Screening naar naevi en melanomen door de huisarts

Deel 2: Kan een e-learning de kennis en vaardigheden bij huisartsen vergroten bij het screenen naar naevi en melanomen?

Annabelle Roobaert, KU Leuven

Promotor: Prof Dr Birgitte Schoenmakers

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding

Er wordt een toename vastgesteld in de incidentie van melanomen en andere vormen van huidkanker. Eén Belg op zes wordt geconfronteerd met huidkanker voor de leeftijd van 75 jaar. 8 procent van de huidtumoren betreft melanomen, met het meest agressieve karakter en de slechtste prognose. De risicofactoren voor het krijgen van een melanoom zijn onder andere blootstelling aan UV licht, vooral bij mensen met lichte huids- en haarkleur, een genetische aanleg en een toenemende levensverwachting. Men ziet een toename van de bewustwording, die zich uit in meer vraag naar nazicht bij huisartsen en dermatologen. Voor alle vormen van huidkanker is een tijdige herkenning en adequate behandeling belangrijk. De prognose is meestal gunstig, maar de vijfjaarsoverleving daalt bij diagnose in een verder stadium.

Methode

Er werd een e-learning opgesteld rond het screenen naar naevi en melanomen. Hierbij werd rekening gehouden met de problemen die aan bod kwamen uit de enquête bij huisartsen en dermatologen in deel 1. Deze e-learning was gedurende 1 maand beschikbaar op het Sofia platform. Achteraf werd door middel van een enquête de impact op de kennis van de huisartsen en op het vertrouwen van de aanpak van screening naar naevi en melanomen geëvalueerd. Deze enquête werd door 21 artsen ingevuld.

Resultaten

In deze testpopulatie heeft de e-learning zeker zijn nut bewezen. Na het doorlopen ervan geven 16 van de 21 artsen aan dat de kennis rond naevi en melanomen vergroot is en 12 van de 21 artsen voelen zich zekerder in de aanpak ervan. 17 van de 21 artsen zijn zich na de e-learning meer bewust van de risicofactoren en 15 van de 21 artsen weet beter wat te verwijzen naar de dermatologen. Bovendien zijn 16 van de 21 artsen zich meer bewust dat het hele lichaam moet nagekeken worden bij het bemerken van een veracht vlekje. Men zou graag nog meer oefeningen en foto's zien in de e-learning. De resultaten kunnen echter niet geëxtrapoleerd worden naar de volledige populatie Vlaamse huisartsen gezien de e-learning door een te kleine groep getest werd en er mogelijks sprake is van een selectie bias.

Conclusie

De e-learning bewijst zeker zijn nut voor bijscholing rond screening naar naevi en melanomen. Bijkomend onderzoek op een grotere populatie is nodig. De e-learning zou uitgebreid mogen worden met extra fotomateriaal.

Sleutelwoorden

Huisarts, e-learning, naevi en melanomen

Inhoudsopgave

1. Inleiding 5

2. Methode 6

2.1 Onderzoeksvraag en uitkomstmaten 6

2.2 Design 6

2.3 Populatie 7

2.4 Ethische commissie 7

3 Resultaten 7

4 Discussie 10

4.1 Voornaamste bevindingen 10

4.2 Sterke en zwakke punten van de onderzoeksopzet 11

4.3 Implicaties voor de klinische praktijk en/of verder onderzoek 12

5 Conclusie 12

6 Dankwoord ..... Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

7 Referenties 13

8 Bijlagen 14

A. Figuren inleiding 14

B. Inhoudstafel e-learning 15

C. Voorbeeld hoofdstuk e-learning 16

D. Vragenlijst na e-learning 17

1. Inleiding

Er wordt een toename vastgesteld van de incidentie van melanomen en andere vormen van huidkanker (Bijlage A, figuur 1). In 2016 werden in België 39 242 invasieve huidkankers gediagnosticeerd, overeenkomend met 38% van het totale aantal nieuw vastgestelde tumoren. Eén Belg op zes wordt geconfronteerd met huidkanker voor de leeftijd van 75 jaar. Het overgrote merendeel van de huidtumoren betreft carcinomen (91%, spino- en basocellucair carcinoom). De tweede belangrijkste groep met 8% zijn de melanomen, dit type huidkanker heeft het meest agressieve karakter en de slechtste prognose. [1]

Er is een vrouwelijke predominantie voor melanomen. Tot de leeftijd van 35 jaar is de incidentie bij vrouwen dubbel zo hoog als bij mannen (Bijlage A, figuur 2). Bij vrouwen tussen de 15 en de 29 jaar is melanoom zelfs de meest frequente kanker (18% van alle kankerdiagnoses in 2016). Op latere leeftijd is er echter een inhaalbeweging bij de mannelijke populatie. Vanaf 65 jaar overstijgt de incidentie bij mannen deze bij vrouwen en vanaf 80 jaar ligt de incidentie bij mannen 40 procent hoger dan bij vrouwen. [1]

Het risico op huidkanker in België neemt jaarlijks toe, met ongeveer 10% meer risico op basocellulaire carcinomen, 7% op spinocellulaire carcinomen en 5% op melanomen. De Belgische situatie is vergelijkbaar met deze voor Noordwest-Europa. [1]

De belangrijkste risicofactor is de blootstelling aan UV licht, maar er is ook een genetische predispositie, gecombineerd met een toenemende levensverwachting. [1,2,3]
Wat betreft de blootstelling aan UV licht is vooral zonverbranding op jonge leeftijd een risico. Mensen met een licht huidtype behoren ook tot de risicogroep. Wat betreft erfelijke aanleg, neemt het risico toe naarmate meer mensen in de familie een (voorgeschiedenis van) een melanoom hebben. Verder ziet men ook een verhoogd risico bij mensen met zeer veel naevi of atypische naevi. Bij grote congenitale naevi is ook extra waakzaamheid nodig. [5,6,7,8]

De bewustwording van mensen rond melanomen en naevi neemt toe en ook in de media wordt hier meer aandacht aan besteed. Zo bestaat er al een aantal jaar de ‘dag van het melanoom’ die georganiseerd wordt door Euromelanoma.[4] Hierdoor stappen mensen steeds vaker naar de huisarts met vragen rond melanomen en naevi.

Voor alle vormen van huidkanker is een tijdige herkenning en adequate behandeling belangrijk en hierbij speelt de huisarts een belangrijke rol. [2] Algemeen is de prognose bij huidtumoren gunstig. Bij melanomen ziet men een relatieve vijfjaarsoverleving van 91% voor mannen en 95% voor vrouwen. Er is wel een daling van relatieve vijfjaarsoverleving naar 69% en 32% voor respectievelijk stadium III en IV melanoma. Dit benadrukt nogmaals het belang van vroegtijdig gestelde diagnoses, gezien het ziektestadium bij diagnose prognostisch doorslaggevend is. [1]

De stijgende trends zullen zich waarschijnlijk verderzetten voor alle huidtumoren. Dit is deels te wijten aan de groeiende en vergrijzende bevolking, maar voor de melanomen wordt er ook een toename in kankerrisico voorspeld. Men verwacht een verdere stijging van het risico op een melanoom van ongeveer 3% per jaar zowel voor mannen als vrouwen. [1]

In dit onderzoek zal nagegaan worden welke problemen de huisarts ervaart bij het screenen naar naevi en melanomen. Nadien zal onderzocht worden of een e-learning deze problemen kan verhelpen en de kennis en vaardigheden kan vergroten bij het screenen naar naevi en melanomen.

2. Methode

2.1 Onderzoeksvraag en uitkomstmaten

Dit eindwerk bestaat uit 2 delen.

De eerste onderzoeksvraag is de volgende: welke problemen ervaart de huisarts bij het screenen naar naevi en melanomen? (zie deel 1)

Voor de tweede onderzoeksvraag, of een e-learning deze problemen kan verhelpen en de huisarts de screening naar naevi en melanomen met meer zekerheid kan laten aanpakken, werd een e-learning ontworpen. Hierbij werd de impact van de e-learning op de kennis van de huisarts en op het vertrouwen voor de aanpak van de screening naar naevi en melanomen geëvalueerd.

2.2 Design

Er werd gekozen voor een kwaliteitsverbeterend prospectief onderzoek.

Uit de bevraging bij huisartsen en dermatologen in deel 1 kwamen problemen bij het screenen naar naevi en melanomen door de huisarts naar voor. Hiermee werd rekening gehouden bij het opstellen van de e-learning.

Voor het opstellen van de e-learning werd vooral gebruikt gemaakt van de NHG standaard 'verdachte huidafwijking' en de website www.huidziekten.nl. [2,5,6] Ook relevante informatie uit de basisopleiding geneeskunde aan de KUL, cursus dermatologie, werd gebruikt. In de e-learning komen zowel theorie als praktijk aan bod in de vorm van oefeningen met foto's (zie bijlage B en C).

Aan de hand van een vragenlijst na de e-learning werd er geëvalueerd of de huisarts de kennis van het screenen naar naevi en melanomen kan vergroten door middel van deze e-learning en of hij dit erna met meer vertrouwen durft aanpakken. Deze vragenlijst bestond uit 7 stellingen waarop de huisartsen konden antwoorden met helemaal eens, eens, noch eens noch oneens, oneens tot helemaal oneens. Hierin werd onder meer gepeild of de huisarts het gevoel heeft dat de kennis vergroot is, dat hij of zij zich zekerder voelt in de aanpak van screening, of hij/zij zich beter bewust is van de risicofactoren, etc. De 8ste vraag was een open vraag naar feedback over de e-learning. De volledige vragenlijst is terug te vinden in bijlage D.

Deze e-learning werd gedurende 1 maand aangeboden aan huisartsen via het Sofia-platform waarvoor vanaf 2019 een betalende toegang met accrediteringspunten bestaat. De bevraging werd opgesteld via https://websurvey.kuleuven.be.

2.3 Populatie

De e-learning werd ter beschikking gesteld worden aan Vlaamse huisartsen die toegang hebben tot het Sofia-platform. We kregen hiervoor een lijst van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG) van de KU Leuven met 313 artsen die gecontacteerd mochten worden. Er werd geen onderscheid gemaakt worden op basis van geslacht, regio, aantal jaar ervaring of andere. De deelnemers werden gecontacteerd via mail en werden ook uitgenodigd voor het testportaal via het Sofia platform.

Wie de vragenlijst achteraf niet volledig invulde, werd geëxcludeerd. Enkel de volledig ingevulde enquêtes werden gebruikt.

2.4 Ethische commissie

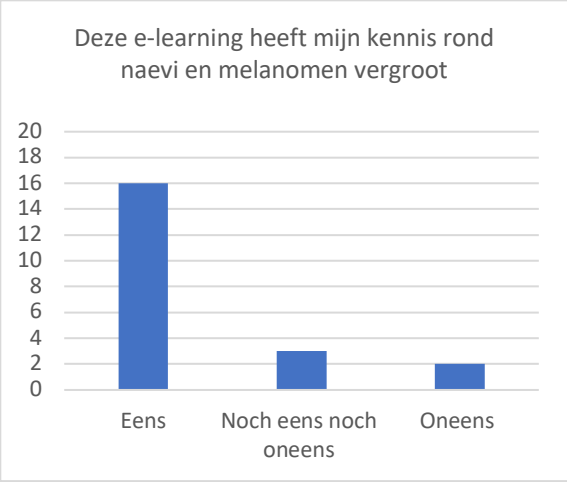
Ethische goedkeuring door de Opleidingsgerelateerde Begeleidingcommissie (OBC) voor medische ethiek van de groep Biomedische Wetenschappen van KU Leuven voor dit onderzoek werd bekomen na invullen van een online toetsingsprocedure (online tool SCONE, dossiernummer MP009627).

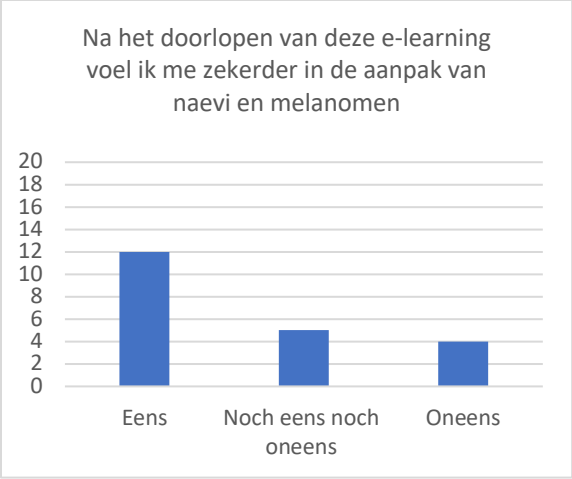
3 Resultaten

Er waren 21 volledig ingevulde enquêtes na de e-learning. De inhoud van deze enquête is te vinden in bijlage 3. We weten niet hoeveel artsen de e-learning wel doorlopen hebben, maar niet de enquête invulden.

Met de stelling of de e-learning de kennis rond naevi en melanomen vergroot heeft, waren 16 van de 21 artsen het eens (76%). Slechts 2 artsen waren oneens, de anderen waren noch eens noch oneens.

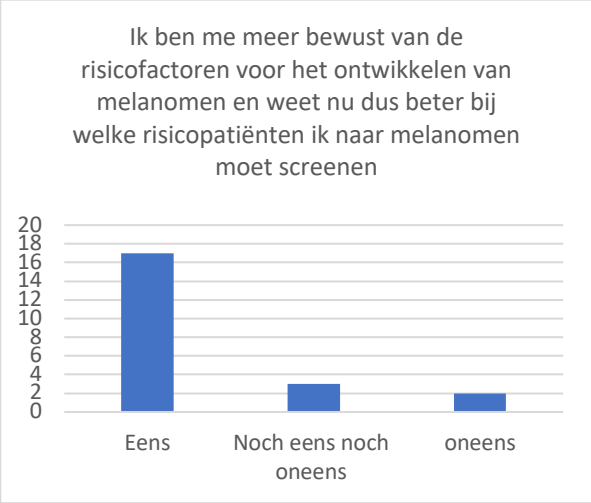
Meer dan de helft van de artsen (57%) was het eens bij de vraag of ze zich zekerder voelden in de aanpak van naevi en melanomen na het doorlopen van de e-learning. 5 artsen waren noch eens noch oneens en 4 waren oneens.





Wat screening betreft, zegt 17 van de 21 artsen (81%) zich meer bewust te zijn van de risicofactoren en bij welke patiënten er dus extra aandacht nodig is. Slechts 3 artsen zijn noch eens noch oneens en 2 artsen zijn oneens.

Bovendien is 16 van de 21 artsen (76%) zich meer bewust van het belang van nazicht van het hele lichaam na het bemerken van verdachte letsels. 3 artsen zijn hiermee noch eens noch oneens, 2 artsen zijn oneens.

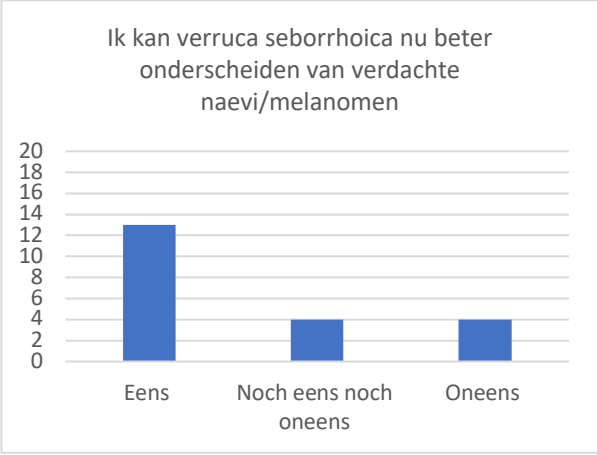




Wat betreft verwijzing naar de dermatologen, weet 15 van de 21 artsen (71%) beter wat wel of niet (dringend) verwezen moet worden. 4 artsen zijn noch eens noch oneens, 2 artsen zijn het oneens met deze stelling.

Iets meer dan de helft van de artsen (13/21) zegt beter het onderscheid te kunnen maken tussen verruca seborrhoica en naevi en melanomen. 4 artsen zijn noch eens noch oneens en evenveel artsen zijn oneens.





Het uitvoeren van een diagnostische excisie en de volgende stappen in het beleid zijn beter gekend door 15 van de 21 artsen. 2 artsen zijn noch eens noch oneens en 4 artsen zijn het oneens.



Op de open vraag naar feedback op de e-learning gaven 9 van de 21 artsen antwoord. De belangrijkste opmerkingen worden hier samengevat.

Vooreerst werd er door 6 personen aangegeven dat de e-learning zeker interessant en leerrijk was om te doorlopen. Voor 1 persoon gaven de tabellen van NHG meer duidelijkheid rond de niet-huidkleurige huidafwijkingen maar ook de huidkleurige kwamen kort aan bod en dit was een goede opfrissing.

Ten tweede werden de oefeningen door 2 artsen als een meerwaarde beschouwd, en vonden 2 andere artsen dat het interactieve deel met oefeningen nog uitgebreider mocht. Nog 2 andere artsen gaven wel aan dat er af en toe foto's uit de tabellen van de NHG richtlijn terugkwamen en dat ze liever andere foto's zouden zien. Anderszijds erkennen de artsen ook dat het toch moeilijke materie blijft. Twee artsen geven aan dat onzekerheid altijd meespeelt en hier geldt vooral dat veel oefening in de praktijk nodig is.

Ten derde werd door één iemand vermeld dat hij niet wist dat dermatologen vinden dat we basaalcelcarcinomen en plaveiselcelcarcinomen te weinig doorsturen. Dit kwam in de e-learning terug als een conclusie uit de enquête bij dermatologen uit deel 1. Het kan zeker interessant zijn om het standpunt van andere specialisaties in dit onderwerp te kennen. Anderzijds gaf één arts aan niet

akkoord te zijn met de stelling van dermatologen dat dermatoscopie te specialistisch is voor de huisarts.

4 Discussie

4.1 Voornaamste bevindingen

Uit de antwoorden op de enquête na e-learning kan er duidelijk besloten worden dat de kennis van de huisartsen vergroot is na het doorlopen van de e-learning en dat ze zich zekerder voelen in de aanpak van de screening.

Bovendien zegt de meerderheid de risicofactoren beter te kennen en zich ook bewust te zijn van de noodzaak aan nazicht van het hele lichaam bij het opmerken van een verdacht vlekje. De meerderheid van de artsen weet ook beter wat te verwijzen naar de dermatoloog. Het onderscheid tussen verruca seborroica en melanomen is duidelijker. Dit werd door dermatologen meermaals aangehaald. De meerderheid van de huisartsen weet ook hoe het verder beleid loopt bij een verdacht letsel en weet beter hoe een diagnostische excisie uit te voeren.

In de open antwoorden geven meerdere artsen aan dat deze e-learning zeker een nuttig instrument is om de kennis rond naevi en melanomen op te frissen. De oefeningen werden als leerrijk beschouwd. Enkele artsen gaven de terechte opmerking dat het jammer was dat de foto's soms reeds waren voorgekomen in de tabellen uit de NHG richtlijn en ze deze dus al herkenden. Ook andere artsen gaven aan dat het deel met oefeningen uitgebreider mocht zijn.

Rond het gebruik van dermatoscopie bestaat er discussie. Dermatologen gaven aan dat ze gebruik van de dermatoscoop geen taak voor de huisarts vinden, maar een huisarts was hier niet mee akkoord. In de richtlijn Melanoom van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie, wordt hier het volgende over gezegd: " Dermatoscopie verdient een vaste plaats in de klinische diagnostiek van gepigmenteerde huidafwijkingen, omdat het de klinische accuratesse aanzienlijk bevordert. Dit geldt alleen voor artsen die hierin aantoonbaar zijn geschoold en ervaring hebben. Dermatoscopie door niet-ervaren clinici leidt tot een vermindering van de klinische accuratesse. " [9] Er wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen huisartsen en dermatologen, maar tussen voldoende en onvoldoende geschoolde en ervaren artsen. In de NHG standaard 'verdachte huidafwijkingen' is de aanbeveling dat de huisarts het gebruik van de dermatoscoop kan overwegen bij het vermoeden van verdachte huidafwijkingen. Voorwaarde hiervoor is opnieuw dat de huisarts eerst scholing hiervoor volgt en dat hij er in de praktijk voldoende ervaring mee kan opbouwen en onderhouden. [2]

Momenteel is er in Nederland geen advies om een systematisch bevolkingsonderzoek op melanoom te laten plaatsvinden. Wel dient men patiënten met risicofactoren minstens één keer per jaar na te kijken, in overleg met de patiënt. Ook zelfonderzoek dient aan deze groep aangeleerd te worden. [9] Ook wereldwijd is er momenteel geen evidentie om veralgemeende screening naar maligne melanoom bij alle volwassenen te laten plaatsvinden. Dit blijkt uit een Cochrane review van 2019. [10] De veralgemeende screening naar maligne melanoom voldoet momenteel niet aan de criteria voor bevolkingsonderzoek. In dit onderzoek werd geen onderzoek gedaan naar het screenen van mensen met een voorgeschiedenis van een melanoom of met een genetische predispositie. [10]

In Duitsland werd van 2003 tot 2008 in één staat (Schleswig-Holstein) een screening campagne opgezet (SCREEN project). Men stelde een afname met 48 procent van de mortaliteit voor maligne melanoom vast. Vervolgens werd van 2008 tot 2012 in heel Duitsland gescreend. In Schleswig-Holstein zelf keerde de mortaliteit terug naar het niveau voor screening en in heel Duitsland steeg de mortaliteit met 2,6% voor mannen en 0,2% voor vrouwen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in Schleswig-Holstein een tijdelijke modificatie was in het rapporteren van sterftegevallen. [11] Anderzijds wordt gesuggereerd dat de intensiteit van het veralgemeende screeningsprogramma in Duitsland lager was dan het SCREEN project in Schleswig-Holstein. Er wordt wel voorgesteld om in verder onderzoek naar het verband te kijken tussen screening door dermatologen en niet-dermatologen. [12]

4.2 Sterke en zwakke punten van de onderzoeksopzet

Vooreerst werd de e-learning slechts door een beperkt aantal artsen getest. Een eerste verklaring hiervoor is dat het slechts aan een beperkt aantal artsen aangeboden werd. De artsen die getest hebben, werden allen contacteerd via een mailinglijst met de gegevens van 313 artsen die aangemeld waren op het e-platform. Hierdoor is er mogelijks een selectie voor artsen die geïnteresseerd zijn in e-learnings, in onderzoek of in dit onderwerp. Dit kan een invloed hebben op de resultaten. Ten tweede was de e-learning maar een korte periode (1 maand) beschikbaar om te doorlopen. Mogelijks zou er meer respons zijn als deze langer open zou staan. Ten derde is het doorlopen van een e-learning en het invullen van een enquête achteraf tijdrovend. Het is niet eenvoudig artsen te motiveren voor deelname. Bovendien werden er aan deze groep artsen geen accrediteringspunten toegekend, omdat ze gratis deze e-learning konden testen. Hierdoor werden ze niet 'beloond' voor het doorlopen ervan.

Ten tweede werden leeftijd, aantal jaar klinische ervaring, geslacht en woon/werkplaats niet bevraagd in de enquête. Hierdoor weten we weinig over de artsen die de e-learning doorlopen hebben. Vooral het aantal jaar klinische ervaring zou interessant kunnen zijn bij het interpreteren van de resultaten.

Ten derde werd door artsen in de open antwoorden aangegeven dat, hoewel de e-learning zeker nuttig was, onzekerheid een rol blijft spelen en dat vooral veel oefening in de praktijk nodig is. Dit is iets wat niet te vervangen is door een e-learning.

Als laatste werd bij het opstellen van de e-learning overwogen om foto's van patiënten te gebruiken. Dit zou zowel van eigen patiënten kunnen zijn als via een aantal dermatologen. Hierdoor zou echter een informed consent nodig zijn van elke patiënt en zou het dossier van dit eindwerk herzien moeten worden door de ethische commissie van de KU Leuven. Gezien de korte termijn waarop dit eindwerk gemaakt moest worden, was dit niet haalbaar en werd besloten de foto's van de NHG richtlijn en de website huidziekten.nl te gebruiken.

4.3 Implicaties voor de klinische praktijk en/of verder onderzoek

Voor de klinische praktijk kan deze e-learning zeker een waarde hebben in de toekomst. Het is een nuttig instrument voor bijscholing. Om het nog beter te maken in de toekomst zou het goed zijn nog meer oefeningen toe te voegen en ook andere foto's uit de praktijk te gebruiken.

Het aanvoelen van huisartsen van deze materie als een moeilijk onderwerp en het ontbreken van de ervaring in de praktijk is echter iets wat niet kan vervangen worden door een e-learning. Eventueel zouden aanpassingen in de basisopleiding geneeskunde of stages hier een antwoord op kunnen bieden.

Gezien de beperkte respons kunnen de resultaten van dit onderzoek niet geëxtrapoleerd worden naar de volledige Vlaamse huisartsenpopulatie. Hiervoor dient er eerst een test van de e-learning te gebeuren op een representatieve steekproef (om zo selectiebias te voorkomen) of zelfs op de volledige Vlaamse huisartsenpopulatie.

Gezien er met de huidige studies geen evidentie is om screening naar melanoom in een bevolkingsonderzoek te laten plaatsvinden, is het belangrijk om als huisarts alert te zijn voor de risicogroepen. Vooral bij deze groep patiënten met risicofactoren voor een melanoom dient men geregeld een nazicht te verrichten en deze patiënten ook te instrueren voor zelfonderzoek. Eveneens belangrijk blijft om, bij het toevallig ontdekken van een verdacht letsel, ook de rest van het lichaam na te kijken.

5 Conclusie

Uit dit kleinschalig onderzoek blijkt dat een e-learning zeker een meerwaarde kan zijn als instrument voor bijscholing in de screening naar naevi en melanomen. Verder onderzoek dient te gebeuren op een grotere populatie. De e-learning zou nog verbeterd kunnen worden door er extra fotomateriaal en oefeningen aan toe te voegen. Toch blijft het een moeilijke materie voor veel huisartsen, waar vooral de nodige ervaring in dient opgebouwd te worden. Men dient steeds aandacht te hebben voor de risicogroepen en deze gericht na te kijken.

6 Referenties

1. van Walle L, Van Eycken L. Kwaadaardige huidtumoren in België: huidige situatie, trends & toekomst. *Huisarts Nu* 2019;48:130-4.

2. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. Baaten GGG, Buis PAJ, Damen Z, De Haas ERM, et al. 2017. Geraadpleegd op 10/03/2020.

3. Duodecim richtlijn: Melanoma – 15/05/2019

4. https://www.euromelanoma.org/belgie Geraadpleegd op 22/03/2020

5. Huidziekten.nl – Melanoom. Geraadpleegd op 10/03/2020

6. Huidziekten.nl – Moedervlekken. Geraadpleegd op 10/03/2020

7. Duodecim richtlijn: Naevi (moedervlekken) – 10/05/2016

8. Burghout K, Sigurdsson V, Toonstra J: Diagnostiek van melanomen. Huisarts en wetenschap 57 (9) september 2014 (482-485)

9. Richtlijn Melanoom (Landelijke versie, 2.1) Laatst gewijzigd op 01/03/2016 – NVDV, integraal kankercentrum Nederland

10. Johansson M, Brodersen J, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for reducing morbidity and mortality in malignant melanoma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 6. Art. No.: CD012352. DOI: 10.1002/14651858.CD012352.pub2.

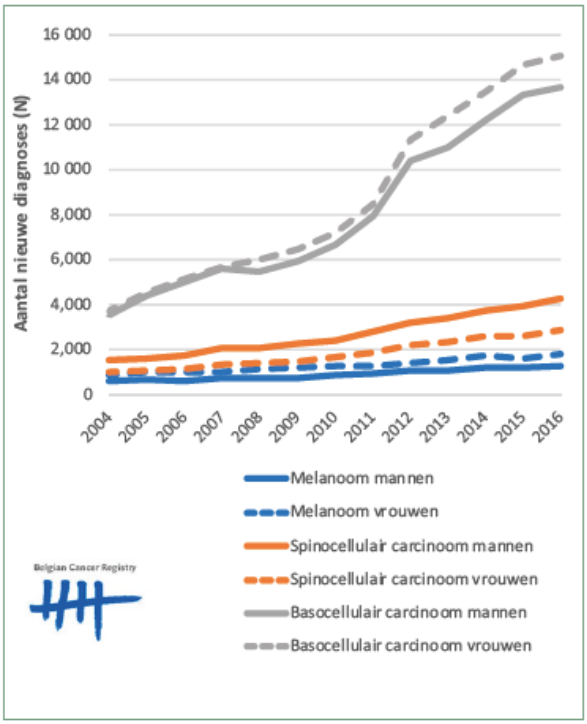
11. Boniol M, Autier P, Gandini S. Melanoma mortality following skin cancer screening in Germany. *BMJ Open* 2015;**5:**e008158. doi:10.1136/bmjopen-2015-008158

12. Hübner, J., Eisemann, N., Brunßen, A. *et al.* Hautkrebsscreening in Deutschland: Bilanz nach zehn Jahren. *Bundesgesundheitsbl* **61,** 1536–1543 (2018).

7 Bijlagen

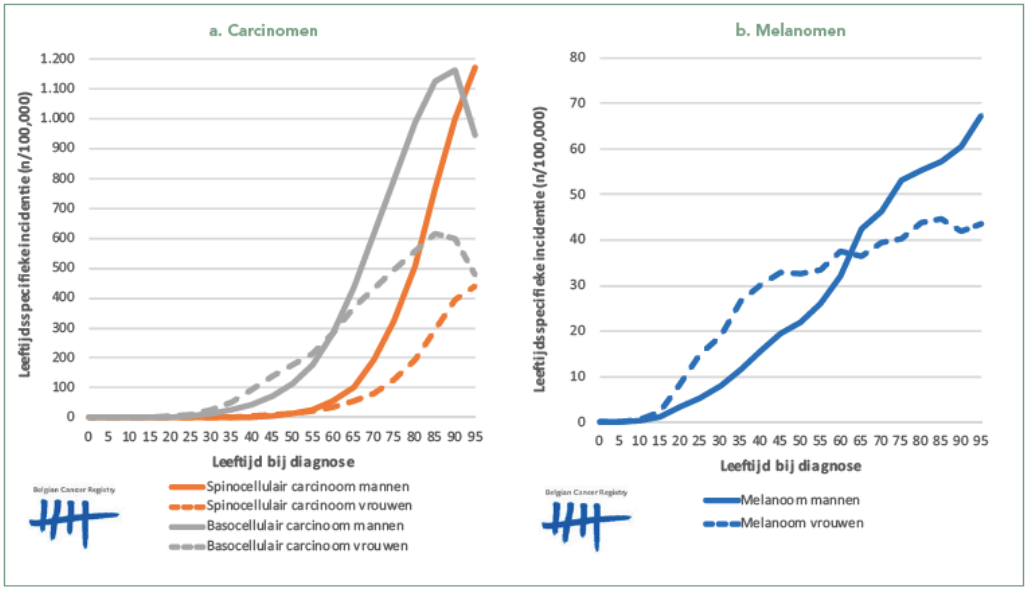
A. Figuren inleiding

Figuur 1: Evolutie van de incidentie van kwaadaardige huidtumoren, België, 2004-2016.



Figuur 1 (van Walle L, Van Eycken L. Kwaadaardige huidtumoren in België: huidige situatie, trends & toekomst. Huisarts Nu 2019;48:130-4.)

Figuur 3: Leeftijdsspecifieke incidentie (n/100 000) van kwaadaardige huidtumoren, België, 2004-2016.



Figuur 2 (van Walle L, Van Eycken L. Kwaadaardige huidtumoren in België: huidige situatie, trends & toekomst. Huisarts Nu 2019;48:130-4.)

B. Inhoudstafel e-learning

Course module index

1 Inleiding

1.1 Inleiding

2 Risicofactoren

2.1 Risicofactoren voor het krijgen van een melanoom

3 Diagnostiek huidafwijkingen

3.1 Stroomdiagram

3.2 Beschrijving van de huidafwijking

3.3 ABCDE regel

4 Niet-huidkleurige afwijkingen

4.1 Niet-huidkleurige afwijkingen met glad oppervlak: benigne afwijkingen

4.2 Niet-huidkleurige afwijkingen met glad oppervlak: maligne afwijkingen

4.3 Niet-huidkleurige afwijkingen met keratotisch/schilferend oppervlak: benigne afwijkingen

4.4 Niet-huidkleurige afwijkingen met keratotisch/schilferend oppervlak: maligne afwijkingen

5 Huidkleurige afwijkingen

5.1 Inleiding huidkleurige afwijkingen

5.2 Huidkleurige afwijkingen met glad oppervlak

5.3 Huidkleurige afwijkingen met keratotisch/schilferend oppervlak

6 Verdieping naevi en melanomen

6.1 Naevi

6.2 Melanomen

6.3 Diagnose, prognose en behandeling van een maligne melanoom

6.4 Beleid bij naevi en melanomen door de huisarts

6.5 Diagnostische excisie

7 Voorbeelden

7.1 Voorbeelden

7.2 Voorbeelden

8 Korte enquête

8.1 Enquête

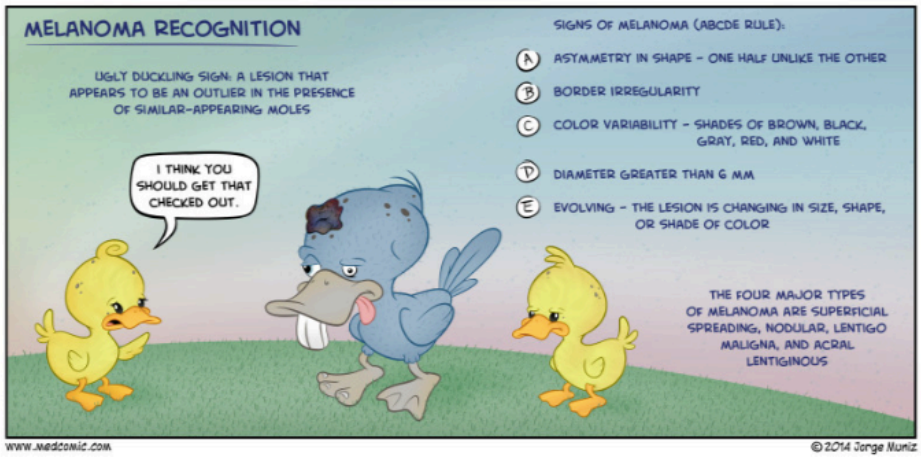
C. *Voorbeeld hoofdstuk e-learning*

3.2 Beschrijving van de huidafwijking

Ter differentiatie kan men de huidafwijking beschrijven volgens de **PROVOKE**-kenmerken, waarbij PROVOKE staat voor:
P: plaats/lokalisatie
R: rangschikking (bij multipele huidafwijkingen, hier meestal niet relevant)
O1: omvang/afmetingen
V: vorm
O2: oppervlak/omtrek: glad/keratotisch/squameus/papillomateus, scherpte van begrenzing
K: kleur
E: efflorescentie: plaque, macula, ulcus, papel, nodu(lu)s

Bij moedervlekken of naevi kan men vervolgens de **ABCDE-regel** toepassen en het **ugly duckling sign** gebruiken om na te gaan of er kenmerken van een melanoom aanwezig zijn.

Het ugly duckling sign betekent dat er tussen de aanwezige naevi bij één patiënt een moedervlek eruit springt als 'lelijk eendje', omdat dit een ander patroon vertoont ten opzichte van de rest.



Pick the right answer and click on the 'Submit answer' button.

This is the right answer.

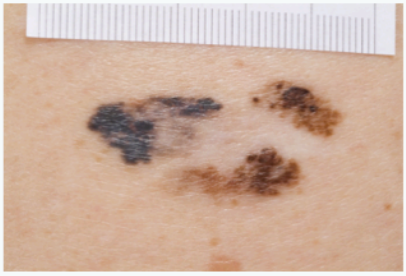
V: asymmetrisch

O_2: wisselend scherp en onscherp begrensd, ulceratie en/of korstvorming

K: onregelmatig gepigmenteerd met erythemateuze basis, soms witgrijze en/of roze gebieden

E: macula plaque

Klinisch: klachten, zoals jeuk, bloeden en pijn, kunnen voorkomen



Welke diagnose is het meest correct? (Activity 1/6)

- ○ Naevus spilus
- ◉ Superficieel spreidend maligne melanoom
- ○ Lentigo maligna

Go to next activity Click here to try again

D. Vragenlijst na e-learning

1. Deze e-learning heeft mijn kennis rond naevi en melanomen vergroot.
   - helemaal eens
   - eens
   - noch eens, noch oneens
   - oneens
   - helemaal oneens
2. Na het doorlopen van deze e-learning voel ik me zekerder in de aanpak van naevi en melanomen
   - helemaal eens
   - eens
   - noch eens, noch oneens
   - oneens
   - helemaal oneens
3. Ik ben me meer bewust van de risicofactoren voor het ontwikkelen van melanomen en weet nu dus beter bij welke risicopatiënten ik naar melanomen moet screenen
4. Ik weet beter wat ik wel en niet (dringend) moet doorverwijzen naar de dermatoloog
5. Ik kan verruca seborrhoica nu beter onderscheiden van verdachte naevi/melanomen.
6. Ik weet beter hoe ik zelf een diagnostische excisie moet uitvoeren en wat de volgende stappen zijn in het beleid.
7. Ik ben me meer bewust van het belang van nazicht van het hele lichaam wanneer ik verdachte letsels bemerk.
8. Feedback over deze e-learning: (open vraag)