



Opiniestuk van Joost Zaat: replek

K. Mosterd¹, N.A. Kukutsch², J.M. Muche³, Y.S. Elshot⁴, M.B. Crijns⁵, M. Tebbe⁶, M. Wakkee⁷

Veel dermatologen werden geprikkeld door de column die collega Joost Zaat op 19 februari 2021 schreef in de Volkskrant. We zijn dan ook verheugd dat hij bereid was om een versie van zijn betoog te publiceren in het Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie. Dit biedt ons de gelegenheid hierop te reageren.

Toegegeven, de meest provocerende stukken uit de oorspronkelijke column zijn in deze versie verdwenen. Zo hadden wij graag gereageerd op de tekst: "Als je zelf een raar plekje hebt, mail dan maar even een plaatje naar je huisdokter". Er is inmiddels namelijk wel wat ervaring met teledermatologie, waarbij overigens een (ervaren) huisarts de foto maakt en niet de patiënt zelf en de beoordeling wordt uitgevoerd door een dermatoloog. Studies naar teledermatologie zijn over het algemeen klein en heterogeen, maar suggereren dat met teledermatologie de meerderheid van maligne laesies correct kan worden geïdentificeerd. Toch ontbreekt er momenteel goed bewijs dat dit in de praktijk ook daadwerkelijk werkt en is er nood aan verdere pragmatische studies. [1] Op basis van de beschikbare bewijskracht wordt daarom in onze huidige richtlijnen teledermatologie bij een vermoeden op huidkanker afgeraden. [2-3] En hierbij gaat het dan nog om teledermatologie door een huisarts voor plekken waar de huisarts over twijfelt. Maar het is nog maar de vraag of het sturen van foto's naar de huisarts de triage wel zal verbeteren, want huisartsen vinden het herkennen van huidkanker zelf nog erg moeilijk met een sensitiviteit tussen de 38 tot 42,7%. [4-5] Een interessantere vraag zou zijn of we met het toepassen van teledermatologie misschien niet de beoordeling door de huisarts kunnen overslaan.

In zijn opiniestuk stelt collega Zaat zich de vraag of het missen van de kankerdiagnoses als gevolg van COVID-pandemie wel zo erg is. Hij noemt daarbij als voorbeeld dat het bij borstkanker vooral vrouwen met 'carcinoma in situ' en stadium-1-kanker zijn geweest die werden gemist en dat die, "zelfs als je daar niks aan doet, lang niet allemaal ontsporen". Dan volgt daarop de zin dat ook het aantal personen met een melanoom daalde en hier missen we toch wel enigszins de analogie. Want behalve dat we vooral niet moeten vergeten



Figuur 1. Patiënt van 43 jaar met een melanoom in de voorgeschiedenis waarbij tevens sprake van meer dan 100 melanocytaires naevi waarvan minimaal 5 klinisch atypisch.

dat er daadwerkelijk minder melanomen werden gediagnosticeerd, die helaas nog steeds een hele slechte prognose hebben, beschouwen we een in situ melanoom als een diagnose om snel te behandelen. Er is een duidelijk verschil met bijvoorbeeld een in situ plaveiselcelcarcinoom van de huid, waarbij we de maligne ontaarding meestal goed herkennen door klachten van snelle groei, ulceratie of bloeden. Metastasering treedt meestal pas in een vergevorderd stadium op en vooral locoregionaal. Een melanoma in situ kan zich echter onopvallend uitbreiden tot een invasief melanoom welke vervolgens tot metastasering kan overgaan terwijl hij klinisch nog nauwelijks te onderscheiden is van een melanoma in situ. Deze laten we dus zeker niet zomaar zitten!

Domeingroep Oncologie:

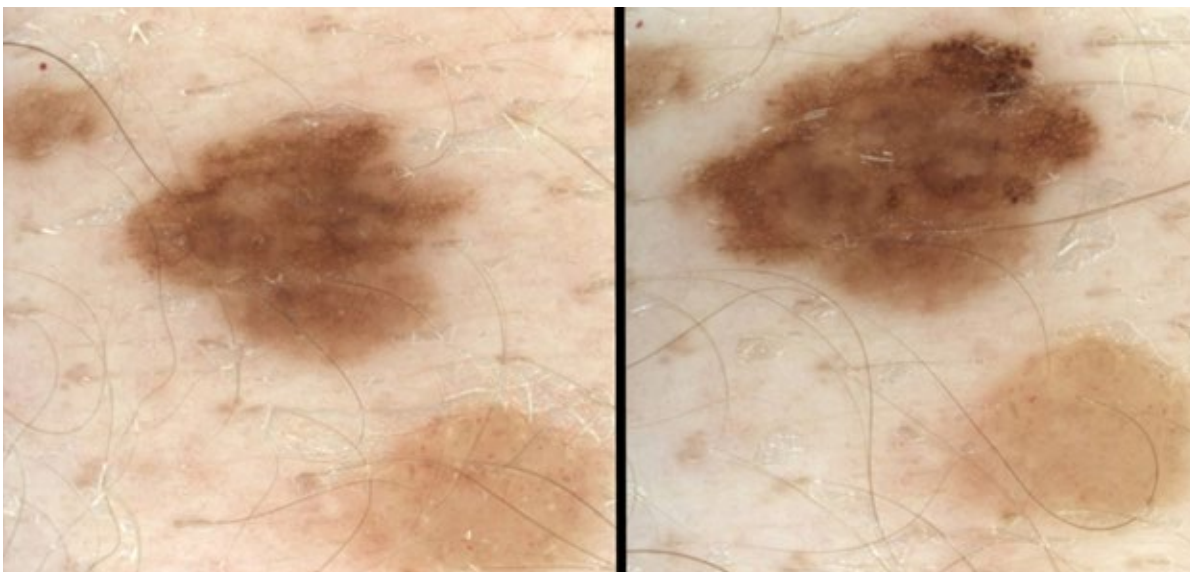
- ¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Maastricht UMC+, Maastricht
- ² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, LUMC, Leiden
- ³ Dermatoloog, Mohs Klinieken
- ⁴ Aios dermatologie, afdeling Dermatologie, Amsterdam UMC, Amsterdam / Arts-onderzoeker, afdeling Dermatologie, Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam
- ⁵ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam
- ⁶ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's Hertogenbosch
- ⁷ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC (Kanker Instituut), Rotterdam

Het is misschien enigszins begrijpelijk dat collega Zaat de ernst van deze zaak nog niet goed voor ogen heeft. Een huisarts ziet gemiddeld namelijk weinig melanomen. Een recente studie onder huisartsen toonde aan dat in de 3 jaar voorafgaand aan de studie 25% van een groep ondervraagde huisartsen geen enkel melanoom had gedetecteerd, 33% één enkel melanoom en 40% meer dan 2 melanomen. [6] Patiënten met gemetastaseerd melanoom zijn dan dus helemaal zeldzaam in de gemiddelde huisartsenpraktijk. We kunnen ons dus voorstellen dat er bij huisartsen nog geen alarmbellen gaan rinkelen. Helaas zien wij dermatologen wel de gevolgen van de toename en de ellende van deze agressieve maligniteit die vaak al op jonge leeftijd voorkomt.

In zijn derde alinea stelt Zaat dat screening op basaalcelcarcinoom nooit door de hoepels van Wilson en Junger kan worden gewurmd. Dat klopt. Bevolkingsonderzoek gericht op basaalcelcarcinoom zou belachelijk zijn. De motie en het pleidooi van de dermatologen is daar ook helemaal niet voor bedoeld. Het gaat ons om screening in hoog-risicogroepen. Naast overmatige zonblootstelling, zijn er persoonlijke risicofactoren die bijdragen aan het ontwikkelen van huidkanker. Op dit moment wordt alleen bij een hoog risico op melanoom een screeningsprogramma aangeboden: personen met meer dan 100 moedervlekken, 5 of meer klinisch atypische moedervlekken en patiënten met een familiair verhoogd risico op melanoom kunnen screening ondergaan. Natuurlijk krijgen de meeste patiënten gewoon goede instructie voor zelfonderzoek, tenminste als ze bij een dermatoloog bekend zijn. Met een gericht screeningsprogramma zouden meer mensen die *at risk* zijn, kunnen worden opgespoord. Vroege opsporing van melanomen is belangrijk omdat dunne melanomen een uitstekende prognose hebben, terwijl patiënten met een uitgezaaid melanoom ondanks nieuwe en zeer veelbelovende (immuno)therapieën, nog steeds een slechtere prognose hebben. [7]

Zaat ligt niet wakker van de stijgende huidkankerincidentie omdat de sterfte “maar” verdubbeld is. Hij stelt: ‘Dat kan twee dingen betekenen: de behandeling is beter geworden of dokters noemen een plekje vaker kanker. Het klopt allebei. Er zijn steeds meer stadium-IA-melanomen: 60% van alle melanomen in 2007 en >70% in 2017.’ Zoals zo vaak ligt de waarheid in het midden, er is een echte groei in aantal melanomen, betere vroegdiagnostiek en met de toegenomen aandacht ook overdiagnostiek. Dat ondanks de deels schijnbaar vijfvoudig gestegen aantallen in 30 jaar tijd de sterfte achterblijft (“maar” verdubbeld), is hoe dan ook toe te schrijven aan collega’s die er wel wakker van lagen. Dunne melanomen worden uiteindelijk dik. En afgezien van zeldzame spontane regressie of tussentijds overlijden aan iets anders, ga je daar uiteindelijk dood aan.

De afgelopen decennia hebben patiëntenverenigingen en de beroepsvereniging van dermatologen (NVDV) veel geïnvesteerd in informatie over huidkanker. Dat heeft ertoe geleid dat de meeste Nederlanders de risico’s van zonblootstelling kennen. Hetzelfde geldt voor de veranderende moedervlek. We weten dat een algemene bevolkingscreening op huidkanker waarschijnlijk geen meerwaarde heeft. Echter, het effect van screening op huidkanker in een hoog-risicopopulatie is onbekend. [8] Juist daarom willen we dat onderzoeken. Is het (kosten)effectief om mensen met een hoog risico op melanoom actief op te sporen en jaarlijks te screenen om vroegtijdige ontdekking te bevorderen en daarmee de prognose te verbeteren? En wat doen we bijvoorbeeld met de grote groep mensen met een actinische keratose, waarbij de helft van de mensen met uitgebreide actinische keratosen (>10) niet bij de huisarts bekend is maar waarvan binnen een jaar 7-15% ook huidkanker ontwikkelt? [9] En indien screening effectief is, hoe bereik je die mensen dan ook met je screeningsprogramma? Daarnaast is er de vraag of er in de Nederlandse bevolking andere hoog-risicogroepen zijn dan de



Figuur 2. Patiënt van figuur 1 met dermoscopische verandering van een naevus op zijn rug bij herbeoordeling na drie maanden. Histologie: pT1a superficiael spreidend melanoom (0.8mm zonder ulceratie).

reeds bekende, voor wie jaarlijkse screening effectief zou zijn. De door de Tweede Kamer aangenomen motie met de oproep om a) samen met de Stuurgroep Huidkankerzorg Nederland een voorstel te doen voor een effectieve voorlichtingscampagne en b) Gezondheidsraad om advies te vragen op welke wijze screening (kosten)effectief kan plaatsvinden, toont vooral aan dat de overheid werk maakt van gezondheidspreventie en de impact van huidkanker op de volksgezondheid onderkent.

De slotzinnen van collega Zaat “Voor een steeds kleinere winst moeten we steeds meer doen en vergeten we de nadelige effecten van zorg: toename aan ongerustheid, gezondheidsschade door bijwerkingen en hogere kosten” kloppen natuurlijk wel. Het is net als in het verkeer. De maximumsnelheid, de autogordel, de zijspiegel die de dode hoek afdekt bij vrachtwagens, de autolampen die altijd branden, meer veilige rotondes, verkeersdrempels, niet met alcohol achter het stuur, de gevarendriehoek, al die maatregelen hebben bijgedragen aan minder verkeersdoden. Elke preventieve maatregel droeg iets bij en ongetwijfeld werd de toegevoegde waarde van de laatst ingevoerde maatregelen steeds kleiner. Bij elke nieuwe maatregel moet je je natuurlijk afvragen: wat voegt die toe? Maar op voorhand preventie afwijzen, is niet openstaan voor de mogelijke gezondheidswinst. En vanzelfsprekend moet dat opwegen tegen de mogelijke nadelige effecten.

In conclusie, wij dermatologen schromen niet om “aan de veilige kant” te gaan zitten. En in ons geval betekent dat ook zeker niet “steeds meer doen voor een steeds kleinere winst”. De voornaamste reden waarom dermatologen gerichte screening willen onderzoeken, is juist om te kijken of we onze zorg gericht en efficiënter kunnen aanbieden. En dat betekent dus ook met meer onderbouwing laag-risicopatiënten, bijvoorbeeld de patiënten met enkele actinische keratosen, uit controles kunnen ontslaan. Wij zijn daarom blij dat er politici zijn die naar “de screeningslobby” van dermatologen luisteren. Dermatologen zijn namelijk verstandige dokters die prima zorg leveren en ernaar streven om die samen met de collega huisartsen nog beter te maken.

TREFWOORDEN

huidkanker - melanoom - screening - incidentie - teledermatologie

LITERATUUR

1. Chuchu N, Dinnes J, Takwoingi Y, et al. Teledermatology for diagnosing skin cancer in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Dec 4;12(12):CD013193.
2. Baaten GGG, Buis PAJ, Damen Z, de Haas ERM, van der Heide WK, Opstelten W, et al. NHG-Standaard: Verdachte huidafwijkingen (M108). NHG Versie 1.0 maart 2017. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/verdachte-huidafwijkingen>
3. Standpunt naar aanleiding van het vraagstuk Teledermoscopie – NVDV Website (2015-04-02) <https://nvdv.nl/professionals/nvdv/standpunten-en-leidraden/teledermoscopie-nv-vraagstuk-richtlijn>.
4. van Rijsingen MC, Vossen R, van Huystee BE, Gorgels WJ, Gerritsen MJ. Skin tumour surgery in primary care: do general practitioners need to improve their surgical skills? *Dermatology*. 2015;230(4):318-323.
5. Buis PA, Chorus RM, van Diest PJ. Value of histopathologic analysis of skin excisions by GPs. *Br J Gen Pract*. 2005 Jun;55(515):458-60.
6. Secker LJ, Buis PA, Bergman W, Kukutsch NA. Effect of a dermoscopy training course on the accuracy of primary care physicians in diagnosing pigmented lesions. *Acta Derm Venereol*. 2017 Feb 8;97(2):263-265.
7. Rozeman EA, Dekker TJA, Haanen JBAG, Blank CU. Advanced melanoma: current treatment options, biomarkers, and future perspectives. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Jun;19(3):303-317.
8. Ferris LK. Early detection of melanoma: rethinking the outcomes that matter. *JAMA Dermatol*. 2021 Mar 17.
9. Tokez S, Alblas M, Nijsten T, Pardo LM, Wakkee M. Predicting keratinocyte carcinoma in patients with actinic keratosis: development and internal validation of a multivariable risk-prediction model. *Br J Dermatol*. 2020 Sep;183(3):495-502.

CORRESPONDENTIEADRES

Klara Mosterd

E-mail: k.mosterd@mumc.nl