

Biopsie van huidafwijkingen in de huisartspraktijk

R.P. DUTRIEUX
M.E. BOON

Een serie van 1216 huidbiopten die in 1988 door huisartsen werden ingestuurd voor een histologische beoordeling, werd vergeleken met 581 huidbiopten afkomstig uit een dermatologische praktijk. Uit analyse van de gegevens blijkt dat de huisartsen en de dermatoloog geconfronteerd werden met duidelijk verschillende verdelingspatronen van de diagnoses; tevens blijkt dat de huisartsen een breed scala aan diagnoses stelden. Uit de analyse van de 44 gevallen waarin de patholoog-anatoom een maligniteit van de huid vaststelde, blijkt dat het verantwoord is dat de huisarts huidbiopten neemt. Een goede wisselwerking tussen huisarts en patholoog-anatoom zal de kennis van de dermatologie in de huisartspraktijk bevorderen.

Dutrieux RP, Boon ME. Biopsie van huidafwijkingen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1990; 33(8): 312-5.

R.P. Dutrieux, assistent geneeskundige; Mw. Dr. M.E. Boon, patholoog anatoom. Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium, Groenesteeg 61-65, 2312 SP Leiden.

Correspondentie: Mw. Dr. M.E. Boon.

Inleiding

Toegang tot pathologisch-anatomisch (PA) onderzoek van een klinisch waargenomen afwijking is een voorwaarde voor een goede uitoefening van de dermatologie.^{1,2} De histologische uitslag bepaalt of een laesie wel of niet kwaadaardig is³ en de beschrijving van de microscopische beelden en het commentaar van de patholoog-anatoom verdiepen de kennis over de vele reactievormen van het grootste orgaan van de mens, de huid.

Eerder beschreven wij onze ervaringen met 1912 laesies uit de huisartspraktijk over de jaren 1986 en 1987. In die bijdrage kwamen twee vragen aan de orde: in welke gevallen is een laesie gepigmenteerd en wat is de kans op een (pre)maligne huidafwijking in de huisartspraktijk?⁴

In 1988 ontvingen wij 1216 huidbiopten van huisartsen en 581 van een dermatoloog. Wij gebruiken dit materiaal om twee andere vragen te beantwoorden:

- hoe breed is het scala aan PA-diagnosen in een door huisartsen ingezonden serie huidbiopten;
- is het verantwoord dat huisartsen zelf huidbiopsieën nemen?

Overigens heeft het vergelijken van de resultaten van huisartsen en dermatologen natuurlijk zijn beperkingen, omdat de indicaties tot biopteren niet gelijk zijn en omdat huisartsen waarschijnlijk meer vroege stadia van huidlaesies zien dan dermatologen.

Methoden

Om het scala van histopathologische diagnoses van de opgestuurde laesies in kaart te brengen, hebben wij een vrij grove indeling gehanteerd; laesies die weinig frequent voorkwamen (<1 procent) zijn ondergebracht in de groep 'overige'.

In de serie huidbiopten die door de huisartsen werden ingestuurd, is nagegaan hoe vaak de PA-diagnose 'maligniteit' werd gesteld, of de klinische verschijnselen voor de huisarts aanleiding gaven tot een verdenking op maligniteit en of het handelen van de huisarts negatieve therapeutische consequenties had voor de patiënt.

Resultaten

Op de 1216 door huisartsen ingestuurde huidbiopten werden 85 verschillende diagnoses gesteld en op de 581 biopten van de dermatoloog 113. Zowel bij de huisartsen als bij de dermatoloog vormden de pigmentvormende laesies de grootste groep. Daarnaast biopteerden beide disciplines ook veel wrachtige laesies (tabel 1). In de serie van de huisartsen werden dermatofibromen, cysteuze afwijkingen, lipomen, hemangiomen en fibromata pendula meer dan twee keer zo vaak aangetroffen als in de serie van de huisarts. Andere huidafwijkingen werden meer dan twee keer zo vaak in de serie van de dermatoloog gezien, zoals de diagnose basaalcelcarcinoom (bijna zes keer zo vaak) en actinische keratose. Verder waren er ook biopten van huidziekten die vrijwel alleen werden ingestuurd door de dermatoloog; voor zover zij meer dan 1 procent van het totale aantal ingestuurde huidbiopten vormden, zijn zij apart vermeld in tabel 1.

In de groep 'overige' gingen enkele zeer interessante gevallen schuil; wij selecteerden voor de liefhebbers twee van deze casus uit het huisartsenmateriaal (p. 314).

Uit tabel 2 blijkt dat onder de pigmentvormende laesies de dermale naevus de absolute koploper is. Door de huisartsen werden lang niet alle pigmentvormende laesies als verdacht gekenmerkt; vele werden, net als de (eveneens vaak macroscopisch gepigmenteerde) verruceuze laesies, om cosmetische redenen verwijderd.

Benigne pigmentvormende laesies, zoals de dermale naevus, de samengestelde naevus en de lentigineuze afwijkingen, werden in vrijwel gelijke mate ingestuurd door de huisartsen en de dermatoloog. De (verdachte) dysplastische naevus, respectievelijk het maligne melanoom, werden vaker door de dermatoloog ingestuurd. Wellicht duidt dit erop dat huisartsen deze laesies vaker doorsturen.

Voor de patholoog-anatoom kan de diagnose Spitz naevus moeilijk zijn, omdat de cellen zeer grote kernen en prominente nucleoli hebben. Voor alle zekerheid vragen we dan ook vaak een consulent in de dermatopathologie nog een blik op deze preparaten te werpen.

Tabel 1 Dermatopathologische diagnoses gesteld in een serie preparaten uit huisartspraktijken en een serie uit de praktijk van een dermatoloog. Percentages.

	Huisartsen n=1216	Dermatoloog n=581
Pigmentvormende laesies	41,0	27,0
Verruceuze laesies	15,5	11,4
Dermatofibromen	9,9	2,6
Cysteuze afwijkingen	8,7	2,9
Basaalcelcarcinoom	2,6	14,6
Lipoom	2,5	1,0
Haemangioom	2,1	0
Fibroma pendulum	2,1	1,0
Actinische keratose	1,4	3,2
Eczeem	0	3,3
Mycose	0	1,9
Lichen planus	0	1,7
Chondroderm. nod. hel.	0	1,7
Talgklierhyperplasie	0	1,2
Folliculitis	0	1,0
Overige	14,1	25,3

0 betekent dat het aantal keren dat de diagnose werd gesteld, kleiner was dan 1 procent. Hierdoor valt de diagnose in de groep 'Overige'.

Tabel 2 Pigmentvormende laesies aangetroffen in een serie preparaten afkomstig uit huisartspraktijken en een serie uit de praktijk van een dermatoloog. Percentages.

	Huisartsen n=498	Dermatoloog n=157
Dermale naevus	85,1	77,1
Samengestelde naevus	8,6	8,3
Lentigo simplex	3,8	3,8
Blauwe naevus	0,6	1,9
Lentigo senilis	0,4	1,3
Maligne melanoom	0,4	5,1
Spitz naevus	0,4	–
Ephelis	0,2	–
Grenszône naevus	0,2	–
Dysplastische naevus	0,2	2,5

– betekent volstrekt nul.

Er werd slechts één maal een sproet (efelide) ingestuurd.

Bij 3,6 procent van de patiënten constateerden wij een maligniteit (tabel 3). Hierbij zijn inbegrepen de vijf intra-epitheliale carcinomen, te weten vier maal morbus Bowen en één intra-epitheliaal porocarcinoom. In de serie van de dermatoloog troffen wij bij 97 patiënten (16,6 procent) een maligniteit aan.

In de huisartspraktijken kwam het basaliom – een carcinoom met een lage maligniteitsgraad en een zeer gunstige prognose – het frequentst voor. In 30 van de 32 gevallen werd het basaliom door de huisarts volledig verwijderd. Overigens zijn er zelfs bij een onvolledige excisie geen negatieve gevolgen voor de prognose, mits de resten alsnog worden verwijderd.

Het spinalioom is een agressievere carcinoom. We troffen deze driemaal aan en in vier gevallen werd de diagnose morbus Bowen (het voorstadium) gesteld. Hier is het wel degelijk belangrijk dat de laesie totaal verwijderd wordt, hetgeen bij elk van de drie gevallen was gebeurd.

Ook in de preparaten van de porocarcinomen bleken de snijranden vrij van tumorgroei. Het feit dat een porocarcinoom in ons materiaal relatief vaak werd aangetroffen, wordt verklaard door een bijzonder interesse onzerzijds voor de eccrine differentiatie van deze tumoren. Indien deze differentiatie niet wordt opgemerkt, wordt op een dergelijke tumor meestal de diagnose plaveiselcelcarcinoom afgegeven.

Het pigmentvormende maligne melanoom heeft een hoge maligniteitsgraad. Omdat de prognose van het maligne melanoom door een onvolledige excisie ongunstig beïnvloed kan worden, is het belangrijk dat de huisarts de tumor volledig verwijdert. In beide gevallen gaven de klinische verschijnselen geen aanleiding tot het vermoeden van een maligne tumor. Het microscopisch onderzoek toonde aan dat de twee tumoren in toto verwijderd waren, zij het met een krappe marge die herexcisies noodzakelijk maakte. De prognose werd hierdoor echter niet negatief beïnvloed. De twee tumoren hadden een invasiediepte (gemeten volgens Breslow) van respectievelijk 0,6 en 1,4 mm.

Beschouwing

Wij constateren dat huisartsen in toenemende mate een huidbiopt nemen voor diagnostische doeleinden. In deze ontwikkeling kan een goede samenwerking tussen de huisarts en het PA-laboratorium een positieve rol spelen. Niet alleen kan het laboratorium de noodzakelijke histologische diagnoses verstrekken, ook kan de patholoog-anatoom nader ingaan op de dermatologische verwachtingen en risico's voor de betreffende patiënt. Tevens kan een advies worden gegeven over eventuele follow-up en/of verwijzing naar de specialist.

Het blijkt dat de huisarts een breed scala aan diagnoses kan verwachten. De variatie van 85 diagnoses in 1216 biopten lijkt ons ruim voldoende om sleur te voorkomen. Wij verwachten dat de meer uitgebreide beschrijvingen van de microscopische beelden en de commentaren bij de voor de patholoog-anatoom wat meer ingewikkelder en/of exotische ziektebeelden de wetenschappelijke belangstelling van de huisarts zal stimuleren.

Ook in de huisartspraktijk worden veel zeldzame laesies gezien, die vaak niet eenvoudig zijn voor de patholoog-anatoom. De twee beschreven casus kwamen uit huisartspraktijken. Deze diagnoses waren tot dan toe door ons nog niet bij laesies door de dermatoloog gesteld.

Uit onze analyse wordt ook duidelijk dat huisartsen in het algemeen redelijk in staat zijn de relatief veel voorkomende carcinoomen als maligne te herkennen en adequaat te excideren. Wij kunnen stellen dat het verwijderen van deze niet-pigmentvormende huidmaligniteiten door de huisarts verantwoord is.

De pigmentvormende maligniteiten worden veel minder vaak in de huisartspraktijk gebiopteerd. Uit het feit dat de twee maligne melanomen door de betreffende huisartsen niet als zodanig werden gekenmerkt, mag dan ook niet worden geconcludeerd dat deze beroepsgroep niet in staat zou zijn dergelijke laesies te herkennen. Veeleer is dit het logische gevolg van een neiging tot doorsturen voor specialistische behandeling, indien de klinische kenmerken van de

Casus 1 – Een bijzondere vorm van maligniteit van de huid

Het betreft hier een 97-jarige patiënt met een huidlaesie op het scheenbeen. De huisarts meldde dat hij aan een huidmaligniteit dacht. De microscopische diagnose was: intra-epidermaal porocarcinoom. Dit vroege stadium van het porocarcinoom (ook wel bekend als maligne eccrien poroma) komt meestal voor op het scheenbeen van oudere mensen, en behoort tot de adnextumoren.⁵ Bij zorgvuldig microscopisch onderzoek van meerdere coupes kunnen foci van invasieve groei worden opgespoord.

Wij rapporteerden aan de huisarts dat een dergelijke laesie lymfogene metastaseren naar de aangrenzende huidgebieden of, meestal na jaren, via de liezen naar de longen. Derhalve moeten de omliggende huidgebieden door de huisarts worden geïnspecteerd; bij een positieve palpatie van de lieslymfklieren is het raadzaam de patiënt door te sturen naar een specialist om deze nader te laten onderzoeken.

De besluitvorming van de huisarts wordt vanzelfsprekend mede beïnvloed door de levensverwachting van deze 97-jarige patiënt.

Casus 2 – Een bijzondere vorm van een ontstekingsreactie

Het betreft hier een 40-jarige man met een sinds enige maanden groter geworden, subcutane, vast-elastische tumor op het voorhoofd. De microscopische diagnose was: angiolymfoïde hyperplasie met eosinofilie.⁶ Deze aandoening is zeer zeldzaam en wordt vaak niet herkend. De etiologie is onduidelijk; vermoedelijk gaat het om een *low grade infection*. Meestal is er een goede reactie op totale excisie, maar ook hardnekkige vormen met herhaalde recidieven zijn beschreven.

Wij hebben de huisarts aangeraden de patiënt terug te laten komen als er een recidief ontstaat en in dat geval de laesie wederom te excideren.

Deze laesie, waarvan de huisarts dacht dat het tumorgroei betrof, toont aan hoe gevarieerd het reactiepatroon van de huid is.

Tabel 3 Huidmaligniteiten aangetroffen in een serie preparaten ingezonden door huisartsen. Aantallen.

Maligniteit	Aangetroffen	Vermoed*
Basaalcelcarcinoom	32	13
M. Bowen	4	3
Plaveiselcelcarcinoom	3	3
Intra-epitheliaal porocarcinoom	1	1
Porocarcinoom	2	1
Maligne melanoom	2	0
Totaal	44	21

* Op het inzendformulier aangemerkt als 'verdacht van maligniteit'.

laesie 'verdacht' lijken. Overigens is uit een recent onderzoek gebleken dat herkenning van de maligne melanomen zelfs voor zeer ervaren specialisten een groter probleem is dan zijzelf veelal willen geloven: in slechts de helft van de 120 bestudeerde gevallen van gepigmenteerde laesies, verwijderd door specialisten op dit gebied, correspondeerde de PA-diagnose met de klinische. Hieronder bevonden zich ook drie maligne melanomen, waarvan de diagnose maligniteit zelfs niet in overweging was genomen door ten minste een van de drie specialisten.⁶ De publikatie van dit onderzoek was voor *Van Everdingen* aanleiding om te stellen dat zelfs de klinische diagnostiek van ervaren specialisten op dit gebied verontwaardigd is.⁷ Wij kunnen moeilijk verwachten dat huisartsen beter scoren dan specialisten.

Bij maligne melanomen is het belangrijk dat er niet door het melanoom wordt gesneden. Bij microscopisch onderzoek van de twee door huisartsen verwijderde maligne melanomen bleken de snijranden van het excisie-preparaat vrij van tumor. De prognose van deze twee patiënten werd niet in negatieve zin beïnvloed doordat de huisarts de huidlaesie verwijderde.

Een veel groter risico voor de patiënt dan een te krappe excisie is het uitstellen van de behandeling. De huisarts *Ponsioen* schrijft in ons Jaarverslag 1986, puttend uit zijn eigen ervaring, dat *patient- en doctor's*

delay sterk verkleind worden als huisartsen gepigmenteerde laesies zelf verwijderen.⁸ Voor ons een reden te meer om te stellen dat men als huisarts bij gepigmenteerde laesies in geval van twijfel net zo goed, zo niet beter, zelf de laesie kan verwijderen. Overigens blijkt uit een recent groot onderzoek dat huisartsen in Nederland in toenemende mate in staat zijn maligne melanomen op te sporen.⁹ Dit komt overeen met onze eigen ervaring: in 1989 zagen wij, mede door het 'sproetenbus-effect', veel, veelal vroege melanomen die door huisartsen werden ingestuurd. Hierover hopen wij binnenkort te rapporteren.

Literatuur

- ¹ Meijman FJ. PA-onderzoek na kleine chirurgie: een paradox [Redactioneel commentaar]. *Huisarts Wet* 1987; 30: 99-100.
- ² Bras G. Pathologisch-anatomisch onderzoek op verzoek van huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 17-8.
- ³ Steffelaar JW. De pathologische anatomie in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 979-82.
- ⁴ Boon ME, Amen RI, Tasche MJA. De kans op (pre)maligne huidafwijkingen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1988; 31: 390-1.
- ⁵ Hashimoto K, Mehregan AH, Kumakiri M. Tumors of skin appendages. Butterworth: 1987.
- ⁶ Curley RK, Cook MG, Fallowfield ME, Marsden RA. Accuracy in clinically evaluating pig-

mented lesions. *Br Med J* 1989; 299: 16-8.

⁷ Ponsioen BP. Filosofische kanttekeningen. In: Jaarverslag 1986 Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium. Leiden: Coulomb Press, 1987.

⁸ Van Everdingen JJE. Referaat huid- en geslachtsziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 2250.

⁹ Van Everdingen JJE, Rampen FJH, Ruiters DJ, Casparie AF. Evaluatie consensus melanoom van de huid op grond van pathologisch-anatomische verslagen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 2285-8. ■

Abstract

Dutrieux RP, Boon ME. Biopsy of skin abnormalities in general practice. *Huisarts Wet* 1990; 33(8): 312-5.

A series of 1216 skin biopsies sent in for histological evaluation by general practitioners in 1988 were compared with 581 skin biopsies from a dermatology practice. The results showed that the general practitioners and the dermatologist were presented with clearly differing patterns of disease; at the same time, general practitioners diagnosed a wide range of diseases. Analysis of the 44 cases where the pathologist diagnosed a skin malignancy shows that it is justified for the general practitioner to take skin biopsies. Good cooperation and feedback between general practitioner and pathologist will increase the knowledge of dermatology in general practice.

Key words Biopsy; Family practice.

Correspondence Dr. M.E. Boon, Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium, 61-65 Groenesteeg, 2312 SP Leiden, The Netherlands.