

De rol van de huisarts bij huidtumoren

Samenvatting

Van Rijsingen MCJ, Gorgels WJM, Lagro-Janssen ALM, Gerritsen MJP. De rol van de huisarts bij huidtumoren. Huisarts Wet 2015;58(10):526-9. Sinds jaren stijgt de incidentie van huidkanker. Hierdoor zullen diagnosestelling en behandeling van laagrisico huidtumoren in de toekomst vaker door de huisarts gedaan worden. Een enquête wees uit dat Nederlandse huisartsen graag een rol willen spelen in de huidkankerzorg. Ze behandelen momenteel voornamelijk actinische keratosen, veelal met cryotherapie. Een klein aantal huisartsen behandelt ook basaalcelcarcinomen, voornamelijk door excisie. Bij een vermoeden van maligniteit neemt niet meer dan 13% een biopsie af. Het merendeel van de excisies uitgevoerd door huisartsen betrof benigne laesies. Van de geëxideerde maligniteiten waren vooral excisies in het gelaat (56%) niet radicaal. De diagnostiek van huidafwijkingen door de huisarts blijkt voor verbetering vatbaar. Bij analyse van 734 verwijzingen naar de dermatoloog bleek 40% van de verwijzingsdiagnoses correct; daarnaast vonden de dermatologen 234 additionele (pre)maligniteiten. Ook kennis over de follow-up is beperkt aanwezig: slechts een kwart van de huisartsen is bekend met de Nederlandse richtlijn voor de follow-up van basaalcelcarcinoom. De huidkankerzorg in de huisartsenpraktijk zou kunnen verbeteren door verdachte laesies vaker te biopsieren, bij benigne laesies vaker een shave-excisie of curettage uit te voeren en bij oppervlakkige (pre)maligniteiten vaker topicale middelen toe te passen. Het zou goed zijn als er een NHG-Standaard Huidkanker werd opgesteld en als huisartsen betrokken zouden worden bij de ontwikkeling van transmurale richtlijnen.

INLEIDING

De incidentie van huidkanker stijgt explosief met jaarlijks 6-8%.¹ Een op de vijf Nederlanders krijgt huidkanker en een aanzienlijk deel van hen ontwikkelt multipole tumoren.^{2,3} UV-blootstelling wordt gezien als de grootste risicofactor voor het ontwikkelen van huidkanker.⁴ Hierdoor moeten meer patiënten behandeld en gecontroleerd worden.

Men onderscheidt melanomen en niet-melanocytaire huidkanker (NMSC). Melanomen komen minder vaak voor, maar zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van de mortaliteit door huidkanker. NMSC vormen de grootste groep. Daartoe behoren het basaalcelcarcinoom (BCC) en het plaveiselcelcarcinoom (PCC) met zijn voorstadia, actinische keratose (AK) en de ziekte van Bowen (MB).

Wanneer het aantal beperkt blijft, zijn actinische keratosen goed te behandelen met cryotherapie.⁵ Als de laesies talrijk zijn, gaat de voorkeur uit naar topicale veldbehandeling met in-

genolmebutaat, imiquimod, 5-fluorouracil of fotodynamische therapie. De drie laatstgenoemde behandelingen zijn ook effectief bij oppervlakkig BCC.⁶ Bij andere vormen van BCC, bij PCC en bij melanomen is excisie de behandeling van eerste keus. In specifieke gevallen kan voor radiotherapie gekozen worden.

Bij een vermoeden van NMSC wordt regelmatig voorafgaand aan de behandeling een biopsie uitgevoerd om de diagnose histologisch te bevestigen. Bij verdenking van een melanoom moet een diagnostische excisie met een vrije marge van 2 mm worden uitgevoerd.⁷ De exacte diagnose van het type of subtype huidkanker is bepalend voor de keuze van de behandeling en ook voor de vrije marges die worden aangehouden in geval van een excisie. Bovendien voorkomt het nemen van een biopsie een onterechte excisie wanneer sprake blijkt te zijn van een benigne laesie.

Tot op heden worden de meeste huidkankerpatiënten behandeld door de dermatoloog en lijkt de diagnostiek in de eerste lijn niet optimaal.⁸⁻¹⁰ Omdat de incidentie en dus de zorgvraag toenemen, zullen de diagnose en behandeling van huidtumoren met een laag risico in de toekomst steeds vaker worden uitgevoerd door huisartsen. In dat geval moeten hun kennis en vaardigheden op niveau zijn. Wij hebben een drietal onderzoeken verricht om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de huidkankerzorg in de eerste lijn.

DE HUIDIGE ROL VAN DE EERSTE LIJN

Voor ons eerste onderzoek zonden wij 552 huisartsen in de regio Nijmegen een enquête met vragen over hun opvattingen, (behoefte aan) kennis en beleid ter zake van huidkanker.¹¹ Van 268 (49%) huisartsen ontvingen wij de antwoorden retour. Van de respondenten gaf 93% aan bekend te zijn met de risicofactoren voor het ontwikkelen van huidkanker; 86% zou zelf een rol willen spelen in de huidkankerzorg en meer dan de helft gaf aan behoefte aan nascholing te hebben.

Actinische keratose

Opvallend was dat een grote meerderheid aangaf dat zij voornamelijk AK's zelf behandeld [tabel 1], waarbij 75% aangaf de behandeling van AK een taak voor de huisarts te vinden. Zij

De kern

- De stijgende incidentie van huidkanker zal leiden tot een toename van de zorgvraag, ook in de huisartsenpraktijk.
- Huisartsen behandelen momenteel voornamelijk actinische keratosen, veelal met cryotherapie, en soms ook basaalcelcarcinomen, meestal met excisie. Er worden weinig diagnostische biopsies genomen.
- Het is wenselijk een NHG-Standaard Huidkanker op te stellen, en huisartsen zouden meer inbreng moeten hebben bij (transmurale) richtlijnen.

Tabel 1 Kennisbehoefte en invloed van onderwijs op het beleid van huisartsen inzake huidkanker

	n	%
Van welke (pre)maligniteit zou u meer kennis willen hebben?		
■ actinische keratose	111	41,4%
■ ziekte van Bowen	213	79,5%
■ basaalcelcarcinoom	121	45,1%
■ plaveiselcelcarcinoom	162	60,4%
■ melanoom	149	55,6%
Welke (pre)maligniteit behandelt u zelf?		
■ actinische keratose	239	89,2%
■ ziekte van Bowen	22	8,2%
■ basaalcelcarcinoom	92	34,3%
■ plaveiselcelcarcinoom	18	6,7%
■ melanoom	8	3,0%
Welke (pre)maligniteit zou u zelf behandelen als u daar meer kennis over had?		
■ actinische keratose	151	56,3%
■ ziekte van Bowen	113	42,2%
■ basaalcelcarcinoom	139	51,9%
■ plaveiselcelcarcinoom	53	19,8%
■ melanoom	6	2,2%

pasten daarbij echter vrijwel uitsluitend cryotherapie toe, een behandeling die alleen geschikt is voor patiënten met slechts enkele laesies. De overgrote meerderheid was onbekend met de veldbehandeling als effectieve optie voor patiënten met meer keratosen.

Basaalcelcarcinoom

Met betrekking tot BCC gaf 20% aan dat de behandeling ervan in de eerste lijn thuisheert, terwijl 33,2% vond dat dit alleen geldt voor laagrisico-BCC. Bij verdenking van een BCC verwijst 73,0% naar de dermatoloog, neemt 9,7% voorafgaand aan de verwijzing een biopsie en zou 42,2% zelf het BCC excideren, terwijl 9,3% een behandeling met imiquimod geeft of een verwijzing voor fotodynamische therapie. Van alle respondenten zou 34% de gehele huid van de patiënt nakijken. Slechts 27% gaf aan bekend te zijn met de richtlijn voor de oncologische follow-up van het BCC.⁶

Plaveiselcelcarcinoom

Van onze respondenten vond 3% dat een PCC in de eerste lijn behandeld moet worden, 13,1% zou voorafgaand aan de verwijzing een biopsie nemen en 13,1% zou de lymfeklieren van de patiënt palperen.

VERWIJZING VAN PATIËNTEN MET HUIDTUMOREN

In een tweede onderzoek analyseerden we 734 verwijsbrieven van huisartsen naar de afdeling Dermatologie van het Radboudumc, verzonden tussen januari 2008 en november 2010, voor patiënten bij wie als uiteindelijke DBC-diagnose een benigne of maligne huidtumor was vastgesteld.¹² We documen-

teerden de door de huisarts vermelde differentiaaldiagnose, het al verrichte onderzoek en de beschrijving van de laesie. De als eerste genoemde aandoening in de differentiaaldiagnose vergeleken we met de uiteindelijke diagnose door de dermatoloog of met de histologisch bevestigde diagnose, indien aanwezig.

Meer dan 90% van de patiënten werd verwezen met een solitaire laesie. Van deze laesies bevond 61% zich in het hoofd-halsgebied, 29,3% op de romp of de extremiteiten en 5,9% op verschillende lichaamsdelen. In 3,8% van de verwijzingen liet de huisarts na de locatie van de laesie te vermelden.

Na de totale lichaamsinspectie bij het eerste consult diagnoseerde de dermatoloog 234 additionele, niet door de huisartsen genoemde (pre)maligniteiten, waaronder 5 melanomen (de diagnose AK gold hierbij als één additionele pre-maligniteit, ook als er meer keratosen waren).

Van de verwezen laesies bleek 27,8% maligne, 27,8% premaligne en 44,5% benigne. Van de laesies die als maligne werden verwezen, bleek 22,4% premaligne en 25,1% benigne. Van de laesies die als benigne of zonder diagnose werden verwezen, bleek 63,9% benigne. [Tabel 2] geeft een overzicht van de diagnoses bij verwijzing en de diagnoses die uiteindelijk op de afdeling Dermatologie gesteld werden.

Van de verwijsbrieven liet 18,3% de diagnose onvermeld en vermeldde 39,8% de correcte diagnose. Bij 1,2% van de patiënten was een biopsie genomen voorafgaand aan de verwijzing. Bij 15,4% van de patiënten bevatte de brief een adequate beschrijving van de laesie, dat wil zeggen met dermatologische efflorescentie.

Opvallend was dat 42 van de 125 uiteindelijk met 'verruca seborrhoeica' gediagnosticeerde patiënten verwezen was met de initiële diagnose 'atypische naevus'. Ondanks de hoge incidentie van verrucae seborrhoeicae in de huisartsenpraktijk worden deze dus niet altijd herkend.

Abstract

Van Rijsingen MCJ, Gorgels WJM, Lagro-Janssen ALM, Gerritsen MJP. Skin cancer and the general practitioner. *Huisarts Wet* 2015;58(10):526-9.

The incidence of skin cancer is increasing, and in the future increasing numbers of patients will visit their general practitioner for the diagnosis and treatment of low-risk tumours. A recent survey showed that Dutch GPs would like to be involved in the care of patients with skin cancer. At present, they mainly treat actinic keratosis, primarily with cryotherapy. Only 13% take a biopsy if they suspect malignancy; the majority of these biopsies prove to be benign. A small number of GPs treat basal cell carcinoma, mainly by excision. Most (66%) excisions performed in the face/neck region are not radical. The diagnosis of skin abnormalities by GPs could be better. For example, analysis of 734 referrals to a dermatologist revealed that the referral diagnosis was correct in 323 instances (44%); the dermatologists identified a further 234 pre-malignant or malignant lesions. In addition, only a quarter of GPs knew of the Dutch dermatology clinical guideline for the follow-up of basal cell carcinoma. Certain aspects of the treatment of skin cancer in general practice could also be improved: GPs should take biopsies of suspect lesions more often; they should treat benign lesions with shave excision or curettage; and they should use topical agents more often for superficial pre-malignant or malignant lesions. It would be helpful if the Dutch College of General Practitioners could develop a guideline for skin cancer and if GPs could be involved in the development of multidisciplinary guidelines.

Tabel 2 Differentiaaldiagnose van de huisarts afgezet tegen de uiteindelijke diagnose gesteld door de dermatoloog of na histologisch onderzoek (aantallen diagnoses)

Uiteindelijke diagnose → Diagnose huisarts ↓	BCC	PCC	AK	MB	Mela- noom	Overig benigne	Overig maligne	VS	Naevus/ lentigo	Dysplasti- sche naevus	Totaal
BCC	91	11	34	6	1	26	0	11	8	0	188
PCC	3	6	4	1	0	5	0	0	0	0	19
AK	7	4	72	1	0	8	0	4	2	0	98
MB	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Melanoom	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3
Overig benigne	4	5	14	1	1	34	2	6	5	0	72
Overig maligne/twijfel	16	2	12	0	0	2	1	10	1	0	44
VS	1	1	0	0	1	3	0	32	1	0	39
Naevus/lentigo	2	0	3	0	1	5	0	33	62	1	107
Dysplastische naevus	0	0	3	0	2	1	0	9	14	0	29
Diagnose ontbreekt	29	8	48	4	0	16	1	20	8	0	134
Totaal	153	38	190	13	8	100	4	125	102	1	734

BCC = basaalcelcarcinoom; PCC = plaveiselcelcarcinoom; AK = actinische keratose; MB = ziekte van Bowen; VS = verruca seborrhoea. Overeenkomstige diagnoses zijn vet gedrukt.

TWEE DIAGNOSES VERGELEKEN

In ons derde onderzoek analyseerden we 1898 verslagen van histologisch onderzoek door de afdeling Pathologie van het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem, van huidtumoren die in 2009 waren ingestuurd door 161 huisartsen.³³ We vergeleken de eerstvermelde diagnose van de huisarts op het aanvraagformulier met de diagnose van de patholoog en we keken naar de radicaliteit van de excisie als het een (pre)maligne laesie betrof.

In 58,4% van de pathologieverslagen was het materiaal verkregen door primaire excisie (zonder voorafgaand biopt), in 17,9% door afname van een biopt en in 22,3% door curettage of shave. Slechts een klein percentage betrof een excisiebipt (met als doel de gehele tumor te verwijderen) of excisie van een recidief.

Van de door de huisartsen ingestuurde huidtumoren bleek 89,5% benigne, 3,7% premaligne en 6,7% maligne. Van de primaire excisies bleek 7,0% maligne, van de biopten was dit 6,5%. De meeste tumoren bleken benigne naevi (46,4%), verrucae seborrhoeae (27,3%) of dermatofibromen (9,9%). De maligne laesies omvatten 88 BCC's (4,6% van het totaal), 23 melanomen (1,2%) en 16 PCC's (0,8%). Iets minder dan de helft van het materiaal was afkomstig van de romp.

Tabel 3 Radicaliteit van excisies van (pre)maligne huidtumoren

	Niet-radicaal		Radicaal		Onduidelijk		Totaal n
	n	%	n	%	n	%	
BCC	25	51,0%	22	44,9%	2	4,1%	49
PCC	5	38,5%	8	61,5%	0	0,0%	13
Melanoom	1	5,9%	15	88,2%	1	5,9%	17
Ziekte van Bowen	1	25,0%	3	75,0%	0	0,0%	4
Dysplastische naevus	3	17,6%	10	58,8%	4	23,5%	17
Totaal	35	35,0%	58	58,0%	7	7,0%	100

BCC = basaalcelcarcinoom; PCC = plaveiselcelcarcinoom.

In 22,9% van de pathologieaanvragen vermeldde de huisarts geen diagnose. Van de laesies waarbij de huisarts een BCC vermoedde, bleek 22,4% daadwerkelijk een BCC te zijn; 73% van de benigne laesies was ingestuurd onder een benigne diagnose. Als we de aanvragen zonder diagnose niet meerekenen, was de sensitiviteit voor het diagnosticeren van een (pre)maligniteit 42,7% en de specificiteit 92,0%.

[Tabel 3] geeft een overzicht van de radicaliteit van de excisies voor elk type laesie. Beoordeeld per locatie bleek 65,5% van de laesies in het gelaat niet-radicaal geëxideerd, op de romp 29,5% en op de extremiteiten 10,7%.

ADVIEZEN VOOR DE PRAKTIJK

Voor zover bekend was het hierboven beschreven onderzoek het eerste waarin huisartsen gevraagd is naar hun rol in de huidkankerzorg. Daaruit komt naar voren dat een aanzienlijk deel in de huidkankerzorg wil participeren, maar ook dat de kwaliteit van de huidkankerzorg in de eerste lijn op een aantal punten beter kan.

Scholing

In eerdere onderzoeken is al beschreven dat huisartsen moeite hebben met het herkennen van zowel maligne als benige tumoren van de huid.^{9,10,14} Daarom is in de opleiding en nascholing van huisartsen meer aandacht nodig voor de diagnostiek van huidtumoren.

Meer biopten

Slechts 13% van de ondervraagde huisartsen neemt een diagnostisch biopt af (de reden voor dit lage percentage is niet bekend), terwijl afname van een biopt een essentieel onderdeel is van de diagnostiek en behandeling van huidtumoren. Ten eerste levert de histologische diagnose direct feedback op de differentiaaldiagnose en heeft deze dus een

educatieve functie voor de huisarts. Ten tweede is de diagnose van evident belang voor de keuze van de behandeling: in geval van een maligne laesie bepaalt de histologische diagnose welke marges bij excisie worden aangehouden, in geval van een benigne laesie wordt onnodige excisie voorkomen.⁶ Daarom is het aan te bevelen een biopsie te nemen bij twijfel over de aard van een niet-gepigmenteerde laesie. Bij het vermoeden van een melanoom moet de huisarts de patiënt verwijzen naar de dermatoloog, conform het advies in de melanoomrichtlijn.⁷

Minder excisies

In de behandeling van huidtumoren valt op dat het grootste aandeel van de geëxcideerde laesies benigne blijkt te zijn. Ook in een onderzoek van Buis et al. werd een hoog percentage van benigne laesies gevonden in, door huisartsen ingestuurd, materiaal voor histologisch onderzoek.¹⁵ In onze studie werd het merendeel van de geëxcideerde benigne tumoren onder een benigne differentiaaldiagnose ingestuurd. Mogelijke redenen om een benige laesie te excideren zijn twijfel van de arts of de wens van de patiënt,¹⁶ maar in veel gevallen (bijvoorbeeld bij een verruca seborrhoeica) zou daarbij een minder invasieve methode gebruikt kunnen worden, zoals curettage of shave-excisie. Verder is het van belang meer aandacht te besteden aan de topicale behandelingen die bij NMSC-premaligniteiten en oppervlakkige BCC's kunnen worden toegepast.

De radicaliteit van een excisie hangt vaak samen met de ervaring van de operateur, de locatie van de tumor en de marges van de excisie. Huisartsen blijken vooral in het gelaat relatief vaak niet-radical excisies uit te voeren. Daarom is het aan te bevelen tumoren in het gelaat, maar ook grote of moeilijk afgrensbare tumoren en andere hoogrisicotumoren, zoals PCC en melanoom, naar de tweede en derde lijn te verwijzen.

Adequaat beschrijven bij verwijzing

Bij de verwijzing van patiënten is veel winst te behalen met een adequate beschrijving en een differentiaaldiagnose. Dat is belangrijk voor de triage van de patiënt. Bijna eenderde van

de patiënten met een PCC werd verwezen onder de diagnose BCC. Dit kan leiden tot vertraging van het eerste consult bij de dermatoloog en dat is onwenselijk aangezien een PCC, anders dan een BCC, kans op metastasering heeft. In deze gevallen zou een adequate beschrijving van het PCC de dermatoloog de juiste richting wijzen bij de triage.

Uit de literatuur is gebleken dat dermatoscopie toegevoegde waarde heeft bij de differentiatie tussen verschillende gepigmenteerde laesies.^{17,18} Dit zou het aantal onnodige verwijzingen van verrucae seborrhoeicae die verward werden met atypische naevi kunnen terugdringen. Dermatoscopie vraagt echter training en ervaring.¹⁹

Aandacht voor risicofactoren

Tot slot zou het zinvol zijn als huisartsen aandacht besteden aan de risicofactoren voor huidkanker in het kader van primaire preventie. In het kader van secundaire preventie is het van belang zich te realiseren dat huidmaligniteiten ook op de minder vaak aan zonlicht blootgestelde delen van de huid voorkomen, en dat huidkankerpatiënten vaker meer dan één tumor ontwikkelen.²⁰ Om die redenen is het aan te bevelen een totale lichaamsinspectie uit te voeren bij patiënten die huidkanker hebben en ook bij patiënten die forse actinische schade hebben.

Richtlijnen

Wat verder opvalt, is dat de richtlijnen met betrekking tot de follow-up van huidmaligniteiten bekend zijn bij een lager percentage huisartsen dan het percentage dat huidkanker behandelt. Er is nog geen NHG-Standaard voor huidtumoren, maar zo'n standaard is wel wenselijk met het oog op de groeiende aantallen patiënten. Ook zou het goed zijn huisartsen te betrekken bij de totstandkoming van andere richtlijnen voor (pre)maligniteiten van de huid, zodat deze niet enkel op de tweede en derde lijn toegespitst zijn. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.