Leidt het gebruik van de punchbiopsie in de huisartsenpraktijk tot een verbeterde aanpak van dermatologische aandoeningen?

Hannah Aerts, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Ann Roex, KU Leuven

Co-promotor: Dr. Johan Beirinckx, Artsenpraktijk Balen Centrum

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

LEIDT HET GEBRUIK VAN DE PUNCHBIOPSIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK TOT EEN VERBETERDE AANPAK VAN DERMATOLOGISCHE AANDOENINGEN?

ABSTRACT

Context : Dermatologische aandoeningen maken een groot deel uit van de dagelijkse activiteiten van de huisarts. Ondanks het frequente contact met dermatologische problemen voelt de huisarts zich vaak onbekwaam in de aanpak ervan. Dit gevoel van onbekwaamheid komt vaak voort uit diagnostische onzekerheid; het invoeren van een diagnostisch hulpmiddel zou dus een potentiële uitweg kunnen bieden. Een onderzoek dat vaak gebruikt wordt in de dermatologische setting is het nemen van een huidbiopsie. Een punchbiopsie is een techniek die om verschillende redenen makkelijk toepasbaar is in de huisartsenpraktijk. De introductie van de punchbiopsie in de praktijk levert dus mogelijk een bijdrage in de bekrachtiging van de dermatologische competenties van de huisarts.

Onderzoeksvraag : Dit project zoekt een antwoord op de vraag of de introductie van de punchbiopsie in de huisartsenpraktijk leidt tot een verbeterde zorg rondom dermatologische problemen. Er wordt nagegaan of het nemen van een punchbiopsie een impact heeft op de diagnostiek en/of de behandeling van huidaandoeningen en op die manier de praktijkvoering verbetert.

Methode : Het studiedesign is een kwaliteitsverbeterend project bestaande uit meerdere PDCA cycli. Het project met een interventie op praktijkniveau werd uitgevoerd in een artsenpraktijk met zes artsen als interventiegroep. Tijdens de interventie werd het gebruik van de punchbiopsie aangeleerd. Nadien volgden nog drie groepsreflecties op het verloop en de evolutie van het project; deze vonden respectievelijk twee, vier en vijf maanden na de interventie plaats. Tevens werden op die moment ook telkens metingen uitgevoerd ter opvolging van bepaalde kwaliteitsindicatoren. Het rekruteren van patiënten gebeurde aan de hand van inclusie- en exclusiecriteria. De implementatieperiode liep van 1 september 2016 tot en met 31 januari 2017.

Resultaten : Uiteindelijk werden vier patiënten geïncludeerd in dit onderzoek. De opvolging van de procesindicatoren toonde een verbetering in de registratie van dermatologische problemen. Bij de uitkomstindicatoren zag men een toegenomen efficiëntie van doorverwijzingen naar de dermatoloog, een verminderd gebruik van combinatiepreparaten, een toename van het zekerheidsgevoel van de huisarts in de aanpak van dermatologische problemen en er werd meer gebruik gemaakt van het PROVOKE-systeem als systematische beschrijving van huidletsels. De groepsreflecties legden echter ook een aantal knelpunten bloot, waarvan de belangrijkste tijdsgebrek en een wankele kosten-baten verhouding zijn.

Conclusie : In dit onderzoek zijn er aanwijzingen dat de introductie van de punchbiopsie leidt tot een verbeterde aanpak van dermatologische problemen in de huisartsenpraktijk. Er is een positieve invloed op het zekerheidsgevoel van de arts en op de efficiëntie van doorverwijzingen naar de tweede lijn. Ook op vlak van praktijkorganisatie is deze invloed merkbaar. De punchbiopsie vormt dus potentieel een toegevoegde waarde in de huisartsenpraktijk. Men dient echter ook rekening te houden met een aantal belemmerende factoren, zoals tijdsinvestering en het financiële kostenplaatje. Zodoende is bijkomend onderzoek nodig om deze meerwaarde te kunnen extrapoleren naar een grotere populatie.

ABSTRACT (ENGLISH)

Background : Skin disorders make a big part of the daily activities of the general practitioner. Despite the frequent contact with dermatological problems, the GP feels often incompetent in their approach. This feeling of incompetence is often due to diagnostic uncertainty ; a diagnostic tool could be a solution for this. A test that could be used for this purpose is a skin biopsy. Among the various methods for performing a skin biopsy, a punch biopsy is a technique that is easily applicable in the general practice.

Objective : The objective of this study was to evaluate if the use of the punch biopsy as a diagnostic tool in general practice leads to an improved approach in dermatological disorders.

Methods : The study design is a qualitative research in a general practice with six GP's as an intervention group. During the intervention, the technique of performing a punch biopsy was explained. Afterwards, there were three group reflections on the of the project. Certain quality indicators were measured. The patients were recruited on the basis of inclusion and exclusion criteria. The implementation period ran from 2016, the 1st of September to 2017, the 31st of January.

Results : Eventually, four patients participated in this project. The follow-up of the process indicators showed an improvement in the registration of dermatological problems. The outcome indicators showed an increased efficiency of references to the dermatologist, a reduced use of combination therapy, an increase in the competence of the GP according to the approach of skin disorders and there was an increased use of the PROVOKE-system as a systematic description of skin lesions. The group reflections, however, laid a number of bottlenecks, including lack of time and a doubtful cost-benefit ratio.

Conclusions : This study shows some indications that the use of a punch biopsy leads to an improved approach to dermatological problems in general practice. There is a positive influence on the competence of the GP and on the efficiency of references to a dermatologist. The punch biopsy is therefore potentially an added value in the general practice. However, one has also taken into account that there are a number of limiting factors, including a time investment and finances. More research is needed to be able to extrapolate the positive impact to a larger population.

INHOUDSOPGAVE

Abstract

Abstract (English)

Inhoudsopgave

1. INLEIDING 7

2. METHODOLOGIE 10
2. 1 Studiedesign 10
2.2 Setting 10
2.2.1 EMD software 10
2.3 Interventie: gebruik van punchbiopsie in de praktijk 10
2.4 Rekruteren van patiënten 11
2.5 Procedure 12
2.6 Kwaliteitsindicatoren 13
2.6.1 Aantal dermatologische contacten 14
2.6.2 Aantal geregistreerde efflorescenties 15
2.6.3 Beschikbaarheid materiaal 16
2.6.4 Opleiding artsen 16
2.6.5 Uitkomstindicatoren 16
2.7 Groepsreflectie 17
2.8 Ethische aspecten 17

3. RESULTATEN 19
3.1 Inclusies 19
3.2 Kwaliteitsindicatoren 19
3.2.1 Aantal dermatologische patiënten 21
3.2.2 Aantal geregistreerde efflorescenties 21
3.2.3 Beschikbaarheid materiaal 22
3.2.4 Opleiding artsen 22
3.2.5 Uitkomstindicatoren 22
3.3 Groepsreflecties 24
3.3.1 Knelpunten 25

4. DISCUSSIE 29
4.1 Bespreking van de bevindingen 29
4.2 Sterktes en zwaktes 33

5. CONCLUSIE 34

6. BIBLIOGRAFIE 35

7. BIJLAGEN 37
Bijlage 1: informed consent 38
Bijlage 2: registratieformulier 39
Bijlage 3: benodigdheden en uitvoeren punchbiopsie 40
Bijlage 4: protocol en goedkeuring ethische commissie 42
Bijlage 5: inclusies 46
Bijlage 6: scores uitkomstindicatoren 48
Bijlage 7: verslagen groepsreflecties 49
Bijlage 8: verkennende literatuurstudie 52

1. INLEIDING

Dermatologische aandoeningen maken een groot deel uit van de dagelijkse activiteiten van de huisarts. Maar liefst 11% van de patiëntencontacten in België zijn gerelateerd aan een huidaandoening, wat zorgt voor een vierde plaats in de rangschikking van alle patiëntencontacten. (1)

Ondanks het frequente contact met dermatologische problemen voelt de huisarts zich vaak onbekwaam in de aanpak ervan. Een onderzoek uit 1983 toonde reeds aan dat dermatologen voor negen van de tien onderzochte huidaandoeningen adequater handelden dan huisartsen (2). Het probleem van een gebrekkige kennis wat betreft huidaandoeningen bij huisartsen werd dus reeds in die tijd aangekaart. Een meer recent onderzoek uit 2007 trok deze conclusie echter in vraag. Dit onderzoek toonde een overeenkomst van 80% en meer aan tussen de aanpak van de huisarts en die van de dermatoloog met bovendien een hoge graad van patiënttevredenheid (3). Hoewel het hiaat van dermatologische kennis zich tot op de dag van vandaag doortrekt in de praktijk, blijkt er dus wel degelijk een vooruitgang te zijn op vlak van aanpak.

Uit onderzoek met huisartsen in opleiding is gebleken dat dit gevoel van onbekwaamheid voornamelijk voortkomt uit een diagnostische onzekerheid (4). Om uiteenlopende redenen kan de huisarts vaak niet tot een adequate diagnose van het huidprobleem komen, wat op zich weer leidt tot een inaccurate behandeling en opvolging (4). Uiteraard bestaat de mogelijkheid om de patiënt door te verwijzen naar de tweede lijn, maar die blijkt niet altijd even toegankelijk. De dermatologen zijn moeilijk bereikbaar en de wachttijden lopen hoog op (4).

In eerder onderzoek werd reeds gepeild naar mogelijke oplossingen omtrent de problematische aanpak van dermatologische aandoeningen in de huisartsenpraktijk (5). Gezien de diagnostiek vaak het grootste struikelblok vormt, zou het invoeren van een diagnostisch hulpmiddel een potentiële uitweg kunnen bieden. Dit hulpmiddel dient uiteraard toegankelijk te zijn en makkelijk toepasbaar door de huisarts (5).

Wanneer de huisarts onzeker is over de diagnose van een huidprobleem kan hij een aantal dingen ondernemen om het diagnostische proces te vergemakkelijken. Meestal wacht men het spontane verloop van de aandoening af of stelt men een empirische behandeling in. Indien dergelijke aanpak geen uitweg biedt wordt meestal doorverwezen naar de dermatoloog. Er is echter nog een andere mogelijkheid: de huisarts kan zelf ook aanvullende diagnostische testen uitvoeren. Een onderzoek dat vaak gebruikt wordt in de dermatologische setting is het nemen van een huidbiopsie. Bij een huidbiopsie wordt een stukje huid verwijderd zodat histopathologisch onderzoek kan gebeuren. Deze kan excisioneel of incisioneel uitgevoerd worden. Bij een incisionele biopsie - waaronder de punchbiopsie valt - wordt slechts een deel van het huidletsel verwijderd; een excisiebiopsie verwijdert het volledige letsel via een ellipsvormige insnede (6).

Binnen de verschillende mogelijkheden is de punchbiopsie de meest aangewezen techniek omdat op die manier alle huidlagen kunnen worden beoordeeld (7, 8, 9). Ook heeft de punchbiopsie als voordeel dat deze slechts een klein lineair litteken achterlaat. Cosmetisch gezien is dergelijke techniek dus dermate geschikt voor biopsies op zichtbare plaatsen (8). Bovendien is de punchbiopsie een simpele techniek die makkelijk kan worden aangeleerd (7, 9).

Er zijn weinig recente gegevens beschikbaar met betrekking tot het gebruik van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk. In de jaren '90 werd aangetoond dat huisartsen in staat zijn om huidbiopsies adequaat af te nemen, op voorwaarde dat ze hiervoor voldoende training ondergaan (10, 11, 12).

Eerder werd wel onderzoek uitgevoerd naar de implementatie van kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk. Hieruit bleek de huisarts erg geschikt te zijn voor het uitvoeren van kleine technische ingrepen (13), waar ook de punchbiopsie deel van uitmaakt.

Door het nemen van een huidbiopsie – en vervolgens het anatomopathologisch onderzoek ervan – kan vrij snel een correcte diagnose van een huidaandoening worden bekomen. Aan de hand van deze diagnose kan de huisarts dan een adequate behandeling instellen en op die manier is de patiënt alsnog snel en gericht geholpen. Het is immers zo dat bij een diagnostische onzekerheid vaak een brede, allesomvattende therapie wordt ingesteld die toepasbaar is voor een hele waaier aan huidaandoeningen omdat deze een combinatie bevat van antimycotische, antibacteriële en anti-inflammatoire stoffen (4). Op die manier is de patiënt soms wel geholpen, maar blijft de diagnose of de oorzaak een groot vraagteken.

Een gerichte therapie draagt niet alleen bij aan een snellere genezing, maar ook aan het leerproces van de huisarts (4).

Eén van de huidproblemen die het vaakst in de huisartsenpraktijk gezien wordt is een gegeneraliseerde rash (14). Volgens de intego databank ligt de incidentie van een gegeneraliseerd exantheem vrij hoog; in 2013 consulteerden 1,58 per 1000 patiënten de huisarts omwille van dit probleem (1). Dergelijke rash is bovendien een van de moeilijkst te diagnosticeren letsels; de meest uiteenlopende aandoeningen kunnen een gelijkaardige presentatievorm vertonen. Daarnaast kan eenzelfde aandoening zich op verschillende manieren, soms atypisch, manifesteren. De oorzaak van een gegeneraliseerd exantheem is dus vaak klinisch moeilijk te achterhalen. Bij dergelijke casussen is de punchbiopsie een adequate methode gebleken voor het bekomen van een diagnose (9, 15).

Dit project zoekt een antwoord op de vraag of de introductie van de punchbiopsie in de huisartsenpraktijk leidt tot een verbeterde zorg rondom dermatologische problemen. Er wordt nagegaan of het nemen van een punchbiopsie een impact heeft op de diagnostiek en/of de behandeling van huidaandoeningen en op die manier de praktijkvoering verbetert.

2. METHODOLOGIE

2. 1 Studiedesign

In deze onderzoeksbijdrage wordt gepeild naar de bijdrage van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk. Het studiedesign is een kwaliteitsverbeterend project bestaande uit meerdere PDCA cycli. Het onderzoek heeft als doel het bevorderen van de aanpak van dermatologische problemen binnen de huisartsenpraktijk.

2.2 Setting

Het project met een interventie op praktijkniveau werd uitgevoerd in de Artsenpraktijk Balen centrum met zes artsen als interventiegroep. Alle artsen namen deel aan de studie.

2.2.1 EMD software

Bij de opstart van het project werd in de praktijk gebruik gemaakt van het softwarepakket Windoc als EMD. Door problemen met dit pakket werd in de loop van de implementatieperiode overgeschakeld naar andere software, namelijk CareConnect.

2.3 Interventie: gebruik van punchbiopsie in de praktijk

De interventie bestond uit een uiteenzetting over het gebruik van de punchbiopsie in de praktijk. Dit was tevens de start van de eerste kwaliteitscyclus. Nadien werden de volgende cycli ingezet aan de hand van groepsreflecties op het verloop en de evolutie van het project. Deze reflecties vonden plaats na twee maanden, vier maanden en na vijf maanden. Telkens werd ook een meting uitgevoerd om de evolutie van bepaalde kwaliteitsindicatoren op te volgen. Dit betekent dat er een voormeting werd gedaan op moment 0, twee tussenmetingen na respectievelijk twee en vier maanden en een nameting na vijf maanden.

De implementatieperiode liep van 1 september 2016 tot en met 31 januari 2017.

2.4 Rekruteren van patiënten

Het rekruteren van patiënten gebeurde aan de hand van inclusie- en exclusiecriteria. Het gebruik van de punchbiopsie werd potentieel nuttig bevonden bij huidletsels waarvan de diagnose klinisch onduidelijk was en die niet spontaan verbeterden of verdwenen. De te includeren letsels waren dus acute, subacute en chronische huidletsels met een onduidelijke klinische diagnose en/of brede differentieel diagnose die niet verdwenen binnen de 48 uur, hetzij spontaan, hetzij met een ingestelde behandeling. De exclusiecriteria waren pigmentletsels en acute huidletsels met verbetering binnen de 48 uur. Behalve de mannelijke genitaliën zijn er geen strikte contra-indicaties wat betreft de locatie van een punchbiopsie, maar voorzichtigheid moet worden geboden op bepaalde plaatsen van het lichaam. Gezien het nemen van een punchbiopsie op de voeten, lippen, oren, oogleden en neus meer expertise vereist (9, 16), werden ook deze plaatsen opgenomen in de exclusiecriteria.

Indien een corticoïdcrème werd gebruikt voor het nemen van een punchbiopsie diende dit geregistreerd te worden maar werd dit niet beschouwd als een exclusiefactor. Patiënten die dus voor hun huidprobleem reeds een (proef)therapie kregen waarmee niet het gewenste resultaat bereikt werd, konden eveneens deelnemen aan de studie. Om deze reden kon de huisarts, indien gewenst, eerst een behandeling instellen voor zijn voorkeursdiagnose. Wanneer deze behandeling niet effectief bleek te zijn en er bijgevolg twijfel ontstond over de vooropgestelde diagnose, kon alsnog een biopsie genomen worden.

Indien er twijfel bestond over de potentieel maligne aard van een letsel diende de patiënt te worden doorverwezen naar een dermatoloog. Dergelijke letsels vielen buiten het bereik van deze studie.

De minimumleeftijd voor inclusie bedroeg 18 jaar.

2.5 Procedure

Zoals bij elke invasieve procedure diende de patiënt geïnformeerd worden over de indicaties, risico's en complicaties en eventuele alternatieve onderzoeken (Informed consent, zie bijlage 1). Daarnaast werd voldaan aan een aantal voorwaarden om de biopsiename correct te kunnen uitvoeren: er werd gezorgd dat er voldoende licht aanwezig was in de ruimte, de arts beschikte over een adequate uitrusting en alle instrumenten werden gesteriliseerd. Daarnaast was er een goede communicatie met de patholoog (17, 18).

Wanneer een patient zich aanbood met een dermatologisch probleem dat voldeed aan de inclusiecriteria werd een standaard formulier ingevuld met de nodige gegevens en de voorkeursdiagnose van de arts, al dan niet met de mogelijke differentieel diagnosen (Registratieformulier, zie bijlage 2). Het huidletsel diende zo nauwkeurig mogelijk te worden beschreven met de correcte terminologie via het PROVOKE-systeem. [1]

Afhankelijk van de uitgebreidheid van de letsels werd een biopsie genomen op één of meerdere plaatsen met een 4 mm punch (9). Het nemen van meerdere biopsies werd sterk aangeraden ter bevordering van de kwaliteit van het staal (18). De plaats van de biopsie werd steeds afgetekend en gefotografeerd. Indien meerdere biopsies werden genomen, werden deze genummerd en duidelijk gedocumenteerd.
Na weefselafname werd het staal opgestuurd voor anatomopathologisch onderzoek naar het labo van het Jessa ziekenhuis te Hasselt. Het staal werd voorzien van zeer uitgebreide klinische informatie (18). In afwachting van het resultaat kon al dan niet een proeftherapie worden ingesteld. De anatomopathologische diagnose werd telkens vergeleken met de vooropgestelde diagnose door de huisarts. Een database met bovengenoemde gegevens werd aangelegd en geanonimiseerd. Uiteindelijk wordt bekeken of er een significant verschil bestaat tussen beide diagnosen: enerzijds de voorkeursdiagnose die klinisch gesteld werd, anderszijds de diagnose gesteld door de patholoog. Op die manier kan het potentiële nut van het nemen van een huidbiopsie in de huisartsenpraktijk worden nagegaan: draagt de

[1] Het PROVOKE-systeem is een manier om de morfologie van huidafwijkingen systematisch te beschrijven. De terminologie die hierbij gebruikt wordt is die van de efflorescentieleer. PROVOKE staat voor Plaats, Rangschikking, Omvang, Vorm, Omtrek, Kleur en Efflorescentie.

biopsie bij tot een betere diagnostiek van een dermatologisch probleem?

2.6 Kwaliteitsindicatoren

In de interventiegroep werd het effect van de introductie van de punchbiopsie bestudeerd aan de hand van een aantal uitkomstmaten (tabel 1).

De uitkomstmaten boden een mogelijkheid om een antwoord te vinden op volgende vragen, namelijk of het gebruik van de punchbiopsie leidt tot

- Het gerichter voorschrijven van topische behandelingen?
- Gerichte en vlottere doorverwijzingen?
- Verbeterde diagnostiek?
- Verbeterde registratie van de diagnosen?
- Verbeterde aanpak van dermatologische problemen?

Deze uitkomstmaten werden bij elke cyclus opnieuw bekeken en geobjectiveerd aan de hand van metingen in het EMD en resultaten van de groepsreflecties.

Kwaliteitsindicatoren	
Procesindicatoren	Aantal patiënten waarbij dermatologische aanmeldingsklacht geregistreerd wordt
	Aantal patiënten waarbij diagnose geregistreerd wordt als efflorescentie
Structuurindicatoren	

	Beschikbaarheid materiaal
	Opleiding artsen
Uitkomstindicatoren	Specifieke diagnose
	Zekerheidsgevoel van de huisarts
	Gebruik PROVOKE- systeem
	Efficiëntie doorverwijzingen
	Gebruik combinatiepreparaten

Tabel 1: kwaliteitsindicatoren

2.6.1 Aantal dermatologische contacten

Om het aantal patiënten die omwille van een huidprobleem de huisarts bezochten in de periode voor de start van dit project (dus tot en met 31/08/2016) te kunnen objectiveren, werd gebruik gemaakt van de functie statistiek in het medisch programma CareConnect. Alle patiëntencontacten waarbij als reden van contact de woorden 'huid', 'dermato', 'rood of rode' of 'dermatitis' werden genoteerd, konden op die manier worden opgeroepen. Bij de nulmeting werd dit cijfer uitgezet ten opzichte van het aantal actieve patiënten op dat

moment. Bij elke tussenmeting en bij de nameting werd telkens op dezelfde manier tewerk gegaan, maar werd wel gebruik gemaakt van een andere noemer. Deze noemer gaf het aantal patiënten weer die tijdens de volledige registratieperiode consulteerde omwille van een huidprobleem. In de teller werd het aantal patiënten weergegeven die zich sinds de nulmeting aanboden in de praktijk met een dermatologische aandoening. Hierdoor kon de evolutie van zowel het aantal dermatologische patiëntencontacten als van de wijze van notatie worden opgevolgd.

2.6.2 Aantal geregistreerde efflorescenties

Om de registratie van huidaandoeningen te kunnen bekijken werd gebruik gemaakt van dezelfde zoekfunctie. Naar aanleiding van de resultaten van de eerste groepsreflectie werd deze kwaliteitsindicator gemeten aan de hand van termen die het frequentst gebruikt werden in de praktijk ter registratie van onduidelijke dermatologische diagnosen. Dergelijke diagnosen werden vaak genoteerd als efflorescentie, al dan niet gecodeerd. Bij de codering werd meestal gebruik gemaakt van termen die bij de ICPC classificatie vallen onder S06 en S07 (lokaal of gegeneraliseerd erytheem, exantheem, erythemateuze dermatose, huideruptie, huiduitslag waarbij lokaal onder S06 valt en de gegeneraliseerde vorm tot S07 behoort). Er werd dus vanuit gegaan dat, indien de arts niet in staat was geweest een diagnose te stellen en de patiënt dus bijgevolg eventueel in aanmerking kwam voor een punchbiopsie, de huidaandoening vermoedelijk gecodeerd werd onder één van bovenstaande termen. Indien er geen gebruik werd gemaakt van een codering, werd het (klinisch onduidelijke) huidprobleem genoteerd bij evaluatie met als meest gebruikte termen: ‘dermatitis’, ‘exantheem’, ‘erytheem’, ‘rash’ of ‘huiduitslag’.

In de noemer werd bij de nulmeting ditmaal gebruik gemaakt van het aantal patiënten dat zich ooit in de praktijk had aangeboden met een dermatologisch probleem en als dusdanig geregistreerd stond in het EMD. De teller geeft het aantal geregistreerde efflorescenties weer met als onderverdeling de verschillende termen die hiervoor gebruikt werden.
De tussenmetingen en de nametingen geven opnieuw het aantal bijkomend geregistreerde

efflorescenties weer sinds de start van de implementatieperiode. Dit werd telkens uitgezet ten opzichte van de patiënten die zich tijdens die periode aanboden met een huidaandoening.

2.6.3 Beschikbaarheid materiaal

Het materiaal voor het nemen van een punchbiopsie (zie bijlage 3) was op het ogenblik van de start van de implementatieperiode beschikbaar in de praktijk. Het bleef ook beschikbaar tot het einde van de periode.

2.6.4 Opleiding artsen

Voor de start van dit project was geen van de artsen opgeleid tot het nemen van punchbiopsies. Dankzij mijn opleiding tijdens een coassistentschap dermatologie in 2015 in het UZ Leuven was ik in staat punchbiopsies uit te voeren en de correcte techniek aan te leren aan de andere artsen binnen de praktijk. Dit gebeurde tijdens een interventie op 1 september 2016.

2.6.5 Uitkomstindicatoren

Aan de hand van het doel van dit project werden vijf uitkomstindicatoren bepaald, namelijk:

1. In welke mate is de huisarts in staat een specifieke diagnose te stellen bij een dermatologische casus?
2. Hoe ervaart de huisarts de zekerheid of onzekerheid bij het aanpakken van een dermatologisch probleem?
3. In welke mate wordt er gebruik gemaakt van het PROVOKE-systeem voor de beschrijving van huidletsels?
4. Hoe wordt de efficiëntie van doorverwijzingen naar de tweede lijn ervaren? Verlopen

deze vlot? Gebeuren deze gericht?

5. In welke mate wordt er gebruik gemaakt van combinatiepreparaten wat betreft de behandeling van huidaandoeningen?

Tijdens elke groepsreflectie werden de huisartsen gevraagd om elk van deze uitkomstindicatoren te scoren. Hierbij werd gebruik gemaakt van een meetschaal van 0 tot 10. De artsen kenden aan elk van de indicatoren een score toe aan de hand van hun eigen perceptie. Per indicator werd telkens de gemiddelde score berekend en als dusdanig weergegeven in een tabel.

2.7 Groepsreflectie

In totaal werden vier groepsreflecties georganiseerd; de eerste vond plaats tijdens de interventie op 1 september 2016 (het begin van de implementatieperiode), de andere respectievelijk 2 maanden, 4 maanden en 5 maanden na de interventie. Het betrof een bijeenkomst van de interventiegroep van 1 uur waarbij telkens eenzelfde standaard vragenlijst werd overlopen (cfr bijlage). Op basis van de notities van dit gesprek werd een analyse gemaakt die nadien werd voorgelegd aan de interventiegroep ter bekrachtiging van het project. De interventie werd telkens bijgestuurd door het maken van nieuwe afspraken en het oplossen van knelpunten. Aan de hand van de resultaten van deze groepsreflectie konden een aantal uitkomstmaten bestudeerd worden en kon overgegaan worden tot de volgende PDCA cyclus.

2.8 Ethische aspecten

Alle deelnemende patiënten werden geïnformeerd over de procedure, de risico's en mogelijke complicaties door middel van een informed consent (zie bijlage 1).

Tevens werd er vooraf goedkeuring gevraagd aan de Commissie Medische Ethiek van de universitaire ziekenhuizen KU Leuven (zie bijlage 4).

3. RESULTATEN

3.1 Inclusies

Gedurende de volledige implementatieperiode konden vier patiënten (zie bijlage 5) worden geïncludeerd waarbij een punchbiopsie werd afgenomen volgens het protocol.

Inclusies	Klinische voorkeursdiagnose	Voorkeursdiagnose na APO	Beleid
Patiënt 1	Dermatomycose	Atypische mycobacterie DD granuloma annulare	Doorverwijzing
Patiënt 2	Lupus Erythematosus	Lupus Erythematosus	Dringende doorverwijzing universitair centrum
Patiënt 3	Eczeem DD Pityriasis rosea	Sclerodermie	Dringende doorverwijzing universitair centrum
Patiënt 4	Stollingsproblematiek	Mastocytose	Dringende dooverwijzing universitair centrum

Tabel 2: inclusies

3.2 Kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren

	Nulmeting	Tussenmeting 2 maanden	Tussenmeting 4 maanden	Nameting
Procesindicatoren				
Aantal dermatologische patiënten	2062/9511 (21,68%)	2 / 6 (30%)	3 / 6 (50%)	6 / 6 (100%)
Aantal geregistreerde efflorescenties	417 / 2062 (20,22%)	3 / 6 (50%)	3 / 6 (50%)	3 / 6 (50%)
S06	37 / 2062 (1,79%)	1 / 6 (16,67%)	1 / 6 (16,67%)	1 / 6 (16,67%)
S07	13 / 2062 (0,63%)	1 / 6 (16,67%)	1 / 6 (16,67%)	1 / 6 (16,67%)
huiduitslag	253 / 2062 (12,27%)	1 / 6 (16,67%)	1 / 6 (16,67%)	1 / 6 (16,67%)
dermatitis	177 / 2062 (8,58%)	0 / 6 (0%)	1 / 6 (16,67%)	1 / 6 (16,67%)
Restgroep: exantheem, erytheem, rash	114 (41, 7, 66) / 2062 (5,53%)	0 / 6 (0%)	0 / 6 (0%)	0 / 6 (0%)
Structuurindicatoren				
Beschikbaarheid materiaal	Beschikbaar sinds 1 jaar	Beschikbaar	Beschikbaar	Beschikbaar
Opleiding artsen	×	✓	✓	✓
Uitkomstindicatoren (schaal van 0 tot 10)				
Specifieke diagnose	4,33 (max 7, min 3)	4,83 (max 8, min 3)	5,5 (max 9, min 3)	5,83 (max 9, min 3)
Zekerheidsgevoel huisarts	3,83 (max 7, min 2)	4,83 (max 8, min 3)	5 (max 8, min 3)	5 (max 8, min 3)

Gebruik PROVOKE-systeem	1,67 (max 7, min 0)	2,5 (max 8, min 0)	3,17 (max 9, min 1)	3,67 (max 10, min 1)
Efficiëntie doorverwijzingen	4 (max 6, min 2)	4,33 (max 7, min 2)	5,33 (max 8, min 3)	5,67 (max 8, min 4)
Gebruik combinatiepreparaten	7 (max 9, min 1)	4,67 (max 6, min 1)	3,33 (max 5, min 1)	2,5 (max 5, min 1)

Tabel 3: resultaten kwaliteitsindicatoren

3.2.1 Aantal dermatologische patiënten

Bij de nulmeting werden 2062 patiënten gevonden die zich ooit hadden aangeboden met een dermatologisch probleem en als dusdanig geregistreerd stonden in het EMD. Procentueel gezien is dit ongeveer 22% van alle actieve patiënten.

Gedurende de volledige implementatieperiode werden slechts zes patiënten bijkomend geregistreerd met een dermatologisch probleem als reden van contact.

Wat betreft de gebruikte trefwoorden als wijze van notatie werden in de eerste tussenperiode beide patiënten die zich aanboden met een huidprobleem genoteerd als ‘huid’ bij reden van contact. Ook tijdens de volgende tussenperiode werd ‘huid’ gebruikt als trefwoord. In de laatste periode tot de nameting werden bij twee patiënten het trefwoord ‘huid’ gebruikt en bij één patiënt het woord ‘dermato’.

3.2.2 Aantal geregistreerde efflorescenties

Het grootste deel van de klinisch onduidelijke huidproblemen bleek bij de nulmeting niet gecodeerd; deze werden voornamelijk geregistreerd als ‘huiduitslag’ of ‘dermatitis’ en een minderheid als ‘exantheem’, ‘rash’ of ‘erytheem’. Slechts een klein deel werd gecodeerd onder S06 of S07. Gedurende het verloop van de implementatieperiode bleven deze cijfers min of meer stabiel; ‘huiduitslag’ werd nog éénmaal gebruikt bij de eerste tussenmeting en

‘dermatitis’ werd bij de tweede tussenmeting nog éénmaal genoteerd. Twee onduidelijke diagnosen werden bijkomend gecodeerd als S06 (één) en S07 (ook één) tijdens de eerste twee maanden.

3.2.3 Beschikbaarheid materiaal

Het materiaal (zie bijlage 3) voor het gebruik van punchbiopsies werd aangekocht bij mijn intrede in de praktijk, namelijk in augustus 2015. Bij de start van de implementatieperiode (1 september 2016) was het materiaal dus voorradig en dit bleef onveranderd gedurende de hele periode.

3.2.4 Opleiding artsen

Voor de start van dit project was geen van de artsen opgeleid tot het nemen van punchbiopsies. Dankzij mijn opleiding tijdens een coassistentschap dermatologie in 2015 in het UZ Leuven was ik in staat punchbiopsies uit te voeren en de correcte techniek aan te leren aan de andere artsen binnen de praktijk. Dit gebeurde tijdens een interventie op 1 september 2016.

3.2.5 Uitkomstindicatoren

In de tabel wordt telkens de gemiddelde score weergegeven met als referentiewaarde de minimum- en maximumscore die toegekend werd (zie bijlage 6).

3.2.5.1 Specifieke diagnose

Bij de nulmeting gaven de artsen aan in minder dan de helft van de gevallen in staat te zijn om een specifieke diagnose te stellen bij een huidaandoening. Naarmate de implementatieperiode vorderde steeg het gemiddelde cijfer tot net boven de helft.

3.2.5.2 Zekerheidsgevoel van de arts

Iets wat hiermee samenhangt is het zekerheidsgevoel van de arts. In eerder onderzoek was al gebleken dat het zekerheidsgevoel een heikel punt is bij artsen en artsen in opleiding (4). Ook in deze praktijk scoorde het zekerheidsgevoel wat betreft dermatologische problemen zeer laag. Dit gemiddelde steeg naar het einde van de implementatieperiode toe, om uiteindelijk uit te komen op een score van 5/10.

3.2.5.3 Gebruik van het PROVOKE-systeem

Voor de interventie plaatsvond waarbij ook het gebruik van het PROVOKE-systeem werd toegelicht en de artsen werden aangemoedigd hier gebruik van te maken, bleken de artsen hier zeer weinig mee vertrouwd te zijn. Tijdens elke groepsreflectie werd het belang van het PROVOKE-systeem nogmaals aangehaald. Het cijfer in de tabel geeft het gemiddeld aantal patiënten weer waarbij de letsels systematisch worden beschreven. De score die de artsen toekenden aan het systematisch beschrijven van de letsels steeg geleidelijk aan.

3.2.5.4 Efficiëntie van de doorverwijzingen

In eerder onderzoek werden doorverwijzingen naar de tweede lijn vaak als niet-efficiënt ervaren (2). Door de artsen in de praktijk werd bij de nulmeting een gemiddelde score van 4/10 toegekend aan de efficiëntie van doorverwijzingen naar de dermatoloog. Na de introductie van de punchbiopsie steeg de efficiëntiescore voor doorverwijzing naarmate de

tijd vorderde.

3.2.5.5 Gebruik van combinatiepreparaten

Bij de nulmeting bleken de artsen in de praktijk gemiddeld bij 7 op de 10 patiënten een combinatiepreparaat voor te schrijven bij een huidaandoening. Het gebruik hiervan werd tijdens de interventie en bij elke groepsreflectie afgeraden en de evolutie van het voorschrijfgedrag werd opgevolgd aan de hand van objectieve cijfers en een score. De score daalde spectaculair gedurende de hele implementatieperiode om uiteindelijk te eindigen op 2,5.

3.3 Groepsreflecties

Tijdens de eerste groepsreflectie - de interventie - werd bevraagd welke termen het frequentst gebruikt werden ter registratie van dermatologische contacten (zie methode; bijlage 7). Aan de hand hiervan werden afspraken gemaakt rond het noteren en registreren van dermatologische aandoeningen. Patiëntencontacten in kader van een huidprobleem dienden geregistreerd te worden onder een term die het trefwoord 'huid' of 'dermato' bevatte. Indien de huisarts geen duidelijke diagnose kon stellen, diende de aandoening te worden gecodeerd onder de ICPC-codes S06 of S07.
Tevens werd besproken welke de tot dan toe meest gebruikte termen waren waarmee een dermatologisch contact werd geregistreerd. Deze termen werden gebruikt als trefwoorden om de uitkomstmaten te objectiveren.

De volgende groepsreflectie, twee maanden later, vond plaats tijdens een hectische periode in de praktijk. Het EMD waar tot dan toe mee gewerkt werkt (Windoc), vertoonde kort na de opstart van dit project ernstige problemen en werd even later volledig nonfunctioneel. Er werd besloten over te schakelen naar een ander EMD (CareConnect); dit kon echter pas

enkele weken later geïnstalleerd worden. Dit maakte dat de praktijk gedurende bijna negen weken niet over een functioneel EMD beschikte, waardoor de registratiemogelijkheden beperkt waren. Uiteraard had dit ernstige gevolgen voor dit onderzoek; de artsen gaven aan dat de chaos in de praktijk een drempel was voor het nemen van punchbiopsies. Ook de registratie van dermatologische aandoeningen liet tijdens die periode te wensen over. Tijdens de omschakeling naar CareConnect gingen veel patiëntengegevens verloren, mede door een beschadigde database.

Bij de volgende groepsreflectie werd besloten om de implementatieperiode te verlengen met één maand, dus tot en met 31 januari 2017. Dit door bovengenoemde problemen en door het gebrek aan inclusies tot dan toe.

Bij elke groepsreflectie werden de vorderingen besproken en eventuele problemen bevraagd. Deze besprekingen legden geleidelijk aan een aantal knelpunten bloot met betrekking tot het nemen van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk. Tijdens de laatste groepsreflectie op het einde van de registratieperiode werd de nadruk gelegd op deze knelpunten en werd tevens de toekomstvisie met betrekking tot de haalbaarheid van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk bevraagd.

3.3.1 Knelpunten

3.3.1.1 Seizoensfluctuaties

In de praktijk werd een bepaalde tendens opgemerkt wat betreft de frequentie van het aanbod van dermatologische problemen. De artsen hadden de indruk dat tijdens het najaar en de winter dermatologische contacten minder voorkwamen.

3.3.1.2 Duidelijke kliniek

De artsen binnen de groepspraktijk gaven aan dat de huidaandoeningen die ze zagen vaak een duidelijk klinisch beeld vertoonden. Op die manier kon vaak al een correcte klinische diagnose gesteld worden zodat er geen nood meer was aan anatomopathologische bevestiging. Bij een minder duidelijke kliniek werd vaak getwijfeld tussen twee differentieel diagnosen en koos de arts er meestal voor om een proeftherapie in te stellen.

3.3.1.3 Combinatiepreparaten

Ondanks het advies om een enkelvoudig preparaat te kiezen voor de proefbehandeling bleken de meeste artsen toch vaak een multipreparaat op te starten. Dit naar eigen zeggen om sneller resultaat te bekomen; een snel resultaat werd vaak verkozen boven een correcte diagnose. Het is immers zo dat voor de patiënt het type huidaandoening minder belangrijk is. Gezien het esthetisch storende aspect wil de patiënt de huidaandoening zo snel mogelijk verdwenen zien. Artsen menen dat het aantal patiënten die het wel belangrijk vinden om een juiste diagnose mee te krijgen, eerder gering is.
Bovendien geeft de tijdswinst voor de arts toch vaak de doorslag om voor een gecombineerd preparaat te kiezen.

3.3.1.4 Exclusiecriteria

De artsen meenden dat patiënten die zich in de winterperiode aanbieden met een dermatologisch probleem komen vaak voor nazicht van pigmentletsels. Naevi en andere pigmentletsels vallen echter buiten het opzet van deze studie en mochten als dusdanig niet geïncludeerd worden. Ook huidletsels met een potentieel maligne achtergrond hoorden tot de exclusiecriteria. Meermaals kwamen de artsen in aanraking met dergelijke letsels waarbij bijvoorbeeld een spinocellulair carcinoom of basocellulair carcinoom tot de differentieel diagnose behoorde. In dat geval is de punchbiopsie niet meer van toepassing maar dient een

excisiebiopsie te worden genomen, hetzij door de huisarts zelf, hetzij na dooverwijzing naar een dermatoloog.

3.3.1.5 Tijdsgebrek

Tijdsgebrek bleek eveneens een belangrijke belemmerende factor voor het nemen van een punchbiopsie. Wanneer een patiënt zich aanbood met een dermatologisch probleem dat in aanmerking kwam voor het nemen van een punchbiopsie, bleek de arts op dat moment meestal onvoldoende tijd te hebben om de biopsie onmiddellijk te laten doorgaan.

3.3.1.6 Honorarium

Een andere factor die naar voren kwam tijdens de reflecties en die samenhangt met tijdsgebrek is het honorarium. De huisarts kan het nomenclatuurnummer 532114 (afname huidbiopsie voor APD met hechting) aanrekenen, waarvoor hij 16,18 euro vergoed krijgt. Tel hierbij de consultatie van 25 euro en komen op een totaal van 41,18 euro. Uiteraard moeten de punches worden aangekocht en ook het hechtingsmateriaal, ontsmettingsmiddel, compressen,... moeten in rekening worden gebracht. Een punch van 4 mm doorsnede kost per stuk 4 euro. Indien de kostprijs van het andere materiaal even buiten beschouwing wordt gelaten, komt het erop neer dat de arts ongeveer 37 euro vergoed krijgt voor het nemen van een biopsie.

3.3.1.7 Kinderen

De artsen in de praktijk hadden de indruk dat huidaandoeningen die voldeden aan de inclusiecriteria zich vaak presenteerden bij kinderen. Kinderen vallen echter buiten het bestek van dit onderzoek.

3.3.1.8 Littekenvorming

Een factor die voor belemmering zou kunnen zorgen is de littekenvorming die gepaard kan gaan met het nemen van elke soort biopsie. Een huidaandoening is vaak esthetisch storend en net dit zorgt ervoor dat de patiënt de hulp inroept van een arts. Men mag echter niet vergeten dat het litteken dat eventueel kan ontstaan na het nemen van een biopsie ook mogelijks esthetisch storend kan zijn. Om deze reden zou men kunnen verwachten dat de patiënten over het algemeen weigerachtig staan tegenover een punchbiopsie. Het dient echter te worden vermeld dat dit uit ervaring van de artsen absoluut niet het geval bleek te zijn. Op geen enkel moment maakte de patiënt bezwaar tegen een dergelijke ingreep om esthetische redenen.

4. DISCUSSIE

4.1 Bespreking van de bevindingen

In dit onderzoeksproject wordt nagegaan of de introductie van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk een positieve bijdrage kan leveren aan de aanpak van dermatologische problemen.

Door het gebruik van een aantal kwaliteitsindicatoren wordt getracht een antwoord te vinden op volgende vragen, namelijk of het gebruik van punchbiopsies leidt tot

- Het gerichter voorschrijven van topische behandelingen?
- Gerichte en vlottere doorverwijzingen?
- Verbeterde diagnostiek?
- Verbeterde registratie van de diagnosen?
- Verbeterde aanpak van dermatologische problemen?

Dit onderzoek toont aan dat de introductie van de punchbiopsie een positieve impact heeft op de zorg rondom huidaandoeningen in de praktijk. Bij een onduidelijke diagnose blijkt het pathologisch onderzoek een waardevolle aanvulling te zijn op het klinisch onderzoek. Van de vier geïncludeerde patiënten komen uiteindelijk drie diagnosen niet overeen met de klinische voorkeursdiagnose van de arts (zie tabel 2). Zonder de mogelijkheid tot het nemen van een punchbiopsie zouden deze patiënten in eerste instantie foutief behandeld worden of doorverwezen worden naar een dermatoloog. Uiteindelijk werden alle geïncludeerde patiënten alsnog doorverwezen naar de tweede lijn, maar de verwijzingen blijken veel efficiënter te verlopen na het nemen van een punchbiopsie. Bij de nulmeting werden slechts 4/10 doorverwijzingen als vlot ervaren. Volgens de artsen in de praktijk wordt de efficiëntie van doorverwijzing voornamelijk bepaald door de wachttijd en de reden van verwijzing. Dit verloopt vlotter indien de patiënt op een gerichte manier met een duidelijke diagnose - of duidelijke beschrijving van de letsels - kan worden doorgestuurd. Hierdoor kan immers een betere inschatting kan gemaakt worden van de termijn waarop de patiënt dient gezien te worden. De huisarts zelf kan aan de hand van het APO verslag tevens bepalen naar welke instantie de patiënt best kan worden doorverwezen, hetzij een perifere dermatoloog, hetzij

een universitair centrum of een centrum met bepaalde expertise. Het gaat dus over het algemeen om vlottere en gerichte verwijzingen, iets wat op zich al positieve invloed heeft op de aanpak van dermatologische aandoeningen in de huisartsenpraktijk.
Uit eerder onderzoek blijkt dat wanneer huidletsels systematisch worden beschreven, bijvoorbeeld door het gebruik van het PROVOKE-systeem, de doorverwijzingen naar de tweede lijn efficiënter verlopen (4). Het stellen van een correcte diagnose begint immers al bij een goede beschrijving van de huidletsels. Voor deze interventie bleken de artsen in de praktijk dit PROVOKE-systeem gemiddeld slechts bij 1 à 2 patiënten op de 10 toe te passen. Na herhaaldelijke aanmoediging en bekrachtiging geven de artsen op het einde van dit project aan steeds meer gebruik te maken van deze systematische beschrijving.

Uit hetzelfde onderzoek kwam eerder het probleem van onzekerheid van de huisarts naar voren (4). Artsen voelen zich over het algemeen weinig bekwaam in de aanpak van dermatologische problemen. Tijdens de groepsreflecties geven ook de artsen in de praktijk aan zich over het algemeen erg onzeker voelen tijdens deze consultaties. Voor de introductie van punchbiopsies in de praktijk bleken de artsen zich gemiddeld slechts bij 3 à 4 op de 10 patiënten zeker te voelen van hun diagnose en aanpak bij een huidprobleem. Dit cijfer stijgt naarmate de vordering van dit project. Ondanks het feit dat er slechts vier punchbiopsies genomen werden tijdens dit project en dus niet alle artsen hiervan gebruik maakten, stijgt het zekerheidsgevoel bij élke arts. Dit impliceert dat de mogelijkheid tot diagnostische ondersteuning in de vorm van een biopsie alleen al ervoor zorgt dat de artsen zich zekerder gaan voelen in de aanpak van dermatologische problemen, zelfs zonder dat deze ook effectief uitgevoerd wordt. Het vermogen om een specifieke diagnose te plakken op een bepaald huidprobleem is iets wat hiermee sterk samenhangt. De artsen geven aan meestal niet in staat te zijn een specifieke diagnose te stellen bij een dermatologisch contact. De introductie van de punchbiopsie blijkt ook hierop een gunstige invloed uit te oefenen.

De invloed op de aanpak van huidproblemen kan geëvalueerd worden aan de hand van het gebruik van combinatiepreparaten. Deze indicator weerspiegelt tevens deels het zekerheidsgevoel van de artsen; hoe zekerder een arts zich voelt over een bepaalde diagnose, hoe gerichter hij de behandeling zal kiezen. In de praktijk werd zeer vaak gebruik gemaakt van combinatiepreparaten: gemiddeld werd bij 7 op de 10 patiënten een dergelijke

behandeling voorgeschreven.
Bij onzekerheid van de huisarts omtrent de diagnose wordt vaak gekozen voor een preparaat dat een combinatie bevat van een antimycotische, antibacteriële en/of antiinflammatoire stof. Op die manier wordt de kans op effectiviteit vergroot en kan de huisarts zijn onzekerheid deels verbergen voor de patiënt. Het is echter zo dat bij effectiviteit van dergelijk preparaat de correcte diagnose nooit kan worden gesteld.
Wanneer de arts echter voor een monopreparaat kiest en deze een gunstig resultaat blijkt te hebben, bekrachtigt dit de klinische diagnose. Omgekeerd zal ineffeciviteit van een monopreparaat de diagnose ontkrachten. Op deze manier draagt de keuze van een gericht preparaat bij aan het leerproces van de huisarts.

Als men kijkt naar de registratie van dermatologische diagnosen in het EMD, ziet men dat deze vaak weergegeven worden als efflorescentie. Volgens de Intego databank worden huidletsels erg vaak gecodeerd met 'andere ziekte huid' (ICPC-code S99; incidentie 4,78 per 1000 patiënten van de geschatte praktijkpopulatie) (1). Dit weerspiegelt mogelijks de diagnostische onzekerheid van de huisarts. Ook ICPC-codes S06 en S07 komen zeer vaak terug in de algemene huisartsenpraktijk. In 2013 registreerde Intego voor de code S06 een incidentie van 0,55 per 1000 patiënten; voor S07 lag de incidentie zelfs nog veel hoger (1,58 per 1000 patiënten) (1). Ook in deze praktijk komen dezelfde ICPC-codes vaak voor.
Gedurende de volledige implementatieperiode worden zes patiënten bijkomend geregistreerd als dermatologische contacten. Hiervan werden twee diagnosen gecodeerd als S06 en S07. Nog eens twee diagnosen werden geregistreerd als 'dermatitis' en 'huiduitslag'. Gezien er bij de interventie concrete afspraken werden gemaakt rondom de systematische registratie van dergelijke diagnosen en deze grotendeels nageleefd werden, kan men hier spreken van een gunstige impact op de praktijkvoering.
Ook rondom de notatie van de reden van contact werden afspraken gemaakt. Indien de patiënt zich aanbood met een dermatologisch probleem, diende dit ook als dusdanig genoteerd te worden in het EMD. Voordien werden ook hier zeer uiteenlopende termen gebruikt, bijvoorbeeld rode vlek, uitslag, jeuk,… Bij de nameting merkt men op dat termen als 'rood of rode' en 'dermatitis' niet meer gebruikt worden ter registratie van een dermatologisch contact. Over het algemeen kan gesteld worden dat de praktijkvoering bevorderd werd door enerzijds het maken van afspraken en anderzijds het naleven van deze

afspraken.
Bij de interpretatie van de registratie dient een kanttekening te worden gemaakt. Door de problemen met het EMD waren de registratiemogelijkheden gedurende de implementatieperiode zeer beperkt. Ook zijn er veel gegevens verloren gegaan bij de overgang naar een ander EMD, waardoor de metingen en de interpretatie hiervan sterk bemoeilijkt werden.

Uiteraard zijn er niet enkel voordelen verbonden aan het nemen van punchbiopsies. In de literatuur wordt de tijdsinvestering van de huisarts ook al genoemd als potentieel belemmerende factor (9). Deze factor komt ook tijdens de groepsreflecties naar voren; tijdsgebrek wordt ook door de artsen in de praktijk als een drempel ervaren. Het nemen van een punchbiopsie neemt al snel 30 minuten in beslag. Om deze reden moest de patiënt de volgende dag of zelfs enkele dagen later opnieuw gepland worden op een moment dat voldoende tijd kon worden voorzien. Bovendien is het de bedoeling dat de patiënt een week later opnieuw op consultatie komt ter bespreking van de resultaten en om de huidletsels opnieuw te evalueren. Zowel voor de arts als voor de patiënt vraagt dit, vaak onvoorziene, tijd. Dit moet echter in perspectief worden gezien omdat er anderzijds ook sprake kan zijn van tijdswinst. De patiënt met zijn huidprobleem wordt immers sneller geholpen doordat er vaak sneller een correcte diagnose kan gesteld worden en hierdoor sneller kan overgegaan worden tot de juiste behandeling. Hoewel het dus een tijdsinvestering kost van de huisarts, wordt voor de patiënt het gewenste resultaat wel sneller bekomen.
Hiernaast zijn er nog een aantal andere drempels die de implementatie van punchbiopsies in huisartsenpraktijken kunnen belemmeren. De artsen Volgens de artsen in de praktijk is naast tijdsgebrek ook de kosten-baten verhouding zeer belangrijk. De huisarts krijgt voor het nemen van een punchbiopsie ongeveer 37 euro vergoed, een bedrag dat lager is dan het bedrag dat de arts zou ontvangen indien hij gewoon consultaties zou doen in die tijdsspanne. In rekening genomen dat hij in het tijdsbestek van 30 minuten normaal twee consultaties zou doen (wat dus 2x 25,48 euro zou opbrengen), komt dit financieel niet voordelig uit. Ook hier kan echter de vraag gesteld worden of het aantal punchbiopsies dat de gemiddelde huisarts zal nemen ook effectief het maandloon zal beïnvloeden.

4.2 Sterktes en zwaktes

Voor dit project werd in Vlaanderen nog geen onderzoek uitgevoerd naar de invloed van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk. Dit onderzoek kent echter een aantal beperkingen. Gedurende een groot deel van het project waren er problemen met het EMD in de praktijk. Bij de start werd nog gebruikt gemaakt van Windoc, welke al snel nadien onbruikbaar werd. Tijdens een periode van ongeveer 2 maanden was er geen bruikbaar EMD in de praktijk aanwezig, waardoor een groot aantal gegevens niet geregistreerd konden worden. In november 2016 schakelde de praktijk over naar een ander EMD, namelijk CareConnect. Door de beschadigde database en het verlies van gegevens tijdens de overdracht, konden nogmaals kostbare gegevens niet geïncludeerd worden in dit onderzoek.

Er zijn echter nog een aantal andere mogelijke verklaringen voor het beperkte aantal inclusies. Dit project vond plaats tijdens het najaar. Een onderzoek in de USA toonde aan dat huidaandoeningen over het algemeen vaker voorkomen in de lente (19). Bovendien gaven de artsen aan dat, indien een patiënt zich presenteerde met een huidaandoening die voldeed aan de inclusiecriteria, het vaak om een kind ging. Kinderen werden echter buiten beschouwing gelaten in dit project.

Dit gevoel wordt gestaafd aan de hand van cijfers van de Intego databank. Als men nogmaals de incidentie van de ICPC-codes S06 en S07 bekijkt, blijkt dat deze incidenties pieken in de leeftijdscategorie van 0 tot 4 jaar. De incidentie van S06 bedraagt voor deze leeftijd 0,97 per 1000 patiënten; die van S07 is zelfs 5,40 per 1000 patiënten. Beide cijfers worden door geen enkele andere leeftijdscategorie overtroffen.

5. CONCLUSIE

In dit onderzoek zijn er aanwijzingen dat de introductie van de punchbiopsie leidt tot een verbeterde aanpak van dermatologische problemen in de huisartsenpraktijk. Tot hier toe werd in Vlaanderen nog geen onderzoek gedaan naar de meerwaarde van het gebruik van punchbiopsies door huisartsen. De punchbiopsie is een zeer goed diagnostisch hulpmiddel dat als mogelijke oplossing naar voren wordt geschoven voor de problematiek rond dermatologische aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Huisartsen voelen zich vaak onzeker in de aanpak van dergelijke casussen en dat heeft een weerslag op de diagnostiek en het beleid, welke vaak incorrect en inadequaat zijn.

De mogelijkheid tot het nemen van een punchbiopsie heeft een positieve invloed op het zekerheidsgevoel van de arts en op de efficiëntie van doorverwijzingen naar de tweede lijn. Deze invloed is niet enkel duidelijk op vlak van diagnostiek en beleid; ook de praktijkorganisatie en samenwerking wordt naar een hoger niveau getild. De punchbiopsie vormt dus potentieel een toegevoegde waarde in de huisartsenpraktijk. Men dient echter ook rekening te houden met een aantal belemmerende factoren, zoals tijdsinvestering en het financiële kostenplaatje; het vergt namelijk wel een zekere moedwilligheid van de huisarts om dergelijke ingrepen te doen en de baten meer gewicht bij te brengen. Interesse en gedrevenheid om een correcte diagnose te kunnen stellen spelen hierin zeker mee. Het is immers zo dat de punchbiopsie bijdraagt aan het leerproces van de huisarts en dat dit ook een goede manier kan zijn om de technische skills te onderhouden. Het spreekt echter voor zich dat niet alle huisartsen bereid zijn om een dergelijk offer van tijd en geld te brengen.

Zodoende is bijkomend onderzoek nodig om deze meerwaarde te kunnen extrapoleren naar een grotere populatie.

6. BIBLIOGRAFIE

(1) Intego databank, beschikaar via: www.intego.be

(2) Robert A. C., Robert L. R. The cost of initiating appropriate therapy for skin diseases: A comparison of dermatologists and family physicians. Journal of the American Academy of Dermatology 1983; 9: 787-796.

(3) Merenstein, D. et al. How well do family physicians manage skin lesions? Journal of Family Practice 2007; 56: 40-45.

(4) Aerts, H., De Smedt, J., Depoortere, N., Ghyselen, B., Prof. Dr. Degryse, J. Dermatologische aandoeningen in de huisartsenpraktijk: self-efficacy, moeilijkheden en oplossingen van huisartsen in opleiding. Seminariewerk opleiding huisartsgeneeskunde 2015.

(5) Bureaux, V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes. Human health and pathology 2012.

(6) Pickett, H. Shave and punch biopsy for skin lesions. American Family Physician 2011; 84: 995-1002.

(7) Zuber, T. Punch skin biopsy of the skin**.** American Family Physician 2002; 65: 1155-1158.

(8) Miedema, J., Zedek, D.C., Rayala, B. Z., Bain, E. E. 9 tips to help prevent derm biopsy mistakes. Journal of Family Practice 2014; 63: 559-64.

(9) Ustatine, R., Pfenninger, J. L., Stulberg, D. L. Dermatologic and Cosmetic Procedures in Office Practice. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. p70.

(10) McWilliam, L. J., Knox, F., Wilkinson, N., Oogarah, P. Performance of skin biopsies by general practitioners. British Medical Journal 1991; 303: 1177–1179.

(11) Williams, R. B., Burdge, A. H., Jones, S. L. Skin biopsy in general practice. British Medical Journal 1991; 303: 1179–1180.

(12) Bricknell, M. C. Skin biopsies of pigmented skin lesions performed by general practitioners and hospital specialists. The British Journal of General Practice 1993; 43: 199–201.

(13) Robeyns, L. Prof. Dr. Avonts, D. Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: onderzoek naar haalbaarheid en implementatie. Masterproef huisartsgeneeskunde 2013.

(14) Ely, J.W., Seabury Stone M. The generalized rash: part I. Differential diagnosis. American Family Physician 2010; 81: 726-34.

(15) Pickett, H. Shave and punch biopsy for skin lesions. American Family Physician 2011; 84:995-1002.

(16) Scott, P.M. Which technique to biopsy or remove a skin lesion? Journal of the American Academy of Physicians Assistants 2001; 59.

(17) Chuh, A., Wong, W., Wong, S., Lee, A. Procedures in primary care dermatology. Australian Family Physician 2005; 34: 347-351.

(18) Mehregan, D. R., Dooley, V. N. How to get the most out of your skin biopsies. International Journal of Dermatology 2007; 46: 727-733.

(19) Hancox, J. G., Sheridan, S. C., Feldman, S. R., Fleisher, A. B. Seasonal variation of dermatologic disease in the USA: a study of office visits from 1990 to 1998. International Journal of Dermatology 2004; 43: 6-11.

7. BIJLAGEN

Bijlage 1: informed consent

Informed Consent

Ik, ondergetekende, ……., verklaar hierbij dat ik, als deelnemer aan een project in kader van een masterproef huisartsgeneeskunde van de KU Leuven,

(1) uitleg over de aard van het onderzoek heb gekregen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen

(2) totaal uit vrije wil deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek

(3) de toestemming geef aan de onderzoeker om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren

(4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden

(5) weet dat niet deelnemen of mijn deelname aan het onderzoek stopzetten op geen enkele manier invloed heeft op mijn behandeling

Gelezen en goedgekeurd op …….. (datum),

Handtekening

Bijlage 2: registratieformulier

Registratieformulier

Patiëntgegevens

Initialen: Geslacht: Leeftijd: Etniciteit:

Beschrijving huidletsel

Acuut subacuut chronisch

Plaats:

Rangschikking:

Omvang (aantal, grootte en uitbreiding):

Vorm:

Omtrek:

Kleur:

Efflorescenties:

Voorkeursdiagnose:

Eventuele differentieel diagnose:

Reeds behandeling ingesteld?

Zou u deze patiënt naar de dermatoloog hebben doorverwezen indien er geen mogelijkheid was tot het nemen van een punchbiopsie? Ja Nee

Diagnose na APO:

Bijlage 3: benodigdheden en uitvoeren punchbiopsie

Benodigdheden

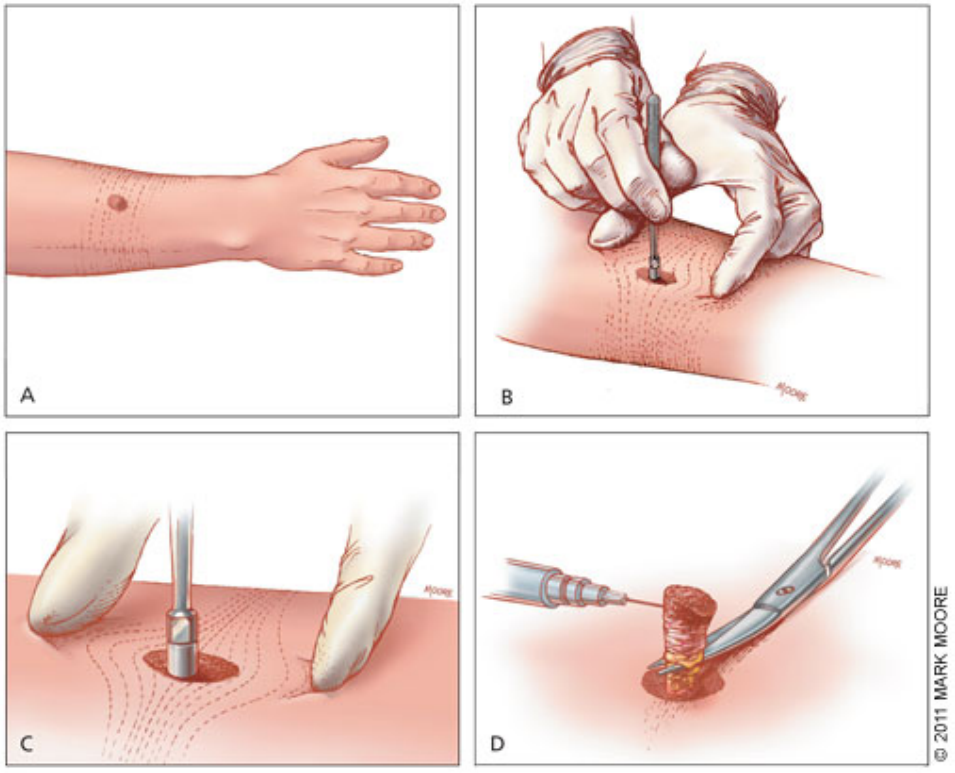
- Steriel veld
- Steriele handschoenen
- Punchbiopsie met de juiste diameter (meestal 4 mm)
- Spuitje met optreknaald en subcutane naald
- Xylocaïne 2%
- Ontsmettingsmiddel op basis van water vb Hacdil
- Steriele kompressen
- Chirurgisch pincet
- Naaldvoerder
- Schaartje
- Potje met formaline
- Hechtingsdraad vb Ethilon 6-0
- Huidstift/potlood
- fototoestel
- APO aanvraagformulier

Procedure

1. De plaats van biopsiename wordt bepaald en aangeduid met een huidstift/potlood. Indien er meer dan één punchbiopsie zal worden genomen, dienen de plaatsen ook duidelijk te worden genummerd.
2. Nummer de potjes gevuld met formaline volgens de overeenkomstige plaats van biopsiename. Noteer deze nummering en plaatsen ook duidelijk op het aanvraagformulier voor APO.
3. Fotografeer de plaatsen waar een biopsie genomen zal worden. De plaats en nummering dient duidelijk zichtbaar te zijn.
4. De arts doet steriele handschoenen aan, dekt de plaats af met een steriel veld en

ontsmet de huid.

5. Lokale verdoving met Xylocaïne.
6. Na het inwerken van de verdoving neemt de arts de punch tussen duim en wijsvinger en plaatst het circulair mesje loodrecht op de huid. Door middel van ronddraaiende bewegingen en het uitoefenen van zeer lichte druk beweegt het mesje zich moeiteloos in de huid. Ga door tot het mesje zich over zijn volledige dikte in de huid bevindt.
7. Trek het mesje voorzichtig terug en neem het huidkokertje vast met een chirurgisch pincet.
8. Knip met een klein schaartje het specimen af in de diepte van de huid (zo diep mogelijk).
9. Het stukje huid dient onmiddellijk in formaline te worden ondergedompeld.
10. Hecht het huiddefect; meestal is één hechting voldoende.
11. Bedek de gehechte wonde en plaats indien nodig een drukverband.
12. De hechting mag verwijderd worden na ongeveer 1 week, afhankelijk van de plaats van biopsiename.



Bron 18

Bijlage 4: protocol en goedkeuring ethische commissie

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven "Het gebruik van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project" (mp11632)

Gelieve in te loggen op http://gbiomed.kuleuven.be/apps/ec om deze aanvraag te controleren.

Samenvatting aanvraag

Het gebruik van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project

Student(en):

Hannah Aerts

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:

Dermatologische aandoeningen maken een groot deel uit van de dagelijkse activiteiten van de huisarts. Ondanks het frequente contact met dermatologische problemen voelt de huisarts zich vaak onbekwaam in de aanpak ervan. Dit gevoel van onbekwaamheid komt voornamelijk voort uit een diagnostische onzekerheid. Om uiteenlopende redenen kan de huisarts vaak niet tot een adequate diagnose komen, wat op zich weer leidt tot een inaccurate behandeling en opvolging.

Ook in de eigen huisartsenpraktijk wordt vastgesteld dat de diagnostiek van dermatologische aandoeningen vaak een probleem vormt. Het invoeren van een diagnostisch hulpmiddel zou hierbij potentieel een uitweg kunnen bieden. De punchbiopsie is een hulpmiddel dat toegankelijk is en makkelijk toepasbaar door de huisarts. Het gaat om een simpele techniek die makkelijk kan worden aangeleerd. Op die manier kan een anatomopathologisch correcte diagnose van de huidaandoening bekomen worden.

Tot vandaag is d e anamnese en vooral het klinisch onderzoek de gouden standaard voor de diagnostiek van dermatologische problemen. Deze methode is echter zeer subjectief en sterk afhankelijk van het kennen en kunnen van de arts in kwestie. Zoals eerder aangegeven is deze kennis echter vaak ontoereikend. Van hieruit rijst de vraag of de punchbiopsie een meerwaarde biedt en als gouden standaard zou kunnen geïntroduceerd worden in de huisartsenpraktijk wat betreft de diagnostiek van dermatologische problemen.

Vraagstelling:

Leidt het gebruik van de punchbiopsie in de huisartsenpraktijk tot een verbeterde diagnostiek van dermatologische aandoeningen?

Methodologie:

In dit onderzoek wordt een antwoord gezocht op de vraag of het gebruik van de punchbiopsie in de huisartsenpraktijk leidt tot een verbeterde diagnostiek van dermatologische problemen. Het studiedesign is een kwaliteitsverbeterend project met interventie op niveau van de praktijkorganisatie. Het onderzoek heeft als doel het bevorderen van de diagnostiek van dermatologische problemen binnen de huisartsenpraktijk.

Het rekruteren van patiënten gebeurt aan de hand van inclusie- en exclusiecriteria. Het gebruik van de punchbiopsie is potentieel nuttig bij huidletsels waarvan de diagnose klinisch onduidelijk is en die niet spontaan verbeteren of verdwijnen. De te includeren letsels zijn dus acute, subacute en chronische huidletsels met een onduidelijke klinische diagnose en/of brede differentieel diagnose die niet verdwijnen binnen de 48 uur, hetzij spontaan, hetzij met een ingestelde behandeling. De exclusiecriteria zijn pigmentletsels en acute huidletsels met verbetering binnen de 48 uur.

Tijdens een interventie zal het gebruik van de punchbiopsie worden aangeleerd aan alle artsen binnen de praktijk. Alle artsen (n=6) in de praktijk zullen deelnemen aan de studie.

Wanneer een patient zich aanbiedt met een dermatologisch probleem dat voldoet aan de inclusiecriteria zal een standaard formulier worden ingevuld met de nodige gegevens en de voorkeursdiagnose van de arts, al dan niet met de mogelijke differentieel diagnosen (cfr bijlage). Het huidletsel dient zo nauwkeurig mogelijk te worden beschreven met de correcte terminologie via het PROVOKE-systeem. Afhankelijk van de uitgebreidheid van de letsels zal een biopsie genomen worden op 1 of meerdere plaatsen. De plaats van de biopsie wordt steeds afgetekend en gefotografeerd. Na weefselafname zal deze worden opgestuurd voor APO onderzoek; in afwachting van het resultaat kan al dan niet een proeftherapie worden ingesteld. De diagnose die anatomopathologisch gesteld wordt, za l telkens worden vergeleken met de vooropgestelde diagnose door de huisarts. Een database met bovengenoemde gegevens wordt aangelegd en geanonimiseerd. Uiteindelijk wordt bekeken of er een significant verschil bestaat tussen beide wijzen van diagnosestelling: enerzijds klinisch, anderszijds via huidbiopsie. Op die manier kan het potentiële nut van het nemen van een huidbiopsie in de huisartsenpraktijk worden nagegaan: draagt de biopsie bij tot een betere diagnostiek van een dermatologisch probleem?

Referenties:

1. Intego databank: www.intego.be
2. Aerts, H., De Smedt, J., Depoortere, N., Ghyselen, B., Prof. Dr. Degryse, J. (2015). Dermatologische aandoeningen in de huisartsenpraktijk: self-efficacy, moeilijkheden en oplossingen van huisartsen in opleiding. Seminariewerk opleiding huisartsgeneeskunde.
3. Vanessa Bureaux. (2012). Les pathologies dermatologiques en médecine générale : difficultés et propositions des généralistes. Human health and pathology.
4. Zuber T (2002) **Punch skin biopsy of the skin.** *American family physician* 65(6): 1155-1158
5.
6. Robeyns, Lieselotte. Prof. Dr. Avonts, Dirk. (2013) Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: onderzoek naar haalbaarheid en implementatie. Masterproef huisartsgeneeskunde.
7. Pickett, H. (2011). Sha ve and punch biopsy for skin lesions. *Am Fam Physician,* 84(9):995-1002.
8. McWilliam, L. J., Knox, F., Wilkinson, N., & Oogarah, P. (1991). Performance of skin biopsies by general practitioners. *BMJ : British Medical Journal*,*303*(6811), 1177–1179.
9. Williams, R. B., Burdge, A. H., & Jones, S. L. (1991). Skin biopsy in general practice. *BMJ : British Medical Journal*, *303*(6811), 1179–1180.
10. Bricknell, M. C. (1993). Skin biopsies of pigmented skin lesions performed by general practitioners and hospital specialists. *The British Journal of General Practice*, *43*(370), 199–201.

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

13607_1456513385_3234_registratieformulier_studie_pdf.pdf

Promotor:

Ann Roex (ann.roex@med.kuleuven.be - u0043765 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Registratienummer:

mp11632

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Het gebruik van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project" (mp11632)

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>
di 10/05/2016 13:21

English version below
Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot "Het gebruik van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.
Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Het gebruik van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.
Met vriendelijke groeten
Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Formulier : mededeling onderwerp masterproef

Stuur dit formulier ingevuld en voorzien van de nodige handtekeningen naar het ICHO-secretariaat vóór 1 december (of vóór 1 juni in geval van start opleiding in februari/maart)

Naam haio: HANNAH AERTS

Titel van het project :

Het gebruik van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk: een kwaliteitsverbeterend project.

Type onderzoek (aankruisen wat past):

- ✓ Kwaliteitsverbeterproject
- ○ Kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research
- ○ Systematisch literatuuronderzoek
- ○ Duodecim-project

Achtergrond/Aanleiding:

Tijdens het 4de masterjaar voerde ik reeds een onderzoek uit naar de moeilijkheden omtrent dermatologische problemen in de huisartsenpraktijk. Hierbij kwamen zeer diverse zaken aan het licht, maar de diagnostiek bleek toch wel het grootste knelpunt. Gezien mijn ervaring als coassistent dermatologie wil ik graag een bijdrage leveren tot het verbeteren van deze diagnostiek. Dit zou ik willen doen door het invoeren van punchbiopsies als diagnostisch hulpmiddel. Door het gebruik van punches kan vrij eenvoudig een huidbiopsie worden genomen en op die manier bekomt men vaak een zeer accurate diagnose, wat dan weer leidt tot een gerichte therapie. Op deze manier kan een huisarts vaker dermatologische casussen zelf afwerken en wordt de nood aan doorverwijzing naar de tweede lijn teruggeschroefd.

Concrete vraagstelling:

Leidt het gebruik van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk tot een betere en snellere aanpak van dermatologische problemen, namelijk

- Een correcte diagnose?
- Een gerichte therapie?
- Minder doorverwijzingen naar de tweede lijn?
- Tijdwinst?

Geplande methode:

Aan de hand van een literatuuronderzoek zal ik de ervaring met punchbiopsies in de huisartsenpraktijk nagaan. Dit zal worden gevolgd door een interventie in onze praktijk, waarbij het nemen van een dergelijke biopsie zal worden aangeleerd. Vervolgens zal elk van de zes artsen in de praktijk deze vaardigheid toepassen bij dermatologische casussen waarvan de diagnose klinisch niet kan worden gesteld. Deze casussen zullen worden geregistreerd en nadien kan worden gekeken of het resultaat van de biopsie leidt tot een efficiënter beleid.

Datum en handtekening

17/11/2015 haio

20/11/2015 praktijkopleider

../.. /..... promotor

17/11/2015 coördinator

Bijlage 5: inclusies

De eerste inclusie betrof een 57-jarige blanke man met een subacute huidaandoening ter hoogte van de handrug. Het ging om twee solitaire annulaire letsels met als voorkeursdiagnose een dermatomycose. Na een uitgebreide waaier aan proefbehandelingen zonder enig effect (Daktacort crème, Lamisil crème, Fluconazole 50 mg,...) besloot men een punchbiopsie te nemen. Door dit APO onderzoek kon een mycose met zekerheid worden uitgesloten en wees de patholoog eerder in de richting van een atypische mycobacteriële infectie dan wel een granuloma annulare. Met deze informatie werd de patiënt doorverwezen naar een perifere dermatoloog.

Als tweede werd een 52-jarige blanke man geïncludeerd met subacute diffuse erythemateuze maculae ter hoogte van beide bovenarmen. De man was reeds gekend met Lupus Erythematosus, echter tot dan toe zonder cutane aantasting. De vraag werd gesteld of deze huidletsels konden kaderen in deze auto-immuunaandoening. APO onderzoek bevestigde dit vermoeden - hoewel niet met zekerheid - en om deze reden werd de patiënt doorgestuurd naar de dienst dermatologie van een universitair ziekenhuis.

Een derde casus betrof een vrouw van 68 jaar met reeds geruime tijd gekende alopecia universalis. Hiervoor werd tot nog toe geen oorzaak gevonden; een perifere dermatoloog vermoedde een onderliggende genetische afwijking. De patiënte presenteerde zich nu echter met diffuse jeukende huidletsels verspreid over de rug, armen en de achterkant van de benen. De letsels zijn sinds enkele maanden aanwezig. De arts stelde in zijn differentieel diagnose eczeem of eventueel pityriasis rosea voorop en koppelde dit in eerste instantie niet aan de alopecia.
Het pathologisch onderzoek van het specimen toonde diffuse tekens van verlittekening; bevindingen die konden passen bij sclerodermie. De patiënte werd onmiddellijk doorverwezen naar een universitair centrum.

De laatste casus die geïncludeerd kon worden was een 63-jarige vrouw met subacute petechiale letsels ter hoogte van de romp, liezen en oksels. De letsels waren niet wegdrukbaar en om die reden werd besloten eerst een bloedname uit te voeren ter controle

van de stolling. In de differentieel diagnose werd daarnaast ook urticariële vasculitis opgenomen, hoewel hiervoor geen typische presentatie. De stolling bleek normaal en een punchbiopsie werd uitgevoerd, welke na een specifieke kleuring diffuse mastcellen aantoonde. De patholoog raadde dan ook aan de diagnose mastocytose dringend uit te sluiten. Ook deze patiënte werd doorverwezen naar een universitair centrum.

Bijlage 6: scores uitkomstindicatoren

	Specifieke diagnose	Zekerheids-gevoel	Gebruik PROVOKE-systeem	Efficiëntie doorverwijzingen	Gebruik combinatiepreparaten
Arts 1	7 - 8 – 9 – 9	7 – 8 – 8 – 8	7 – 8 – 9 – 10	6 – 7 – 8 – 8	1 – 1 – 1 – 1
Arts 2	4 - 4 – 4 – 4	4 – 5 – 5 – 5	2 – 3 – 3 – 3	4 – 4 – 5 – 6	7 – 5 – 4 – 3
Arts 3	3 - 3 - 3 - 3	2 – 3 – 3 - 3	0 – 1 – 2- 2	3 – 3 – 4 – 4	8 – 5 – 3 – 2
Arts 4	5 - 6 - 7 - 7	5 – 6 – 7 – 7	0 – 1 – 2 – 3	5 – 6 – 7 – 7	9 – 6 – 4 – 3
Arts 5	4 - 4 - 5 - 5	2 – 3 – 3 – 3	0 – 0 – 1 – 1	2 – 2 – 3 – 4	8 – 6 – 5 – 4
Arts 6	3 - 4 - 5 - 6	3 – 4 – 4 – 4	1 – 2 – 2 – 3	4 – 4 – 5 – 5	9 – 5 – 3 – 2

Bijlage 7: verslagen groepsreflecties

Interventieverslag

(1) Algemene uitleg en doel van het project

(2) Toelichting inclusiecriteria

(3) Overlopen registratieformulier

(4) Toelichting gebruik PROVOKE systeem

(5) Procedure punchbiopsie en demonstratie

(6) Bevraging rond registratietermen

1 Meest gebruikt voor reden van contact: huid, dermatitis, rood/rode, jeuk, huiduitslag, uitslag
2 Meest gebruikt voor evaluatie: huiduitslag, uitslag, dermatitis, rash, exantheem, roodheid, exantheem, erytheem

(7) Afspraken rond registratietermen
1 Reden van contact: 'huid' of 'dermato'
2 Evaluatie: ICPC-codes S06 of S07

(8) Toekennen scores uitkomstindicatoren

(9) Vragen en opmerkingen: /

Verslag groepsreflectie 31/10/2016

(1) Hoe verloopt het project algemeen?

Ernstige problemen met EMD, registratiemoeilijkheden (pen en papier), de meeste artsen zien het niet zitten om tussenin tijd vrij te maken voor punchbiopsies, zeer hectische en chaotische periode

(2) Zijn er specifieke problemen? Mogelijke oplossingen?
Niet-functionerend EMD, er zal zo snel mogelijk worden omgeschakeld naar CareConnect.

(3) Zijn er vragen of opmerkingen?

/

(4) Toekennen scores

Verslag groepsreflectie op 29/12/2016

(1) Hoe verloopt het project algemeen?

Intussen functionerend EMD, project verloopt minder vlot, aanpassingen dossiers gaan op dit moment voor, meeste artsen geven aan geen tijd vrij te maken voor het nemen van punchbiopsies.

(2) Zijn er specifieke problemen? Mogelijke oplossingen?

Bij de omschakeling naar CareConnect zijn veel gegevens verloren gegaan. Er wordt besloten de implementatieperiode te verlengen met een maand.

(3) Zijn er vragen of opmerkingen?
/

(4) Toekennen scores

Verslag groepsreflectie op 30/01/2017

(1) Bespreking van de knelpunten
1 Seizoensfluctuaties
2 Duidelijke kliniek
3 Combinatiepreparaten
4 Exclusiecriteria
5 Tijdsgebrek
6 Honorarium
7 Kinderen
8 Littekenvorming

(2) Toekomstvisie rond haalbaarheid punchbiopsies

Algemene mening: oppuntstelling nomenclatuur nodig om het interessanter te maken voor huisartsen, vraagt organisatie in de praktijk, zeker haalbaar in de toekomst om dit toe te passen op grotere schaal

(3) Algemeen verloop van het project

Ondanks moeilijkheden met EMD wel algemeen zeer vlot verloop op vlak van APO, communicatie met patholoog zat goed, resultaten kwamen zeer snel binnen, duidelijk vlottere doorverwijzingen naar dermatoloog bij vermelding van resultaat punchbiopsie.

(4) Toekennen scores

Bijlage 8: verkennende literatuurstudie

In het eerste deel werd een verkennende literatuurstudie uitgevoerd aan de hand van de verschillende online databanken. Er werd gezocht in de PubMed databank met volgende MeSH termen: “biopsy AND (general practice OR family physician) AND dermatology”. Deze zoekopdracht gaf in totaal 18 resultaten waarvan de meeste betrekking hadden op melanocytaire letsels. Een aantal artikels waren bovendien verouderd maar gezien de relevantie en kwaliteit van de studie werd geopteerd om deze toch te verwerken. Nadien werd verder gezocht naar related articles via de gelijknamige functie in PubMed, ook wel 'snowballing' genoemd.

Dezelfde termen werden ingegeven in de Cochrane Database en de Trip Database. Via Cebam werd de specifieke zoekterm 'Punch Biopsy' gebruikt.
Eveneens de website van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen in Opleding (ICHO) werd geraadpleegd met behulp van de zoekmotor voor masterproeven. Hieruit werden een aantal relevante masterproeven over andere dermatologische onderwerpen bekomen.

Bovendien kon ik gebruik maken van mijn kennis en ervaring die ik opdeed tijdens mijn coassistentschap dermatologie en nadien mijn studieproject over de dermatologische skills bij huisartsen in opleiding. De informatie die dit project ons gaf, was de drijfveer voor verder onderzoek naar het verbeteren van dermatologische kennis in de huisartsenpraktijk. Dit project was dan ook de basis waarop ik verder kon bouwen en waarvan ik bepaalde conclusies verder kon uitdiepen (4).

Uit het literatuuronderzoek bleek dat er weinig recente gegevens beschikbaar zijn over het gebruik van punchbiopsies in de huisartsenpraktijk.
In 1983 werd reeds een antwoord gezocht op de vraag of huisartsen een adequaat beleid konden opstellen voor dermatologische problemen. Hierbij werd de vergelijking gemaakt met het beleid ingesteld door dermatologen en er werd geconcludeerd dat specialisten voor negen van de tien onderzochte aandoeningen adequater handelden dan huisartsen (2). Het probleem van een gebrekkige kennis wat betreft huidaandoeningen bij huisartsen werd dus

reeds in die tijd aangekaart.
Een meer recent onderzoek uit 2007 stelde deze conclusie echter in vraag. Dit onderzoek toonde een overeenkomst van 80% en meer aan tussen de aanpak van de huisarts en die van de dermatoloog met bovendien een hoge graad van patiënttevredenheid (3). Hoewel het hiaat van dermatologische kennis zich tot op de dag van vandaag doortrekt in de praktijk, blijkt er dus wel degelijk een vooruitgang te zijn op vlak van aanpak.

Een van de huidproblemen die het vaakst in de huisartsenpraktijk gezien wordt is een gegeneraliseerde rash (14). Dergelijke rash is bovendien een van de moeilijkst te diagnosticeren letsels; de meest uiteenlopende aandoeningen kunnen een gelijkaardige presentatievorm vertonen. Daarnaast kan eenzelfde aandoening zich op verschillende manieren, soms atypisch, manifesteren. De oorzaak van een gegeneraliseerd exantheem is dus vaak klinisch moeilijk te achterhalen. Gezien dit onderzoek een oplossing zoekt voor de diagnostische onzekerheid van de huisarts wat betreft dermatologische problemen, zullen patiënten met een gegeneraliseerde rash een groot deel uitmaken van de studiepopulatie.

De punchbiopsie

Zoals eerder aangegeven zijn er verschillende methoden voor het nemen van een huidbiopsie. Grotendeels kunnen deze worden onderverdeeld in incisionele en excisionele technieken. Bij een incisionele biopsie wordt slechts een deel van het huidletsel verwijderd; een excisiebiopsie verwijdert het volledige letsel via een ellipsvormige insnede (6).
De punchbiopsie behoort meestal tot de incisionele techniek, tenzij het om een dergelijk klein letsel gaat dat volledig door de punch kan verwijderd worden. In geval van een punchbiopsie wordt een stukje weefsel afgenomen door middel van een wegwerpbare metalen cilinder met scherpe rand dat een circulair mesje vormt. Op die manier kan door het uitoefenen van lichte druk en een draaiende beweging een cilindervormig stukje uit de huid 'gepuncht' worden. Het mesje reikt tot aan het subcutane vet en heeft een variabele diameter van 1 tot 8 mm; meestal wordt een punch van 4 mm gebruikt (8). Een diameter van minimum 4 mm wordt aangeraden om voldoende weefsel te bekomen voor pathologisch onderzoek (18).

Deze techniek geniet de voorkeur bij inflammatoire huidaandoeningen gezien het de mogelijkheid biedt om zowel de oppervlakkige en de diepe laag van de dermis te beoordelen (14).

De plaats van de biopsie is afhankelijk van de huidaandoening. Best kan een punch genomen worden ter hoogte van de actieve rand van het letsel op de overgang met de normale huid. Op die manier kan de transitiezone en een stukje normale huid mee worden beoordeeld ter vergelijking met de dermatose (8).
Behalve de mannelijke genitaliën zijn er geen strikte contra-indicaties wat betreft de locatie van een punchbiopsie, maar voorzichtigheid moet worden geboden op bepaalde plaatsen van het lichaam. Het gaat dan vooral om handen en voeten, gelaat met inbegrip van oren, oogleden, neus en lippen. Een biopsie op dergelijke plaatsen kan best worden genomen door een ervaringsdeskundige (17).
De punchbiopsie heeft als voordeel dat deze slechts een klein litteken achterlaat. Cosmetisch gezien is dergelijke techniek dus dermate geschikt voor biopsies op zichtbare plaatsen (14).

Zoals bij elke invasieve procedure moet de patiënt geïnformeerd worden over de indicaties, risico's en complicaties en eventuele alternatieve onderzoeken. Daarnaast zijn er een aantal voorwaarden om de biopsiename correct te kunnen uitvoeren: zo moet er voldoende licht aanwezig zijn in de ruimte en alle instrumenten moeten gesteriliseerd zijn. De arts moet beschikken over een adequate uitrusting en moet voldoende getraind zijn in het uitvoeren van dergelijke technische handeling. Daarnaast is het erg belangrijk om een goede communicatie te onderhouden met de patholoog (8, 18).

Anatomopathologisch onderzoek

Na het bekomen van een stukje weefsel dient dit ondergedompeld te worden in (een voldoende hoeveelheid) formaline en als dusdanig vervoerd te worden. Vervolgens wordt dit gefixeerd en kan het bekeken worden door een patholoog.

Een onderzoek uit 2007 lijstte een aantal voorwaarden op om een maximaal resultaat te bekomen uit het anatomopathologisch onderzoek (18). De klinische informatie die meegegeven wordt aan de patholoog is van cruciaal belang om een correcte diagnose te kunnen stellen. Patiëntgegevens, klinische gegevens, een duidelijke beschrijving van de huidaandoening, medicatie- of topicagebruik en een differentieel diagnose zijn erg nuttig zodat de patholoog notie heeft van de algemene context (8). De locatie van de biopsiename dient duidelijk vermeld te worden; eventueel kan een foto worden bijgevoegd.

Pathologen stellen een bepaalde diagnose op basis van het patroon van inflammatie en de epidermale veranderingen in het weefsel (8). Naast het meegeven van klinische informatie is het dus ook erg belangrijk om een correcte techniek te gebruiken voor het bekomen van het specimen (vide supra).
Zoals eerder aangegeven kan best een punch genomen worden ter hoogte van de rand van het letsel op de overgang met de normale huid. Alleen op die manier kan de patholoog de 'zieke' huid met de normale huid vergelijken en eventuele subtiele afwijkingen identificeren. Zo kan bijvoorbeeld vitiligo alleen gediagnosticeerd worden als men het aantal pigmentcellen kan vergelijken met een stukje normale huid. Om dezelfde reden dient ook steeds het ras van de patiënt meegedeeld te worden: een toename van het aantal pigmentcellen kan wijzen op een aandoening met karakteristiek hyperpigmentatie, maar kan ook normaal zijn bij een zwarte huid (18).

Het is ook mogelijk om een biopsie te nemen van het huidletsel en daarnaast een tweede biopsie van de normale huid. Het nemen van meerdere biopsies wordt sterk aangeraden ter bevordering van de kwaliteit van het staal: het verkleint de kans op “sampling error” én het vergroot de kans op zichtbare afwijkende pathologische bevindingen (18). Bovendien presenteren bepaalde aandoeningen zich morfologisch verschillend naargelang de locatie; ook in dit geval is het aangewezen meerdere biopsies te nemen op de verschillende locaties en een duidelijke beschrijving te geven van de morfologie (18).

Bovendien wordt aangeraden om plaatsen van recent trauma te vermijden voor het nemen van een biopsie. Huidletsels worden vaak gemanipuleerd door de patiënt, wat histologische veranderingen teweeg kan brengen die een vertekend beeld geven voor de patholoog. Zo is

bijvoorbeeld een plaats met krabletsels - ook wel excoriaties genoemd – geen goede keuze voor biopsiename (18).
Ook een proefbehandeling of het gebruik van topica kunnen de onderliggende histologische bevindingen maskeren. Om deze reden raadt men aan om orale en topische corticoïden twee tot vier weken voor de biopsiename te stoppen. Hetzelfde geldt voor partiële behandeling van een schimmelinfectie: het is mogelijk dat de hyfen niet meer zichtbaar zijn na inadequate behandeling met antifungale middelen (18).

Er zijn een aantal aandoeningen waarbij de veranderingen in de huid te subtiel zijn om histopathologisch een diagnose te kunnen stellen. Het gaat dan bijvoorbeeld om dermografisme en asteatotische dermatitis; ook wel de “onzichtbare dermatosen” genoemd (18). Bij dergelijke dermatosen wordt dus vooral een biopsie genomen om andere huidaandoeningen uit te sluiten en niet zozeer met als doel een correcte diagnose te bekomen.
Daarnaast zijn er aandoeningen die klinisch een duidelijke verandering geven in de huid, maar waarbij de histopathologische afwijkingen heel minimaal zijn. In dergelijke gevallen is het mogelijk om bijkomende onderzoeken uit te voeren op het preparaat. Zo worden bijvoorbeeld de afwijkingen bij een tinea en bij amyloidose enkel zichtbaar na een specifieke kleuring.bepaalde histopathologische afwijkingen die enkel zichtbaar worden na een specifieke kleuring van het preparaat; dit is bijvoorbeeld het geval bij tinea en amyloidose (18). Ook het onderscheid tussen verschillende inflammatoire aandoeningen is niet altijd even duidelijk; er is namelijk vaak overlapping tussen de klinische en pathologische bevindingen. In dat geval kan door middel van directe immunofluorescentie alsnog een onderscheid gemaakt worden (18).

Bovendien is het zo dat histopathologische afwijkingen kunnen veranderen in de tijd. Afhankelijk van het stadium van de huidaandoening kunnen niet alleen de klinische kenmerken wijzigen, maar ook op microscopisch niveau kunnen andere bevindingen worden waargenomen. Om deze reden is het niet alleen belangrijk om de tijdsduur van het huidprobleem aan te geven, maar is het zeker ook een optie om na onbepaalde tijd een nieuwe biopsie te nemen. Op die manier krijgt de patholoog bijkomende informatie over de evolutie van de dermatose en dit brengt ons weer dichter bij een correcte diagnose (18).

Een andere factor die bijdraagt aan het resultaat van de biopsie is uiteraard de ervaring van de patholoog. Vooral bij moeilijk interpreteerbare preparaten zal de kennis van de patholoog een uitermate belangrijke rol spelen om al dan niet een correcte diagnose te kunnen stellen.