

Merkelcelcarcinoom

23 februari 2024

© Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg

Wat is geen kenmerk van een merkelcelcarcinoom?

- a. Trage uitbreiding
- b. Immuunsuppressie
- c. Ouder dan 50 jaar
- d. Asymptomatisch

Een merkelcelcarcinoom (MCC) is een zeldzame, agressieve huidtumor die zich vaak asymptomatisch voordoet als een roze, pijnloze nodule. De significante eigenschappen van een MCC zijn samengevat in het acroniem AEIOU: asymptomatisch, breidt snel uit ('expanding rapidly'), immuunsuppressie, ouder dan 50 jaar en UV-blootgesteld lichaamsdeel.

De laatste 10 jaar is er een verdrievoudiging van het aantal patiënten dat zich aanbiedt met een MCC, enerzijds door de betere identificatie van de tumor en anderzijds door de stijgende prevalentie van risicofactoren (ouder dan 50 jaar, immuundepressie en excessieve zonblootstelling). Binnen Europa zijn er gemiddeld 2.500 nieuwe casussen per jaar, waarvan ongeveer 1.000 patiënten overlijden ten gevolge van de ziekte. Dat maakt van het MCC een van de meest dodelijke huidkankers, met een slechtere prognose dan een melanoom. Het MCC kan ontstaan via UV-gemedieerde mutaties, alsook door het merkelcelpolyomavirus (MCV of MCPyV).

De diagnose van een MCC wordt bevestigd via een biopsie. De volgende histologische parameters moeten bepaald worden omdat ze een invloed hebben op de stadiëring en de prognose: tumorgrootte, diepte van de invasie in mm, perifere en diepe margestatus, lymfovasculaire invasie, extracutane uitbreiding, mitotische index, tumorinfiltrerende lymfocyten en tumorgroeipatroon (nodulair versus infiltratief).

Bij een eerste consultatie met de diagnose van een MCC gebeurt er altijd een volledig huidnazicht met onderzoek van de perifere klierstreken. De

baselinebeeldvorming bij de diagnose van een MCC (vanaf stadium I) bestaat uit een full-body FDG-PET-CT-scan en een MRI van de hersenen met contrast. Vaak voorkomende metastatische locaties zijn de lymfeklieren, de huid of subcutaan weefsel, de botten, de lever en de long of de pleura. Als er geen klinische argumenten zijn voor lymfeklieraantasting, moet er een sentinelklierprocedure (SLNB) van het drainerende gebied gebeuren, ongeacht de grootte van de tumor.

Na stadiëring via de TNM-classificatie vindt er een bredere excisie van het letsel plaats met een marge van 2 cm, zo mogelijk tot op de onderliggende spierfasia. Als een bredere excisie moeilijk is vanwege de lokalisatie, kan men opteren voor Mohs-chirurgie. Als chirurgie tegenaangewezen of te mutilerend is, zal men kiezen voor radiotherapie ter hoogte van de primaire tumor. Bij metastasen op afstand heeft de behandeling met immunotherapie, avelumab en pembrolizumab de overleving van het MCC spectaculair doen toenemen. Er zijn momenteel nog steeds studies lopende met geneesmiddelen die inwerken op de immuunescapemechanismen van onder andere het MCC.



Meer weten over dit onderwerp?

Bekijk dan de oorspronkelijke bijdrage in TvGG:

[Merkelcelcarcinoom](#)

Auteur(s): N. VANDE VELDE, O. BECHTER, V. BOECXSTAENS

DOI: 10.47671/TVG.76.21.20.106

Deze publicatie bevat illustraties, foto's, afbeeldingen, lay-out van documenten, grafische ontwerpen, tekst, lettertypen en andere informatie (hierna "Inhoud" genoemd). Deze publicatie en alle Inhoud zijn het auteursrechtelijk eigendom van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw. Alle rechten op deze Inhoud zijn wereldwijd voorbehouden. Het is strikt verboden de Inhoud of een deel daarvan te behouden, kopiëren, distribueren, publiceren, of gebruiken zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw.