

Huidkanker

KWF
KANKER
BESTRIJDING



Inhoud

Voor wie is deze brochure?	3
Wat is kanker?	4
Het lymfestelsel	6
De huid	8
Huidkanker	10
Oorzaken	11
Basaalcelcarcinoom	16
Plaveiselcelcarcinoom	18
Het melanoom	20
Premaligne afwijkingen van de huid	22
Onderzoek voor de diagnose	23
Behandeling	24
Controle na de behandeling	30
Geneeskansen	33
Onderzoek naar nieuwe behandelingen	34
Wilt u meer informatie?	38

Voor wie is deze brochure?

Deze brochure is bedoeld voor mensen die onderzocht of behandeld worden omdat zij (mogelijk) huidkanker hebben.

De diagnose kanker, of de mogelijkheid dat daar sprake van is, roept bij de meeste mensen onmiddellijk vragen en emoties op. In korte tijd krijgt u veel te horen: over de ziekte, de onderzoeken die mogelijk volgen en de behandeling die uw arts u adviseert. Het is niet altijd makkelijk die informatie te begrijpen, te onthouden en te verwerken. Deze brochure is bedoeld als ondersteuning.

U kunt de brochure natuurlijk ook laten lezen aan mensen in uw omgeving.

Misschien heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen. Als dat vragen zijn over uw eigen diagnose of behandeling, stel die dan aan uw specialist of huisarts. Schrijf uw vragen vooraf op, zodat u niets vergeet.

Als patiënt heeft u onder meer recht op goede en volledige informatie over uw ziekte en behandeling, zodat u zelf kunt meebeslissen. Deze rechten zijn wettelijk vastgelegd. Voor meer informatie, kijk achter in deze brochure bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Meer informatie over kanker kunt u vinden op www.kwfkankerbestrijding.nl.

© KWF Kankerbestrijding, zomer 2009

Deze informatie is gebaseerd op door de VIKC gepubliceerde medische richtlijnen. De tekst is tot stand gekomen met medewerking van deskundigen uit diverse beroepsgroepen, waaronder huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en andere paramedici en vertegenwoordigers van kankerpatiëntenorganisaties.

KWF Kankerbestrijding gaat voorop in de strijd. Dat doen we niet alleen. Maar samen met patiënten, artsen, wetenschappers, collectanten, donateurs, bedrijven en vrijwilligers. Samen strijden we voor minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven.

KWF Kanker Infolijn 0800 - 022 66 22 (gratis)

Informatie en advies voor kankerpatiënten en hun naasten

KWF Geverslijn: 0900 - 202 00 41 (€ 0,01/m)

Giro 26000

www.kwfkankerbestrijding.nl

Wat is kanker?

Kanker is een verzamelnaam voor meer dan honderd verschillende ziekten. Al deze verschillende soorten kanker hebben één gemeenschappelijk kenmerk: een ongeremde deling van lichaamscellen.

Celdeling

Ons lichaam is opgebouwd uit miljarden bouwstenen: de cellen. Voortdurend maakt ons lichaam nieuwe cellen. Op die manier kan het lichaam groeien en beschadigde en verouderde cellen vervangen. Nieuwe cellen ontstaan door celdeling. Bij celdeling ontstaan uit één cel twee nieuwe cellen, uit deze twee cellen ontstaan er vier, dan acht, enzovoort.

Geregelde celdeling

Gewoonlijk regelt het lichaam de celdeling goed. Elke celkern bevat informatie die bepaalt wanneer de cel moet gaan delen en wanneer zij daar weer mee moet stoppen. Deze informatie ligt vast in onze genen en wordt doorgegeven van ouder op kind. Dit erfelijk materiaal (DNA) komt voor in de kern van elke lichaamscel.

Ontregelde celdeling

Bij zoveel miljoenen celdelingen per dag, kan er iets mis gaan. Dit kan door toeval, maar ook door allerlei schadelijke invloeden: bijvoorbeeld door roken of overmatig zonlicht.

Doorgaans zorgen 'reparatiegenen' voor herstel van de schade. Soms echter faalt dat beschermings-systeem. Dan gaan genen die de deling, groei en ontwikkeling van een cel regelen, fouten vertonen. Treden er verschillende van dat soort fouten op in dezelfde cel, dan gaat deze zich ongecontroleerd delen en ontstaat er een **gezwel** of **tumor**.

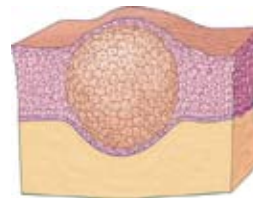
Goed- en kwaadaardig

Er zijn goedaardige en kwaadaardige tumoren. Alleen bij kwaadaardige tumoren is er sprake van kanker. Tumor is een ander woord voor gezwel.

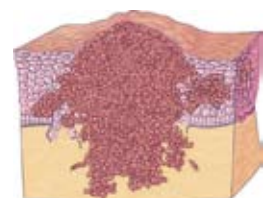
- **Goedaardige** gezwellen, bijvoorbeeld wratten, groeien niet door andere weefsels heen en verspreiden zich niet door het lichaam. Wél kan zo'n tumor tegen omliggende weefsels of organen drukken. Dit kan een reden zijn om het gezwel te verwijderen.
- Bij **kwaadaardige** tumoren zijn de genen die de cellen onder controle houden zo beschadigd, dat de cellen zich zeer afwijkend gaan gedragen. Zij kunnen omliggende weefsels en organen binnendringen en daar ook groeien. Zij kunnen ook uitzaaien.

Uitzaaiingen

Van een kwaadaardige tumor kunnen cellen losraken. Die kankercellen kunnen via het bloed en/of de lymfe ergens anders in het lichaam terechtkomen en ook daar uitgroeien tot gezwellen. Dit zijn **uitzaaiingen** (metastasen).



1. **Goedaardig gezwel**
De gevormde cellen dringen omliggend weefsel niet binnen.



Kwaadaardig gezwel
De gevormde cellen dringen omliggend weefsel wel binnen.

Het lymfestelsel

Kankercellen kunnen worden verplaatst via het bloed en/of de lymfe. Het systeem van bloedvaten is u waarschijnlijk wel bekend. Hoe het lymfestelsel eruit ziet en werkt, kunt u hier lezen.

Het lymfestelsel bestaat uit lymfevaten, lymfeklieren en lymfeklierweefsel dat zich in verschillende organen bevindt. Op illustratie 2 wordt het lymfestelsel schematisch weergegeven.

Het lymfestelsel speelt een belangrijke rol bij de afweer van ons lichaam. Onze afweer verdedigt ons tegen virussen, bacteriën en andere organismen die ons ziek kunnen maken.

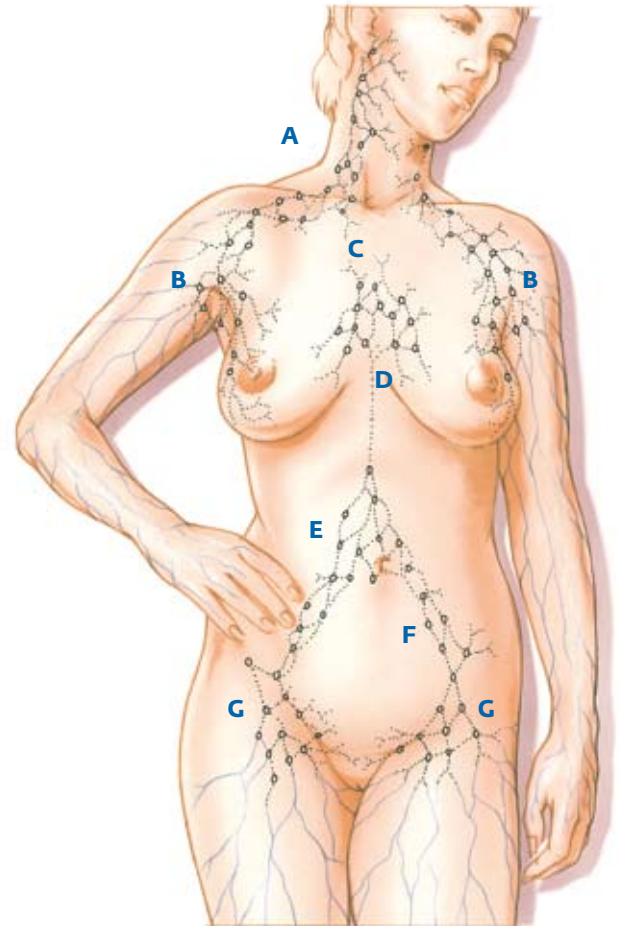
Lymfevaten vormen de kanalen van het lymfestelsel. Deze vaten worden vanuit het lichaamsweefsel gevuld met een kleurloze vloeistof: lymfe. De lymfe neemt vocht en afvalstoffen uit het lichaam op. Via steeds grotere lymfevaten komt de lymfe uiteindelijk in de bloedbaan terecht. Voordat de lymfe in het bloed komt, passeert zij ten minste één lymfeklier.

Lymfeklieren zijn de zuiveringsstations van het lymfestelsel: daarin worden ziekteverwekkers - vooral bacteriën en virussen - onschadelijk gemaakt. Op diverse plaatsen in ons lichaam komen groepen lymfeklieren voor, de 'lymfeklierregio's':

- in de hals (A)
- in de oksels (B)
- langs de luchtpijp (C)
- bij de longen (D)
- bij de darmen en achter in de buikholte (E)
- in de bekkenstreek (F)
- in de liezen (G)

Lymfeklierweefsel komt - behalve in de lymfeklieren - ook voor in andere organen, zoals in de keelholte, de milt, de darmwand en het beenmerg.

Kankercellen kunnen losraken van een tumor en in een lymfevat terecht komen. In de lymfeklier(en) waar de kankercellen als eerste langskomen, kan dan een nieuwe tumor ontstaan: een lymfeklieruitzaaiing.



2.
Het lymfestelsel

De huid

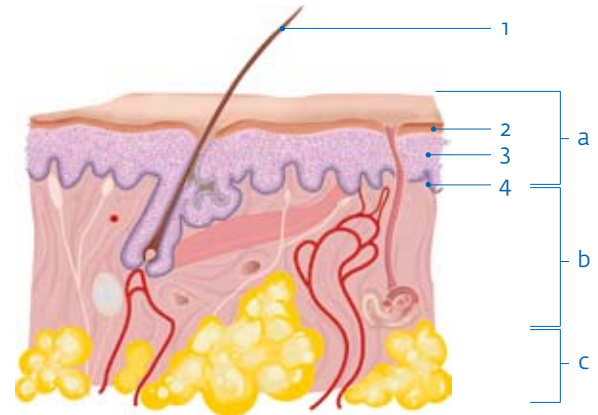
Onze huid heeft verschillende taken:

- De huid beschermt ons lichaam, bijvoorbeeld tegen infecties en ultraviolette straling (UV). Het vormt een barrière tussen onze binnenkant en de buitenwereld.
- Via de huid kunnen we signalen uit de omgeving waarnemen: pijn-, tast- en warmteprikkels worden via de huidzenuwen naar onze hersenen gevoerd. Daar worden deze prikkels omgezet in gevoel.
- Ten slotte is de huid van groot belang voor het regelen van de lichaamstemperatuur. De zweetklieren in de huid leveren hieraan een belangrijke bijdrage.

De huid van ons lichaam bestaat uit drie lagen (zie illustratie 3):

- De bovenste laag: de **opperhuid**. Deze bestaat uit verhoornde cellen: de keratinocyten. Verder bevinden zich in de opperhuid onder meer pigmentcellen: de melanocyten.
- De middelste laag: de **lederhuid**. Deze bestaat uit bindweefsel, ook wel steunweefsel genoemd. Daarin bevinden zich onder meer: zweetklieren, haarwortels met talgklieren, bloed- en lymfevaten, zintuigcellen en zenuwuiteinden.
- De onderste laag: het **onderhuids bindweefsel**. Dit dient hoofdzakelijk als steunweefsel en bestaat voornamelijk uit vetcellen.

De onderste, basale cellen van de opperhuid (keratinocyten) delen zich. Zo ontstaan nieuwe huidcellen. In de loop van ongeveer een maand schuiven deze nieuwe cellen naar boven en in die tijd veranderen zij van vorm. In het begin zijn zij rond of ovaal, daarna worden zij hoekiger en ten slotte worden zij ook platter. Men spreekt dan van plaveiselcellen. Uiteindelijk verhoornen de keratinocyten en sterven zij af. Dit dode, verhoornde materiaal (hoornlaag) wordt daarna afgestoten in de vorm van schilfertjes.



3- Doorsnede van de huid

a. opperhuid

1. haar
2. hoornlaag
3. plaveiselcellen
4. basale cellaag

b. lederhuid

c. onderhuids bindweefsel

De aanmaak van nieuwe cellen en de afstoting van dood materiaal houden elkaar in een voortdurend evenwicht.

De pigmentcellen of melanocyten bevinden zich eveneens in de onderste laag van de opperhuid. Onder invloed van ultraviolette straling uit bijvoorbeeld zonlicht of zonne-apparatuur vormen melanocyten het bruine huidpigment. Bij een huid die bruint, wordt dit pigment afgegeven aan de andere cellen in de opperhuid.

Onze haren en nagels groeien vanuit uitstulpingen van de opperhuid die diep in de lederhuid liggen.

Huidkanker

Huidkanker is de meest voorkomende soort kanker in Nederland. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Huidkanker wordt per jaar naar schatting bij zo'n 36.000 mensen vastgesteld.

Huidkanker ontstaat vrijwel altijd in de opperhuid. De twee vormen van huidkanker die ontstaan uit de cellen van de opperhuid zelf, het **basaalcelcarcinoom** (zie pagina 16) en het **plaveiselcelcarcinoom** (zie pagina 18), komen het meeste voor. Samen vormen zij ongeveer 90% van de huidtumoren. Basaalcelcarcinoom komt veruit het meeste voor.

Het **melanoom** (zie pagina 20) ontstaat uit de pigmentcellen in de opperhuid. Het komt bij circa 10% van de patiënten met huidkanker voor. Kijk voor meer informatie op onze website of bestel de brochure.

Er bestaan nog enkele andere vormen van huidkanker. Deze komen echter zo zelden voor dat ze niet in deze brochure worden besproken.

Naast de hier genoemde vormen van huidkanker zijn er huidafwijkingen die geen kanker zijn, maar dat wel kunnen worden. Men noemt dit **premaligne afwijkingen** of voorstadia van kanker. Op pagina 22 kunt u hierover meer lezen.

Huidtumoren kunnen (tegelijktijd) op meerdere plekken op de huid ontstaan. Hierdoor moeten veel patiënten meer dan een keer behandeld worden.

In Nederland krijgen ongeveer 160 mensen per jaar te horen dat zij een **non-Hodgkin-lymfoom** in de huid hebben. Deze soort kanker wordt ook wel primair cutaan non-Hodgkin-lymfoom of mycosis fungoides genoemd. Kijk voor meer informatie over dit huidlymfoom op onze website of bestel de brochure.

Oorzaken

Bij veel patiënten met huidkanker is de ziekte mede ontstaan door overmatige blootstelling aan ultraviolette straling. Deze straling komt van nature voor in zonlicht. Bij zonne-apparatuur zoals solaría, zonnebanken en hoogtezonnen past men ultraviolette straling op een kunstmatige manier toe.

Ultraviolette straling

Bij het ontstaan van huidkanker legt men onder meer verband met:

- De totale hoeveelheid ultraviolette straling die iemand in de loop van zijn leven opdoet. De ultraviolette straling van de zon en van zonneapparatuur moeten bij elkaar worden opgeteld.
- Een overmatige blootstelling aan ultraviolette straling tijdens de kinderjaren (tot ongeveer 15 jaar). Hoe hoger de UV-belasting in de jeugd jaren, hoe groter het risico van huidkanker op latere leeftijd.
- Het aantal keren dat iemand is verbrand. Naarmate iemand in zijn leven vaker verbrandt, neemt het risico op huidkanker toe.

Bescherming – Bij bijna iedereen wordt de huid dikker door blootstelling aan ultraviolette straling. Deze verdikking werkt als een automatisch beschermingsmechanisme. De ultraviolette straling kan hierdoor minder diep in de huid doordringen. Een andere vorm van bescherming treedt op door bruining van de huid. Dit geldt overigens niet voor iedereen in gelijke mate. Mensen met een van nature lichte huid zijn gevoeliger voor ultraviolette straling. Als zij veel in de zon komen en/of veel gebruikmaken van zonne-apparatuur, zullen zij hiervan vaker schadelijke gevolgen ondervinden dan mensen met een van nature wat donkerder huid. Daarom raadt men mensen met een lichte huid af om te zonnen of gebruik te maken van zonne-apparatuur.

Mensen met een donkerder huid zijn daarentegen redelijk goed beschermd.

Voor mensen met een lichte huid geldt, dat ten gevolge van veel en langdurig blootstaan aan ultraviolette straling de cellen van de opperhuid ernstig beschadigd kunnen raken. Daardoor kan na vele jaren huidkanker ontstaan. Huidkanker is als het ware de uitkomst van een optelsom van al die huidbeschadigingen vanaf de kinderjaren.

Bij mensen die lang in de tropen of hoog in de bergen hebben gewoond, komt huidkanker veel voor. Maar tegenwoordig treedt huidkanker ook bij de doorsneebevolking steeds vaker op. Dit komt doordat mensen sinds tientallen jaren vaker in de zon komen, massaal op zon- en/of wintersportvakantie gaan en/of vaker gebruikmaken van zonne-apparatuur. Ook kinderen komen veel vaker en bloter in de zon dan vroeger.

Positieve kanten – Zonlicht heeft ook positieve kanten. Het bevordert de aanmaak van vitamine D, wat we nodig hebben om gezond te blijven. Het is goed voor sterke botten en tanden, en speelt een belangrijke rol bij het in stand houden van de weerstand.

Ook kan ultraviolette straling helpen bij een aantal huidaandoeningen zoals acne, psoriasis en sommige vormen van eczeem.

Gezonde voeding levert een deel van de noodzakelijke vitamine D. Zonlicht is de belangrijkste bron. Daarvoor is regelmatig buiten zijn voldoende. Als de huid te veel ultraviolette straling krijgt, is dat schadelijk. Dit geldt zowel voor natuurlijke als kunstmatige ultraviolette straling.

Meer risico

Bepaalde lichamelijke kenmerken die worden geërfd, beïnvloeden het risico op het krijgen van huidkanker.

Het gaat dan met name om het **huidtype** dat door overerving wordt bepaald. Zo lopen mensen met een lichte huid meer risico op huidkanker dan mensen met een donkere huid.

Bij sommige huidafwijkingen bestaat een verhoogd risico dat zij ontaarden in huidkanker. Een voorbeeld daarvan is **dysplastische naevi**. Mensen hebben dan over het hele lichaam een groot aantal of afwijkende moedervlekken. Dysplastische naevi verschillen onderling niet alleen in grootte, maar ook in vorm en kleur.



4. Dysplastische naevi

Mensen die op **jongere leeftijd zijn bestraald voor een huidaandoening** lopen een verhoogd risico op huidkanker op en rond de bestraalde plek.

Ook mensen die een **orgaantransplantatie** hebben ondergaan, bijvoorbeeld een niertransplantatie, hebben een toegenomen risico om huidkanker (met name plaveiselcelcarcinoom) te krijgen. Dit komt door de medicijnen die zij vanwege de transplantatie

(hebben) moeten gebruiken. Zij moeten voorzorgsmaatregelen in acht nemen bij de blootstelling aan ultraviolette straling.

Erfelijke huidkanker

Er zijn twee vormen bekend van een erfelijke aanleg voor huidkanker:

- voor het melanoom: FAMMM-syndroom
- voor het basaalcelcarcinoom: Naevoïd basaalcelcarcinoom-syndroom (NBCCS)

FAMMM-syndroom – Van het FAMMM-syndroom (familial atypical multiple mole melanoma) is sprake bij:

- Families waarin twee naaste familieleden (ouders, kinderen, broers en zussen) een melanoom hebben (gehad).
- Families waarin melanoom voorkomt bij drie of meer niet-naaste familieleden aan dezelfde kant van de familie. Zoals (over)grootouders, (kinderen van) ooms en tantes, (klein)kinderen van broers en zussen en (achter)kleinkinderen.

Familie-onderzoek is dan nodig. Men onderzoekt dan alle naaste familieleden (ouders, kinderen, broers en zussen) op de aanwezigheid van deze aandoening. Als er inderdaad sprake is van erfelijk melanoom, dan krijgen de naaste familieleden het advies zich jaarlijks te laten controleren door de huidarts (dermatoloog). Zodra bij hen een moedervlek verandert, moeten zij deze laten verwijderen voor nader onderzoek.

Naevoïd basaalcelcarcinoom-syndroom (NBCCS) –

Ongeveer 1 tot 5% van alle mensen met een basaalcelcarcinoom op jonge leeftijd of met meerdere basaalcelcarcinomen, heeft de ziekte gekregen door een

erfelijke aanleg. Een andere naam voor NBCCS is het syndroom van Gorlin.

Kenmerken van het erfelijk basaalcelcarcinoom zijn:

- Het voorkomen van een basaalcelcarcinoom op jonge leeftijd.
- Het voorkomen van meerdere basaalcelcarcinomen.
- Het voorkomen van andere afwijkingen, waaronder:
 - kaakcysten (goedaardige afwijkingen)
 - huidafwijkingen aan handen en voeten
 - skeletafwijkingen
 - goedaardige tumoren van de eierstokken en van het hart

Mensen met NBCCS hebben vrijwel 100% kans om een of meer kenmerken te ontwikkelen. Families met NBCCS worden op de genoemde afwijkingen gecontroleerd.

Kijk voor meer informatie over erfelijke vormen van huidkanker op onze website.

Huidkanker is, evenals alle andere soorten kanker, **niet besmettelijk**.

Basaalcelcarcinoom

Bij ongeveer 75% van de mensen met huidkanker gaat het om een basaalcelcarcinoom. Deze vorm van huidkanker komt vooral voor bij mensen van 45 jaar en ouder. Maar ook jongere mensen kunnen een basaalcelcarcinoom krijgen.

Groeiwijze

Het basaalcelcarcinoom groeit zeer langzaam en zaait, uitzonderingen daargelaten, nooit uit. Men noemt het daarom ook wel 'lokaal kwaadaardig'. Basaalcelcarcinoom is de minst kwaadaardige vorm van huidkanker. Toch is het belangrijk ook een basaalcelcarcinoom grondig te behandelen. Als er niets aan wordt gedaan, kan het in de diepte doorgroeien en de weefsels onder de huid aantasten. Deze vorm van huidkanker kan uiteindelijk het kraakbeen en het bot aantasten. De kans op genezing wordt dan kleiner, terwijl de behandeling veel moeilijker is.

Prognose

Op grond van onderstaande kenmerken van het basaalcelcarcinoom maken artsen een inschatting van uw prognose:

- De groeiwijze:
 - als een bolletje (compact, nodulair)
 - oppervlakkig als een olievlék (superficieel)
 - als het wortelstelsel van een boom of als een spinnetje (sprieterig)
 - als meerdere bolletjes (micronodulair)
- De plaats.
- De grootte van de tumor.
- Of het om een eerste of teruggekeerde huidtumor gaat.

Basaalcelcarcinomen worden ingedeeld in:

- tumoren met een laag risico
- tumoren met een hoog risico:
 - sprieterige en micronodulaire tumoren
 - tumoren in het gezicht
 - tumoren die groter zijn dan 2 cm
 - terugkerende basaalcelcarcinomen

Een hoog risico betekent dat er een verhoogde kans is op terugkeer van de ziekte. Dat is bepalend voor de keuze van de behandeling.

Verschijnselen

Het basaalcelcarcinoom kan overal ontstaan, maar komt het meest voor in het gezicht en op het (kale) hoofd.

Het begint meestal met een glad, glazig knobbeltje, dat heel langzaam groeit. Soms zijn daarin verwijde bloedvaatjes te zien. Op den duur ontstaat in het midden een zweertje en daaromheen een rand met een parelachtige glans. Dit zweertje is nogal eens wat nattig en heeft een korstje dat makkelijk open te halen is. Soms valt het korstje er af. Daarna vormt zich weer een nieuw korstje.

Op de romp ziet het er meestal uit als een 'eczeem-plekje'. Dit soort plekjes reageert echter niet op een crème of zalf tegen eczeem, groeit langzaam door en geeft weinig klachten.



5.
Basaalcelcarcinoom

Plaveiselcelcarcinoom

Bij ongeveer 15% van de mensen met huidkanker gaat het om een plaveiselcelcarcinoom. Deze vorm van huidkanker komt vooral voor bij mensen van 60 jaar en ouder. Maar ook jongere mensen kunnen een plaveiselcelcarcinoom krijgen.

Het plaveiselcelcarcinoom groeit sneller dan het basaalcelcarcinoom. Als het niet behandeld wordt, zaait een plaveiselcelcarcinoom uit. Dat gebeurt meestal via de lymfeklieren in de buurt van de tumor. Soms zaait het via het bloed naar andere organen uit. Het plaveiselcelcarcinoom is daardoor kwaadaardiger dan het basaalcelcarcinoom. Maar als de behandeling vroegtijdig plaatsvindt, zijn de vooruitzichten eveneens erg gunstig.

Prognose

Op grond van onderstaande kenmerken van het plaveiselcelcarcinoom maken artsen een inschatting van uw prognose:

- De mate van kwaadaardigheid: hoe kwaadaardiger, hoe agressiever de tumor is.
- De grootte van de tumor: een tumor groter dan 2 cm heeft een slechtere prognose dan een kleinere tumor.
- De plaats: een tumor op het oor of op de lip is minder gunstig.

De prognose is bepalend voor de keuze van de behandeling.

Verschijnselen

Het plaveiselcelcarcinoom kan overal voorkomen, maar voornamelijk op plaatsen die vaak en veel hebben blootgestaan aan zonlicht, zoals het gezicht (oren, onderlip) de nek en de handruggen. Een plaveiselcelcarcinoom aan de lippen is nogal eens te herkennen als een beginnende witte plek die

langzaam wat dikker wordt en ook witte schilfers vertoont.

Een plaveiselcelcarcinoom ziet er veelal anders uit dan een basaalcelcarcinoom. Meestal begint een plaveiselcelcarcinoom als een bleekroze, ruw knobbeltje, soms met een schilferig wit centraal gedeelte. De karakteristieke parelachtige glans en de verwijde bloedvaatjes van het basaalcelcarcinoom ontbreken. Soms is een biopsie (zie pagina 23) nodig voor een definitief onderscheid.

Een voorstadium van een kwaadaardige afwijking van de huid (**actinische keratose**, zie pagina 22) onttaardt soms in een plaveiselcelcarcinoom.



6. Plaveiselcelcarcinoom

Het melanoom

Deze vorm van huidkanker is betrekkelijk zeldzaam, maar komt de laatste jaren steeds meer voor. Jaarlijks krijgen ongeveer 3.500 mensen een melanoom. Het melanoom kan op elke leeftijd ontstaan, maar meestal tussen de 30 en 60 jaar. Meer vrouwen dan mannen krijgen een melanoom.

Melanoom betekent letterlijk: zwart gezwel. Een melanoom ontstaat uit de pigmentcellen in de huid, de melanocyten. Meestal zat er op die plaats al een **moedervlek**.

Soms ontstaat een melanoom uit pigmentcellen in een volstrekt 'gave' huid. Melanomen ontstaan dus niet alleen uit moedervlekken.

Groeiwijze en uitzaaiingen

Een melanoom groeit door in de diepere lagen van de huid.

Net als bij veel andere soorten kanker kan het melanoom uitzaaien. Via de lymfe kunnen kankercellen terechtkomen in de dichtstbijzijnde lymfeklieren en daar uitgroeien tot uitzaaiingen (metastasen).

Bij een melanoom kunnen kankercellen tevens via het bloed uitzaaien naar andere plaatsen in het lichaam, bijvoorbeeld naar de longen, de lever, een andere plaats op de huid of de hersenen.

Ook kunnen er kleine uitzaaiingen ontstaan op de huid rondom (het litteken van) de oorspronkelijke tumor, en tussen de oorspronkelijke tumor en het dichtstbijzijnde lymfekliergebied.

Verschijnselen

Het melanoom ontstaat bij vrouwen vaker op de romp en de benen, bij mannen op de romp en in het hoofd/halsgebied.

Meestal zijn de eerste verschijnselen van een melanoom veranderingen in een moedervlek.

Deze veranderingen kunnen zijn:

- Een moedervlek die dikker en/of groter wordt.
- Een moedervlek die van kleur verandert.
- Een moedervlek die van vorm verandert doordat de rand onregelmatig wordt.
- Een moedervlek die jeukt.

Verschijnselen die wat later kunnen optreden zijn:

- Een moedervlek die bloedt.
- Een zweertje of korstje op een moedervlek.

Kijk voor meer informatie over het melanoom op onze website of bestel de brochure.



7-
Melanoom

Premaligne afwijkingen van de huid

Er zijn verschillende afwijkingen die nog geen huidkanker zijn, maar dit wel kunnen worden. We noemen dat een 'premaligne' aandoening. Deze huidaandoening komt voornamelijk voor bij oudere mensen, maar kan ook op jongere leeftijd ontstaan.

Premaligne aandoeningen ontstaan meestal onder invloed van te veel ultraviolette straling. De voorname premaligne aandoening is **actinische keratose**.

Actinisch betekent: ontstaan door ultraviolette straling. Een keratose is een hoornig plekje dat een beetje op een wrat of een eczeemplekje lijkt. De huid voelt wat rasperig aan. Soms ontstaat er een klein wondje, vooral door te krabben. Dit komt omdat de hoornlaag vrij vast zit en zich niet als een korstje laat afkrabben.

Een premaligne aandoening kan ontaarden in een plaveiselcelcarcinoom. Dit gebeurt niet vaak. Toch is het goed met deze mogelijkheid rekening te houden. Ook met deze huidafwijking is het daarom verstandig om naar uw huisarts te gaan.

Onderzoek voor de diagnose

Als u met een huidaandoening bij uw huisarts komt, zal hij de ernst van de verandering in uw huid beoordelen en het plekje eventueel verwijderen. Ook kunt u worden verwezen naar een huidarts (dermatoloog) of een (plastisch) chirurg.

Door zon beschadigde huid is soms moeilijk te onderscheiden van een huidtumor.

Heeft de specialist het vermoeden dat er sprake is van huidkanker, dan zal er een stukje van het weefsel moeten worden verwijderd voor onderzoek. Meestal gebeurt dit onder plaatselijke verdoving. Deze ingreep noemt men een **biopsie**.

Als de verdenking op huidkanker erg groot is, kan de specialist het plekje ook direct in zijn geheel verwijderen.

Als de specialist aanwijzingen heeft dat er sprake kan zijn van een melanoom, zal de tumor in zijn geheel worden weggehaald.

Een patholoog onderzoekt het verkregen weefsel onder de microscoop. Alleen door dit onderzoek is definitief vast te stellen of het om kanker gaat. Is het kanker, dan kan de patholoog tegelijkertijd vaststellen welke vorm van huidkanker het betreft.

Behandeling

De meest toegepaste behandelingen bij huidkanker zijn:

- operatie (chirurgie)
- bestraling (radiotherapie)
- bevriezing (cryotherapie)
- fotodynamische therapie (behandeling met licht)
- wegbranden (elektrocoagulatie)
- lokale chemotherapie (behandeling met celdodende of celdelingremmende medicijnen)
- immunotherapie (behandeling met medicijnen die een afweerreactie tegen kankercellen stimuleert)

Behandelplan

Bij het vaststellen van het behandelplan zijn meestal verschillende specialisten betrokken.

Zij maken gebruik van gezamenlijk vastgestelde landelijke richtlijnen.

De artsen stellen u een bepaalde behandeling voor op grond van:

- De vorm van huidkanker.
- De plaats en grootte van de tumor.
- Uw leeftijd en algehele conditie.

Als er meerdere behandelmogelijkheden zijn die hetzelfde resultaat geven, spelen ook een rol:

- Het cosmetisch resultaat.
- De ervaring die uw behandelend arts heeft met een bepaalde behandeltechniek.
- Uw eigen wensen.

Voorop staat natuurlijk dat de behandeling de best mogelijke kansen op herstel moet geven.

Operatie (chirurgie)

Bij een operatie verwijdert de specialist de tumor in zijn geheel. Meestal gebeurt dat onder verdoving van de plek rondom de tumor. Een ziekenhuisopname is zelden nodig. Narcose kan nodig zijn als de tumor behoorlijk groot is of diep is ingegroeid.

Een patholoog gaat in het laboratorium na of het kwaadaardige weefsel in zijn geheel is verwijderd. Soms is een tweede uitgebreide operatie noodzakelijk om de tumor helemaal te kunnen verwijderen. Het kan zijn dat de (plastisch) chirurg de operatie-wond niet direct kan sluiten omdat hij een grote hoeveelheid huid moet wegnemen. Dan is een reconstructie of transplantatie nodig:

- Bij een reconstructie herstelt de specialist de plaats waar het weefsel is weggenomen door een stukje nabijgelegen huid op die plaats te schuiven of te draaien.
- Bij een huidtransplantatie herstelt de specialist de plaats waar het weefsel is weggenomen door een stukje huid van een andere plaats van het lichaam te transplanteren.

Voor plaatsen in het gezicht gebruikt hij hiervoor meestal huid van een andere plek in het gezicht (bijvoorbeeld voor of achter het oor) of van de hals. Voor andere plaatsen op het lichaam gebruikt hij doorgaans een stukje huid uit de lies.

Een speciale operatie is de **Mohstechniek**. Bij deze behandelmethode is het risico dat de ziekte weer terugkomt erg klein. De specialist haalt de tumor krap weg. Vervolgens onderzoekt de specialist of de patholoog dit weefsel direct in het laboratorium. Als blijkt dat de tumor nog niet volledig verwijderd is, snijdt de specialist een extra reepje huid weg. Dit wordt opnieuw meteen onderzocht, enzovoort. Op deze manier blijft de wond zo klein mogelijk. Deze methode voert men vooral uit bij een basaalcelcarcinoom met een nodulaire of sprieterige groeiwijze op plaatsen waar de arts weinig ruimte heeft de tumor ruim weg te snijden, bijvoorbeeld in het gezicht. Deze behandeling kan ook worden toegepast bij plaveiselcelcarcinomen. Mohs-chirurgie vindt slechts in enkele klinieken in Nederland plaats.

Uw arts kan u zo nodig naar een van deze ziekenhuizen verwijzen.

Bestraling (radiotherapie)

Bestraling kan bij alle tumoren worden toegepast, maar vindt voornamelijk plaats bij tamelijk vergevorderde tumoren waarbij een operatie niet mogelijk is. Sommige patiënten met een plaveiselcelcarcinoom krijgen na de operatie een bestralingsbehandeling, ook al zijn er nog geen uitzaaiingen gevonden. Bestraling is een plaatselijke behandeling met als doel de kankercellen te vernietigen, terwijl de gezonde cellen zo veel mogelijk gespaard blijven. Kankercellen verdragen straling slechter dan gezonde cellen en herstellen zich er minder goed van. Gezonde cellen herstellen zich over het algemeen wel.

Bijwerkingen – Bestraling beschadigt niet alleen kankercellen, maar ook gezonde cellen. Daardoor kunt u met een aantal bijwerkingen te maken krijgen:

- Over het algemeen hebben patiënten tijdens de bestralingsperiode last van vermoeidheid.
- Een andere veelvoorkomende bijwerking is een plaatselijke reactie van de huid. Er kan een rode of donker verkleurde huid ontstaan op de plek waar u bent bestraald.
- Ook kunnen er bepaalde huidveranderingen optreden, zoals verkleuringen.

De meeste klachten verdwijnen meestal enkele weken na afloop van de behandeling. Sommige mensen merken echter nog lang na hun behandeling dat zij eerder vermoeid zijn dan vóór hun ziekte. Op de bestralingsafdeling krijgt u gerichte adviezen om zo min mogelijk last van de bijwerkingen te hebben.

Bevriezing (cryotherapie)

Bevriezing of cryotherapie past men toe bij kleine en meerdere oppervlakkige huidtumoren en bij actini-

sche keratose. Door bevriezing met vloeibare stikstof worden de kankercellen gedood. Er ontstaat een vriesblaar en vervolgens een nattende wond. Na enkele weken is de wond weer geheeld. Er blijft een klein litteken over. Voor deze behandeling wordt de huid meestal eerst plaatselijk verdoofd.

Fotodynamische therapie

Fotodynamische therapie (PDT) is een soort lichttherapie. Deze behandelmethode wordt steeds meer toegepast, vooral bij actinische keratose en het oppervlakkig groeiend basaalcelcarcinoom. Een crème of een gel die de tumor gevoeliger voor licht maakt (de zogenoemde fotosensitiser) wordt aangebracht op de huid. Met name de kankercellen nemen de lichtgevoelige stof op. Dit neemt ongeveer drie tot vier uur in beslag. Dan wordt de huid enkele minuten belicht, meestal met rood licht. Door de belichting ontstaat een chemisch proces in de kankercellen waardoor deze uiteindelijk sterven. De belichting kan (soms hevige) pijn veroorzaken. Eventueel wordt de huid plaatselijk verdoofd. Na de eerste belichting volgt nog een belichting van de huid. Afhankelijk van de gebruikte fotosensitiser vindt de tweede belichting meteen tijdens de eerste behandeling plaats of een week later. Na elke belichting wordt de huid verbonden. De wond is na een tot zes weken geheeld.

PDT geeft meestal geen littekens. Wel kunnen er bepaalde huidveranderingen optreden, zoals (tijdelijke) verkleuringen.

Wegbranden (elektrocoagulatie)

Huidtumoren kunnen, net als wratten, eenmalig worden 'weggebrand'. Artsen noemen dit coagulatie. Omdat dit wegbranden meestal elektrisch gebeurt, spreekt men ook wel over elektrocoagulatie. De te behandelen plek wordt eerst plaatselijk verdoofd.

Chemotherapie

Bij oppervlakkige basaalcelcarcinomen en actinische keratose past men soms chemotherapie toe door middel van een crème. De crème bevat een celdelingremmende en celdodende stof die ervoor zorgt dat de kankercellen sterven. U brengt de crème drie weken lang, twee maal per dag dun op uw huid aan. Gebruik hiervoor bijvoorbeeld een wattentip of plastic handschoenen. Als gevolg van de behandeling verslechtert de huid eerst. Na een of twee weken treedt verbetering op.

Immunotherapie

Actinische keratose en oppervlakkige basaalcelcarcinomen kunnen worden behandeld met een crème die uw eigen afweersysteem (immuunsysteem) stimuleert de kankercellen op te ruimen. Volgens voorschrift van de arts brengt u de crème enkele weken aan. De crème veroorzaakt roodheid van de huid en soms gaat de huid kapot. Dit geneest in twee tot zes weken.

Toepassing

Bij een **basaalcelcarcinoom** kan elk van de genoemde behandelmethoden worden toegepast.

Mensen met een **plaveiselcelcarcinoom** krijgen meestal een operatie of worden bestraald. Als er uitzaaïngen zijn in de lymfeklieren in de buurt van de tumor, worden deze operatief verwijderd of bestraald.

Mensen met een **melanoom** worden meestal geoperreed. Dat gebeurt doorgaans onder verdoving van het gebied rondom de tumor, soms onder narcose. Uitzaaïngen in de lymfeklieren moeten operatief worden verwijderd. Als er uitzaaïngen in andere organen zijn, bekijkt de arts welke behandeling eventueel mogelijk is.

Een **actinische keratose** behandelt men vrijwel altijd met bevriezing en/of fotodynamische therapie en/of een van de genoemde crèmes.

Nieuwe ontwikkelingen bij huidkanker

Het onderzoek rond huidkanker is vooral gericht op het verbeteren van de bestaande behandeltechnieken en van het cosmetisch resultaat daarvan.

Bij het basaalcelcarcinoom onderzoekt men hoe de kans op terugkeer van de tumor kan worden verkleind.

Bij het plaveiselcelcarcinoom worden behandel-mogelijkheden in een vroeg stadium onderzocht. Het onderzoek rond het melanoom is vooral gericht op het ontwikkelen van medicijnen die een afweer-reactie tegen kankercellen stimuleert: immunotherapie.

Controle na de behandeling

Na de behandeling zal uw specialist u minimaal één keer controleren. Soms blijft u nog een aantal jaren onder controle bij uw specialist.

Er zijn verschillende redenen voor de controle. Bij een aantal patiënten komt de ziekte op de behandelde plaats weer terug. De behandeling is bij hen niet afdoende geweest. Daarnaast ontstaan bij ongeveer 20 tot 50% van de patiënten na verloop van tijd een of meer nieuwe tumoren. Dat komt doordat de huid in de loop der jaren op meer dan een plek door ultraviolette straling kan zijn beschadigd.

Hoe vaak u terug moet komen voor controle is afhankelijk van de soort huidkanker:

- Na de behandeling van een **basaalcelcarcinoom** zal uw arts u zeker één keer controleren. Heeft u meerdere basaalcelcarcinomen, een huid die sterk beschadigd is door de zon of een verhoogd risico op het ontstaan van een nieuwe huidtumor, dan blijft u meestal jarenlang onder controle: een tot vier keer per jaar.
- Aangezien na de behandeling van een **plaveiselcelcarcinoom** het risico op uitzaaiingen blijft bestaan, is de controleperiode bij deze ziekte doorgaans vijf tot tien jaar.
- De dikte van het **melanoom** is bepalend voor het aantal controles. Bij een dun melanoom wordt meestal volstaan met één controle. Bij melanomen met een dikte van meer dan 1 millimeter controleert de arts u de eerste jaren regelmatig, na vijf jaar doorgaans eenmaal per jaar. De totale controleperiode duurt ongeveer tien jaar.
- Indien u een sterk verhoogd risico op huidkanker heeft, is levenslange controle nodig.

Tijdens de controle bekijkt uw specialist het littekengebied en beoordeelt uw huid op eventuele nieuwe verdachte plekje. Als u behandeld bent voor een

plaveiselcelcarcinoom of melanoom, controleert uw specialist ook de regionale lymfeklieren. Dat zijn de lymfeklieren waar kankercellen als eerste langskomen.

Het controleren van uw huid

Naast de controle van uw huid door de specialist doet u er goed aan ook zelf uw huid in de gaten te houden. Het is beslist niet nodig uw huid elke dag te onderzoeken. Eens in de twee à drie maanden uw huid nauwkeurig op veranderingen bekijken, is voldoende. Daarbij moet u letten op:

- Veranderingen in en rond het litteken.
- Nieuwe plekje op een tot dan toe gave huid.
- Veranderingen in reeds bestaande plekje.

Voor patiënten die zijn behandeld vanwege een plaveiselcelcarcinoom of een melanoom, afhankelijk van de plaats van de behandelde tumor:

- Zwellingen in bijvoorbeeld de hals, de oksels of de liezen.

Als u een of meer van deze veranderingen opmerkt, kunt u het beste contact opnemen met uw huisarts of eerder een afspraak bij uw specialist maken.

Risico beperken

Voor de lange termijn kunt u het risico op een nieuwe huidtumor beperken door zo voorzichtig mogelijk te zijn met blootstelling van uw huid aan ultraviolette straling. Dit geldt vooral als u een lichte huid heeft.

Enkele adviezen:

- Draag in de volle zon kleding en een zonnehoed, pet of zonneklep. Als u, bijvoorbeeld beroepsmatig, toch veel en langdurig in de zon komt, kunt u het beste uw armen en benen bedekt houden.
- Vermijd de zon zo veel mogelijk tussen 12.00 en 15.00 uur (zomertijd). Dan is de ultraviolette straling namelijk het sterkst.

- Het is raadzaam tijdens zonnige perioden een anti-zonnebrandmiddel met een hoge beschermingsfactor te gebruiken.
- Omdat bij huidkanker erfelijkheid een rol kan spelen, is het verstandig om ook uw kinderen extra goed te beschermen.

Kijk voor meer informatie op onze website of bestel de brochure **Verstandig zonnen, minder kans op huidkanker** of de folder **Te veel zonnen is niet gezond**.

Geneeskansen

De **vijfjaarsoverlevingscijfers** voor huidkanker lopen sterk uiteen omdat ze afhankelijk zijn van de vorm van huidkanker.

Van patiënten met een **basaalcelcarcinoom** geneest bijna 100%.

Bij het **plaveiselcelcarcinoom** ligt het genezingspercentage op meer dan 90%.

Bij het **melanoom** is de kans op overleving groot als de tumor vroeg is ontdekt en behandeld. Hoe dunner het melanoom, hoe groter die kans.

Bij patiënten met een wat dikker melanoom is dit percentage lager.

Bij een wat dunner melanoom is dit percentage wat hoger.

Bij ongeveer 80% van de patiënten komt de ziekte binnen vijf jaar **niet** terug.

Bij patiënten met een uitzaaiing in de lymfeklier wordt de overlevingskans kleiner. Wanneer melanoomcellen via het bloed in andere organen terecht zijn gekomen, bekijkt uw specialist of behandeling eventueel mogelijk is. De behandeling is dan vooral gericht op het remmen van de ziekte en/of het verminderen of voorkomen van klachten.

Genezings- en overlevingspercentages voor een groep patiënten zijn niet zomaar naar uw individuele situatie te vertalen. Wat u persoonlijk voor de toekomst mag verwachten, kunt u het beste met uw behandelend arts bespreken.

Onderzoek naar nieuwe behandelingen

Artsen en onderzoekers proberen behandelingen van kanker te verbeteren. Daarvoor is onderzoek nodig, ook bij mensen met huidkanker.

Een verbeterde behandeling vernietigt meer kankercellen en/of heeft minder bijwerkingen of andere nadelige gevolgen.

In het ziekenhuis wordt misschien ook wel gesproken over 'wetenschappelijk onderzoek', 'vergelijkend onderzoek', 'experimentele behandeling', 'studie' of het Engelse woord 'trial'. Met al deze termen bedoelt men een mogelijk nieuwe behandeling waarvan nog moet worden bewezen of die betere resultaten oplevert dan de op dat moment meest gebruikelijke behandeling (de **standaardbehandeling**).

Onderzoek naar een nieuwe behandeling duurt jaren. Het gebeurt op een wetenschappelijk verantwoorde manier, zeer zorgvuldig en stap voor stap. In de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen staat onder welke voorwaarden wetenschappelijk onderzoek bij mensen mag plaatsvinden.

Medisch-ethische toetsingscommissie (METC)

Elk onderzoeksvoorstel wordt in het ziekenhuis beoordeeld door een toetsingscommissie. Die commissie gaat na of het betreffende onderzoek voldoet aan de wettelijke voorwaarden. De toetsingscommissie bestaat uit artsen en andere zorgverleners.

Verschillende fasen

Onderzoek naar nieuwe behandelingen met medicijnen of nieuwe combinaties van bestaande behandelingen begint in kweekbakjes in het laboratorium en bij dieren. Daarna test men de nieuwe behandeling bij mensen met kanker.

Onderzoek naar nieuwe manieren van opereren start meestal door die direct toe te passen bij een kleine groep patiënten.

Eerst wordt bij kleine aantallen patiënten onderzocht hoe zij de nieuwe behandeling verdragen (**fase I onderzoek**). Bij geneesmiddelenonderzoek bestuderen de onderzoekers in deze fase ook:

- Hoe het medicijn zich in het menselijk lichaam gedraagt.
- Welke dosering te verdragen is.
- Welke toedieningsvorm het meest geschikt is.

De volgende stap is **fase II** onderzoek. Bij een andere groep patiënten gaan de onderzoekers dan na of de nieuwe behandeling of nieuwe combinatie van behandelingen kankercellen vernietigt en bij welk percentage van de patiënten dat gebeurt.

Als fase II onderzoek de aanwijzing geeft dat de behandeling werkt, moet dit bewezen worden in **fase III** onderzoek.

Hierbij vergelijkt men de standaardbehandeling met de nieuwe behandeling. Een grote groep patiënten krijgt de standaardbehandeling. Een even grote, andere groep krijgt de nieuwe behandeling. Door loting (randomisatie) wordt bepaald wie in welke groep terecht komt.

Als u aan een fase III onderzoek deelneemt, weten u en uw specialist vooraf niet welke behandeling u krijgt: de standaardbehandeling of de nieuwe behandeling. Door te loten voorkomt men dat het samenstellen van de groepen door wie dan ook wordt beïnvloed. Dat zou de resultaten van het onderzoek onbetrouwbaar maken omdat de twee groepen patiënten dan niet vergelijkbaar zijn.

Het hangt van de opzet van de studie af of u daarna wel weet welke behandeling u krijgt. Soms wordt dat pas bekend gemaakt nadat alle onderzoeksgegevens zijn verzameld.

Instemming met deelname

Deelname aan een onderzoek naar een nieuwe behandeling is geheel vrijwillig. U bepaalt zelf of u wel of niet meedoet en pas nadat u uitvoerige informatie heeft gekregen. Meedoen aan zo'n onderzoek kan emotioneel belastend voor u zijn. Bijvoorbeeld als u wordt uitgeloot voor de nieuwe behandeling.

Als u meedoet, dan maakt u dat kenbaar door het ondertekenen van een formulier. Die instemming heet 'informed consent'. Dat betekent dat u uw besluit om mee te doen genomen heeft op basis van voldoende en begrijpelijke informatie. Uw handtekening betekent niet dat u uw deelname niet meer kunt terugdraaien. U heeft op elk moment het recht en de mogelijkheid om uw deelname te beëindigen. Wel is het verstandig eerst met uw specialist te spreken voordat u stopt. Het plotseling staken van een behandeling kan namelijk bepaalde risico's hebben.

Nederlandse Kankerregistratie

Om wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen, zijn vaak gegevens nodig van mensen die nu kanker hebben. Deze gegevens worden bijeengebracht in de Nederlandse Kankerregistratie die wordt verzorgd door de integrale kankercentra. In Nederland wordt basaalcelcarcinoom niet geregistreerd, waardoor exacte cijfers over het voorkomen van deze vorm van huidkanker ontbreken.

Medewerkers van de integrale kankercentra registreren de benodigde gegevens in ziekenhuizen aan de hand van de medische dossiers. Zij verzamelen informatie over onder andere de ziekte, de behandelingen en het verdere verloop. Ook uw naam en geboortedatum worden in de registratie opgenomen.

Deze privacygevoelige gegevens worden zorgvuldig afgeschermd. Dat wil zeggen:

- De gegevens worden in een 'versleutelde' vorm onherkenbaar gemaakt, zodat ze niet zonder meer tot één persoon te herleiden zijn.
- Alleen speciaal bevoegde werknemers met geheimhoudingsplicht hebben toegang tot deze gegevens.

Als u niet wilt dat uw gegevens worden geregistreerd, kunt u dit melden aan uw behandelend arts. Deze noteert het bezwaar in uw dossier en zorgt ervoor dat uw gegevens niet worden geregistreerd. Wilt u meer weten over de kankerregistratie? Vraag dan de folder **Registratie van kanker: van groot belang** aan (zie pagina 39).

Wilt u meer informatie?

Heeft u vragen naar aanleiding van deze brochure, blijf daar dan niet mee lopen. Vragen over uw persoonlijke situatie kunt u het beste bespreken met uw specialist of huisarts. Vragen over medicijnen kunt u ook stellen bij uw apotheek.

KWF Kankerbestrijding

Patiënten en hun naasten met vragen over de behandeling, maar ook met zorgen of twijfels, kunnen op verschillende manieren met onze voorlichters in contact komen:

- U kunt bellen met onze **gratis KWF Kanker Infolijn: 0800 - 022 66 22** (ma – vrij: 9.00 - 12.30 uur en 13.30 - 17.00 uur).
- U kunt via onze site **www.kwfkankerbestrijding.nl** een vraag stellen op het tijdstip dat het u het beste uitkomt. Klik daarvoor op 'Contact' bovenin de homepage. Uw vraag wordt per e-mail of telefonisch beantwoord.
- U kunt onze voorlichters ook spreken op ons **kantoor**: Delflandlaan 17 in Amsterdam (ma – vrij: 9.00 – 17.00 uur). U kunt daarvoor het beste van tevoren even een afspraak maken.

Internet en brochures

Op onze website vindt u de meest actuele informatie over allerlei aspecten van kanker.

Onderwerpen die mogelijk interessant voor u zijn:

- Melanoom
- Radiotherapie
- Non-Hodgkin-lymfomen
- Kanker... in gesprek met uw arts
- Verder leven met kanker
- Verstandig zonnen, minder kans op huidkanker
- Te veel zonnen is niet gezond
- Onderzoek naar nieuwe behandelingen van kanker
- Alternatieve behandelingen bij kanker

- Kanker... in gesprek met je arts
 - Registratie van kanker: van groot belang (© VIKC)
- Over verschillende onderwerpen hebben we ook gratis brochures beschikbaar.

Bestellen

U kunt via onze website of de KWF Kanker Infolijn 7 dagen per week, 24 uur per dag kosteloos onze voorlichtingsmaterialen bestellen.

Organisaties en instellingen kunnen uitsluitend schriftelijk of via internet bestellen: www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen.

www.kanker.info

Via het portaal www.kanker.info kunt u ook snel en gericht naar betrouwbare informatie over kanker zoeken. Het portaal is een gezamenlijk initiatief van KWF Kankerbestrijding, de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Het verbindt de informatie die al voorhanden is op de websites van deze drie organisaties. Daarnaast zijn er links naar andere websites die u ook actuele, betrouwbare en relevante informatie bieden.

Andere nuttige adressen en websites

Integrale kankercentra

In Nederland zijn 8 integrale kankercentra (ikc's). Deze centra bieden ondersteuning aan zorgverleners en patiëntenorganisaties in hun regio. De ikc's hebben als taak om behandeling, zorg en onderzoek naar nieuwe behandelingen van kanker te verbeteren. De centra organiseren ook activiteiten voor patiënten. Kijk voor meer informatie op www.iKcnet.nl.

Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)

Binnen de NFK werken 25 patiëntenorganisaties samen. Zij geven steun en informatie, en komen op voor de belangen van (ex-)kankerpatiënten en hun naasten. De NFK werkt eraan om hun positie in zorg en maatschappij te verbeteren. Het NFK bureau en de kankerpatiëntenorganisaties werken samen met en worden gefinancierd door KWF Kankerbestrijding.

NFK

Postbus 8152
3503 RD Utrecht
T (030) 291 60 90
secretariaat@nfk.nl
www.kankerpatient.nl

Stichting Melanoom – De Stichting Melanoom organiseert een aantal activiteiten, waaronder een jaarlijkse Landelijke Contactdag en regionale bijeenkomsten. De Stichting Melanoom richt zich op patiënten met een huidmelanoom, een oogmelanoom of een andere vorm van huidkanker.

Stichting Melanoom

Postbus 236
1440 AE Purmerend
T (088) 002 97 46
secretariaat@stichtingmelanoom.nl
www.kankerpatient.nl/melanoom
www.stichtingmelanoom.nl
Voor lotgenotencontact: de telefoondienst
T (088) 002 97 47 of
lotgenotencontact@stichtingmelanoom.nl.

www.huidarts.info

Op deze site van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie staat ook voor patiënten veel leesbare informatie.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

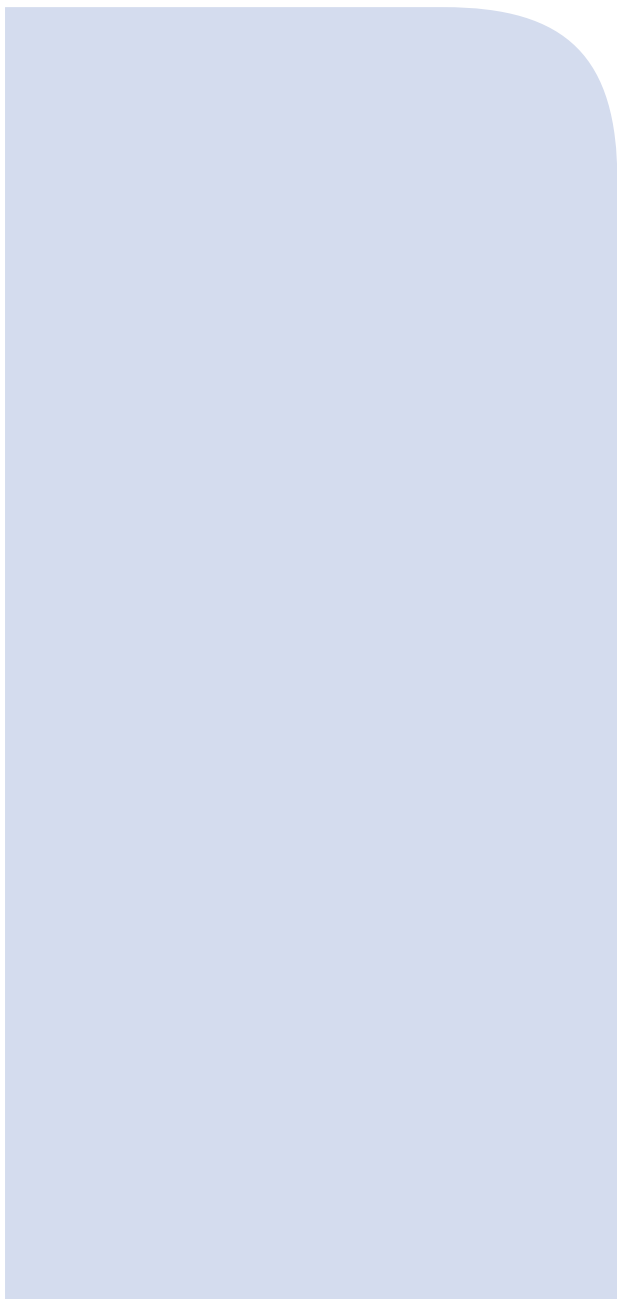
De NPCF behartigt de belangen van iedereen die gebruikmaakt van de zorg. De organisatie heeft brochures en informatie over patiëntenrecht, klachtenprocedures enzovoort.

Voor het boekje over Informatie en toestemming: www.npcf.nl; klik op service; kies voor webwinkel; kies patiëntenrecht.

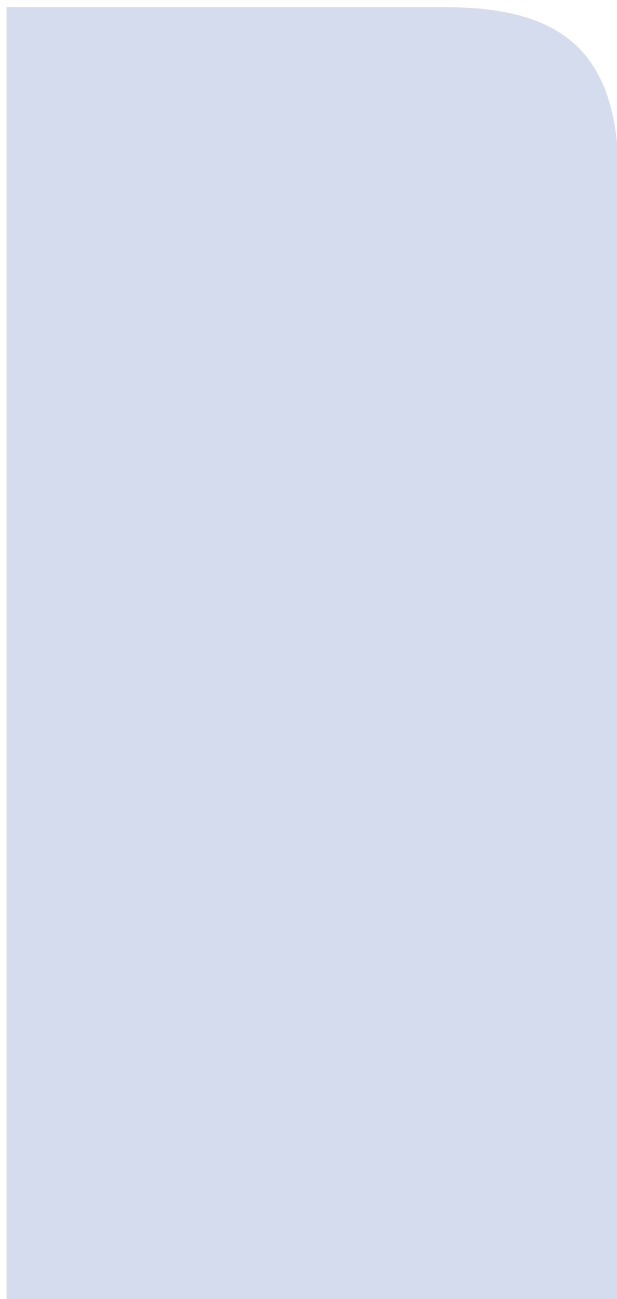
NPCF

Postbus 1539
3500 BM Utrecht
T (030) 297 03 03
npcf@npcf.nl
www.npcf.nl

Notities



Notities



KWF Kankerbestrijding

KWF Kankerbestrijding strijdt samen met patiënten, wetenschappers, collectanten, donateurs, bedrijven en vrijwilligers voor minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven



KWF Kanker Infolijn

0800 - 022 66 22 (gratis)

Informatie en advies voor kankerpatiënten en hun naasten



www.kwfkankerbestrijding.nl

Voor informatie over kanker en het bestellen van brochures



Bezoekadres (bij voorkeur op afspraak)

Delflandlaan 17, 1062 EA Amsterdam



Bestellingen door organisaties

Fax verzendhuis: (013) 595 35 66

Internet:

www.kwfkankerbestrijding.nl/bestellen

bestelcode F19



Samen voorop in de strijd

