

LIP

RISICOFACTOREN

ENDOGEEN

- blank ras (indien relatief weinig huidpigmentatie): verhoogd risico

EXOGEEN

- zonnelicht en weersinvloeden: verhoogd risico bij landbouwers en zeelui (via premaligne actinische keratose)
- tabak: verhoogd risico voor roken van pijp, sigaren en sigaretten (carcinogeen effect en chronische verbrandingsletsels)

SYMPTOMEN

- lip: zweertje, kloofje, korstje dat niet geneest, leukoplakie, actinische keratose
- halslymfeklieren (voornamelijk submentaal, submandibulair, midjugulair)

DIAGNOSE EN STADIERING

- inspectie
- palpatie: induratie
- steeds halslymfeklieren grondig palperen
- verder onderzoek van mondholte (zie aldaar)
- biopsie van letsel

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING

- behandeling bepaald door
 - ♦ aard, localisatie en uitgebreidheid van het letsel (TNM stadium)
 - ♦ esthetisch en functioneel resultaat
 - ♦ algemene conditie en levensstijl van patiënt (rook- en drinkgewoonten)
 - ♦ therapeutische mogelijkheden en expertise (ook voor reconstructie) moeten aanwezig zijn
- tandproblemen: moeten behandeld zijn vóór start radiotherapie en controle later
- stoppen met roken vóór start radiotherapie: betere resultaten
- stadium I en II
 - ♦ heekunde of radiotherapie (interstitieel +/- externe bestraling)
 - ♦ halsklieren mee behandelen bij sterk vermoeden van invasie (N+)
- stadium III en IV
 - ♦ heekunde + lymfeklierresectie gevolgd door externe radiotherapie indien positieve resectiegrenzen of aangetaste lymfeklieren en/of kapseldoorbraak
 - ♦ (palliatieve) radio-en/of chemotherapie voor inoperabele tumoren
 - ♦ klinische studies
 - neoadjuvante chemotherapie
 - concomitante chemoradiotherapie (verhoogd risico gebitsverlies en osteoradionecrose)
 - adjuvante chemotherapie
 - chemopreventie (optreden 2e tumor) met Isoretinoïden

bronnen: (1-4)

MONDHOLTE (TONG – MONDBODEM – WANGSLIJMVLIES – TANDVLEES - HARD VERHEMELTE - RETROMOLAIR GEBIED)

RISICOFACTOREN

ENDOGEEN

- persoonlijke antecedenten
 - ♦ leukoplakie: verhoogd risico op maligne degeneratie
 - ♦ kwaadaardige tumor van mond- en keelholte

EXOGEEN

- tabak: verhoogd risico
 - ♦ roken sigaretten – sigaren – pijp
 - ♦ pruimen
 - ♦ reverse smoking (en chronische verbranding)
 - ♦ snuiven
- alcohol: verhoogd risico
- voeding: verhoogd risico bij gebrekkig dieet (weinig fruit en groenten, deficiëntie vitamines A en C, ijzerdeficiëntie)
- mondhygiëne: gebrekkige mondhygiëne en chronische irritatie (cariëuze tanden, ruw, gebroken of slecht passende prothese)
- mondspoelmiddelen: niet duidelijk (mogelijk door toegevoegde alcohol)
- virussen: HPV (Human Papilloma Virus) niet duidelijk, HSV (Herpes Simplex Virus) geen aanwijzingen
- beroepsblootstelling: gerelateerd aan alcohol en tabak (o.a. kelners, brouwers, café-houders) mogelijk door passief roken

SYMPTOMEN

- mondholte
 - ♦ leukoplakie, zwelling, induratie, chronische verzwering
 - ♦ gebitsprothese die niet meer past
 - ♦ doorgroei met verminderde mobiliteit tong en/of verhemeltepijler (problemen bij slikken, kauwen, spreken)
 - ♦ invasie van onderliggend kaakbeen
 - ♦ doorgroei met pijn uitstralend naar oor, kaak, hals
- halslymfeklieren (voornamelijk submentaal, submandibulair, midjugulair)

DIAGNOSE EN STADIERING

- voorkomen van een tweede primaire tumor in mondholte (synchroon of metachroon): 3 –5 %
- zoeken naar andere primaire tumor ter hoogte van bovenste luchtwegen, long en slokdarm (endoscopie)
- inspectie: indirecte endoscopie (met spiegeltjes)
- palpatie: bimanuele palpatie (soms onder narcose)
- steeds halslymfeklieren grondig palperen
- biopsie
- bijkomende onderzoeken: RX orthopantomogram, CT scan of MRI (voor tong)
- RX thorax om een (zeldzame) longmetastase uit te sluiten

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING: ZIE BEHANDELING LIPKANKER

bronnen: (1-4)

SPEEKSELKLIEREN

RISICOFACTOREN

ENDOGEEN

- raciale verschillen: meer frequent bij Eskimo's

EXOGEEN

- ioniserende stralen: verhoogd risico
- beroepsblootstelling: geen duidelijke aanwijzingen

SYMPTOMEN

- glandula parotidea: zwelling van klier, pijn, uitval van motoriek van gelaatspiers (n.facialis), trismus (door invasie m.masseter)
- glandula submandibularis: gewijzigde sensibiteit en motoriek van tong
- glandula sublingualis: gewijzigde sensibiteit en motoriek van tong, soms aantasting van mandibula
- accessoire speekselklierjes in palatum, wang en lipmucosa: weinig symptomen

DIAGNOSE EN STADIERING

- inspectie (vooraanzicht en rugzicht): zwelling, trismus, uitval n.facialis
- palpatie: bimanuele palpatie van gezwel en halsklieren (submandibulair, hoog- of midjugulair)
- aanvullend onderzoek: dunnealdbiopsie voor cytologie (onder echografie), RX orthopantomogram, echografie, CT scan of MRI, (sialografie)
- onder algemene narcose: ruime (excisie) biopsie met vriescoupe en aansluitend een aangepaste chirurgische behandeling
- RX thorax (uitsluiten van longmetastase), botsintigrafie (indien vermoeden botmetastase)

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING

- beperkte en laaggradige tumoren: heekunde + postoperatieve radiotherapie indien positieve resectievlakken
- grote tumoren en hooggradige tumoren: heekunde + lymfeklierdissectie indien positieve lymfeklieren + postoperatieve radiotherapie
- inoperabele of recidiverende tumoren: radiotherapie
- klinische studies
 - adjuvante chemotherapie
 - concomitante chemoradiotherapie

bronnen: (1-4)

OROFARYNX

RISICOFACTOREN

ENDOGEEN: geen aanwijzingen

EXOGEEN: zoals voor mondholte

- tabak: afhankelijk van gebruik
- alcohol: afhankelijk van gebruik
- strooibestraling op de grens van een vroeger bestralingsgebied

SYMPTOMEN

- pijn in keel, slikpijn, pijn uitstralend naar het oor
- verhoogde slijmproductie keel (stase wegens pijnlijk slikken)
- doorgroei naar tong (problemen bij slikken, kauwen, spreken)
- doorgroei naar kauwspieren (trismus)
- halslymfeklieren vooral hoog- en midjugulair

DIAGNOSE EN STADIERING

- steeds zoeken naar andere primaire tumor ter hoogte van bovenste luchtwegen, long en slokdarm
- inspectie: goede tongdepressie, indirecte endoscopie (met spiegeltje) en fibroscopie
- palpatie: keelpijlers, tongbasis en halsklieren
- onder algemene narcose: directe endoscopie + biopsie, laryngoscopie, oesofagoscopie
- bijkomende onderzoeken: RX orthopantomogram, CT-scan of MRI
- RX thorax om longmetastasen en een tweede primaire tumor uit te sluiten

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING

- behandeling bepaald door
 - ♦ aard, localisatie en uitgebreidheid van het letsel (TNM stadium)
 - ♦ esthetisch en functioneel resultaat
 - ♦ algemene conditie en levensstijl van patiënt (rook- en drinkgewoonten)
 - ♦ therapeutische mogelijkheden en expertise (ook voor reconstructie) moeten aanwezig zijn
- tandproblemen: moeten behandeld zijn vóór start radiotherapie en controle later
- stoppen met roken vóór start radiotherapie: betere resultaten
- stadium I en II: opties
 - ♦ heekunde indien beperkt letsel of radiotherapie onmogelijk of ongewenst
 - ♦ radiotherapie (interstitieel +/- externe bestraling) zo mogelijk om de functionele schade te beperken (tongbasis of keelpijler)
 - ♦ halsklieren liefst mee behandelen (gezien kans op positieve lymfeklieren)
- stadium III en IV: opties
 - ♦ heekunde + lymfeklierresectie + reconstructieve heekunde + postoperatieve radiotherapie (externe bestraling) bij positieve resectiegrenzen, aangetaste lymfeklieren en/of kapseldoorbraak
 - ♦ radiotherapie alleen op tumor en hals bij exofytische tumoren (minder mutilerend) en bij inoperabele tumoren (rescue heekunde blijft mogelijk)
 - ♦ klinische studies
 - neoadjuvante chemotherapie
 - concomitante chemoradiotherapie
 - radiotherapie met hyperfractionering

bronnen: (1-4)

HYPOFARYNX

RISICOFACTOREN

ENDOGEEN: geen aanwijzingen

EXOGEEN

- tabak: afhankelijk van gebruik
- alcohol: afhankelijk van gebruik
- voeding: vitaminedeficiëntie (Plummer-Vinson syndroom: verhoogd risico voor tumoren van de regio postcricoidea)
- bestraling: verhoogd risico na vroegere bestraling van halsgebied

SYMPTOMEN

- meestal laatijdige diagnose want weinig of geen vroegtijdige symptomen
- pijn in keel, slikpijn, pijn uitstralend naar het oor
- verhoogde slijmproductie keel (wegens pijnlijk slikken)
- heesheid bij invasie of oedeem van stemband
- halslymfeklieren vooral hoog-, mid- en laagjulgair (en langsheen n.spinalis)

DIAGNOSE EN STADIERING

- steeds zoeken naar andere primaire tumor ter hoogte van bovenste luchtwegen, long en slokdarm
- inspectie: indirecte endoscopie (met spiegelkje) en transnasale fibro-endoscopie
- palpatie: halsklieren
- onder algemene narcose: directe endoscopie + biopsie, laryngoscopie, oesofagoscopie
- bijkomende onderzoeken: CT-scan of MRI, schildklierfunctietesten bij grote tumoren
- RX thorax om longmetastasen en een tweede primaire tumor uit te sluiten

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING

- behandeling bepaald door
 - ◊ aard, localisatie en uitgebreidheid van het letsel (TNM stadium)
 - ◊ esthetisch en functioneel resultaat
 - ◊ algemene conditie en levensstijl van patiënt (rook- en drinkgewoonten)
 - ◊ therapeutische mogelijkheden en expertise (ook voor reconstructie) moeten aanwezig zijn
- tandproblemen: moeten behandeld zijn vóór start radiotherapie en controle later
- stoppen met roken vóór start radiotherapie: betere resultaten
- stadium I en II: opties
 - ◊ heekunde en profylactisch lymfeklierevidement met reconstructie
 - ◊ radiotherapie (lokaal en halsklieren)
- stadium II sinus piriformis
 - ◊ heekunde (met risico postoperatieve slikklachten) + postoperatieve radiotherapie
 - ◊ klinische studies: neoadjuvante chemotherapie
- stadium III en IV
 - ◊ heekunde (vaak gepaard met partiële of totale laryngectomie) + postoperatieve radiotherapie
 - ◊ inoperabele tumoren: radiotherapie of concomitante chemoradiotherapie
 - ◊ klinische studies: neoadjuvante chemotherapie en concomitante chemoradiotherapie

bronnen: (1-4)

NASOPHARYNX

RISICOFACTOREN

ENDOGEEN

- ras: hoge incidentie in Z.O. Azië (Chinezen van Kantonese origine) en Noord-Afrika
- familiale aggregatie
- relatie met HLA-AG profiel: aanwijzingen voor verhoogd risico

EXOGEEN

- virussen: aanwijzingen voor Epstein Barr virus, causaal verband niet bewezen
- voeding
 - ♦ op jonge leeftijd dieet rijk aan speciaal bereide vis in Z.O. Azië (bereiding bevat veel dimethylnitrosamines)
 - ♦ tekort aan verse groenten en fruit
- alcohol: geen aanwijzingen
- tabak: verhoogd risico
- milieu: blootstelling aan binnenhuisrook: geen aanwijzingen
- beroepsblootstelling
 - ♦ inhalatie van rook, stof: aanwijzingen
 - ♦ formaldehyde: aanwijzingen

SYMPTOMEN

- epistaxis, neusverstopping, gehoorverlies, recurrenente otitis media, hersenzenuwuitval, keelpijn, hoofdpijn
- halslymfeklieren hoog- en midjugulair (soms enig symptoom)

DIAGNOSE EN STADIERING

- inspectie: indirecte endoscopie (met spiegelkje) en directe nasofaryngoscopie
- palpatie: halsklieren
- hersenzenuwonderzoek
- onder algemene narcose met biopsie: directe endoscopie met zonodig blinde biopsies van orofarynx, nasofarynx, hypofarynx
- bijkomende onderzoeken: RX schedelbasis, CT-scan, MRI
- RX thorax om longmetastasen uit te sluiten

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING

- radiotherapie van primaire tumor en hals (externe bestraling +/- interstitieel)
- heekunde beperkt wegens moeilijke bereikbaarheid (temporaal of transfaciaal) en omwille van invasie schedelbasis
- hogere tumorstadia
 - ♦ chemoradiotherapie of
 - ♦ hoge dosis radiotherapie van primaire tumor en hals
 - ♦ klinische studies: neoadjuvante chemotherapie

bronnen: (1-4)

NEUSHOLTE – PARANASALE SINUSSEN

RISICOFACTOREN

ENDOGEEN

- persoonlijke antecedenten
 - ♦ recurrenente neuspoliepen: niet duidelijk
 - ♦ chronische sinusitis: niet duidelijk

EXOGEEN

- beroepsblootstelling
 - ♦ houtstof: verhoogd risico bij houtbewerkers van hard hout (adenocarcinoom van sinus ethmoidalis)
 - ♦ leer- en schoenindustrie: verhoogd risico
 - ♦ nikkel: aanwijzingen (spinocellulair carcinoom)
 - ♦ chroom: minder duidelijke aanwijzingen
 - ♦ formaldehyde: geen duidelijke aanwijzingen
 - ♦ polyaromatische koolwaterstoffen: aanwijzingen
 - ♦ radioactiviteit (Radon): aanwijzingen voor verhoogd risico
- tabak
 - ♦ tabak: niet duidelijk
 - ♦ snuiven: niet duidelijk
- bestraling: verhoogd risico
- virussen (Epstein Barr virus): niet duidelijk

SYMPTOMEN

- neusverstopping, bloederig neussecreet en symptomen van chronische sinusitis
- zwelling in wang en/of mond (gebitsprothese past niet meer)
- zwelling onder oog met diplopie
- halskliermetastasen (zeldzaam): submandibulair (en hoog- of midjugulair)

DIAGNOSE EN STADIERING

- inspectie: rhinoscopie (anterior en posterior) met biopsie, inspectie van mondholte en aangezicht
- palpatie: aangezicht en mondholte
- bijkomende onderzoeken: CT-scan (axiale en coronale sneden), MRI (maxillo-faciaal massief met orbita en schedelbasis)
- RX thorax om longmetastasen uit te sluiten

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING

- individueel te bepalen volgens aard, lokalisatie en uitgebreidheid
- algemeen: combinatie van heelkunde en radiotherapie te beperken tot tumorbed (pre- of postoperatief)
- zeldzame gevallen: behandelen van orbita en/of voorste schedelgroeve (met adequate reconstructie), post-operatief speciale prothese van bovenkaak/orbita voorzien
- klinische studies voor vergevorderde stadia
 - ♦ neoadjuvante chemotherapie
 - ♦ concomitante chemoradiotherapie
 - ♦ adjuvante chemotherapie

bronnen: (1-4)

LARYNX

RISICOFACTOREN

ENDOGEEN

- persoonlijke antecedenten
 - ♦ premaligne slijmvliесаfwijkingen
 - ♦ larynxpapilloom

EXOGEEN

- tabak: afhankelijk van gebruik (voornamelijk tumoren van glottis)
- alcohol: afhankelijk van gebruik (voornamelijk tumoren van supraglottis)
- voeding: vitamine A deficiëntie
- beroepsblootstelling
 - ♦ beroepen gerelateerd aan alcohol en tabak (o.a. kelners, brouwers, café-houders), mogelijk door passief roken
 - ♦ zwavelzuur en mosterdgas: verhoogd risico
 - ♦ asbest, nikkel: aanwijzingen
 - ♦ chronisch stemmisbruik en chronische laryngitis: aanwijzingen voor verhoogd risico
- bestraling: geen duidelijke aanwijzingen
- virussen: HPV (Human Papilloma Virus) aanwijzingen (via papillomen)

SYMPTOMEN

- glottis: zeer snel symptomen: heesheid
- supraglottis
 - ♦ meestal laattijdige diagnose want weinig of geen vroegtijdige symptomen
 - ♦ pijn in keel bij slikken, uitstralend naar oor
 - ♦ heesheid (laattijdig)
- subglottis: vage hoestklachten, later heesheid en stridor of dyspnoe
- halslymfeklieren: hoog-, mid- of laagjugulair of pretracheaal

DIAGNOSE EN STADIERING

- inspectie: indirecte laryngoscopie (met spiegelkje) of flexibele laryngoscopie
- palpatie: halsklieren
- onder algemene narcose: directe laryngoscopie met biopsie en oesofagoscopie, bronchoscopie, nasale endoscopie
- bijkomende onderzoeken: videolaryngostroboscopie, CT-scan of MRI, schildklierfunctietesten
- RX thorax om longmetastasen uit te sluiten

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING

- glottis in situ letsels: behandeling met CO₂ - laser, endoscopische excisie
- stadium I en II
 - ♦ supraglottis: verschillende opties:
 - externe radiotherapie
 - heelkunde: supraglottische laryngectomie of totale laryngectomie
 - ♦ glottis: verschillende opties: radiotherapie, cordectomie, partiële laryngectomie, behandeling met CO₂ - laser
 - ♦ subglottis: externe radiotherapie
 - ♦ klinische studies voor stadium II: neoadjuvante chemotherapie, radiotherapie met hyperfractionering
- stadium III
 - ♦ supraglottis: totale laryngectomie + lymfeklierevidement +/- postoperatieve radiotherapie indien grenzen onzeker of aangetaste lymfeklieren of kapsel-doorbraak
 - ♦ glottis: totale laryngectomie + lymfeklierevidement +/- postoperatieve radiotherapie indien grenzen onzeker of aangetaste lymfeklieren of kapsel-doorbraak
 - ♦ subglottis: totale laryngectomie + hemithyroidectomie + lymfeklierevidement +/- postoperatieve radiotherapie indien grenzen onzeker of aangetaste lymfeklieren of kapsel-doorbraak
 - ♦ radiotherapie alleen: bij inoperabele tumor, mutilerende ingreep of inoperabele patiënt
 - ♦ klinische studies voor stadium III: radiotherapie met hyperfractionering, neoadjuvante chemotherapie, concomitante chemoradiotherapie, chemopreventie (optreden 2e tumor) met Isoretinoiden
- stadium IV
 - ♦ supraglottis: totale laryngectomie + lymfeklierevidement + postoperatieve radiotherapie
 - ♦ glottis: totale laryngectomie + lymfeklierevidement + postoperatieve radiotherapie
 - ♦ subglottis: totale laryngectomie + totale thyroïdectomie + lymfeklierevidement + postoperatieve radiotherapie
 - ♦ radiotherapie alleen: bij inoperabele tumor, mutilerende ingreep of inoperabele patiënt
 - ♦ klinische studies voor stadium IV: zie klinische studies voor stadium III

bronnen: (1-5)

INCIDENTIE VAN MOND- EN KEELKANKER: 1998, BELGIE

	♂	♀
absolute aantallen	1.384	359
verwacht aantal op basis van de incidentie in Nederland 1998 (6)	1.142	477
% van alle tumoren (uitgezonderd non-melanoom huidtumoren)	6,54	1,92
brutoincidentie (/100.000)	27,75	6,88
ASR* (Europa) (/100.000)	26,28	5,82
ASR* (wereld) (/100.000)	19,09	4,29
cumulatieve incidentie 0-64 jaar (%)	1,45	0,33
cumulatieve incidentie 0-74 jaar (%)	2,24	0,50

bron: (6)

*ASR: voor de leeftijd gestandaardiseerde incidentiecijfers

GEGEVENS : KWALITEITSINDICATOREN

aantal geregistreerde invasieve tumoren (mond- en keelkanker, inclusief neusholte, paranasale sinussen en larynx): 1.743 (45,5 % van de tumoren aangebracht door verschillende bronnen)

beschikbaarheid van gegevens:

- histologische bevestiging: 92,5% microscopie
- precieze morfologie: 89,4 % ICD-O2-M code > 8040 (niet precieze morfologiecodes omvatten o.m. kanker, epitheloom, carcinoom, niet nader omschreven) (7)
- c-TNM: 38,2 % (8-9)
- p-TNM: 13,5 % (8-9)
- initiële behandeling (registratie eerste behandeling): 59,2 %

gebruikte classificaties: zie bronnen (7-9)

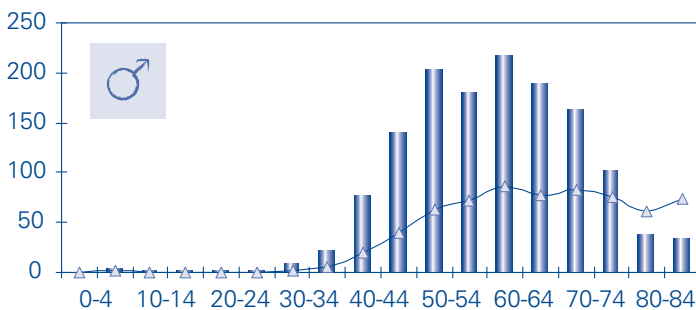
INCIDENTIE: VERDELING NAAR GESLACHT EN LEEFTIJD

man/vrouw ratio (ASR* Europa): 4,52 / 1

*ASR: voor de leeftijd gestandaardiseerde incidentiecijfers

	♂	♀
gemiddelde leeftijd (S.D.) (jaren)	60,6 (12,2)	62,3 (14,9)
leeftijd mediaan (jaren)	61	63

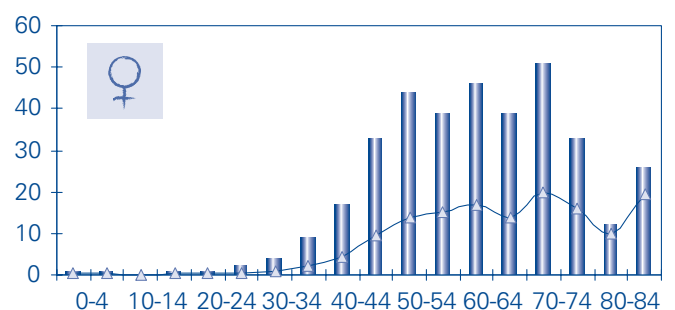
absolute aantallen
aantallen/100.000



leeftijdsgroepen

■ absolute aantallen
—△ aantallen/100.000

absolute aantallen
aantallen/100.000



leeftijdsgroepen



**INCIDENTIE: SPREIDING VAN DE GEDETAILLEERDE LOKALISATIES
(ICD-O2 CODES: C00-C14 EN C30-C32)**

	♂	♀
absolute aantallen	1.384	359
lip (C00)	3,03 %	4,46 %
mondholte (C01-C06)	30,49 %	39,83 %
speekselklieren (C07-C08)	4,77 %	7,80 %
orofarynx + tonsil (C09-C10)	11,20 %	11,98 %
nasofarynx (C11)	1,16 %	2,23 %
hypofarynx + sinus piriformis (C12-C13)	7,23 %	5,57 %
neusholte + paranasale sinussen (C30-C31)	5,42 %	7,24 %
larynx (C32)	33,09 %	15,88 %
farynx, niet nader omschreven (C14)	3,61 %	5,01 %

lokalisatiecodes volgens ICD-02: zie bron (7)

INCIDENTIE: SPREIDING VAN DE GERAPPORTEERDE HISTOLOGISCHE DIAGNOSEN PER ORGAAN(GROEP)

<i>lip (ICD-02: C00)</i>	absolute aantallen	%
plaveiselcelcarcinoom	49	84,48
adenocarcinoom	1	1,72
carcinoom, niet gespecificeerd	4	6,90
maligne melanoom	1	1,72
neurofibrosarcoom	1	1,72
maligne tumor, niet gespecificeerd	2	3,45
totaal	58	100,00

<i>mondholte (ICD-02: C01-C06)</i>	absolute aantallen	%
plaveiselcelcarcinoom	493	87,26
verruceus carcinoom	4	0,71
carcinoom uitgaande van speekselklier	21	3,72
carcinoom, niet gespecificeerd	21	3,72
maligne melanoom	3	0,53
sarcoom	2	0,35
maligne tumor, niet gespecificeerd	21	3,72
totaal	565	100,00

<i>speekselklieren (ICD-02: C07-C08)</i>	absolute aantallen	%
plaveiselcelcarcinoom	17	18,09
adenocarcinoom	25	26,60
muco-epidermoïd carcinoom	12	12,77
acinair adenocarcinoom	6	6,38
adenoïd cystisch carcinoom	6	6,38
speekselklier gang carcinoom	2	2,13
gemengde tumor, maligne	5	5,32
carcinoom, niet gespecificeerd	6	6,38
maligne tumor, niet gespecificeerd	15	15,96
totaal	94	100,00

<i>orofarynx + tonsil (ICD-02: C09-C10)</i>	absolute aantallen	%
plaveiselcelcarcinoom	169	85,35
kleincellig carcinoom	2	1,01
lymfo-epitheliaal carcinoom	1	0,51
carcinoom uitgaande van speekselklier	3	1,52
carcinoom, niet gespecificeerd	8	4,04
maligne tumor, niet gespecificeerd	15	7,58
totaal	198	100,00

<i>nasofarynx (ICD-02: C11)</i>	absolute aantallen	%
kleincellig carcinoom	1	4,17
plaveiselcelcarcinoom	10	41,67
ongedifferentieerd carcinoom	4	16,67
carcinoom, niet gespecificeerd	6	25,00
maligne melanoom	1	4,17
embryonaal rhabdomyosarcoom	1	4,17
maligne tumor, niet gespecificeerd	1	4,17
totaal	24	100,00

<i>hypofarynx + sinus piriformis (ICD-02: C12-C13)</i>	absolute aantallen	%
plaveiselcelcarcinoom	108	90,00
adenocarcinoom	2	1,67
carcinoom, niet gespecificeerd	6	5,00
maligne tumor, niet gespecificeerd	4	3,33
totaal	120	100,00

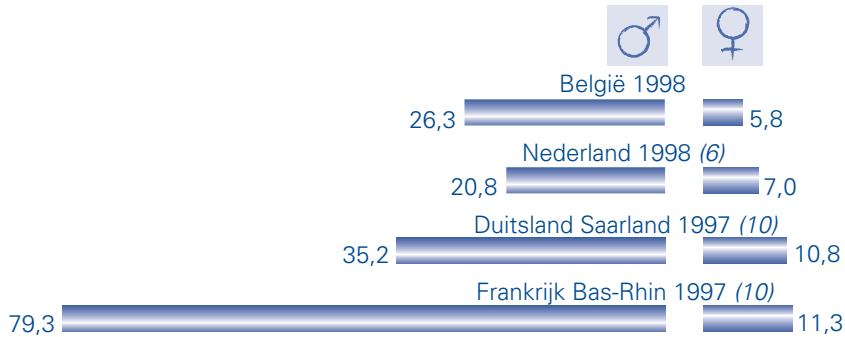
<i>neusholte + paranasale sinussen (ICD-02: C30-C31)</i>	absolute aantallen	%
kleincellig carcinoom	1	0,99
plaveiselcelcarcinoom	34	33,66
adenocarcinoom	40	39,60
adenocarcinoom, intestinaal type	1	0,99
carcinoom, niet gespecificeerd	9	8,91
maligne melanoom	3	2,97
esthesioneuroblastoom	5	4,95
sarcoom	5	4,95
maligne tumor, niet gespecificeerd	3	2,97
totaal	101	100,00

<i>larynx (ICD-02: C32)</i>	absolute aantallen	%
plaveiselcelcarcinoom	454	88,16
verruceus carcinoom	3	0,58
adenocarcinoom	2	0,39
carcinoom, niet gespecificeerd	32	6,21
sarcoom	2	0,39
chondrosarcoom	1	0,19
maligne tumor, niet gespecificeerd	21	4,08
totaal	515	100,00

<i>farynx (ICD-02: C14)</i>	absolute aantallen	%
plaveiselcelcarcinoom	54	79,41
carcinoom uitgaande van speekselklier	3	4,41
carcinoom, niet gespecificeerd	8	11,76
maligne tumor, niet gespecificeerd	3	4,41
totaal	68	100,00

INCIDENTIE: VERGELIJKING MET ANDERE EUROPESE KANKERREGISTERS

voor leeftijd gestandaardiseerde incidentiecijfers (Europese bevolking): aantallen/100.000



bronnen: (6, 10)

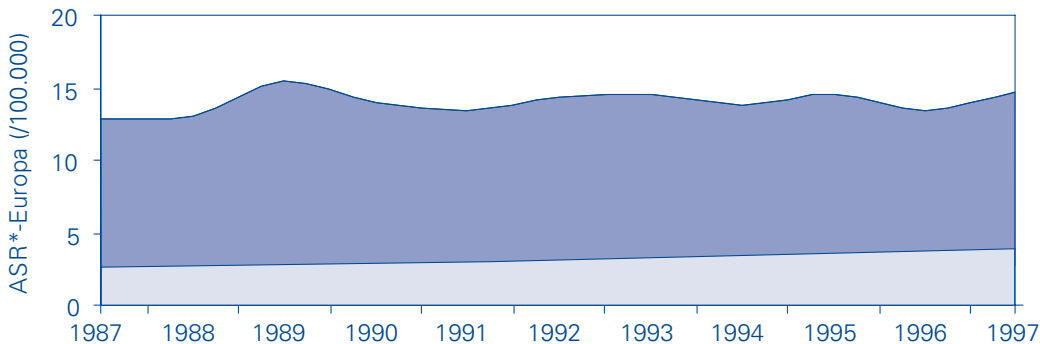
opmerking: verschillen in voor leeftijd gestandaardiseerde incidentiecijfers worden verklaard door verschillen in risicogedrag, registratiemethodologie, eventuele screeningspraktijken en, voor wat België betreft, een onvolledige registratie

MOND-EN KEELKANKERSTERFTE (inclusief neusholte, paranasale sinussen en larynx): 1997, BELGIE

	Mannen	Vrouwen
absolute aantallen	784	191
brutosterftecijfers (/100.000)	15,72	3,66
ASR* (Europa) (/100.000)	14,79	2,89

bron: (11) *ASR: voor de leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfers

MOND- EN KEELKANKERSTERFTE (inclusief neusholte, paranasale sinussen en larynx): TRENDS 1987-97, BELGIE



bron: (11)

*ASR: voor de leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfers

SCHATTING VAN DE JAARLIJKSE PROCENTUELE VERANDERING IN MORTALITEIT VAN MOND-EN KEELKANKER (inclusief neusholte, paranasale sinussen en larynx) (EAPC): 1987-1997, BELGIE

	EAPC	95 %- BI	statistische significantie
Mannen	0,62 %	(-0,23; 1,48)	p > 0,05
Vrouwen	4,69 %	(3,22; 6,22)	p < 0,001

95 % - BI: 95 % - betrouwbaarheidsinterval
bronnen: (11-12)

SCHATTING VAN DE JAARLIJKSE PROCENTUELE VERANDERING IN MORTALITEIT VAN MOND- EN KEELKANKER (inclusief neusholte, paranasale sinussen en larynx) (EAPC): 1987-1997, VERGELIJKING MET ANDERE EUROPESE GEOGRAFISCHE EENHEDEN

	Mannen	Vrouwen
Nederland (10)	0,19 %	1,88 %
Frankrijk Bas-Rhin (10)	-2,94 %	-1,40 %
Duitsland Saarland (10)	4,61 %	8,81 %

bronnen: (10, 12)

PROPORTIE VERLOREN LEVENSIJAREN (PYLL) TEN GEVOLGE VAN LIP, MONDHOLTE EN FARYNXKANKERSTERFTE (ICD-9: 140-149) T.O.V. TOTALE KANKERSTERFTE: 1997, BELGIE

	Mannen	Vrouwen
PYLL (1 - 74 jaar)	5,58 %	1,90 %

bron: (13)

GLOBALE OVERLEVING: RELATIEF 5-JAARSOVERLEVINGSPERCENTAGE IN EUROPA (1985-89), ALLE LEEFTIJDEN SAMEN



	♂	♀
lip	91 %	90 %
tong	37 %	53 %
speekselklieren	55 %	72 %
mondholte	44 %	53 %
orofarynx	30 %	44 %
nasofarynx	34 %	37 %
hypofarynx	24 %	28 %
neusholte en paranasale sinussen	44 %	44 %
larynx	62 %	62 %

bron: (14)

BRONNEN

1. D. Schottenfeld, J.F. Fraumeni
Cancer Epidemiology and Prevention 2nd edition
New York, Oxford University Press, 1996.
2. H.O. Adami, D. Hunter, D. Trichopoulos
Textbook of Cancer Epidemiology
New York, Oxford University Press, 2002.
3. National Cancer Institute
(<http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq>).
4. C. Van de Velde, F. Bosman, D. Wagener
Oncologie 6e, herziene druk
Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
5. M. Moerman, H. Vermeersch
Guide Pratique d'Oncologie
supplément novembre 2000
Diegem, Kluwer Editorial.
6. Vereniging van Integrale Kankercentra
Incidence of Cancer in the Netherlands 1998
Utrecht, juli 2002.
7. C. Percy
International Classification of Diseases for Oncology, 2nd edition
Geneva, World Health Organisation, 1990.
8. P. Hermanek, L.H. Sobin
TNM Classification of Malignant Tumours
International Union against Cancer, 4th edition, 2nd revision
Berlin, Springer Verlag, 1992.
9. L.H. Sobin, C.H. Wittekind
TNM Classification of Malignant Tumours
International Union against Cancer, 5th edition
New York, Wiley-Liss, 1997.
10. Eurocim Version 4.0
European Network of Cancer Registries
Developed by Lambda+ S.A. Belgium
in collaboration with J. Ferlay, F. Bray,
R. Sankila and D.M. Parkin at IARC
Lyon, International Agency for Research on Cancer.
11. Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS)
FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie
(<http://www.statbel.fgov.be>).
12. D.G. Kleinbaum, L.L. Kupper, K.E. Muller
Applied Regression Analysis and other Multivariable Methods
Boston, PWS-KENT Publishing Company, 1988.
13. Standardized Procedures for Mortality Analysis
(<http://www.iph.fgov.be/epidemio/spma>).
14. F. Berrino, R. Capocaccia, J. Estève, G. Gatta,
T. Hakulinen, A. Micheli, M. Sant, A. Verdecchia
Survival of Cancer Patients in Europe:
the EUROCARE-2 Study
Lyon, IARC Scientific Publications n°151, 1999.

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Verwacht aantal berekend op basis van de incidentie in Nederland: de leeftijdsspecifieke Nederlandse incidentiecijfers worden toegepast op de Belgische bevolkingspiramide (1998). De som van de aldus bekomen leeftijdsspecifieke aantallen geeft het totaal verwacht aantal gevallen

Brutoincidentiecijfer / brutosterftecijfer: aantallen per 100.000; absolute aantallen gedeeld door de totale bevolking in een bepaalde periode

Leeftijdsgestandaardiseerde incidentie- of sterftecijfers: aantallen per 100.000; berekend met de directe standaardisatie-techniek met als referentiepopulatie de Europese bevolking (ASR-Europa) of de wereldbevolking (ASR-wereld). (ASR: age-standardized rate)

Cumulatieve incidentie: som van de leeftijdsspecifieke incidentiecijfers van 0 tot 64 jaar of van 0 tot 74 jaar (uitgedrukt in procent)

Cumulatief risico: probabilliteit, uitgedrukt in procent, om de ziekte te ontwikkelen tussen 0 en 64 jaar of tussen 0 en 74 jaar in afwezigheid van andere doodsoorzaken. Wordt berekend op basis van de cumulatieve incidentie: $\text{cumulatief risico} = 100 * (1 - e^{-\text{cumulatieve incidentie}/100})$

EAPC (estimated annual percentage change): schatting van de jaarlijkse procentuele wijziging in mortaliteit (ASR-Europa) tijdens de periode 1987-1997. Een regressielijn $y=mx+b$ wordt gepast op de gegevens waar $y=\ln(\text{ASR-Europa})$ en $x=\text{kalender-jaar}$. De EAPC = $100 * (e^m - 1)$, uitgedrukt in procentuele verandering per jaar

PYLL (potential years of life lost): verhouding verloren levensjaren door overlijden aan een specifieke kanker ten opzichte van de verloren levensjaren door totale kankersterfte

Redactie: E. Fossion ⁽¹⁾, M. Haelterman ⁽²⁾, F. Leynen ⁽²⁾, S. Nuyts ⁽³⁾, D. Vander Steichel ⁽⁴⁾, E. Van Eycken ⁽⁵⁾, B. Weynand ⁽⁶⁾

⁽¹⁾ Dienst Tandheelkunde en Stomatologie - AZ Middelheim - Antwerpen

⁽²⁾ Nationaal Kankerregister - Belgisch Werk tegen Kanker

⁽³⁾ Dienst Radiotherapie en Oncologie - UZ Gasthuisberg - Leuven

⁽⁴⁾ Belgische Federatie tegen Kanker

⁽⁵⁾ Vlaams Kankerregistratienetwerk - Vlaamse Liga tegen Kanker

⁽⁶⁾ Service d'anatomopathologie - Cliniques Universitaires Saint Luc - Brussel

Adres: Nationaal Kankerregister
Belgisch Werk tegen Kanker
Barricadenplein, 2 - 1000 Brussel
www.kankerregister.be of www.kankerregister.org

In samenwerking met het Vlaams Kankerregistratienetwerk - Vlaamse Liga tegen Kanker (www.tegenkanker.net)