



Visiedocument dermatoscopie

N.A. Kukutsch¹, C.L.M. van Hees²

In het voorjaar van 2017 publiceerde de NVDV het *Visiedocument Preventie huidkanker* omtrent de taken en verantwoordelijkheden van dermatologen en huisartsen inzake de preventie van huidkanker. [1] De NVDV werkte vervolgens ook samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap om te komen tot de *NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen* die nauw aansluit bij het *Visiedocument Preventie huidkanker* alsmede diverse andere richtlijnen van de NVDV. [2] Via dat eerste visiedocument wilde de NVDV een duidelijk standpunt innemen en haar verantwoordelijkheid nemen voor goede oncologische zorg. Datzelfde geldt ook voor dit tweede visiedocument dat zich concentreert op dermatoscopie. Voor wie, en met welk doel, en onder welke voorwaarden en verantwoordelijkheden, is de dermatoscoop een zinvol instrument? De urgentie van die vraag komt mede naar voren doordat steeds meer zorgverleners en huidverzorgende professionals een rol in de huidzorg willen spelen.

HUIDKANKER

Het aantal gevallen van huidkanker neemt gestaag toe. Het Integraal Kankercentrum Nederland publiceerde begin februari 2017 de nieuwe cijfers over kanker in Nederland. [3] Huidkanker staat hoog en eenzaam aan de top van meest voorkomende kankers. Daarnaast neemt het aantal patiënten met de diagnose 'huidkanker' toe met ongeveer 5-9% per jaar, afhankelijk van het type huidkanker. Daarmee is huidkanker de snelste stijger van alle kankers. Binnen de groep huidkanker stijgt ook het aantal gevallen met een melanoom: van 1554 in 1990 naar 6.787 in 2016, ook steeg het aantal sterfgevallen van 348 in 1990 naar 825 in 2015. [4] In diverse publicaties in de afgelopen jaren werd dan ook gesproken over een 'tsunami aan huidkanker' die lastig te keren zou zijn. [4] Inmiddels leert de praktijk dat dermatologen de stijging van huidkanker wel degelijk aan kunnen.

Eind jaren twintig van de afgelopen eeuw begon de ontwikkeling van de dermatoscopie, waarbij men toen nog gebruikmaakte van een groot apparaat. Hoewel de ermee verkregen beelden fascinerend waren, was de toepasbaarheid voor de dagelijkse praktijk nihil. Nadat de eerste zakformaat dermatoscopen in de jaren negentig op de markt kwamen, begon dermatoscopie aan een grote vlucht in de klinische praktijk. [5] Het is een eenvoudige niet-invasieve techniek. Men kan dan een minstens 10 maal vergrotende contactlens, met of zonder gepolariseerd licht, tegen de huid houden om structuren tot in de bovenste laag van het stratum reticulare zichtbaar te maken die met het blote oog onzichtbaar zijn. In eerste instantie bedoeld als aanvullend hulpmiddel voor de diagnostiek van gepigmenteerde laesies, kreeg dermatoscopie een enorme boost door de toename van huidkanker.

DERMATOLOOG

De *NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen* bevestigt de rol van de dermatoloog als dé expert op het gebied van huidkanker.

De kerncompetenties van de dermatoloog willen we als volgt omschrijven: "De kracht van de dermatoloog is efficiënte diagnostiek en behandeling als orgaanspecialist; tijdens een vijfjarige opleiding krijgt hij/zij voortdurend directe feedback op het eigen handelen. Enerzijds door in groepsverband te werken onder voortdurende supervisie van ervaren dermatologen, anderzijds door de mogelijkheid om met grote regelmaat bijvoorbeeld via histologisch onderzoek terugkoppeling te krijgen op het eigen handelen. Een verbetercyclus die nooit ophoudt." [6]

Versillende onderzoeken, voornamelijk uitgevoerd in de dermatologische praktijk, laten zien dat de accuratesse van het diagnosticeren van gepigmenteerde laesies significant verbetert bij gebruik van een dermatoscoop. In een meta-analyse was de sensitiviteit die dermatologen bereikten op alleen klinisch beeld voor het diagnosticeren van een melanoom 71%, en 90% wanneer ze daarnaast gebruikmaken van dermatoscopie. [7]

Dermatoscopie is voor de dermatoloog een *hulpmiddel* in het diagnostisch proces dat stapsgewijs als volgt verloopt:

- de arts neemt de anamnese af;
- klinische inspectie van de huid in toto;
- klinische evaluatie van de individuele laesie (bijvoorbeeld via de ABCDE-regel);
- afhankelijk van deze evaluatie kan een dermatoscoop worden gebruikt;
- conclusie: geruststellen, follow up of excisie.

De gouden standaard bij de dermatoscopische beoordeling blijft de histologische diagnose, en in de leerperiode kan de histologische diagnose als retrospectieve feedback dienen voor de nauwkeurig genoteerde dermatoscopische diagnose. Inmiddels zijn dermatoloog en dermatoscoop met elkaar 'vergroeid' geraakt. Scholing in dermatoscopie is geïntegreerd in het cursorisch onderwijs van de aios dermatologie.

¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, LUMC, Leiden, namens de Domeingroep Oncologie en de Werkgroep Dermatoscopie

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam en bestuursvoorzitter NVDV

HUISARTS

De huisarts speelt een cruciale rol bij de vroegdiagnostiek van het melanoom: tenslotte is hij of zij in Nederland de poortwachter, en daarmee de eerste die uit de grote hoeveelheid aangeboden pigmentvlekken de verdachte exemplaren moet zien te halen. De meerderheid van de Nederlandse huisartsen die aan een dermatoscopie cursus hebben deelgenomen, geeft aan op het spreekuur geregeld patiënten met een zorgvraag over een pigmentvlek te zien. [8] Maar, uitgaande van 9500 huisartsen in Nederland, ziet een huisarts gemiddeld minder dan 1 melanoomgeval per jaar. Onderzoek in België laat zien dat de accuratesse van het opsporen van een melanoom proportioneel is aan het aantal melanomen dat de huisarts in de dagelijkse praktijk ziet. [9]

Om een gepigmenteerde laesie beter met het blote oog te kunnen beoordelen kan de huisarts volgens de *NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen* bij voorkeur gebruikmaken van de ABCDE-regel en het *ugly duckling sign*. [2] Ondanks deze hulpmiddelen zijn de sensitiviteit en specificiteit van een gemiddelde huisartsenblik voor verdachte laesies toch nog steeds aan de lage kant. [10]

Uit het beperkte aantal onderzoeken naar het gebruik van dermatoscopie door de huisarts kunnen we voorzichtig concluderen dat het aantal verwijzingen en excisies na toepassen van dermatoscopie zeer waarschijnlijk afneemt, omdat huisartsen zekerder worden in de diagnostiek van benigne laesies zoals verrucae seborrhoicae, angiomen, dermatofibromen en banale naevi. [11]

Zonder gestructureerde training neemt de diagnostische accuratesse echter af. De Nederlandse *Melanoomrichtlijn* uit 2012, (update uit 2016) adviseert het volgen van een formele dermatoscopietraining en het integreren van dermatoscopie in de diagnostische procedure van gepigmenteerde laesies. [12]

Dat is een absolute voorwaarde, ook om voldoende ervaring op te doen en te onderhouden. Voor huisartsen die veel gepigmenteerde laesies beoordelen zou dit ook kunnen gelden.

Bovenstaande overwegingen vormen de basis voor de stellingname in de NHG-Standaard: "Dermatoscopie kan bij deskundig gebruik helpen om benigne van maligne huidafwijkingen te onderscheiden. Gebruik van een dermatoscoop in de huisartspraktijk is facultatief. Voorwaarde is dat de huisarts voor het gebruik van de dermatoscoop geschoold is en in de dagelijkse praktijk voldoende ervaring kan opbouwen en onderhouden." [2]

De NVDV adviseert om de handen ineen te slaan in een werkgroep dermatoscopie om via een uniforme leermethode met meer structuur en uniformiteit te verkrijgen.



SAMENSPEL TUSSEN HUISARTS EN DERMATOLOOG

Bij huidproblemen komt allereerst de huisarts en daarna de dermatoloog in beeld. Huisarts en dermatoloog zijn immers elkaars natuurlijke samenwerkingspartners. Uitgangspunt is dat laagrisicopatiënten bij de huisarts blijven, met veel aandacht voor voorlichting over zelfinspectie en adviezen rond zonblootstelling. *Verwijzing* naar de dermatoloog is onder ander geïndiceerd bij bij een sterk vermoeden van een melanoom, plaveiselcelcarcinoom, hoogrisico basaalcelcarcinoom of M. Bowen.

Consultatie van een dermatoloog of patholoog is geïndiceerd bij twijfel of onduidelijkheid over een PA-uitslag.

Bij hoogrisicopatiënten (patiënten met immunosuppressieve geneesmiddelen, patiënten met bepaalde genetische predispositie, patiënten die eerder al een huidkanker hadden en degenen met reeds veel 'voorlopers' zoals actinische keratose of [atypische] naevi) luidt het advies aan de huisarts de patiënt voor controle door te sturen naar een dermatoloog. Na diagnostiek en mogelijke behandeling door de dermatoloog keert een groot deel van de patiënten terug onder de hoede van de huisarts. De hoogrisicopatiënten en degenen met veel huidkankers zullen onder de hoede van een dermatoloog blijven. [2]

In de praktijk blijkt dat de systematiek die gebruikt wordt voor de toepassing van dermatoscopie voor huisartsen binnen Nederland verschilt (*seven point checklist*, patroonanalyse, ABCD et cetera). Ook zien we dat in sommige scholingen voor huisartsen de nadruk wordt gelegd op het herkennen van verdachte laesies en in andere juist op benigne wordt gefocust. De NVDV adviseert om de handen ineen te slaan in een werkgroep dermatoscopie om via een uniforme leermethode meer structuur en uniformiteit te verkrijgen.

ANDERE BEROEPSGROEPEN

De NVDV blijft van mening dat het stellen van een medische diagnose voorbehouden blijft aan huisarts en medisch specialist. En daarmee ook het gebruik van een dermatoscoop.

Ook als de dermatoscoop je naar een benigne huidafwijking dirigeert, en je hebt het mis, kunnen de gevolgen fataal zijn.

Om die reden denkt de NVDV dat deskundige beroepsbeoefenaars als verpleegkundig specialisten en physician assistants—die op papier gerechtigd zijn een diagnose te stellen, bij voorkeur onder directe supervisie van een dermatoloog de dermatoscoop zouden moeten gebruiken.

Voor huidtherapeuten en schoonheidsspecialisten geldt het volgende: voor het stellen van een werkhypothese hebben die beroepsgroepen dit instrument niet nodig en is dat zelfs ongewenst (omdat de noodzakelijke klinische ervaring hiermee nooit kan worden opgebouwd én omdat zij niet de juridische tuchtrechtelijke eindverantwoordelijkheid dragen; zij zijn niet bekwaam en daarmee onbevoegd). De huidtherapeut geeft voorlichting omtrent huidmaligniteiten en draagt door bewustwording, verwijzing en nazorg bij aan de zorgverlening. De kracht van schoonheidsspecialisten ligt vooral in het geven van goede voorlichting over veilig zonnen en hoe je de huid het beste beschermt tegen de zon en welke huidverzorgende producten het beste passen bij welk huidtype.

Een correct gebruik van de dermatoscoop als diagnostisch hulpmiddel blijft voorbehouden aan een geschoolde en ervaren huisarts (facultatief, zoals de NHG-Standaard dat noemt) en de deskundige bij uitstek: de dermatoloog.

Met dank aan de leden van de Domeingroep Oncologie, de Werkgroep dermatoscopie van de NVDV en de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG voor hun waardevolle inbreng en commentaar op eerdere versies van dit document.

LITERATUUR

1. De Roos K-P, De Haas E. Visiedocument Preventie huidkanker. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2017;4:190-4.
2. Baaten GGG, Buis PAJ, Damen Z, et al. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. *Huisarts Wet* 2017;60:276-89.
3. <http://www.cijfersoverkanker.nl>
4. Nijsten TEC. *Huidkanker: zorg om de zorg*. Erasmus MC, Rotterdam 2012 [oratie].
5. Bergman W. *Dermatoscopie: een aanwinst voor de klinische beoordeling van gepigmenteerde afwijkingen*. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:1574-8.
6. De Roos K-P. 'De beste arts is toch de huidarts'. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2015;9:507-8.
7. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. *Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting*. *Br J Dermatol* 2008;159:669-76.
8. 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;97:263-5.
9. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert JM. *Diagnostic ability of general practitioners and dermatologists in discriminating pigmented skin lesions*. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:979-86.
10. Ahmadi K et al. *Current approach of skin lesions suspected of malignancy in general practice in the Netherlands: a quantitative overview*. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:236-41.
11. Secker L, Bergman W, Kukutsch N. *Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk 1*. *Huisarts Wet* 2017;1:38-41.
12. <http://oncoline.nl/melanoom>

CORRESPONDENTIEADRES

Nicole Kukutsch

E-mail: n.a.kukutsch@lumc.nl