

Brief aan de redactie als reactie op 3 publicaties in themanummer over huidkanker

Citation for published version (APA):

Mosterd, K., & Kelleners-Smeets, N. W. J. (2018). Brief aan de redactie als reactie op 3 publicaties in themanummer over huidkanker. *Nederlands Tijdschrift voor Plastische Chirurgie*, 9(2), 16-17.
[https://www.nvpc.nl/uploads/nummer_file/file-329NTPC_2018__9\(2\)_p16-7_Mosterd.pdf](https://www.nvpc.nl/uploads/nummer_file/file-329NTPC_2018__9(2)_p16-7_Mosterd.pdf)

Document status and date:

Published: 01/01/2018

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Taverne

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Brief aan de redactie als reactie op 3 publicaties in themanummer over huidkanker

K. Mosterd, N. Kelleners-Smeets

Geachte redactie,

Met interesse hebben wij kennisgenomen van de recente uitgave van het NTvPC met als thema 'Huidkanker' waarin drie artikelen gepubliceerd zijn over Mohs' micrografische chirurgie (MMC) en andere micrografische technieken. [1,2,3] Onder supervisie van collega Mouës-Vink verscheen een publicatie met het resultaat van een enquête onder plastisch chirurgen naar het gebruik en voorkomen van MMC en reconstructies [1], daaropvolgend een review van de literatuur over MMC en aanverwante technieken [2] en tot slot een retrospectieve studie naar een 'gemodificeerde mohstechniek'. [3]

Wij vinden het een goede zaak dat er een themanummer gewijd is aan huidkanker. Gezien de stijgende incidentie van huidkanker is breed gedragen kennis hieromtrent essentieel. Wij zijn tevens verheugd dat MMC nu ook binnen de plastisch chirurgie meer bekendheid krijgt. Graag willen wij echter reageren op een aantal feitelijke onjuistheden in de genoemde artikelen.

In het eerste artikel worden de resultaten beschreven van een enquête onder leden van de NVPC over het voorkomen van MMC en reconstructies. [1] De belangrijkste conclusies uit dit artikel zijn dat er een verandering wordt gezien in aanbod van patiënten die in aanmerking komen voor een reconstructie: er worden minder patiënten aangeboden en de patiënten die worden aangeboden hebben geregeld grotere defecten. Het is inderdaad eerder aangetoond dat defecten na MMC kleiner zijn dan na conventionele chirurgie in hoogrisicotumoren van het aangezicht die niet in één excisie/mohsronde radicaal zijn. [4] Dit is naast radicaliteit ook een belangrijk doel van MMC. Dat dit leidt tot minder complexe reconstructies is een logisch gevolg. Daarnaast wordt de dermatoloog binnen de opleiding tot 'dermatoloog met aantekening MMC' opgeleid in reconstructieve vaardigheden en zal het defect dus in vele gevallen aansluitend door de dermatoloog zelf gereconstrueerd kunnen worden. De grotere defecten die wel worden aangeboden, betreffen de defecten van grotere tumoren of dieper groeiende tumoren waarbij vaak meerdere rondes hebben plaatsgevonden: de meer ernstige en uitgebreide casus. De auteurs geven

twee verklaringen voor de opvallend grote of diepe defecten. In deze verklaringen kunnen wij ons niet vinden. De eerste verklaring is dat de grootte van het defect het gevolg is van tissue handling en de ervaring van degene die het weefsel eruit snijdt. Bij de eerste mohsronde wordt over het algemeen een krappe marge van 1-2 millimeter rond de tumor genomen, waarbij zo nodig gebruikgemaakt wordt van dermatoscopie om de begrenzing beter vast te stellen. De diepte van de eerste mohsronde wordt gekozen op basis van de dieptegroei op het diagnostische biopt of op basis van klinische kenmerken zoals bijvoorbeeld ulceratie en klinische invasie. Zo nodig wordt de chirurgie voorafgegaan door beeldvorming (MRI). Door de auteurs wordt gesuggereerd dat basaalcelcarcinomen zich uitbreiden tot aan de basale lamina. Dit is een misvatting: basaalcelcarcinomen ontstaan weliswaar vanuit de basale laag van de epidermis, maar breiden zich van daaruit naar de dermis en dieper gelegen weefsel zoals subcutaan vet, spier of verder. Indien een basaalcelcarcinoom zich beperkt tot de epidermis hebben we te maken met een superficiael basaalcelcarcinoom dat niet in alle gevallen chirurgisch behandeld hoeft te worden. [5] Als tweede verklaring voor grotere defecten wordt beschreven dat door horizontale weefselanalyse het zicht over de verticale groei ofwel de diepte van de huidtumor verloren raakt. Het klopt dat de interpretatie van mohscoupees aparte deskundigheid vereist. Voor een dermatoloog met aantekening MMC is dieptegroei echter heel goed te onderscheiden van groei naar laterale snijvlakken, juist door het kleuren van het preparaat en de goede kennis van de anatomie van de huid. Doordat de dermatoloog vervolgens zelf de coupes bekijkt, weet deze ook de exacte locatie van de tumor te bepalen. Uit een studie uitgevoerd in meerdere centra voor MMC in Nederland blijkt dat de betrouwbaarheid van beoordeling van mohscoupees door de dermatoloog vergelijkbaar is met die van de patholoog. [6] Het baart ons zorgen dat door de ondervraagden defecten relatief vaak vroegtijdig gesloten worden met transplantaat of reconstructie terwijl er nog geen histopathologische uitslag is. Het verweer dat er een protocollaire marge van 3-5 mm is nagestreefd, vinden wij onvoldoende om dergelijke praktijken te verdedigen, aangezien blijkt dat bij hoogrisicotumoren (de tumoren die voor MMC in aanmerking komen) 18% niet radicaal blijkt na een excisie met 3 mm marge en bij recidief tumoren zelfs 32%. [4]

Wij kunnen de auteurs geruststellen in de angst dat er een ongebreidelde toename is in indicatiestelling voor MMC. In-

Klara Mosterd, dermatoloog, afdeling Dermatologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum

Nicole Kelleners-Smeets, dermatoloog, afdeling Dermatologie, Maastricht Universitair Medisch Centrum

derdaad zijn er 'appropriate use criteria for Mohs micrographic surgery' vastgesteld door dermatologen uit de Verenigde Staten, die een zeer ruime indicatie stellen voor deze verrichting. [7] Wij menen dat deze situatie niet wenselijk is en dat MMC moet worden voorbehouden aan hoogrisicobasaalcelcarcinomen en plaveiselcelcarcinomen in het gelaat. [8]. Dit is ook het standpunt van onze multidisciplinaire richtlijnen basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom. De toename van het aantal centra dat MMC aanbiedt komt voort uit een jarenlange ondervetegenwoordiging van MMC in Nederland met daarnaast een nog steeds groeiend aantal patiënten met non-melanoma-huidkanker.

In de systematische review van 2 verschillende technieken die gebruikmaken van directe diagnostiek, wordt geconcludeerd dat vergelijkbare lage recidiefpercentages worden gerapporteerd in studies die beide behandelmethoden separaat analyseerden. Uit tabel 2 en 3 wordt meteen duidelijk dat niet alleen het aantal studies naar MMC twee keer zo groot is, maar dat er ook een groot verschil is in kwaliteit. Er is slechts 1 prospectieve studie die een andere methode heeft onderzocht, vergeleken met 10 prospectieve studies naar MMC, waaronder een RCT. Het dient ook te worden opgemerkt dat vrijwel alle studies naar andere methoden zijn uitgevoerd op peri-oculaire tumoren. In het geval van een tumor op de oogleden, wordt bij MMC ook vaak gebruikgemaakt van een andere inbedmethode die veel weg heeft van de beschreven en face-methode.

Het derde artikel in de reeks betreft de publicatie van een retrospectieve studie naar behandeling met de whole specimen frozen section analysis (WIFSA) -techniek. Er wordt gebruikgemaakt van een reguliere inbedding volgens de zogenaamde bread-loaf (broodsnede) -techniek, maar histologisch onderzoek vindt plaats op vriescoupes en kan dus direct plaatsvinden. Wij hechten een groot belang aan het beoordelen van de radicaliteit, alvorens een reconstructie uit te voeren en zien in dat opzicht zeker een meerwaarde van het toepassen van de beschreven vriescoupetechniek boven het direct sluiten van defecten. De broodsnedemethode gebruikt bij de WIFSA-techniek is echter dezelfde manier van beoordelen die wordt toegepast bij regulair pathologisch onderzoek op paraffinecoupes. Bij MMC wordt 100% van de resectierand beoordeeld door de behandelaar zelf waardoor nauwkeurig een aanvullende resectie kan plaatsvinden. Bij de broodsnedetechniek wordt slechts 1-2% van het snijvlak in beeld gebracht. [9] De RCT die beide technieken vergelijkt (controle middels MMC vs. controle middels bread-loaf-techniek) is reeds uitgevoerd. [4, 10] Met deze RCT werd aangetoond dat er minder recidieven optreden bij behandeling van hoog risico primaire en recidief basaalcelcarcinomen in het gelaat met MMC dan na een conventionele excisie met coupes beoordeeld volgens de bread-loaf-techniek en dat recidieven zelfs nog kunnen optreden tot 10 jaar na de ingreep. [11] Om die reden denken wij dat het niet noodzakelijk is om een RCT gericht op effectiviteit te herhalen. Een vergelijking van kosten zou mogelijk de moeite waard zijn, al zijn wij van mening dat een mogelijke besparing nooit ten koste moet gaan van de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Wij zijn verheugd te lezen dat het grootste deel van de onderzochte plastische chirurgen een goede samenwerking heeft met de dermatologen en hechten hier zelf ook veel waarde aan. Wij zijn ervan overtuigd dat het onderling overleg en bij voorkeur gezamenlijk zien van patiënten met complexe huidtumoren zowel de wederzijdse waardering verhoogt als ook de patiëntenzorg ten goede komt.

REFERENTIES

1. Noordzij N, Westra I, Guitton TG, Mouës-Vink CM. *Verdwijnt de reconstructie na huidkanker uit het palet van de plastisch chirurg? Resultaten van een vragenlijst naar het gebruik en voorkomen van Mohs en reconstructies.* *Ned Tijdschr v Plast Chir* 2018;1:9-13.
2. Strooker JA, Schouten MEL, Hop J, Mouës-Vink CM. *To MOHS or not to MOHS, that's the Question. Systematic review van de literatuur.* *Ned Tijdschr v Plast Chir* 2018;1:14-21.
3. Kedilioglu MA, Bos PG, Jong K de. *Effectieve behandeling van basaalcelcarcinomen in het gelaat met de gemodificeerde mohstechniek.* *Ned Tijdschr v Plast Chir* 2018;1:22-5.
4. Smeets NW, Krekels GA, Ostertag JU, et al. *Surgical excision vs Mohs' micrographic surgery for basal-cell carcinoma of the face: randomised controlled trial.* *Lancet* 2004;364:1766-72.
5. Arits AH, Mosterd K, Essers BA, et al. *Photodynamic therapy versus topical imiquimod versus topical fluorouracil for treatment of superficial basal-cell carcinoma: a single blind, non-inferiority, randomised controlled trial.* *Lancet Oncol* 2013;4:647-54.
6. Lee CB van, Ip Vai Ching EE, Nasserinejad K, et al. *Br J Dermatol* 2016;175(3):549-54.
7. Connolly SM, Baker DR, Coldiron BM, et al. *AAD/ACMS/ASDSA/ASMS 2012 appropriate use criteria for Mohs micrographic surgery: a report of the American Academy of Dermatology, American College of Mohs Surgery, American Society for Dermatologic Surgery Association, and the American Society for Mohs Surgery.* *J Am Acad Dermatol* 2012;67(4):531-50.
8. Kelleners-Smeets NW, Mosterd K. *Comment on 2012 appropriate use criteria for Mohs micrographic surgery.* *J Am Acad Dermatol* 2013;69(2):317-8.
9. Morris DS et al. *Periocular basal cell carcinoma: 5-year outcome following Slow Mohs surgery with formalin-fixed paraffin-embedded sections and delayed closure.* *Br J Ophthalmol* 2009;93(4):474-6.
10. Mosterd K, Krekels GA, Nieman FH, et al. *Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for primary and recurrent basal-cell carcinoma of the face: a prospective randomised controlled trial with 5-years' follow-up.* *Lancet Oncol* 2008;9(12):1149-56.
11. Loo E van, Mosterd K, Krekels GA, et al. *Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: A randomised clinical trial with 10 year follow-up.* *Eur J Cancer* 2014;50(17):3011-20.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Klara Mosterd

E-mail: k.mosterd@mumc.nl