

Bijlage 3. Evidence tabel - Incidentie en prevalentie BCC in NL

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type onderzoek	N (aantal patiënten) (M/V)	Patiëntenpopulatie	Follow-up duur	Incidentie BCC NL	Prevalentie BCC NL	Lokalisatie BCC
Arits, 2011	C	Observationeel	862 ptn met in totaal 1205 BCC's (386/476)	Patiënten uit het MUMC (primaire, histologisch bevestigde BCC's)	1991, 1999, 2007	<p>Jaarlijks 7% toename in nr BCC's voor M en V</p> <p>Incidentie gecorrigeerd voor leeftijd per 100.000 persoonsjaren '91 - '07: M:54.2- 162.1 V: 61.7 to 189.8</p> <p>Aandeel sBCC nam sign toe: 17.6% in 1991 30.7% in 2007</p> <p>nBCC blijft meest voorkomende subtype, hoewel het percentage toch is gedaald: 60.8% in 1991 40.6% in 2007</p> <p>Bij sBCC was de gemiddelde leeftijd sign. lager dan bij ander histologische sybtypen (65 jr vs 69.5 jr;p < 0.0001)</p>		<p>Hoofd/hals gebied: 73.9% in 1991 44.3% in 2007</p> <p>Romp: 17.6% in 1991 45.3% 2007</p>

Bijlage 3. Evidence tabel - Incidentie en prevalentie BCC in NL

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type onderzoek	N (aantal patiënten) (M/V)	Patiëntenpopulatie	Follow-up duur	Incidentie BCC NL	Prevalentie BCC NL	Lokalisatie BCC
De Vries, 2004	C	Observationeel	23.511 (11.895/11.646)	ECR	1973 tot 2000	<p>Incidentie gecorrigeerd voor leeftijd per 100.000 persoonsjaren '73 – '00: M:40 naar 92 V:34 naar 79</p> <p>Estimated annual percentage change (EAPC) M: 2.4% V: 3.9%</p> <p>Cumulatieve incidentie<75 jr '73-'00: M: 3.1% naar 7.3% V: 2.5% naar 6.2%</p> <p>In alle leeftijdsgroepen is de incidentie gestegen, met name onder jonge vrouwen (EAPC 5.7%)</p> <p>Incidentie tussen 50-69 jr was gelijk voor M en V, maar bij oudere mannen was bleef de incidentie hoger.</p> <p>De incidentie blijft stijgen, en er zijn geen aanwijzingen dat een plateau is bereikt.</p>		<p>Zowel bij M als V werd BCC het vaakst in het hoofd/hals gebied gezien, gevolgd door de romp en ledematen (V>M)</p> <p>Op alle lokalisaties is de incidentie gestegen. De kleinste stijging was in het hoofd/hals gebied. De meest opvallende stijging was BCC op de romp en BCC bij vrouwen.</p> <p>Het aandeel van BCC in het hoofd/hals gebied is afgenomen, voor zowel M als V, met name bij de jongere leeftijdsgroep.</p> <p>Bij de jongere leeftijdsgroep is het aandeel op de romp, armen en benen sign. gestegen.</p> <p>De grootste stijging in aandeel BCC's werd gezien op de romp bij jonge mensen.</p>
De Vries, 2012	C	Observationeel	4513 (2198/2315)	ECR	2009 (1 jr)	<p>4513 ptn in ECR regio gediagnosticeerd met een eerste primaire BCC, terwijl in totaal 5884 ptn zijn gediagnosticeerd met een nieuwe BCC met in totaal 6420 BCC.</p> <p>In NL en andere Europese landen wordt onder gediagnosticeerd en om een goede schatting nieuwe BCC's per jaar te verkrijgen moet dit getal ongeveer met een factor 1.3 vermenigvuldigd worden.</p>		

Bijlage 3. Evidence tabel - Incidentie en prevalentie BCC in NL

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type onderzoek	N (aantal patiënten) (M/V)	Patiëntenpopulatie	Follow-up duur	Incidentie BCC NL	Prevalentie BCC NL	Lokalisatie BCC
Flohil, 2011	C	Observationeel	48.221 (23.918/24.303)	ECR (primaire, histologisch bevestigde BCC's)	1973 t/m 2008	<p>Geschat totaal prim BCC '73 t/m '08: 444.131 M: 220.758 V: 223.373</p> <p>Het jaarlijks aantal nieuw gediagnosticeerde BCC's is tussen '73 en '08 gestegen: 4.179 naar 28.985 M: 1.946 naar 13.891 V: 2.233 naar 15.094</p> <p>Incidentie gecorrigeerd voor leeftijd per 100.000 persoonsjaren '73-'08: M :40 naar 148 V: 34 naar 141</p> <p>Cumulatieve incidentie van BCC <85jr '73-'08: M: 5.0% naar 19.3% V: 5.2% naar 16.3%</p> <p>Dit impliceert dat in 2008 1:5 M en 1:6 V <85jr BCC ontwikkelt.</p> <p>BCC incidence rates in 2008: tot 60jr: V>M >60jr: M>V</p>	<p>Prev 2009: 31.414</p> <p>Overkoepelen de prevalentie: 1.4% M: 1.3% V: 1.5%</p> <p>Overkoepelen de 19jrs prevalentie >65jr: 5.4% M: 6.1% V: 4.9%</p> <p>Overkoepelen de 5jrs prevalentie >65 jr: 2.7% M: 3.1% V: 2.3%</p>	<p>Zowel bij M als bij V was BCC 10x vaker in hoofd/hals gebied gelokaliseerd.</p> <p>M>V BCC in hoofd/hals gebied</p> <p>Alle lokalisaties lieten een stijging in incidentie zien. De meest prominente stijging was BCC op de romp, de kleinste was BCC op de lippen.</p> <p>Geextrapoleerd naar NL betekend dit tussen '00 and '08, -V: stijging BCC's 2.8x op armen, 2.7x benen en 2.3x op de romp -M: grootste stijging op armen 3x, op de romp 2.6x en op de benen 2.4x.</p>

Bijlage 3. Evidence tabel - Incidentie en prevalentie BCC in NL

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type onderzoek	N (aantal patiënten) (M/V)	Patiëntenpopulatie	Follow-up duur	Incidentie BCC NL	Prevalentie BCC NL	Lokalisatie BCC
Flohil, 2013a	C	Observationeel	52.831 (26.155/26.676)	ECR (primaire, histologisch bevestigde BCC's)	1973 t/m 2009	<p>Incidentie gecorrigeerd voor leeftijd per 100.000 persoonsjaren: M: 40 naar 165 V:34 naar 157</p> <p>Hoogste relatieve stijging '73-'09: V: < 40jr (12x): 1.82 naar 22.2 Gevolgd door V tussen 40-64jr (6.9x) M: >65jr (4.4x) (V in deze leeftijdsgroep hadden de kleinste stijging (3x))</p>		<p>Voor alle lokalisaties is de incidentie gecorrigeerd voor leeftijd sign. gestegen.</p> <p>In 2009 was het hoofd/hals gebied het vaakst aangedaan zowel bij M als bij V. (99.2 vs 85.5/100,000 persoonsjaren)</p> <p>>58% of nieuw gediagnosticeerde BCC's (n=4 511) in 2009 in hoofd/hals gebied</p> <p>Hoogste relatief risico: - M, op de romp (77x) -V, benen (32x) en romp (25x)</p>
Flohil 2013b	C	Observationeel	1089 (545/544)	ECR (eerste histologisch gediagnosticeerde BCC) En gelinkt aan PALGA	2004 (1jr)	<p>>50% nBCC , infiltratief (14.1%), sBCC (13.7%) en micronodulair (0.4%)</p> <p>7% van alle opeenvolgende BCC was niet histologisch gediagnosticeerd. Dit is hoger dan Schotse resultaten (3.8%) en lager dan Franse enquête resultaten (14.1%)</p> <p>Van niet histologisch gediagnosticeerde BCC's wordt vaak gedacht dat ze van het superficiële subtype zijn, en bevinden zich het vaakst op de romp.</p> <p>De hoofd/hals gebied is de meest voorkomende locatie van opeenvolgende histologisch gediagnosticeerde BCC's.</p>		<p>Bijna 70%vd eerste, histologisch gediagnosticeerde BCC's in 2004, waren gelokaliseerd in het hoofd/hals gebied, daarna op de romp (20.1%)</p>

Bijlage 3. Evidence tabel - Incidentie en prevalentie BCC in NL

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type onderzoek	N (aantal patiënten) (M/V)	Patiëntenpopulatie	Follow-up duur	Incidentie BCC NL	Prevalentie BCC NL	Lokalisatie BCC
Flohil 2013b	C	Observationeel	1089 (545/544)	ECR (eerste histologisch gediagnosticeerde BCC) En gelinkt aan PALGA	2004 (1jr)	>50% nBCC , infiltratief (14.1%), sBCC (13.7%) en micronodulair (0.4%) 7% van alle opeenvolgende BCC was niet histologisch gediagnosticeerd. Dit is hoger dan Schotse resultaten (3.8%) en lager dan Franse enquête resultaten (14.1%) Van niet histologisch gediagnosticeerde BCC's wordt vaak gedacht dat ze van het superficiële subtype zijn, en bevinden zich het vaakst op de romp. Het hoofd/hals gebied is de meest voorkomende locatie van opeenvolgende histologisch gediagnosticeerde BCC's.		Bijna 70%vd eerste, histologisch gediagnosticeerde BCC's in 2004, waren gelokaliseerd in het hoofd/hals gebied, daarna op de romp (20.1%)
Holterhues, 2010	C	Observationeel	254.157	CCCS	1989 tot 2005	BCC omvat 70.9% van alle huidtumoren in NL '89 –'05: M: 49.1% median leeftijd: 67jr ESR '01-'05: 87.5/ 100.000 persoonsjaren EAPC '89- '05: 3.1% (95% CI 3.0, 3.2)		

BCC: Basaalcelcarcinoom, ECR: Dutch Eindhoven Cancer Registry , CCCS: Comprehensive Cancer Center South, PALGA: Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief, EAPC: estimated annual percentage change, sBCC: superficiële BCC, nBCC: nodulair BCC, ESR: Age-standardized incidence rates (European standardized population rate)

Bijlage 3. Evidence tabel - PDT

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type studie	Setting	N=	Patiënten populatie (in/exclusie; locatie etc)	Follow-up duur	Interventie groep (incl duur)	Controle groep (incl duur)	Outcome (effectmaat)	Resultaten (Proportie, 95% BI)†‡	Opmerkingen
Arits, 2013	A2	Prospectief, multicentrisch, randomized controlled, single-blind, non-inferiority studie	Nederlands. Poliklinisch	601 sBCC	Primair, histologisch bevestigd superficiael BCC	1 jaar	Imiquimod 5% crème 1dd, 5x/week, gedurende 6 weken 5-Fluorouracil crème 2dd, gedurende 4 weken	MAL 16%, 5-10mm marge, gedurende 3 uur. Twee belichting sessies met 1 week interval. Light emitting diode of Aktilite, beide 630 nm, 37 J/cm ² , gedurende 7 min.	Complete respons na 3 maanden Cumulatief behandelingsucces na 1 jaar follow-up Goede tot uitstekende cosmetische uitkomst na 1 jaar follow-up Compliance <100%	PDT: 84,2% (79,1-89,3) IMQ: 90,0% (85,7-94,2) 5-FU: 87,9% (83,3-92,4) PDT: 72,8% (66,8-79,4) IMQ: 83,4% (78,2-88,9) 5-FU: 80,1% (74,7-85,9) PDT: 62,4% (55,4-69,3) IMQ: 61,4% (54,4-68,5) 5-FU: 57,5% (50,5-64,5) PDT: 0 IMQ: 20,9% (15,2-26,7) 5-FU: 31,3% (24,8-37,8)	Er werden 911 patiënten benaderd voor deelname aan de studie, waarvan er 601 werden gerandomiseerd. Blindering van patiënten is door de aard van beide interventies niet mogelijk. De onderzoeker is wel geblindeerd. Er is sprake van een gemodificeerde intention-to-treat-analyse. Er is niet nagegaan of er verschillen in effectiviteit zijn tussen de centra.

Bijlage 3. Evidence tabel - PDT

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type studie	Setting	N=	Patiënten populatie (in/exclusie; locatie etc)	Follow-up duur	Interventie groep (incl duur)	Controle groep (incl duur)	Outcome (effectmaat)	Resultaten (Proportie, 95% BI) ^{††}	Opmerkingen
Roozeboom, 2012	B	Systematische review en meta-analyse van gerandomiseerde en niet-gerandomiseerde studies	V.S., Europa, Australië, Nieuw Zeeland, Brazilië. Poliklinisch	2022 sBCC	Primair, histologisch bevestigd superficiael BCC	1 jaar	Imiquimod 5% crème 1dd, variërend van 3-7x/week, met een duur variërend van 4-12 weken [§]	De meerderheid van de studies gebruikten ALA 20% PDT met een marge variërend van 5-20mm marge gedurende 3 uur. De studiearm meest lijkend op eenmalige belichting met 100 J/cm ² werd gebruikt voor analyse [§]	Complete respons na 3-6 maanden Cumulatief behandelingsucces na 1 jaar follow-up	PDT: 79,0% (71-87) IMQ: 86,2% (82-90) PDT: 84,0% (78-90) IMQ: 87,3% (84-91)	Er is sprake van grote statistische heterogeniteit, waardoor de resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

§ Afzonderlijke doseringsschema's en resultaten worden vermeld in de evidence tabel van Roozeboom et al. 2012.
95% Betrouwbaarheidsintervallen werden berekend met de Taylor series.

Bijlage 3. Evidence tabel - Imiquimod

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type studie	Setting	N=	Patiënten populatie (in/exclusie; locatie etc)	Follow-up duur	Interventie groep (incl duur)	Controle groep (incl duur)	Outcome (effectmaat)	Resultaten (Proportie, 95% BI)¶	Opmerkingen
Bath-Hextall, 2014	B	Prospectief, multicenter, randomized controlled, non-inferiority studie	Engeland. Poliklinisch	212 sBCC	Primair, histologisch bevestigd superficieel BCC	3 jaar	Imiquimod 5% crème 1dd, 7x/week, gedurende 6 weken	Chirurgische excisie (4mm marge)	Cumulatief behandelsucces na 3 jaar follow-up Goede tot uitstekende cosmetische uitkomst na 3 jaar follow-up	IMQ: 85,1% (78,6-91,6) EXC: 98,0% (95,2-100) IMQ: 66,7% (57,1 -76,3) EXC: 32,6 % (22,9-42,3)	Er werden 947 patiënten benaderd voor deelname aan de studie, waarvan er 501 werden gerandomiseerd. Het blinderen van de onderzoekers was alleen gedeeltelijk mogelijk, aangezien chirurgie een zichtbaar litteken achterlaat. Er is sprake van een gemodificeerde intention-to-treat-analyse.
Arits, 2013	A2	Prospectief, multicenter, randomized controlled, single-blind, non-inferiority studie	Nederland. Poliklinisch	601 sBCC	Primair, histologisch bevestigd superficieel BCC	1 jaar	Imiquimod 5% crème 1dd, 5x/week, gedurende 6 weken 5-Fluorouracil crème 2dd, gedurende 4 weken	MAL 16%, 5-10mm marge, gedurende 3 uur. Twee belichting sessies met 1 week interval. Light emitting diode of Aktilite, beide 630 nm, 37 J/cm ² , gedurende 7 min.	Complete respons na 3 maanden Cumulatief behandelsucces na 1 jaar follow-up Goede tot uitstekende cosmetische uitkomst na 1 jaar follow-up Compliance <100%	PDT: 84,2% (79,1-89,3) IMQ: 90,0% (85,7-94,2) 5-FU: 87,9% (83,3-92,4) PDT: 72,8% (66,8-79,4) IMQ: 83,4% (78,2-88,9) 5-FU: 80,1% (74,7-85,9) PDT: 62,4% (55,4-69,3) IMQ: 61,4% (54,4-68,5) 5-FU: 57,5% (50,5-64,5) PDT: 0 IMQ: 20,9% (15,2-26,7) 5-FU: 31,3% (24,8-37,8)	Er werden 911 patiënten benaderd voor deelname aan de studie, waarvan er 601 werden gerandomiseerd. Blindering van patiënten is door de aard van beide interventies niet mogelijk. De onderzoeker is wel geblindeerd. Er is sprake van een gemodificeerde intention-to-treat-analyse. Er is niet nagegaan of er verschillen in effectiviteit zijn tussen de centra.

Bijlage 3. Evidence tabel - Imiquimod

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type studie	Setting	N=	Patiënten populatie (in/exclusie; locatie etc)	Follow-up duur	Interventie groep (incl duur)	Controle groep (incl duur)	Outcome (effectmaat)	Resultaten (Proportie, 95% BI)¶	Opmerkingen
Roozeboom, 2012	B	Systematische review en meta-analyse van gerandomiseerde en niet-gerandomiseerde studies	V.S., Europa, Australië, Nieuw Zeeland, Brazilië. Poliklinisch	2022 sBCC	Primair, histologisch bevestigd superficiael BCC	1 jaar	Imiquimod 5% crème 1dd, variërend van 3-7x/week, met een duur variërend van 4-12 weken [§]	De meerderheid van de studies gebruikten ALA 20% PDT met een marge variërend van 5-20mm marge gedurende 3 uur. De studiearm meest lijkend op eenmalige belichting met 100 J/cm ² werd gebruikt voor analyse [§]	Complete respons na 3-6 maanden Cumulatief behandel succes na 1 jaar follow-up	PDT: 79,0% (71-87) IMQ: 86,2% (82-90) PDT: 84,0% (78-90) IMQ: 87,3% (84-91)	Er is sprake van grote statistische heterogeniteit, waardoor de resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

§ Afzonderlijke doseringsschema's en resultaten worden vermeld in de evidence tabel van Roozeboom et al. 2012.
 ¶ 95% Betrouwbaarheidsintervallen werden berekend met de Taylor series.

Bijlage 3. Evidence tabel - 5-Fluorouracil

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type studie	Setting	N=	Patiënten populatie (in/exclusie; locatie etc)	Follow-up duur	Interventie groep (incl duur)	Controle groep (incl duur)	Outcome (effectmaat)	Resultaten (Proportie, 95% BI)¶	Opmerkingen
Arits, 2013	A2	Prospectief, multicenter, randomized controlled, single-blind, non-inferiority studie	Nederland. Poliklinisch	601 sBCC	Primair, histologisch bevestigd superficiael BCC	1 jaar	5-Fluorouracil crème 2dd, gedurende 4 weken Imiquimod 5% crème 1dd, 5x/week, gedurende 6 weken	MAL 16%, 5-10mm marge, gedurende 3 uur. Twee belichting sessies met 1 week interval. Light emitting diode of Aktilite, beide 630 nm, 37 J/cm ² , gedurende 7 min.	Complete respons na 3 maanden Cumulatief behandel succes na 1 jaar follow-up Goede tot uitstekende cosmetische uitkomst na 1 jaar follow-up Compliance <100%	PDT: 84,2% (79,1-89,3) IMQ: 90,0% (85,7-94,2) 5-FU: 87,9% (83,3-92,4) PDT: 72,8% (66,8-79,4) IMQ: 83,4% (78,2-88,9) 5-FU: 80,1% (74,7-85,9) PDT: 62,4% (55,4-69,3) IMQ: 61,4% (54,4-68,5) 5-FU: 57,5% (50,5-64,5) PDT: 0 IMQ: 20,9% (15,2-26,7) 5-FU: 31,3% (24,8-37,8)	Er werden 911 patiënten benaderd voor deelname aan de studie, waarvan er 601 werden gerandomiseerd. Blinding van patiënten is door de aard van beide interventies niet mogelijk. De onderzoeker is wel geblindeerd. Er is sprake van een gemodificeerde intention-to-treat-analyse. Er is niet nagegaan of er verschillen in effectiviteit zijn tussen de centra.

95% Betrouwbaarheidsintervallen werden berekend met de Taylor series.

Bijlage 3. Evidence tabel - Vismodegib

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type studie	Setting	N=	Patiënten populatie (in/exclusie; locatie etc)	Follow-up duur	Interventie groep (incl duur)	Controle groep (incl duur)	Outcome (effectmaat)	Resultaten	Opmerkingen
Chang, 2014	B	Fase II 2-cohort niet gerandomiseerde multicentrische trial	Poliklinisch	120	Histologisch bevestigd lokaal uitgebreid of gemetastaseerd BCC	Tot optreden progressie ziekte of onacceptabele toxische effecten	1dd 150mg Vismodegib in cycli van 28 dagen	-	Overall Respons Ratio (ORR) volgens RECIST richtlijn (1.0)	Lokaal uitgebreid BCC: Objectieve respons: 26/56 (46%, 95% BI 33 tot 60). Gemetastaseerd BCC: Objectieve respons: 12/39 (31%, 95% BI 17 tot 48). Significant verschil bij patiënten die eerder aan systemische chemotherapie werden blootgesteld in vergelijking met mensen zonder eerdere blootstelling (0% versus 55% respectievelijk, p=0.002).	Er zijn 6/119 patiënten geïnccludeerd, die vooraf al behandeling met systemische chemotherapie hadden ondergaan, mogelijk hierdoor geen sprake van inceptiecohort. Er is geen controle groep geïnccludeerd.

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type studie	Setting	N=	Patiënten populatie (in/exclusie; locatie etc)	Follow-up duur	Interventie groep (incl duur)	Controle groep (incl duur)	Outcome (effectmaat)	Resultaten	Opmerkingen
Sekulic, 2012	B	Fase II 2 cohort niet gerandomiseerde multicenter trial	Poliklinisch	104	Histologisch bevestigd inoperabel lokaal uitgebreid of gemetastaseerd BCC	Tot optreden progressie ziekte of onacceptabele toxische effecten	1dd 150mg Vismodegib	-	Overall Respons Ratio (ORR), respons voor lokaal uitgebreid BCC gedefinieerd als reductie van \geq 30% klinisch of volgens RECIST richtlijn of complete resolutie van ulceratie. Respons voor gemetastaseerd BCC volgens RECIST richtlijn (1.0)	Lokaal uitgebreid BCC: Objectieve respons: 27/63 (43%, 95% BI 30 tot 56). Gemetastaseerd BCC: 10/33 (30%, 95% BI 16 tot 48).	Er is geen controle groep geïnccludeerd. Uitkomst via 2 verschillende manieren gemeten. De studie werd mede opgezet door de sponsor van de trial (Genentech). Tevens werd de data door de sponsor geanalyseerd en nam een werknemer van de sponsor deel aan het schrijven van het manuscript.

Bijlage 3. Evidence tabel - Follow-up na BCC

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type onderzoek	N (aantal)	Patiëntenpopulatie	Resultaten	Conclusies	Opmerkingen
Flohil 2013	A1	Syst review en meta-analyse Search tot 1 jan 2012	45 studies N=29 met BCC als indextumor	Ptn met een histologisch bewezen BCC of SCC, die in de tijd gevolgd werden voor de ontwikkeling van een opeenvolgende BCC, SCC of een melanoom	<p>Gepoolde risico opeenvolgende BCC na BCC:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Overkoepelend: 29.2% (95% CI 24.6–34.3%; n = 19 studies) -Australië =57.9% (n=1 studie) -USA: 32.5% (n=6 studies) -Europa: 27.3% (n =12 studies) <p>Gepoolde risico opeenvolgende SCC of melanoom na BCC: 4.3% (CI 1.7–10.1%) en 0.5% (CI 0.4–0.8%)</p> <p>Pooled SIRs: ptn met BCC hadden 17x hoger risico opeenvolgende BCC vs gemm populatie. (SIR 17.4 [0.0–37.4; n = 2])</p> <p>Gevolgd door SCC na BCC (3.2 [0.0–6.5]; n = 3 studies)</p> <p>Melanoom na BCC (2.4 [2.3–2.6]; n= 5 studies)</p> <p>Mean 5jr cumulatief risico op BCC na BCC was 36.2% (n= 7 studies, range 11.0–49.9%).</p>	<p>KC in voorgeschiedenis is een van de sterkste risicofactoren op het ontwikkelen van een opeenvolgende BCC, SCC of melanoom. Bijna vergelijkbaar met het risico na transplantatie, RT of blootstelling aan hoge doses psoralen gecombineerd met PUVA</p> <p>Advies: jaarlijks total body huidonderzoek 3–5jr, door getrainde artsen of nurse practitioners, zodat nieuwe leasies vroeg ontdekt kunnen worden.</p> <p>BCC en SCC ptn hadden ook een verhoogd SIRs op een melanoom (2.4 en 2.7 resp). Dit is in overeenstemming met eerdere literatuur. (Wheless L, Nonmelanoma skin cancer and the risk of second primary cancers: a syst rev. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev '10)</p>	<p>Na excluseren van 4 artikelen in een sensitiviteits analyse, steeg de gepoolde proportie naar 32.5% (95% CI 27.2–38.3). Cumulatief risico voor de andere tumoren na BCC was niet mogelijk te berekenen</p>

Bijlage 3. Evidence tabel - Follow-up na BCC

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type onderzoek	N (aantal)	Patiëntenpopulatie	Resultaten	Conclusies	Opmerkingen
Flohil 2011	C	Retrospectief, observationeel	2483 ptn PALGA,	3793 histologisch bevestigde BCC's. In 2004 hist bevestigde primaire BCC's	5jr cumulatieve risico op 1 of meer opeenvolgende BCC's was 29.2% Incidence rates waren 25 318/ 100.000 persoonsjaren in eerste 6 mnd na eerste BCC diagnose Deze daalde tot 6953/100.000 persoonsjaren >5jr follow-up M hadden een 30% [adjusted hazard ratio (HR) 1.30, 95% CI (confidence interval) 1.11–1.53] hoger risico op het ontwikkelen van multiple BCC's 65-79jr >80% (adj. HR 1.81, 95% CI 1.37–2.41) hoger risico opeenvolgende tumoren (vs pts <50 jr)	De hoge incidentie van opeenvolgende BCC's na een eerste BCC is het hoogst in de eerste mnd na diagnose, maar blijft hoog op de lange termijn: Advies: ptn met BCC zouden een full body huidonderzoek moeten ondergaan bij een eerste en opeenvolgende poli bezoeken. Speciale aandacht voor mannen en ptn op hogere leeftijd ten tijde van de index tumor	
Kiiski 2010	C	Cohort, prospectief	10.994 ptn	PALGA jan 1990 t/m dec 2007	30% vd ptn met BCC ontwikkelde opnieuw BCC Met name ptn met: -rood haar (OR 1.43; CI 1.05-1.94), -hogere socio-economische status (OR 1.42; CI 1.12-1.81) of -BCC op de bovenste extremiteiten (OR 1.49; CI 1.02-2.15) Ptn>75jr ten tijde van primaire BCC hadden sign. kleinere kans op multiple BCC's (OR 0.58; CI 95% 0.47-0.71)	Ptn <75 jr bij 1 ^e BCC diagnose, ptn met rood haar, ptn met hogere socio-economische status en/of ptn met BCC op bovenste extremiteiten, hebben hogere kans op multiple BCC's en zouden vaker gecontroleerd moeten worden	

BCC: Basaalcelcarcinoom, ECR: Dutch Eindhoven Cancer Registry, CCCS: Comprehensive Cancer Center South, PALGA: Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief, EAPC: estimated annual percentage change, sBCC: superficieel BCC, nBCC: nodulair BCC, ESR: Age-standardized incidence rates (European standardized population rate), adj: adjusted.