

# Diagnostische biopsie

Pieter Buis

**Als een huidafwijking niet of onvoldoende reageert op een behandeling kan een biopsie veel nuttige informatie opleveren. Bij een mogelijk (pre)maligne huidafwijking is een biopsie zelfs aangewezen. De procedure is tamelijk eenvoudig, maar is voor veel huisartsen toch niet heel gebruikelijk. Dit artikel beschrijft de verschillende technieken met hun indicaties, benodigdheden, voor- en nadelen.**

De incidentie van ‘verdachte huidafwijkingen’ stijgt al jaren. De incidentie van huidmaligniteiten is in de afgelopen 15 jaar zelfs verdubbeld. De kans om tijdens het leven een vorm van huidkanker te krijgen is tegenwoordig 1 op 6 en de kans op een melanoom is 1 op 50. Nederlanders zijn door publiciteit en voorlichting alerter geworden op vlekjes en plekjes: voor iedere nieuwe patiënt met huidkanker komen er 20-50 patiënten naar het spreekuur met een plekje dat uiteindelijk goedaardig blijkt.<sup>1</sup>

Tussen 2000 en 2010 is het aantal volwassen Nederlanders dat de huisarts bezocht vanwege een verdachte huidafwijking gestegen van 61 naar 94 per 1000 patiënten per jaar. In die periode verdubbelde het percentage dat daadwerkelijk huidkanker had van 5 naar 10%. De diagnose ‘maligniteit huid/subcutis’ (ICPC-code S77) werd in 2013 3,7 keer per 1000 patiëntjaren gesteld.<sup>2</sup> Van de gemiddeld 12 huidafwijkingen per jaar die huisartsen verwijderden en lieten onderzoeken, bleek er minder dan 1 maligne of premaligne (dit is exclusief het melanoom: gemiddeld verwijderde 1 op de 7 huisartsen 1 melanoom per jaar). Van de 156 diagnostische excisies in verband met een vermoede (pre)maligne huidafwijking betrof 56% een volledige excisie, 26% een stansbiopsie en 13% een shavebiopsie.<sup>2</sup>

Van de huidafwijkingen waarbij de huisarts huidkanker vermoedt, blijkt globaal de helft kwaadaardig; van de als goedaardig ingeschatte huidafwijkingen zijn enkele procenten kwaadaardig. Het aantal chirurgische verrichtingen dat huisartsen doen verschilt sterk, maar zelf biopteren is voor de meeste huisartsen niet heel gebruikelijk.<sup>3</sup>

## CASUS MEVROUW KLAASEN

Mevrouw Klaasen [73] heeft al geruime tijd een rood plekje op haar schouder [figuur 1]. Verschillende zelfjes hebben geen effect. Er komen korstjes op, die er spontaan afvallen. De huisarts ziet een rode, schilferige plek van ongeveer 1 bij 1,5 cm. De huisarts vindt eczeem minder waarschijnlijk en denkt aan de ziekte van Bowen of een basaalcelcarcinoom. Ze legt uit dat het verstandig is om eerst een biopt te nemen. De huisarts verricht een stansbiopsie en leest een paar dagen later dat het gaat om een nodulair basaalcelcarcinoom. Ze aarzelt tussen zelf excideren of verwijzen naar de chirurg en kiest voor het eerste omdat dat de voorkeur van de patiënt heeft.

Alvorens te excideren fotografeert de huisarts de afwijking en tekent de snijranden af met een marge van 3 mm. Ze markeert de bovenkant van het excisiepreparaat met een hechting. De PA-uitslag laat zien dat de afwijking geheel is verwijderd.

## KEUZE VAN DE TECHNIEK

Een diagnostische biopsie kan met verschillende technieken worden uitgevoerd. Elke keuze vergt kennis van anatomie en pathofysiologie [tabel].<sup>4</sup>

- Bij een stansbiopsie wordt een klein stukje van de huidafwijking huid weggenomen met een biopteur (‘appelboortje’).
- Bij een shavebiopsie wordt de huidafwijking oppervlakkig verwijderd met een scherp voorwerp.
- Bij een excisiebiopsie wordt de huidafwijking volledig verwijderd.
- Bij een incisiebiopsie wordt de huidafwijking gedeeltelijk verwijderd. Dit type bespreken we verder niet in dit artikel.

## Figuur 1

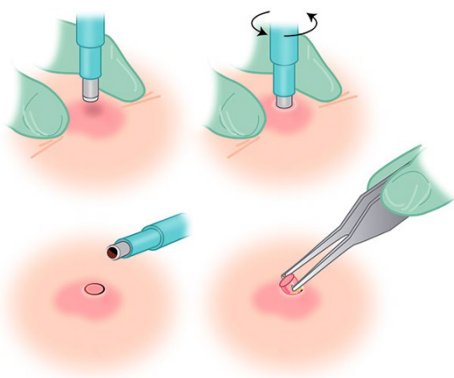
Een basaalcelcarcinoom op de schouder



Dit artikel is een bewerkte versie van 2 eerder gepubliceerde hoofdstukken van P.A.J. Buis [Biopt en Diagnostische biopsie] in: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WL, redactie. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Pream, 2018. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

**Figuur 2**

Stansbiopsie



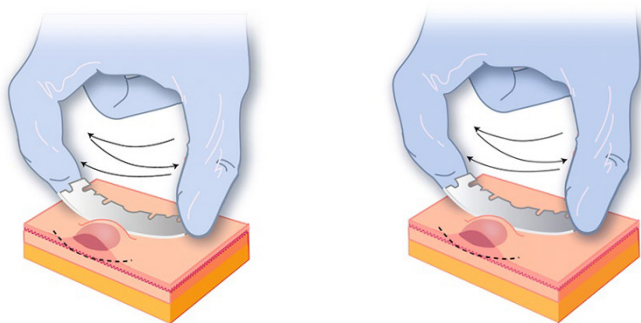
**Figuur 4**

Excisiebiopsie



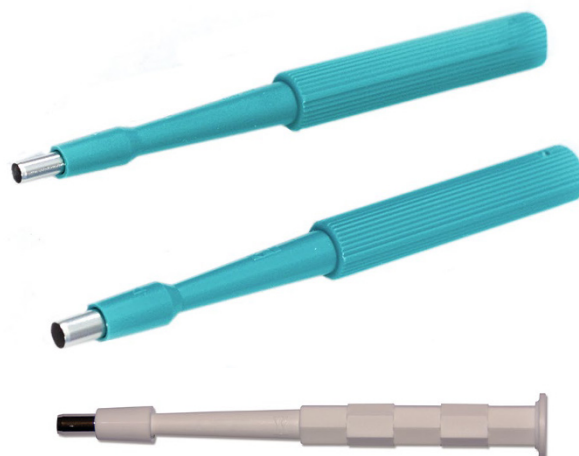
**Figuur 3**

Shavebiopsie



**Figuur 5**

Stansbiopeteurs met verschillende diameters



**Tabel**

**Indicaties voor verschillende biopsietechnieken**

Stansbiopsie	maligniteit beperkt tot de epidermis (ziekte van Bowen [carcinoma in situ], [grote] lentigo maligna, ziekte van Paget eczemateuze afwijking psoriasis actinische keratose [uitsluiten van plaveiselcelcarcinoom] basaalcelcarcinoom* erythema nodosum
Shavebiopsie	vlakke huidafwijking waarvoor microscopisch onderzoek nodig is klinisch benigne naevus naevocellularis: afschaven van het exofytische deel verruca seborrhoeica rhinophyma granuloma teleangiectaticum [granuloma pyogenicum] fibroma molle keratoacanthoom hemangioom
Excisiebiopsie	nodulair basaalcelcarcinoom zonder hoogrisico kenmerken klinisch atypische naevus [op verzoek van de patiënt] tot en met lentigo maligna en [lage] verdenking op melanoom

\* Het histologische type bepaalt het vervolgbeleid: een superficiael of nodulair basaalcelcarcinoom kan worden geëxideerd door de huisarts; bij een sprieterig of micronodulair basaalcelcarcinoom wordt verwijzing aangeraden.

Een shavebiopsie of een excisiebiopsie kan direct curatief zijn als het lukt de huidafwijking volledig te verwijderen. Bij de beide andere technieken is dat meestal niet mogelijk. De biopsietechniek moet passen bij de differentiaaldiagnose die wordt ingevuld op het pathologisch-anatomisch (PA-) formulier. Een shavebiopsie kan bijvoorbeeld geen antwoord geven op de vraag of het gaat om actinische keratose of plaveiselcelcarcinoom, want een actinische keratose is altijd beperkt tot de epidermis en een plaveiselcelcarcinoom reikt tot in de dermis. Een shavebiopsie is dus ook geen goede keuze als men wil differentiëren tussen eczeem (epidermale presentatie) en erythema migrans (met uitbreiding in de diepere lagen). Overweeg daarom de huidafwijking vooraf te fotograferen, zodat de uitgangssituatie ook later kan worden beoordeeld. Vul na de biopsie het PA-formulier nauwkeurig in, want de patholoog heeft gedetailleerde klinische informatie nodig, een macroscopische beschrijving van de laesie en een beschrijving van de gebruikte biopsietechniek. Anticoagulantia hoeven niet te worden gestaakt.

### Stansbiopsie

Bij een stansbiopsie [figuur 2] wordt met een biopteur een rond stukje huid weggenomen over de volledige dikte. Stansbiopteurs hebben een diameter van 3, 4, 6 of 8 mm. Een biopt  $\geq 3$  mm is histologisch al goed te beoordelen. Het voordeel van een kleine diameter is dat het huiddefect niet hoeft te worden gehecht, gebruik eventueel een hechtpleister. Biopten  $\geq 4$  mm moeten meestal met een hechting worden gesloten.

Stansbiopsieën worden in de huisartsenpraktijk niet vaak gedaan, hoewel de techniek eenvoudig en diagnostisch waardevol is.<sup>5</sup> Doordat het biopt de volledige dikte van de huid beslaat, is de patholoog goed in staat om infiltratie of ingroei in de diepte vast te stellen. Een stansbiopsie kan soms zelfs therapeutisch worden ingezet, bijvoorbeeld bij een kleine benigne laesie zoals een atheroom.

### Shavebiopsie

Als een huidafwijking niet kwaadaardig is en ook nog exofytisch groeit, heeft een shavebiopsie de voorkeur omdat deze veelal direct curatief is.<sup>6</sup> Bij een shavebiopsie wordt de huidafwijking oppervlakkig verwijderd tot in de epidermis. Dit heeft als voordeel dat er slechts een schaafwond overblijft die zonder litteken geneest. Er zijn echter ook nadelen: een shavebiopt is niet gemakkelijk toepasbaar bij zeer vlakke huidafwijkingen, er kan een verzonken litteken ontstaan en er is kans op een recidief. Een ander nadeel is dat bij een klinisch verdachte huidafwijking de doorgroei in de diepere huidlagen niet kan worden beoordeeld.

Bij de uitvoering kan men goed een (eventueel gehalveerd) los scheermesje gebruiken [figuur 3]. Het pathologisch laboratorium kan ook speciale shavebiopteurs beschikbaar stellen. Bij beide kan de kromming van het mesje worden aangepast aan het huidoppervlak en de grootte van de laesie.

### Excisiebiopsie

Verdachte gepigmenteerde afwijkingen, zoals klinisch atypische naevi, en reeds het geringste vermoeden van een melanoom zijn een indicatie voor een excisiebiopsie. Stans-, shave- en incisiebiopsieën komen hierbij niet in aanmerking.<sup>7</sup> Een diagnostische excisie reikt tot in de subcutis en heeft een excisiemarge van 2 mm. Excideer in de richting van het regionale lymfeklierstation (dit is niet altijd in de richting van de huidlijnen) en in de lengterichting van de extremiteit. Markeer het proximale deel van het verwijderde weefsel door middel van een hechting.

Een excisiebiopsie heeft als voordeel dat de patholoog-anatoom de gehele afwijking kan beoordelen. Is de afwijking niet compleet verwijderd en zijn de snijranden niet vrij, dan is het biopt per definitie een incisiebiopt. Bij een melanoom is dit minder wenselijk, hoewel nooit is aangetoond dat de prognose na een incisiebiopsie slechter is dan na een excisiebiopsie waarbij de snijranden wél vrij zijn. Bij een sterk vermoeden van een melanoom is het advies direct te verwijzen.

### UITVOERING

Stansbiopsie [figuur 2].

- Verdoof met een lokaal anestheticum.
- Neem het biopt uit het meest representatieve deel van de dermatose. Vermijd cosmetisch gevoelige plaatsen en plaatsen waar de huid heel dun is. Buik, rug, armen en dijen zijn goede plaatsen om een biopsie te nemen.
- Identificeer de huidlijnen.
- Spreid de huid loodrecht op huidlijnen (dan blijft na de biopsie een ellipsvormige afwijking over die zich gemakkelijk laat hechten).
- Biopteer door te draaien, met weinig druk, tot in het subcutane vet.
- Wip het biopt met een naaldje omhoog of pak het voorzichtig met een pincet vast onder de huid in het subcutane vet (vermijd samenknijpen van het biopt door het pincet, de weefselstructuur is dan niet meer te beoordelen door de patholoog).
- Knip het biopt af onder het niveau van de dermis.
- Sluit de wond eventueel met een hechting, weefsellijm of hechtpleister.

Shavebiopsie [figuur 3]

- Verdoof met een lokaal anestheticum.
- Spuit de laesie niet te hoog op, want dan is de diepte van de excisie moeilijker te beoordelen en kan een verzonken litteken ontstaan.
- Shave het stratum papillare (na excisie mag geen vetweefsel te zien zijn).
- Houd het scheermesje meer of minder gebogen en maak een voorzichtig zagende beweging.
- Optioneel: stip bloedende vaatjes aan met aluminiumchloride 20%-oplossing (als adstringens) of coaguleer ze (niet te diep, anders ontstaat een wond met een litteken).
- Vermeld op het PA-formulier dat het om een shavebiopsie gaat.
- Re-epithelisatie volgt binnen 2 weken.

## INSTRUMENTARIUM EN MATERIALEN

Leg de benodigde materialen klaar.

- Injectiespuit en naalden voor lokale anesthesie
- Desinfectans (alcohol 70%, chloorhexidine 1% of povidonjodium)
- Lokaal anestheticum (lidocaïne 1% met of zonder adrenaline 1:200.000)
- Aluminiumchloride 20%-oplossing (als adstringens voor coagulatie)
- Elektrochirurgische unit (voor coagulatie)
- Handschoenen
- Hechtmateriaal (bij stansbiopsie > 4 mm)
- Verbandmateriaal
- Verzendset voor weefselonderzoek
- Stansbiopsteur 3, 4, 6 of 8 mm (voor stansbiopsie) [figuur 5]
- Scheermesje (voor shavebiopsie)
- Scalpel met mesje nr. 15 (voor excisiebiopsie)
- Chirurgisch pincet
- Naaldvoerder
- Rechte schaar
- Fototoestel

Excisiebiopsie [figuur 4]

- Streef naar volledige verwijdering van de huidafwijking.
- Identificeer de huidlijnen.
- Verdoof met een lokaal anestheticum. Teken met huidpotlood of viltstift een ellips (2/3 × 1/3-regel) en snijd aan de buitenrand van deze lijn, dat is dan altijd een marge van 2 mm.
- Maak een ellipsvormige excisie in de richting van het regionale klierstation, eventueel tegen de huidlijnen in.
- Excideer bij een gepigmenteerde afwijking op een arm of been in de lengterichting van de extremiteit.
- Houd een marge aan van 2 mm en verricht de excisie tot in de subcutis.
- Bij een therapeutische excisie wordt een marge van 3-4 mm geadviseerd, maar het direct verrichten van een therapeutische excisie met een ruime marge wordt afgeraden. De klinische diagnose 'melanoom' wordt in ongeveer 30% van de biopsten niet bevestigd, dus veel afwijkingen die geen melanoom zijn zouden onnodig ruim worden verwijderd. De marge van de therapeutische excisie wordt bepaald door de breslowdikte (die microscopisch vanaf het oppervlak wordt gemeten) en deze is klinisch niet betrouwbaar te schatten.
- Sluit de wond met een hechting, weefsellijm of hechtpleister.

## PA-AANVRAAG

Stuur bij de PA-aanvraag de volgende informatie mee.

- Anamnestiche gegevens: sinds wanneer opgemerkt, recente verandering, verschijnselen zoals jeuk of bloeden, afmetingen.
- Klinische diagnose en differentiaaldiagnose.
- Sterkte van vermoeden van (pre)maligne aandoening.
- Aard van de ingreep (bij excisie de excisiemarge).
- Foto of schematische tekening, met plaats van de laesie gemarkeerd.
- Vraagstelling.

## AANDACHTSPUNTEN EN COMPLICATIES

Na een biopsie kunnen, zoals na iedere chirurgische ingreep, complicaties optreden. De meest voorkomende complicaties zijn:

- Bloeding tijdens of na de ingreep. Let extra op bij patiënten die anticoagulantia gebruiken of een stollingsstoornis hebben.
- Wondinfectie: let op bij patiënten met diabetes mellitus of vaatproblematiek, en bij patiënten die immunosuppressiva of prednison gebruiken.
- Wonddehiscentie kan optreden als de wond geïnfecteerd raakt, maar ook als de hechttechniek niet optimaal is. De wond geneest dan per secundam intentionem en dat geeft een minder fraai cosmetisch resultaat.
- Anafylactische shock als reactie op een lokaal anestheticum is zeldzaam. ■

## LITERATUUR

1. De Vries E, Van de Poll LV, Louwman W, et al. Predictions of skin cancer incidence in the Netherlands up to 2015. *Br J Dermatol* 2005;152:481-8.
2. Koelink CJ, Kollen BJ, Groenhof F, et al. Skin lesions suspected of malignancy: An increasing burden on general practice. *BMC Fam Pract* 2014a;15:29.
3. Buis PA, Van Diest PJ. Kritische blik na het kleine snijden. *Medisch Contact* 2009;64:145-7.
4. Stevenson P, Rodins K. Improving diagnostic accuracy of skin biopsies. *Aust J Gen Pract* 2018;47:216-20.
5. Van Dijk B, In 't Veld CJ. Atheroomcyste. In: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WL, redactie. *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Houten: Prelum, 2018.
6. Ten Koppel PG, Vuyk HD, Neumann HA. Een huidschaaftechniek voor diagnostiek en behandeling van benigne en maligne huidtumoren in het aangezicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:28.
7. Richtlijn Melanoom: modulaire update 2016. Utrecht: Nederlandse Melanoom Werkgroep, 2016.

Buis PAJ. Diagnostische biopsie. *Huisarts Wet* 2021;64: DOI:10.1007/s12445-021-1110-6.  
Huisartsencoöperatie Medicamus, Harderwijk: dr. P.A.J. Buis, huisarts, pajbuis.huisarts@planet.nl.  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.