



Huidafwijkingen bij ouderen

Anton de Groot

Wat is het probleem?

Nieuw ontstane ongepigmenteerde huidlaesies bij ouderen zijn – vooral op aan zonlicht blootgestelde delen – vaak (pre)maligne. Een juiste diagnose is van groot belang voor de behandeling en prognose, maar de klinische beelden kunnen veel op elkaar lijken.

Wat moet ik weten?

Huidkanker wordt in Nederland jaarlijks bij ongeveer 36.000 mensen gediagnosticeerd. Daarbij komt het basaalcelcarcinoom het meest voor (75 tot 80% van het totaal), gevolgd door het plaveiselcelcarcinoom (10 tot 15%). Basaalcelcarcinomen zaaien zelden uit. Bij plaveiselcelcarcinomen kan lymfogene metastasering optreden; het risico is het grootst (20%) bij tumoren op de lip en de oren, en bij plaveiselcelcarcinomen die zijn ontstaan in een litteken (brandwond, röntgenlitteken). Een actinische keratose is een premaligne aandoening, die een kleine kans heeft (minder dan 1 per 1000 per jaar) om te degenereren tot een plaveiselcelcarcinoom. De prevalentie wordt geschat op 20% bij 60-plussers. Veel minder frequent is de Morbus Bowen, een intra-epidermaal plaveiselcelcarcinoom, dat incidenteel (3 tot 5%) invasief kan gaan groeien.

Al deze aandoeningen komen het meest voor bij mensen met een lichte huid (huidtypen I en II); overmatige blootstelling aan zonlicht (vroeger vooral beroepsmatig, tegenwoordig ook recreatief) is de belangrijkste etiologische factor. Patiënten met immuunsuppressie (orgaantransplantatie, hiv) hebben een sterk verhoogd risico op het ontstaan van actinische keratosen en plaveiselcelcarcinomen met een wat slechtere prognose.

Wat moet ik doen?

De huisarts inspecteert de laesie en andere aan zonlicht blootgestelde delen van de huid, er kunnen meer laesies aanwezig zijn. Hij zoekt naar de volgende klinische kenmerken.

Een basaalcelcarcinoom (figuur 1) is een in het hoofdhalsg gebied vaak solitair voorkomende solide tumor die meestal ontstaat op normaal uitzijnde huid. Het is een langzaam groeiende papel of plaque, al dan niet met een centrale ulceratie of crusta, vaak met teleangiëctasieën en een parelmoerglanzende rand.

Oppervlakkige basaalcelcarcinomen (figuur 2) komen vooral voor

Auteursgegevens

Dr. A.C. de Groot, arts, Wapserveen, voorheen dermatoloog in 's-Hertogenbosch.

Correspondentie: antondegroot@planet.nl

Figuur 1 Basaalcelcarcinoom



Foto: dr. J. Toonstra, dermatoloog

Figuur 2 Oppervlakkig basaalcelcarcinoom

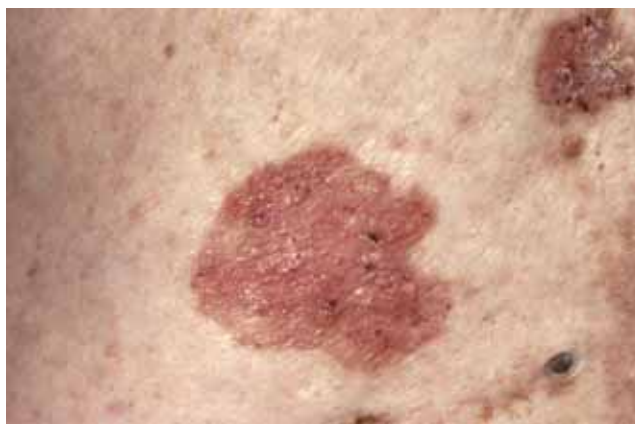


Foto: dr. J. Toonstra, dermatoloog

op de romp, soms met meerdere tegelijk. We zien een ovale plaque met iets verheven, onregelmatige, parelmoerglanzende rand met centraal atrofie, schilfering, eventueel erosies, crustae en papeltjes van tumorgroei. De tumor is soms gepigmenteerd en kan lijken op eczeemplekken, psoriasis en M. Bowen.

Een plaveiselcelcarcinoom (figuur 3) komt solitair voor: hoofdhalsg gebied, handruggen, bovenzijde onderarmen, oren en soms

Figuur 3 Plaveiselcelcarcinoom



Foto: dr. J. Toonstra, dermatoloog

op de slijmvliezen (mond en genitalia). Op de huid ontstaan ze bijna altijd op door de zon beschadigde delen (keratosen, elastoidosis, atrofie, pigmentverschuivingen). Na induratie van de huid ontstaat een plaque, tumor, verruceuze laesie of ulceratie, soms met ontstoken randen. Op de lippen en genitalia is een plaveiselcelcarcinoom vaak een niet genezende, gemakkelijk bloedende ulceratie.

Figuur 4 Actinische keratosen



Foto: dr. J. Toonstra, dermatoloog

Actinische keratosen (figuur 4) komen meestal multipel voor: hoofdhalsg gebied, handrug en bovenzijde onderarmen. Het zijn maculae of papels, 3 tot 10 mm groot, met ruw schilferend (keratose) meestal wit oppervlak, vaak op erythemateuze bodem. Bij het verwijderen van een keratose ziet de huisarts een hyperemische basis met traumatische bloeding. Snelle groei, toenemende induratie of inflammatie, gevoeligheid of bloeden kunnen wijzen op maligniteit.

M. Bowen (figuur 5) kan overal voorkomen, bij vrouwen vooral op de onderbenen. Dit intra-epidermaal carcinoom is een klein rood vlekje met enige (geel)witte schilfering dat zich geleidelijk uitbreidt met onregelmatige randen; later ontstaan crustae. Doorgaans iets verheven en vlak, soms hyperkeratotisch. M. Bowen kan lijken op eczeem, psoriasis, oppervlakkig basaalcelcarcinoom en actinische keratose.

Bij diagnostische twijfel neemt de huisarts een biopt. Bij een

Figuur 5 M. Bowen (intra-epidermaal plaveiselcelcarcinoom)



Foto: dr. J. Toonstra, dermatoloog

(mogelijk) plaveiselcelcarcinoom verwijst hij de patiënt naar de dermatoloog. De andere afwijkingen kan hij zelf behandelen. Een solide basaalcelcarcinoom wordt chirurgisch verwijderd. Voor een oppervlakkig basaalcelcarcinoom, actinische keratose en M. Bowen komt cryotherapie in aanmerking. Grote of multipole laesies behandelt hij met 5-fluorouracilcrème (bijvoorbeeld Idd gedurende 4 tot 8 weken) of imiquimodcrème (niet geregistreerd voor M. Bowen). Behandeling van kleine, asymptomatische actinische keratosen is niet noodzakelijk.

Wat moet ik uitleggen?

Controle is niet nodig na een radicaal geëxideerd solide basaalcelcarcinoom of enkele oppervlakkige actinische keratosen. Patiënten met multipole laesies, recidiverende afwijkingen en ernstige uv-schade van de huid moeten echter een- of tweemaal per jaar op controle komen, zonodig vaker. De huisarts instrueert patiënten over regelmatige zelfcontrole en raadt hen aan direct zonlicht zoveel mogelijk te vermijden en altijd voor passende bescherming te zorgen (kleding, hoofddekseel, zonnebrandcrème met hoge beschermingsfactor).

Literatuur

www.kwf.nl
www.huidarts.info
www.huidziekten.nl
www.huidinfo.nl
www.huidarts.com