



Highlights verdachte huidafwijkingen

Femke van Gennip, praktijkhoudend huisarts, Heuvelrug
Medisch Centrum Doorn

Michelle Sprockel, Dermatoloog ijklander ziekenhuis
Purmerend

Disclosures Femke van Gennip

Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties

- Sponsoring of onderzoeksgeld
- Honorarium of andere (financiële) vergoeding
- Aandeelhouder
- Andere relatie

Zie hieronder

Thermofisher, Sanofi Genzyme, Tramedico, Viatris, Huisartsenraad Bergman



Disclosures Michelle Sprockel

Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties

- Honorarium of andere (financiële) vergoeding

Zie hieronder

Viatris



Vraag 1

Hoe vaak behandelt u momenteel verdachte huidafwijkingen zelf, in plaats van door te verwijzen naar de 2^e lijn? Hoe zeker voelt u zich daarbij?

- a) Ik behandel ze vaak en voel me hier zeer zeker bij
- b) Ik behandel ze af en toe, maar ik twijfel vaak aan mijn aanpak
- c) Ik verwijs vrijwel altijd door naar de 2^e lijn



Huidkankerepidemie

Huidkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in Nederland.

Meest voorkomende types huidkanker:

- basaalcelcarcinoom (BCC, circa 70% van alle nieuwe patiënten)
- plaveiselcelcarcinoom (PCC, circa 20%)
- melanoom (circa 10%)

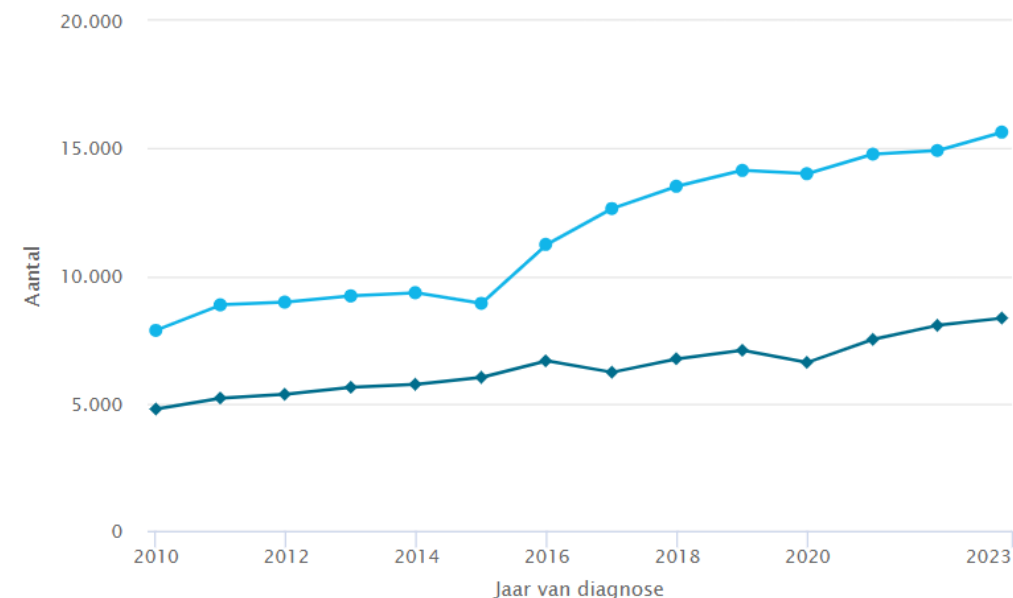
Basaalcel- en plaveiselcelcarcinoom zijn vaak volledig te genezen.

Daarnaast zijn er nog enkele zeldzame vormen van huidkanker, zoals Merkelcelcarcinoom.

Bron: <https://iknl.nl/kankersoorten/huidkanker/registratie/incidentie>

Incidentie per jaar, Aantal

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



Kankersoort

● Plaveiselcelcarcinoom van de huid ● Melanoom van de huid

2023, 2022: Deze cijfers betreffen voorlopige gegevens.

Bron: NKR

Gewijzigd op: 15 februari 2024



Normale vorm van huidveroudering

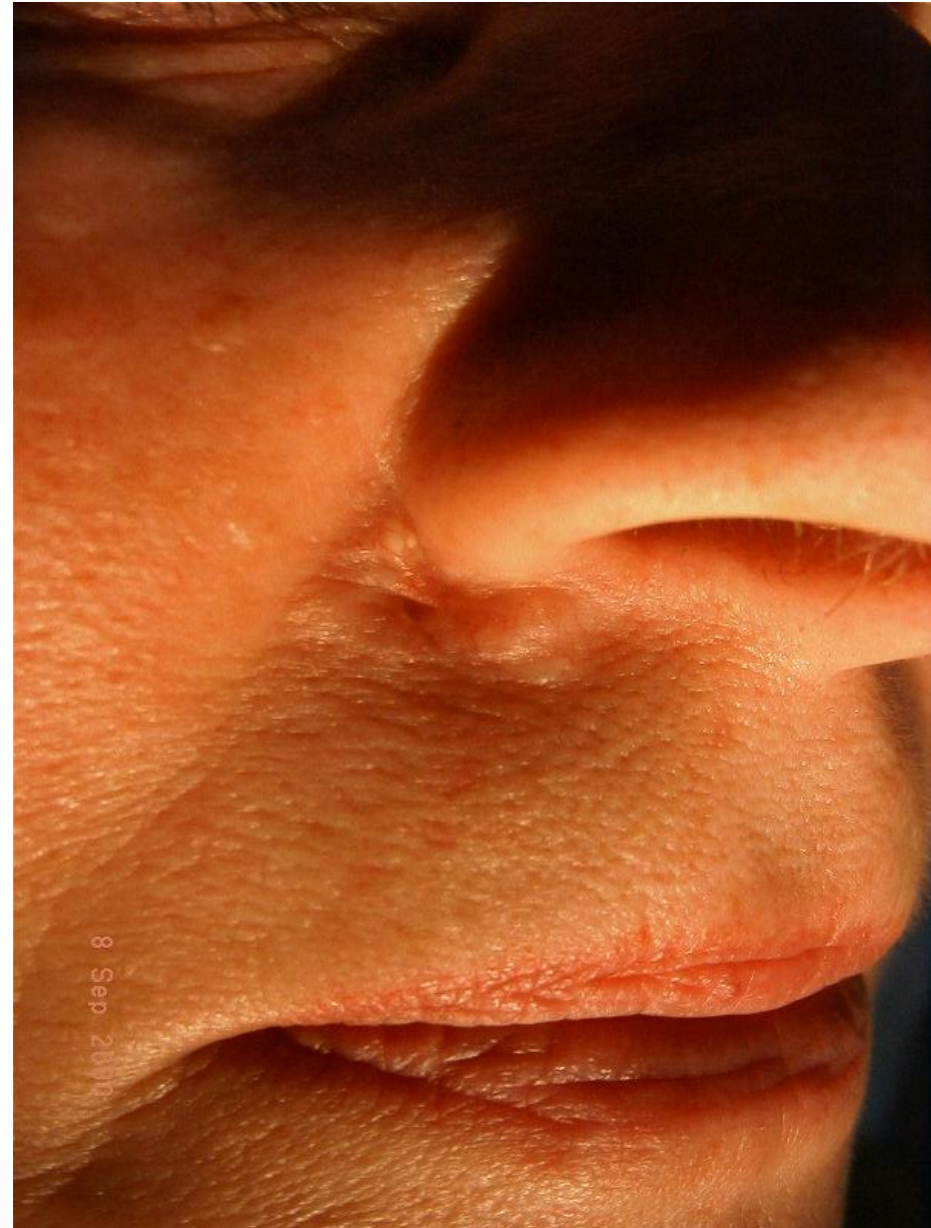
Ofwel waarover we ons geen zorgen hoeven te maken



Casus 1

Casus 1

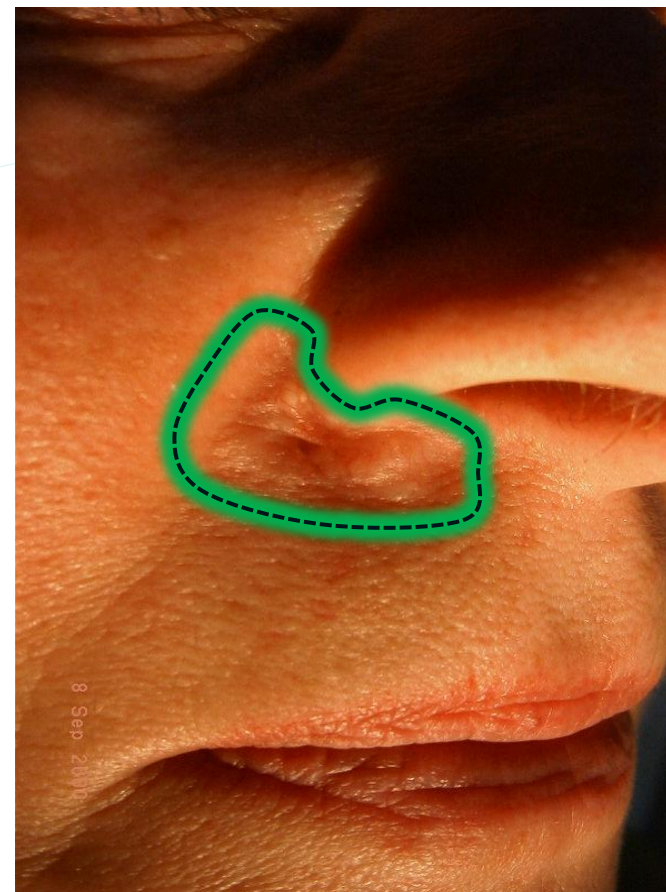
- Er komt een vrouw van 65 jaar bij u op het spreekuur met een plekje op haar gezicht.
- Het plekje is rood en er komt een korstje soms op in de nasolabial plooï.
- De vrouw vraagt zich af of het om een schimmelinfectie gaat, maar twijfelt of het niet gewoon een wondje is omdat het plekje zo nu en dan bloedt.



Casus 1 – anamnese?

U constateert dat het niet om een schimmelinfectie gaat, maar denkt aan een verdachte huidafwijking.

- Mevrouw heeft huidtype II
- Gaat niet vaak in de zon liggen, maar heeft wel altijd (al vanaf jonge leeftijd) veel buiten gesport, waardoor zij naar eigen zeggen wel eens is verbrand.
- Heeft geen huidkanker in de voorgeschiedenis.
- Gebruikt geen immuunsuppressiva en rookt niet.
- Heeft geen familieleden met huidkanker.



Casus 1 – lichamelijk onderzoek?

STAP 1 U beoordeelt de huid adhv:

- **kleur** (huidkleurig versus niet-huidkleurig)
- **oppervlak** (glad versus schilferend)

STAP 2 U voert verdere differentiatie uit adhv de PROVOKE-kenmerken:

P = plaats/lokalisatie

R = rangschikking (bij multipele huidafwijkingen, hier meestal niet relevant)

O = omvang/afmetingen

V = vorm

O = oppervlak (glad/keratotisch/squameus/papillomateus)/omtrek (scherpte vd begrenzing)

K = kleur

E = efflorescentie (plaque, macula, ulcus, papel, nodus of nodulus)

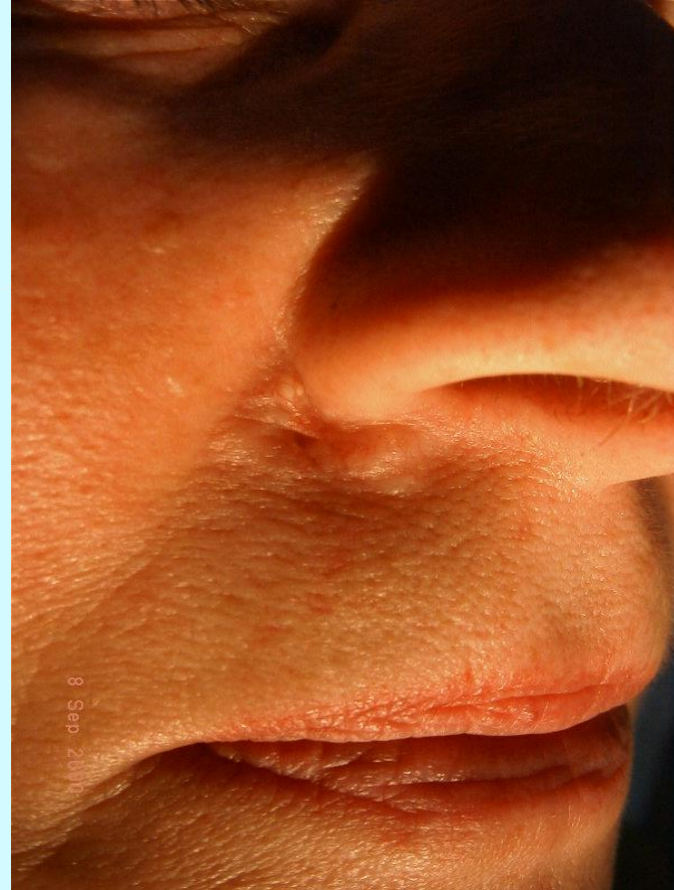
Casus 1 – beoordeling

- Onderscheid benigne en (pre)maligne huidafwijkingen volgens een stappenplan waarbij **kleur en oppervlak** bepalen tot welke groep differentiaaldiagnoses de afwijking behoort.
- Bij diagnose à vue: verifieer de diagnose aan de hand van de relevante tabel (NHG).
- Facultatief: beoordeel de huidafwijking met de dermatoscoop
- Stel een waarschijnlijkheidsdiagnose en eventueel een differentiaaldiagnose op.

Casus 1; vraag 2 – diagnose

Wat is volgens u de diagnose?

- a) basaalcelcarcinoom
- b) actinische keratose
- c) plaveiselcelcarcinoom



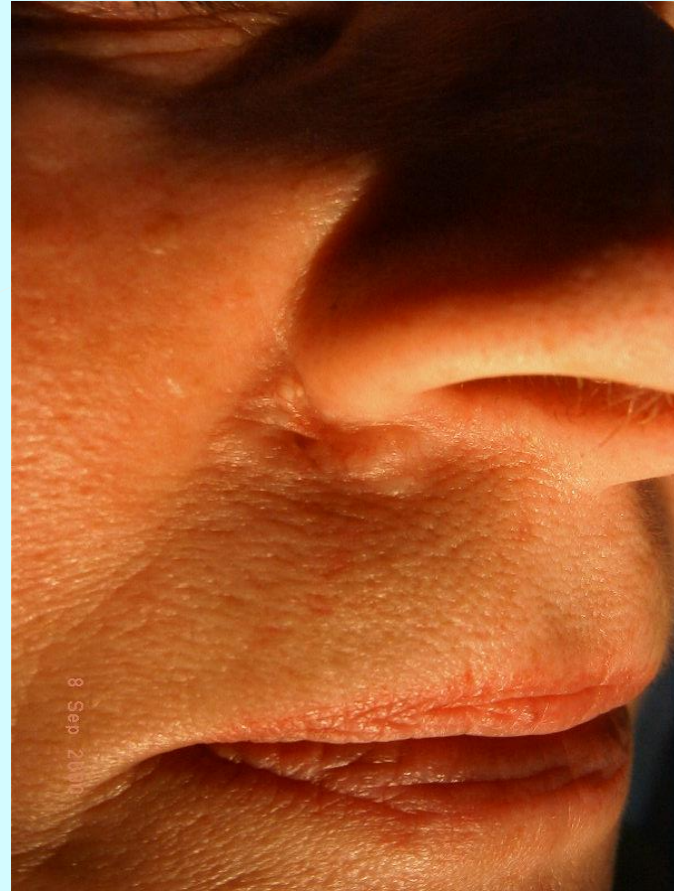
Casus 1; vraag 2 – diagnose

Wat is volgens u de diagnose?

- a) **basaalcelcarcinoom**
- b) actinische keratose
- c) plaveiselcelcarcinoom

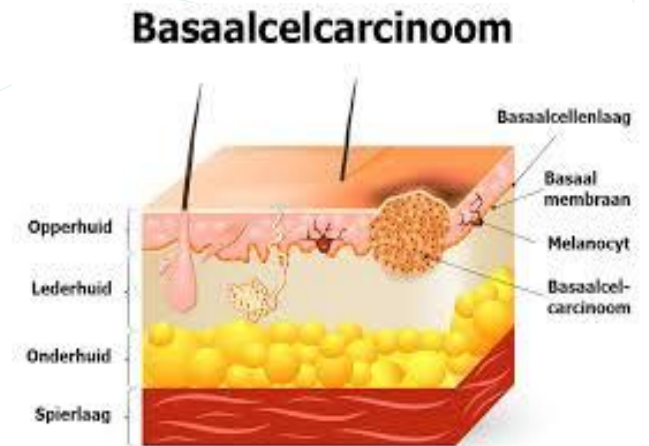
Antwoord:

U stelt de diagnose basaalcelcarcinoom op basis van de anamnese en lichamelijk onderzoek.



Basaalcelcarcinoom

- Meest voorkomende vorm van huidkanker.
- Komt vooral voor bij 45 jaar en ouder.
- 1 op de 4 krijgt in zijn leven een of meerdere basaalcelcarcinomen (gemiddelde leeftijd 65 jaar).
- Tussen 1973 en 2009 is de incidentie BCC verviervoudigd.



Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/basaalcelcarcinoom/incidentie_en_prevalentie_bcc.

Afbeelding: <https://www.shutterstock.com/nl/image-vector/skin-cancer-basalcell-carcinoma-basal-cell-237520735>

Basaalcelcarcinoom

- Voor mannen is de incidentie van 40 naar 165 gestegen en voor vrouwen van 34 naar 157 per 100.000 persoonsjaren.
- Zaait vrijwel nooit uit (naar schatting bij 0,03% van de patiënten) → kan door invasieve groei grote lokale destructie van aangrenzende weefsels veroorzaken.



Basaalcelcarcinoom

4 verschillende groeitypen:

1. **Nodulair** → grote nesten met duidelijke begrenzing naar het omgevende niet-aangedane weefsel.
2. **Superficieel** → zeer oppervlakkige nesten, vaak multifocaal.
3. **Sprieterig** → kleine strengetjes van basaloïde cellen omgeven door desmoplastisch stroma, de begrenzing naar het omgevendeweefsel is vaak onscherp.
4. **Micronodulair** → groeiend in kleine, fraai afgeronde nesten elk ongeveer ter grootte van de bulbus van een haarfollikel.



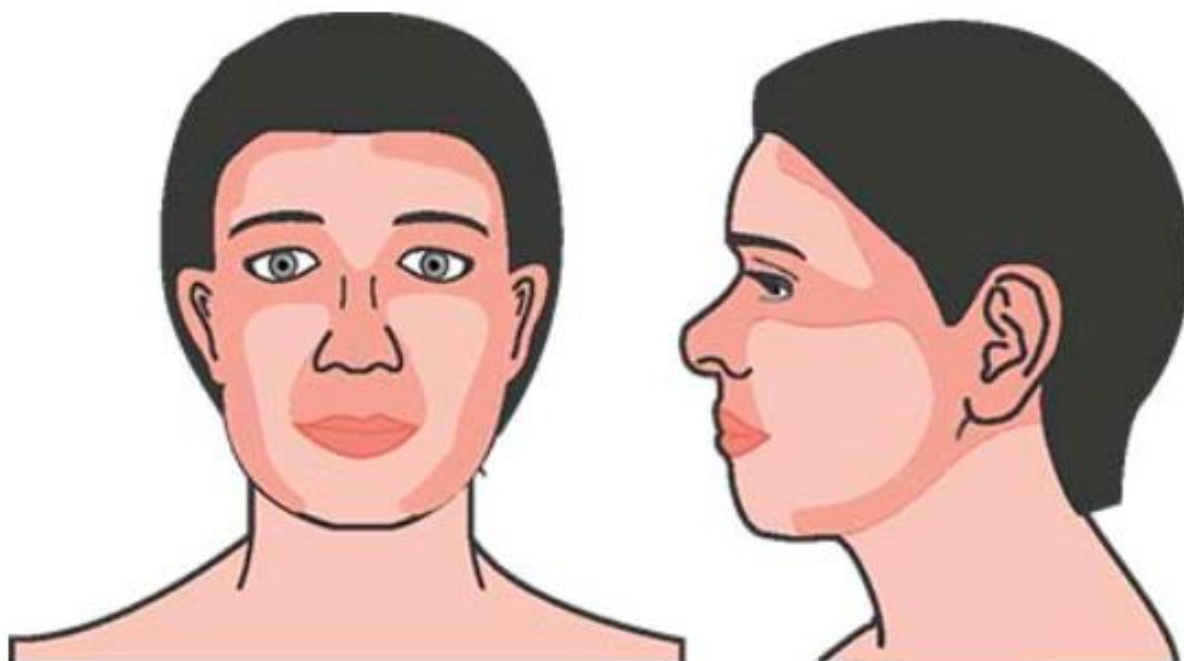
Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/basaalcelcarcinoom/incidentie_en_prevalentie_bcc.

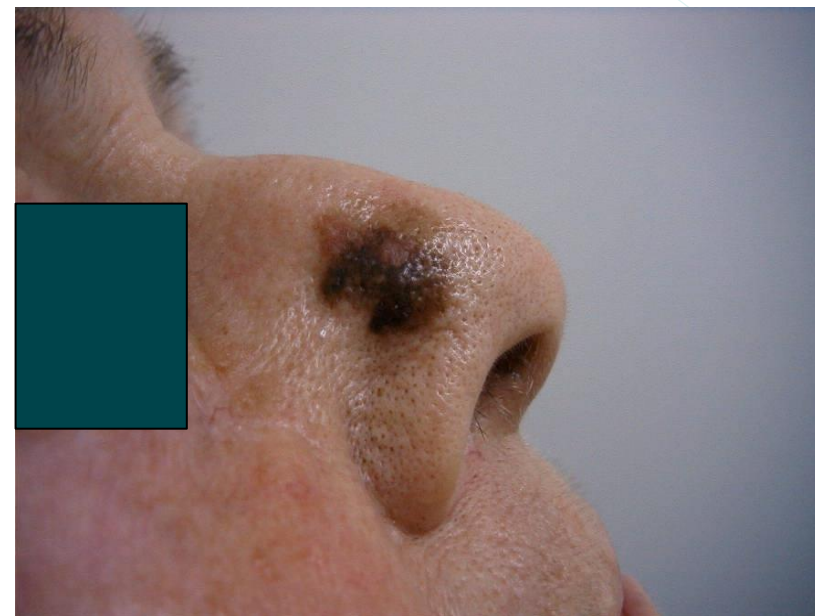
Afbeelding: <https://www.huidarts.com/huidaandoeningen/basaalcelcarcinoom-huidkanker/> + dermatoloog Sprockel

Basaalcelcarcinoom – hoogrisicokenmerken

Lokalisatie	H-zone: ogen, oren, lippen, neus, nasolabiale plooi [afbeelding 1]
Grootte	≥ 2 cm
Eerdere therapie	recidieftumor (op dezelfde plaats)
Histologisch groeitype	sprieterig, micronodulair



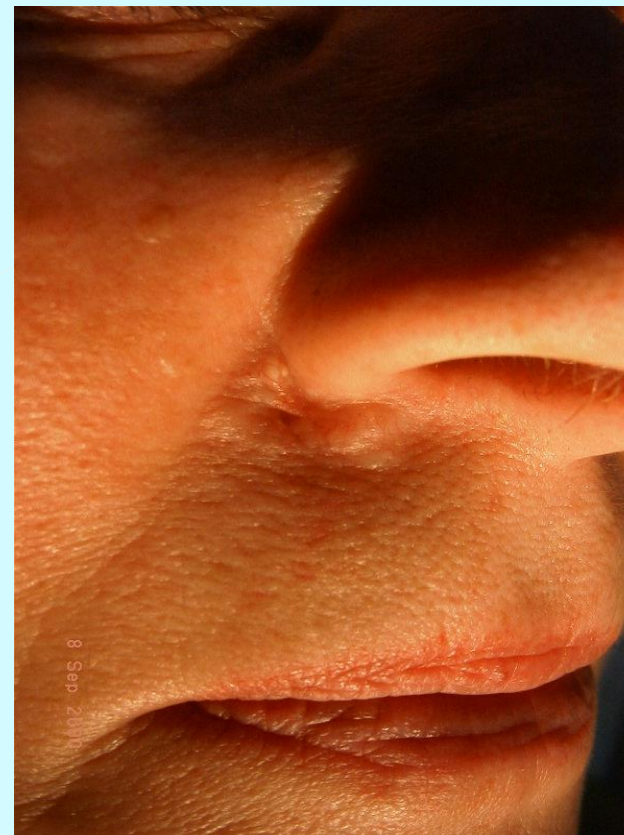
Afbeelding 1 De H-zone



Vervolg casus 1; vraag 3 – beleid

Wat is uw beleid?

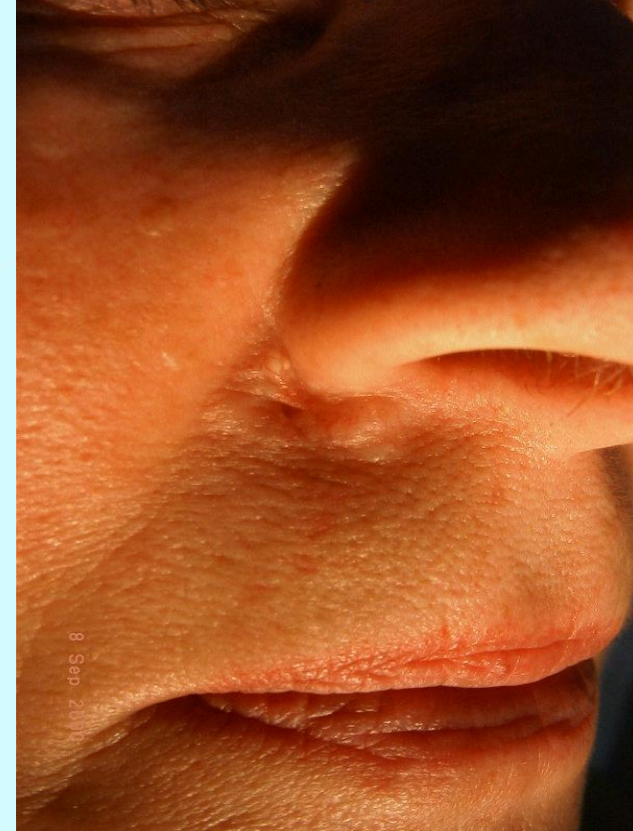
- a) doorverwijzen
- b) zelf behandelen



Vervolg casus 1; vraag 3 – beleid

Wat is uw beleid?

- a) **doorverwijzen**
- b) zelf behandelen



Casus 1; vraag 4 – behandeling

Welke behandeling kiest u als er sprake was geweest van een basaalcelcarcinoom zonder hoogrisicokenmerken?

- a) cryotherapie
- b) 5-fluoro-uracil
- c) therapeutische excisie



Basaalcelcarcinoom – behandeling

1. *Nodulair basaalcelcarcinoom*

- Bij een nodulair basaalcelcarcinoom zonder hoogrisicokenmerken met een marge van 3 tot 4 mm is therapeutische excisie de aangewezen behandeling, dit kan in de huisartsenpraktijk.

2. *Superficieel basaalcelcarcinoom*

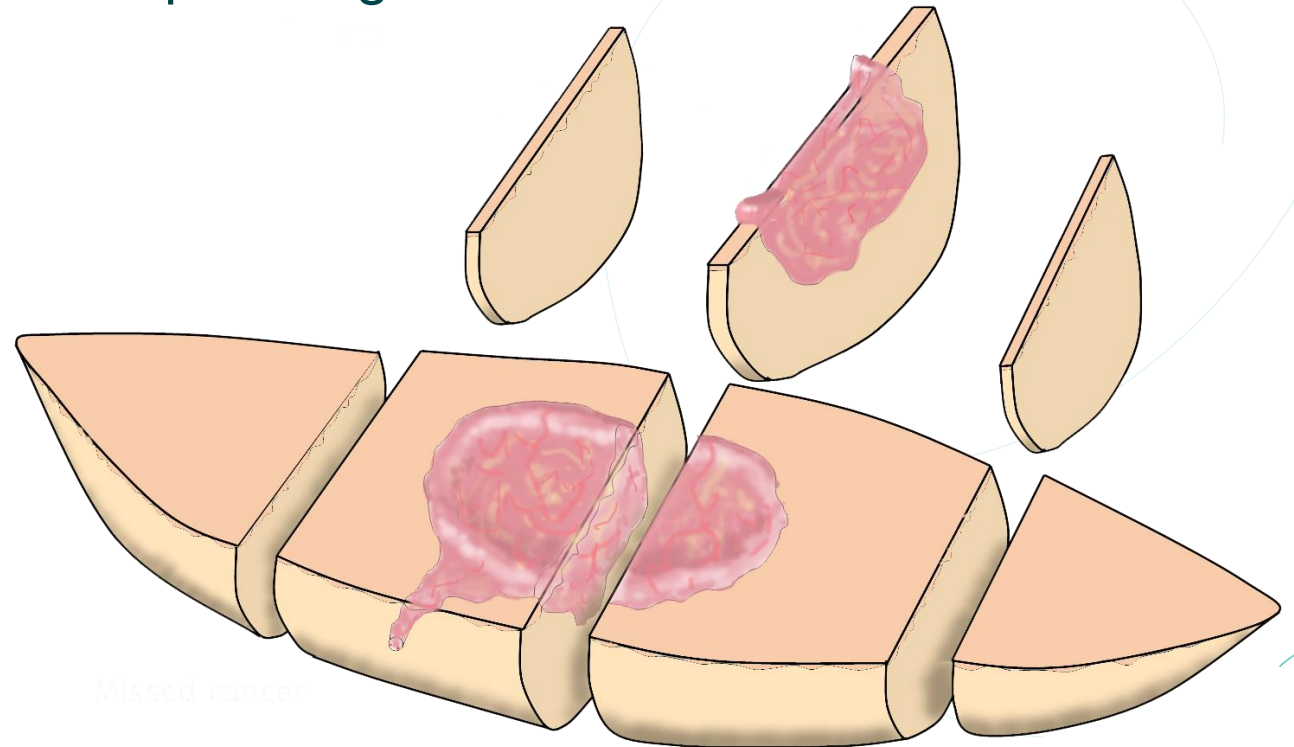
- Bij patiënten zonder hoogrisicokenmerken zijn ook niet-chirurgische behandeling te overwegen in de huisartsenpraktijk, zoals behandeling met 5-fluorouracilcrème of cryotherapie.

3. *Sprieterig en micronodulaire basaalcelcarcinoom*

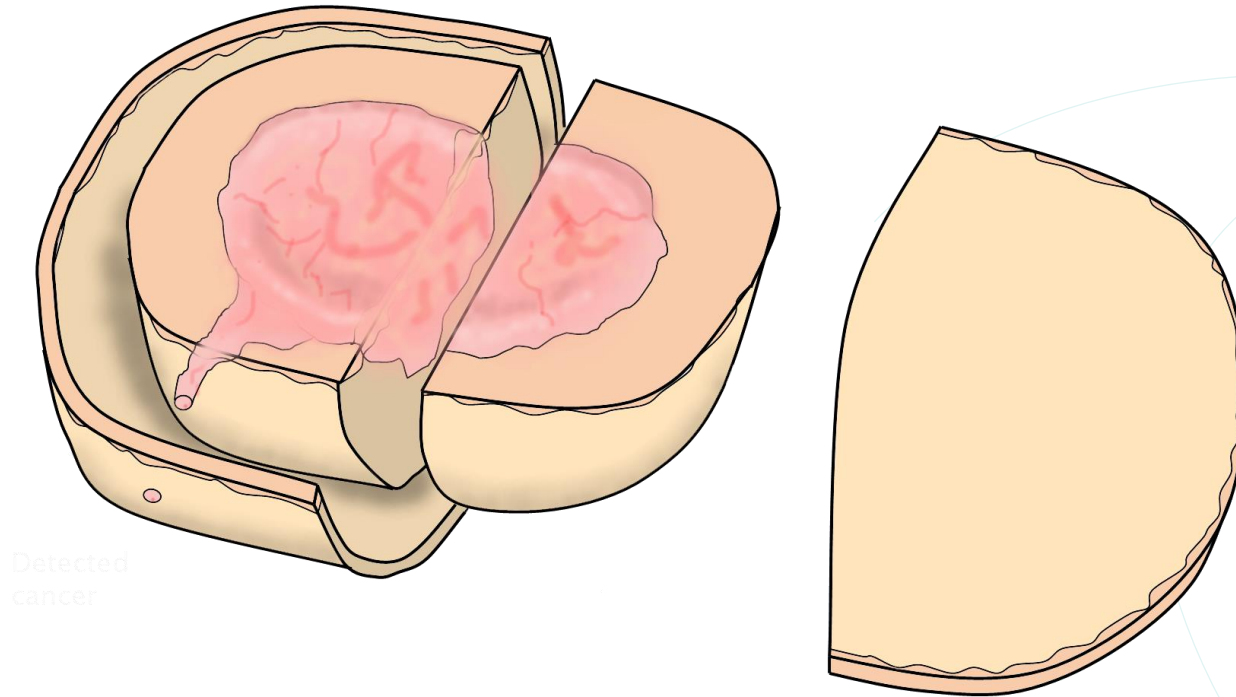
- Doorverwijzen naar de specialist.

Therapeutische excisie

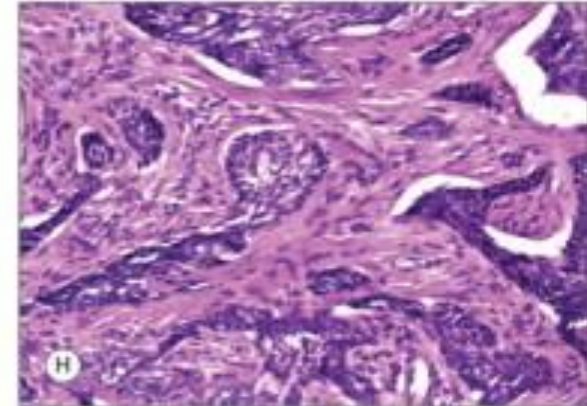
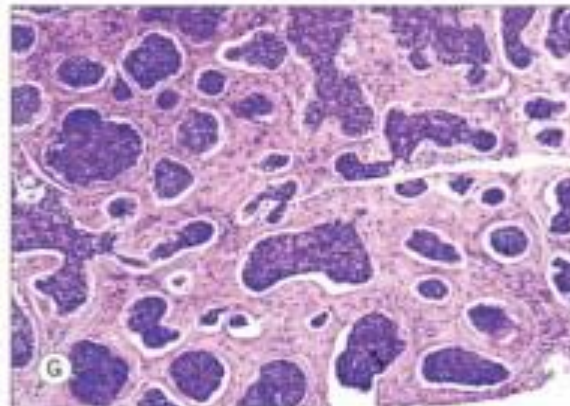
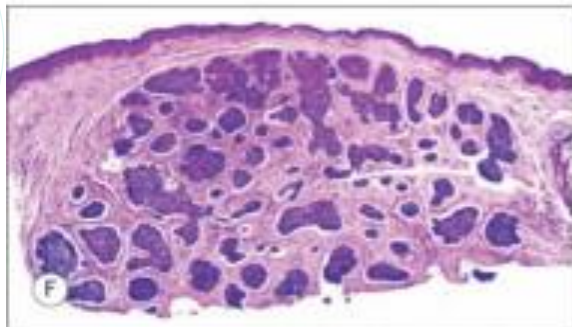
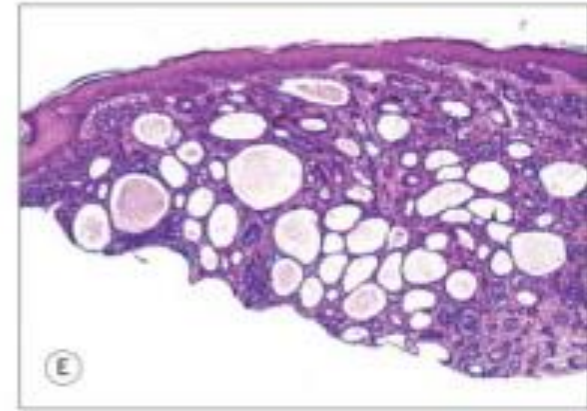
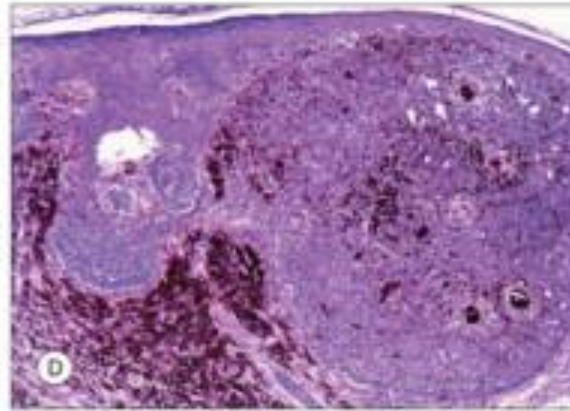
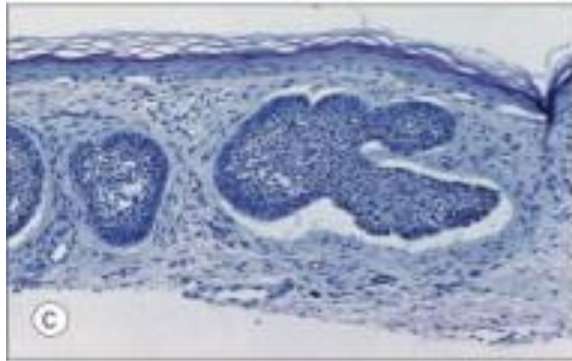
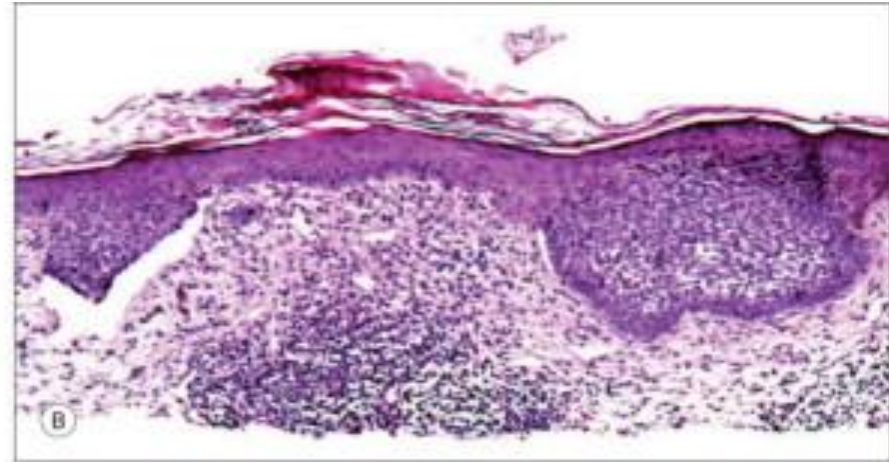
- Voor basaalcelcarcinomen zonder hoogrisicokenmerken is de aanbevolen excisiemarge 3 tot 4 mm.
- Voor de ziekte van Bowen geldt een excisiemarge van 3 tot 5 mm.
- Stuur het verwijderde weefsel op voor histopathologisch onderzoek.



Moh's micrografische chirurgie



Histopathologie



Casus 2

Casus 2

- Er komt een man van 72 jaar bij u op het spreekuur met wat plekjes op zijn hoofd.
- Het ziet er volgens de man een beetje wit, korstig uit.
- Hij geeft aan dat hij er vaak aan zit te krabben, omdat hij het vervelende plekjes vindt.



Casus 2 – anamnese?

- U schat dat meneer huidtype II a III heeft.
- Heeft geen familieleden met huidkanker.
- Hij heeft een huis in Zuid-Spanje waar hij vaak met zijn vrouw naartoe gaat.
- Hij rookt al zijn hele leven. Heeft een paar keer geprobeerd te stoppen, maar dit is niet gelukt.
- U doet lichamelijk onderzoek en bekijkt de huid met een dermatoscoop.

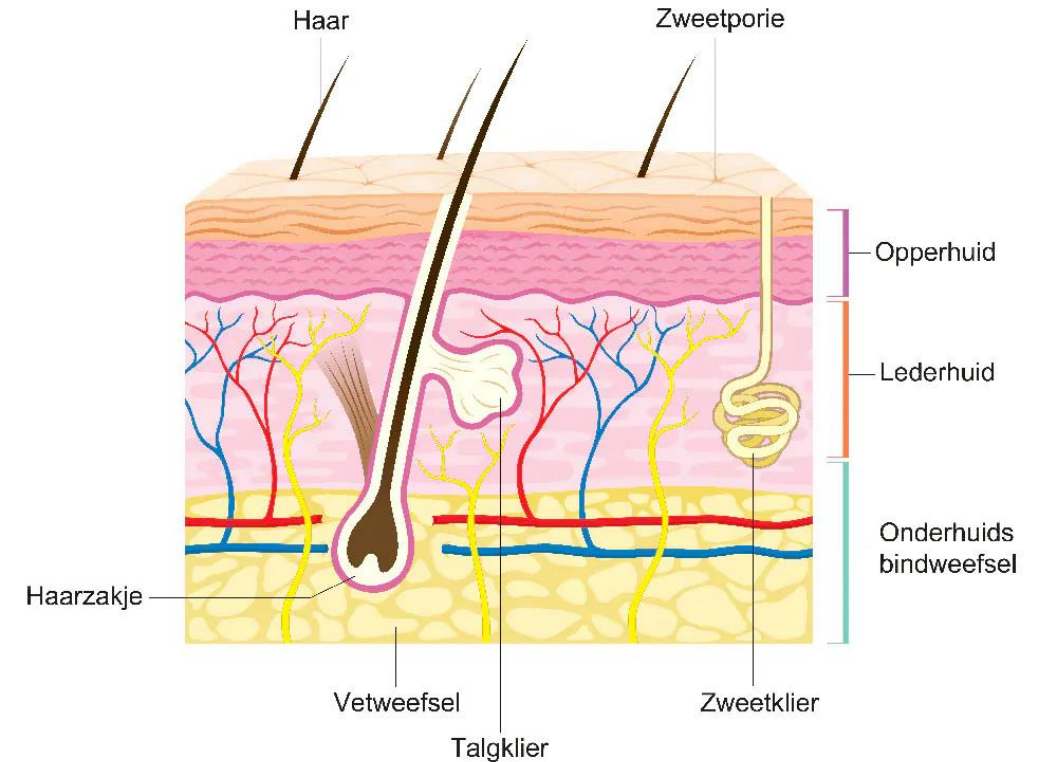


Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

Afbeelding: <https://www.dermatoscopie.nl/kennis-delen/beeldenbank/>

Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk

- Dermatoscoop:
 - Vergroting +/- 10 X
- Dieptebereik:
 - Tot laag in de dermis
- Onderscheid tussen benigne en maligne afwijkingen.



Voorbeelden dermatoscopie



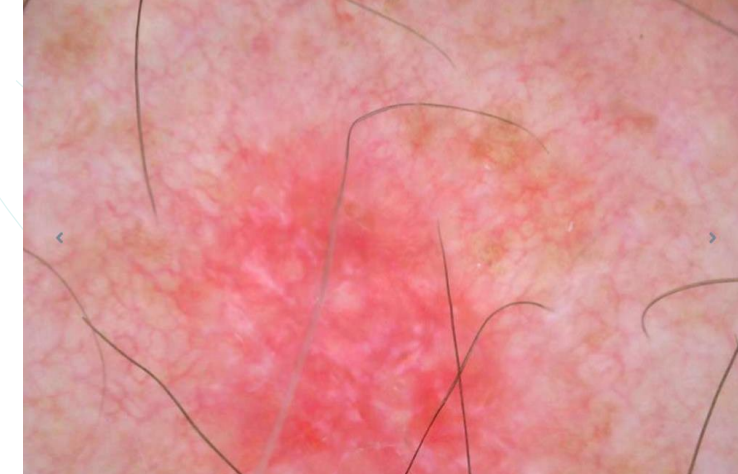
Morbus Bowen



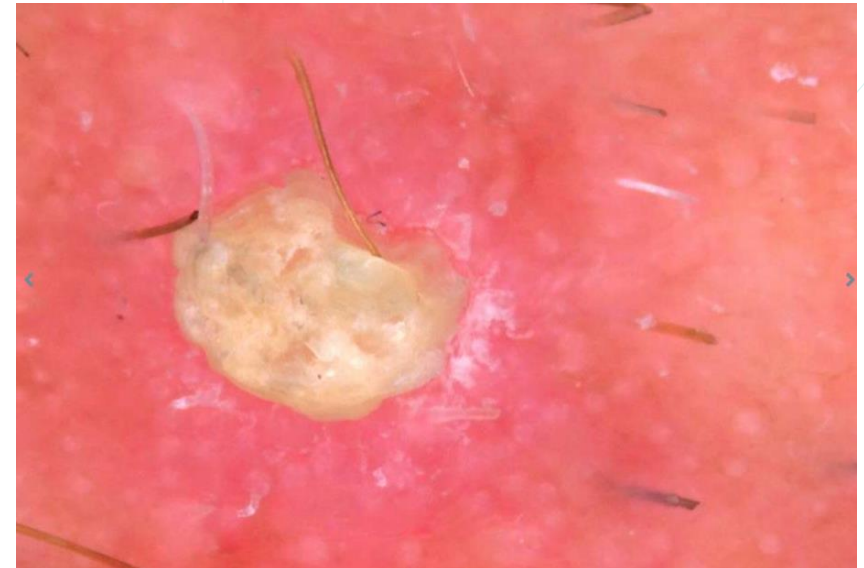
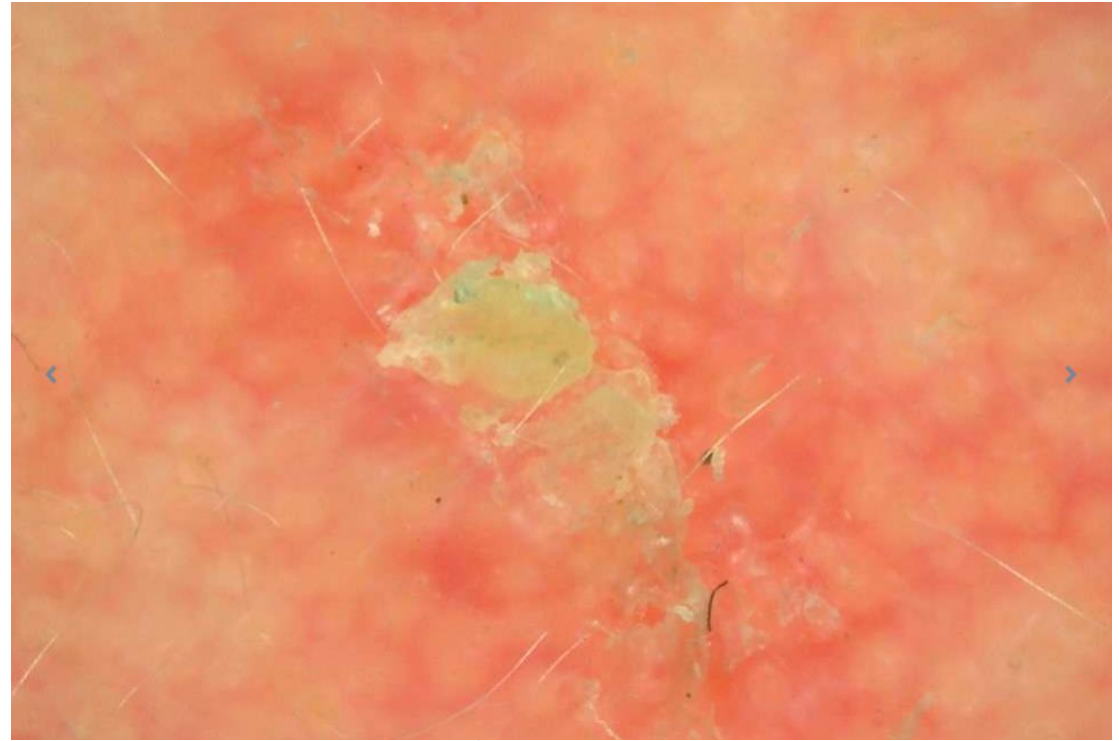
PCC



BCC



Wat u ziet met de dermatoscoop bij de patiënt uit casus 3



Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017
Afbeelding: dermatoloog Sprockel + <https://www.dermatoscopie.nl/kennis-delen/beeldenbank/>

Casus 2; vraag 5 – diagnose

Wat is volgens u de diagnose?

- a) basaalcelcarcinoom
- b) actinische keratose
- c) plaveiselcelcarcinoom



Casus 2; vraag 5 – diagnose

Wat is volgens u de diagnose?

- a) basaalcelcarcinoom
- b) **actinische keratose**
- c) plaveiselcelcarcinoom

Antwoord:

- Op basis van het klinisch beeld stelt u de diagnose actinische keratose.
- U ziet meerdere laesies op de hoofdhuid.



Actinische keratose – etiologie & pathofysiologie

- De keratinocyten zijn beschadigd en veranderen.
- Oorzaak: langdurige UV blootstelling.
- Ongeveer **de helft** van alle mannen boven 45 jaar en **een derde** van de vrouwen boven de 45 jaar heeft tenminste één actinische keratose.
- Voornamelijk bij:
 1. 50 plussers
 2. personen met lichte huidskleur
 3. veel buiten zijn of vaak onbeschermd zonnen



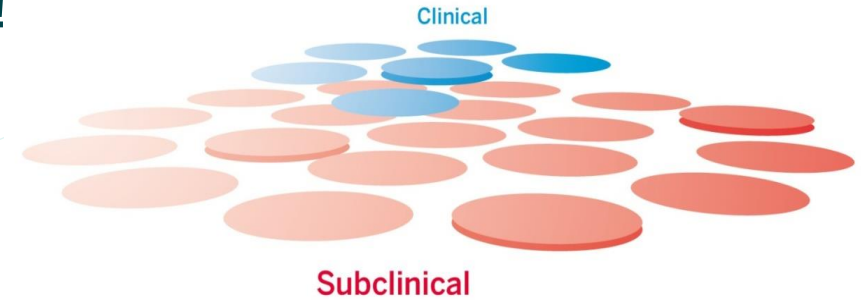
Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/actinische_keratose/startpagina_-_actinische_keratose_ak.html

Afbeelding: <https://www.huidarts.com/huidaandoeningen/actinische-keratose/>

Actinische keratose – risico's

- AK is een pre-maligne aandoening (Bij 1/3 van de bevolking > 50 jaar).
- Soms spontaan verdwijnen; ook grote kans op recidief!
- Ongeveer de helft heeft meer dan drie laesies.
- Het risico van ontwikkeling AK naar plaveiselcelcarcinoom is waarschijnlijk per laesie minder dan 1% per jaar.
- Het cumulatieve risico kan bij meerdere laesies die jaren bestaan bij een patiënt echter aanzienlijk zijn.



Richtlijn NVDV actinische keratose

Behandeling van een AK is geïndiceerd bij inflammatie/induratie, een diameter > 1 cm, snelle toename omvang, bloed, erytheem, spontane pijn of ulceratie toont die duiden op een verhoogd risico op ontwikkeling tot een plaveiselcelcarcinoom (PCC). De voorkeur heeft chirurgische verwijdering in verband met mogelijkheid tot histologisch onderzoek.

Patiënten die immuungecompromitteerd zijn, verdienen bijzondere aandacht, vanwege een verhoogde kans op het ontwikkelen van AK's en PCC's.

Patiënten met multipale AK hebben een hogere kans op het ontwikkelen van non-melanoma huidkanker.



Ontwikkelingen op het gebied van de behandeling van intra-epidermale neoplasieën

M.M.G. Moermans, S. Ahmady, K. Mosterd

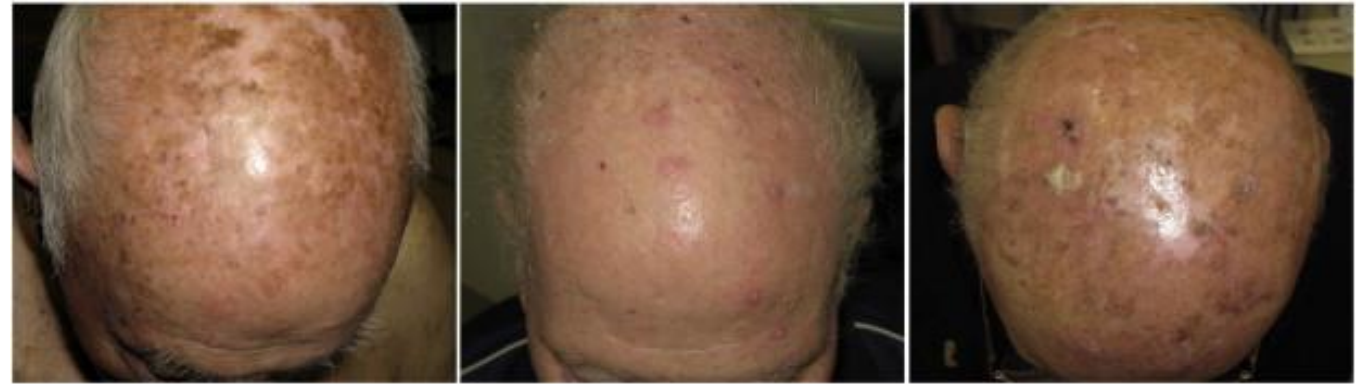
Artikel NVDV

Leerpunten :

- 5FU is non-inferieur ten opzichte van chirurgische excisie in de behandeling voor morbus Bowen met een 1-jaars kans op behandelsucces van 85,7%.
- 5FU is de meest effectieve behandeling voor actinische keratosen met 1-jaars waarschijnlijkheid op behandelsucces van 74,4%.
- Olsen graad III laesies hebben het grootste risico om zich te ontwikkelen tot een plaveiselcelcarcinoom.
- Er is meer onderzoek nodig naar de noodzaak tot behandeling van laag-risico actinische keratosen (Olsen graad I).
- Er is vraag naar een verdraagbaarder behandelalternatief voor 5FU, meerdere behandelalternatieven worden momenteel onderzocht.

Andere therapie opties?

- Voorbeelden van nieuwe, mogelijk beter verdraagbare behandelingen zijn 4% 5FU, 0,5% 5FU in combinatie met 10% salicylzuur, tirbanibuline en 5% 5FU in combinatie met calcipotriol. Er is echter meer bewijslast nodig over de verdraagbaarheid en de effectiviteit van deze behandelingen op de lange termijn, bij voorkeur door de effectiviteit op een head-to-head manier te vergelijken met de huidige voorkeursbehandeling 5FU.



I°

slightly palpable
(feels better than seen)

II°

moderately thick
(easily felt and seen)

III°

very thick and hyperkeratotic
(obvious)



Vervolg casus 2; vraag 6 – beleid

Wat is uw beleid?

- a) doorverwijzen
- b) zelf behandelen



Vervolg casus 2; vraag 6 – beleid

Wat is uw beleid?

- a) doorverwijzen
- b) **zelf behandelen**



Casus 2; vraag 7 – welke behandeling kiest u?

Welke behandeling kiest u?

- a) cryotherapie
- b) 5-fluoro-uracil
- c) geen behandeling nodig



Actinische keratose – behandeling

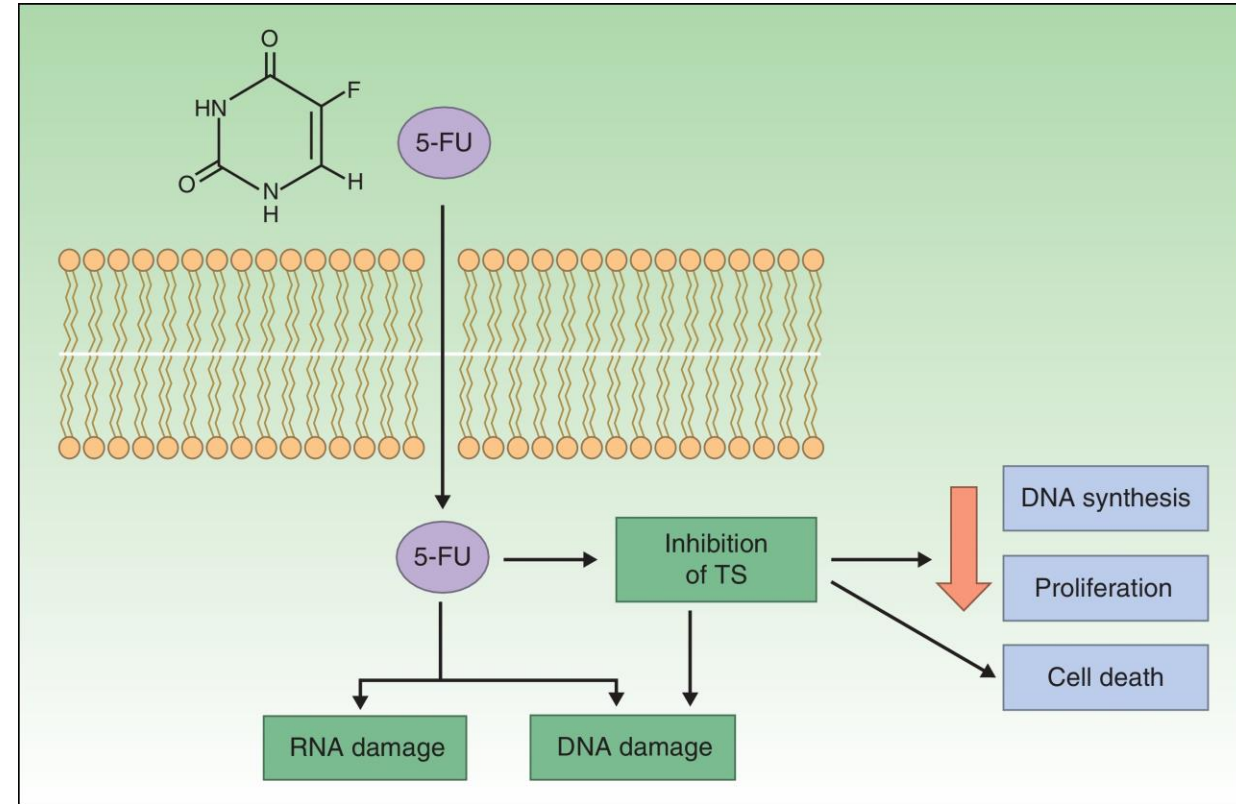


	5-fluoro-uracilcrème (zie Details)	Cryotherapie
Geschikt voor	• Multipele laesies (maximaal 500 cm²), maar kan ook bij solitaire laesies • Contra-indicatie: zwangerschap of lactatie	Enkele solitaire (arbitrair ≤ 5) laesies
Inhoud behandeling	Chemotherapeuticum dat dagelijks 2 maal wordt aangebracht gedurende 4 weken	De laesies worden tijdens een consult 2 maal aangestipt (bevroren) met vloeibare stikstof
Effectiviteit	Genezing bij ca. 60% van de patiënten	Genezing bij ca. 40% van de patiënten
Bijwerkingen	• Bij iedereen treden (heftige) lokale reacties op van de actinisch beschadigde huid: erytheem, erosie, crustae, ulcera, jeuk, zwelling (genezing duurt enkele weken) • Op onderbenen bij ouderen risico op vertraagde wondgenezing (ulcus cruris) • Cosmetisch storend litteken	• Pijn (vooral tijdens het aanstippen) • Blaarvorming • Op onderbenen bij ouderen risico op vertraagde wondgenezing (ulcus cruris) • Cosmetisch storend litteken • Vooral bij donkere huidskleur risico op hypo- of hyperpigmentatie of keloïdvorming (zie Details)
Aandachtspunten	• Effect afhankelijk van therapietrouw • De omvang van de actinisch beschadigde huid kan groter zijn dan met het blote oog waar te nemen is, waardoor heftige huidreacties optreden in een groter gebied dan verwacht • Bij mannen en vrouwen in de vruchtbare levensfase is anticonceptie noodzakelijk tijdens gebruik en tot 3 maanden erna	Werkwijze met wattenstaaf is niet te standaardiseren, effect daarom sterk afhankelijk van behandelaar

Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

5-FU – werking

- Het werkzaam bestanddeel fluoro-uracil werkt voornamelijk via twee wegen:
 - Het wordt direct opgenomen door DNA.
 - Het remt het enzym thymidalaat synthetase, resulterend in remming van DNA synthese.
- Hierdoor kan er geen mitose plaatsvinden en kan de cel zich niet vermenigvuldigen, dit leidt tot celdood.
- Dit geldt dus alleen voor de snel delende cellen, zodat niet alle cellen worden aangetast.



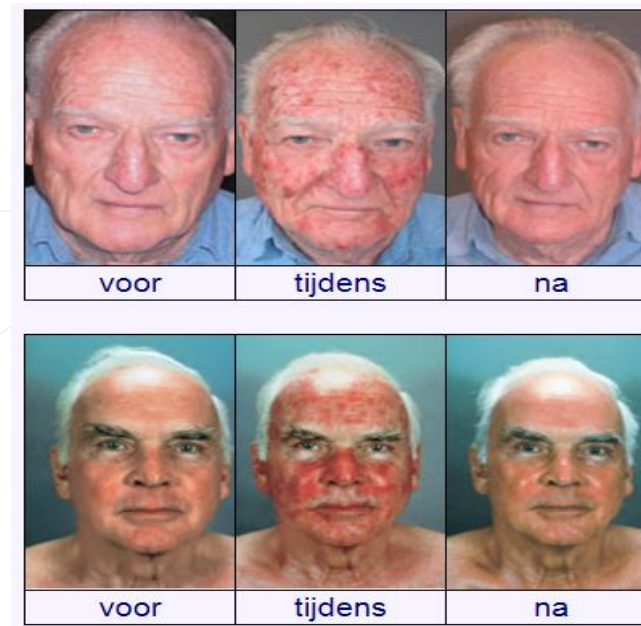
Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/5/5_fluoro_uracil_cutaan

Afbeelding: <https://www.nature.com/articles/nrc1074>

5-FU – aanbevelingen voor arts bij gebruik

- Overweeg voorafgaand aan de behandeling curettage van keratotische plaques, bijvoorbeeld met een mesje;
- Informeer de patiënt over te verwachten lokale effecten, inherent aan de werking van de crème (erytheem, erosie, crustae, ulcera, jeuk, zwelling), bij voorkeur met plaatjes;
- Houd hier rekening mee bij het plannen van de behandeling
- Behandel eventueel na met een vette indifferente crème.



start behandeling,
dunne laag 2x daags

week 4 einde
van behandeling

week 2 controle, besteed daarbij aandacht aan
therapietrouw en bijwerkingen

week 7, huid is
hersteld

Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/5/5_fluoro_uracil_cutaan

SmPC Efudix gereaadpleegd via geneesmiddeleninformatiebank.

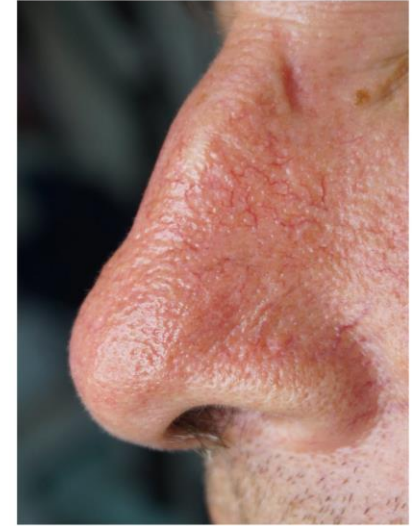
5-FU – aanbevelingen voor de patiënt bij gebruik

Deze crème is een vorm van lokale chemotherapie, daarom:

- goed de handen wassen na het aanbrengen van de crème;
- contact tussen de crème en derden vermijden;
- contact tussen de crème en ogen en slijmvliezen vermijden;

Adviseer de patiënt daarnaast:

- het behandelde gebied niet te bedekken met pleister of verband;
- de crème niet in combinatie met andere huidmiddelen te gebruiken, tenzij de behandelend arts anders adviseert;
- de behandelde huid met kleding of pet te beschermen tegen de zon;



Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/5/5_fluoro_uracil_cutaan

SmPC Efudix gereaadpleegd via geneesmiddeleninformatiebank.

Cryotherapie – werking

- Bevriezen van het plekje, waardoor cellen worden gedood.



Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017
Afbeelding: <https://www.huidarts.com/huidbehandelingen/stikstof-cryotherapie/>

Cryotherapie – aanbevelingen voor toediening

Alleen vloeibare stikstof is effectief, methodes met dimethylether niet.

Vloeibare stikstof in de vorm van spray verdient mogelijk de voorkeur boven de open methode met wattenstaafjes, omdat deze laatste methode moeilijker te standaardiseren is. Voor zowel de spray als de open methode gelden de volgende aanbevelingen:

- bevries tot de gehele laesie en 1 tot 2 mm om de huidafwijking een halo vormen;
- laat de laesie ontdooien (de halo verdwijnt) en herhaal de eerste stap tijdens dezelfde sessie.

Cryotherapie – effect

- Verwacht geelachtig of bloederig vocht, dat vanzelf opdroogt
- Bij veel wondvocht plak indien nodig een pleister
- Eventueel paracetamol bij veel napijn
- Huid kan tot 2 weken na behandeling gezwollen zijn waarna een korst ontstaat
- Wond geneest meestal binnen twee a vier weken, benadruk het belang van niet krabben aan de korst

Casus 3

Casus 3

- Er komt een vrouw van 54 jaar bij u, met een rood plekje op haar arm.
- Ze denkt dat het een eczeem-achtig plekje is.



Casus 3 – anamnese?

- U twijfelt of het om eczeem of een verdachte huidafwijking gaat.
- Ze heeft huidtype I
- De plek jeukt niet en doet geen pijn.
- Heeft nog nooit eerder een verdacht huidplekje gehad.
- De patiënt heeft geen familieleden met huidkanker.
- Gaat vaak op zonvakantie, vroeger ook veel onder de zonnebank geweest.
- De diameter van het plekje is ongeveer 1,5cm.
- U stelt een differentiaaldiagnose op (eczeem) en neemt een huidbiopt af.

Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

<https://nvdv.nl/patienten/dermatologie/zoek-een-huidaandoening/bowen-ziekte-van>

Afbeelding: <https://eczeem-psoriasis.nl/huidbiopsie/>



Casus 3; vraag 8 – biopteren

Welke vorm van biopteren wordt in de dagelijkse praktijk het meest toegepast?

- a) de stansbiopsie
- b) de shave-biopsie
- c) de excisiebiopsie

Casus 3; vraag 8 – biopteren

Welke vorm van biopteren wordt in de dagelijkse praktijk het meest toegepast?

- a) **de stansbiopsie**
- b) de shave-biopsie
- c) de excisiebiopsie

Aanvullend onderzoek

Verricht bij een vermoeden van een (pre)-maligne huidafwijking **histopathologisch onderzoek**, afhankelijk van de vermoedelijke aandoening door middel van een **stansbiopt** of **diagnostische excisie**

Tenzij sprake is van:

1. Een verwijsindicatie of reden om te verwijzen op basis van overige overwegingen.
2. Een sterk vermoeden van een actinische keratose (klinische diagnose volstaat).
3. Een sterk vermoeden van een atypische naevus (klinische diagnose volstaat).

Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

Afbeelding: <http://www.huidziekten.nl/folders/nederlands/huid-biopt.htm>



Welke varianten van biopteren zijn er?

Er kunnen vier varianten van de biopsie onderscheiden worden:

1. de shave-biopsie
2. de stansbiopsie zonder hechten
3. de stansbiopsie met hechten
4. de excisiebiopsie



Voor de dagelijkse dermatologische praktijk voldoet de stansbiopsie (punch) het beste.

Casus 3 – diagnose

Uit het huidbiopt volgt de diagnose Ziekte van Bowen.

- De ziekte van Bowen is een langzaam groeiend vroeg stadium van het plaveiselcelcarcinoom.
- Het is nog geen huidkanker, maar kan zich wel ontwikkelen tot een plaveiselcelcarcinoom en daarom is behandeling noodzakelijk.



Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

<https://nvdv.nl/patienten/dermatologie/zoek-een-huidaandoening/bowen-ziekte-van>

Afbeelding: <https://www.huidarts.com/huidaandoeningen/ziekte-van-bowen-huidkanker/>

Vervolg casus 3; vraag 9 – beleid

Wat is uw beleid?

- a) doorverwijzen
- b) zelf behandelen



Vervolg casus 4; vraag 9 – beleid

Wat is uw beleid?

- a) doorverwijzen
- b) **zelf behandelen**



Casus 3; vraag 10 – behandeling

Welke behandeling kiest u?

- a) cryotherapie
- b) 5-fluoro-uracil
- c) therapeutische excisie



Ziekte van Bowen – beleid

Behandeling in de huisartsenpraktijk zonder hoogrisicokenmerken

- Chirurgische excisie waarschijnlijk de meest effectieve behandeling is, hoewel bewijs ontbreekt.
- Andere behandelopties, zoals cryotherapie of 5-fluoro-uracilcrème.

Verwijsindicatie hoogrisicokenmerken

- diameter ≥ 2 cm
- recidief

Casus 4

Casus 4

- Een man van 84 jaar heeft een pijnlijk wondje op zijn arm, dat maar niet weggaat.
- Het wondje lijkt eigenlijk alleen maar erger te worden.

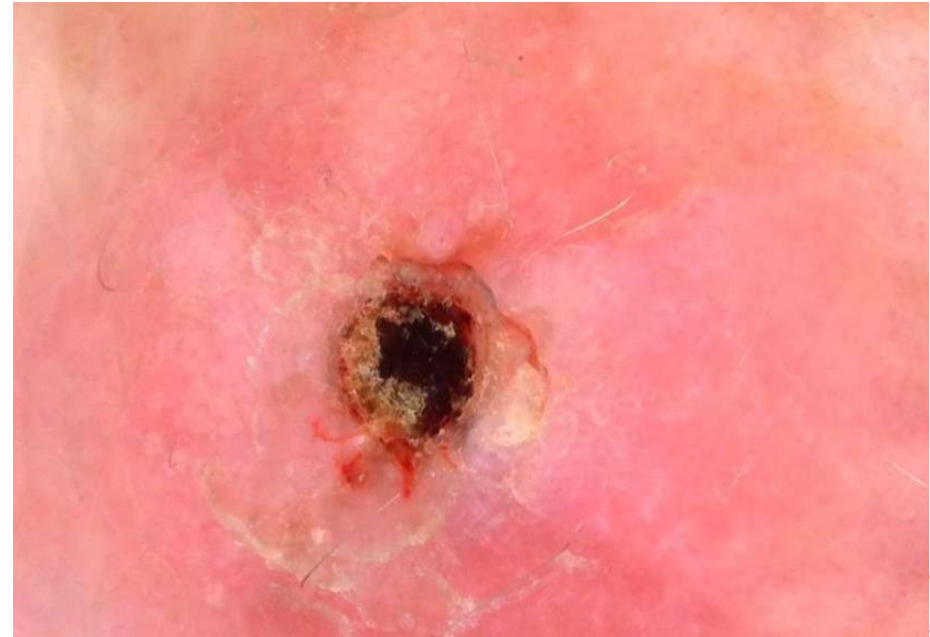


Casus 4 – anamnese?

- Huidtype I a II
- De patiënt heeft geen familieleden met huidkanker.
- Heeft zijn hele leven als bouwvakker gewerkt.
- Het plekje doet pijn.
- Is binnen korte tijd (meneer denkt 2 weken) snel gegroeid.
- Bij lichamelijk onderzoek ziet u dat er op verschillende plaatsen sprake is van zonbeschadiging.
- U denkt aan een kerato-acanthoom of een plaveiselcelcarcinoom.
- U bekijkt de plek met een dermatoscoop.

Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

Afbeelding: <https://www.dermatoscopie.nl/kennis-delen/beeldenbank>



Kerato-acanthoom = goed gedifferentieerd PCC

- Een goedaardige snelgroeiende huidtumor die meestal ontstaat op aan zon blootgestelde delen van het lichaam.
- Deze huidtumor kan spontaan verdwijnen zonder behandeling.
- Keratoacanthoom komt bij mannen ongeveer 3 keer zo vaak voor als bij vrouwen.



Plaveiselcelcarcinoom

- Huidkleurig of lichtrood bultje → groeit
- Ontstaat in de opperhuid en kan soms uitzaaien naar de lymfeklieren en andere organen.
- Komt voornamelijk voor op huidplekken die veel zon zien.
- Zelden < 45 jr, gemiddelde lfd 74 jr.
- Doet vaak pijn.
- Groeit snel, kan binnen 2 a 3 weken
- Actinische keratose kan het voorstadium zijn.



Vervolg casus 4; vraag 11 – beleid

Wat is uw beleid?

- a) doorverwijzen
- b) zelf behandelen



Vervolg casus 4; vraag 11 – beleid

Wat is uw beleid?

- a) **doorverwijzen**
- b) zelf behandelen



Plaveiselcelcarcinoom – prognose & beleid

- Cumulatieve 5-jaarsrisico op een 2e plaveiselcel- of basaalcclcarcinoom is ongeveer 35-40%.
- De prognose hangt af van het tumorstadium, en wordt o.a. bepaald door:
 - grootte en dikte van de tumor
 - eventuele doorgroei in omliggende weefsels
 - eventuele metastasering
- Metastasering treedt op bij 2% van de patiënten (<2 jaar na de initiële behandeling). Meestal metastasering naar regionale lymfeklieren.
- De 10-jaarsoverleving is 91%.
- Qua diagnostiek, verwijzing en follow-up wordt het kerato-acanthoom beschouwd als een PCC.

Plaveiselcelcarcinoom en kerato-acanthoom altijd doorverwijzen naar dermatoloog.

Casus 5

Casus 5

- Een vrouw van 33 jaar oud heeft een afspraak bij u gemaakt omdat ze een moedervlek heeft die ze niet vertrouwt.



Casus 5 – anamnese?

- Huidtype III
- De vrouw heeft geen familieleden met huidkanker.
- De moedervlek is de afgelopen weken niet veranderd, voor zover de vrouw weet.
- U bekijkt de moedervlek met behulp van dermatoscopie.
- U bekijkt naast deze moedervlek het hele lichaam.



Casus 5; vraag 12 – diagnose

Wat is volgens u de diagnose?

- a) atypische naevus
- b) normale naevus
- c) lentigo maligna
- d) melanoom



Casus 5; vraag 12 – diagnose

Wat is volgens u de diagnose?

- a) atypische naevus
- b) normale naevus
- c) lentigo maligna
- d) melanoom



Atypische/dysplastische naevus

- De atypische naevus wordt, hoewel benigne, gezien als marker van een verhoogd melanoomrisico.
- Aangevoerd is dat de aanwezigheid van vijf of meer atypische naevi het risico op een melanoom met een factor zes doet toenemen.
- Het risico dat uit een atypische naevus een melanoom ontstaat, is onbekend, maar wordt geacht dermate laag te zijn dat preventieve excisie van atypische naevi niet wordt aanbevolen. De meeste melanomen lijken de novo te ontstaan.
- Als bij histopathologisch onderzoek van een naevus atypie (dysplasie) vastgesteld wordt, spreekt men van een dysplastische naevus.
- Adviseer de patiënt de huid periodiek te inspecteren.



Lentigo maligna

- Lentigo maligna is een vroeg stadium van de huidkanker die melanoom heet.
- “Lentigo” verwijst naar de bruine vlek die je hierbij ziet en “maligna” betekent “kwaadaardig”.
- Verwijs een patiënt met lentigo maligna naar de dermatoloog.



Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

<https://www.huidarts.com/huidaandoeningen/lentigo-maligna-ziekte-van-dubreuilh/>

Afbeelding: dermatoloog Sprockel

Casus 6

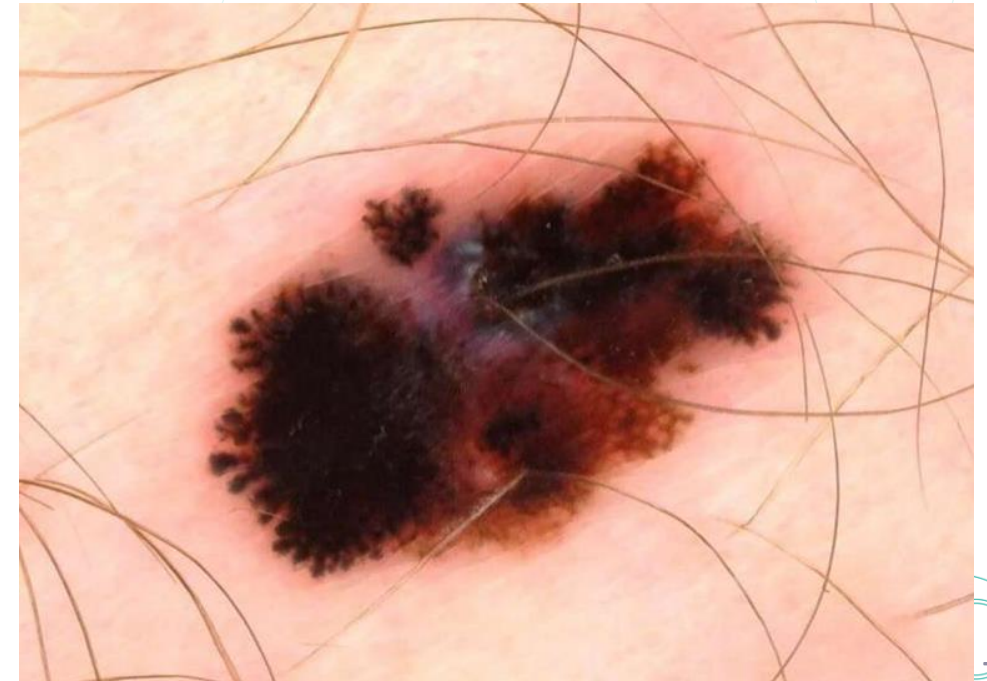
Casus 6

- Een vrouw van 42 jaar oud komt bij u op het spreekuur met een moedervlek die ze niet vertrouwt op haar arm.
- Ze heeft het idee dat de moedervlek veranderd is.
- Daarnaast jeukt de moedervlek.



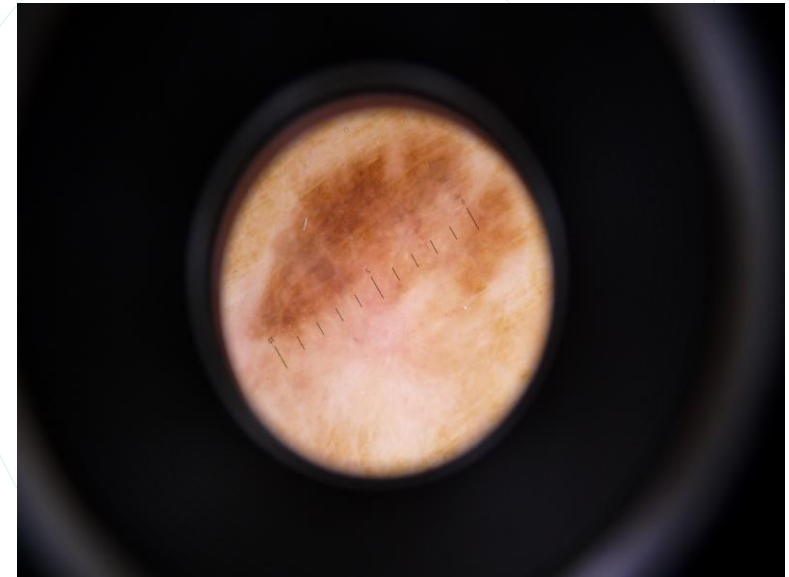
Casus 6 – anamnese?

- Huidtype I a II
- U ziet dat de vrouw veel moedervlekken op haar huid heeft.
- De moeder van de patiënt heeft ooit huidkanker gehad, maar de patiënt weet niet meer welke vorm.
- U bekijkt de moedervlek met behulp van dermatoscopie.



Casus 6 – diagnose

- Op basis van de anamnese en wat u ziet met de dermatoscoop, denkt u dat de moedervlek een melanoom is.



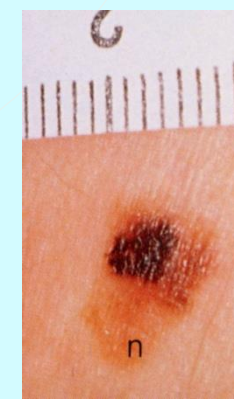
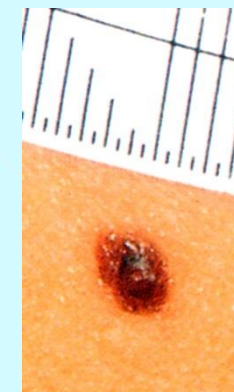
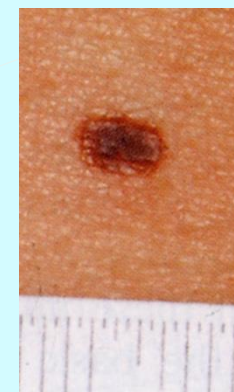
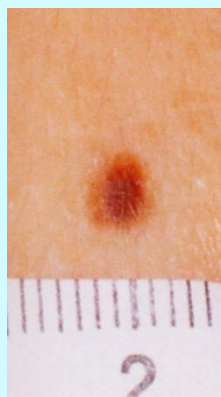
Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017
Afbeelding dermatoloog Sprockel

Vraag 13 – melanoom

Mag je een melanoom biotteren?

a) ja

b) nee



Melanoom

Kwaadaardige moedervlek, iedere leeftijdscategorie

4 vormen:

- superficieel spreidend melanoom
- nodulair melanoom
- lentigo-malignamelanoom
- acrolentigineus melanoom

Aanwijzingen voor een verhoogd risico:

- aanwezigheid van congenitale naevi met een diameter > 20 cm op volwassen leeftijd
- ≥ 100 moedervlekken
- ≥ 5 atypische naevi

Bij familiair melanoom/familiar atypical multiple mole melanoma syndrome is het risico op een melanoom sterk verhoogd ten gevolge van genmutaties → lifetime-risico loopt op tot 70%.



Melanoom – diagnose ABCDE- regel



Moedervlek: Symmetrie



Melanoom: A-symmetrie

A-symmetrie



Moedervlek: 1 of 2 egale kleuren



Melanoom: 3 of meer verschillende kleuren

C-kleur



Moedervlek: Regelmatige begrenzing



Melanoom: Grillige begrenzing

B-Begrenzing



Moedervlek: Meestal kleiner dan 0,5 cm



Melanoom: Meestal groter dan 0,6 cm

D-Diameter

E-Evolutie

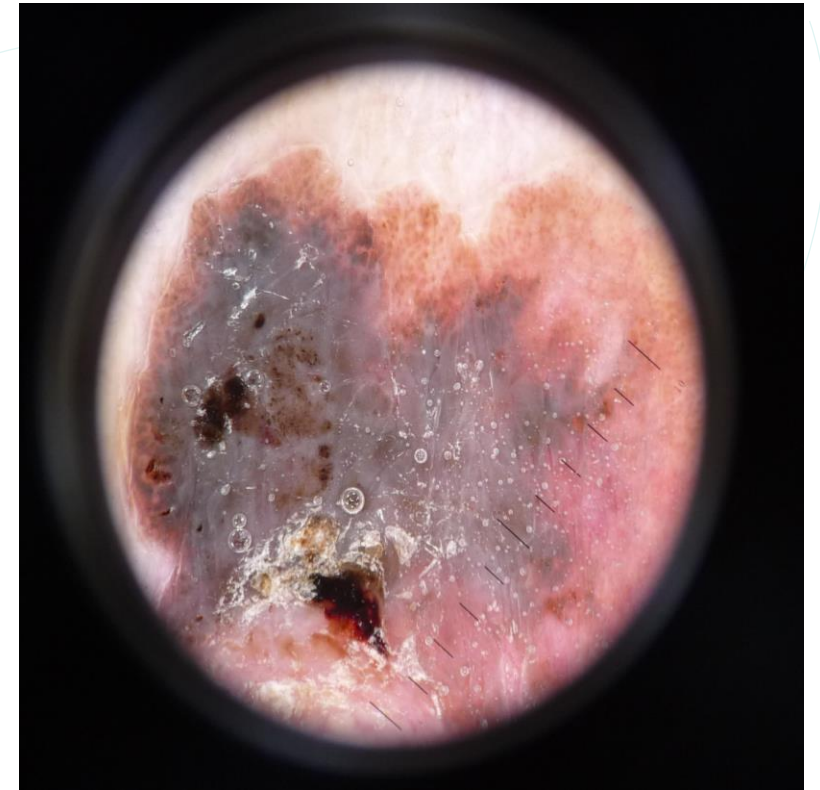
Bron: NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen 2017

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/melanoom/melanoom_startpagina.html

Afbeelding: <https://www.huidarts.com/huidaandoeningen/melanoom-herkennen/>

Melanoom – diagnose ugly duckling sign

- Bij een duidelijk verschil tussen de moedervlek en de overige moedervlekken bij dezelfde patiënt (positief ugly duckling sign) kan er sprake zijn van een melanoom.



Vervolg casus 6; vraag 14 – beleid

Wat is uw beleid?

- a) doorverwijzen
- b) zelf behandelen



Vervolg casus 6; vraag 14 – beleid

Wat is uw beleid?

- a) **doorverwijzen**
- b) zelf behandelen



Take to work message (1)

- ✓ Maak onderscheid tussen benigne en (pre)maligne huidafwijkingen.
- ✓ Verwijs naar de dermatoloog bij een (sterk vermoeden van een) hoogrisico basaalcelcarcinoom, hoogrisico morbus Bowen, plaveiselcelcarcinoom, kerato-acanthoom of melanoom.
- ✓ Maak in samenspraak met patiënten met een (vermoeden van een) actinische keratose of een basaalcelcarcinoom of de ziekte van Bowen, beide zonder hoogrisicokenmerken, de keuze tussen zelf behandelen of verwijzen.

Take to work message (2)

- ✓ Verricht histopathologisch onderzoek (in de vorm van een stansbiopt) voor de behandeling. Bij een sterk vermoeden van een actinische keratose of een atypische naevus volstaat een klinische diagnose.
- ✓ Inspecteer de volledige huid, omdat het bestaan van meerdere verdachte huidafwijkingen een reden kan zijn voor verwijzing naar de dermatoloog.
- ✓ Geef patiënten die in de huisartsenpraktijk worden behandeld instructie voor periodiek zelfonderzoek van de huid, met als doel recidieven en nieuwe uitingen van huidkanker tijdig te signaleren.

Vragen?



Dank voor uw aandacht

&

