KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Wat is de meerwaarde van het aanleren van dermatoscopie voor de huisartsenpraktijk?

Sarah Pierloot

Promotor: Prof. Dr. Delepeleire Jan

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract - Wat is de meerwaarde van het aanleren van dermatoscopie voor de huisartsenpraktijk?

Huisarts-in-opleiding: Sarah Pierloot, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, Katholieke Universiteit Leuven
Praktijkopleider: Leen Decouttere

Inleiding De huisarts wordt tijdens de consultatie frequent geconfronteerd met de vraag naar evaluatie van verdachte huidletsels. Hierbij beschikt hij over een aantal klinische tools die helpen bij de beoordeling waardoor een aantal van deze letsels met zekerheid als benigne beschouwd worden. Er blijven echter nog steeds een aantal moeilijker te beoordelen letsels over waarbij de huisarts met het blote oog geen uitsluitsel kan geven over de aard van het letsel. De dermatoscopie kan gebruikt worden als aanvulling bij het klinisch onderzoek en heeft vooral zijn meerwaarde aangetoond bij het diagnosticeren van melanocytaire letsels. In een aantal buitenlandse studies werd aangetoond dat er bij huisartsen die kort getraind werden in de dermatoscopie, een positieve invloed was op de diagnostische accuraatheid van huidletsels. Afhankelijk van de studie werd deze positieve invloed gezien bij de melanocytaire dan wel bij de niet-melanocytaire letsels.

Onderzoeksvraag Wat is de meerwaarde van het aanleren van dermatoscopie voor de huisartsenpraktijk?

Methode Er werd gestart met een literatuurstudie waarin ten eerste het toenemende gezondheidsprobleem van de maligne huidletsels geschetst wordt en ten tweede het preventief en diagnostisch handelen bij deze letsels door de huisarts besproken wordt. Ten derde wordt een overzicht gegeven van de literatuur die handelt over het gebruik van de dermatoscoop door de huisarts. Na het volgen van een tweedaagse cursus in Leiden, werden gedurende 1 jaar alle nieuwe diagnosen van (pre-)maligne huidletsels bijgehouden en vergeleken met het aantal reeds bestaande diagnosen van voor de interventie. Patiënten werden door middel van een affiche en een vragenlijst gemotiveerd om over eventuele verdachte huidletsels te spreken in de consultatie. Naast het bijhouden van de nieuwe diagnosen, werd ook nagegaan welke veranderingen op vlak van praktijkvoering nog gezien werden als gevolg van het volgen van de cursus.

Resultaten Tijdens het interventiejaar werden voornamelijk nieuwe niet-melanocytaire letsels gediagnosticeerd waarbij dermatoscopie in se niet noodzakelijk is. Dit is vermoedelijk te verklaren door een verbeterde kennis en een verhoogde alertheid. Er werden slechts 4 nieuwe melanocytaire letsels gevonden. De grootste verandering voor de praktijk lag echter in het feit dat er beter kon gedifferentieerd worden tussen benigne en potentieel maligne huidletsels en dat patiënten op die manier makkelijker gerustgesteld konden worden. De dermatoscopie lijkt een ondersteuning voor het pluis/niet-pluisgevoel. Verder werden door het volgen van de cursus ook punchbiopsies genomen in de praktijk, wat voorheen niet gebeurde.

Besluit De meerwaarde van de dermatoscopie lag voor onze huisartsenpraktijk vooral in het feit dat er beter gedifferentieerd kon worden tussen benigne en maligne huidletsels en patiënten op die manier sneller gerustgesteld konden worden. Dit op voorwaarde dat de kennis van de dermatoscopie regelmatig opgefrist wordt en kan getoetst worden aan de dermatoscopische beoordeling door de dermatoloog. In de toekomst zal de teledermatologie hierbij vermoedelijk een belangrijke rol spelen.

Woord vooraf

Met dit dankwoord zou ik een aantal mensen willen bedanken die er samen voor hebben gezorgd dat ik deze masterproef tot een goed einde kon brengen.

Eerst en vooral wil ik graag mijn promotor Prof. Dr. Jan De Lepeleire de begeleiding in het onderzoeksproces en de nuttige feedback die ik mocht ontvangen.

Uiteraard wil ik ook Dr. Decouttere, mijn praktijkopleider, bedanken om enthousiast mee te werken aan mijn masterproef. Ook een woord van dank voor Dr. Els Kenis, Dr. Luk Buyse, Joke en Carine de andere collega's in de praktijk, voor hun steun.

Daarnaast ook een groot woord van dank naar mijn ouders, die me na 11 jaar universitaire studies nog steeds even hard steunen en me altijd net dat duwtje geven dat ik nodig heb om verder te kunnen doen.

Als laatste wil ik Jonas bedanken die me door deze uitermate drukke twee jaar van huisarts-en sportexamens, twee masterproeven, full-time werk, trouw-en babyvoorbereidingen, heeft geloodst.

Rollegem, 1/3/2016 S.P.

Inhoudsopgave

Abstract……1
Woord vooraf……2
Inhoudsopgave……3
1. Inleiding……4
2. Literatuurstudie……4
2.1.Epidemiologie……5
2.1.1. Maligne melanoom……5
2.1.2. Spinocellulair carcinoom……7
2.1.3. Basocellulair carcinoom……7
2.2. Blootstelling aan huidproblemen in de huisartsenpraktijk……8
2.3. Risicofactoren en preventie……9
2.3.1. Primaire preventie……9
2.3.2. Secundaire preventie……9
2.4. Welke diagnostische middelen heeft de huisarts ter beschikking……10
2.4.1. Gerichte anamnese en risico-inschatting……10
2.4.2. ABCD(E)-regel……11
2.4.3. Glasgow 7-point checklist……11
2.4.4. Ugly duckling sign- Het lelijke eendje ……11
2.4.5. Dermatoscopie……12
2.5. Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk (proefprojecten in andere landen)……13
2.6. Beschikbare richtlijnen……14
2.7. Besluit……15
3. Onderzoek……15
3.1. Inleiding……15
3.2. Methodologie……16
3.3. Resultaten……16
3.3.1. Praktijkschets Medisch Huis de Statie Lauwe……16
3.3.2. Resultaten Audit via Accrimed Januari 2015……17
3.3.3. Beschrijving van de nieuwe diagnosen……18
3.3.4. Bijkomende effecten op de praktijk……20
3.3.4.1. Verhoogde alertheid……20
3.3.4.2. Ondersteuning van het pluis/niet-pluisgevoel……20
3.3.4.3. Biospies nemen……20
3.4. Discussie……21
4. Besluit……23
Referenties……24
Appendix A: Programma “De cursus over huidkanker”……26
Appendix B: Poster praktijk ……27
Appendix C: Vragenlijst patiënt……28
Appendix D: Begeleidende brief dermatologen……28
Appendix E: Verwijsbrief dermatologie……29
Appendix F: Enkele beeldjes van nieuwe diagnosen……31
Appendix G:Overzicht geïncludeerde patiënten ……33

1. Inleiding

Tijdens mijn eerste maanden als H.A.I.O. heb ik gemerkt dat het thema “huid” op regelmatige basis opduikt tijdens de consultaties. Vaak gaat het dan over een rash, eczeem of tinea maar ook heel regelmatig vragen patiënten om hun “vlekjes” te beoordelen. Uit de opleiding dermatologie in de masterjaren heb ik dan wel de ABCD(E)-regel weerhouden maar deze regel toepassen kon me vaak onvoldoende geruststellen en ik moest dus in die eerste maanden vaak doorverwijzen naar de tweede lijn. De wachttijden bij de dermatologen in de regio van de praktijk bedragen echter gemiddeld 3 maanden, zodat patiënten die naar de praktijk kwamen ter geruststelling naar mijn gevoel te lang op deze geruststelling moesten wachten. Zo is het idee ontstaan om zelf een stapje verder te proberen gaan bij de diagnostiek van huidletsels. We schreven ons in voor een korte cursus dermatoscopie in Leiden, Nederland. Zowel mijn praktijkopleider als ik, hadden voordien nog nooit een dermatoscoop gebruikt, dus we hadden beiden geen idee wat we konden verwachten. We hoopten vooral dat door het volgen van de cursus we de basis van de dermatoscopie zouden vasthebben. Verder hoopten we dat onze kennis over de verschillende types huidletsels zou worden opgefrist. In verschillende studies in het buitenland werd aangetoond dat het aanleren van dermatoscopie aan huisartsen de diagnostische accuraatheid bij huidletsels positief kan beïnvloeden. Secker et al. (2014) zagen deze verbetering vooral bij de niet-melanocytaire laesies (seborreïsche keratosen en basocellulaire carcinomen). Westerhoff et al (2000) vonden ook een significante verbetering bij de melanocytaire letsels. In de studie van Koelink (2014) kon geen significante verbetering in het diagnostisch handelen worden aangetoond maar zij zag wel dat er bij de huisartsen die getraind werden in dermatoscopie, minder verwijzingen en excisies waren en dat er vaker een afwachtend beleid werd aangenomen. De dermatoscopie werd door haar gezien als een ondersteuning van het pluis en niet-pluisgevoel. Bij gebruik van de dermatoscoop door niet getrainde artsen neemt de diagnostische accuraatheid echter af. In deze masterproef wilen we nagaan welke invloed het volgen van een cursus dermatoscopie heeft op de diagnosestelling van huidletsels in de opleidingspraktijk en welke meerwaarde de dermatoscopie biedt voor de praktijk.

2. Literatuurstudie

In de literatuurstudie werd als eerste het toenemende gezondheidsprobleem van de maligne huidletsels in kaart gebracht. Hiervoor werden vooral incidentiecijfers van de Belgische en de Nederlandse kankerregistratie gebruikt. Daarnaast werd er enerzijds gezocht naar richtlijnen en artikels die de aanpak van huidletsels in de huisartsenpraktijk behandelen en anderzijds naar literatuur die handelt over het gebruik van de dermatoscoop door de huisarts. Er werd volgens het watervalprincipe eerst gezocht in de grote internationale databanken: National Guideline Clearinghouse (NGC), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), medline, Cochrane, Scottisch Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Vervolgens werden ook Belgische bronnen geraadpleegd: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en Domus Medica. Hiervoor werden volgende zoektermen gebruikt: “dermatoscopy”, “dermatoscopie”, “dermoscopy”, “primary care”, “skin cancer”, “huidkanker”, “melanoma”, “epithelioma”, “ naevi” ,”plaveiselcelcarcinoom”, “spinocellulair carcinoom”, “basaalcelcarcinoom”.

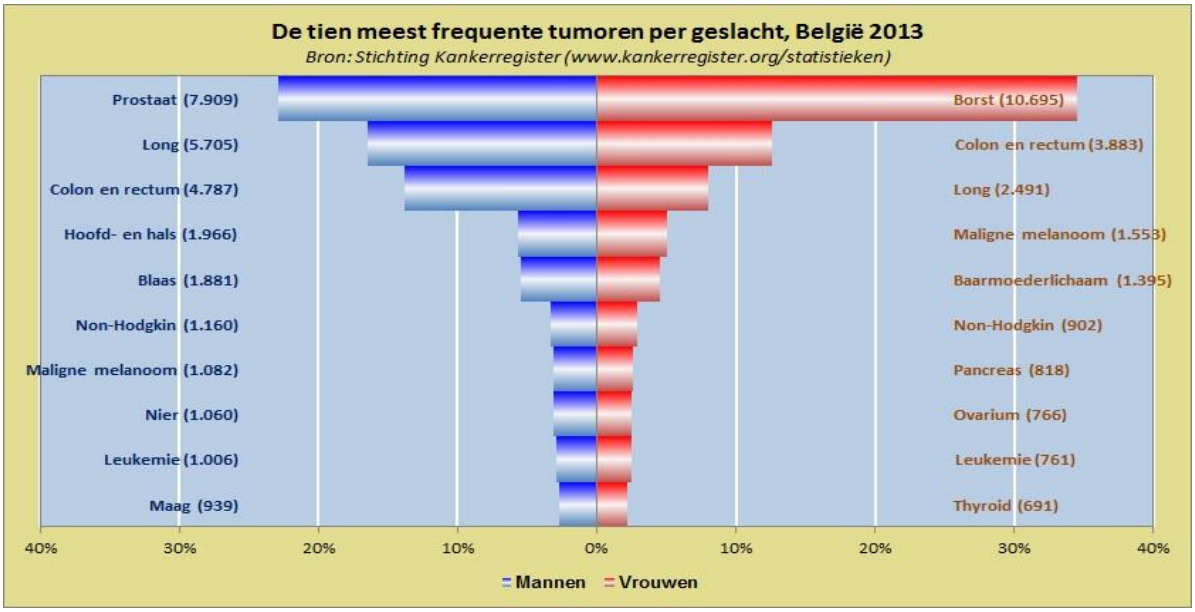
2.1. Epidemiologie

Maligne huidletsels vormen door hun stijgende incidentie een steeds groter gezondheidsprobleem. Er zijn drie grote types te onderscheiden: het maligne melanoom, het basocellulair carcinoom en het spinocellulair of plaveiselcelcarcinoom. Van deze laatste groep vormen Morbus Bowen en de actinische keratose de belangrijkste voorlopers. In de volgende paragrafen wordt de epidemiologie van de verschillende types maligne huidletsels toegelicht.

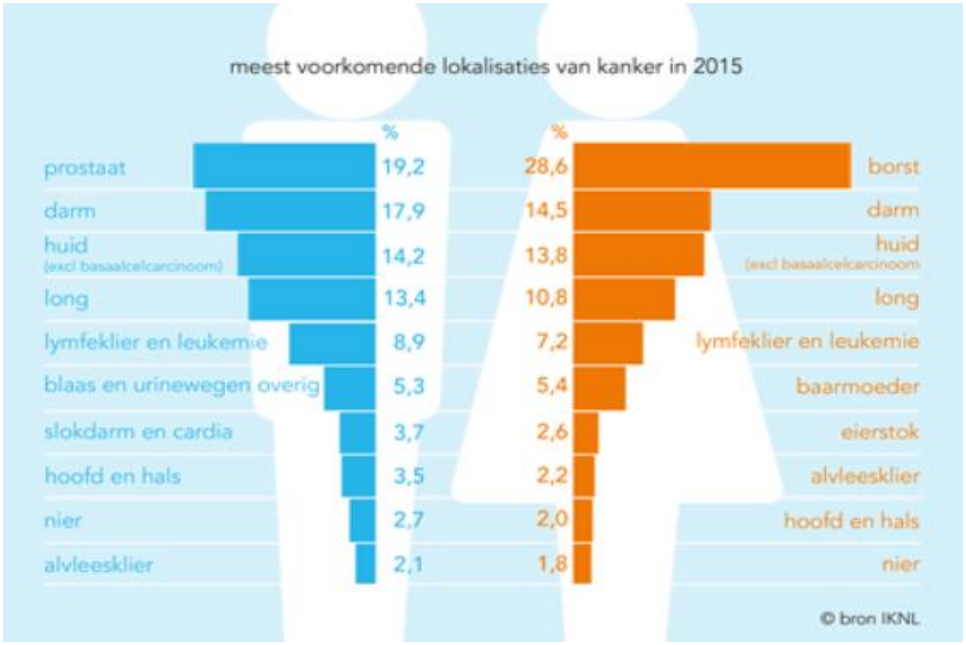
2.1.1. Maligne melanoom

In 2013 werden in België 2635 nieuwe gevallen van maligne melanoom geregistreerd. Het maligne melanoom komt hierdoor bij de mannen, met 1082 nieuwe diagnosen, op de zevende plaats van meest frequente voorkomende kankervormen. Bij de vrouwen staat het melanoom, met 1553 nieuwe diagnosen, op de vijfde plaats. (figuur 1) In Nederland werden in 2014 5680 maligne melanomen gediagnosticeerd. Huidkanker, dus niet louter het maligne melanoom, komt hiermee in Nederland bij zowel de mannen als de vrouwen op de derde plaats. (figuur 2)

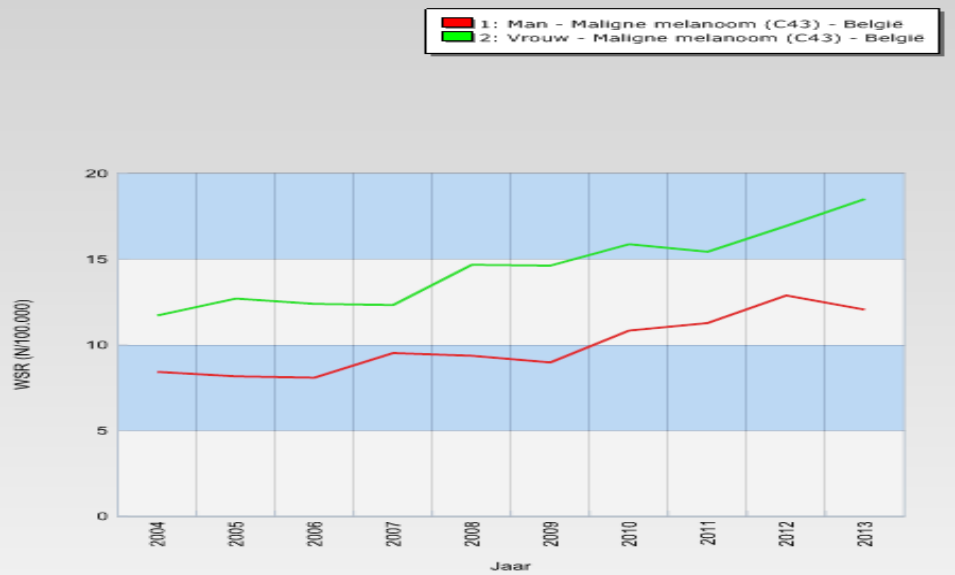
Zowel in België als in Nederland is er een sterk stijgende trend in de incidentie merkbaar. In de periode van 2004 tot en met 2013 zien we in België voor de vrouwen een stijging van de leeftijd gestandaardiseerde incidentie (gebruik makend van de Europese of Wereldstandaardpopulatie ESR-WSR) van 11,71/100.000 naar 18,51/100.000 persoonsjaren en voor de mannen van 8,42/100.000 naar 12,05/100.000 persoonsjaren. (figuur 3) In Nederland is de incidentie in de periode 1989-2008 jaarlijks toegenomen met 4,1%. Deze toenemende incidentie wordt volgens sommigen grotendeels verklaard door overdadige en intermitterende blootstelling aan zonlicht in de jeugd bij mensen met een blanke huid. Sinds de jaren 50 is er ook aandeel voor de ultraviolette straling afkomstig van de zonnebank en van de hoogtezon. (Integraal kankercentrum Nederland IKNL, 2012) Volgens anderen echter is deze stijgende incidentie slechts een epifenomeen secundair aan een intensere screening met een verhoogde detectie van histopathologische atypische maar biologisch benigne melanocytaire proliferaties. Dit verklaart echter niet dat er zowel voor de dunne als dikke melanomen een stijgende incidentie wordt waargenomen. Ook zou men door deze factor screeningsintensiteit een stijging in de incidentie op korte termijn verwachten, die weer daalt na bepaalde preventiecampagnes, maar men ziet een incidentie die consistent in stijgende lijn blijft verlopen. Een andere verklaring voor de stijgende incidentie zou de verbeterde kankerregistratie kunnen zijn. In België zijn er slechts betrouwbare cijfers beschikbaar vanaf 2004. (Janssens, A., 2010)



Figuur 1: De tien meest frequente tumoren per geslacht, België 2013
Overgenomen uit: Stichting Kankerregister (www.kankerregister.org/statistieken)



Figuur 2: Meest voorkomende lokalisaties van kanker in 2015
Overgenomen uit: www.cijfersoverkanker.nl



Figuur 3: Incidentie maligne melanoom 2004-2013
Overgenomen uit: "Incidence Fact Sheets, Stichting Kankerregister, Incidentiejaar 2013,Brussel 2016"

2.1.2. Spinocellulair carcinoom

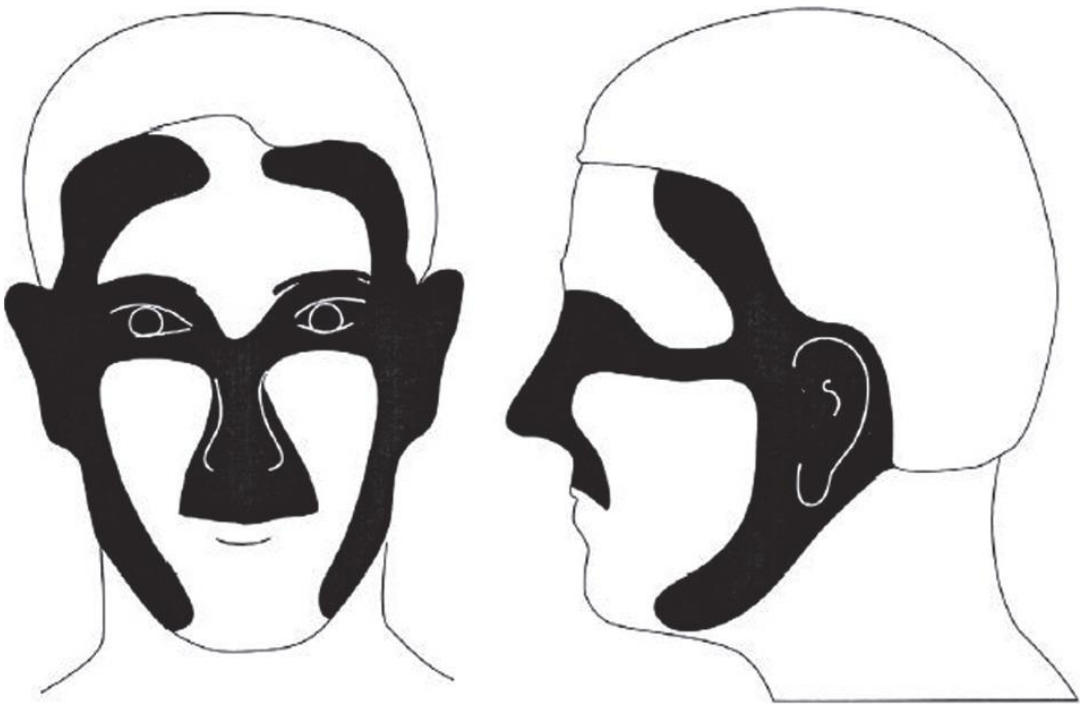
In 2013 werden in België 6049 nieuwe gevallen van spinocellulair carcinoom geregistreerd waarvan 3538 bij de mannen en 2511 bij de vrouwen. Dit ten opzichte van respectievelijk 1639 en 1137 nieuwe diagnoses in 2004. (www.kankerregister.org) In Nederland waren er in 2014 9382 nieuwe diagnoses. Net zoals bij het maligne melanoom zien we een stijging van de incidentie in de periode 2004-2013, bij de mannen van 15,7/100.000 naar 26,9/100.000 persoonsjaren en bij de vrouwen van 7,5/100.000 naar 14,9/100.000 persoonsjaren. In Nederland wordt een incidentie van 20/100.000 beschreven en 1/15 Nederlanders zou een spinocellulair carcinoom ontwikkelen voor de leeftijd van 85 jaar. De belangrijkste oorzakelijke factor in het ontstaan van het spinocellulair carcinoom is de chronische blootstelling aan ultraviolet straling, 80% van de tumoren is dan ook gelokaliseerd in het hoofd-halsgebied en 20% in aan zonlicht blootgestelde delen van romp en extremiteiten zoals de handrug. (IKNL, 2011)

2.1.3. Basocellulair carcinoom

Het basocellulair carcinoom of epithelioom is het meest voorkomende type van maligne huidtumor. Ongeveer 80% van de maligne huidtumoren zijn basocellulaire carcinomen. De verhouding spinocellulair carcinoom ten opzichte van het basocellulair carcinoom bedraagt 1:4. De exacte incidentie is moeilijk te bepalen gezien het basocellulair carcinoom zowel in België als in Nederland niet verplicht dient te worden geregistreerd. Zoals bij het maligne melanoom is er ook hier een snel stijgende incidentie met in Nederland, naar schatting, een jaarlijkse stijging met 8%. (IKNL, 2014)

Het is een langzaam groeiende tumor die afhankelijk van het subtype lokaal invadeert maar slechts in 0,03% van de gevallen metastaseert op afstand. Over het algemeen is er een lage mortaliteit maar wel een hoge morbiditeit door infiltratie en destructie van aangrenzende weefsels. Deze destructie vindt

het vaakst plaats in de zogenaamde H-zone van het gelaat, gevormd door de embryonale splijtlijnen. (figuur 4)(IKNL, 2014)



Figuur 4: H-zone van het gelaat.
Overgenomen uit : Mosterd, K. et al, 2009

2.2. Blootstelling aan huidproblemen in huisartsenpraktijk

Gezien de hoge incidentie van huidproblemen, lijkt het logisch dat deze een frequente aanmeldingsklacht vormen bij de huisarts en dus ook bij de H.A.I.O. Uit cijfers van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg blijkt dat in 2010 269 klachtenepisodes per 1000 patiënten betrekking hadden tot dermatologische symptomen en aandoeningen. (Poelmann,2012) De Jong et al (2011) vonden dat huidproblemen na klachten over het bewegingsapparaat en de luchtwegen, de meest frequente klacht is waarmee H.A.I.O.'s geconfronteerd worden. Het betreft hier natuurlijk niet enkel naevi en maligne huidletsels maar onder andere ook eczeem, dermatomycosen, psoriasis etc. Hoe dan ook lijkt het contrast tussen de hoeveelheid huidafwijkingen die aan de huisarts en de H.A.I.O. gepresenteerd worden en de (na-)scholing in verband met deze problemen groot.

2.3. Risicofactoren en Preventie

2.3.1. Primaire preventie

De grootste risicofactor voor het ontwikkelen van een maligne huidletsel is zoals eerder aangegeven de blootstelling aan ultravioletstraling door zonlicht. De UV-radiatie zorgt, vanaf 2 minuten blootstelling, voor een maligne transformatie in het DNA van de melanocyten en heeft daarenboven een UV-gemedieerd immunosuppressief effect. In het verleden werden de dieper-penetrerende UV-A stralen, die verantwoordelijk zijn voor het bruinen en de rimpelvorming, als minder carcinogeen gezien dan de meer oppervlakkige UV-B stralen die zonnebrand veroorzaken. Ondertussen weet men dat zowel de UV-A als de UV-B een carcinogeen effect hebben op de huid. Voor bepaalde subtypes van het melanoom is intermitterende, intense zonneblootstelling de grootste oorzakelijke factor. Voor andere subtypes van het melanoom en voor zowel het basocellualir als het spinocellulair carcinoom wordt chronische blootstelling meer naar voor geschoven. (IKNL 2011,2012,2014) De primaire preventie voor het ontstaan van maligne huidletsels bestaat er dus uit een doorgedreven zonneprotectie toe te passen. Dit kan men enerzijds doen door de blootstelling aan de zon te beperken in tijd en door zich te beschermen tegen de zon door middel van aangepaste kledij. Anderzijds is het van belang een aangepaste zonnemelk te gebruiken. Volgens het FDA (U.S. Food and Drug Association) moet de zonnemelk enerzijds een breed spectrum dekken en dus bescherming bieden tegen zowel UV-A als UV-B stralen, anderzijds moet de SPF, Sun Protection Factor, minimum 15 bedragen. In Nederland wordt een minimale SPF van 30 aangeraden. Verder wordt er aangeraden om minstens om de twee uur te smeren. Deze adviezen moeten de hele populatie, inclusief kinderen, bereiken bijvoorbeeld via de huisarts en via preventiecampagnes. (Royal Australian College of General practitioners, 2012)

2.3.2. Secundaire preventie

Gezien de morbiditeit en de prognose bepaald worden door de vroegtijdige ontdekking van het maligne huidletsel, is de vroegtijdige opsporing ervan van zeer groot belang. Een aantal patiëntengroepen met een verhoogd risico verdienen hierbij speciale aandacht. In hun meta-analyse zijn Gardini et al. (2005) nagegaan welk relatief risico gepaard gaat met de verschillende gekende risicofactoren. (tabel 1) Zo lijken personen die in totaal meer dan 100 naevi hebben, een 7 maal hoger risico te vertonen. Bij personen met meer dan 5 atypische naevi bedraagt het relatieve risico 6,4 en bij een voorgeschiedenis van een huidcarcinoom 4,3. Andere risicofactoren zijn het huidtype, de haar-en oogkleur en de aanwezigheid van sproeten of actinische keratosen. Patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een maligne huidletsel moeten tijdens de consultatie geïdentificeerd en gesensibiliseerd worden en zij verdienen een striktere opvolging op gebied van huidaandoeningen. Bij personen met een relatief risico hoger dan 6 wordt driemaandelijks een zelfonderzoek van de huid aangeraden. (RACGP, 2012)

Risicofactor	Relatief risico volgens meta-analyse Gandini 2005
Totaal aantal naevi >100	7,0
Atypische naevi > 5	6,4
Huidtype: licht, pigmentarm	2,1
Haarkleur: rood	3,6
Haarkleur: blond	2,0
Oogkleur: blauw	1,5
Sproeten	2,1
Actinische schade/lentigines	2,0
BCC of PCC in voorgeschiedenis	4,3

Tabel 1: Fenotypische kenmerken voor een verhoogd risico op een melanoom
Overgenomen uit: IKNL 2012, naar Gandini et al, 2005

Gegeneraliseerde bevolkingsscreening voor huidkanker is tot op heden niet aangeraden gezien er geen evidentie is voor een daling van de mortaliteit door de screening. De US Preventive Services taskforce, een overheidsinstantie die de wenselijkheid van bevolkingsonderzoek onderzoekt, heeft in een systematische review in 2001 en in een update 2009 geconcludeerd dat er onvoldoende argumenten zijn om bevolkingsonderzoek aan te bevelen. (US Preventive Services Taskforce,2009) Recent echter analyseerden prof. Dr. Lieven Annemans en prof. Dr Lieve Brochez in hun studie 'Impact of skin cancer in Belgium and potential reduction of the impact by effective prevention programs' enerzijds de kosten van huidkanker en anderzijds de kosteneffectiviteit van secundaire preventie van huidkanker. Jaarlijks zijn er ongeveer 400 doden in België ten gevolge van een melanoom, vaak in de relatief jonge populatie waardoor er een belangrijke impact is op werkonbekwaamheid, morbiditeit en mortaliteit. In de groep van de niet-melanoom huidkankers zijn er bijna geen doden maar deze groep brengt door enerzijds behandeling, consultatie, hospitalisatie en anderzijds werkonbekwaamheid en morbiditeit hoge kosten met zich mee. Op heden is de jaarlijkse kost aan de maatschappij voor huidkanker 114 miljoen euro en dit bedrag wordt door de toenemende incidentie verwacht te stijgen met een factor 3 in de komende 20 jaar. Zij vonden dat de primaire preventie, het vermijden van blootstelling aan UV-stralen, 1100 levens kan redden en 300.000.000 euro besparen. De secundaire preventie of screening brengt behandelingskosten met zich mee en valt duurder uit maar kan 1250 levens kan redden. In verder onderzoek zullen zij nagaan of er effectief een plaats is voor de screening en zo ja, wat de optimale modaliteiten hiervan zijn. (info@eurokine.be, 2015)

2.4. Welke diagnostische middelen heeft de huisarts ter beschikking?

2.4.1. Gerichte anamnese en risico-inschatting

Elk consult met betrekking tot huidletsels dient te starten met een persoonlijke en familiale anamnese en een risico-inschatting aan de hand van een aantal fenotypische kenmerken. Hierbij moet navraag gedaan worden naar onder andere het beroep, het rookgedrag, de voorgeschiedenis van eventuele

(pre-)maligne huidletsels, medicatie, UV-blootstelling inclusief zonnebankgebruik. Volgende fenotypische kenmerken moeten nagegaan worden: het totaal aan naevi, het aantal atypische naevi, het huidtype en de haarkleur, de oogkleur, de aanwezigheid van sproeten of actinische schade. (Gandini, et al., 2005)

2.4.2. ABCD(E) criteria

De ABCD criteria werden in het jaar 1985 ontwikkeld voor de klinische beoordeling van melanocytaire letsels. Hierbij staat elke letter voor een kenmerk van een naevus dat wijst op een mogelijke overgang naar een melanoom. In 2004 werd een vijfde kenmerk "Evolutie" toegevoegd. (tabel 2) Het toepassen van de criteria helpt bij het maken van het onderscheid tussen de typische benigne naevi en melanomen. Atypische naevi voldoen vaak ook aan verschillende van de ABCDE criteria zodat het onderscheid met de melanomen een uitdaging blijft. De ABCDE criteria zijn ook minder toepasbaar bij de herkenning van het nodulair of het amelanotisch melanoom. Indien twee van de vijf criteria aanwezig zijn, heeft deze "tool" een sensitiviteit van 85-89,3% en een specificiteit van 44,5-65,3% voor de detectie van melanomen.(Koelink, C. et al, 2014)

Asymmetry	De 2 helften van de naevus passen niet op elkaar
Border	Er is een onregelmatige of gekartelde boord
Color	De pigmentatie is niet uniform
Diameter	Groter dan 6 mm
Evolution	Evolutie

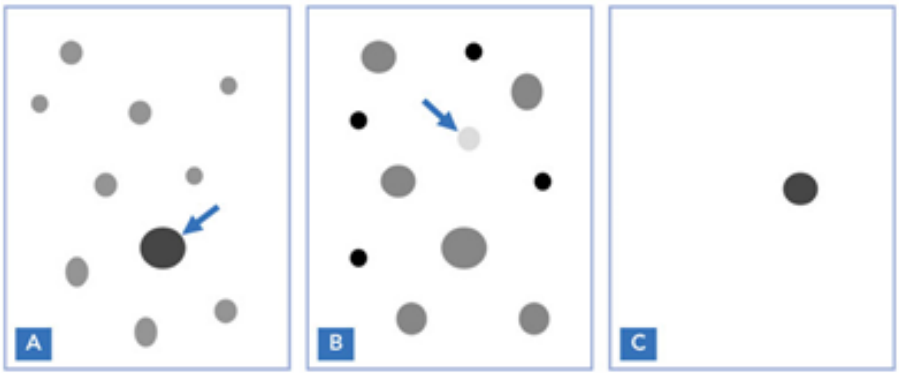
Tabel 2: ABCD(E)-criteria

2.4.3. Glasgow 7-point checklist

Deze checklist werd eveneens ontwikkeld in het jaar 1985 in Schotland. De lijst bevat 7 karakteristieken die vaker aanwezig zijn bij melanomen dan bij niet-melanomen. De checklist werd later herzien "Revised version" waarbij er onderscheid werd gemaakt tussen "major signs" en "minor signs". Bij een score van meer dan 3 of bij aanwezigheid van een "majeur teken", dient het letsel als verdacht beschouwd te worden. Deze checklist wordt vooral in de Angelsaksische landen gebruikt.

2.4.4. Ugly Duckling sign – Het lelijke eendje

In 1998 werd door Grob en Bonerandi het concept van het "Ugly Duckling Sign" geïntroduceerd. Dit naar aanleiding van hun observatie dat verschillende naevi bij eenzelfde individu meestal eenzelfde kenmerkend patroon hebben en dat het maligne melanoom vaak afwijkt van dit individueel patroon. Er moet bij de klinische inspectie dus niet enkel naar elke naevus afzonderlijk gekeken worden maar er moet ook gezocht worden naar naevi die contrasteren ten opzichte van de omringende gelijkaardig uitziende naevi. (figuur 5) In een studie van Scope et al (2008) bij zowel artsen als niet-medisch geschoolde personen toonde het gebruik van het Ugly Duckling Sign een sensitiviteit van 85% en een specificiteit van 83% bij de detectie van melanomen.

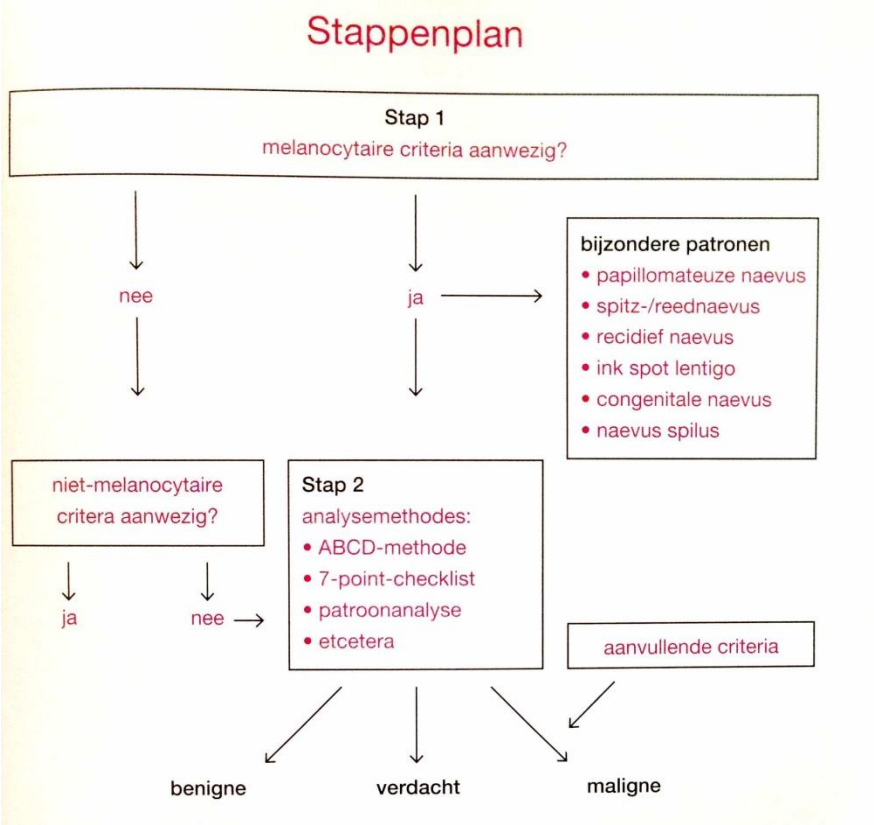


Figuur 5: Ugly Duckling Sign
Overgenomen van: www.skincancer.org Melanoma warning signs and images, the ugly duckling sign

2.4.5. Dermatoscopie

De dermatoscopie of dermoscopie werd eind jaren tachtig uitgevonden in Wenen. Het is een niet-invasieve techniek voor de klinische diagnostiek van gepigmenteerde huidletsels. De buitenste laag, het stratum corneum, van de epidermis wordt bij een dermatoscoop met niet-gepolariseerd licht door middel van olie-of waterapplicatie doorzichtig gemaakt, waardoor bepaalde structuren, o.a. melanine, zichtbaar worden voor de beoordeling van gepigmenteerde letsels. Bij een dermatoscoop met gepolariseerd licht is hiervoor geen water-of olieapplicatie nodig. (Bergman, W., 2002) Het gebruik van de dermatoscoop dient steeds te worden voorafgegaan door het afnemen van een algemene anamnese, een inspectie van de volledige huid en een klinische evaluatie van individuele laesies. Volgens de aanbevelingen van de International Dermoscopy Society in 2007 moeten volgende naevi met de dermatoscoop bekeken worden: veranderende of nieuwe laesies bij volwassenen, laesies die klachten geven of waar patiënten bezorgd over zijn, laesies die er klinisch anders uitzien dan de overige en laesies die op melanomen lijken. (Kukutsch, N.A., 2015)

Er zijn ook diagnostische criteria vastgesteld voor aandoeningen zoals psoriasis, actinische keratosen, verrucae seborroïca maar dermatoscopie heeft voornamelijk bewezen toegevoegde waarde bij de diagnostiek van gepigmenteerde aandoeningen. De beoordeling van de letsels gebeurt volgens een algoritme in twee stappen. (figuur 6) In de eerste stap moet het onderscheid gemaakt worden tussen een melanocytaire en een niet-melanocytaire laesie door na te gaan of er minstens één van de volgende criteria aanwezig is: pigmentnetwerk, geaggregeerde globules, vertakkende streaks, homogeen blauwe pigmentatie of een parallel patroon. Indien er bij de eerste stap sprake is van een melanocytaire laesie, wordt in de tweede stap nagegaan of de laesie minder of meer verdacht is voor een melanoom. Er zijn hiervoor verschillende analysemethodes beschikbaar, waarbij hier enkel verder wordt ingegaan op de 7-point-checklist. Hierbij wordt opnieuw de aanwezigheid van bepaalde criteria nagegaan en wordt het letsels gescoord. Er zijn drie hoofdcriteria (atypische pigmentnetwerk, blauw-witte waas en atypische vaatpatroon) die elke twee punten scoren en vier nevencriteria (streaks aan de buitenrand, onregelmatige blotches, onregelmatige dots/globules, regressiepatroon) die elk één punt scoren. Vanaf een score van drie punten of bij het overheersend aanwezig zijn van een van de criteria, moet een laesie als verdacht beschouwd worden. (Kukutsch NA, Bergman W, 2015)



Figuur 6: Stappenplan beoordeling gepigmenteerde laesies
Overgenomen uit Kukutsch,N.A., Dermatoscopie memo, p19

2.5. Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk - proefprojecten in andere landen

In verschillende studies wereldwijd werd reeds nagegaan hoe het aanleren van dermatoscopie aan huisartsen, de diagnostische accuraatheid bij huidletsels beïnvloedt. In de Nederlandse studie van Secker et al. (2014) volgden 309 huisartsen een tweedaagse intensieve opleiding over de klinische diagnostiek van gepigmenteerde huidletsels en dermatoscopie. De cursus werd voorafgegaan door een pre-test met enkel klinische foto's, en gevolgd door een post-test met zowel klinische als dermatoscopische beelden , door de deelnemers in te vullen maximum 3 maanden na de cursus. Er werd gezien dat er na de training een stijging in de diagnostische accuraatheid is voor alle huidletsels behalve voor naevi. Atypische naevi vertonen dermatoscopisch gelijkaardige kenmerken als die van een melanoom en dit maakt de diagnose, zelfs voor getrainde dermatologen, vaak zeer moeilijk. De grootste stijging 22,01% in diagnostische accuraatheid werd gezien bij de basocellulaire carcinomen en bij de seborreïsche keratosen: 13,65%. Deze stijging in accuraatheid bij de niet-melanocytaire letsels zorgt voor meer vertrouwen bij de huisarts en minder onnodige excisie en verwijzingen. Westerhoff et al (2000) deden een gelijkaardig onderzoek bij 74 huisartsen in Sydney. De huisartsen werden in twee groepen verdeeld waarvan de ene groep een korte één uur durende cursus dermatoscopie kreeg en gevraagd werd een atlas over dermatoscopie te bekijken. In de controlegroep gebeurde er geen interventie. Er werd een pre-test en een post-test afgenomen bij de twee groepen waarbij telkens 100 laesies zowel klinisch als dermatoscopisch beoordeeld moesten worden. In de interventiegroep werd een significant verschil (54,6% versus 62,7%, p=0,007) gezien in de scores op de

pre-test en de post-test. Bij de controlegroep werd geen significant verschil gezien. De score op de post-test werd bij de interventiegroep nog verhoogd van 62,7% naar 75,9% indien ook de correlerende dermatoscopische beelden werden getoond. De auteurs besloten dat alle huisartsen in landen waar het melanoom leidt tot significante mortaliteit, getraind moeten worden in de dermatoscopie. In een andere Australische studie van Rosendahl et al (2012) werd volgende hypothese gesteld: Het gebruik van de dermatoscoop verbetert de klinische diagnostische accuraatheid en verhoogt de ratio van maligne letsels ten opzichte van alle huidletsels die verwijderd zijn. Deze verbetering zou onafhankelijk zijn van het type arts dat de dermatoscoop gebruikt. Bij drie subgroepen (huisartsen, huisartsen met speciale interesse in de dermatologie en dermatologen) werd de NNT (number needed to treat) nagegaan. Hiervoor werden 21900 geëxcideerde huidletsels histologisch nagekeken. Hiervan waren er 2637 effectief een melanoom. De NNT bij de huisarts bedroeg 17 (95% CI: 14,5-20,7), bij de huisartsen met speciale interesse voor dermatologie 9,4 (95% CI:8,8-10,1) en bij de dermatoloog 8,5 (95%CI: 8,1-9). Deze lagere NNT bij de dermatologen is vooral belangrijk op financieel vlak. Hierbij moet wel rekening gehouden worden dat er een selectiebias is doordat patiënten die bij de specialist terecht komen een hogere voorkans op een melanoom hebben. In een clinical review van Herschorn (2012) werd gezien dat dermatoscopie een gebruiksvriendelijk en goedkoop hulpmiddel is voor de detectie van melanomen in de huisartsenpraktijk. Het gebruik van de dermatoscoop verhoogt de sensitiviteit in vergelijking met de beoordeling met het blote oog, zonder daarom te moeten inboeten op specificiteit. Verder wordt ook gezien dat, indien dermatoscopie wordt gebruikt, er een hogere waarschijnlijkheid is dat een letsel dat als maligne beoordeeld wordt, ook effectief maligne is en dat een benigne letsel effectief benigne is.

Koelink (2014) deed in haar doctoraatsthesis onderzoek naar de diagnostische accuraatheid bij verdachte huidletsels en de kosten-effectiviteit van dermatoscopie in de huisartsenpraktijk. Ze vond dat het aanleren van dermatoscopie aan een, weliswaar kleine groep van 53 huisartsen leidde tot een niet-significante verbetering in het diagnostisch handelen van 10% voor alle maligne huidletsels en een significante verbetering van 35% voor de melanomen alleen. Er werd wel gezien dat er minder verwijzingen en excisies waren en vaker een afwachtend beleid werd aangenomen bij de interventiegroep wat zich reflecteerde in een hoge kosten-effectiviteit. Dermatoscopie werd door Koelink daarenboven gezien als een ondersteuning van het pluis en niet-pluisgevoel. Binder et al (1995) stellen tot slot dat indien de dermatoscopie toegepast wordt zonder degelijke dermatoscopiescholing, de diagnostische accuraatheid afneemt. Indien het toegepast wordt door getrainde artsen verhoogt dermatoscopie de sensitiviteit en de specificiteit.

2.6. Beschikbare richtlijnen

Tot op heden zijn er geen alomvattende richtlijnen specifiek voor de eerste lijn over de aanpak, diagnostiek en therapie van patiënten met huidtumoren beschikbaar. Via EBMpracticenet zijn de richtlijnen " Naevi (moedervlekken)" en "Skin biopsy: indications and techniques" beschikbaar. Hierin wordt beschreven in welke gevallen een naevus dient gebiopteerd of verwijderd te worden. Dit moet gebeuren nadat de arts op basis van de klinische presentatie, de risicofactoren en/of de veranderingen in de naevus oordeelt dat de naevus misschien kwaadaardig is, óf indien de patiënt vermoedt dat het letsel kwaadaardig is en dit vermoeden is tenminste een beetje gegrond, óf indien het letsel ongemakken veroorzaakt. Er wordt ook beschreven in welke gevallen een excisie- of een punchbiopsie dient overwogen te worden en welke marges toegepast moeten worden. In de "Guidelines for preventive activities in general practice" wordt een

onderdeel gewijd aan de preventieve en screeningstaak van de huisarts bij huidtumoren. In oktober 2016 wordt de publicatie van de NHG-standaard “Verdachte huidafwijkingen” verwacht. Oorspronkelijk was het plan om deze richtlijn in deze masterproef te integreren maar de publicatiedatum werd uitgesteld zodat deze niet gebruikt kon worden.

2.7. Besluit

Huidkanker vormt een steeds groter wordend gezondheidsprobleem. Door de stijgende incidentie zorgen de huidcarcinomen zowel op het vlak van morbiditeit als op economisch vlak voor een grote uitdaging. Tot op heden is er nog geen gegeneraliseerde bevolkingsscreening uitgewerkt in België maar met hun kostenberekening werden de eerste stappen hier naartoe gezet door Prof. Annemans en Prof. Brochez. Verdere uitwerking naar de exacte modaliteiten van de bevolkingsscreening dient in verder onderzoek nog te gebeuren. Voorlopig dient vooral te worden ingezet op de primaire preventie, onder vorm van zonneprotectie en op de opportunistische screening bij patiënten met een verhoogd risico. De huisarts speelt hier een belangrijke rol in. Dit in tegenstelling tot het feit dat de student geneeskunde tijdens de opleiding tot basisarts relatief weinig in aanraking komt met dermatologie. De huisarts heeft een aantal klinische tools ter beschikking die na een uitgebreide anamnese kunnen toegepast worden. De dermatoscopie, die een aanvulling vormt op de klinische beoordeling, komt niet aan bod tijdens de opleiding dermatologie van de huisarts. Uit verschillende studies in het buitenland is echter wel aangetoond dat het aanleren van dermatoscopie aan huisartsen de diagnostische accuraatheid kan vergroten. Bij gebruik van de dermatoscoop door niet getrainde artsen neemt de diagnostische accuraatheid echter af. Het gebruik van de dermatoscoop zou ook een ondersteuning van het pluis/niet-pluisgevoel geven.

3. Onderzoek

3.1. Inleiding

Het doel van deze masterproef bestond erin een praktijkverbeterend project op te zetten en na te gaan welke invloed het aanleren van dermatoscopie heeft op de diagnostiek van huidletsels in de huisartsenpraktijk en wat de meerwaarde ervan was voor de huisartsenpraktijk. Initieel bestond het idee eruit om te bekijken of er een invloed was op het aantal verwijzingen naar de tweede lijn. Dit bleek moeilijk gezien er geen gegevens over het aantal verwijzingen voorhanden waren van voor de interventieperiode en de interventieperiode te kort was om deze op te splitsen in twee delen. Een tweede benaderingsmanier zou eruit kunnen hebben bestaan alle nieuwe diagnoses, van zowel benigne als maligne huidletsels, die gesteld werden te laten controleren door de tweede lijn. Ook dit leek niet haalbaar gezien onmogelijk alle patiënten naar de dermatoloog konden gestuurd worden. Er werd dan ook geopteerd voor een derde optie, die een meer kwalitatief onderzoek inhield. Het hoofddoel van deze masterproef, en daaruit volgend de onderzoeksvraag, bestond eruit na te gaan welke meerwaarde het volgen van een inleidende cursus dermatoscopie heeft op de praktijk. In een eerste luik gebeurde er hiervoor gedurende één jaar een registratie van alle nieuwe diagnoses van (pre-)maligne huidletsels in de praktijk en werd dit vergeleken met het aantal reeds bestaande diagnoses in de praktijk. In een tweede luik werd nagegaan welke bijkomende voor-en nadelen het volgen van deze cursus en het hanteren van de dermatoscoop had voor de praktijk.

3.2. Methodologie

Als eerste werd in februari 2015 nagegaan hoeveel patiënten er tot dan toe in de huisartsenpraktijk “Medisch Huis de Statie” te Lauwe, gekend waren met een (pre-)maligne huidletsel. Hiervoor werd een audit uitgevoerd in het medisch programma Accrimed. Volgende zoektermen werden gebruikt: “basocellulair”, “actinisch”, “huidtumor”, “melanoom”, “melanoma”, “epithelioma”, “Bowen”, “spino”. “plaveiselcel”, “keratosis”. Bij al deze patiënten werd, indien dit nog niet het geval was, de diagnose gecodeerd ingegeven en werd ook de niet-gecodeerde diagnose “verhoogd risico op huidkanker” toegevoegd aan het patiëntendossier.

Op 12 en 13 februari 2015 werd in Leiden, Nederland, de Boerhaave nascholing “DE cursus over huidkanker voor de eerste lijn”, georganiseerd door het Leids Universitair Medisch Centrum, gevolgd. In deze tweedaagse cursus werd de epidemiologie en de klinische aanpak van huidletsels besproken, gevolgd door een inleiding in de dermatoscopie en een praktische workshop kleine heelkunde. (appendix A) De cursus werd voorafgegaan door een pre-test en gevolgd door een post-test. Na de cursus werd een dermatoscoop van het merk Heine ter waarde van 851 euro aangekocht door de praktijk. Als bijkomende training werd nog 8 uur mee gevolgd met een dermatoloog uit de omgeving van de praktijk.

Er werd een affiche (appendix B) ontworpen om in de wachtzaal op te hangen. Op deze affiche werden de belangrijkste risicofactoren voor maligne huidletsels weergegeven en werden de patiënten aangespoord om eventuele verdachte letsels te tonen tijdens de consultatie. Er werd via deze affiche ook gevraagd om een korte vragenlijst (appendix C) in te vullen waarop de aanwezige risicofactoren konden worden aangeduid. Deze korte vragenlijst was beschikbaar in de wachtzaal.

Vervolgens werden alle patiënten die tussen februari 2015 en februari 2016 werden gezien met een verdacht huidletsel, geïncludeerd. Er werd bij allen getracht om tot een correcte diagnose te komen. Dit gebeurde ofwel via een verwijzing naar de dermatoloog en/of plastische chirurg ofwel werd er in de praktijk zelf, conform de richtlijnen, een punch-of excisiebiopsie genomen. De verwijzing naar de dermatoloog gebeurde via een speciaal hiervoor opgestelde verwijsbrief. (zie appendix D, E) In deze verwijsbrief was er enerzijds ruimte voor de anamnese, anderzijds konden de risicofactoren en de macroscopische en dermatoscopische bevindingen schematisch weergegeven worden. Patiënten die consulteerden voor het nazicht van huidletsels maar waar er dus geen interventie (biopsie, excisie of verwijzing) volgde, werden niet geïncludeerd.

3.3. Resultaten

3.3.1. Praktijkschets – Medisch Huis de Statie Lauwe

De huisartsenpraktijk bestaat uit 3 vaste huisartsen en 1 H.A.I.O.. Een van de huisartsen werkt voltijds in de huisartsenpraktijk. Een tweede arts is eveneens sportarts verbonden aan de V.U.B. en werkt afwisselend 3 of 4 dagen per week in de praktijk. De derde arts werkt 4 halve dagen per week in de praktijk. Er zijn 1795 patiënten met een GMD. In de periode van augustus 2014 tot en met juli 2015 waren er bij benadering 14000 patiëntencontacten.

3.3.2. Audit via Accrimed januari 2015 – Medisch Huis de Statie

In tabel 3 wordt weergegeven hoeveel patiënten er per zoekterm werden gevonden en wat de effectieve diagnose was die bij deze patiënten werd gesteld. Er werd een onderscheid gemaakt tussen de patiënten die nog in leven waren en de reeds overleden patiënten. De overleden patiënten en hun respectievelijke diagnosen werden tussen haakjes geplaatst.

Zoekterm	Aantal patiënten	Diagnose
Basocellulair	12 patiënten (3 overleden)	12 basocellulaire carcinomen (3 basocellulaire carcinomen)
Huidtumor	5 patiënten (3 overleden)	1 seborreïsche keratose 1 maligne melanoom 3 niet verder gedefinieerd (2 “goedaardig huidtumortje”) (1 onduidelijk)
Melanoom	14 patiënten (3 overleden)	11 melanoom 1 verkeerde diagnose melanoom 2 “cave” subunguaal melanoom (3 melanoom)
Actinisch	5 patiënten (2 overleden)	5 actinische keratosen (1 actinische keratose) (1 actinische keratose of spino)
Epithelioma	4 patiënten	3 basocellulair (1 reeds bij basocellul) 1 granuloma

	(2 overleden)	(2 spinocellulair epithelioom)
Spinocellulair	3 patiënten (6 overleden)	3 spinocellulair (6 spinocellulair maar 2 al bij epithelioma)
Bowen	(3 overleden)	(1 M. Bowen) (1 spinocellulair) (1 mogelijks M. Bowen)
Keratose	9 patiënten (5 overleden)	7 actinische keratosen (5 al bij actinisch) 1 hyperkeratose van hoofdhuid 1 onduidelijk (2 actinische keratose 1 al bij actinisch) (1 hyperkeratose) (1 actinisch of spinocellulair) (1 onduidelijk)
Lentigo	1 patiënt (1 overleden)	1 lentigo maligna (1 lentigo maligna + basalioom)
Plaveiselcel	(1 overleden)	(1 spinocellulair)

Tabel 3: Resultaten Audit Januari 2015 via Accrimed
(Overleden patiënten worden tussen haakjes weergegeven)

3.3.3. Beschrijving van de nieuwe diagnosen

In totaal werden 33 patiënten met verdachte huidletsels geïncludeerd. (Tabel 4 en appendix G) De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 68,12 jaar. Bij 16 patiënten werden 21 basocellulaire carcinomen vastgesteld. Eén patiënt had 3 basocellulaire carcinomen en twee andere elk 2. In de periode voor de interventie waren er in de praktijk 17 basocellulaire carcinomen geregistreerd. Er waren 2 nieuwe diagnoses van spinocellulair carcinoom ten opzichte van 10 voor de interventie. Tijdens de interventie werden geen nieuwe melanomen gediagnosticeerd ten opzichte van 14 voor de

interventie, wel werd bij 1 patiënte een melanoma in situ verwijderd. Verder werd bij 7 patiënten een premaligne huidletsel vastgesteld, waarvan bij 5 patiënten actinische keratose en bij 2 M. Bowen.

Bij 8 patiënten vond het proces van diagnostiek en behandeling volledig in de praktijk plaats. Het betrof hier tweemaal actinische keratosen, 3 maal een basocellulair carcinoom, 1 M. Bowen, 1 verruca seborroica en 1 atypisch, niet verder te definiëren letsel. Bij 5 patiënten werden 7 punchbiopsies genomen in de praktijk.

	Aantal Diagnosen na interventie - Februari 2016	Aantal Diagnosen vóór interventie –Januari 2015 Levende patiënten + (overleden patiënten)
Totaal aantal patiënten (N)	33	
Aantal mannen	15	
Aantal vrouwen	18	
Gemiddelde leeftijd	68,12 jaar	
Basocellulair carcinoom	21 bij 16 patiënten	14 (3)
Spinocellulair carcinoom	2	3 (7)
Actinische keratosen	5	7 (2)
Melanoma in situ/lentigo maligna	1	1 (2)
Verruca seborrhoica	3	
Atypische naevus	3	
Mucocoele	1	
Maligne melanoom	0	13 (3)
M. Bowen	2	(3)
Onduidelijke diagnose	1	
Volledig zelf afgehandeld in praktijk	8	
Biopsie in de praktijk	7	

Tabel 4: Beschrijving van de diagnosen voor en na de interventie

3.3.4. Bijkomende effecten op de praktijk

3.3.4.1. Verhoogde alertheid

Er werden tijdens de interventieperiode vooral nieuwe basocellulaire carcinomen gediagnosticeerd, allemaal bij patiënten die sinds langere tijd patiënt zijn in de praktijk. Voor de diagnose van een basocellulair carcinoom is er in principe geen dermatoscopisch nazicht nodig, gezien dit een niet-melanocytair letsel is. Het aanleren van dermatoscopie heeft hier dus geen rechtstreekse invloed op gehad. Deze toename aan diagnosen van basocellulaire carcinomen is vermoedelijk wel te verklaren doordat tijdens de cursus in Leiden de kliniek en het typische aspect van het basocellulair carcinoom aan de hand van fotomateriaal werd opgefrist en doordat er na het volgen van de cursus bij de onderzoekers een verhoogde alertheid voor huidletsels was. Deze alertheid zorgde ervoor dat er als het ware een "jacht op maligne letsels" is ontstaan en er tijdens auscultatie vaker dan voordien gevraagd werd om het volledige bovenlichaam te ontbloten, zodat de huid van het bovenlichaam kon worden nagezien.

De verhoogde alertheid zorgde niet enkel voor een betere inspectie, ook werd er meer aandacht besteed aan patiënten met een verhoogd risico op maligne huidletsels, voornamelijk dan de patiënten met een huidtype 1 en met een duidelijk door de zon beschadigde huid. Indien deze patiënten op consultatie kwamen, werd geprobeerd om advies in verband met zonneprotectie te geven en ze advies te geven over de opvolging van hun huid.

3.3.4.2. Ondersteuning van het pluis/niet-pluisgevoel

Door het volgen van de korte cursus, is er wel enige kennis over de basisprincipes van de dermatoscopie maar is er zeker onvoldoende kunde om alle letsels systematisch correct te kunnen beschrijven. Indien in de verwijsbrief naar de dermatoloog de dermatoscopische bevindingen werden genoteerd, bleek dit niet steeds overeen te stemmen met de bevindingen van de dermatoloog. De grootste meerwaarde van het hanteren van de dermatoscoop, lag dus niet in het exact kunnen differentiëren en diagnosticeren van melanocytaire huidletsels. Deze meerwaarde werd wel gevonden in de ondersteuning die de dermatoscoop bood in het onderscheiden van enerzijds met zekerheid benigne letsels en potentieel maligne melanocytaire letsels anderzijds. Door het aanleren van het typische dermatoscopische aspect van verschillende niet-melanocytaire letsels zoals bijvoorbeeld het hemangioom, het dermatofibroom en de verruca seborroica konden ook deze letsels met de dermatoscoop relatief vlot herkend worden. Naar ons aanvoelen konden patiënten dus vaker op gegronde basis gerustgesteld worden en hoewel er hier geen exacte cijfers over zijn in de praktijk, lijkt het toch dat er minder vaak onterecht moest verwezen worden naar de tweede lijn.

3.3.4.3. Biopsies nemen

Tot voor de cursus werden in de praktijk geen biopsies genomen, met uitzondering van excisiebiopsies. Tijdens de cursus werd aangeleerd op varkenspoten hoe punchbiopsies uitgevoerd moeten worden en dit werd in het interventiejaar zeven maal toegepast in de praktijk. Vijf van de biopsies toonden een basocellulair carcinoom, één spinocellulair carcinoom en het laatste letsel waarvan een biopt werd

genomen bleek een benigne letsel. Om te starten werden er in de praktijk enkel biopteurs met een diameter van 4 mm aangeschaft zodat er na de biopsie telkens toch een relatief groot weefseldefect ontstond, dat weliswaar in alle gevallen mooi genas. Alle zeven biopsies gebeurden bij letsels op de rug, die esthetisch iets minder belangrijk is dan bijvoorbeeld het gelaat.

3.4. Discussie

Deze masterproef had als voornaamste doel na te gaan wat de meerwaarde is van het volgen van een inleidende cursus dermatoscopie voor de praktijk. Hoewel we initieel vooral waren gefocust op het diagnosticeren van nieuwe melanomen, bleek dit niet de belangrijkste meerwaarde van de dermatoscopie te zijn. Er werden tijdens het interventiejaar immers vooral nieuwe diagnosen gesteld waarvoor in se geen dermatoscoop nodig is. Er werden slechts 4 melanocytaire letsels gediagnosticeerd (1 melanoma in situ en 3 atypische naevi) wat absoluut gezien een laag cijfer is Dit cijfer moet wel gezien worden in het perspectief van de incidentiecijfers van het maligne melanoom in België. Met 2635 nieuwe diagnosen in 2013 voor 9676 erkende huisartsen (De Cock, 2012) wil dit concreet zeggen dat er bij elke huisarts 1 nieuw geval is om de 3,5 jaar, wat een zeer lage incidentie is. Het lijkt dus enigszins logisch dat tijdens het interventiejaar zo weinig melanocytaire letsels konden worden geïncludeerd.

Eveneens kan er geen uitspraak gedaan worden over een eventuele verandering in de diagnostische accuraatheid bij verdachte huidletsels in de praktijk. Na het volgen van de cursus is er bij de twee onderzoekers een basiskennis dermatoscopie. Het bleek echter moeilijk deze kennis te toetsen. Binnen de praktijk werden de bevindingen onderling vergeleken maar overleg met de tweede lijn inzake de dermatoscopische bevindingen bleek moeilijk. Enerzijds doordat er geen dermatoscopische beelden digitaal konden worden vastgelegd of doorgestuurd. Anderzijds doordat er weinig gedetailleerde respons kwam op de verwijsbrieven opgesteld voor de dermatologen. Hierbij moet genoteerd worden dat uit de studie van Secker et al. (2014) is gebleken dat er bij de huisartsen, die de cursus in Leiden gevolgd hadden in 2013, geen stijging was in de diagnostische accuraatheid wat betreft de melanocytaire letsels. Ook Koelink (2014) kon geen significant verschil aantonen. In de studie van Westerhoff werd wel een significant verschil gezien in de diagnostische accuraatheid van melanocytaire huidletsels bij in dermatoscopie getrainde huisartsen Voor het louter differentiëren en diagnosticeren van melanocytaire letsels bood de dermatoscoop ons geen overtuigende meerwaarde.

Het volgen van de cursus dermatoscopie zorgde wel voor een verandering in de diagnostiek van de niet-melanocytaire huidletsels. Er werden ten opzichte van de cijfers van vóór de interventie relatief veel nieuwe diagnosen van niet-melanocytaire maligne huidletsels gesteld (30 nieuwe diagnosen ten opzichte van 39 bestaande diagnosen). Vermoedelijk is dit te verklaren door een betere kennis van de verschillende types huidletsels en door een verhoogde alertheid. Alle nieuwe diagnosen werden immers gesteld bij patiënten die reeds lange tijd patiënt zijn in de praktijk en bij wie de letsels dus eerder niet waren opgevallen. Door Secker et al.(2014) wordt hiermee overeen stemmend na de cursus de grootste stijging in diagnostische accuraatheid gezien bij de niet-melanocytaire letsels.

De grootste meerwaarde voor de praktijk lijkt echter te liggen in het feit dat we met een grotere zekerheid benigne en maligne letsels van elkaar kunnen onderscheiden. De dermatoscopie neemt bij de huisarts, die slechts een korte opleiding in de dermatoscopie genoot, dus een andere plaats in dan

bij de dermatoloog. Waar bij de dermatoloog de dermatoscopie eerder bevestigend moet zijn, is er bij de huisarts eerder een uitsluitende functie weggelegd voor de dermatoscopie. Het kunnen onderscheiden van benigne en maligne letsels en dus het ondersteunen van het pluis/niet-pluisgevoel, heeft niet enkel als gevolg dat patiënten sneller kunnen gerustgesteld worden, het kan ook doen vermoeden dat dit op economisch vlak een positief effect met zich meebrengt doordat er minder onnodige excisies en verwijzingen naar de tweede lijn gebeuren. Koelink (2014) vond in haar RCT dat het gebruik van de dermatoscoop door de huisarts kosteneffectief is met een lage ICER (incremental cost-effectiveness ratio) van 89 euro. Dit wil zeggen dat er per correct gediagnosticeerde patiënt slechts een meerkost is van 89 euro. Deze meerkost is beperkt doordat de investering in de dermatoscoop en de opleiding gecompenseerd wordt door het verminderde aantal onnodige verwijzingen en behandelingen.

Een mogelijks gevaar samenhangend met deze uitsluitende functie is wel dat bepaalde letsels mogelijks toch nog gemist of verkeerd beoordeeld werden en dat sommige patiënten dus verkeerdelijk werden gerustgesteld. Het was echter onmogelijk om elk letsel dat dermatoscopisch werd nagezien in de praktijk ook nog eens te laten nakijken door een dermatoloog. Een mogelijke oplossing hiervoor zou 'teledermatologie' kunnen zijn. In Nederland wordt er reeds uitgebreid gebruik gemaakt van de teledermatologie, waarbij klinische en dermatoscopische beelden ter beoordeling naar de dermatoloog kunnen doorgestuurd worden. In België, onder andere in de regio Kortrijk, wordt momenteel gestart met een pilootproject teledermatologie waar ook de praktijk aan mee zal werken. Dit zou dus een mooi vervolg kunnen zijn op deze masterproef en een stimulans om de dermatologie als hot topic in de praktijk te behouden. Hiernaast zal het noodzakelijk zijn dat er regelmatig een opfrissing gebeurt van de dermatoscopische kennis door bijkomende cursussen te volgen.

Er zijn ook een aantal zwaktes verbonden aan dit project. Slechts 1 van de 3 vaste artsen in de praktijk volgde de opleiding, de overige twee artsen konden dit wegens permanentie in de praktijk niet doen. Zij werden wel ingelicht over het verloop van het praktijkproject en vroegen regelmatig advies. Het zou een meerwaarde zijn voor de praktijk als zij alsnog de cursus zouden kunnen volgen en de dermatoscoop leren hanteren.

Omwille van het praktijkproject waren we geprikkeld om extra aandacht te besteden aan de huid. Om te weten hoe lang dit effect blijft aanhouden, zouden de nieuwe diagnosen in het jaar volgend op de interventie ook zorgvuldig en gecodeerd moeten worden bijgehouden. Vermoedelijk zou het aantal nieuwe diagnosen in het jaar volgend op de interventie kleiner zijn doordat een groot deel van de patiënten dit jaar reeds werd nagezien en niet doordat de alertheid daalt. Hierbij aansluitend moet ook nog opgemerkt worden dat het aantal diagnosen van voor de interventie relatief laag lag in de praktijk, vermoedelijk doordat tot voor kort veel minder systematisch en gecodeerd werd geregistreerd.

Het betrof een ambitieus project met de opmaak van een poster, vragenlijsten en verwijsbrieven. Hierop is echter zeer weinig respons gekomen. Voor de poster kan dit misschien verklaard worden doordat deze misschien verloren ging in de massa posters in de wachtzaal. Of misschien was het voor patiënten een te grote stap om de bijhorende vragenlijst in te vullen of voelden ze zich niet aangesproken. Op de verwijsbrieven kregen we slechts een tweetal keer een gedetailleerd antwoord ttz met de dermatoscopische bevindingen van de dermatoloog inclusief. Vermoedelijk door

tijdsgebrek van de dermatoloog maar door 1 dermatoloog werd ook gezegd dat dermatoscopie werk is voor de dermatoloog en niet voor de huisarts.

4. Algemeen besluit

Huisartsen worden frequent geconfronteerd met huidpathologie. Niet enkel eczeem, rash en tinea maar ook verdachte huidlaesies komen vaak aan bod in de huisartsenpraktijk. Veel patiënten bieden zich voor een eerste huidnazicht aan bij de huisarts, temeer omwille van de soms hoog oplopende wachttijden voor de tweede lijn. De huisarts heeft een aantal klinische instrumenten ter beschikking ter beoordeling van verdachte huidletsels. De dermatoscopie vormt een aanvulling op deze klinische beoordeling en heeft vooral een bewezen toegevoegde waarde bij de beoordeling van de gepigmenteerde huidletsels. In de literatuur is aangetoond dat bij huisartsen die een korte training kregen in dermatoscopie, de diagnostische accuraatheid beïnvloed werd. Afhankelijk van de studie werd een positieve invloed gezien op de melanocytaire dan wel op de niet-melanocytaire letsels. Het hoofddoel van deze masterproef bestond er niet in de invloed op de diagnostische accuraatheid in de praktijk te bekijken maar wel na te gaan welke invloed en meerwaarde het volgen van een cursus dermatoscopie en het hanteren van de dermatoscoop hebben op de praktijk. Met dit praktijkproject durf ik de in de discussie aangehaalde uitspraak van de dermatoloog “dermatoscopie is voor dermatologen, niet voor huisartsen” te weerleggen. Er werd met dit, kleinschalige, project aangetoond dat er ook voor de huisarts een meerwaarde verbonden is aan de dermatoscopie, op voorwaarde dat er na de initiële opleiding op regelmatige basis bijgeschoold wordt. De meerwaarde die de dermatoscopie biedt aan de huisarts is echter een andere dan voor de dermatoloog. Waar de dermatoloog de dermatoscoop eerder hanteert om een diagnose te bevestigen, lijkt de dermatoscopie bij de huisarts een eerder uitsluitende functie in te nemen. Er werd tijdens dit project ervaren dat er door het gebruik van de dermatoscoop als aanvulling op een grondig klinisch onderzoek, beter onderscheid kon gemaakt worden tussen benigne en maligne huidletsels en dat patiënten op deze manier sneller gerustgesteld konden worden. De dermatoscopie werd gezien als een ondersteuning van het pluis/niet-pluisgevoel. Verder werd er vooral een positieve invloed gezien op het aantal nieuwe diagnoses van niet-melanocytaire letsels. Met het oog op de toekomst zal de teledermatologie vermoedelijk een plaats innemen in dit verhaal. Indien huisartsen de mogelijkheid hebben om klinische en dermatoscopische beelden rechtstreeks door te sturen naar de dermatoloog, zullen zowel de patiënt als de huisarts hierbij gebaat zijn. De patiënt omdat deze sneller specialistisch advies kan krijgen, de huisarts omdat deze feedback krijgt over de doorgestuurde beelden.

Referenties

Bergman, W.,Dermatoscopie: een aanwinst voor de beoordeling van gepigmenteerde afwijkingen, Ned Tijdschrift Geneeskd 2002;I46(34))

Binder, M. et al, A useful tool for the diagnosis of pigmented skin lesions for formally trained dermatologists. Arch Dermatol 1995:131:286-91

De Cock, J., Performantie van de huisartsgeneeskunde. Een check-up, Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, juli 2012

De Jong J, Visser MR et al, Opening the black box: the patient mix of GP trainees: Br J Gen Pract. 2011;61:650-7

Gardini, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi., European Journal of Cancer 41 (2005) 28-44

Gardini, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma:II. Sun exposure, European Journal of Cancer 41 (2005)45-60

Herschorn, A. Dermoscopy for melanoma detection in family practice, Canadian Family Physician, 2012;58:740-5

Info@eurokine.be, Ronde tafel: Impact van huidkanker op de economie en gezondheidszorg in België en de rol van preventive nu en in de toekomst, 20/10/2015, Te raadplegen via: http://kine2000.eurokine.be/huidkanker/

Integraal kankercentrum Nederland, 2014, Nederlandse vereniging voor dermatologie en venereologie: basaalcelcarcinoom, landelijke richtlijn, versie 2.0

Integraal kankercentrum Nederland, 2011, Nederlandse vereniging voor dermatologie en venereologie: plaveiselcelcarcinoom, landelijke richtlijn, versie 1.0

Integraal kankercentrum Nederland, 2012, Nederlandse melanoomwerkgroep: Melanoom landelijke richtlijn, versie 2.0

Janssens, A., Diagnostische accuraatheid van dermoscopie bij pigmentletsels, scriptie voorgedragen in 2de master geneeskunde, 2010-2011, promotor Prof.Dr. L. Brochez

Koelink, C.J.L. 2014 Groningen Diagnosing skin cancer cancer in general practice

Koelink, C. et al, Examination of skin lesions for cancer: which clinical decision aids and tools are available in general practice? Eur. J. Dermatol 2014;24(3):297-304

Kukutsch, N.A., Handboek Dermatoscopie memo,2015, p 16

Kukutsch NA, Bergman W, Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk 2. Huisarts Wet 2015; 58(2):90-3

Mosterd,K. et al, Micrografische chirurgie van Mohs voor het basaalcelcarcinoom in het gelaat: een gerandomiseerde, gecontroleerde trial ,Ned Tijdsch Geneeskd. 2009;153:A228

Poelmann, T.A.J. , et al., Huidtumoren onderbelicht in de huisartsenpraktijk, Ned. Tijdschr Geneeskd. 202; 156:A5279

Rosendahl et al, The impact of subspecialization and dermatoscopy use on accuracy of melanoma diagnosis among primary care doctors in Australia, 2012, J Am. Acad. Dermatol. Volume 67, nummer 5, 846-852

Royal Australian College of General practitioners, Early detection of cancers. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition, East Melbourne (Australia), 2012, p. 60-72

Scope, A., et al. (2008) The "ugly duckling " sign. Arch Dermatol/ Vol144(1): 58-64

Secker, L.J., et al,The effect of a dermoscopy training course on the accuracy of primary care physicians in diagnosing pigmented lesions, Nederlands tijdschrift voor dermatologie en venereologie, 2014; 24, 1;20)

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for skin cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2009;150:188-93.

Westerhoff, K. et al, Increase in het sensitivity for melanoma diagnosis by primary care physicians using skin surface microscopy, British Journal of Dermatology 2000;143:1016-1020

Appendix A: Programma "DE cursus over huidkanker'

Programma ' DE cursus over huidkanker' 12-13 februari 2015

12 februari

Epidemiologie/Primaire en secundaire preventie

Epidemiologie huidkanker – L.M. Hollestein

Zon/ zonbeschermingsadviezen/ SPF – G.A.M. Krekels

Patiëntgebonden risicofactoren- W. Bergman

Non melanoma Skin Cancer- J.N. Bouwes Bavinck

Benigne Huidtumoren- A.P.M. Lavrijsen

Melanoom- R. van Doorn

Diagnostiek (theorie/veiligheid/infectiepreventie/ingreep) – R.E. Genders

Quiz – N.A. Kukutsch

Richtlijn oefening op de pc- W. Bergman

13 februari

Fotodocumentatie/ teledermatologie – L.J. Secker

Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk- W.K. van der Heide

Inleiding dermatoscopie en stap 1- N.A. Kukutsch

Dermatoscopie van niet melanocytaire laesies- J.I. van der Rhee

Stap 2 dermatoscopie – W. Bergman

Dermatoscopie van benigne melanocytaire laesies – N.A. Kukutsch

Vaatpatronen in de dermatoscopie – N.A. Kukutsch

Oefening met stemkastjes – W. Bergman

Workshop kleine ingrepen



Herkent u zich in 1 of meer van deze uitspraken én bent u ouder dan 30?

Dan loopt u een verhoogd risico op huidkanker. Vul deze vragenlijst in en praat erover met uw arts.

Appendix C: Vragenlijst voor de patiënt

Naam:	JA	NEE
Ik ben al vaak verbrand geweest door de zon		
Ik moet/moest voor mijn job vaak buiten werken		
Ik zit/lig vaak in de zon		
Als ik in de zon lig, smeer ik me regelmatig in		
In mijn familie zijn er mensen met huidkanker		
Ik heb zelf al een kwaadaardige vlek laten wegnemen		
Ik bekijk regelmatig al mijn moedervlekjes		
Ik heb onlangs een verandering opgemerkt in 1 van de vlekjes		
Ik heb onlangs een nieuwe moedervlek opgemerkt		

Appendix D: Begeleidende brief dermatologen

Geachte collega,

We zijn in onze praktijk recent gestart met een praktijkverbeterend project in kader van mijn Masterproef Huisartsgeneeskunde. Het doel van het project is de detectie en de diagnostiek van huidletsels in de huisartsenpraktijk te verbeteren. We volgden hiervoor een inleidende cursus dermatoscopie in Leiden en maken sindsdien ook gebruik van een dermatoscoop in onze praktijk. Omdat dit voor ons absoluut niet eenvoudig is, willen we uw hulp hierbij vragen. U kunt ons helpen door, bij de door ons verwezen patiënten, uw macroscopische en dermatoscopische bevindingen in uw brief te vermelden. Zo kunnen wij deze correleren met onze bevindingen en zo hopelijk onze kennis verbeteren.

Alvast vriendelijk bedankt voor uw medewerking,

Mede namens,
Dr Decouttere, Dr Kenis, Dr Buyse
Medisch Huis de Statie, Lauwe

Dr Pierloot Sarah
H.A.I.O.

Appendix E: Verwijsbrief dermatologie

MEDISCH HUIS DE STATIE
DRS.BUYSE - KENIS - DECOUTTERE – PIERLOOT
Spoorwegstraat 114
8930 Lauwe
056/41 11 19
info@medisch-huis-de-statie.be

Geachte collega,

Betreffende …….

Anamnese

Risicofactoren:

Hoge cumulatieve zonblootstelling	
Totaal aantal naevi > 100	
Aantal atypische naevi > 5	
VG BCC/PCC/melanoom	
Huidtype 1/2	
Immuungecompromitteerd	
Familiaal melanoom	
Actinische keratosen	

Macroscopische bevindingen :

Asymmetrie	
Border	
Colour (2 of meer kleuren)	
Diameter (> 6 mm)	
Ugly duckling	

Andere:

Dermatoscopische bevindingen:

Melanocytaire kenmerken:

Pigmentnetwerk	
Geaggregeerde globules	
Vertakkende streaks	
Homogeen blauwe pigmentatie	

7-point checklist:

Atypisch pigmentnetwerk	
Blauw-witte waas	
Atypisch vaatpatroon	
Streaks aan de buitenrand	
Onregelmatige blotches	
Onregelmatige dots/globules	
Regressiepatroon	

Niet-melanocytaire kenmerken

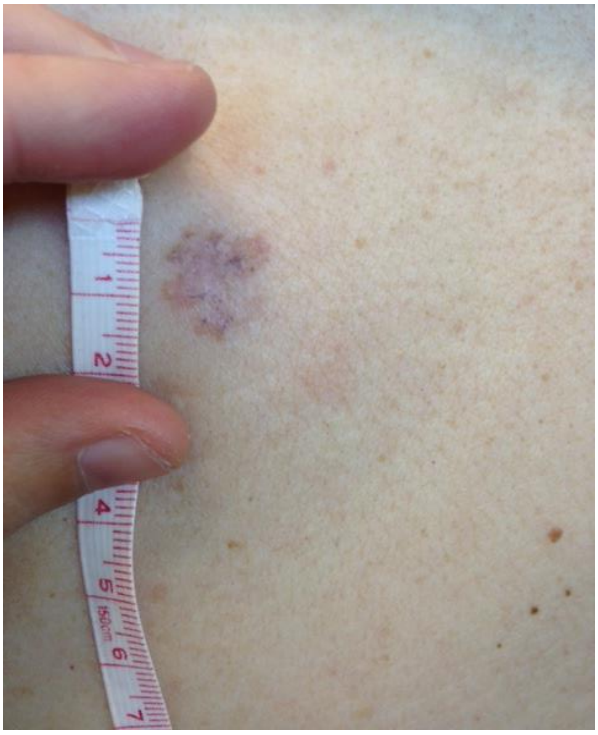
Pseudohoorncysten		Haarspeldvaatjes	
Pseudofolliculaire openingen		Leisteengrijze ovoïde globules	
Gyri en sulci		Esdoornbladachtige gebieden	
Vingerafdrukpatroon		Spaakwielstructuren	
Moth-eaten begrenzing		Ulceratie	
Gelei-achtige begrenzing		Vertakkende vaatjes	

Tentatieve diagnose:

In afwachting van uw schriftelijke bevindingen,

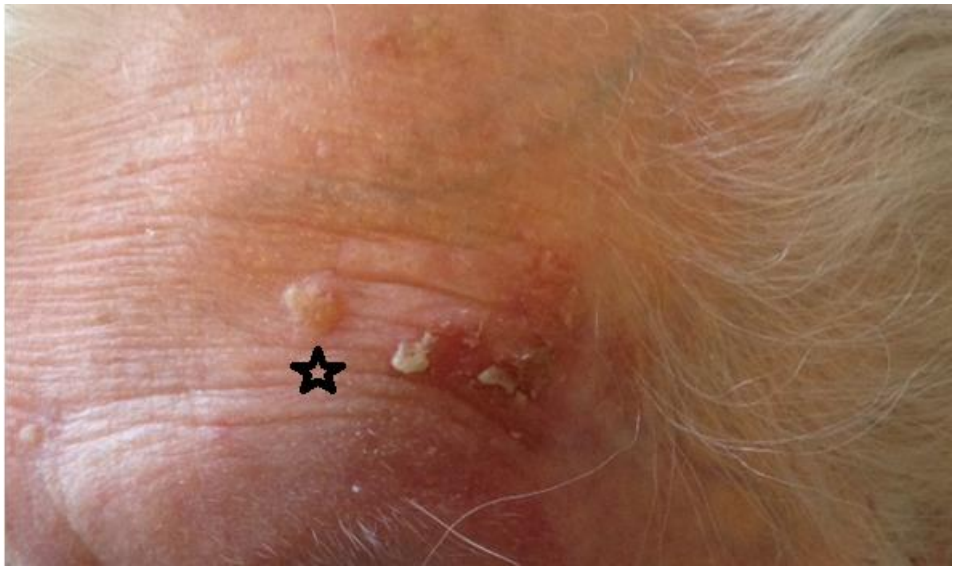
Collegiale groeten,

Appendix F: Enkele beeldjes van nieuwe diagnosen


Gepigmenteerd basocellulair carcinoom



Nodulair basocellulair carcinoom



Nodulair basocellulair carcinoom (*) en actinische keratosen



Lentigo Maligna

Appendix G: Overzicht geïncludeerde patiënten

Geslacht	Leeftijd		Diagnose		Behandeling	Lokalisatie		
M	80	verdacht letsel, excisie in praktijk	verruca		excisie	rug	Lauwe	
M	74	verdachte letsels, biopsies in praktijk	basocellulair x3 en spinocellulair		effudix en excisie	frontaal en rug	dermato	
F	32	niet verdacht letsel, esthetisch	dermatofibroma		excisie	rug	Lauwe	
F	89	verdacht letsel, verwezen dermato	verruca		cryo	slaap	dermato	
F	92	verdachte letsels, verwezen dermato	actinische keratosen		cryo en effudix	gelaat	dermato	
M	58	verdacht letsel oor, verwezen dermato	spinocellulair		excisie	oor	dermato	
M	81	verdacht letsel, verwezen dermato	basocellulair:gepigmenteerd		excisie	rug	dermato	
F	72	verdacht letsel, vermoeden baso	basocellulair		Aldara	rug	dermato	
F	31	verdacht letsel, verwezen naar dermato	atypische naevus		excisie	borst	plastische	
F	50	verdacht letsel, verwezen naar dermato	basocellulair		cryo	neus	dermato	
M	48	verdacht letsel, verwezen naar dermato	atypische naevus		afwachten	buik	dermato	
F	43	verdacht letsel, verwezen naar dermato	basocellulair		excisie	neus	dermato	
F	35	verdacht letsel, atypisch	atypische naevus		afwachten	borst	dermato	
M	89	zelf naar dermato,biopsie	actinische keratosen en baso		cryo en excisie	hoofd	dermato	
F	60	verdacht letsel, biopsie in praktijk	basocellulair		excisie	rug	plastische	
F	92	verdachte letsels, verwezen dermato	basocellulair x2		excisie	retro-auricular en frontaal	dermato en plastische	
M	86	verdacht letsel, wegname in praktijk	basocellulair		excisie	temporaal	Lauwe	
M	75	verdacht letsel, verwezen plastische (nam eerst bi	basocellulair:nodulair		excisie	neus	plastische	
M	78	verdacht letsel, verwezen dermato	actinische keratosen		cryo	oor	dermato	
F	70	zelf naar dermato	M. bowen		excisie	enkel	dermato	
M	87	verdacht letsel, verwezen dermato	mucocoele		geen	lip	dermato	
F	82	verdacht letsel, verwezen dermato	Melanoma in situ		excisie	temporaal	dermato en plastische	
M	42	verdacht letsel, verwezen dermato	basocellulair:infiltratief		excisie	frontaal	dermato	
F	80	zelf naar dermato	basocellulair		excisie	slaap	dermato en plastische	
F	51	verdachte letsels, biopsies in praktijk	basocellulair:superficieel x 2		effudix	rug	lauwe	
F	66	verdacht letsel, verwezen dermato	basocellulair:superficieel		excisie	rug	dermato	
F	87	verdacht letsel, wegname in praktijk	basocellulair:infiltratie		excisie	temporaal	lauwe	
M	73	verdacht letsel, biopsie in praktijk	M. Bowen:spino in situ		excisie	rug	lauwe	
F	55	verdacht letsel, verwezen dermato	basocellulair:infiltratief		excisie	enkel	dermato en plastische	
F	53	ongerust over letsel wang, dermatoscoop:verrucae	verrucae		shaving	wang	plastische	
M	69	verdacht letsel, biopsie in praktijk	geen maligniteit		geen	schouder	Lauwe	
F	41	zelf naar dermato	basocellulair:Fibro-epithelioma van Pincus		excisie	schouder	dermato	
M	71	actinische keratose	actinische keratosen		cryo	hoofd	Lauwe	
M	88	actinische keratose	Actinische keratosen		cryo	hoofd	Lauwe	

Advies ethische comité

Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer
mp05130	Wat moeten de eindtermen zijn voor dermatologisch onderzoek/ dermatoscopisch onderzoek van verdachte letsels in de huisartspraktijk: een exploratief onderzoek. **Student(en):** Sarah Pierloot **Promotor:** Jan De Lepeleire	Gunstig advies van OBC	

Gunstig advies van OBC

Student(en):
Sarah Pierloot
Promotor:
Jan De Lepeleire (Jan.DeLepeleire@med.kuleuven.be - u0007721 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:
Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

De laatste jaren is, door de toenemende zonneblootstelling, de incidentie van huidtumoren fors gestegen. In 1999 zagen we bij mannen 739 nieuwe gevallen per 100000 persoonsjaren tov 4701 in 2012. Bij de vrouwen is dit 726 in 1999 tov 3793 in 2012. Dit plaatst de huidtumor, zowel maligne melanoom als non-melanoma huidkanker, op plaats 4 van meest voorkomende kanker bij de mannen en zelfs op plaats 2 bij de vrouwen. Hierdoor is het niet verwonderlijk en ook door onderzoek aangetoond dat, na klachten over het bewegingsapparaat en de luchtwegen, de HAIO het meest frequent geconfronteerd wordt met huidproblemen. Helaas stijgt het aandeel van het opleidingsonderdeel dermatologie tijdens de opleiding geneeskunde, niet evenredig mee met de stijgende incidentie van de huidtumoren. Ook is er tot op heden geen duidelijke richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van huidtumoren in de huisartsenpraktijk, beschikbaar.
Uit buitenlandse studies blijkt dat training van huisartsen in dermatoscopie de diagnostische accuraatheid verbetert, behalve op het vlak van naevi. Ook werd aangetoond dat het gebruik van de dermatoscoop door de huisarts kosteneffectief is doordat er minder verwijzingen en onnodige excisies gebeuren.

Vraagstelling:

Wat moeten de eindtermen zijn voor dermatologisch onderzoek/ dermatoscopisch onderzoek van verdachte letsels in de huisartspraktijk? Er zal getracht worden deze vraag te beantwoorden adhv de bevindingen uit de literatuur, de ervaringen uit het traject dat we in de praktijk hebben afgelegd en de nieuwe NHG-richtlijn.

-

Methodologie:

<!--[if !supportLists]-->1. 1.<!--[endif]-->Literatuurstudie

<!--[if !supportLists]-->2. 3.<!--[endif]-->Audit in de praktijk: Hoeveel patiënten zijn er medio februari 2015 gekend met een huidtumor of een premaligne huidletsel? EMD: Accrimed, gebruikte zoektermen: basocellulair, spinocellulair, plaveiselcel, melanoom, melanoma, actinisch, keratose, bowen, naevus

<!--[if !supportLists]-->3. 3.<!--[endif]-->Samen met P.O. Dr Leen Decouttere volgen van de cursus “De cursus over huidkanker” georganiseerd door Boerhaave Nascholing, Leids universitair medisch centrum https://www.boerhaavenascholing.nl/pages/Boerhaave/ActivityDetails?objid=31009

<!--[if !supportLists]-->4. 4.<!--[endif]-->Opstellen van poster voor wachtzaal om risicopersonen te detecteren en aan te sporen hun arts hierover aan te spreken. (zie bijlage)

<!--[if !supportLists]-->5. 5.<!--[endif]-->Duidelijke instructies opstellen voor dermatologische anamnese en macroscopische evaluatie van huidletsels.

<!--[if !supportLists]-->6. 6.<!--[endif]-->Steekkaarten opstellen voor de dermatoscopische evaluatie van huidletsels.

<!--[if !supportLists]-->7. 7.<!--[endif]-->Standaardverwijsbrief opstellen waarmee elke patiënt vanaf nu zal verwezen worden naar dermatologie. Hierbij ook een korte uitleg over de masterproef om zo medewerking van de perifere dermatologen te vragen. (zie bijlage)

<!--[if !supportLists]-->8. 8.<!--[endif]-->Medio 2015 verschijnt er vanuit de NHG een richtlijn over de diagnostiek van solitaire huidletsels in de huisartsenpraktijk: deze zal grondig bestudeerd en geëvalueerd worden.

9.Na de periode van de interventie, zal een nieuwe audit gebeuren om het nieuwe aantal huidtumoren te zien. Verder zullen volgende kwalitatieve vragen beantwoord worden: Hoe waren de verwachtingen tov de cursus? Hoe is dit ervaren? Wordt dermatoscopie als een meerwaarde gezien? Stemt de dermatoscopische evaluatie door huisarts/PO overeen met de evaluatie door de perifere dermatoloog?

10.Wat moeten de eindtermen zijn voor dermatologisch onderzoek/ dermatoscopisch onderzoek van verdachte letsels in de huisartspraktijk? Er zal getracht worden deze vraag te beantwoorden adhv de bevindingen uit de literatuur, de ervaringen uit het traject dat we in de praktijk hebben afgelegd en de nieuwe NHG-richtlijn.

Referenties:

http://www.kankerregister.org/media/docs/SKRstats/2012/2012-F-BEL-Abs.pdf
http://www.kankerregister.org/media/docs/SKRstats/2012/2012-M-BEL-Abs.pdf
http://www.kankerregister.org/media/docs/SKRstats/1999/1999-M-FLE-Lft.pdf
http://www.kankerregister.org/media/docs/SKRstats/1999/1999-F-FLE-Lft.pdf

Noor et al, A Dermoscopy survey to assess who is using it and why it is or is not being used. International Journal of Dermatology 2009, 48, 951–952

Westerhoff et al, Increase in the sensitivity for melanoma diagnosis by primary care physicians using skin surface microscopy, British Journal of Dermatology 2000; 143: 1016±1020.

Koelink et al, Examination of skin lesions for cancer: which clinical decision aids and tools are available in general practice?Eur J Dermatol 2014; 24(3): 297-304

Buckley D., Mc Monagle C; Melanoma in primary care. The role of the general practitioner.Ir J Med Sci (2014) 183:363–368

Bergman, Dermatoscopie: een aanwinst voor de klinische beoordeling van

gepigmenteerde afwijkingen; Ned Tijdschr Geneeskd 2002 24 augustus;146(34)

Chen et al, One-year follow-up of dermoscopy education on the ability of medical students to detect skin cancer, Dermatology 2013;226:267–273

Rosendahl et al.The impact of subspecialization and dermatoscopy use on accuracy of melanoma diagnosis among primary care doctors in Australia.J Am Acad Dermatol Volume 67, number 5

Skin cancer screening
http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/skin/HealthProfessional/page2