

Dermatoscopie cursus voor huisartsen



STICHTING **HUID**

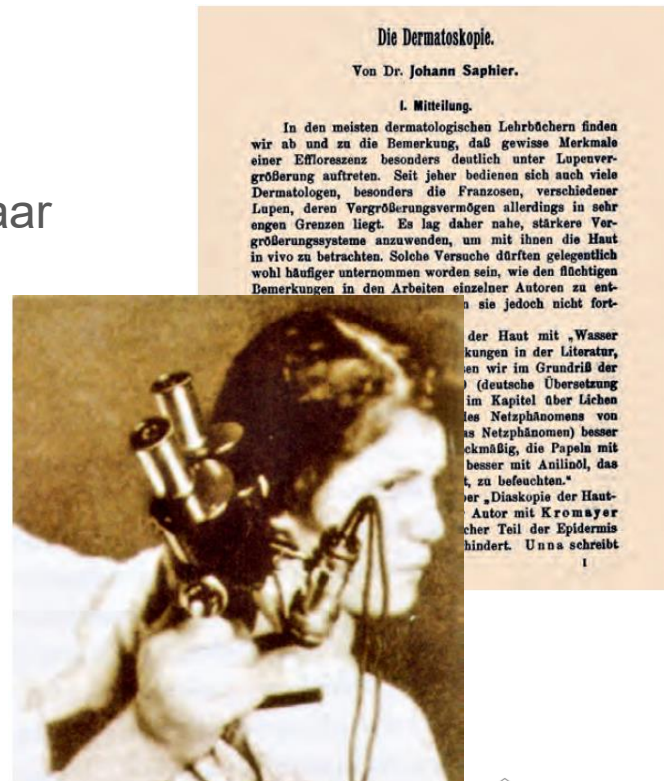
Disclosures

- **dr. Daan Rauwerdink**
Geen financiële of andere belangenverstrengelingen gerelateerd aan deze presentatie.
- **dr. Tobias Sangers**
Geen financiële of andere belangenverstrengelingen gerelateerd aan deze presentatie.

Dermatoscopie: de basis

Waarom we de dermatoscoop pas sinds kort *echt* gebruiken

- Eerste publicatie over dermatoscopie door Johann Saphier in **1922**
- **Eind jaren '90** voor het eerst goed onderzoek naar de toegevoegde waarde bij huidkanker
- Fabrikanten begonnen **handzamere dermatoscopen** op de markt te brengen
- Deze technologie kwam daarmee makkelijker beschikbaar voor **dermatologen en huisartsen**



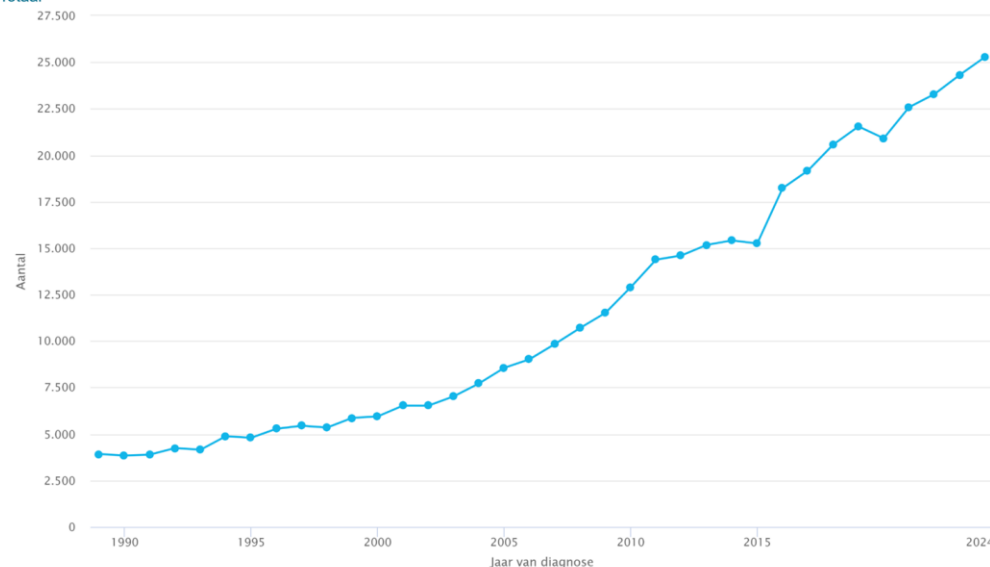
Waarom is het gebruik van de dermatoscoop belangrijk?

- Toename van huidkankerincidentie legt grotere druk op de huisarts
- 70% van de verdachte huidafwijkingen bij de huisarts blijkt benigne¹
- Doorsturen lang niet altijd nodig!

Incidentie per jaar, Aantal

Huidkanker

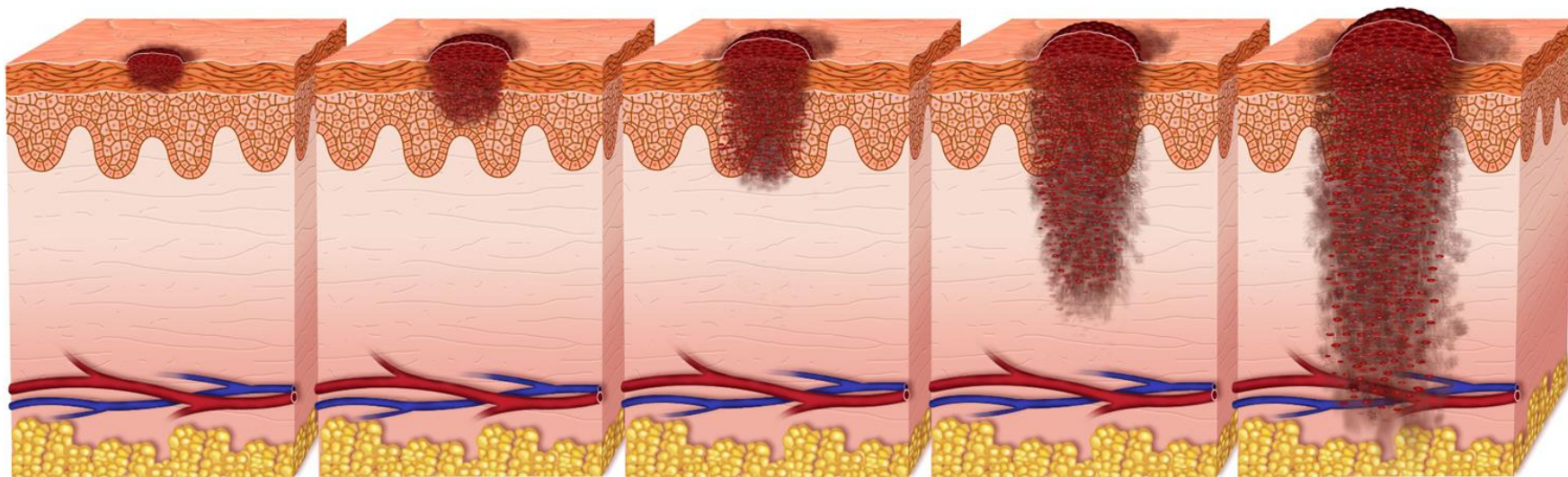
Geslacht: Man en vrouw | Leeftijdsgroep: Totaal | Regio: Nederland | Stadium: Totaal



2024, 2023: Deze cijfers betreffen voorlopige gegevens.

¹ Ahmadi K, Prickaerts E, Smeets JGE, Joosten VHMJ, Kelleners-Smeets NWJ, Dinant GJ. Current approach of skin lesions suspected of malignancy in general practice in the Netherlands: a quantitative overview. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 Feb;32(2):236-241. doi: 10.1111/jdv.14484. Epub 2017 Aug 16. PMID: 28750138.

Waarom is het gebruik van de dermatoscoop belangrijk?



Overleving 5 jaar **dunne**
melanomen >95%

Overleving 5 jaar **dikke**
melanomen <70%

Waarom is het gebruik van de dermatoscoop belangrijk?

Het gebruik van de dermatoscoop is een **evidence-based methode** om de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen sterk te **verbeteren**

↑ **Sensitiviteit:** Huidkanker beter herkend waardoor behandeling eerder plaats kan vinden

↑ **Specificiteit:** Minder onnodige verwijzingen, biopten en excisies



1 Kittler, Harald et al. Dermatoscopy : Pattern Analysis of Pigmented and Non-Pigmented Lesions. 2nd edition. Vienna, Austria: Facultas, 2016. Print

2 Middleton HT, Swanson DL, Sartori-Valinotti JC, O'Laughlin DJ, Young PA, Merry SP, Nelson K, Fischer K, Weatherly RM, Boswell CL. Impact of Dermoscopy Training on Diagnostic Accuracy, and Its Association With Biopsy and Referral Patterns Among Primary Care Providers: A Retrospective and Prospective Educational Intervention Study. J Prim Care Community Health. 2024 Jan-Dec;15:21501319241296625. doi: 10.1177/21501319241296625. PMID: 39498620; PMCID: PMC11536482..

Waarom is het gebruik van de dermatoscoop belangrijk?

- Dermatoscopie beoefenen zonder training leidt tot een **slechtere** beoordeling
- **Training in de dermatoscopie** is daarom essentieel om diagnostiek daadwerkelijk te verbeteren!
- Eén dag training in dermatoscopie → **+30%** diagnostische nauwkeurigheid!



¹ Kittler, Harald et al. Dermatoscopy : Pattern Analysis of Pigmented and Non-Pigmented Lesions. 2nd edition. Vienna, Austria: Facultas, 2016. Print

² Middleton HT, Swanson DL, Sartori-Valinotti JC, O'Laughlin DJ, Young PA, Merry SP, Nelson K, Fischer K, Weatherly RM, Boswell CL. Impact of Dermoscopy Training on Diagnostic Accuracy, and Its Association With Biopsy and Referral Patterns Among Primary Care Providers: A Retrospective and Prospective Educational Intervention Study. J Prim Care Community Health. 2024 Jan-Dec;15:21501319241296625. doi: 10.1177/21501319241296625. PMID: 39498620; PMCID: PMC11536482..

Waarom is het gebruik van de dermatoscoop belangrijk?

Naevus?

Melanoom?

Verruca?

Met het blote oog is het onderscheid niet te maken



Naevus



Verruca

Wat is een dermatoscoop?

- Vergrootglas (10x–20x)
1 mm wordt 1 cm
- Gepolariseerd en niet-gepolariseerd LED-licht
- Gepolariseerd licht
vermindert huidreflectie



The diagram illustrates the difference between non-polarized and polarized dermoscopy. It features a central histological cross-section of skin with the epidermis and dermis clearly visible. On the left, a non-polarized light source (represented by three yellow arrows) is shown in contact with the skin surface. On the right, a polarized light source (represented by three yellow arrows) is shown at a non-contact distance from the skin surface. Two callout boxes on the left describe the non-polarized technique, while two on the right describe the polarized technique. Lines connect the light sources to their respective callout boxes.

- Non-Polarized Dermoscopy

- Contact + liquid interface

- Superficial layers

- Polarized Dermoscopy

- Contact or non-contact

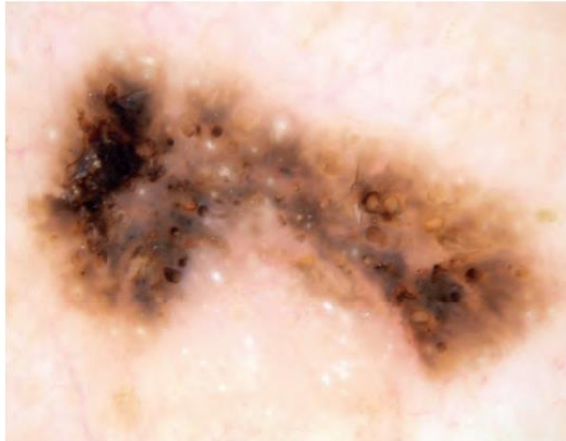
- Deep layers of epidermis and papillary dermis

Wanneer gebruik ik polariserend en niet-gepolariseerd licht

Praktische vuistregel:

1. **Start met polariserend licht**, hiermee kijk je dieper in de huid!
2. Schakel over naar niet-gepolariseerd licht om oppervlakkige structuren beter te beoordelen (niet altijd nodig!) → **Wissel zodra je details mist!**

Gepolariseerd
licht



Niet
gepolariseerd
licht

Hoe werk je met de dermatoscoop?



Dermatoscopen zijn er tegenwoordig in alle soorten en maten!

Voor de meeste dermatoscopen is het belangrijk om echogel of een paraffine olie op de laesie aan te brengen alvorens een laesie te beoordelen

Hoe werk je met de dermatoscoop?

Voor *hands-free* dermatoscopen is het niet altijd nodig om contact te maken met de huid

Voordeel:

- Handzaam formaat
- Snellere screening van laesies

Nadeel:

- Lagere resolutie
- Minder belichting
- Soms oppervlakte glans



Hoe vaak gebruikt u de dermatoscoop?

1. Dagelijks
2. Wekelijks
3. Maandelijks
4. Vrijwel nooit



Consultvoering bij verdachte huidafwijkingen



NHG richtlijn verdachte huidafwijkingen

Anamnese - Duur, klachten, risico inschatting op huidkanker

Lichamelijk onderzoek - Bepaal aan de hand van de kleur en het oppervlak tot welke groep differentiaaldiagnoses de huidafwijking behoort

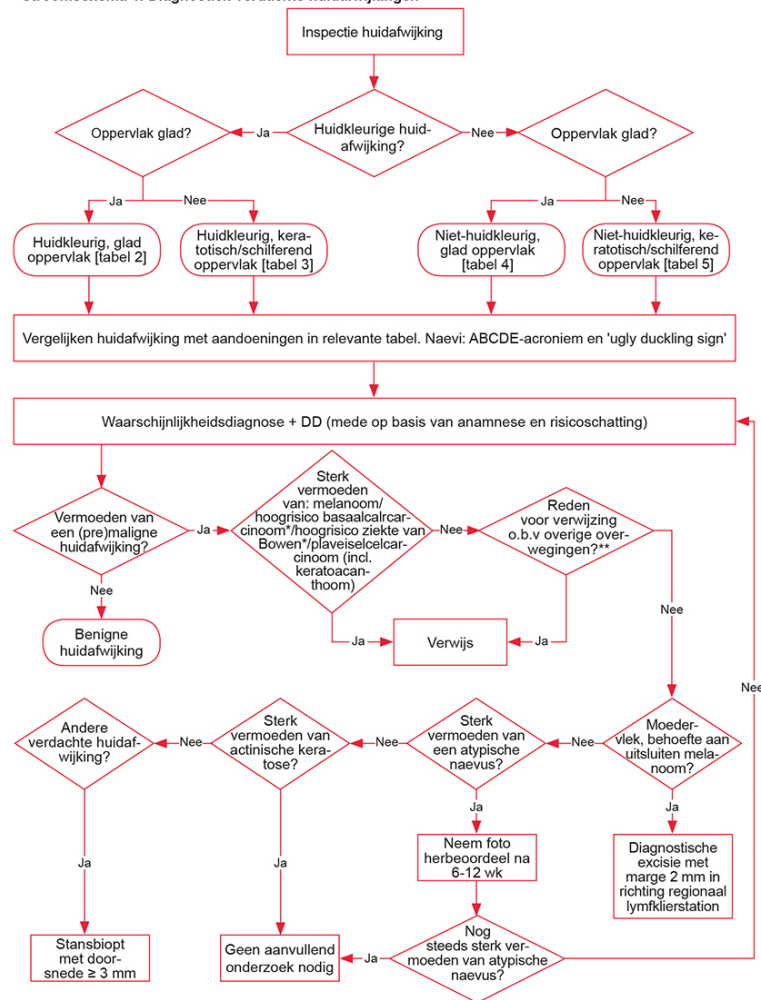
Familieanamnese - melanoom

Zonexpositie

Naevi - ABCDE

Stel een waarschijnlijkheidsdiagnose

Stroomschema 1. Diagnostiek verdachte huidafwijkingen



* Hoogrisico basaalcarcinoom: ≥ 2 cm, en/of lokalisatie in H-zone (zie afbeelding 1), en/of recidief, en/of histologisch spruierig of micronodulair 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.

Consultvoering - Lichamelijk onderzoek

Leeftijd

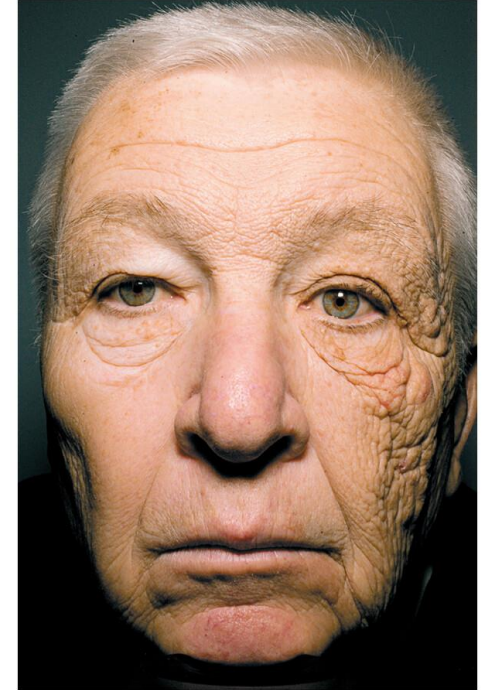
Geslacht

Huidtype I-II

Totaal aantal naevi

Totaal aantal atypische naevi

Preexistente zonneschade



Wat zie je?

Macula, papel, plaque, nodus, tumor

Symmetrie

Begrenzing

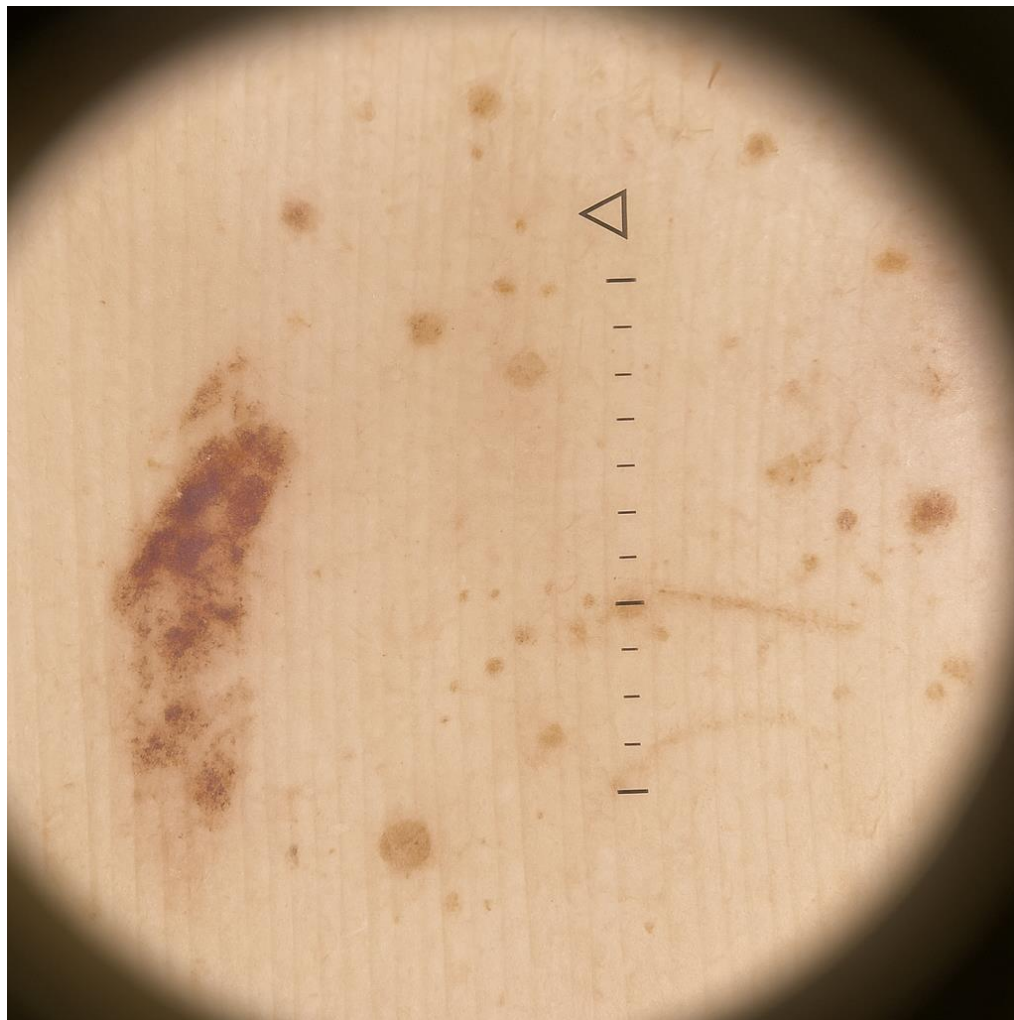
Kleur

Diameter



Wanneer moet je dermatoscopie toepassen?





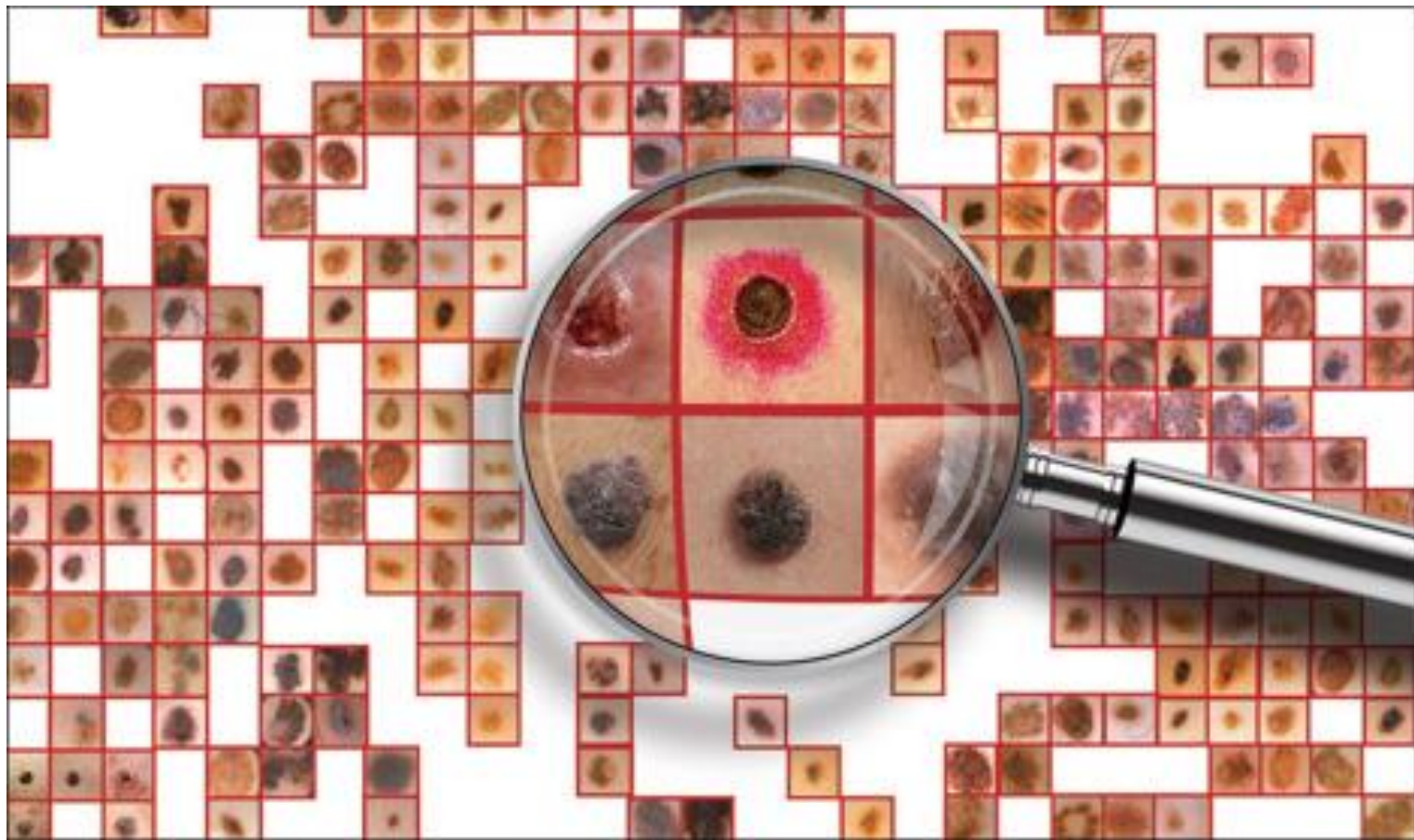


Wanneer je **GEEN** dermatoscopie toepast

Moeilijk beoordeelbare afwijking (wond, slijmvlies, nagel)

Afwijking is niet zichtbaar of toegankelijk (afwijking met korst / dode huid)

Onervarenheid met dermatoscopie



Wat betekenen de kleuren die men ziet bij dermatoscopie?



Zwart – Melanine in het stratum corneum

Bruin – Melanine in de (epi)dermale overgang

Grijs – Melanine in de papillaire dermis

Blauw – Melanine in de reticulaire dermis

Oranje – Keratine en melanine

Geel – Keratine

Wit – Collageen

Rood – Geoxygeneerd bloed

Paars – Niet-geoxygeneerd bloed

Kenmerkende structuren bij dermatoscopie

Basis elementen	
Lijnen	
Dots	
Clods	
Cirkels	
Pseudopods	

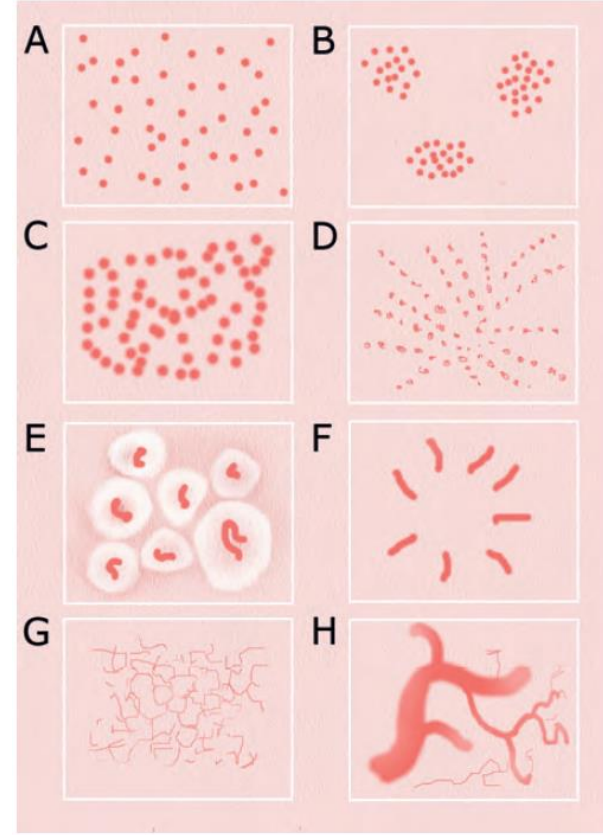
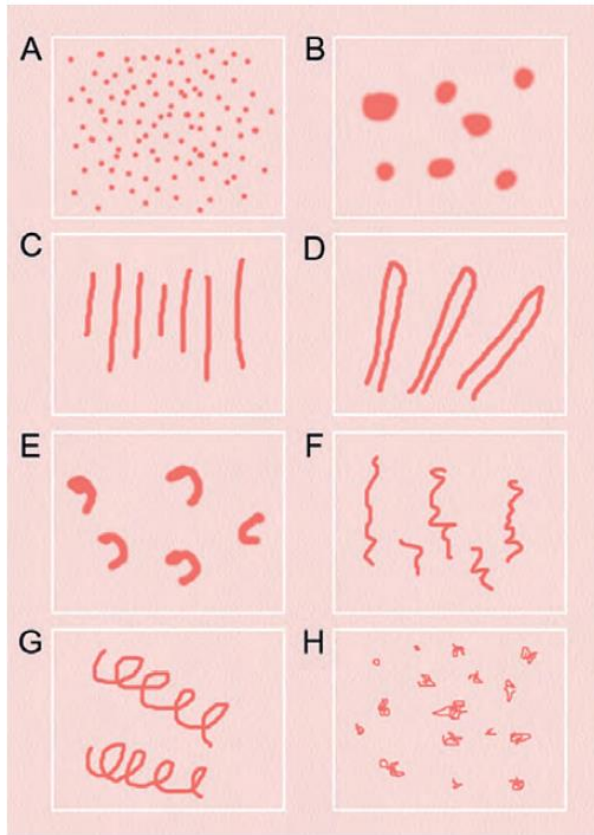
Kenmerkende structuren bij dermatoscopie

Basis elementen	
Lijnen	
Dots	
Clods	
Cirkels	
Pseudopods	



Lijnpatronen	
Reticulair	
Parallel	
Vertakkend	
Polygonaal	
Gebogen	
Radiair	

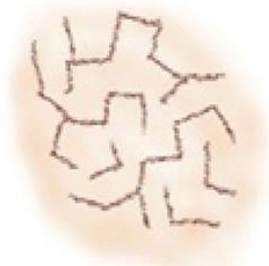
Vaatstructuren



Van structuur naar diagnose?



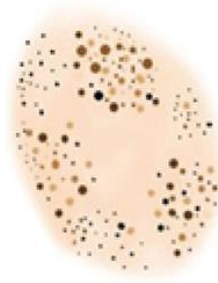
Atypical pigment network



Angulated Lines



Negative Network



Atypical dots / globules



Blue-white veil



Atypical blotch



Regression structures



Atypical streaks



Shiny white structures



Atypical Vascular structures

Van diagnose naar structuur!

Start bij de diagnose – daaraan verbind je de ken



Het aantal diagnose is beperkter dan aantal losse structuren

Klinisch redeneren: past wat je ziet bij specifieke diagnose?

Toepassingen van dermatoscopie

Gepigmenteerde huidafwijkingen

Verruca seborroica

Naevi, melanoom

Lentigo solaris / maligna

Niet gepigmenteerde huidafwijkingen

Actinische keratosen, morbus Bowen, Plaveiselcelcarcinoom

Basaalcelcarcinoom

Vasculaire afwijkingen

Hemangioom, angioom

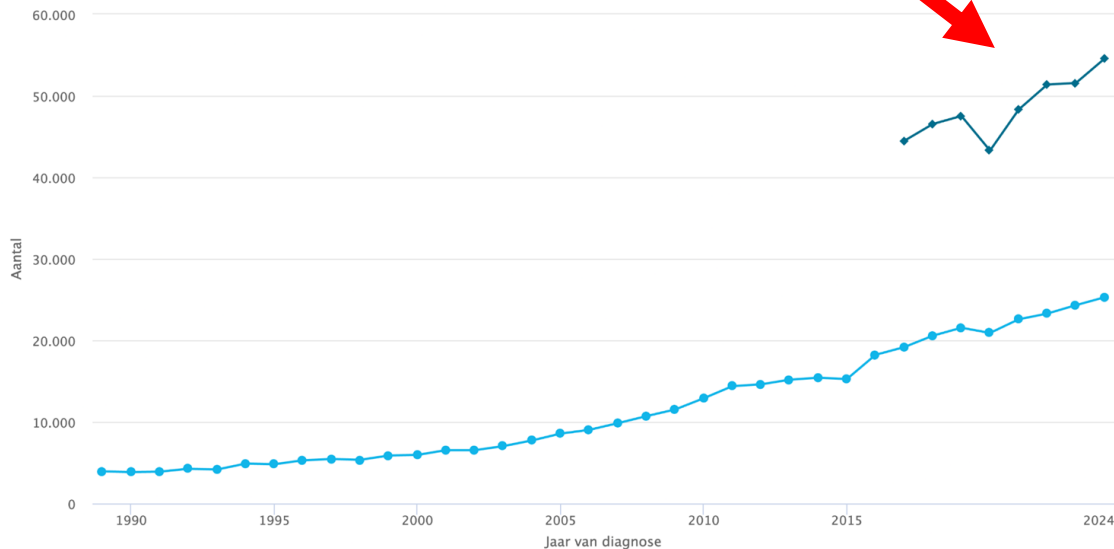
Basaalcelcarcinoom

Achtergrond

- Meest voorkomende vorm van huidkanker
- Ruim 50.000 nieuwe patiënten per jaar
- Zeer goed te herkennen middels dermatoscopie

Incidentie per jaar, Aantal

Geslacht: Man en vrouw | Leeftijdsgroep: Totaal | Regio: Nederland | Stadium: Totaal



Kankersoort

— Huidkanker — Basaalcelcarcinoom van de huid**

- Een aantal datapunten worden niet getoond omdat het cijfer onbekend, onvoldoende betrouwbaar of geheim is.
- 2024, 2023: Deze cijfers betreffen voorlopige gegevens.

Voetnoten

** Gegevens niet voor alle jaren beschikbaar

Bron: NKR
Gewijzigd op: 27 januari 2025

Achtergrond

- Belangrijkste risicofactoren:
 - Chronische UV-belasting (zonnebank!)
 - Licht huidtype
 - Middelbare leeftijd en ouder
- Leidt vrijwel nooit tot sterfte
- Morbiditeit afhankelijk van lokalisatie en groeiwijze



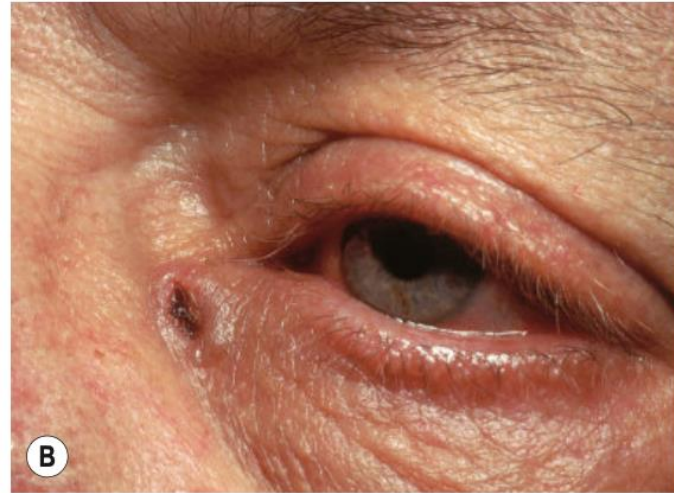
Klinische varianten van het BCC

- **Nodulair** – 55–60%
- **Superficieel** – 20–30%
- **Scleroserend / morfea type**– 5–10%
- **Gepigmenteerd** – 5%
- **Basosquameus** - 1-5%

Macroscopische presentatie van het nodulaire BCC

Glanzende papel waarbij:

- **Fijne teleangiëctasieën** aan het oppervlak
- **Centrale ulceratie/korst** mogelijk ("ulcus rodens"); bloedt makkelijk bij stoten



Ulcus rodens

Macroscopische presentatie van het superficiële BCC



Erythemateuze, licht schilferende plaque waarbij:

- Dun verheven, glanzend/parelmoer randje
- Vaak multifocaal en irregulair
- Soms centrale atrofie of oppervlakkige erosies/korstvorming
- Klinisch vaak verward met eczeem, psoriasis of actinische keratose → let op persisterende laesie!

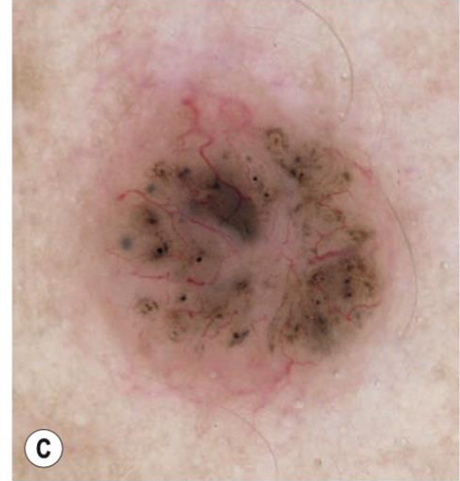
Macroscopische presentatie van het scleroserend type BCC

- Littekenachtig, roze tot ivoorkleurig, mat glanzend
- Vaak vlak of licht ingezonken
- Slecht afgrensbaar
- Weinig tot geen ulceratie en subtiële teleangiëctasieën
- Typisch in H-zone van het gelaat (neus, ooghoek, oor)

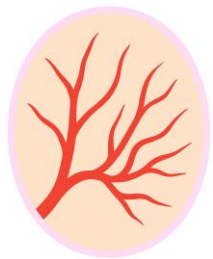


Macroscopische presentatie van het gepigmenteerde BCC

- Gepigmenteerde, parelmoer glanzende papel
- Teleangiëctasieën en soms kleine ulceraties/crustae zichtbaar
- Pigment varieert: bruin, zwart, blauw-grijs; vaak gedeeltelijk in de lesie



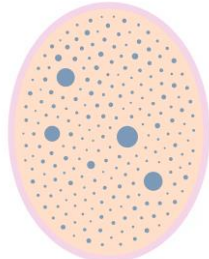
Dermatoscopische kenmerken van het BCC



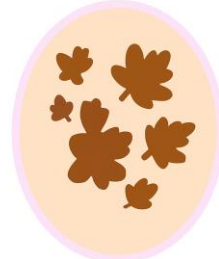
Arborizing vessels



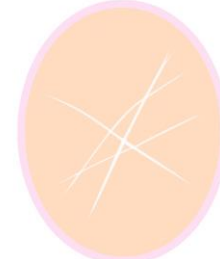
Blauw-grijze ovoïde nesten



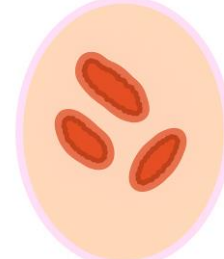
Blauw-grijze dots en globules



Maple-leaf like gebieden



Shiny white lines



Korsten, erosies en ulceratie

Van macroscopie naar dermatoscopie



De belangrijkste dermatoscopische clue van het BCC



De belangrijkste dermatoscopische clue van het BCC



Arborizing vessels



De belangrijkste dermatoscopische clue van het BCC



Arborizing vessels



Belangrijke clues van het BCC



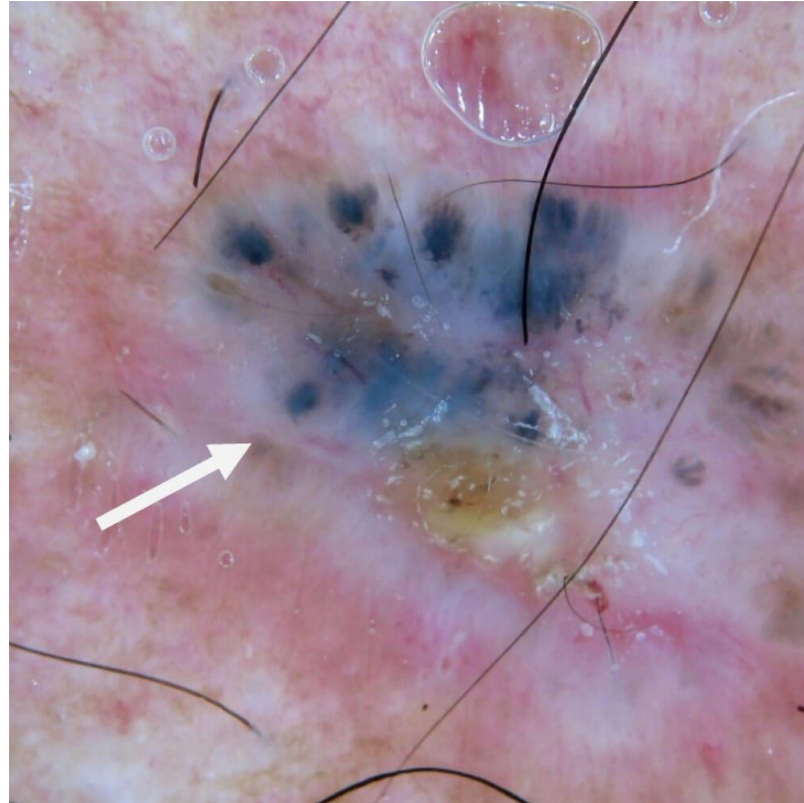
Blauw-grijze ovoïde
nesten



Belangrijke clues van het BCC



Blauw-grijze ovoïde
nesten



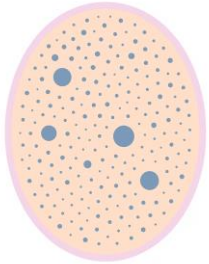
Belangrijke clues van het BCC



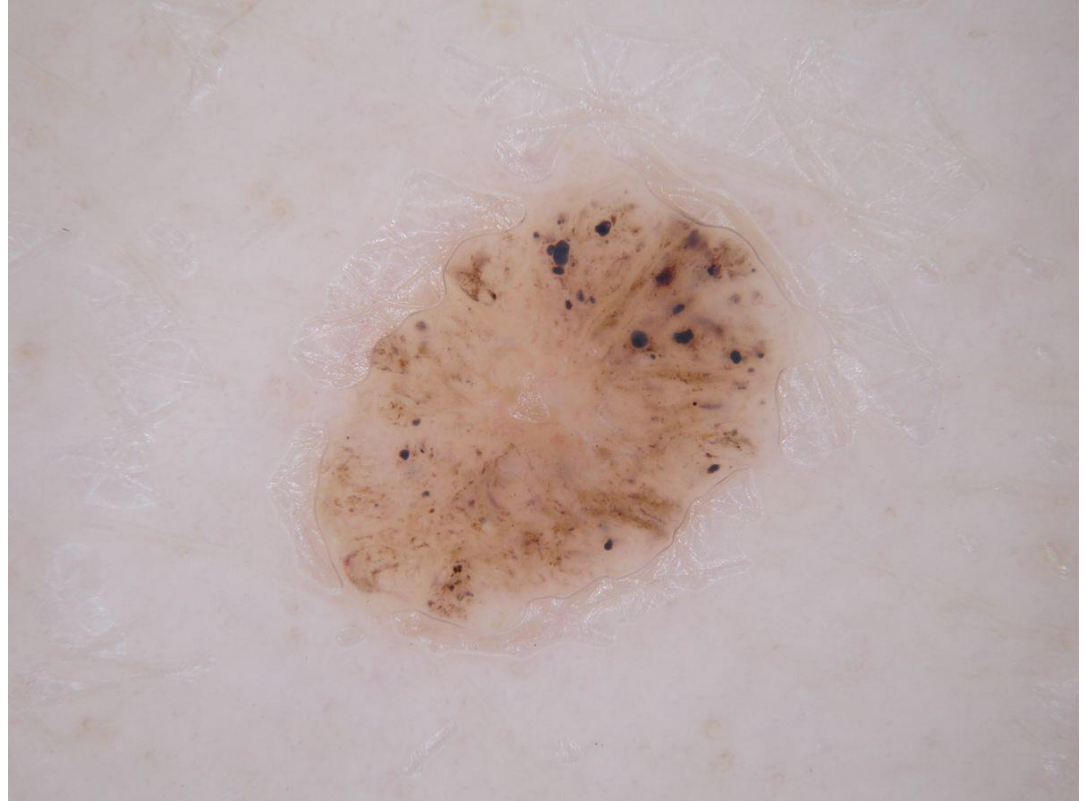
Blauw-grijze ovoïde
nesten



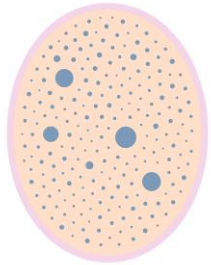
Belangrijke clues van het BCC



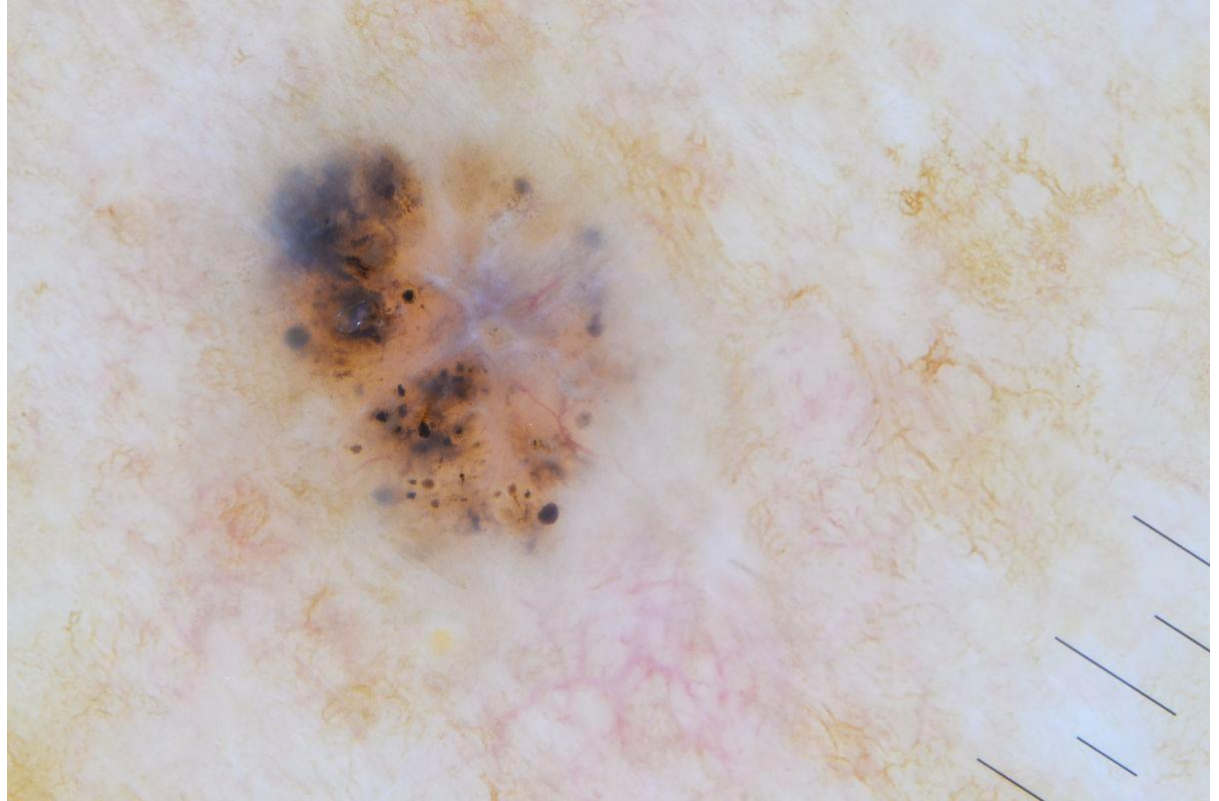
Blauw-grijze dots en
globules



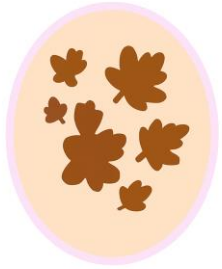
Belangrijke clues van het BCC



Blauw-grijze dots en globules



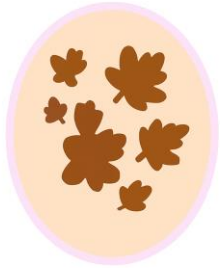
Belangrijke clues van het BCC



Maple-leaf like
gebieden



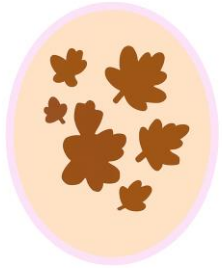
Belangrijke clues van het BCC



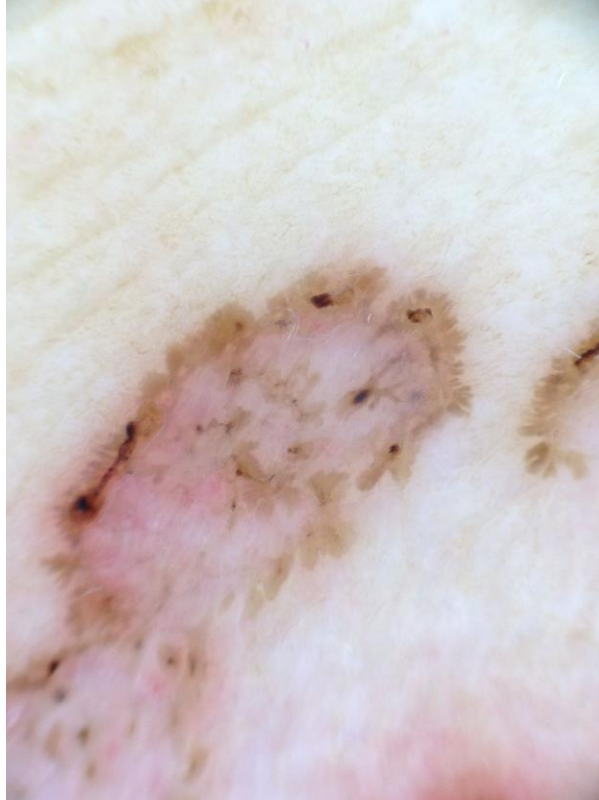
Maple-leaf like
gebieden



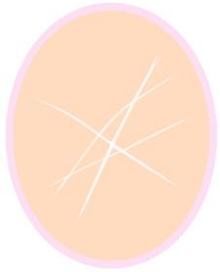
Belangrijke clues van het BCC



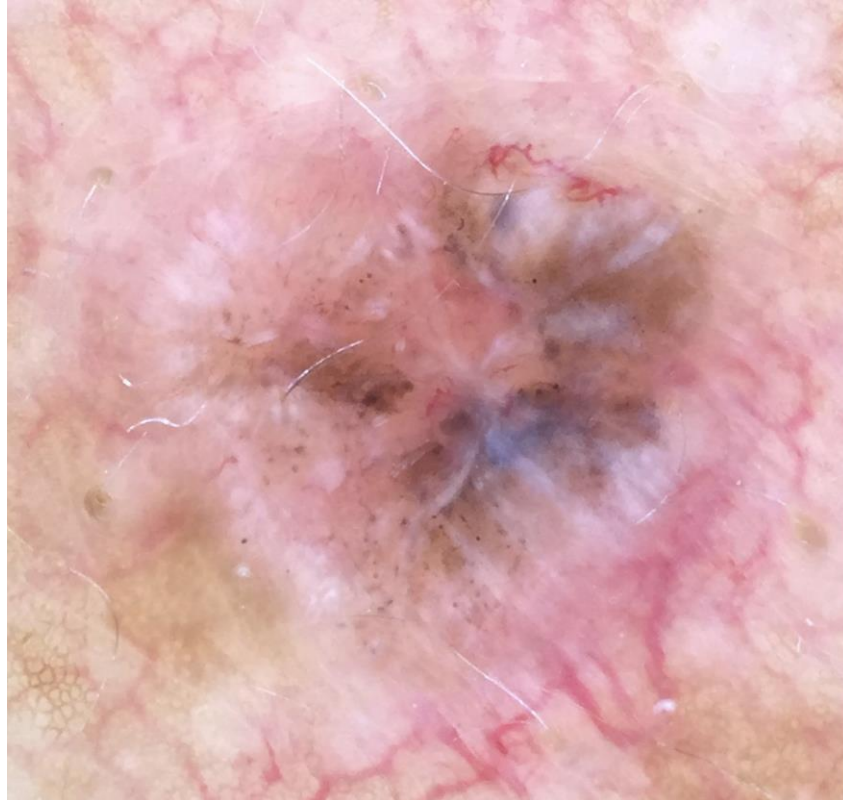
Maple-leaf like
gebieden



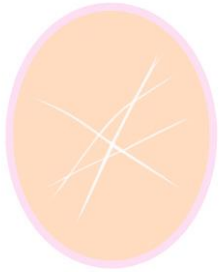
Belangrijke clues van het BCC



Shiny white lines



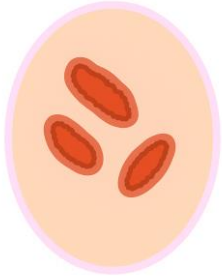
Belangrijke clues van het BCC



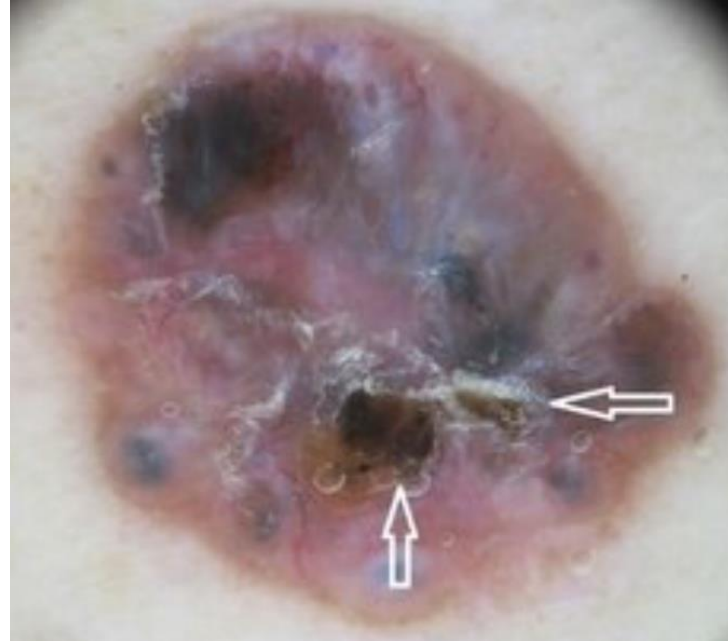
Shiny white lines



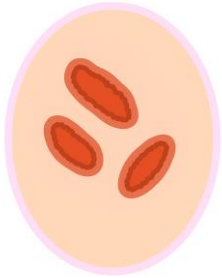
Belangrijke clues van het BCC



Korsten, erosies en
ulceratie



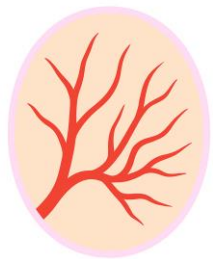
Belangrijke clues van het BCC



Korsten, erosies en
ulceratie



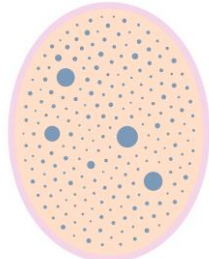
Dermatoscopische kenmerken van het BCC



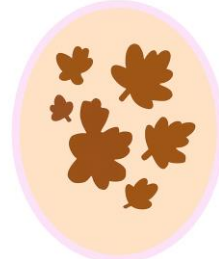
Arborizing vessels



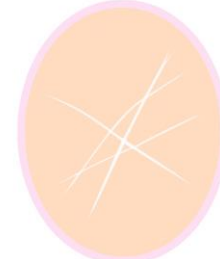
Blauw-grijze ovoïde nesten



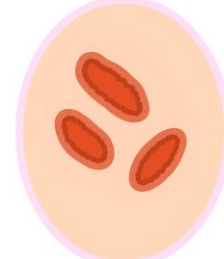
Blauw-grijze dots en globules



Maple-leaf like gebieden



Shiny white lines



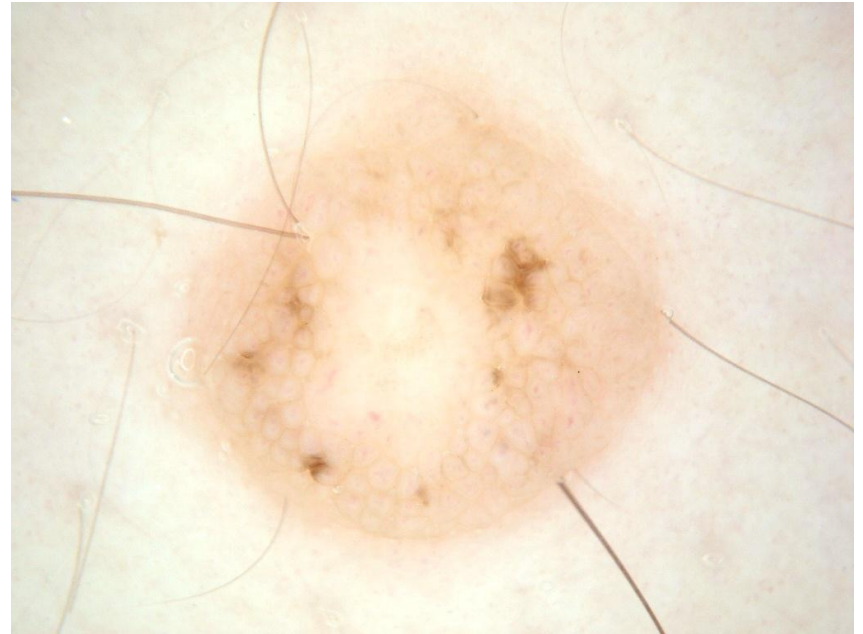
Korsten, erosies en ulceratie

Belangrijkste **negatieve** kenmerk



Een BCC heeft nooit een pigmentnetwerk!

“Great imitators” van het BCC



“Great imitators” van het BCC - Dermale naevus

- **Groei/beloop**

Naevus: jarenlang stabiel

BCC: langzaam toenemend, recidiverend bloeden/korstje

- **Kleur & oppervlak**

Naevus: huidkleurig tot lichtbruin, mat, vaak haartjes. Wobble sign!

BCC: parelmoer glans, teleangiëctasieën

- **Ulceratie/bloeding**

Naevus: zelden

BCC: frequent bij stoten of spontaan

- **Dermatoscopie**

Naevus: komma-vaten, uniforme globules, symmetrie

BCC: arborizing/vertakkende vaten, blauw-grijze ovoïde nesten, spaakwiel-/leaf-like gebieden, ulceratie





Wobble sign



“Great imitators” van het BCC



“Great imitators” van het BCC - Talgklierhyperplasie

- **Groei/verloop**

Talgklierhyperplasie: jarenlang stabiel, vaak meerdere laesies

BCC: langzaam groter, kan gaan bloeden/korsten

- **Kleur & oppervlak**

Talgklierhyperplasie: geel, centraal deukje

BCC: parelmoer glans, vaak doorzichtige rand

- **Ulceratie/bloeding**

Talgklierhyperplasie: zelden ulceratie, bloedt niet spontaan

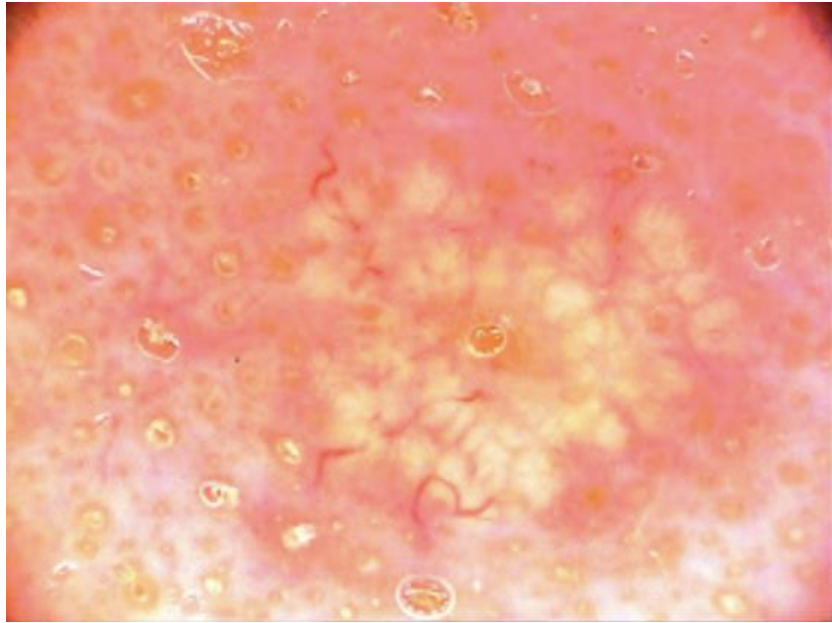
BCC: bloeding/korstjes bij geringe trauma's

- **Dermatoscopie**

Talgklierhyperplasie: “crown vessels” (radiale vaten rond centrale dellen), geelwitte lobuli

BCC: vertakkende vaten, blauw-grijze globules, spaakwiel-/leaf-like structuren
ulceratie







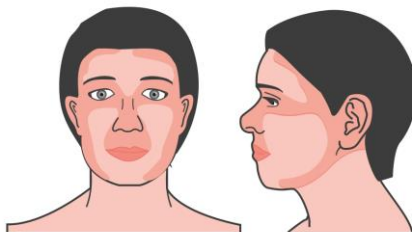
Welk kenmerk past niet bij het BCC?

1. Pigmentnetwerk
2. Vertakkende vaatjes
3. Ovoïde nesten
4. Ulceratie



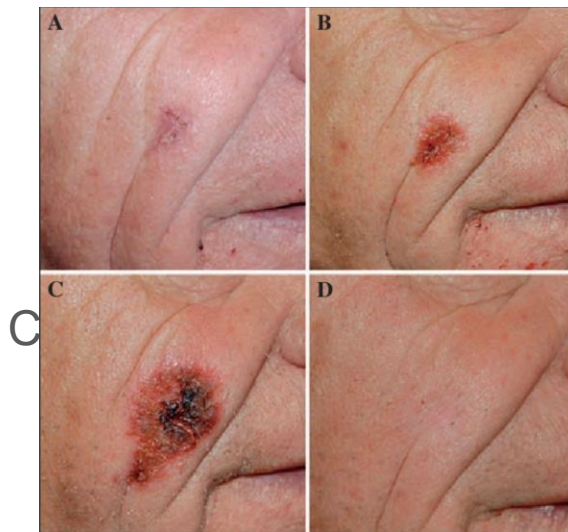
Beleid bij verdenking op een BCC

- Conform NHG-richtlijn: 3mm stansbiopt afnemen
- Groeiwijze bepaalt behandeling
- Indicatie voor verwijzing naar dermatoloog:
>2cm diameter, lokalisatie in H-zone, recidief, sprieterige of micronodulaire groeiwijze



Beleid bij een PA-bevestigigd BCC

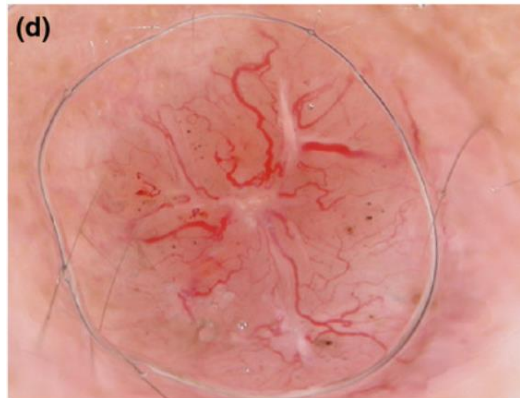
- Bij nodulaire groeiwijze → Excisie met 3mm marge
- Bij een superficieel BCC → 5-fluorouracil crème 2d gedurende 4 weken



groeiwijze!

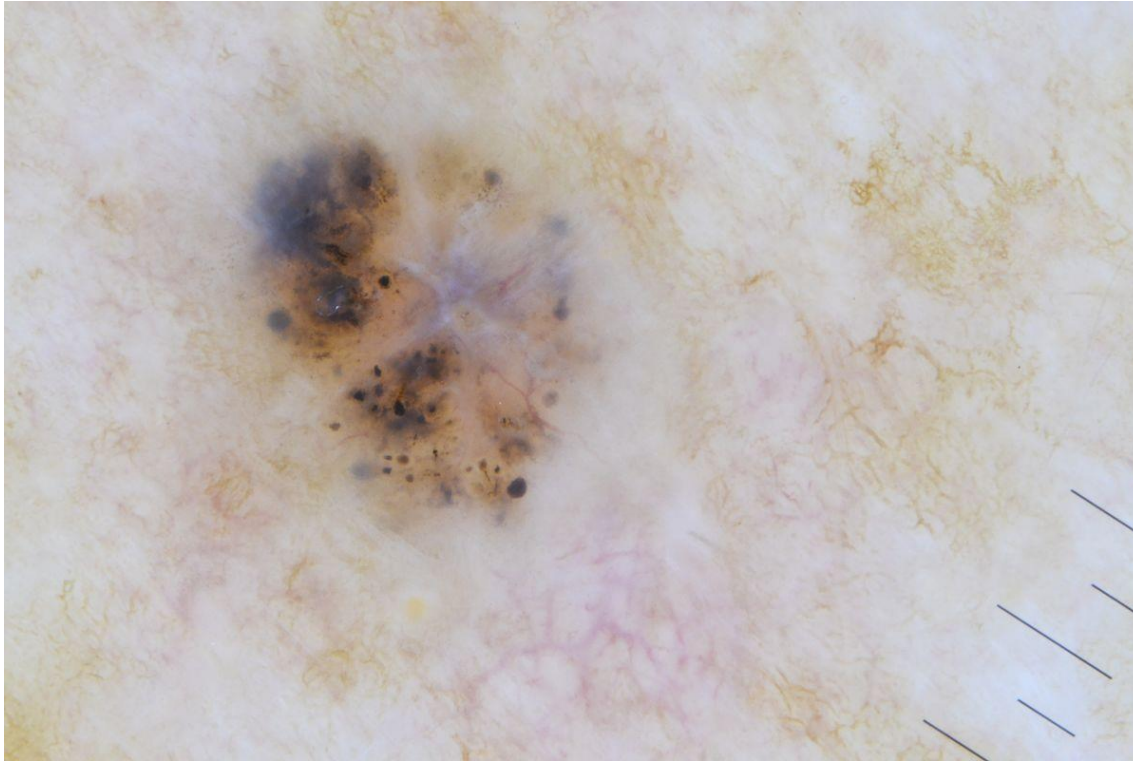
Tijd om te oefenen!

Welke dermatoscopische kenmerken herkent u?

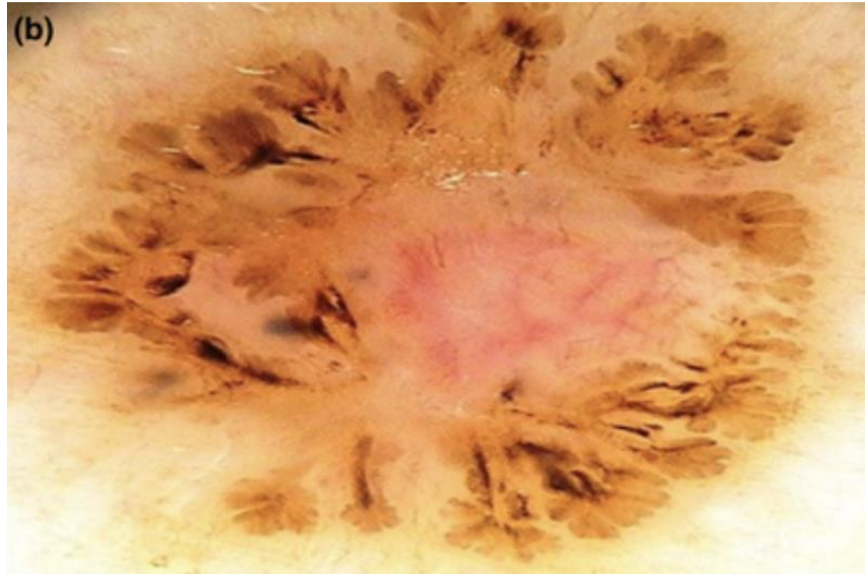


QUIZ!

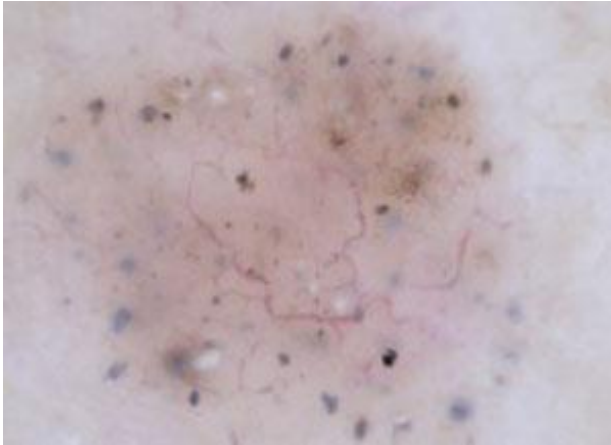
Welke dermatoscopische kenmerken herkent u?



Welke dermatoscopische kenmerken herkent u?



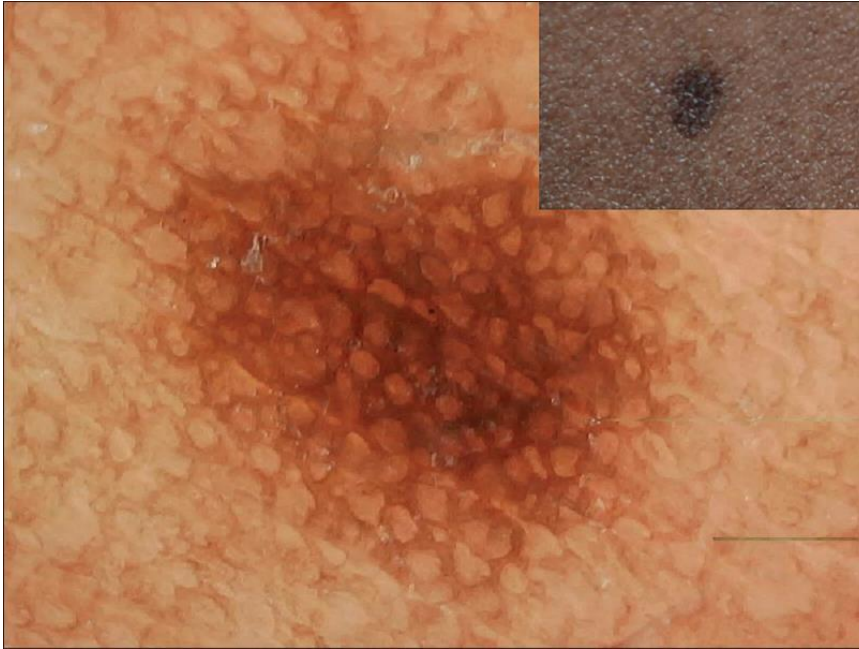
Welke dermatoscopische kenmerken herkent u?



Welk type BCC herkent u?



Waarom is dit geen BCC?



Feedbackformulier



***In 2026 organiseert Stichting HUID geaccrediteerde cursussen door heel Nederland.
Data + locaties zijn binnenkort te vinden op www.stichtinghuid.nl***