

**De fors stijgende incidentie  
en de impact van huidkanker  
vragen om een plan van  
aanpak met effectieve  
preventie-interventies,  
kostenefficiënte opsporing  
en behandeling.**

## **HUIDKANKER IN BELGIË**

Een rapport op basis van cijfers  
over een periode van 18 jaar,  
van Stichting tegen Kanker  
in samenwerking met  
Stichting Kankerregister.



**Stichting tegen Kanker**



## Inhoud

- 02 Afkortingen
- 03 Voorwoord
- 05 Infografieken
- 07 Samenvatting
- 09 Inleiding
- 11 Incidentie en prevalentie
- 13 Incidentie en trends
- 20 Overleving en sterfte
- 22 Nadere verdieping melanoom
- 24 Incidentie en voorspelling
- 26 Conclusies
- 28 Aanbevelingen
- 30 Referenties
- 31 Woord van dank
- 31 Colofon
- 31 Over Stichting Kankerregister
- 32 Over Stichting tegen Kanker

### Afkortingen

- AHEF: Atmospheric Health Effects Framework model
- BCC: Basocellulair carcinoom
- BCR: Belgian Cancer Registry, Stichting Kankerregister
- ESR: European Standardized Incidence Rate
- IARC: International Agency for Research on Cancer
- KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
- MM: Maligne melanoom
- MOC: Multidisciplinair Oncologisch Consult
- SCC: Plaveiselcelcarcinoom of Spinocellulaircarcinoom
- STK: Stichting tegen Kanker
- UV: Ultraviolet

# Voorwoord

Kankerbestrijding in de brede zin van het woord is de missie van Stichting tegen Kanker. Daarbij wil ze de gevolgen van kanker verminderen voor de Belgische bevolking.

Vandaag is huidkanker, in al haar vormen, de meest voorkomende kanker met bijna 44.000 nieuwe diagnoses in 2018!

Dit aantal blijft jaar na jaar stijgen en als dit zo doorgaat ziet de toekomst er somber uit, met aanzienlijke menselijke én financiële kosten die hieruit voortvloeien.

Dit betekent geenszins dat we ons hierbij moeten neerleggen. Er bestaan immers oplossingen.

## Stichting tegen Kanker zet alle middelen in die ze heeft.

- Dankzij de steun voor wetenschappelijk onderzoek werden er nieuwe therapieën ontwikkeld. Zij zorgen voor een belangrijke kentering bij de prognose van melanomen, één van de gevaarlijkste huidkankers, zelfs al bevinden die zich in een ver gevorderd stadium. Helaas blijven de kosten van deze behandelingen zeer hoog voor de samenleving.
- Dankzij gerichte preventiecampagnes moedigt Stichting tegen Kanker mensen aan tot verantwoord zongedrag, met bijzondere aandacht voor kinderen.

Ten slotte wil Stichting tegen Kanker met deze White Paper het probleem van ongekeende omvang onder de aandacht brengen en mogelijke oplossingen voorstellen. Het omvat een grondige analyse van de situatie in België.

Ook roept Stichting tegen Kanker alle stakeholders en politici op om in te zetten op een nationale aanpak om het tij te keren van de tsunami van huidkanker in België.

Zo zetten we samen hoop om in overwinning!

DR. VERONIQUE LE RAY  
MEDISCH DIRECTEUR VAN  
STICHTING TEGEN KANKER



PROF. DR. LIEVE BROCHEZ  
VOORZITTER BELGIAN ASSOCIATION  
OF DERMATO-ONCOLOGY



Huidkanker is de meest voorkomende kanker en treft 1 op 5 Belgen voor de leeftijd van 75.

De incidentie blijft toenemen, ook bij jongere leeftijdsgroepen (30+), en dit heeft een belangrijke impact zowel op het individu (ziekte, psychologische impact, eventuele sterfte) als op de maatschappij (kost).

Het groeiend aantal huidkankers stelt ons voor een aantal belangrijke uitdagingen.

Vooreerst is er de uitdaging om huidkanker vroegtijdig op te sporen bij de algemene bevolking. Een systematische huidkanker-screening wordt beschouwd als niet kostenefficiënt maar er dient gezocht te worden naar nieuwe strategieën om dit haalbaar te maken.

De 2<sup>e</sup> uitdaging is de behandeling en follow-up van huidkanker patiënten (kosten-)efficiënt en vlot te organiseren. Een specifieke uitdaging hierbij is de zorg bij oudere personen (80+) bij wie een afweging van de voor-en nadelen van de 'standaard'-behandelingen noodzakelijk is.

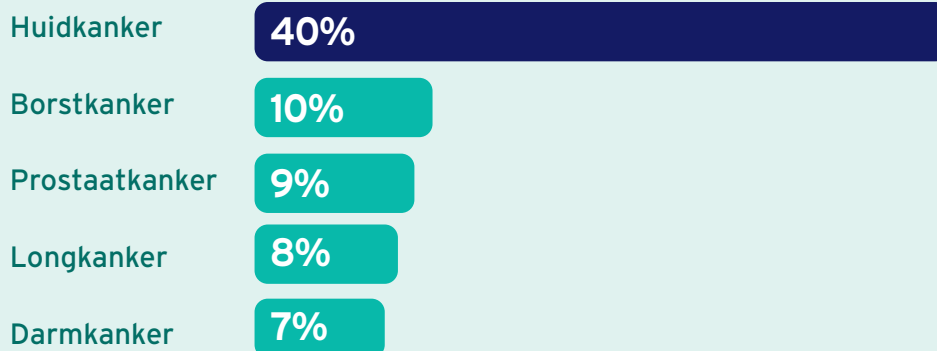
De 3<sup>e</sup> grote uitdaging is het faciliteren van primaire preventie door zonprotectie. Hoewel de positieve effecten van deze uitdaging zich pas manifesteren op lange termijn (> 20 jaar), toonden wij eerder aan dat dit een gezondheidsdominante interventie is: voor elke geïnvesteerde euro is er een belangrijke kostenbesparing en reductie van het aantal ziekte-en sterfgevallen door huidkanker.

Een laatste uitdaging is het voorzien van correcte informatie naar het brede publiek, en het reguleren van desinformatie over vitamine D, zonbeschermingsproducten, zonnebanken, smartphone apps voor het opsporen van huidkanker, ...

Een nationaal huidkankerplan kan leiden tot een doordachte en wetenschappelijk gefundeerde strategie rond deze uitdagingen wat toekomstige patiënten, de algemene bevolking en de maatschappij ten goede komt.

# Infografieken

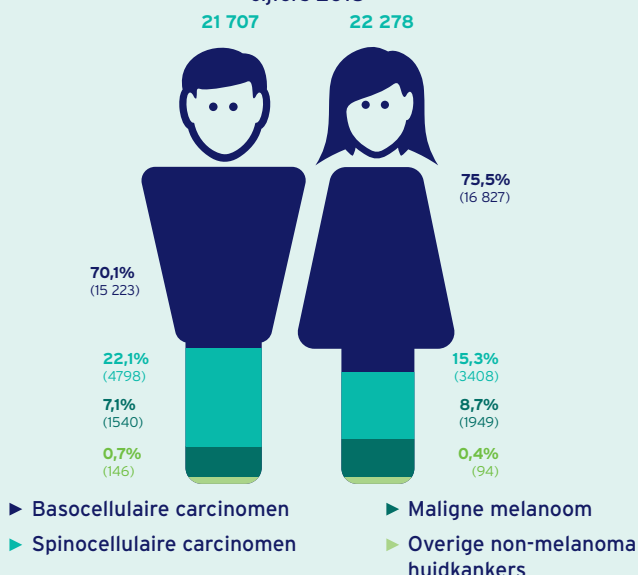
**1** Huidkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in België



Totaalpercentage omvat alle invasieve kankers (inclusief MDS & MPN) & alle niet-melaoom huidkankers  
 Belgian Cancer Registry of Stichting Kankerregister

**2** De meest voorkomende vormen van huidkanker zijn basocellulair carcinoom (BCC), spinocellulair carcinoom (SCC) en melanoom

Soort huidkanker volgens geslacht  
 cijfers 2018



Belgian Cancer Registry of Stichting Kankerregister

**462** mensen in België stierven in 2017 aan huidkanker



Cijfers 2017



**1 op 5**

krijgt huidkanker voor zijn 75<sup>ste</sup>

Cijfers 2018



3

Overmatige blootstelling aan de zon of zonnebank is de belangrijkste oorzaak van huidkanker.

4

De geobserveerde stijging van de incidentie van huidkanker is groter dan wat men verwacht op basis van de vergrijzing van de Belgische bevolking.



5

De introductie van nieuwe geneesmiddelen verhoogt de kosten van de behandeling aanzienlijk.



6

De toenemende stroom aan - vaak chronische - kankerpatiënten vormt een relevante belasting van de gezondheidszorg

# Samenvatting

Huidkanker is de meest voorkomende kanker met bovendien de snelst stijgende incidentie. De impact van deze ziekte op de gezondheidszorg en bredere maatschappij zal de komende 10 jaar enkel nog toenemen. Het risico op huidkanker in België stijgt jaarlijks, met ongeveer 9% meer risico op basocellulaire carcinomen, 7% op spinocellulaire carcinomen en 5% op melanomen. Volgens de meest recente gegevens vertegenwoordigen deze 3 soorten huidkanker 40% van de totale kankerincidentie in België. Uit de Belgische cijfers van 2018 blijkt dat 1 man of 1 vrouw op 5 vóór de leeftijd van 75 jaar een vorm van huidkanker krijgt. Voor de verschillende types huidkanker afzonderlijk bedraagt dit risico voor basocellulaire carcinomen 1 op 7, voor spinocellulaire carcinomen 1 op 44 en voor melanomen 1 op 50<sup>1</sup>.

Er is nood aan een betere preventie voor huidkanker, zonder dat de druk op de ziekenhuizen, privé-artsenpraktijken en labo's onnodig toeneemt. Oplopende wachttijden voor patiënten, evenals een steeds stijgend kostenplaatje door duurdere behandelingen, moeten vermeden worden. Dit is enkel mogelijk door een deskundige en planmatige aanpak waarbij men oog heeft voor meer en efficiëntere preventie, alsook gericht inzet op opsporing en behandeling dan in het verleden.



## Incidentie en overleving

De laatste 10 jaar zien we een sterke stijging van alle types huidtumoren.

BCC en SCC worden voornamelijk bij ouderen vastgesteld. Aan BCC overlijden nauwelijks of zelfs geen patiënten, en ook de overleving bij SCC is vrij goed in vergelijking met de meeste niet-huidkankers. Toch kunnen ook deze vormen van huidkanker ingroeien in omliggende weefsels, met mogelijk kwalijke gevolgen.

Bovendien ontstaan er bij een deel van de patiënten met SCC en BCC na de eerste diagnose ook nieuwe huidtumoren.

Voor melanoom stellen we vast dat er een kentering plaatsvindt, waarbij de incidentie bij jongere personen (<50 jaar) afneemt in tegenstelling tot de oudere leeftijds-

groepen. De diagnose lijkt bovendien steeds vroeger te worden gesteld, wat te zien is aan het stijgend aandeel patiënten met stadium I. De overleving ten gevolge van melanoom is verbeterd over de jaren heen.

In vergelijking met Nederland ligt de incidentie van melanoom lager in België. Overigens zijn stadium IV-tumoren meer frequent in België voor beide geslachten, terwijl de relatieve overleving voor deze tumoren dan weer hoger is in België dan in Nederland. Omdat de geografische locatie van beide buurlanden vergelijkbaar is, liggen deze verschillen waarschijnlijk aan andere factoren zoals gedrag, behandeling en/of opvolging<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Kwaadaardige huidtumoren in België, Lien van Walle en Liesbeth Van Eycken, Huisarts Nu, Mei-Juni 2019

<sup>2</sup> Incidence and survival of cutaneous melanoma in Belgium and The Netherlands from 2004-2016: striking differences and similarities of two neighboring countries. Reyn B, Van Eycken E, Louwman M, Henau K, Schreuder K, Brochez L, Garmyn M, Kukutsch NA. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Mar 3. doi: 10.1111/jdv.17197. Online ahead of print. PMID: 33656221





## Behandeling

Behandelingen van huidkanker vereisen een nauwgezette coördinatie tussen verschillende medische en paramedische disciplines. Afhankelijk van de noden komen er immers chirurgie, radiotherapie, immunotherapie, doelgerichte therapie en/of chemotherapie bij kijken. Die verschillende behandelingen worden op zichzelf toegediend of gecombineerd, indien nodig.

Bovendien wordt de therapeutische strategie normaal gesproken niet enkel door één arts beslist. Idealiter wordt de situatie bij de meeste patiënten waarbij een melanoom wordt vastgesteld, besproken in een Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC). Daarbij zijn artsen uit verschillende disciplines betrokken. Tijdens dit MOC kiezen zij de behandeling die wordt gegeven. Iedere behandeling van huidkanker wordt dus afgestemd op het individu. Het percentage van Multidisciplinaire Oncologische Consulten is gestegen van 36% in 2004 tot 69% in 2011.

Basaalcel carcinoom is de meest voorkomende en de minst kwaadaardige vorm van huidkanker. Een basaalcel carcinoom groeit traag en zaait zelden uit. Toch is het belangrijk om het grondig te behandelen. Als dit niet behandeld wordt, kan het in de diepte doorgroeien en de weefsels onder de huid aantasten. Het spinocellulair carcinoom groeit sneller dan het basaalcel carcinoom. Als het niet behandeld wordt, zaait het uit. Dat gebeurt meestal via de lymfeklieren in de buurt van de tumor. Echter, bij een vroegtijdige behandeling zijn de vooruitzichten eveneens erg gunstig. Er is waarschijnlijk wel een onder-rapportage van spinocellulaire carcinomen.

Bij melanomen is de therapie afhankelijk van het stadium. Niet alle melanomen hebben innovatieve behandelingen nodig.

Er zijn op ogenblik veel ontwikkelingen in de behandeling van melanoom, mede dankzij Stichting tegen Kanker die in 2018

**25.043.565 euro** ter beschikking stelde aan kankeronderzoek. Steeds meer patiënten worden behandeld met innovatieve maar duurdere geneesmiddelen zoals gerichte therapieën en immunotherapie.

Momenteel loopt er een studie bij het Federaal Kenniscentrum (KCE) die meer inzichten zal verschaffen over het gebruik en de kosteneffectiviteit van deze behandelingen; de resultaten worden tegen midden 2021 verwacht<sup>3</sup>.



## De komende tien jaar

Door de aantasting van de ozonlaag werd een hele generatie (babyboomers) blootgesteld aan hogere straling. Het AHEF-gezondheidseffecten model (Atmospheric Health Effects Framework model) schat dat de belangrijkste effecten op de huidkanker incidentie zich zullen voordoen bij de generatie geboren tussen 1960 en 1980 omdat zij de grootste cumulatieve straling kregen tijdens hun leven<sup>4</sup>.

Op basis van de geobserveerde trends van de voorbije jaren, wordt verwacht dat het aantal patiënten met BCC, SCC en melanoom de volgende jaren zal blijven stijgen, wat zal gepaard gaan met een verhoogde druk op het gezondheidszorgsysteem. De wachtlijsten voor een consultatie bij de dermatoloog worden steeds langer, waarmee het risico op een meer laattijdige diagnose toeneemt. Ook zullen de kosten van de zorg toenemen, door het stijgend aantal huidkankerdiagnoses in het algemeen en meer specifiek ook door de duurdere innovatieve behandelingen voor melanoom.

<sup>3</sup> Studie 2018-02 (HTA) De kosteneffectiviteit van uitgaven aan innovatieve farmaca in de oncologie - KCE (fgov.be)

<sup>4</sup> Environmental effects of stratospheric ozone depletion, UV radiation, and interactions with climate change: UNEP Environmental Assessment Panel, Update 2020, R.E.Neale et.al., Photochemical & Photobiological sciences(2021) 20:1-67







# Inleiding

## Doel rapport

Het doel van dit rapport is meer inzicht verschaffen over huidkanker in België, de geobserveerde trends en de potentiële gevolgen daarvan. Dit rapport kan als basis dienen voor een beleidsadvies en een nationaal plan van aanpak.

## Dataverzameling

Voor dit rapport werd gebruik gemaakt van de epidemiologische gegevens van Stichting Kankerregister (BCR). Vanaf 2004 (en in Vlaanderen vanaf 1999) verzamelt BCR op nationaal niveau gegevens over huidkanker. In de periode 2009-2013 werden enkele extra niet-ziekenhuis laboratoria toegevoegd aan de opvraag-lijst van BCR, in het kader van het opstarten van de verschillende bevolkingsonderzoeken voor kanker, waardoor de huidkankerregistratie completer is in de hiernavolgende jaren.

De data die worden gepresenteerd in dit rapport bundelen de cijfers voor Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Telkens worden daarbij de meest recente beschikbare gegevens gerapporteerd.

## We gebruiken in dit rapport een aantal termen die we kort willen verklaren:

- **Incidentie:** het aantal nieuwe diagnoses per jaar.
- **Prevalentie:** het aantal mensen dat momenteel in leven is, en nu kanker heeft of in het verleden kanker gehad heeft (vaak wordt daarbij alleen gekeken naar de laatste 5 of 10 jaar).
- **Mortaliteit:** het aantal overlijdens aan kanker per jaar.
- **Overleving:** Het percentage patiënten dat een bepaalde ziekte of operatie overleeft of percentage patiënten dat na een bepaalde termijn na een diagnose of therapie nog in leven is.

## Risicofactoren huidkanker<sup>5 6</sup>

Risicofactoren voor huidkanker hebben te maken met verschillende factoren zoals het niveau van de UV-straling dat hoger is naargelang de locatie en het uur van de dag, de omgeving en de weersomstandigheden, de duur van de blootstelling, de gebruikte bescherming tijdens deze blootstelling en genetische factoren zoals huidtype en familiegeschiedenis voor huidkanker. De wetenschap zoekt naar een goed model om het risico te kunnen voorspellen, beter te communiceren en zo beter de risicopopulatie te kunnen bereiken voor preventie of vroegtijdige opsporing.

Factoren die het risico verhogen zijn: haarkleur, oogkleur, aantal Naevi (vlekjes), eerste-grads melanoom familiegeschiedenis, persoonlijke melanoom geschiedenis, aantal sessies op de zonnebank, historiek van zonnebrand, bepaald medicatiegebruik (bv immuno-suppressiva, immuun modulerende behandelingen (biologicals)...).

Sommige factoren kan men zelf niet controleren maar de hoeveelheid blootstelling en bescherming spelen een cruciale rol bij de preventie van huidkanker.

De fors stijgende incidentie van huidkanker heeft, naast de toenemende vergrijzing en de verdunning van de ozonlaag, in belangrijke mate te maken met levensstijl factoren. Vanaf de jaren 90 werden zonnebanken populair en ook reizen naar de zon werden goedkoop. Bruinen wordt bij een deel van de bevolking nog altijd geassocieerd met mooi of gezond. De meeste Belgen zijn lichte huidtypes (>60%) en stellen zich meer bloot dan geschikt is voor hun type huid.<sup>7</sup> Ook buitenwerkers<sup>8</sup>, sporters en kinderen zijn risicogroepen.

5 Kylie Vuong, MBBS, MPH, FRACGP et.al., Development and External Validation of a Melanoma Risk Prediction Model Based on Self-assessed Risk Factors, JAMA Dermatol. 2016;152(8):889-896. doi:10.1001/jamadermatol.2016.0939Published online June 8, 2016.

6 <https://cancerprevention.euro.iaarc.fr/preventable-cancers>

7 Ipsos, UV Tracking survey, voor stichting tegen kanker, 2019

8 Global call to action to end the non-melanoma skin cancer epidemic in outdoor workers, April 26th, 2019

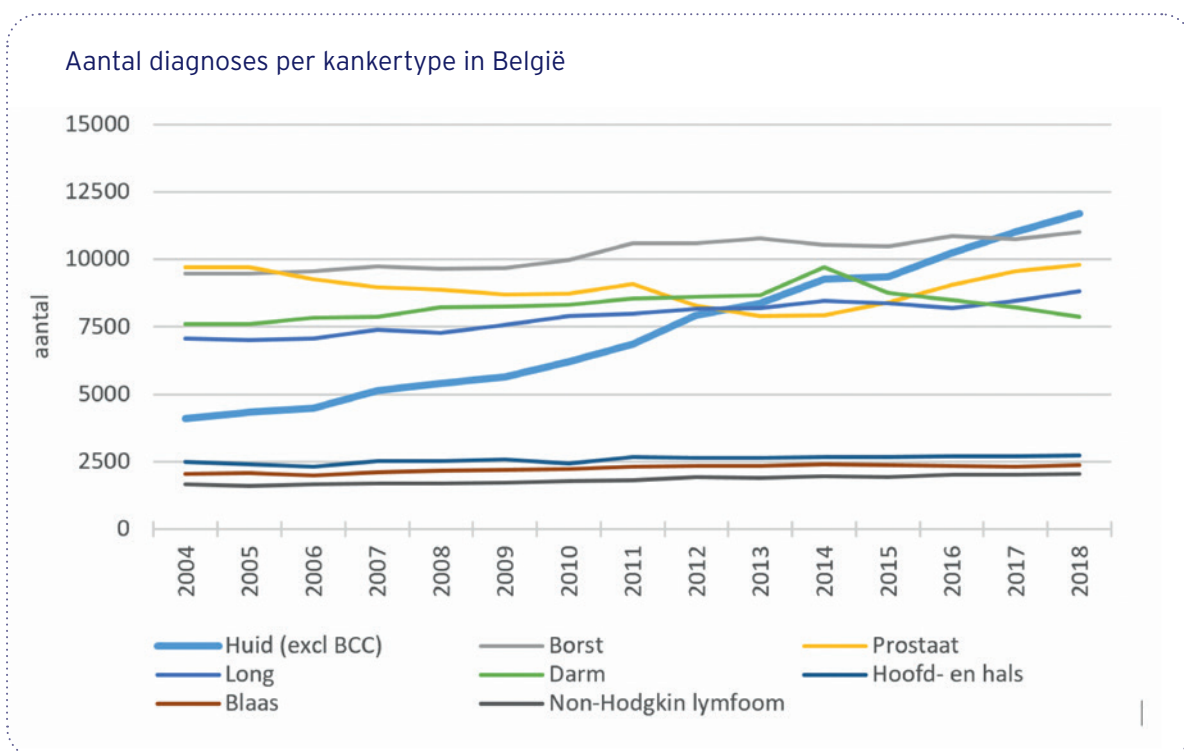


# Incidentie en prevalentie

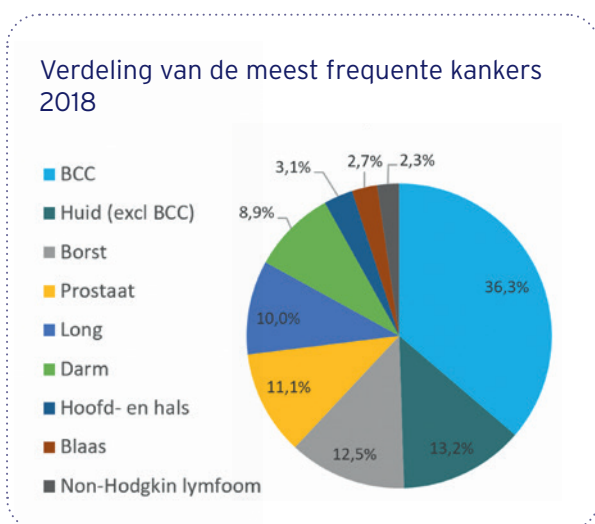
## Aantal diagnoses per kankertype in België

Figuur 1 toont de trends in de incidentie van de meest voorkomende kankertypes in België van 2004 tot en met 2018. Per tumortype werd enkel de eerst gediagnosticeerde kanker meegenomen in de telling. We zien een duidelijke en aanhoudende stijging van het aantal huidtumoren doorheen de tijd. Deze stijging is meer uitgesproken dan de evolutie voor de andere kankertypes. Merk op dat voor de berekening van de incidentie van huidkanker het veelvoorkomende BCC niet werd meegenomen.

FIGUUR 1



FIGUUR 2



## Verdeling meest voorkomende tumoren

Van de meest gediagnosticeerde kankertypes in 2018 bestaat het grootste deel uit huidkanker (inclusief BCC). In figuur 2 werd alleen de eerst gediagnosticeerde tumor per tumortype per patiënt meegenomen.

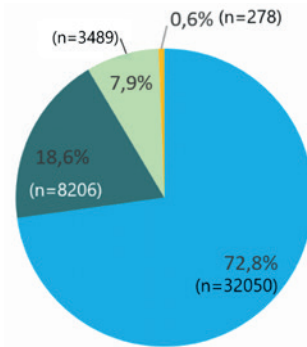
## Verdeling incidentie en prevalentie huidtumoren

Figuren 3 en 4 tonen de incidentie en de prevalentie van huidtumoren in België in 2018.

De getoonde prevalentiecijfers betreffen 10-jaars prevalentie, dit omvat alle personen die nog in leven zijn in 2018 en bij wie in de 10 voorafgaande jaren een BCC, SCC of melanoom werd vastgesteld.

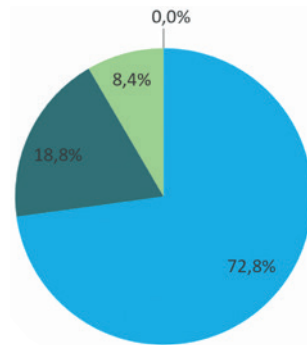
FIGUUR 3

Verdeling incidentie huidtumoren 2018



FIGUUR 4

Verdeling 10-jaars prevalentie huidtumoren (op 31/12/2018)



## Aantal nieuwe patiënten en aantal prevalentie patiënten per jaar en per ziekenhuis

Aangezien het aantal prevalentie patiënten voor 'andere types' huidtumoren in totaal 0,06% van alle huidkankers uitmaakt, hebben we deze niet opgenomen.

Het aantal nieuwe diagnoses huidkanker legt een grote druk op de ziekenhuizen. Jaarlijks komen er in totaal ongeveer 44.000 huidkankerpatiënten bij. Dit resulteert in een gemiddelde jaarlijkse belasting van 440 nieuwe patiënten per ziekenhuis en 595 nieuwe diagnoses per labo in België. Dit terwijl er tegelijkertijd ongeveer 230.000 huidkankerpatiënten in behandeling zijn of zijn geweest (overeenstemmend met een gemiddelde van ongeveer 2300 patiënten per ziekenhuis).

TABEL 1\*

	Aantal nieuwe diagnoses / jaar (2018)	Aantal nieuwe patiënten / ziekenhuis (N=100)	Aantal nieuwe patiënten / labo (N=74)
BCC	32050	321	433
SCC	8206	82	111
MM	3489	35	47
Totaal	43745	437	591

	Aantal prevalentie patiënten*	Aantal patiënten / ziekenhuis (N=100)
BCC	171005	1710
SCC	35699	357
MM	22385	224
Totaal	229089	2291

\*10-jaars prevalentie 31/12/2018

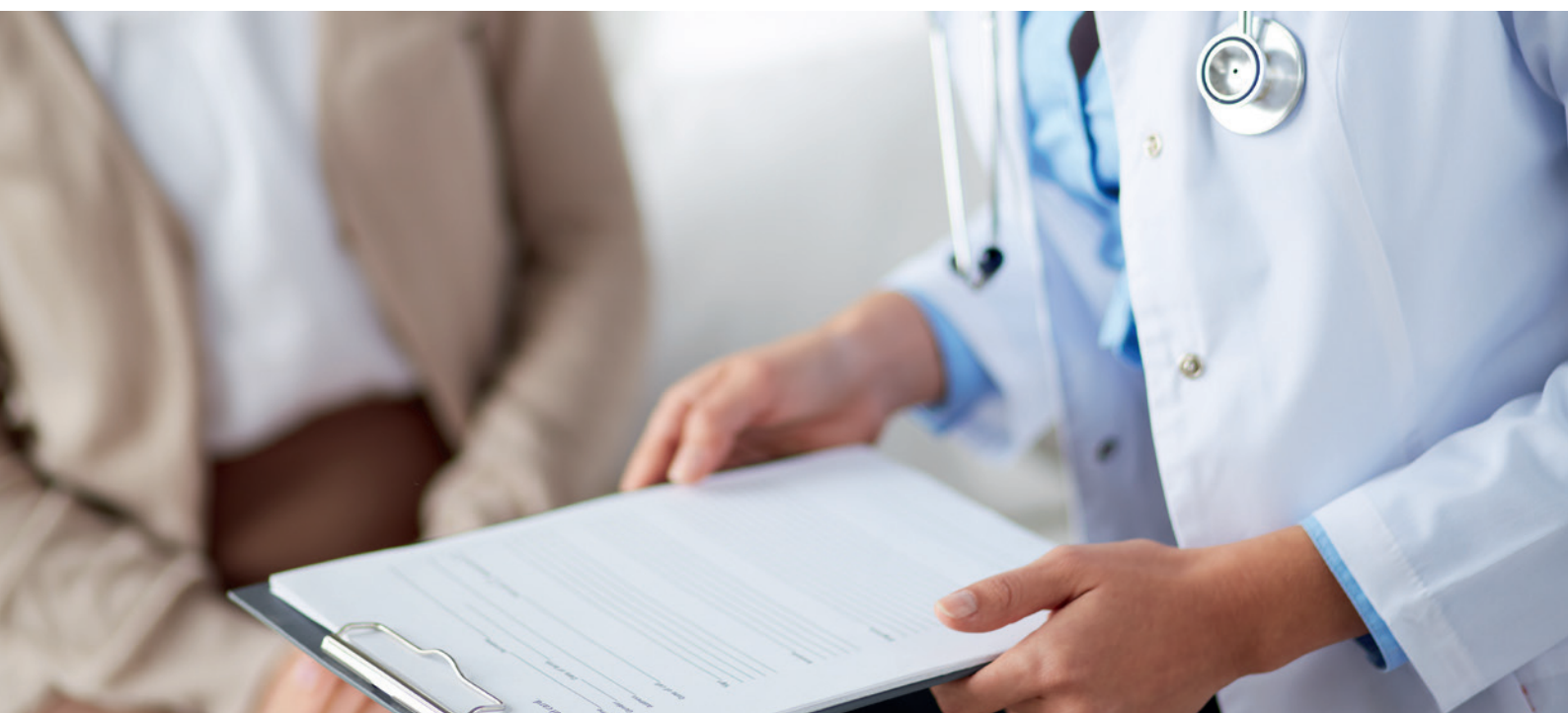
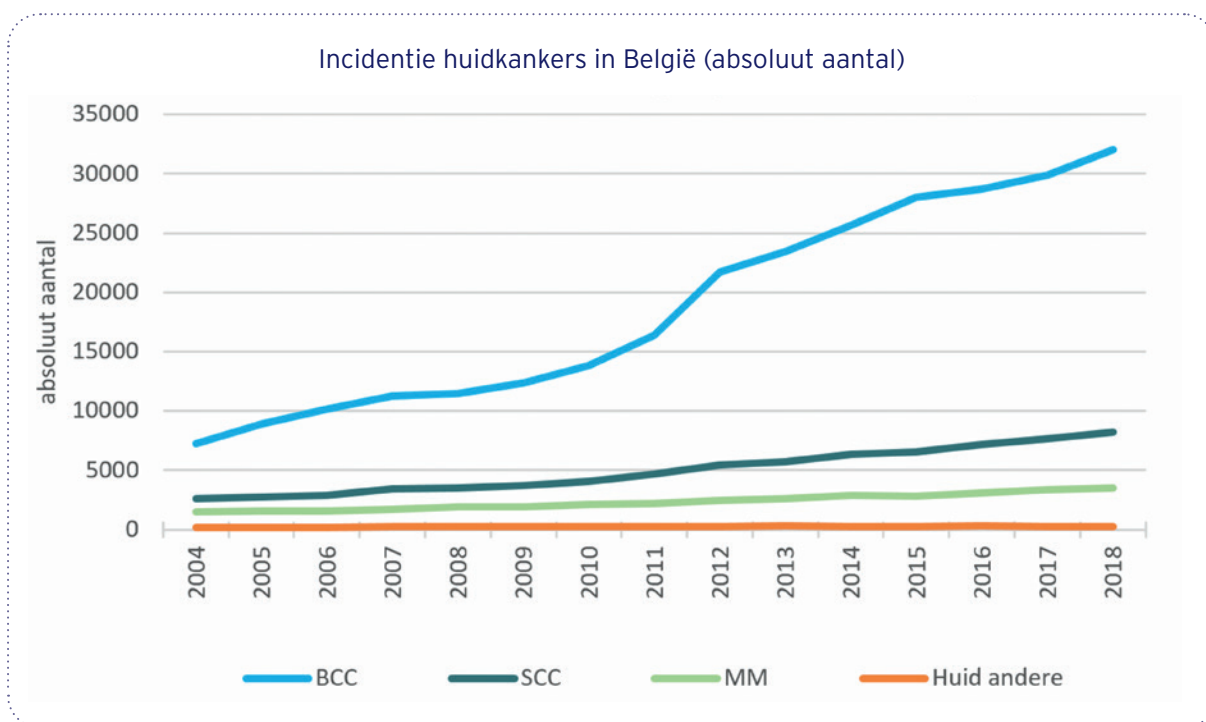
\* Er is een verschil tussen het aantal patiënten en het aantal diagnoses. Een patiënt kan meerdere keren een diagnose krijgen voor huidkanker. De cijfers per ziekenhuis en per labo betreffen gemiddelden maar in realiteit kunnen er grote verschillen zijn tussen de ziekenhuizen of labo's onderling.



# Incidentie en trends

Voor de drie meest voorkomende huidkankertypes (BCC, SCC en MM) is het jaarlijks aantal nieuwe patiënten de afgelopen jaren sterk gestegen, zoals zichtbaar in figuur 5. Bovendien werden in deze figuur alleen de eerste diagnoses meegenomen, maar patiënten met huidkanker ontwikkelen vaak een tweede huidtumor tijdens hun leven.

FIGUUR 5



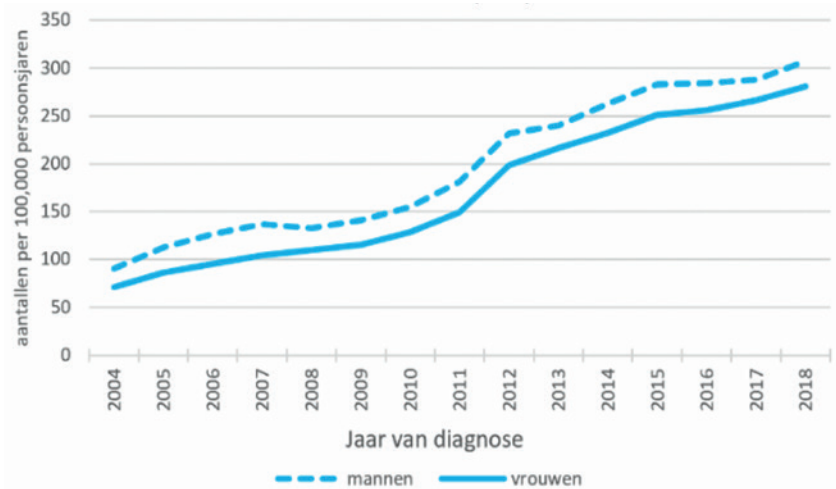
## Incidentie naar geslacht

Ook de gestandaardiseerde incidentie (ESR= European Standardised Rate) waarbij wordt gecorrigeerd voor vergrijzende en groeiende bevolking, toont een stijgende trend voor de 3 meest voorkomende huidkankertypes (Figuren 6-8).

We zien verder dat SCC duidelijk vaker voor komt bij mannen, waar melanomen vaker worden gezien bij vrouwen. De curves voor BCC tonen een licht overwicht bij mannen maar beide curves stijgen gelijklopend.

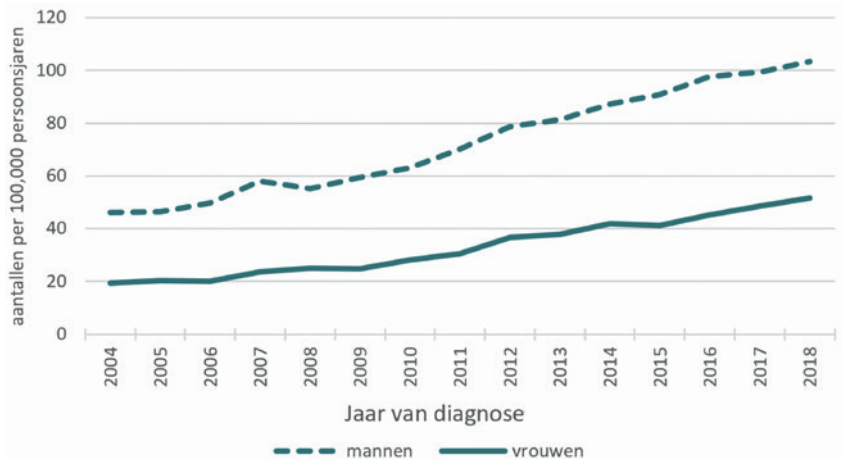
FIGUUR 6

### Incidentie BCC (ESR)



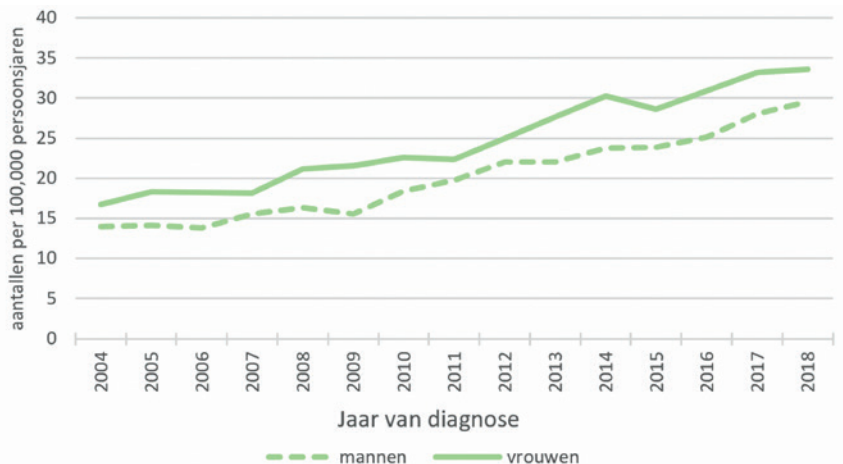
FIGUUR 7

### Incidentie SCC (ESR)



FIGUUR 8

### Incidentie melanoom (ESR)



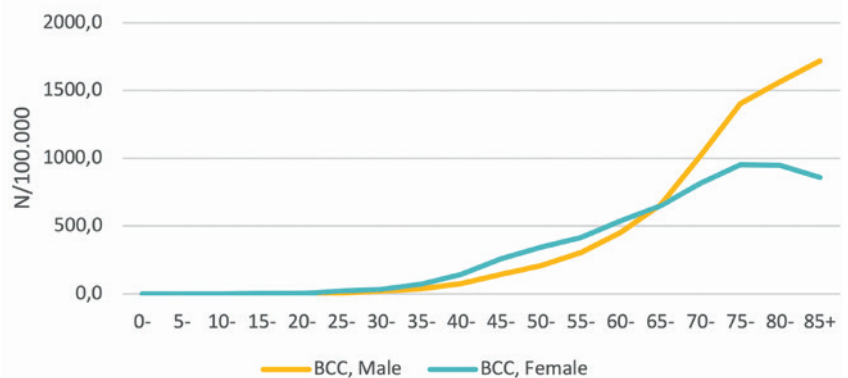
## Leeftijd bij diagnose naar geslacht (2018)

Figuren 9, 10 en 11 tonen de verdeling naar leeftijd bij de diagnose. De gemiddelde leeftijd bij de diagnose van BCC, SCC en melanoom is respectievelijk 70j voor mannen en 67j voor vrouwen bij BCC, 78j bij mannen en vrouwen voor SCC, en voor melanoom 62j voor mannen en 58j voor vrouwen.

Melanoom komt vooral bij vrouwen vaker voor op relatief jonge leeftijd. Tot de leeftijd van 35j is de incidentie voor melanomen dubbel zo hoog bij vrouwen als bij mannen. Vanaf ongeveer 55j krijgen mannen het overwicht. Bij BCC krijgen mannen een overwicht vanaf 65j en bij SCC vanaf 60j.

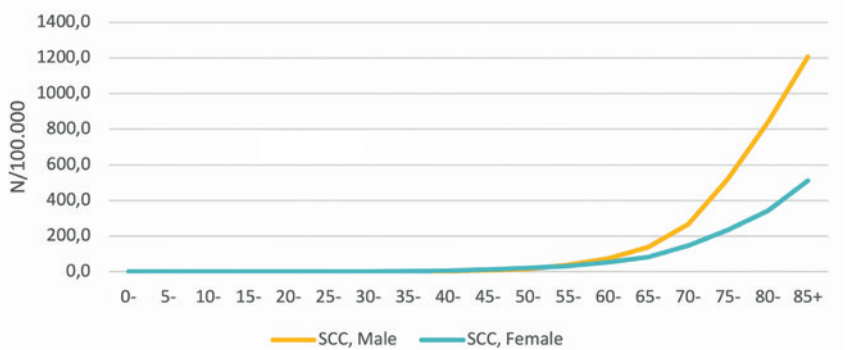
FIGUUR 9

Basal cell carcinoma: age specific incidence rate (N/100.000) by gender, Belgium 2018



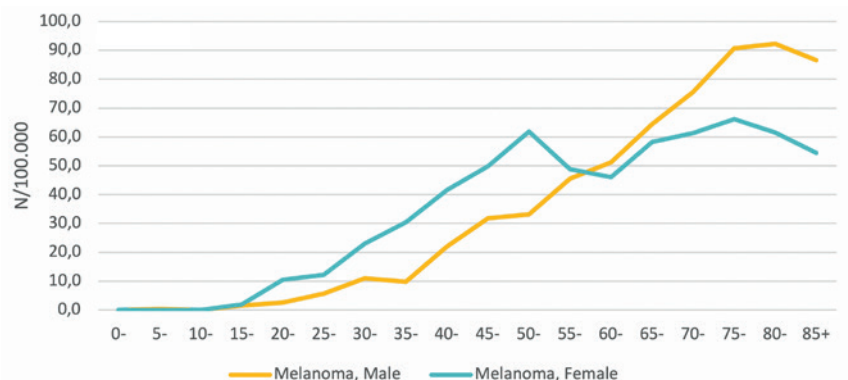
FIGUUR 10

Squamous cell carcinoma: age specific incidence rate (N/100.000) by gender, Belgium 2018



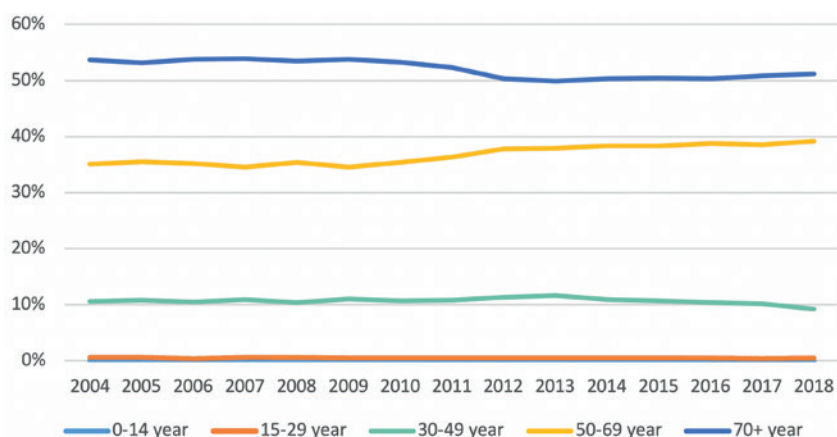
FIGUUR 11

Melanoma: age specific incidence rate (N/100.000) by gender, Belgium 2018



FIGUUR 12

Basal cell carcinoma: distribution by age-cat (%N), Belgium 2004-18

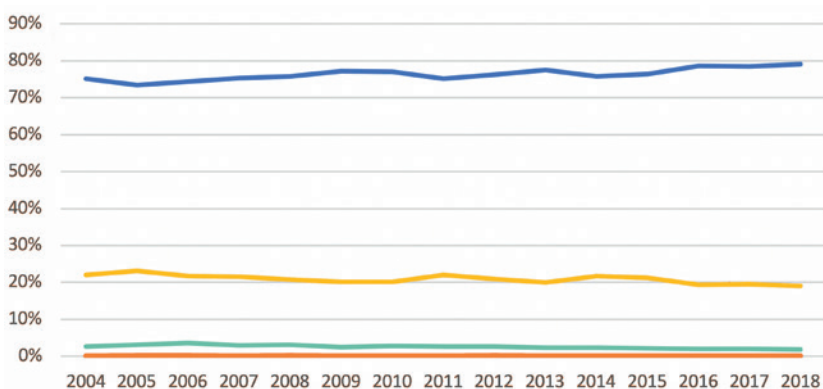


## Trends per leeftijdscategorie

Voor BCC is de geobserveerde stijging van de gestandaardiseerde incidentie duidelijk meer uitgesproken in de oudere leeftijdsgroepen (ouder dan 50j) (figuur 12).

FIGUUR 13

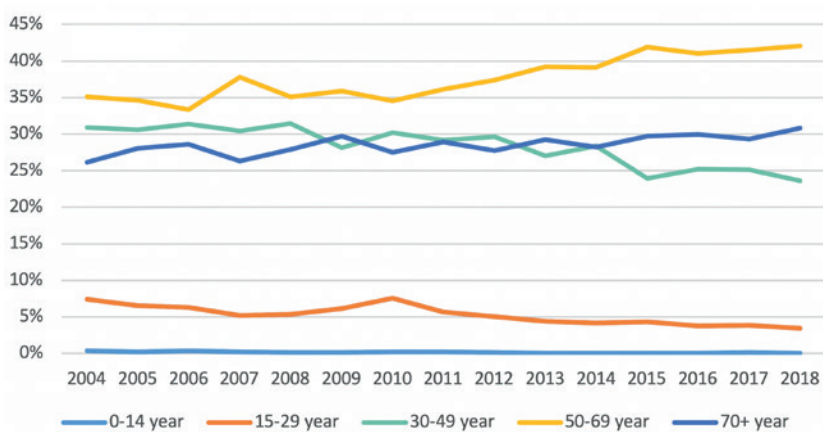
Squamous cell carcinoma: distribution by age-cat (%N), Belgium 2004-18



Voor SCC, die typisch frequenter voorkomen bij ouderen, zien we een veel sterkere stijging bij de 70-plussers (figuur 13).

FIGUUR 14

Melanoma: distribution by age-cat (%N), Belgium 2004-18



Bij melanoom zien we een uitgesproken stijging bij de 50-plussers, maar een stabilisatie bij de jongere leeftijd cohorten (jonger dan 30j) (figuur 14). Een aantal factoren zouden hiervoor verantwoordelijk kunnen zijn, namelijk het dichten van de ozonlaag en het sensibiliseren voor een betere bescherming in de zon of minder blootstelling aan de zon en zonnebank.

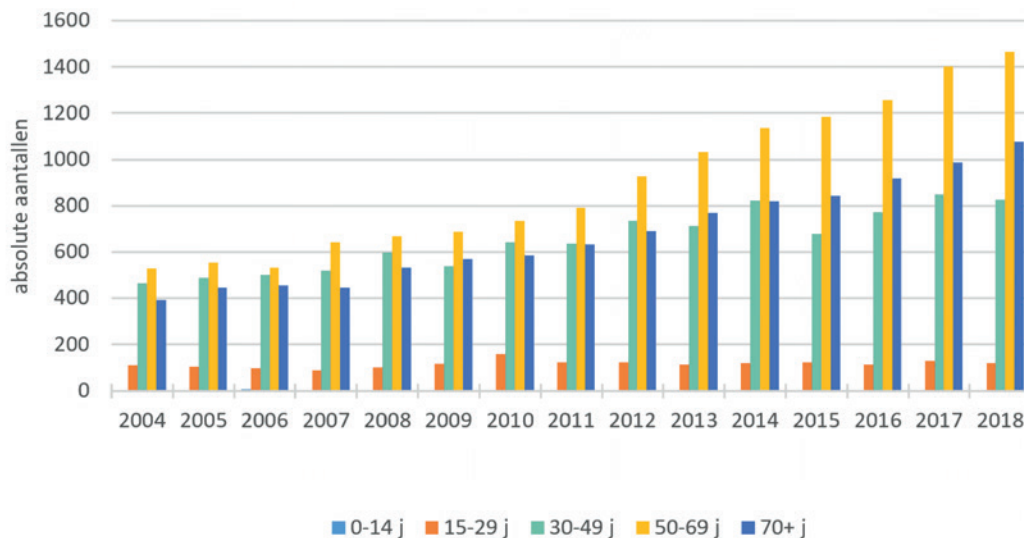


## Absolute incidentie melanoom per leeftijdscategorie

We zien de grootste stijging van het absolute aantal melanoom diagnoses in de leeftijdsgroep 50-69j en de tweede grootste stijging bij de 70-plussers (figuur 15). In de categorie 30 tot 49 jaar fluctueren de jaarlijkse aantallen maar lijkt de incidentie zich stilaan te stabiliseren.

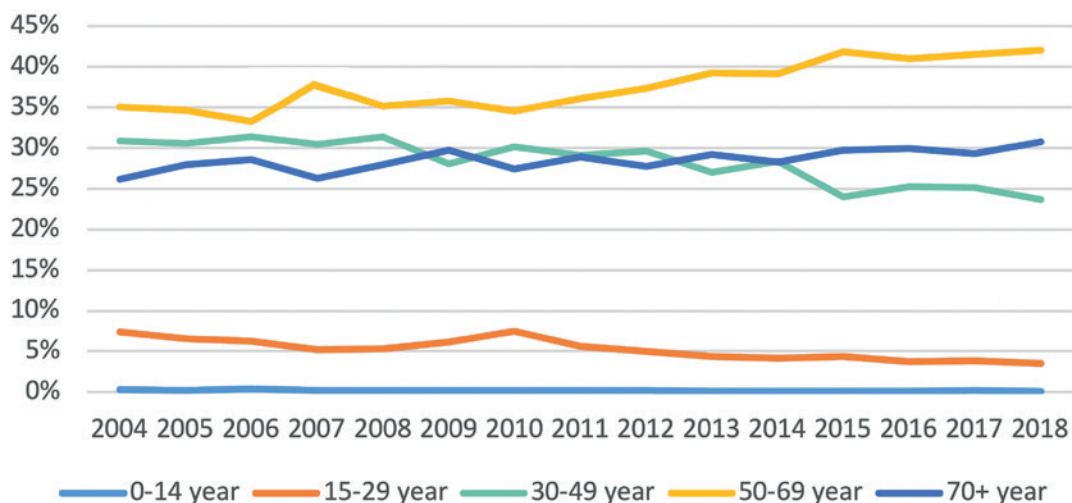
FIGUUR 15

Incidentie melanoom per leeftijdscategorie (absolute aantallen)



FIGUUR 16

Melanoma: distribution by age-cat (%N), Belgium 2004-18



## Incidentie multipele tumoren

Vooral bij non-melanomen is het aandeel van patiënten met meerdere diagnoses het grootst. In totaal betreft het hier ongeveer 40.000 patiënten in de periode van 2004 - 2018. Voor melanomen is de proportie patiënten met meerdere diagnoses in die periode aanzienlijk lager.

Type	n more than one diagnosis	N at least one diagnosis	n/N (%)
<b>BCC</b>	30,157	241,061	12.5
<b>Melanoma</b>	737	34,525	2.1
<b>SCC</b>	7,851	64,432	12.2

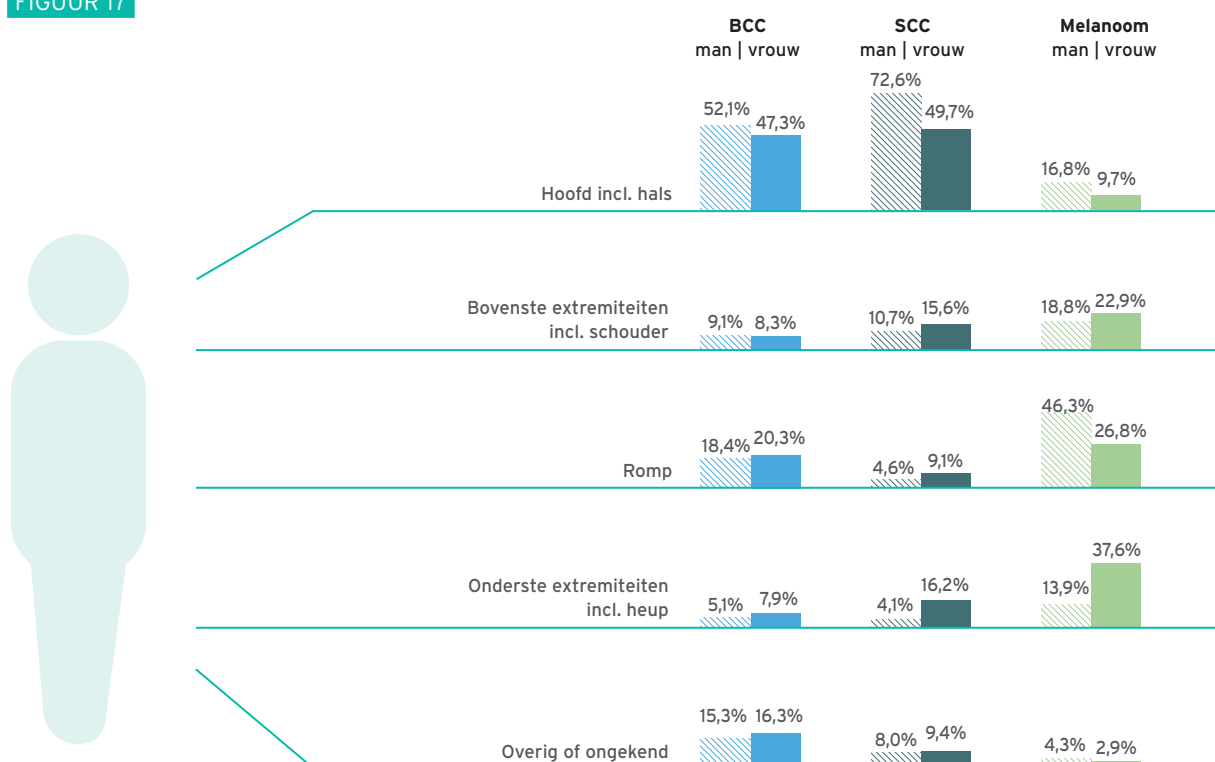
### TABEL:

Incidentieperiode 2004-2018, aantal patiënten met op zijn minst 1 BCC, SCC of melanoom diagnose (N) en het aantal patiënten met meer dan 1 diagnose van hetzelfde type.

## Locatie van tumortype per geslacht

In figuur 17 is de locatie per huidkankertype naar geslacht weergegeven voor patiënten die in 2018 werden gediagnosticeerd. Zowel voor BCC als voor SCC is de voorkeurslocatie de huid van hoofd en hals, voor beide geslachten. Opvallend hierbij is dat het aandeel van de BCC en SCC die ontwikkelen in de huid van hoofd en hals bij mannen nog hoger is dan bij vrouwen, dit verschil is het meest uitgesproken bij SCC (72,6% bij mannen versus 49,7% bij vrouwen). Een melanoom komt bij mannen preferentieel voor op de romp (46,3%), vrouwen ontwikkelen het vaakst een melanoom op de onderste extremiteiten; 37,6%.

FIGUUR 17

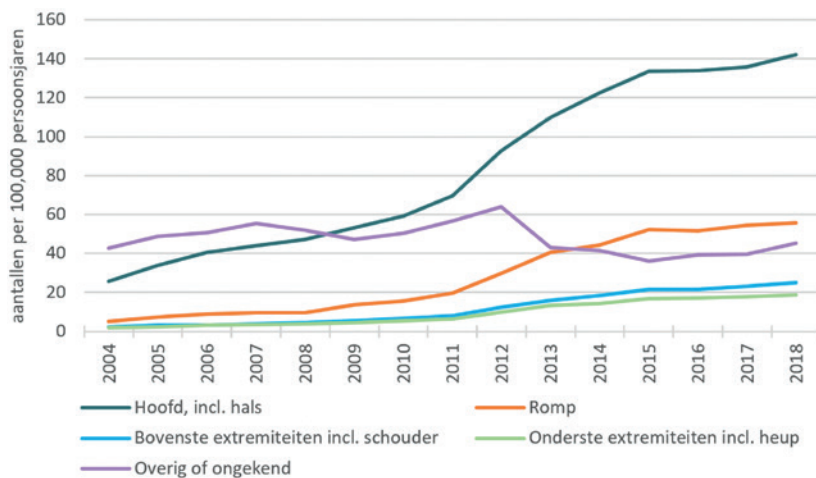


## Trend Incidentie naar tumorlocatie

De gestandaardiseerde incidentie (ESR) neemt bij BCC en SCC het meest toe voor tumoren in hoofd- en hals regio, in contrast met de eerder beperkt stijgende trend geobserveerd bij melanomen in deze regio. Voor BCC zien we vanaf 2011 ook een sterke stijging voor tumoren ontstaan in de huid van de romp (figuur 18). Voor melanomen zien we de sterkste stijging bij tumoren ontstaan ter hoogte van de romp, nauw gevolgd door tumoren ontstaan ter hoogte van de onderste extremiteiten (figuur 20). Vanaf 2012 kan de stijging bij BCC beïnvloed zijn door extra data, die door BCR verkregen werden en met een betere registratie tot gevolg (zie dataverwerking)

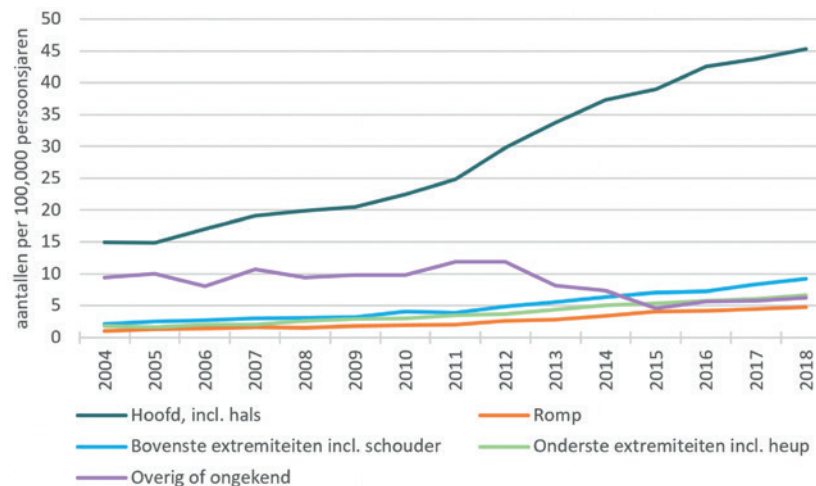
FIGUUR 18

Trend incidentie BCC per locatie (ESR)



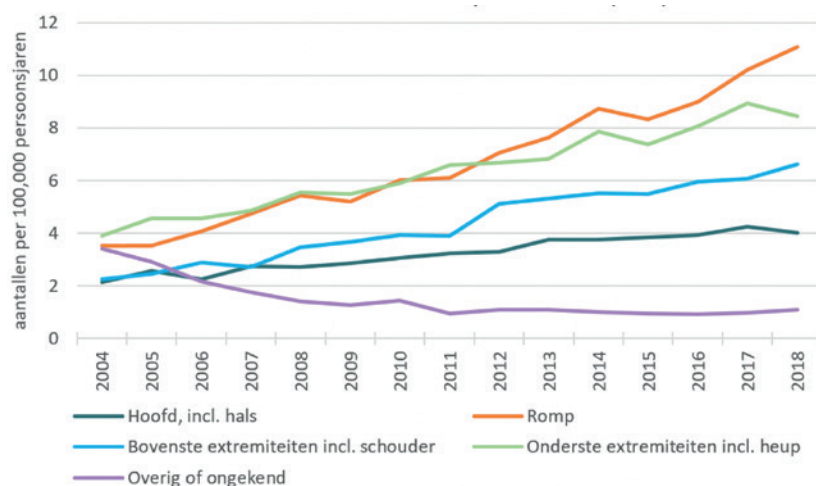
FIGUUR 19

Trend incidentie SCC per locatie (ESR)



FIGUUR 20

Trend incidentie melanoom per locatie (ESR)



# Overleving en sterfte

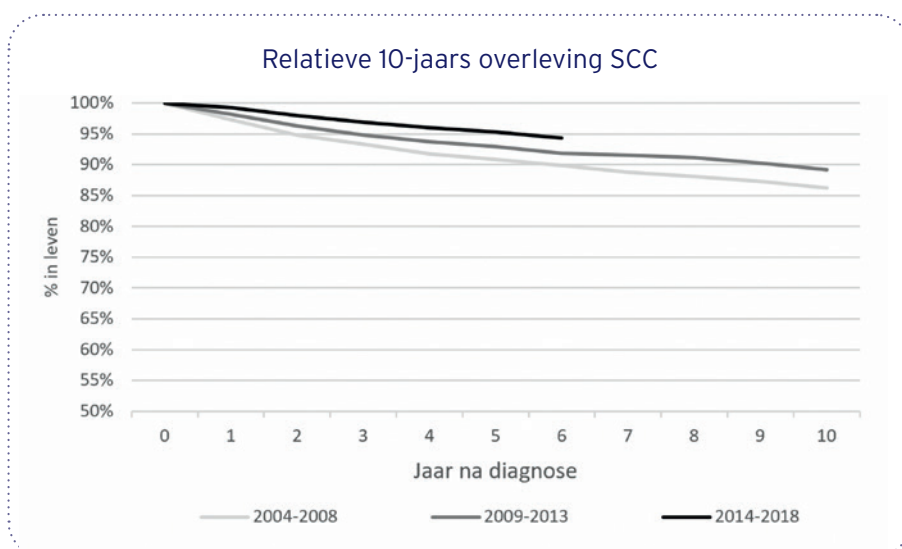
## Relatieve 10-jaars overleving SCC en melanoom<sup>9</sup>

De relatieve overleving van SCC en melanoom is verbeterd over de jaren heen (Figuren 21 en 22).

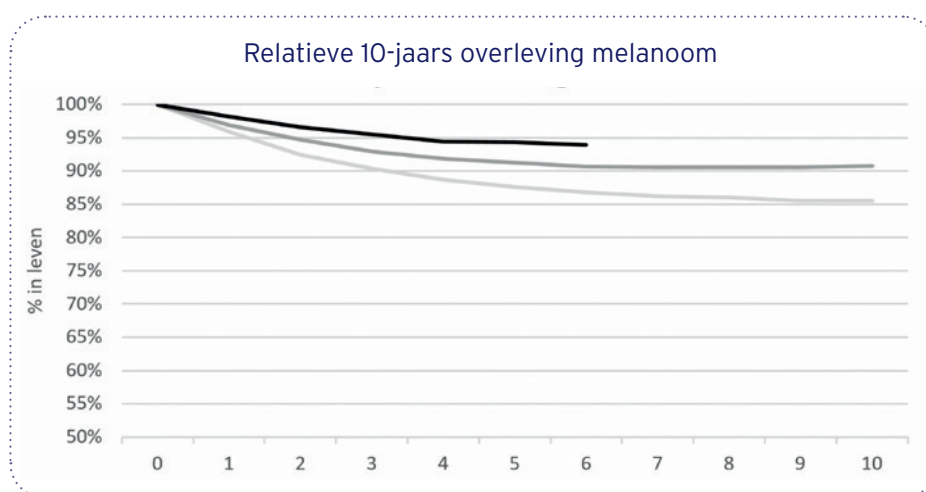
De relatieve 10-jaars overleving van SCC is gestegen van 86% naar 90% (en lijkt nog hoger te liggen de meest recente jaren).

De relatieve 10-jaars overleving van melanoom is gestegen van 85% naar 90%. In vergelijking met de relatieve overlevingscijfers van melanoom in Nederland (86% in 2010) liggen de Belgische cijfers hoger, wat de vraag doet rijzen of we beter behandelen dan wel vroeger detecteren (of een combinatie van beide).

FIGUUR 21



FIGUUR 22



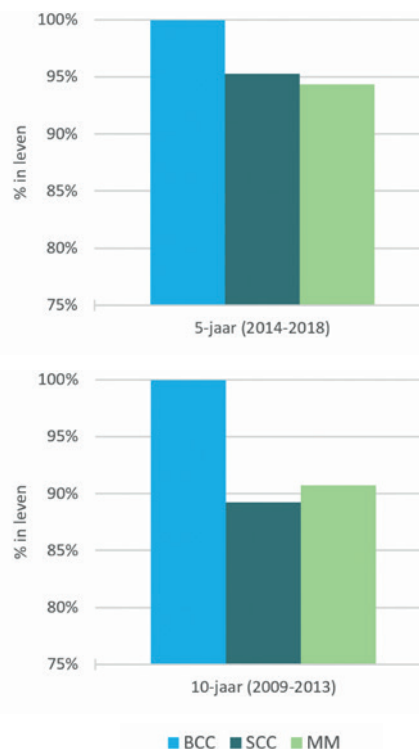
<sup>9</sup> Incidence and survival of cutaneous melanoma in Belgium and The Netherlands from 2004-2016: striking differences and similarities of two neighboring countries. Reyn B, Van Eycken E, Louwman M, Henau K, Schreuder K, Brochez L, Garmyn M, Kukutsch NA. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Mar 3. doi:10.1111/jdv.17197. Online ahead of print. PMID: 33656221

## Relatieve overleving BCC, SCC en MM vergeleken

BCC heeft een 5-jaars en 10-jaars overleving van 100%. Er overlijden dus geen patiënten aan BCC. Dit geldt niet voor SCC en melanoom. De gemiddelde 5-jaars overleving bij SCC is 95% en 10-jaars overleving 89,2% (figuur 23). Voor melanoom is de 5-jaars overleving 94%, en de 10-jaars overleving 90,7%. Op het eerste gezicht lijkt dit vreemd, melanoom is immers een agressievere tumortype. Hier werd tot nu toe nog geen duidelijke verklaring voor gevonden, de Belgische 10-jaars overleving cijfers voor SCC zijn evenwel zeer vergelijkbaar met die van Nederland. Ook zijn er vragen over de betrouwbaarheid van de overlevingscijfers van spinocellulaire tumoren. Er is een vermoeden van onderrapportering omdat deze tumoren niet altijd vermeld worden als doodsoorzaak.

FIGUUR 23

Relatieve overleving melanoom, SCC en BCC

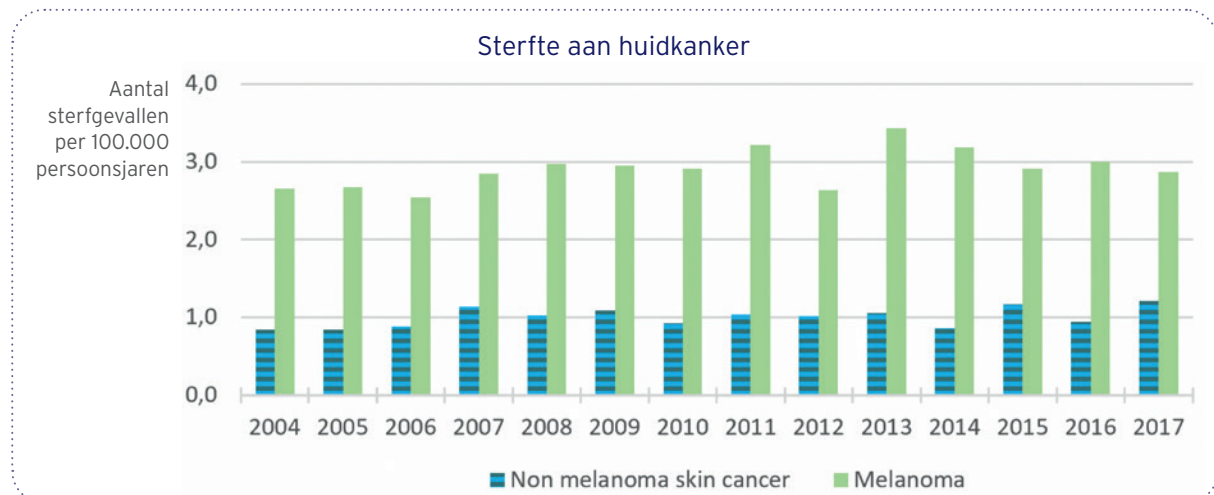


## Sterfte aan niet-melanoom huidkanker en melanoom

De getoonde sterftcijfers voor niet-melanoom huidkanker maken geen onderscheid tussen BCC en SCC maar gezien de overleving bij BCC 100% is kunnen we stellen dat de sterftcijfers voornamelijk slaan op SCC. In 2017 zijn er in België 137 patiënten overleden aan niet-melanoom huidkanker.

Het sterftcijfer van melanoom toonde een lichte stijging tot 2013, met uitzondering van 2012, en is dan weer gedaald naar ongeveer 3 per 100.000 persoonsjaren. In 2017 zijn er in België 325 patiënten overleden aan melanoom, ruim het dubbele van niet-melanoom huidkankers.

FIGUUR 24



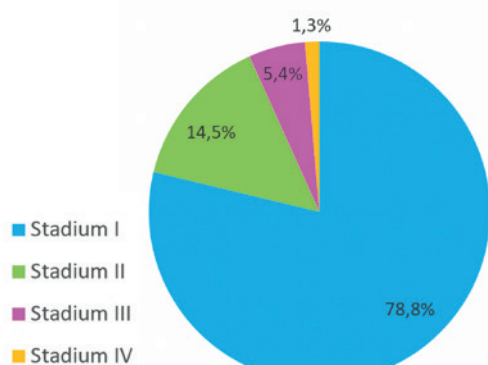


## Nadere verdieping melanoom

In 2018 werd het overgrote deel van de melanoom patiënten gediagnosticeerd met een stadium I kanker (78,8%). Dit cijfer ligt hoger dan in Nederland, en kan verklaren waarom de overleving van melanoom patiënten in België iets beter is. Van 144 van de 3181 patiënten is het stadium niet gekend (in 2018).

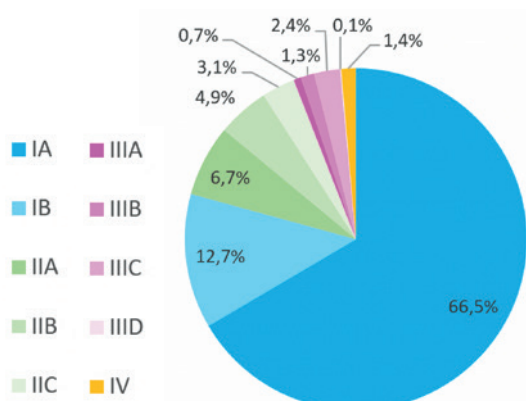
FIGUUR 25

Stadium van melanoom bij diagnose, 2018



FIGUUR 26

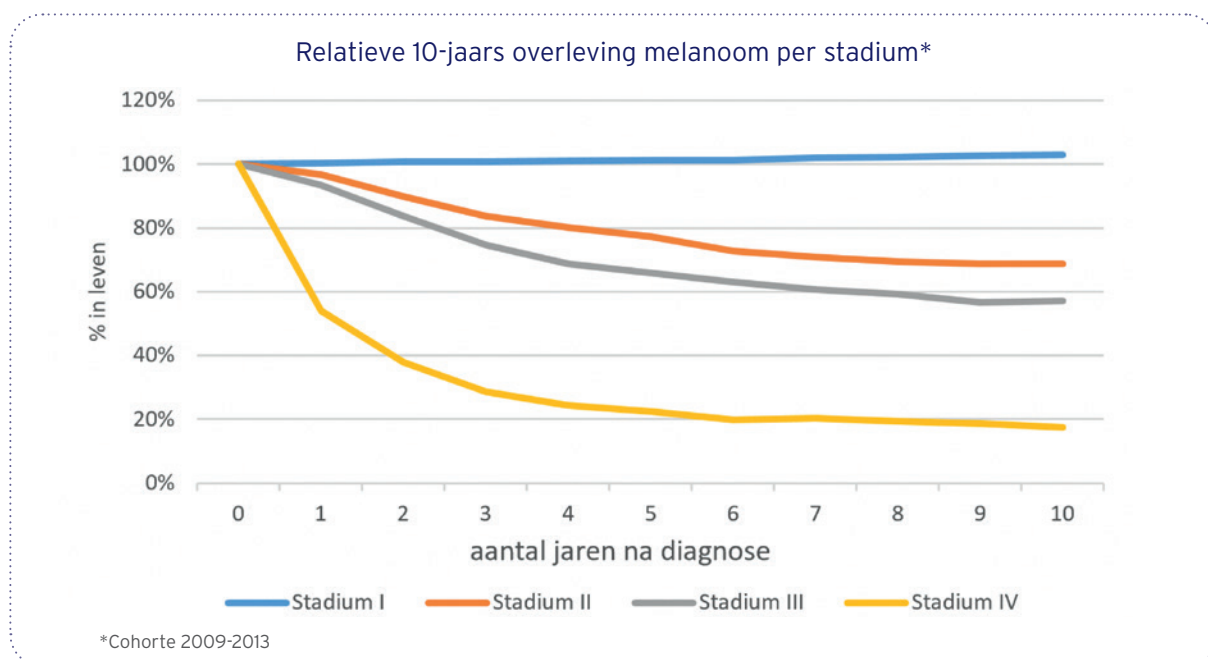
Stadium van melanoom bij diagnose, 2018



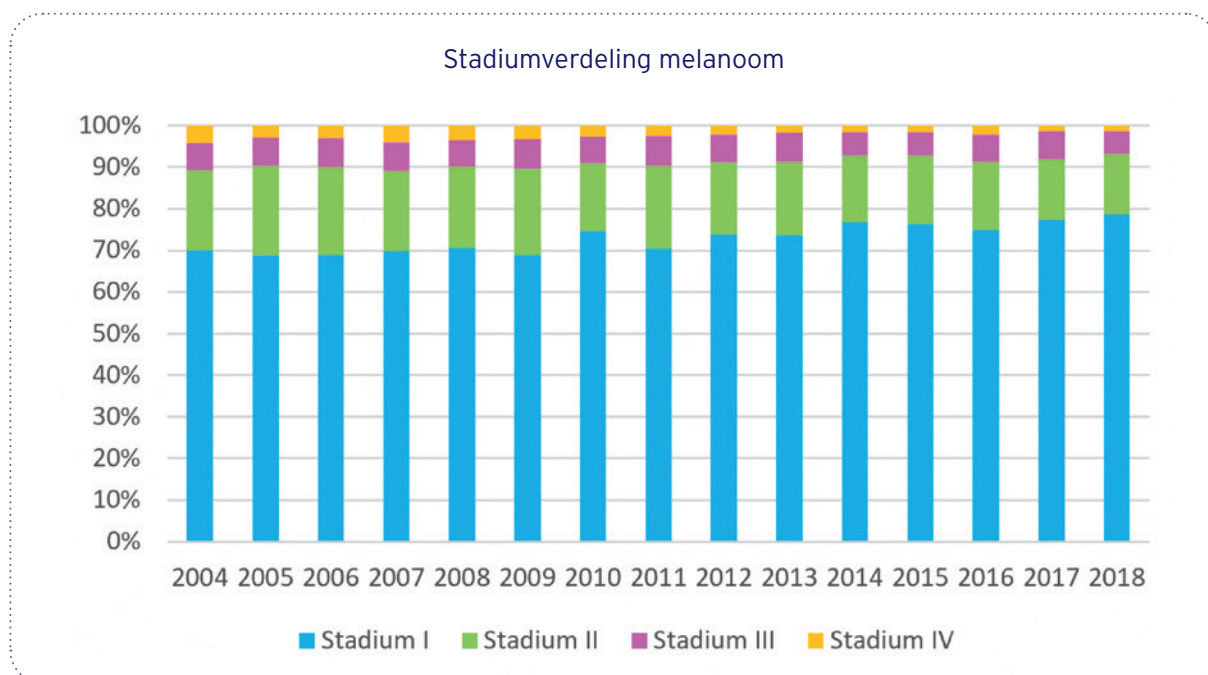
## Relatieve 10-jaars overleving melanoom per stadium

De 10-jaars overleving van melanomen die werden vastgesteld in stadium I is 100% (figuur 26). Melanomen hebben een overleving van ongeveer 70% na 10 jaar voor stadium II en 60% voor stadium III. Voor melanomen vastgesteld in stadium IV ligt de overleving opmerkelijk lager, ongeveer 60% na 1 jaar en slechts 20% na 10 jaar. Figuur 27 toont hoe met de jaren het percentage patiënten met stadium I bij diagnose is toegenomen, het aandeel patiënten met stadium II bij diagnose lijkt complementair kleiner geworden.

FIGUUR 27



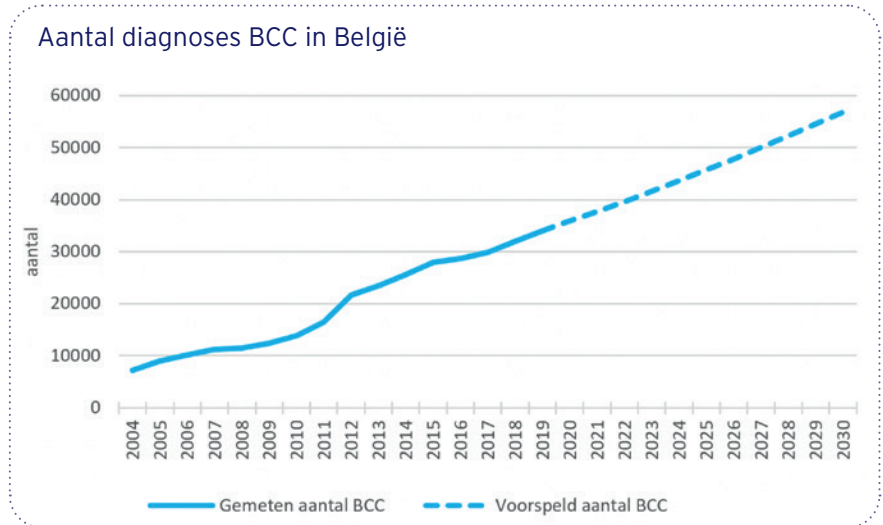
FIGUUR 28



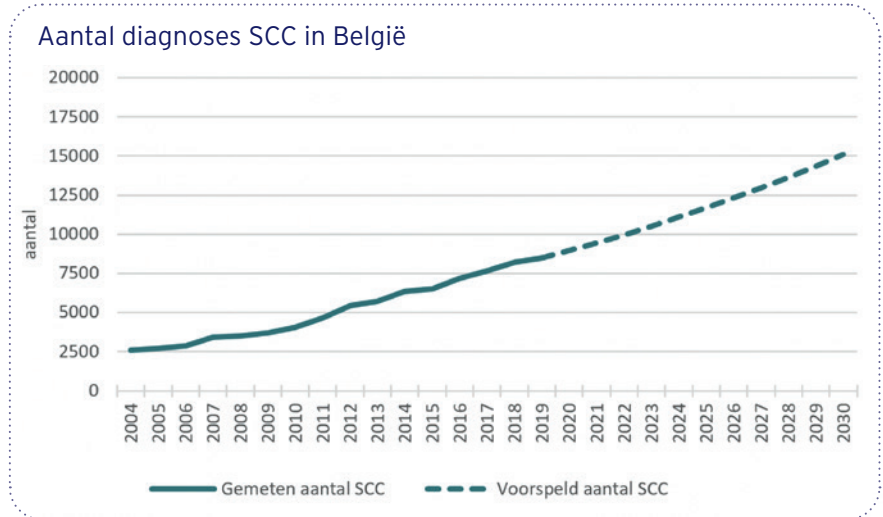
# Incidentie en voorspelling

Op basis van de geobserveerde trends in incidentie en in de bevolkingsopbouw werden voorspellingen gedaan voor de trends van huidkanker incidentie in de volgende jaren (tot 2030). Figuren 28, 29 en 30 tonen de verwachte absolute aantallen voor BCC, SCC en MM, op basis van de geobserveerde trends t.e.m. 2018. Deze toename in aantal patiënten zal resulteren in gevolgen voor de zorg.

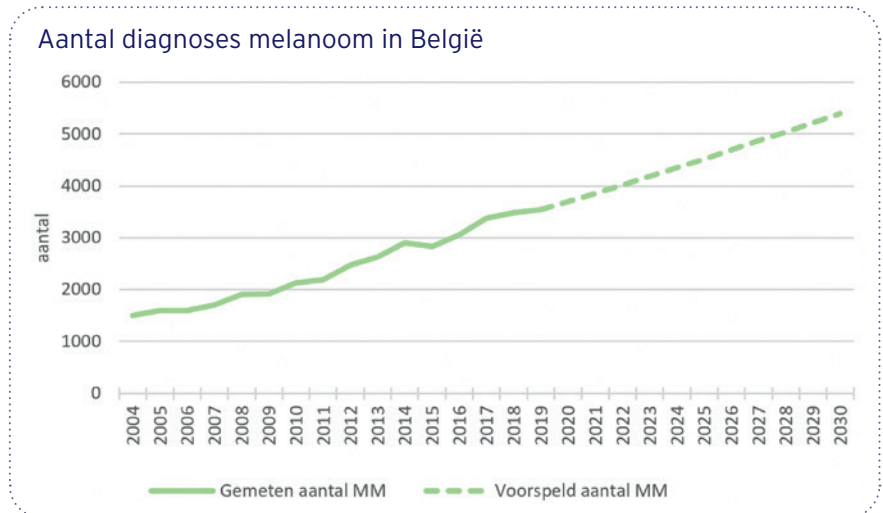
**FIGUUR 29**



**FIGUUR 30**



**FIGUUR 31**





## Voorspelling incidentie en impact op de zorg

De gevolgen van de stijgende incidentiecijfers van huidkanker voor de ziekenhuizen zijn weergegeven in de tabel 2. Bij een gelijkblijvend aantal dermatologen (815 in 2018), zal de belasting toenemen met gemiddeld 100 patiënten per jaar per arts.

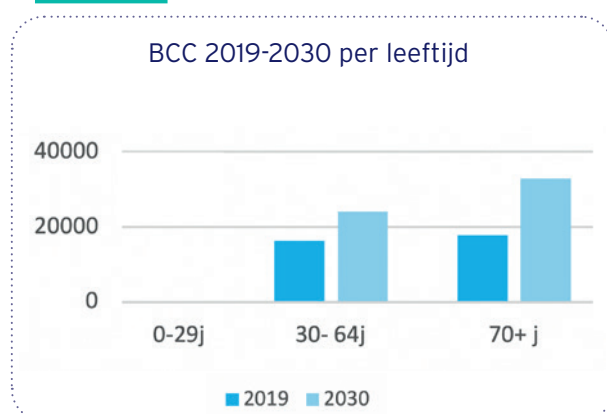
TABEL 2

	2018		2030		Verwachte stijging absolute aantallen van 2019 - 2030
	Aantal nieuwe diagnoses per jaar	Aantal nieuwe patiënten per ziekenhuis	Voorspeld aantal nieuwe diagnoses per jaar	Voorspeld aantal nieuwe patiënten per ziekenhuis	
BCC	32.050	340	56.817	568	77%
SCC	8.206	85	15.098	151	84%
MM	3.489	35	5.400	54	55%
<b>Totaal</b>	<b>43.745</b>	<b>461</b>	<b>77.315</b>	<b>773</b>	<b>77%</b>

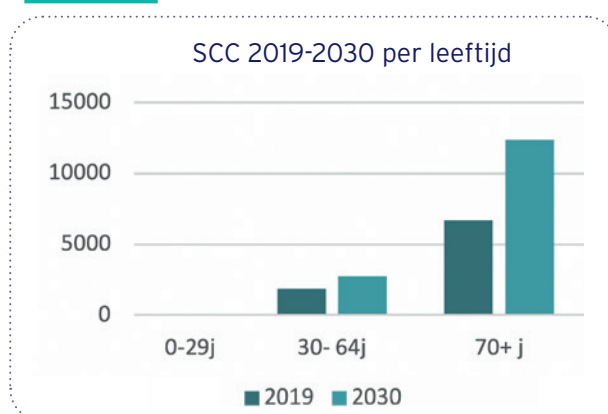
## Voorspelling incidentie per leeftijdsgroep en per type huidkanker

Voor BCC en SCC zien we de grootste toename in absolute aantallen nieuwe diagnoses in de leeftijdsgroep van de 70-plussers, met bijna een verdubbeling van het aantal diagnoses tegen 2030 (figuren 31 en 32). De voorspellingen voor de 30-64-jarigen voor BCC en SCC zijn ook vergelijkbaar, met een voorspelde toename qua absolute aantallen van ongeveer 50% tegen 2030. Voor melanoom zien we een vergelijkbaar beeld, met de grootste voorspelde toename bij de 70-plussers (absolute toename met 80% tegen 2030), en een voorspelde toename van ongeveer 40% bij de 30-64-jarigen tegen 2030 (figuur 33). Bij de populatie onder de 30j zien we slechts een zwakke voorspelde absolute stijging voor melanoom.

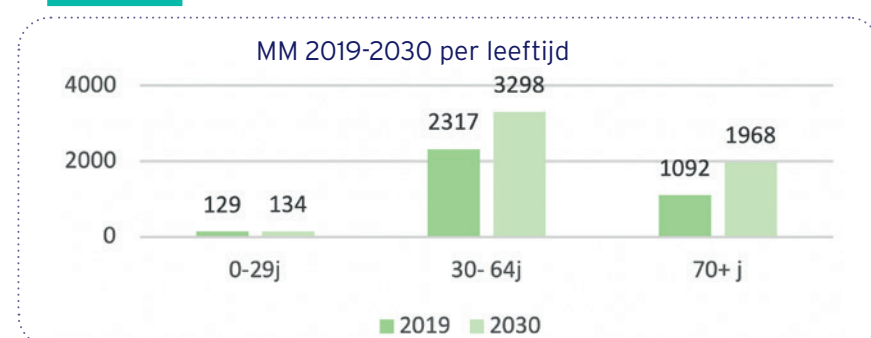
FIGUUR 32



FIGUUR 33



FIGUUR 34



# Conclusies

Huidkanker is de meest voorkomende kanker in België en wordt gekenmerkt door een sterk stijgende incidentie. Om voor het groeiend aantal patiënten de zorg mogelijk en betaalbaar te maken en ook een hoog niveau van zorg te kunnen blijven leveren moeten keuzes worden gemaakt.

De stijgende incidentie van huidtumoren en de voorspelling dat deze trend zal aanhouden in de toekomst benadrukt de noodzaak aan meer en efficiëntere initiatieven met betrekking tot preventie. Stichting tegen Kanker zet al jaren in op preventie en probeert het beschermingsgedrag en het blootstellingsgedrag te beïnvloeden in verschillende settings. Een aantal andere organisaties (o.a. Euromelanoma, melanoompunt, Kom Op Tegen Kanker) trekken mee aan de kar, maar er is nood aan meer inspanningen van andere stakeholders zoals de overheid. Alhoewel er een dalende trend of stabilisatie blijkt uit de cijfers voor de jongste leeftijdsgroep (15-29j), zal de totale incidentie van huidkanker nog vele jaren toenemen. Deze geobserveerde stabilisatie bij de jongste leeftijdsgroep kan al wijzen op een bewustwording van het risico op huidkanker en op een wijziging van het blootstellings- of beschermingsgedrag onder meer in de eerste 10 levensjaren.

Naast preventie moet er ook ingezet worden op een gerichte vroegtijdige detectie. Uit de cijfers blijkt dat in België de meeste huidkankers in een vroeg stadium worden opgespoord, wat de overlevingskans vergroot.

Met de Grants probeert de Stichting een belangrijke bijdrage te leveren aan het onderzoek naar innovatieve behandelingen om de overleving bij patiënten met een gevorderd stadium melanoom te verbeteren.



## Incidentie en overleving

De laatste 10 jaar is er een sterke stijging van niet-melanoom huidkanker, waarvan de voornaamste types BCC en SCC zijn. BCC en SCC worden voornamelijk bij ouderen gediagnosticeerd. Aan BCC overlijden nauwelijks tot geen patiënten. De sterfte ten gevolge van andere niet-melanoom huidkankers, waarvan SCC de voornaamste is, is ook vrij laag (137 sterftegevallen in 2017) maar nam de voorbije jaren wel gestaag toe. Los van sterfte, kunnen deze vormen van huidkanker wel gepaard gaan met een belangrijke morbiditeit door

ingroei in omliggend weefsel vooral in het gelaat waarvoor uitgebreide chirurgie of bestraling noodzakelijk is. Bij een belangrijk deel van de patiënten ontstaan bovendien nieuwe huidtumoren in de jaren volgend op de eerste diagnose. Bij een gelijkblijvend aantal beschikbare ziekenhuizen en dermatologen zal de druk op de zorg de komende jaren enorm toenemen. Daarom kan het nodig zijn om aanpassingen te doen aan de organisatie van de opsporing en zorg voor deze huidkankertypes in België.



Voor melanoom, de meest agressieve vorm van huidkanker, kregen meer dan 35.000 mensen de diagnose tussen 2004 en 2018, wat neerkomt op meer dan een verdubbeling (131% stijging) van het aantal diagnoses over een periode van 15 jaar. Bij de leeftijdsgroep onder de 30 jaar kunnen we spreken van een stabilisatie van de incidentie, bij de andere leeftijdsgroepen blijft de incidentie fors stijgen. Vanaf 2013 zien we een voorzichtige daling van de sterfte als gevolg van melanoom. De diagnose wordt ook steeds tijdiger gesteld en dit vergroot de overlevingskans. De 5-jaars overleving verbeterde van 78,7% in 2004-2008 tot 84,5% in 2014-2018, ook de 10-jaars overleving gaat in stijgende lijn. Ook de nieuwere behandelingsopties kunnen hiertoe hebben bijgedragen.



## Behandeling

Sinds een aantal jaren zijn er veel ontwikkelingen in de behandeling van huidkanker zoals immunotherapie en doelgerichte therapie. Het aantal patiënten dat voor behandeling in aanmerking komt nam toe. Het blijft wel belangrijk om te monitoren of hiermee de mortaliteit op populatieniveau ook werkelijk daalt en of er regionale verschillen zijn (of verschillen tussen ziekenhuizen) zowel in toegang tot therapie als in resultaat. De kosten voor de behandelingen kunnen hierdoor aanzienlijk stijgen.



## De komende 10 jaar

Op basis van de voorspellingen wordt verwacht dat de incidentie (en daarmee ook de prevalentie) van zowel BCC, SCC als melanoom blijft stijgen in het volgende decennium. Het aantal patiënten dat ten gevolge van een huidkanker diagnose beroep zal doen op de zorg zal daardoor tegen 2030 met 77% stijgen.

Ook de kosten zullen blijven toenemen door de stijgende incidentie en door de introductie van nieuwe geneesmiddelen bij de behandeling van melanoom. Bij een gelijkblijvend aantal dermatologen en ziekenhuizen zal de druk op de praktijk nog toenemen. Dit vraagt enerzijds om preventiemaatregelen om de stijgende instroom van patiënten te verminderen, anderzijds om de diagnose efficiënt aan te pakken en de huidkankerzorg mogelijk anders te organiseren.

# Aanbevelingen

Alle voorspellingen wijzen erop dat de impact van huidkanker alleen maar zal toenemen in het volgende decennium en ook nadien. Om deze impact te reduceren stellen wij voor een globale aanpak uit te werken met alle stakeholders (wetenschap, patiëntenorganisaties, zorgverleners en natuurlijk de overheid).

## De volgende voorstellen moeten een degelijke aanpak mogelijk maken:

1. Er is een **nationaal plan van aanpak** nodig dat gedragen wordt door alle betrokken partijen om voldoende draagvlak te genereren. Hiervoor moet een platform of taskforce gecreëerd worden. Experts uit het domein van preventie, wetenschap, beleid en zorg, en patiënten vertegenwoordiging moeten hiervoor bij elkaar gebracht worden.
2. Het is duidelijk dat zonder **primaire preventie** een continu stijgende instroom van patiënten niet kan worden omgebogen. In het buitenland (bv. Australië, USA) is er voldoende wetenschappelijke evidentie dat preventiecampagnes en interventies voor bepaalde doelgroepen kunnen bijdragen tot het terugdringen van huidkanker. Het bundelen van krachten, afspraken over eenduidige informatie, het implementeren van effectieve campagnes voor gedragsverandering lijken noodzakelijk. Ook moeten er maatregelen worden genomen tegen zonnebanken zoals in het advies van de Hoge Raad Gezondheid.<sup>10</sup>
3. Mogelijkheden voor een kostenefficiënte huidkankerscreening (**secundaire en tertiaire preventie**) met als doel vroegtijdige detectie moeten in kaart gebracht worden. Nieuwe strategieën eventueel gebaseerd op nieuwe technologieën, zoals artificiële intelligentie, moeten kritisch verkend worden, zowel bij hoog-risico als bij laag-risico populaties.
4. Om de **zorg** vlot toegankelijk te houden en de kwaliteit van zorg te garanderen moet de organisatie ervan kritisch bekeken worden. De taakverdeling en samenwerking tussen de verschillende disciplines over diagnose, zorg en nacontroles moet herbekeken worden. Een bijzondere uitdaging vormt de zorg voor oudere patiënten (80+) met huidkanker, voor wie de afweging van de voor- en nadelen van de 'standaard' behandelingen noodzakelijk is.
5. Waar er lacunes zijn om dit plan voldoende te onderbouwen zijn er **bijkomende analyses** nodig over o.a.:
  - a. De kosten van huidkankerzorg in België. Hiervoor werd in 2016 een studie uitgevoerd door de UGent in opdracht van Stichting tegen Kanker<sup>11</sup> maar deze studie heeft een update nodig op basis van de nieuwe voorspelde stijging van de cijfers;

<sup>10</sup> Aanbevelingen over het gebruik van kunstmatige bronnen van UV-straling in België (juni 2017) (HGR 9216)

<sup>11</sup> The impact of skin cancer in Belgium and the cost effectiveness of prevention, A study by Gent University in collaboration with the Belgian Foundation against Cancer, Dr. Lore Pil et.al, 2016



- b. De expertise, noodzaak aan bijkomende opleiding en toekomstige capaciteit van zorginstellingen en van zorgverleners;
- c. Over de beschikbare kennis bij het doelpubliek over risicofactoren voor het krijgen van opeenvolgende huidtumoren;
- d. Analyse van de beschikbare kennis over de effectiviteit van therapieën, hun kost en verwachte gebruik in België;
- e. Beschikbare kennis over effectieve preventiemethoden; klinische validatie van bepaalde preventiestrategieën ;
- f. Klinische validatie van nieuwe slimme technologieën: de MHealth website van de overheid vermeldt de Skinvision app als een app voor huidkanker-detectie (level 1, CE gemarkeerd;

<https://mhealthbelgium.be/nl/alle-apps>) maar deze app werd nog niet getest bij het brede publiek. Er is met andere woorden geen duidelijk beeld van de werkelijke test performance van deze app. In een eigen reeks van 260 huidletsels waaronder 32 huidkankers was de Skinvision app in staat 78% van de huidkankers te detecteren (sensitiviteit d.w.z. 1 op 5 huidkankers worden gemist) en was er vals alarm bij 29% van de goedaardige letsels (specificiteit 71%) (niet-gepubliceerde resultaten Brochez et al. Dermatologie UZ Gent);

- g. In kaart brengen van informatiekanalen en bronnen van desinformatie.

# Referenties

1. Kwaadaardige huidtumoren in België, Lien Van Walle en Liesbeth van Eycken, Huisarts Nu, Mei-Juni 2019
2. Environmental effects of stratospheric ozone depletion, UV radiation, and interactions with climate change: UNEP Environmental Assessment Panel, Update 2020, R.E. Neale et.al. Photochemical & Photobiological sciences (2021) 20:1-67
3. The impact of skin cancer in Belgium and the cost effectiveness of prevention, A study by Gent University in collaboration with the Belgian Foundation against Cancer, Dr. Lore Pil et.al, 2016
4. Kylie Vuong, MBBS, MPH, FRACGP et.al., Development and External Validation of a Melanoma Risk Prediction Model Based on Self-assessed Risk Factors, JAMA Dermatol. 2016;152(8):889-896. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.0939 Published online June 8, 2016.
5. Incidence and survival of cutaneous melanoma in Belgium and The Netherlands from 2004-2016: striking differences and similarities of two neighboring countries. Reyn B, Van Eycken E, Louwman M, Henau K, Schreuder K, Brochez L, Garmyn M, Kukutsch NA. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Mar 3. doi: 10.1111/jdv.17197. Online ahead of print. PMID: 33656221
6. Aanbevelingen over het gebruik van kunstmatige bronnen van UV-straling in België (juni 2017) (HGR 9216)
7. Ipsos voor Stichting tegen Kanker, UV-tracking survey 2019
8. Studie 2018-02 (HTA) De kosteneffectiviteit van uitgaven aan innovatieve farmaca in de oncologie - KCE (fgov.be)



## Woord van dank

Met dank aan de Stichting Kankerregister en haar directeur Liesbet Van Eycken voor het ter beschikking stellen en het uitvoeren van de nodige data-analyses. Zonder hun input zou een dergelijk rapport onmogelijk zijn.

Dank ook aan de collega's van Stichting tegen Kanker voor het meedenken of meewerken of op andere manieren dit rapport te ondersteunen en realiseren: Brecht Gunst, Anne Boucquiau, Veronique Le Ray, Didier Vander Steichel en Amélie Canalaz.

Voor het helpen formuleren van de aanbevelingen ook speciale dank aan Dr. Lieve Brochez.

## Colofon

### Auteurs:

Brigitte Boonen  
Mathijs Goossens  
Harlinde De Schutter  
Lien van Walle

### Eindredactie:

Brigitte Boonen  
Sandra Plasschaert

### Vormgeving:

CDN Communication

## Over Stichting Kankerregister

De Stichting Kankerregister werd op 28 juni 2005 opgericht om de continuïteit van de kankerregistratie in België te verzekeren.

Sinds haar oprichting werkt de Stichting Kankerregister verder aan de uitbouw van een kankerregistratienetwerk voor België. Door de bundeling van middelen en krachten binnen een nationaal netwerk wil de Stichting Kankerregister een kwalitatieve en kwantitatieve meerwaarde realiseren in de kankerregistratie, niet alleen op nationaal maar ook op internationaal vlak. Naast haar primaire functie te waken en te rapporteren over een hoogkwalitatieve en zo volledig mogelijke kankerregistratie, vervult Stichting Kankerregister de voorbije jaren steeds meer ook een multifunctionele rol binnen de verschillende aspecten van de kankerzorg in België (preventie, vroegdetectie, kwaliteit van geleverde zorg, organisatie van terugbetaling, onderzoek gebaseerd op real-world data, etc.).

### Wil je meer informatie over Stichting Kankerregister?

 02 250 10 10

 [info@kankerregister.org](mailto:info@kankerregister.org)



# Over Stichting tegen Kanker

Kanker treft jaarlijks meer dan 70.000 mensen in België. Financiering van kankeronderzoek is dan ook de prioriteit van Stichting tegen Kanker om de ziekte te bestrijden. Daarom investeert ze in de meest veelbelovende onderzoeksprojecten waar durf en innovatie voorop staan. Naast de financiering van kankeronderzoek zet ze ook in op psychosociale projecten voor patiënten en hun naasten, informeert ze zieken, hun omgeving en het brede publiek en voert ze preventieacties. De inkomsten van Stichting tegen Kanker komen voornamelijk uit giften en legaten van particulieren. Ze kan ook rekenen op de steun van corporate sponsors. Enkel Tabakstop wordt gefinancierd door de overheid. Dagelijks streeft Stichting tegen Kanker ernaar hoop om te zetten in overwinning.



[www.kanker.be](http://www.kanker.be)



twitter: @Stkstichting



[www.linkedin.com/company/stichting-tegen-kanker](http://www.linkedin.com/company/stichting-tegen-kanker)



Kankerinfo: 0800 15 802

## Wenst u vrijblijvend meer informatie?

Neem contact op kan u contact met  
Brigitte Boonen, Expert UV & Behavior change  
Stichting tegen Kanker



02 743 45 82