

Addendum DermaDialoog Huidkanker

In dit addendum treft u een overzicht van vragen die wij hebben ontvangen van deelnemers aan de DermaDialoog Huidkanker. Onder de vragen staan de antwoorden van de sprekers Dr. Darryl Tio (dermatoloog) en Patricia Westbroek (huisarts)

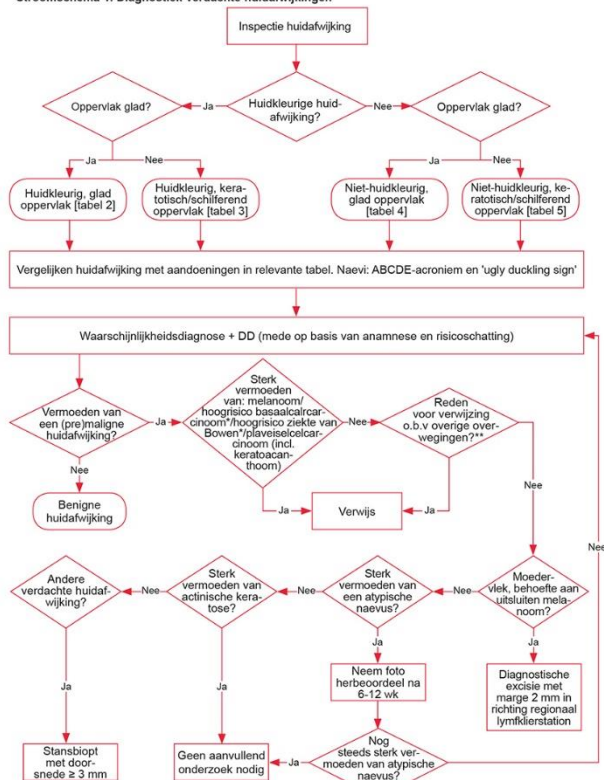
V=vraag

A = Antwoord

V) Waarom wordt er afgeweken van de NHG standaard ‘Verdachte huidafwijkingen’ wat betreft diagnostiek en beleid van het plaveiselcarcinoom en het kerato-acanthoom?

A) Darryl Tio: De richtlijn is een leidraad waarvan in sommige gevallen afgeweken kan worden. Met betrekking tot de diagnostiek van een plaveiselcarcinoom en keratoacanthoom zit er in de daadwerkelijke praktijk nuances die niet gevangen worden in het flowdiagram in de NHG standaard.

Stroomschema 1. Diagnostiek verdachte huidafwijkingen



* Hoogrisico basaalcarcinoom: ≥ 2 cm, en/of lokalisatie in H-zone (zie afbeelding 1), en/of recidief, en/of histologisch sprietje of micromodular groeitype; Hoogrisico ziekte van Bowen: ≥ 2 cm, en/of recidief.

** Zie Verwijzing en consultatie. Bepaal dit mede door middel van inspectie van de volledige aan zon blootgestelde huid.

V) Wat is de plaats van de shave excisie vs het stansbiopt. Met een shave excisie voorkom je een sample error maar mis je informatie over de diepte van de laesie. In de standaard wordt geadviseerd bij verdenking BCC, PCC, Bowen etc een stansbiopt te nemen en géén shave excisie te doen. Jullie adviseren bij het keratoacanthoom een (diagnostische?) shave excisie te doen. Wat doet de dermatoloog als hij een patiënt doorgestuurd krijgt met een (verdenking) keratoacanthoom dan wel PA ‘aangetoond’KA?

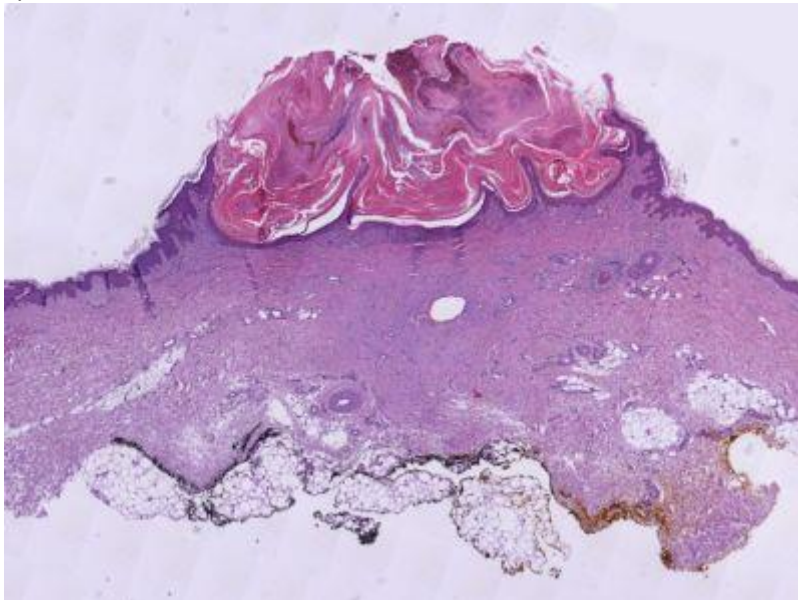
A) Patricia Westbroek: Als huisarts zou ik zelf niet snel besluiten tot een shave excisie maar inderdaad kiezen voor een stansbiopt danwel verwijzen. Het illustreert verschil in benadering/expertise huisarts-dermatoloog.

A) Darryl Tio: Persoonlijk ben ik van mening dat als de huisarts zich bekwaam voelt, dat ze ook kunnen afwijken van de richtlijn betreft diagnostiek. Om wat meer achtergrond te geven, een keratoacanthoom heeft een typisch verhaal en klinisch uiterlijk en is histopathologisch goed te onderscheiden van een plaveiselcelcarcinoom **mits** de gehele laesie wordt ingestuurd. Wat ook belangrijk is dat bij een shave ook een stukje dermis meegenomen moet worden. Dan kan de overgang van de epidermis naar dermis worden bekeken. De nuance is dat bij een keratoacanthoom er geen afwijkingen zitten in de dermis en het subcutane vet. Terwijl dat bij een plaveiselcelcarcinoom wel het geval is. Als je de laesie krap en oppervlakkig (niet te oppervlakkig) meeneemt dan heeft de patholoog daar in principe genoeg aan voor de diagnose plaveiselcelcarcinoom. Als er toch sprake is van verdenking plaveiselcelcarcinoom, dan kan je altijd nog het litteken excideren met een ovaaltje.

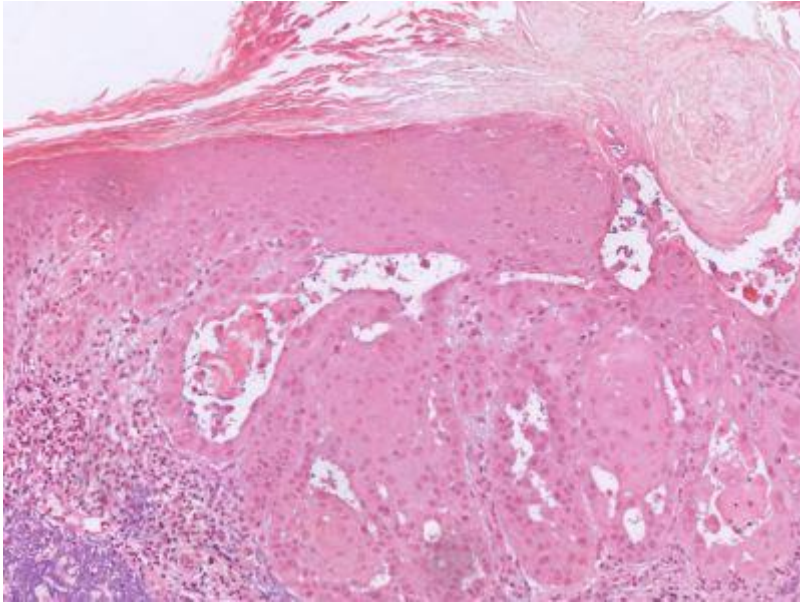
Bij verdenking basaalcelcarcinoom en morbus Bowen zou ik een stansbiopt nemen.

Om een praktisch voorbeeld te geven:

Keratoacanthoom – Grote hoornplug met een epitheelrand aan de zijkanten. Loopt niet verder dan de epidermis.



Plaveiselcelcarcinoom – Grote massa aan atypische keratinocten met hyperkeratose aan de bovenzijde. Echter geen hoornplug. Gaat voorbij de epidermis en wordt invasief).



(V) Er wordt over koolmonoxide gesproken, moet dat niet stikstof(mon)oxide zijn?

(A) Ja, dat is een slordigheidje. Het moet inderdaad over stikstofmonoxide gaan.

Opmerking van een deelnemer: Ik zou er voor willen pleiten ook aandacht te schenken aan de plaats van dermatoscopie door de huisarts ('de stethoscoop van de dermatoloog'). Ik vind het een prachtige aanvulling op het diagnostisch arsenaal van de huisarts. Het kost echter veel studie en oefening om er goed in getraind te raken. Ik zou ervoor pleiten dat in elke huisartsgroep één huisarts of verpleegkundig specialist zich erin bekwaamt.

A) Darryl Tio: Eens, ik ben er nog niet helemaal uit over hoe dat aan de man gebracht moet worden. Er zijn cursussen die worden gegeven maar die zijn zeker niet allesomvattend. Wat meestal niet wordt genoemd is dat goede dermatoscopie dagelijkse oefening vergt. Wat ik meestal probeer mee te geven is dat het prima is om te doen maar dan zouden mensen in de praktijk dagelijks daarmee moeten blijven oefenen. Ook eens met het idee dat er een huisarts is in elke praktijk die zich toelegt op de dermatologie. De literatuur is het erover eens dat het zeker toevoegde waarde kan hebben.

Studies over dermatoscopie en training voor "primary care physicians"

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33614219/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35125161/>