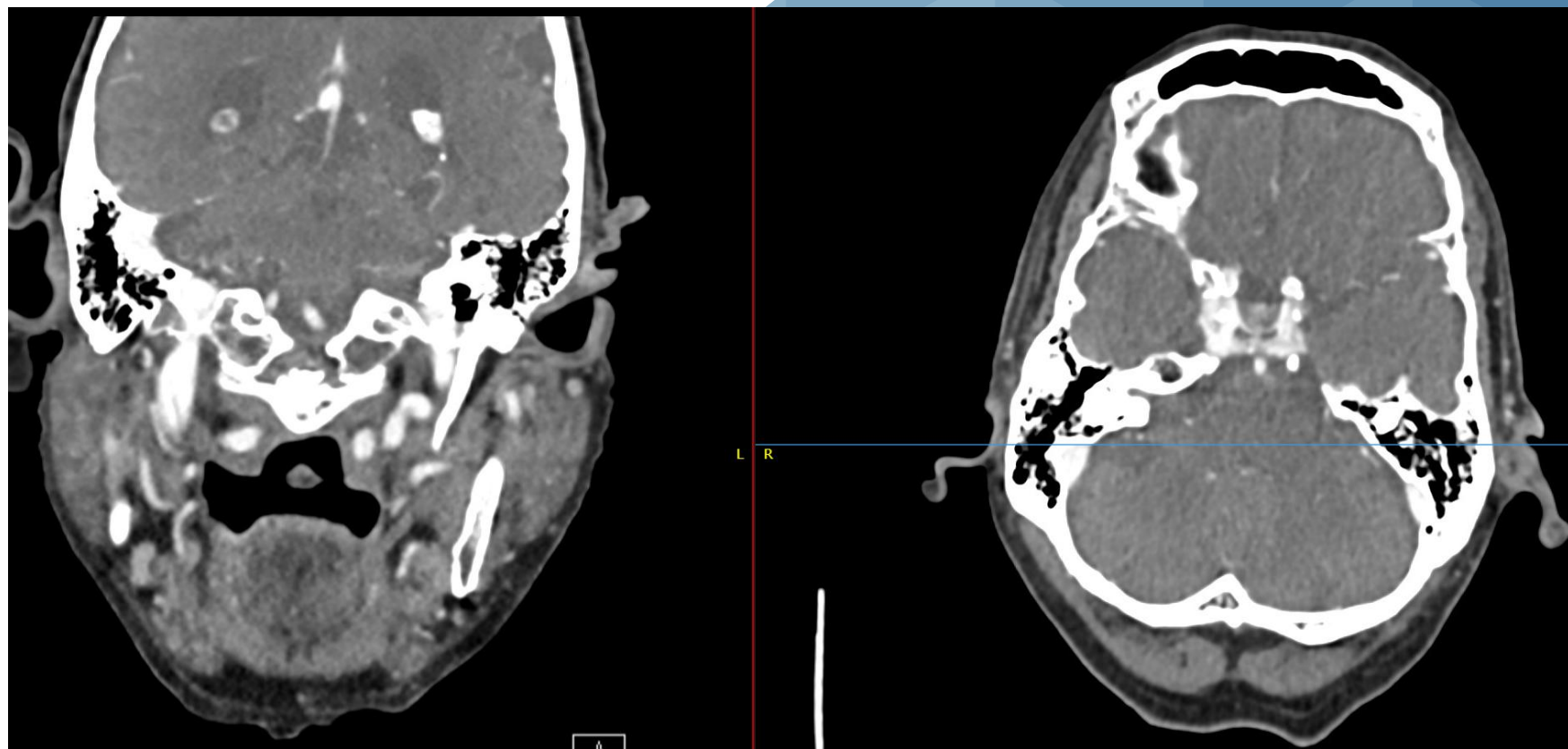
APO

Invasief plaveiselcelcarcinoom, matig (tot weinig) gedifferentieerd

Casus 2

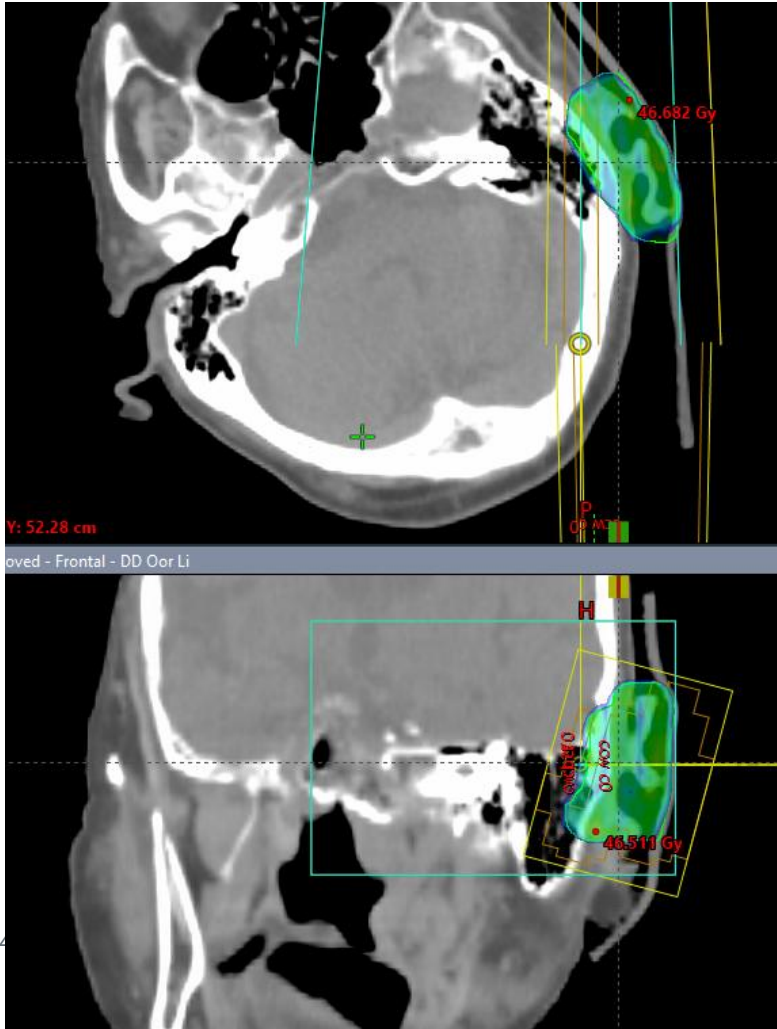
CT hals

Uitgebreide tumorale infiltratie van de linkeroorschelp tot tegen de bovenrand van de uitwendige gehoorgang. Geen botinvasie.



Casus 2

12-23/01/2026



Behandelbeslissing

Heelkunde gepland, doch geannuleerd door patiënt.

MOC

Hygiënische resectie/radiotherapie te overwegen.

Keuze

Gezien algemene conditie en op vraag van patiënt: hygiënische radiotherapie.

45 Gy in 10 fracties van 4,5 Gy

12-23 januari 2026 | 10 behandelfracties

Casus 2

1 week, 1 maand en 6 maanden later

NA 1 WEEK



NA 1 MAAND



NA 6 MAANDEN



Bedankt voor jullie aandacht!

Steeds bereikbaar voor overleg:
- 015 89 29 80
- julie.van.der.veen@emmaus.be



Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs