Screening naar naevi en melanomen door de huisarts

Deel 1: Welke problemen ervaart de huisarts bij screenen naar naevi en melanomen

Saartje Verwaest, KU Leuven

Promotor: prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

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

Welke problemen de huisarts ervaart bij het screenen naar naevi en melanomen werd onderzocht aan de hand van twee web-based enquêtes gericht aan Vlaamse huisartsen en dermatologen. De enquêtes werden opgesteld op basis van de bestaande richtlijnen en na onderling overleg. De huisartsen en dermatologen werden via mail gecontacteerd. In dit observationeel onderzoek werden de data cross-sectioneel verzameld. De antwoorden uit de enquêtes werden aan een univariate beschrijvende analyse onderworpen.

Resultaten

Uit de enquêtes kwam naar voren dat huisartsen bij het screenen naar naevi en melanomen voornamelijk problemen ervaren bij de diagnosestelling. De huisartsen gaven zelf aan een vrij goede kennis te hebben over verdachte huidafwijkingen, met name over de risicofactoren (door 86,2% gekend) en kenmerken van atypische naevi (door 93,1% gekend). Dit werd in een korte kennistest bevestigd. Toch vond slechts 51,7% zijn kennis voldoende om (pre)maligne huidafwijkingen te diagnosticeren, 21,8% vond zijn kennis onvoldoende. Er is vraag naar extra scholing rond het onderwerp, 83,9% van de deelnemende huisartsen zou graag meer scholing krijgen. In de antwoorden op de open vragen werd door 9 artsen aangegeven dat de klinische diagnose moeilijk blijft. De dermatologen bevestigen dat er bij de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen problemen zijn binnen de eerste lijn, slechts 25% vindt dat de diagnostiek goed verloopt en 55% merkt problemen op. Ook bij de screening merkt 50% problemen op. De huisartsen gaven aan dat er meer sensibilisatie en screening nodig is.

Conclusie

Huisartsen ondervinden voornamelijk problemen bij de diagnostiek van naevi en melanomen. Er is meer onderzoek nodig naar een goede manier om hun diagnostische vaardigheden te verbeteren. Verder blijft een goede kennis en aandacht voor het screenen van patiënten met risicofactoren belangrijk. De noodzaak aan meer en betere opleiding dringt zich op en ook de huisartsen zelf zijn hier vragende partij voor. Of een e-learning kan bijdragen aan het vergroten van kennis en vaardigheden bij het screenen naar naevi en melanomen wordt verder onderzocht in deel 2 van dit onderzoek.

Sleutelwoorden

Huisarts, screening, naevi en melanomen

Inhoudsopgave

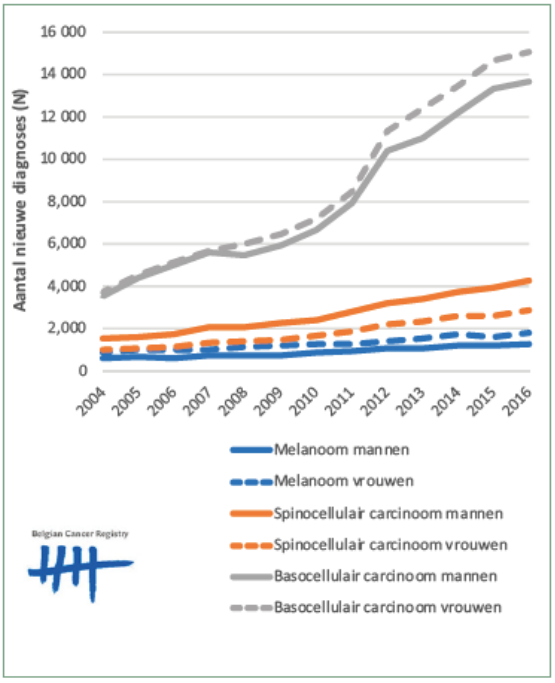
1. Inleiding 5
2. Methode 7
   - Onderzoeksopzet 7
   - Setting en deelnemers 7
   - Verzameling van data 7
   - Data-analyse 8
   - Ethische commissie 8
3. Resultaten 8
   - Resultaten enquête huisartsen 8
   - Resultaten enquête dermatologen 11
4. Discussie 13
   - Voornaamste bevindingen 13
   - Vergelijking met bestaande literatuur 13
   - Sterktes en zwaktes 16
   - Implicaties 16
5. Conclusie 17
6. Referenties 18
7. Bijlagen 19
   - Bijlage 1: Enquête huisartsen 19
   - Bijlage 2: Enquête dermatologen 21
   - Bijlage 3: Resultaten open vragen enquête huisartsen: categorieën 22
     - Categorieke opdeling antwoorden open vraag ‘Wat loopt er volgens u goed in de screening naar naevi en melanomen en wat zijn aandachtspunten?’ 22
     - Categorieke opdeling antwoorden open vraag ‘Andere opmerkingen’ 22
   - Bijlage 4: Resultaten kennistest enquête huisartsen 23
   - Bijlage 5: Resultaten open vragen enquête dermatologen 25

Screenen naar naevi en melanomen door de huisarts

Deel 1: Welke problemen ervaart de huisarts bij screenen naar naevi en melanomen

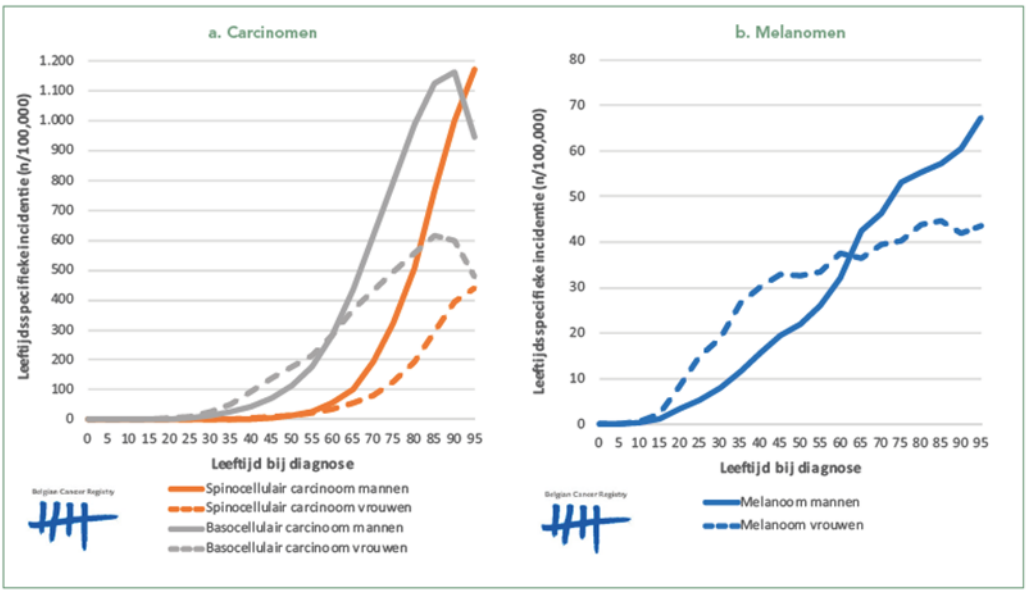
Inleiding

Er wordt een toename vastgesteld van de incidentie van melanomen en andere vormen van huidkanker (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]



Figuur 1: Evolutie van de incidentie van kwaadaardige huidtumoren, België, 2004-2016 (van Walle L, Van Eycken L. Kwaadaardige huidtumoren in België: huidige situatie, trends & toekomst. Huisarts Nu 2019;48:130-4.)

Er is een vrouwelijke predominantie voor melanomen. Tot de leeftijd van 35 jaar is de incidentie bij vrouwen dubbel zo hoog als bij mannen (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]



Figuur 2: Leeftijdsspecifieke incidentie (n/100 000) van kwaadaardige huidtumoren, België, 2004-2016. (van Walle L, Van Eycken L. Kwaadaardige huidtumoren in België: huidige situatie, trends & toekomst. Huisarts Nu 2019;48:130-4.)

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.

Methode

Onderzoeksopzet

Om inzicht te krijgen in het verloop van screening naar naevi en melanomen bij de Vlaamse huisartsen werden huisartsen en dermatologen bevraagd door middel van een enquête. Er werden twee web-based enquêtes opgesteld, de eerste enquête was gericht aan Vlaamse huisartsen en een tweede enquête werd naar Vlaamse dermatologen verzonden. Deze enquêtes hadden tot doel te achterhalen waar er problemen zijn bij de screening naar naevi en melanomen en wat er wel goed verloopt. In de enquête gericht aan de huisartsen werden de vragen zo opgesteld om de mogelijke problemen te differentiëren tussen problemen bij kennis, diagnose en/of beleid. Om de kennis van de huisartsen te bepalen werd de score op een korte kennistest gemeten. In de enquête gericht aan de dermatologen werd de screening in de eerste lijn bevraagd. De vragen in deze enquêtes werden opgesteld aan de hand van de bestaande richtlijnen rond naevi en melanomen en na onderling overleg. In dit observationeel onderzoek werden de data cross-sectioneel verzameld.

Setting en deelnemers

De online enquêtes werden in de loop van augustus-september 2019 per mail verzonden naar Vlaamse huisartsen en dermatologen verspreid over de 5 Vlaamse provincies. Er werd geen onderscheid gemaakt op basis van geslacht, regio, aantal jaar ervaring of andere in de selectie van de artsen.
De huisartsen werden bereikt via persoonlijke mailadressen en via de nieuwsbrief van de lokale kringen waarin de link naar de enquête beschikbaar was. Deze mailadressen en toegang tot de nieuwsbrieven werden verkregen door de verschillende LOK-groepen in Vlaanderen te contacteren. Voor het bereiken van dermatologen per mail werden een aantal praktijken van dermatologen telefonisch of via het contactformulier op de website gecontacteerd om het mailadres van de praktijk op te vragen indien dit niet beschikbaar was op hun website.

Verzameling van data

Voor dit onderzoek werden twee enquêtes opgesteld op de websurvey service KU Leuven. Voor de enquêtes werden multiple choice en open vragen gebruikt.
De enquête gericht aan de huisartsen (zie bijlage 1: Enquête huisartsen) bestond uit 29 vragen. Deze vragen zijn opgedeeld in vragen rond screening, kennis/diagnose, aanvullend onderzoek/beleid en overige. De laatste 3 vragen vormden een korte kennistest. Bij het merendeel van de vragen waren de antwoordmogelijkheden helemaal eens-eens-noch eens, noch oneens-oneens-helemaal oneens. Daarnaast waren er ook twee open vragen en variabele antwoordmogelijkheden bij de korte kennistest.
De enquête gericht aan de dermatologen (zie bijlage 2: Enquête dermatologen) bestond uit 11 vragen, hiervan waren er 3 open vragen, de overige vragen hadden de antwoordmogelijkheden helemaal eens-eens-noch eens, noch oneens-oneens-helemaal oneens.
De vragen in deze enquêtes werden opgesteld aan de hand van de bestaande richtlijnen rond naevi en melanomen en na onderling overleg. Antwoorden werden verzameld in de periode augustus-oktober 2019.

Data-analyse

Voor beide enquêtes werd een univariate beschrijvende analyse uitgevoerd op de antwoorden van de multiple choice vragen. De antwoorden op de open vragen werden ook beschrijvend geanalyseerd en opgedeeld in categorieën. Uit de categorie aandachtspunten werden conclusies getrokken die gebruikt werden bij het opstellen van de e-learning voor deel 2 van deze masterpaper (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?).

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).

Resultaten

Deelnemers werden gevonden door de enquêtes via mail rond te sturen naar huisartsen en dermatologen verspreid over de verschillende Vlaamse provincies (inhoud enquêtes: zie bijlage 1 en 2). Er namen 87 deelnemers deel aan de enquête gericht aan de huisartsen. De enquête gericht aan de dermatologen werd door 20 deelnemers ingevuld.

Resultaten enquête huisartsen

Ruim de helft van de huisartsen (55,2%) stelt een toenemende vraag naar het nazicht van naevi vast in zijn/haar praktijk (Tabel 1: Resultaten enquête vragen rond aandachtspunten/goed verloop bij screening). 54,1 % van de huisartsen screent voornamelijk naar verdachte huidafwijkingen indien de patiënt hier zelf om vraagt. Een minderheid van de huisartsen (23%) screent standaard op verdachte huidafwijkingen bij patiënten met risicofactoren. De meeste huisartsen, namelijk 81,6%, verrichten geen standaard screening bij al hun patiënten. Het merendeel van de huisartsen geeft voorlichting rond verdachte huidafwijkingen en het belang van zonnebescherming.

Vragen	**Oneens**	**Neutraal**	**Eens**
Screening			
Ik stel in mijn praktijk een toenemende vraag naar het nazicht van naevi/moedervlekken vast.	12 (13,8%)	27 (31%)	48 (55,2%)
Screening naar verdachte huidafwijkingen verricht ik voornamelijk bij patiënten die hier zelf naar vragen.	21 (24,1%)	19 (21,8%)	47 (54,1%)
Bij patiënten met een licht huid type en andere risicofactoren verricht ik steeds een screening op verdachte huidafwijkingen	47 (54%)	20 (23%)	20 (23%)
Ik verricht bij alle patiënten een screening op verdachte huidafwijkingen	71 (81,6%)	6 (6,9%)	10 (11,5%)

Ik maak mijn patiënten attent op het belang van screening naar verdachte huidafwijkingen en licht hen in over algemene maatregelen rond zonbescherming	8 (9,2%)	21 (24,1%)	58 (66,7%)
Kennis/Diagnose			
Ik beschik naar mijn mening over voldoende kennis om (pre)maligne huidafwijkingen te diagnosticeren.	19 (21,8%)	23 (26,4%)	45 (51,7%)
Ik ken de verschillende risicofactoren voor (pre)maligne huidafwijkingen.	5 (5,7%)	7 (8%)	76 (86,2%)
Ik weet welke kenmerken van de huidafwijking ik bij de anamnese moet navragen	1 (1,1%)	5 (5,7%)	81 (93,1%)
Ik kan goedaardige huidvlekjes onderscheiden van (pre)maligne huidafwijkingen	14 (16,1%)	25 (28,7%)	48 (55,2%)
Ik maak een onderscheid tussen goedaardige huidvlekjes en (pre)maligne huidafwijkingen meestal à vue	24 (27,6%)	24 (27,6%)	39 (44,8%)
Voor het onderscheid tussen goedaardige huidvlekjes en (pre)maligne huidafwijkingen pas ik de ABCDE regel toe	4 (4,6%)	6 (6,9%)	77 (88,5%)
Ik vergelijk een verdachte huidafwijking met andere moedervlekken/naevi bij de patiënt (ugly duckling sign)	16 (18,4%)	16 (18,4%)	55 (63,2%)
Ik weet wat de kenmerken van een atypische naevus zijn	7 (8%)	11 (12,6%)	69 (79,3%)
Bij een verdachte huidafwijking kijk ik het volledige huidoppervlak van de patiënt na	14 (16,1%)	15 (17,2%)	58 (66,7%)
Ik maak gebruik van een dermatoscoop om benigne van maligne huidafwijkingen te onderscheiden	66 (75,9%)	4 (4,6%)	17 (19,5%)
Aanvullend onderzoek/Beleid			
Ik verwijs alle patiënten waarbij ik een (pre)maligne huidafwijking vermoed door naar de dermatoloog	15 (17,2%)	8 (9,2%)	64 (73,6%)
Ik verwijs alle patiënten met (vermoeden van) een melanoom door naar de dermatoloog	5 (5,7%)	6 (6,9%)	76 (87,4%)
Ik voer zelf biopsies en diagnostische excisies uit en verwijs op indicatie naar de dermatoloog	50 (57,5%)	1 (1,1%)	36 (41,4%)
Ik fotografeer een verdachte huidafwijking vooraleer ik een biopsie of diagnostische excisie uitvoer	40 (46%)	23 (26,4%)	24 (27,6%)

Bij de keuze tussen doorverwijzing of zelf diagnostiek uitvoeren houd ik rekening met arts-patiënt gebonden factoren (eigen ervaring, leeftijd patiënt, comorbiditeit, geschat risico, voorkeur patiënt)	19 (21,8%)	14 (16,1%)	54 (62,1%)
Ik weet hoe ik correct biopsies en diagnostische excisies moet uitvoeren	40 (46%)	12 (13,8%)	35 (40,2%)
Ik weet dat er steeds histopathologisch onderzoek nodig is vooraleer over te gaan op een therapeutische excisie	8 (9,2%)	13 (14,9%)	66 (75,9%)
Overige			
Ik zou graag meer scholing krijgen over de diagnostiek en behandeling van verdachte huidafwijkingen	4 (4,6%)	10 (11,5%)	73 (83,9%)
Ik zou me zekerder voelen in de aanpak van verdachte huidafwijkingen indien ik hier extra scholing over zou krijgen	5 (5,7%)	9 (10,3%)	73 (84%)

Tabel 1: Resultaten enquête vragen rond aandachtspunten/goed verloop bij screening

De helft van de huisartsen geeft aan over voldoende kennis te beschikken om (pre)maligne huidafwijkingen te diagnosticeren, 1/5 geeft aan dat zijn/haar kennis onvoldoende is. De risicofactoren voor (pre)maligne huidafwijkingen zijn volgens de huisartsen voldoende gekend. Huisartsen geven aan te weten welke kenmerken ze in de anamnese moeten navragen. De helft van de huisartsen kan goedaardige huidvlekjes onderscheiden van (pre)maligne huidafwijkingen. Bijna de helft van de huisartsen (44,8%) maakt het onderscheid tussen goedaardige huidvlekjes en (pre)maligne huidafwijkingen op basis van het uitzicht. Zo goed als alle huisartsen passen de ABCDE regel toe, slechts 4,6% gebruikt deze niet. Het merendeel van de huisartsen vergelijkt een verdachte huidafwijking met andere naevi op het lichaam. De kenmerken van een atypische naevus zijn bij de meeste huisartsen gekend. De meeste huisartsen kijken het volledige huidoppervlak na wanneer zij een verdachte huidafwijking vaststellen, 16% doet dit niet. De dermatoscoop wordt weinig gebruikt in de huisartsenpraktijk om goedaardige van maligne huidafwijkingen te onderscheiden. 1/5 van de artsen geeft aan deze wel te gebruiken.
De meeste patiënten met vermoeden van een (pre)maligne huidafwijking worden doorverwezen naar de dermatoloog. Bij (vermoeden van) een melanoom verwijzen bijna alle huisartsen (87,4%) door naar de dermatoloog. De meeste huisartsen voeren zelf geen biopsies en diagnostische excisies uit, 41,4% doet dit wel zelf. Een minderheid van de huisartsen (27,6%) fotografeert een verdachte huidafwijking vooraleer een biopsie of diagnostische excisie uit te voeren. De meeste artsen laten arts-patiënt gebonden factoren meespelen in hun keuze om al dan niet door te verwijzen. Bijna de helft van de artsen geeft aan niet te weten hoe correct biopsies en diagnostische excisies moeten uitgevoerd worden. De meerderheid van de artsen weet dat een histopathologisch onderzoek moet voorafgaan aan een therapeutische excisie.
83,9% van de artsen geeft aan meer scholing te willen krijgen over de diagnostiek en behandeling van verdachte huidafwijkingen. Huisartsen zouden zich zekerder voelen in de aanpak van verdachte huidafwijkingen indien ze hierover extra scholing zouden krijgen.

De open vraag ‘Wat loopt er volgens u goed in de screening naar naevi en melanomen en wat zijn aandachtspunten’ werd door 74 huisartsen beantwoord. Deze antwoorden werden opgedeeld in categorieën (Bijlage 3: Resultaten open vragen enquête huisartsen: categorieën). Bij deze opdeling

werden verschillende antwoorden bij meerdere categorieën ingedeeld.
Antwoorden die pasten bij wat wel goed loopt in de screening werden in 3 categorieën opgedeeld (Bijlage 3: Resultaten open vragen enquête huisartsen: categorieën). 24 artsen gaven aan dat er goede preventiemaatregelen zijn binnen de bevolking, zij gaven aan dat patiënten gesensibiliseerd en geïnformeerd zijn rondom naevi en melanomen. Er werd ook aangegeven dat er een goede kennis is van huisartsen over risicofactoren en dat de ABCDE regel goed wordt toegepast, 4 huisartsen gaven een antwoord binnen deze categorie. 1 huisarts haalde de samenwerking met de 2e lijn aan als sterk punt.
De aandachtspunten rond screening werden in 7 categorieën opgedeeld (Bijlage 3: Resultaten open vragen enquête huisartsen: categorieën). Hier gaven 7 artsen aan dat er meer en betere opleiding rondom naevi en melanomen voor huisartsen nodig is. Het gebruik van een dermatoscoop in de huisartsenpraktijk werd door 4 artsen aangehaald. 25 artsen gaven aan dat er meer sensibilisatie van de bevolking noodzakelijk is, dit zowel door huisartsen zelf als campagnes via de media. Noodzaak aan meer (systematische) screening van patiënten werd door 19 artsen naar voren gebracht. 8 artsen merkten de blijvende moeilijkheidsgraad van de klinische diagnose op. 2 artsen gaven aan dat er bij sensibilisatie campagnes meer aandacht zou moeten gaan naar de mogelijkheid van screening door de huisarts. Moeizame bereikbaarheid van dermatologen en de lange wachttijden voor patiënten daar werden door 3 artsen als aandachtspunt aangehaald.
De open vraag ‘Andere opmerkingen’ werd door 6 huisartsen beantwoord. Deze antwoorden werden opgedeeld in 4 categorieën (Bijlage 3: Resultaten open vragen enquête huisartsen: categorieën). Hier kwam ook de noodzaak tot meer opleiding voor huisartsen naar voor (3 antwoorden). Een arts haalde hier de moeilijke diagnose aan. Het belang van sensibilisatie van patiënten werd hier door 1 arts opnieuw weergegeven. Een antwoord hoorde in de categorie ‘andere’, het betrof de suggestie voor het gebruik van de ‘Skin Vision app’.

De laatste 3 vragen uit de enquête vormden een korte kennistest voor de huisartsen waaruit naar voren komt dat de meeste risicofactoren voor premaligne afwijkingen goed gekend zijn (Bijlage 4: Resultaten kennistest enquête huisartsen). Atopische constitutie wordt door 1/3 van de huisartsen als risicofactor aangeduid terwijl dit geen risicofactor is. Roken en de aanwezigheid van meer dan 50 naevi zijn ook geen risicofactoren terwijl de meeste artsen deze wel tot de risicofactoren rekenden. 88% van de huisartsen wist wat het ugly duckling sign was. 72,3% van de huisartsen duidde de juiste kenmerken van een atypische naevus aan.

Resultaten enquête dermatologen

Bijna alle ondervraagde dermatologen (95%) stellen een toename van de vraag naar screening van naevi vast (Tabel 2: Resultaten multiple choice vragen enquête dermatologen). De meerderheid (75%) van de dermatologen merkt een toename op van het aantal verwijzingen van huisartsen voor nazicht van naevi. Het antwoord op de vraag of de screening van naevi in de eerste lijn goed verloopt, is sterk verdeeld. Bijna de helft van de dermatologen vindt van niet, en de andere helft is verdeeld in degenen die vinden dat de screening wel goed verloopt en de andere helft die noch eens noch oneens is. De helft van de dermatologen merkt problemen op in de screening naar naevi in de eerste lijn. Slechts 25% van de dermatologen vindt dat de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen goed verloopt in de eerste lijn. De meerderheid merkt problemen op bij diagnostiek van verdachte huidafwijkingen in de eerste lijn, een kleiner deel is onbeslist en 2/20 merken geen problemen. De meeste dermatologen (75%) vinden dat biopsies en diagnostische excisies niet vaker door de huisarts moeten gebeuren. De meerderheid (70%) van de dermatologen vindt dat de verwijzingen voor verdachte huidafwijkingen door de huisarts goed verlopen.

Vragen	Oneens	Neutraal	Eens
Ik stel in mijn praktijk een toename in de vraag naar screening van naevi vast	0 (0%)	1 (5%)	19 (95%)
Ik stel in mijn praktijk een toename van het aantal verwijzingen door huisartsen voor het nazicht van naevi vast	1 (5%)	4 (20%)	15 (75%)
Screening van naevi verloopt goed in de eerste lijn	9 (45%)	6 (30%)	5 (25%)
Ik merk problemen op bij de screening van naevi in de eerste lijn	2 (10%)	8 (40%)	10 (50%)
De diagnostiek van verdachte huidafwijkingen verloopt goed in de eerste lijn	8 (40%)	7 (35%)	5 (25%)
Ik merk problemen op bij de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen in de eerste lijn	2 (10%)	7 (35%)	11 (55%)
Er zouden meer biopsies/diagnostische excisies voor verdachte huidafwijkingen door huisartsen moeten gebeuren	15 (75%)	2 (10%)	3 (15%)
Verwijzingen voor verdachte huidafwijkingen door de huisarts verlopen goed	3 (15%)	3 (15%)	14 (70%)

Tabel 2: Resultaten multiple choice vragen enquête dermatologen

De open vraag 'Wat verloopt volgens u goed bij de screening van naevi in de eerste lijn en wat zijn aandachtspunten?' werd door 19 dermatologen beantwoord (Bijlage 5: Resultaten open vragen enquête dermatologen). Als goede punten kwamen hier voornamelijk de kennis en toepassing van de ABCDE regel naar voor en een vlotte doorverwijzing. Anderzijds werd bij de aandachtspunten het belang van tijdige doorverwijzing bij twijfel opgemerkt. Andere aandachtspunten waren onvoldoende herkennen van banale verruca seborrhoica en hun onderscheid met dysplastische naevi of melanomen, meer aandacht hebben voor screening (bv nazicht huid tijdens longauscultatie) en het belang van dermatoscopisch nazicht. Hierbij bemerken meerdere dermatologen dat dermatoscopisch nazicht specialistisch is en beter voorbehouden blijft aan de dermatoloog gezien de moeilijkheidsgraad en het belang van voldoende ervaring met dit onderzoek. Ook werd het belang van aandacht voor niet-melanocytaire verdachte huidafwijkingen (spinocellulair carcinoom en basaalcelcarcinoom) aangehaald, de dermatologen merken hier dat er voor deze aandoeningen te weinig wordt doorverwezen.

16 dermatologen beantwoordden de vraag 'Wat verloopt volgens u goed bij de diagnostiek en verwijzing voor verdachte huidafwijkingen in de eerste lijn en wat zijn aandachtspunten?' (Bijlage 5: Resultaten open vragen enquête dermatologen). Bij goede punten kwam opnieuw laagdrempelige verwijzing door de huisartsen naar voor. Bij aandachtspunten werd het te vaak doorsturen van verruca seborrhoica als verdacht letsel aangehaald. Ook gaven enkele dermatologen aan dat verdachte letsels soms miskend of geminimaliseerd worden en adviseerden zij doorverwijzing bij

twijfel.
Bij de vraag 'Algemene opmerkingen' gaven 4 dermatologen een antwoord (Bijlage 5: Resultaten open vragen enquête dermatologen). Hier werd nogmaals betere kennis van het onderscheid tussen verruca seborrhoica en verdachte naevi als aandachtspunt aangehaald. Ook dat het gebruik van de dermatoscoop specialistisch is en dat niet-melanocytaire verdachte huidafwijkingen te vaak gemist worden, werd herhaald. Verder werd er opgemerkt dat patiënten met risicofactoren best steeds worden doorverwezen voor compleet nazicht bij de dermatoloog. Er werd ook aangehaald dat de huisarts best geplaatst is om een eerste nazicht te doen wanneer patiënten zelf huidafwijkingen opmerken en dan zo nodig doorverwijzing te regelen.

Discussie

Voornaamste bevindingen

Deze enquêtes laten zien dat huisartsen bij het screenen naar naevi en melanomen voornamelijk problemen ervaren bij de diagnosestelling. In het algemeen geven huisartsen zelf aan een vrij goede kennis te hebben over verdachte huidafwijkingen, met name over de screening, risicofactoren en kenmerken van atypische naevi. De korte kennistest kon dit ook bevestigen. Toch geven ze ook aan dat extra scholing rond het onderwerp welkom zou zijn en dat de klinische diagnose moeilijk blijft. De dermatologen bevestigen dat er binnen de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen problemen zijn binnen de eerste lijn, maar ook bij de screening zelf merken de meeste dermatologen problemen. De huisartsen suggereren dat er meer sensibilisatie bij de bevolking nodig is en zij achten meer screening noodzakelijk. De meerderheid van de patiënten met een verdachte huidafwijking wordt doorverwezen naar de dermatoloog, bij een mogelijk melanoom wordt bijna altijd doorverwezen. De dermatologen halen zelf ook aan dat tijdige doorverwijzing belangrijk is en dat er best doorverwezen wordt indien er twijfel bestaat rond het al dan niet verdacht zijn van een huidletsel. De meeste huisartsen gaven aan een gebrek aan kennis te hebben over hoe correct biopsies of diagnostische excisies uit te voeren en velen doen het dan ook niet zelf. De dermatologen vinden niet dat huisartsen zelf meer biopsies of diagnostische excisies moeten uitvoeren.

Vergelijking met bestaande literatuur

De huisartsen en dermatologen die deelnamen aan dit onderzoek stellen in hun praktijk een toenemende vraag naar screening van naevi en melanomen vast. Dit is overeenkomstig met de literatuur en heeft te maken met de stijgende incidentie en toenemende bewustwording binnen de bevolking, o.a. door campagnes als die van Euromelanoma.[2,4] Hoewel er aan deze sensibilisatie nog veel ruimte voor verbetering is, zoals ook door de deelnemende huisartsen aan dit onderzoek werd aangegeven. Gebrek aan bewustwording en ontoereikende publieke educatie kunnen bijdragen aan een laattijdige diagnose.[9] Dit is nefast, want een vroegtijdige diagnose is cruciaal voor een goede prognose.[1,9] De resultaten van de enquêtes uit dit onderzoek laten zien dat de problemen zich net bevinden bij het stellen van die diagnose. Gebrek aan opleiding, tijd en stimulans bij huisartsen in het vroeg herkennen van tumoren en opvolgen van hoog-risico patiënten alsook problemen bij verwijzing naar specialisten dragen bij tot late detectie.[9] Enkele huisartsen gaven in de enquête ook aan dat de lange wachttijden bij de dermatologen problematisch zijn.

Er is een wijdverspreide onder- en over-diagnose en weinig consistentie binnen Europa in de screening naar melanomen, bijgevolg zijn richtlijnen voor de eerste lijn screening essentieel.[9] In Nederland bestaat er een richtlijn rond verdachte huidafwijkingen (NHG Standaard: Verdachte

huidafwijkingen[2]), deze is grotendeels toepasbaar in België, maar een specifieke Belgische richtlijn bestaat er op heden niet. De huisartsen die deelnamen aan de enquêtes in dit onderzoek gaven aan dat er meer nood is aan bredere screening naar naevi en melanomen. Huisartsen zijn als eerstelijns gezondheidsmedewerkers goed geplaatst voor het opsporen van patiënten met een verhoogd risico op melanomen. In het noorden van Portugal gebeurde een cross-sectionele studie om de rol van huisartsen in het selecteren van een hoog-risico populatie voor huidkanker te evalueren.[10] In deze studie kregen de huisartsen vooraf training door dermatologen waarna zij hoog-risico patiënten selecteerden voor screening door dermatologen. Uit deze studie kwam naar voren dat selectieve screening in samenwerking met de huisartsen leidde tot meer vaststellingen van huidkanker dan niet-selectieve screening in de literatuur. De diagnostische overeenkomst tussen huisartsen en dermatologen was in deze studie laag. Er werd uit deze resultaten besloten dat samenwerking tussen huisartsen en dermatologen voor selectieve huidkanker screening, waarbij bijscholingen voor de huisartsen voorzien worden, een manier kan zijn om vroegtijdige opsporing van (pre-)maligne huidafwijkingen te optimaliseren.[10] Huidkanker, waaronder het melanoom, voldoet aan de vereisten voor algemene screening, maar er is onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van nationale huidkanker screening programma's. In Duitsland werd in 2008 het eerste nationale screeningsprogramma geïmplementeerd naar aanleiding van het SCREEN project, een piloot studie die zich in een beperkte regio situeerde. Huisartsen spelen hierbij een belangrijke rol, maar het belang van gestandaardiseerde training om een hoog niveau van nauwkeurigheid te behalen, wordt benadrukt. Evaluatie van dit nationale programma zal van belang zijn voor het opstellen van aanbevelingen.[11] Een review na 10 jaar uit 2018 kon nog geen reductie in de mortaliteit aantonen. Een vergelijking tussen nationale huidkanker screening en het SCREEN project suggereerde een lagere intensiteit van het huidige screening programma.[12] In de literatuur is tot nu toe geen sluitend bewijs voor het invoeren van bevolkingsonderzoek.

In de resultaten van de enquête bij de dermatologen werd aangegeven dat er problemen zouden zijn bij screening en diagnosestelling in de eerste lijn. Ook uit de enquête bij de huisartsen worden moeilijkheden bij de diagnose als voornaamste probleem vastgesteld. In de Portugese studie die eerder aangehaald werd, kwam ook naar voren dat de diagnostische overeenkomst tussen huisartsen en dermatologen erg laag was.[10] In een Nederlands investigatie rapport uit 2014 werd de kwaliteit van verwijsbrieven van huisartsen voor patiënten met huidtumoren geanalyseerd waarbij de voorgestelde diagnoses werden vergeleken met de definitieve diagnoses door de dermatologen. In deze studie bleken 44,5% van de laesies goedaardig, maligne huid tumoren werden slecht herkend en verruca seborrhoica werden vaak foutief als naevi aanzien (33,6%).[13] De bevindingen uit dit Nederlandse rapport komen overeen met de bevindingen uit ons onderzoek, namelijk dat er problemen zijn bij de diagnosestelling. Het onvoldoende herkennen van verruca seborrhoica door de huisartsen werd ook door de deelnemende dermatologen aangehaald. De meeste huisartsen gaven in dit onderzoek aan dat zij het volledige huidoppervlak nakijken wanneer zij een verdachte huidafwijking vaststellen, 16% doet dit niet. In het Nederlandse rapport werden 111 bijkomende maligne laesies gevonden bij nazicht van het totale huidoppervlak, dit is een alarmerend aantal en bevestigt het belang van nazicht van het volledige huidoppervlak.[13]

De huisartsen gaven in de enquête aan meer scholing rond naevi en melanomen te willen. Ook in de literatuur wordt de noodzaak tot voldoende en degelijke opleiding voor de huisartsen benadrukt.[9,10,11,13,14] Er is nood aan het verbeteren van de diagnostische vaardigheden van de huisartsen. In een Australische systematic review werd onderzocht welke training effectief was of

welke educatie methode nodig was om deze diagnostische vaardigheden te verbeteren. De onderzoekers stuitten hier op weinig beschikbaar bewijs en slechts een beperkt aantal studies die hier weerhouden konden worden. Slechts twee studies konden een verbetering in de diagnose van melanomen aantonen. De eerste studie evalueerde de training van huisartsen in het gebruik van de dermatoscoop, dit leidde tot een verbetering van 54,6 naar 75,9% in de melanoom diagnose. Deze training bestond uit een educatieve atlas over dermatoscopie gevolgd door een presentatie van 1 uur over het onderwerp. De andere studie onderzocht het effect van multimodale training, waaronder seminaries en lezingen, individuele feedback sessies, praktische sessies en het voorzien van studiemateriaal over melanomen. De waarde van de aparte training modaliteiten kon niet achterhaald worden. De resultaten van deze review impliceerden dat training van huisartsen in dermatoscopie een aanbevolen methode is voor het verbeteren van de diagnostische vaardigheden.[14] In Australië vormt het melanoom een groot gezondheidsprobleem (de hoogste incidentie van melanomen ter wereld[14]) en de bereikbaarheid van dermatologen ligt er moeilijker als in België waardoor er daar nog meer nood is aan adequate opleiding van huisartsen. Ook in het Nederlands investigatie rapport wordt het gebruik van de dermatoscoop door huisartsen aangehaald als een mogelijke bijkomende waarde in het differentiëren van huidtumoren van andere laesies. Zij stellen wel in vraag of de huisarts voldoende gebruik zou maken van de dermatoscoop gezien gepaste training en frequent gebruik noodzakelijk zijn voor een adequate uitvoering.[13] In een review uit 2019 werd gezocht naar bewijs rond dermatoscopie training voor huisartsen. Deze toonde dat dermatoscopie training meestal leidt tot betere diagnose van huidafwijkingen, maar de trainingsmethoden zijn erg variabel. Huisartsen die een kort dermatoscopie training programma volgen blijven de dermatoscoop niet altijd op lange termijn gebruiken en omgekeerd gebruiken sommige huisartsen de dermatoscoop zonder formele training. Er werd besloten dat er meer onderzoek hierover nodig is en dat de ontwikkeling van een trainingsprogramma nodig is zodat dermatoscopie kan worden opgenomen in de eerste lijn.[15] In de NHG standaard 'Verdachte huidafwijkingen' wordt ook aangegeven dat de dermatoscoop in de huisartsenpraktijk kan gebruikt worden als de huisarts voldoende geschoold is en voldoende ervaring kan opbouwen en onderhouden in de dagelijkse praktijk.[2] Uit de enquêtes in dit onderzoek bleek dat de dermatoscoop weinig gebruikt wordt door de huisartsen, zij haalden ook aan hier onvoldoende vertrouwd met te zijn. De dermatologen merkten in de enquête op dat het gebruik van de dermatoscoop specialistisch is en zij waren van mening dat dit onderzoek beter aan de dermatoloog voorbehouden blijft gezien de moeilijkheidsgraad en het belang van voldoende ervaring met dit onderzoek.

Een andere manier om de diagnostische vaardigheden van de huisartsen te verbeteren, is het aanmoedigen van het gebruik van biopsies in de eerste lijn. Deze kunnen bijdragen tot minder onnodige verwijzingen en bij het beslissen van de mate van urgentie van de verwijzing. Het resultaat van de biopsie vormt ook een onmiddellijke feedback op de differentiële diagnose, wat van educatieve waarde is. Daartegenover staat dat dermatologen bij een verdachte huidafwijking mogelijk onmiddellijk een excisie uitvoeren wat kosten op histopathologisch onderzoek bespaart indien de verwijzing zonder voorafgaande biopsie gebeurde.[13] Het uitvoeren van therapeutische excisies van verdachte huidafwijkingen blijft best voorbehouden aan de dermatologen.[2] In de enquête gaven de meeste dermatologen aan dat ze van mening zijn dat er niet meer biopsies moeten uitgevoerd worden door de huisartsen. De huisartsen gaven zelf ook aan dat zij niet vaak zelf biopsies uitvoeren en hier onvoldoende vaardigheden voor hebben. Nochtans zou het uitvoeren van

biopsies kunnen bijdragen aan het verbeteren van de diagnostische vaardigheden, maar hier zal dan de nodige scholing rond voorzien moeten worden.

Ook het invoeren van teledermoscopie zou in de toekomst een toegevoegde waarde kunnen betekenen bij het verbeteren van de diagnostische vaardigheden van huisartsen. Hierbij wordt een dermoscopisch beeld via een beveiligde internetconnectie naar een dermatoloog gestuurd voor specialistisch nazicht. Deze telehealth service kan de huisartsen ondersteunen bij het stellen van de diagnose en bijdragen aan een snellere opsporing van melanomen. Door de snelle feedback op hun differentiële diagnose kan dit ook leerzaam zijn voor de huisartsen.[16,17] In Nederland gebeurde een retrospectieve studie om de waarde van teledermoscopie op de expertise van huisartsen te evalueren. Deze toonde een laag percentage van correcte pre-diagnoses door de huisartsen, maar kende een lichte verbetering van 6 naar 13% bij het blijvend gebruik van teledermoscopie. Een belangrijk resultaat uit deze studie is dat er voornamelijk een verbetering optrad bij het accuraat pre-diagnosticeren van de categorieën 'melanomen en andere maligne neoplasma' en 'benigne neoplasma'. De sensitiviteit van melanoom detectie stijgt wanneer de klinische expertise in het herkennen van melanomen door huisartsen verbetert. Een andere bevinding was dat er veel melanomen werden gediagnosticeerd door teledermoscopie dewelke anders niet gedetecteerd waren geweest, dit toont een potentiële meerwaarde aan van teledermoscopie bij de tijdige opsporing van melanomen.[16] Een studie in Denemarken toonde dat het gebruik van teledermoscopie praktisch haalbaar is en dat huisartsen voordeel kunnen halen uit het gebruik ervan om hun diagnostische nauwkeurigheid en vertrouwen te verbeteren. Andere zaken zoals de diagnostische nauwkeurigheid van teledermoscopie, het risico van het missen van andere laesies door gebrek aan nazicht van het volledige huidoppervlak, patiënten tevredenheid en socio-economische factoren moeten nog verder onderzocht worden alvorens deze techniek te implementeren.[17]

Sterktes en zwaktes

De grootste zwakte van dit onderzoek is de lage respons graad, voornamelijk bij de enquête gericht aan de dermatologen. Deze werd door slechts 20 dermatologen ingevuld waardoor deze antwoorden geen algemeen beeld kunnen geven over de mening en ervaringen van de Vlaamse dermatologen. Een ander probleem is dat er geen demografische gegevens werden verzameld waardoor er geen mogelijk verband gezocht kon worden tussen de gevonden resultaten en de leeftijd van de artsen, aantal jaar ervaring en gekregen opleiding of regionale verschillen.
Een sterk punt is dat er nog geen voorgaand onderzoek in België of Vlaanderen bestond, waardoor dit onderzoek een eerste insteek kan zijn voor verdere opmaak van de situatie specifiek in België. Het nadeel van ontbrekend Belgisch onderzoek is dat er niet nagegaan kan worden of onze bevindingen overeen komen met voorgaand onderzoek. Nog een sterk punt van dit onderzoek is dat de voornaamste bevindingen en gedeelde ervaringen van de huisartsen en dermatologen grotendeels overeen komen met wat er over in de internationale literatuur kan worden teruggevonden. Dit toont aan dat de problemen die de Vlaamse huisartsen ondervinden bij de screening naar naevi en melanomen geen specifieke regionale problemen zijn, maar dat er wereldwijd noodzaak is tot het verbeteren van de diagnostische vaardigheden van huisartsen op dit vlak.

Implicaties

De toenemende incidentie van melanomen maakt dat huisartsen meer en meer met het onderwerp geconfronteerd worden. Een degelijke kennis rondom naevi en melanomen is nodig en het voorzien van kwalitatieve opleidingen voor de huisartsen zal belangrijk blijven. Huisartsen zijn als eerstelijns

gezondheidsmedewerkers het best geplaatst om risicopatiënten op te sporen. Ook sensibilisatie campagnes, bijvoorbeeld via de media, kunnen best voorgezet en uitgebreid worden. Er is een noodzaak aan duidelijkere richtlijnen rondom screening in de toekomst, voorlopig is het voor huisartsen voornamelijk van belang om patiënten met risicofactoren op te sporen voor screening. Doordat de huisartsen vooral problemen ondervinden bij de diagnosestelling zal het in de toekomst van belang zijn om goede manieren te vinden om hun diagnostische vaardigheden te vergroten. De mogelijkheid tot het veralgemenen van het gebruik van de dermatoscoop in de huisartsenpraktijk is een valabele piste die verder onderzocht dient te worden. Een voorwaarde voor het implementeren van het gebruik van de dermatoscoop in de eerste lijn is dat er voldoende opleiding voor de huisartsen dient voorzien te worden en dat de huisartsen de dermatoscoop regelmatig moeten blijven gebruiken om geoefend te blijven in dit onderzoek. Ook het promoten van het uitvoeren van biopsies bij verdachte huidletsels en het effect ervan op de diagnostische accuratesse is verder onderzoek waard. Tot slot zal in de toekomst het gebruik van teledermoscopie als ondersteuning in de huisartsenpraktijk bekeken moeten worden. In ieder geval zal bijkomende scholing voor de huisartsen noodzakelijk zijn.

Conclusie

Huisartsen ondervinden voornamelijk problemen bij de diagnostiek van naevi en melanomen. Er is meer onderzoek nodig naar een goede manier om hun diagnostische vaardigheden te verbeteren. Verder blijft een goede kennis en aandacht voor het screenen van patiënten met risicofactoren belangrijk. De noodzaak aan meer en betere opleiding dringt zich op en ook de huisartsen zelf zijn hier vragende partij voor. Er is dus zeker ruimte voor het organiseren van bijscholingen, bijvoorbeeld in de vorm van een e-learning. Of een e-learning kan bijdragen aan het vergroten van kennis en vaardigheden bij het screenen naar naevi en melanomen wordt verder onderzocht in deel 2 van dit onderzoek.

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 2014; 57(9):482-485

9. Wouters M, Michielin O, Bastiaannet E, Beishon M, Catalano O, del Marmol V, et al. ECCO essential requirements for quality cancer care: Melanoma. Crit Rev Oncol Hematol 2018; 122:164-178

10. Duarte A, da Costa-Pereira A, Del-Marmol V, Correia O. Are General Physicians Prepared for Struggling Skin Cancer?-Cross-Sectional Study. J Cancer Educ. 2018; 33(2):321-324

11. Choudhury K, Volkmer B, Greinert R, Christophers E, Breitbart E. Effectiveness of skin cancer screening programmes. Br J Dermatol. 2012;167(2):94-98

12. Hübner J, Eisemann N, Brunßen A, Katalinic A. Skin cancer screening in Germany: review after ten years. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2018; 61(12):1536-1543

13. van Rijsingen M, Hanssen S, Groenewoud J, van der Wilt GJ, Gerritsen MJ. Referrals by General Practitioners for Suspicious Skin Lesions: The Urgency of Training. Acta Derm Venereol 2014; 94:138–141

14. Chia A, Trevena L. A Systematic Review of Training to Improve Melanoma Diagnostic Skills in General Practitioners. J Cancer Educ. 2016; 31(4):730-735

15. Fee J, McGrady F, Rosendahl C, Hart N. Training Primary Care Physicians in Dermoscopy for Skin Cancer Detection: a Scoping Review. J Cancer Educ. 2019; Epub ahead of print

16. Tensen E, van Sinderen F, Witkamp L, Jaspers M, Peute L. The Value of Teledermoscopy to the Expertise of General Practitioners Diagnosing Skin Disorders Based on ICD-10 Coding. Stud Health Technol Inform. 2019; 264:834-838.

17. Vestergaard T, Prasad SC, Schuster A, Laurinaviciene R, Bygum A, Munck A, et al. Introducing teledermoscopy of possible skin cancers in general practice in Southern Denmark. Fam Pract. 2020; Epub ahead of print

Bijlagen

Bijlage 1: Enquête huisartsen

Antwoordmogelijkheden: helemaal oneens/oneens/eens/helemaal eens

Screening

- Ik stel in mijn praktijk een toenemende vraag naar het nazicht van naevi/moedervlekken vast.
- Screening naar verdachte huidafwijkingen verricht ik voornamelijk bij patiënten die hier zelf naar vragen.
- Bij patiënten met een licht huid type en andere risicofactoren verricht ik steeds een screening op verdachte huidafwijkingen
- Ik verricht bij alle patiënten een screening op verdachte huidafwijkingen
- Ik maak mijn patiënten attent op het belang van screening naar verdachte huidafwijkingen en licht hen in over algemene maatregelen rond zonbescherming

Kennis/Diagnose

- Ik beschik naar mijn mening over voldoende kennis om (pre)maligne huidafwijkingen te diagnosticeren.
- Ik ken de verschillende risicofactoren voor (pre)maligne huidafwijkingen.
- Ik weet welke kenmerken van de huidafwijking ik bij de anamnese moet navragen
- Ik kan goedaardige huidvlekjes onderscheiden van (pre)maligne huidafwijkingen
- Ik maak een onderscheid tussen goedaardige huidvlekjes en (pre)maligne huidafwijkingen meestal à vue.
- Voor het onderscheid tussen goedaardige huidvlekjes en (pre)maligne huidafwijkingen pas ik de ABCDE regel toe.
- Ik vergelijk een verdachte huidafwijking met andere moedervlekken/naevi bij de patiënt (ugly duckling sign)
- Ik weet wat de kenmerken van een atypische naevus zijn.
- Bij een verdachte huidafwijking kijk ik het volledige huidoppervlak van de patiënt na.
- Ik maak gebruik van een dermatoscoop om benigne van maligne huidafwijkingen te onderscheiden.

Aanvullend onderzoek/Beleid

- Ik verwijs alle patiënten waarbij ik een (pre)maligne huidafwijking vermoed door naar de dermatoloog.
- Ik verwijs alle patiënten met (vermoeden van) een melanoom door naar de dermatoloog.
- Ik voer zelf biopsies en diagnostische excisies uit en verwijs op indicatie naar de dermatoloog.
- Ik fotografeer een verdachte huidafwijking vooraleer ik een biopsie of diagnostische excisie uitvoer
- Bij de keuze tussen doorverwijzing of zelf diagnostiek uitvoeren houd ik rekening met arts-patiënt gebonden factoren (eigen ervaring, leeftijd patiënt, comorbiditeit, geschat risico, voorkeur patiënt)

- Ik weet hoe ik correct biopsies en diagnostische excisies moet uitvoeren.
- Ik weet dat er steeds histopathologisch onderzoek nodig is vooraleer over te gaan op een therapeutische excisie.

Overige

- Ik zou graag meer scholing krijgen over de diagnostiek en behandeling van verdachte huidafwijkingen.
- Ik zou me zekerder voelen in de aanpak van verdachte huidafwijkingen indien ik hier extra scholing voer zou krijgen.
- Wat loopt er volgens u goed in de screening naar naevi en melanomen en wat zijn aandachtspunten? (open vraag)
- Andere opmerkingen: (open vraag)

Korte kennistest met multiple choice:

- Welke van onderstaande kenmerken zijn GEEN risicofactoren voor premaligne afwijkingen

  - Zonblootstelling en episodes van ernstige verbranding op jonge leeftijd
  - Atopische constitutie *(fout)*
  - 50 naevi *(fout)*
  - vetrijk dieet *(fout)*
  - familiale VG
  - licht huidtype
  - > 100 congenitale naevi, >5 atypische naevi
  - BCC/spino id VG
  - roken *(fout)*
  - immuundeficiëntie

- Wat is het ugly duckling sign

  - Een naevus in de vorm van een lelijk eendje
  - naevus die niet gelijkt op andere naevi op het lichaam *(juist)*
  - naevus met grillige aflijning
  - harige naevus

- Welke zijn kenmerken van een atypische naevus

  - asymmetrie, onregelmatige/grillige rand, zwarte/zeer donkere naevus, diameter > 6mm, elevatie/evolutie
  - asymmetrie, onregelmatige/grillige rand, >2 kleuren binnen 1 vlek, diameter > 6mm, elevatie/evolutie *(juist)*
  - asymmetrie, > 2 kleuren binnen 1 vlek, schilfering, diameter > 5mm, elevatie/evolutie
  - asymmetrie, onregelmatige/grillige rand, > 2 kleuren binnen 1 vlek, halo van depigmentatie rond naevus, diameter > 6 mm, elevatie/evolutie
  - asymmetrie, onregelmatige/grillige rand, >2 kleuren binnen 1 vlek, schilfering, diameter > 6mm, elevatie/evolutie

Bijlage 2: Enquête dermatologen

Antwoordmogelijkheden: helemaal oneens/oneens/eens/helemaal eens

- Ik stel in mijn praktijk een toename in de vraag naar screening van naevi vast
- Ik stel in mijn praktijk een toename van het aantal verwijzingen door huisartsen voor het nazicht van naevi vast
- Screening van naevi verloopt goed in de eerste lijn
- Ik merk problemen op bij de screening van naevi in de eerste lijn
- Wat verloopt volgens u goed bij de screening van naevi in de eerste lijn en wat zijn aandachtspunten? (open vraag)
- De diagnostiek van verdachte huidafwijkingen verloopt goed in de eerste lijn.
- Ik merk problemen op bij de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen in de eerste lijn.
- Er zouden meer biopsies/diagnostische excisies voor verdachte huidafwijkingen door huisartsen moeten gebeuren
- Verwijzingen voor verdachte huidafwijkingen door de huisarts verlopen goed.
- Wat verloopt volgens u goed bij de diagnostiek en verwijzing voor verdachte huidafwijkingen in de eerste lijn en wat zijn aandachtspunten? (open vraag)
- Algemene opmerkingen: (open vraag)

Bijlage 3: Resultaten open vragen enquête huisartsen: categorieën

Categorieke opdeling antwoorden open vraag 'Wat loopt er volgens u goed in de screening naar naevi en melanomen en wat zijn aandachtspunten?'

Categorieën	**Aantal antwoorden**
Verloopt goed	
Preventiemaatregelen bevolking: patiënten zijn gesensibiliseerd en geïnformeerd	24
Kennis huisartsen over risicofactoren en toepassing ABCDE regel	4
Samenwerking met de 2e lijn (dermatologen)	1
Aandachtspunten	
Meer/betere opleiding noodzakelijk voor huisartsen	7
Dermatoscopie	4
Sensibilisatie bevolking	25
Meer (systematische) screening noodzakelijk	19
Moeizame klinische diagnose	8
Meer aandacht voor mogelijkheid screening bij de huisarts bij sensibilisatie campagnes	2
Moeizame bereikbaarheid dermatoloog, lange wachttijden voor patiënten	3

Categorieke opdeling antwoorden open vraag 'Andere opmerkingen'

Categorieën	**Aantal antwoorden**
Meer opleiding nodig	3
Moeilijke diagnose	1
Sensibilisatie patiënten	1
Andere	1

Bijlage 4: Resultaten kennistest enquête huisartsen

- Welke van onderstaande kenmerken zijn GEEN risicofactoren voor premaligne afwijkingen

	Nee	Ja	**% juist geantwoord**
Zonblootstelling en episodes van ernstige verbranding op jonge leeftijd	81 (juist)	2	**97,6%**
Atopische constitutie	28	55 (juist)	**66,3%**
>50 naevi	64	19 (juist)	**22,9%**
Vetrijk dieet	8	75 (juist)	**90,4%**
Familiale voorgeschiedenis	79 (juist)	4	**95,2%**
Licht huidtype	81 (juist)	2	**97,6%**
> 100 congenitale naevi, >5 atypische naevi	80 (juist)	3	**96,4%**
Baso-/spinocellulair carcinoom in de voorgeschiedenis	79 (juist)	4	**95,2%**
Roken	66	17 (juist)	**20,5%**
Immuundeficiëntie	75 (juist)	8	**90,4%**

- Wat is het ugly duckling sign?

	Nee	Ja
Een naevus in de vorm van een lelijk eendje	81	2
Een naevus die niet gelijkt op andere naevi op het lichaam	10	73 (juist)
Een naevus met grillige aflijning	68	15
Harige naevus	82	1

88% juiste antwoorden

- Welke zijn kenmerken van een atypische naevus

	Nee	Ja
Asymmetrie, onregelmatige/grillige rand, zwarte/zeer donkere naevus, diameter > 6mm, elevatie/evolutie	52	31
Asymmetrie, onregelmatige/grillige rand, >2 kleuren binnen 1 vlek, diameter > 6mm, elevatie/evolutie	23	60 (juist)
Asymmetrie, > 2 kleuren binnen 1 vlek, schilfering, diameter > 5mm, elevatie/evolutie	66	17
Asymmetrie, onregelmatige/grillige rand, > 2 kleuren binnen 1 vlek, halo van depigmentatie rond naevus, diameter > 6 mm, elevatie/evolutie	61	22
Asymmetrie, onregelmatige/grillige rand, >2 kleuren binnen 1 vlek, schilfering, diameter > 6mm, elevatie/evolutie	63	20

72,3% juiste antwoorden

Bijlage 5: Resultaten open vragen enquête dermatologen

- Wat verloopt volgens u goed bij de screening van naevi in de eerste lijn en wat zijn aandachtspunten?

Tijdig doorsturen bij twijfel
Ik heb de indruk dat de collega huisartsen snel genoeg doorsturen, wat goed is. Liever te snel dan te laat.
Bij twijfel doorverwijzen
Huisartsen hebben wel meer aandacht voor naevi, doch hebben helemaal geen oog voor de probleempunten. Vaak zie ik zeer onschuldige letsels die worden doorverwezen en al even vaak een maligne melanoom dat door de huisarts werd weggesust...
Huisartsen sturen bij twijfel gemakkelijk door. Probleem van screening is dat de huisartsen niet over een dermatoscoop beschikken.
Opmerkzaamheid vb bij ausculatie longen ook kijken op rug naar naevi en andere letsels
Vrij laagdrempelig om te verwijzen
Misdiagnose
Als mensen zich aanbieden met een verdachte laesie wordt niet altijd automatisch een volledige screening uitgevoerd. Zonder dermatoscoop en dermatoscopische opnames kunnen naevi en andere huidlaesies niet beoordeeld noch opgevolgd worden
Dermoscopisch nazicht van naevi is onontbeerlijk voor goede beoordeling en blijft toch wel specialistisch
Geen idee hoe screening in de eerste lijn gebeurt
De screening verloopt goed; de gevallen waar ze twijfelen sturen ze door.
Een screening van naevi kan enkel goed uitgevoerd worden door een arts die voldoende opgeleid is in dermatoscopisch onderzoek.
Screening in 1e lijn is goed om het onderscheid te maken tussen een melanocytair letsel en een niet - melanocytair letsel. Echter dermatoscopsich nazicht van naevi is moeilijk en vereist voldoende ervaring met de dermatoscoop
Bij minste twijfel doorverwijzen
Het verschil echte pigmentletsesls en seborreische wratten
Goed: voor melanomen: basis ABCDE regel toepassen en uitzonderingen daarop naar de dermatoloog sturen Minder goed: niet helende/groeiende niet gepigmenteerde letsels doorverwijzen (voor SCC/BCC uit te sluiten)
Sommige collega's zijn goed op de hoogte. Anderen niet, en onderschatten zelfs het probleem , wat leidt tot laattijdige diagnose

Te vaak wordt nog verwezen voor banale papillomateuze naevi, en voor verrucae seborroicae. Te weinig wordt nog verwezen voor non-melanoma huidtumoren.

- Wat verloopt volgens u goed bij de diagnostiek en verwijzing voor verdachte huidafwijkingen in de eerste lijn en wat zijn aandachtspunten?

Tijdig doorsturen
Snel genoeg verwijzing. Soms wordt wel verwezen voor verrucae seborroicae. Dit lijkt niet altijd even goed gekend.
Zeer afhankelijk van arts tot arts
Echt atypische lesies worden doorgestuurd. Seborrhoische wratten worden nog veel dringend verwezen
Bij twijfel wordt er onmiddellijk doorgestuurd
ABCD regel gekend
De meeste huisartsen zijn laagdrempelig om hiervoor te verwijzen en dat lijkt me een goede zaak
Doorverwijzing indien verdacht letsel.
Ondanks de lange wachttijden voorzien wij dringende huisartssloten om mensen te zien met acute problematiek of verdachte huidlaesies
Huisartsen hebben meer en meer aandacht voor opvallende huidletsels en verwijzen vaker door voor evaluatie. Af en toe merken we toch nog een inschattingsfout of te laat verwijzen wat in geval van melanoma een belangrijke impact heeft op prognose. Daartegenover staat dat wij als dermatoloog vaak ook lange wachttijden hebben en je als huisarts uiteraard ook geen alles-weter kan en hoeft te zijn. Het aanbieden van opleiding (wij proberen in de praktijk vaak te spreken op huisartsensymposia in de regio) is belangrijk. En in de toekomst biedt werken met tele -dermatologie/dermatoscopie (huisartsen sturen beveiligd foto's door die wij interpreteren, dus snellere toegankelijkheid tot een specialist) een meerwaarde om tot snellere diagnoses te komen.
Geen mening
De huisarts screent en bij twijfel stuurt hij door
Het is goed dat huisartsen bij het zien van een verdacht vlekje doorsturen naar een dermatoloog
Patiënten worden vrij snel doorverwezen wanneer ze een atypisch vlekje zien, dus hier is er geen probleem
Verdachte letsels worden toch vaak miskend of geminimaliseerd
Meer aandacht voor verdachte letsels

- Algemene opmerkingen:

Patiënten met bleke huid, familiale antecedenten melanoom, verbranding in kinderjaren, zonnebank gebruik,... systematisch doorsturen voor algemene controle ook al hebben ze gene verdachte letsels (ikv. bewustwording) en dan kan bij dermatoloog frequentie van opvolging bepaald worden
Patiënten met vele naevi worden best door de dermatoloog opgevolgd gezien dermoscopie veel ervaring vereist. Wanneer patiënten zelf iets verdacht opmerken, gaan ze best eerst naar de huisarts zodat deze al het onderscheid kan maken tussen een melanocytair en niet - melanocytair letsel (zoals bv een verruca seborrhoïca) en deze de patiënt al kan geruststellen of dringender doorverwijzen
Dermatoscopie is soms moeilijk, zelfs voor dermatologen, dus drempel om te verwijzen zou zeer laag moeten zijn Huidtumoren (zeker basocellulaire tumoren) worden vaak miskend/niet opgemerkt door huisarts
Basisverschil pigmentletsel en seborreische wrat moet beter gekend zijn