

Bronnen: werkafspraak MCC Klik, richtlijn Melanoom van de huid (2005), richtlijn basaalcelcarcinoom (2007), richtlijn plaveiselcelcarcinoom (2010) Werkgroep: W.A. Riemersma, G. Spijker, J.A. Nikkels, J. de Vries

Maart 2012

INLEIDING

- Geadviseerd wordt bij excisie van huidafwijkingen deze in principe altijd in te sturen voor Pathologisch Anatomisch onderzoek (PA)
- Het bioteren uit niet solide tumoren (bv. inflammatoire dermatosen, dermatitis etc.) in de eerste lijn levert vooralsnog geen meerwaarde op en wordt om meerdere redenen ontraden.

INSCHATTING BENIGNE DANWEL NIET ZEKER BENIGNE/SUSPECT MALIGNIE LAESIES

Alvorens eventueel over te gaan tot het afnemen van materiaal voor PA diagnostiek dient eerst een differentiaal diagnose opgesteld te worden, waarbij met name gekeken moet worden of het gaat om een benigne danwel niet zeker benigne/suspect maligne laesie. Voor ongepigmenteerde laesies geschiedt dit op basis van anamnese en de klassieke efflorescentieleer.

Voor gepigmenteerde laesies wordt de AABCDE regel gebruikt (1punt per letter):

AABCDE regel

A.	Anamnese: jeuken, prikken, steken, bloeden, verandering van omvang of kleur.
A.	Asymmetrie
B.	Onscherpe begrenzing
C.	Meerkleurig
D.	Diameter > 0.5 cm
E.	Erythemateuze hof
Score 0, 1 en 2	Benigne
Score ≥ 3	Niet zeker benigne/suspect maligne

Zo komt men tot de volgende indeling huidtumoren:

- I. Ongepigmenteerd, klinisch benigne
- II. Ongepigmenteerd, kinisch niet zeker benigne/suspect maligne
- III. Gepigmenteerd, klinisch benigne
- IV. Gepigmenteerd, Klinisch niet zeker benigne/suspect maligne

I. ONGEPIGMENTEERD, KLINISCH BENIGNE

Voorbeelden en Beleid

Voorbeelden

Commentaar

(getromboseerd) hemangioom, verruca seborrhoeica, dermatofibroom, atheroomcyste, fibroma pendulans en lipoom.

Beleid

In principe géén behandeling. Indien toch gewenst wegens bijvoorbeeld cosmetische of mechanische bezwaren dan ook insturen voor PA.

Ad atheroomcyste

Indien verwijderd: maak de cyste altijd open om te verifiëren of het een atheroomcyste is. Bij twijfel opsturen! In ieder geval goed documenteren.

Ad fibroma pendulans

Bij met name de kleintjes is na verwijdering niet altijd PA onderzoek nodig. Wel documenteren. Bij verwijdering PA onderzoek. Vermeld of deze gekapseld of ongekapseld was. Dat is bij PA onderzoek niet goed vast te stellen.

Ad lipoom

Ongekapselde lipomen kunnen recidiveren.

II. ONGEPIGMENTEERD, KLINISCH NIET ZEKER BENIGNE / SUSPECT MALIGNIE

Voorbeelden, beleid

Voorbeelden

Commentaar

Basaalcelcarcinoom (bcc), plaveiselcelcarcinoom (pcc), morbus Bowen, keratoacanthoom, actinische keratose

Beleid

1. Verwijzing naar dermatoloog óf
 2. Nemen van stansbipt (3mm) uit het meest suspecte deel van de laesie pro diagnosi en bij gebleken maligniteit verwijzen naar dermatoloog óf
 3. Excisie door huisarts zelf mits primair sluiten mogelijk is. Bij excisie dienen de volgende marges aangehouden te worden:
Verdenking op bcc ≤ 1cm: marge 3 mm
Verdenking op bcc > 1 cm: marge 5 mm
Verdenking op pcc ≤ 2 cm: marge 5 mm
Verdenking op pcc > 2 cm: marge 10mm
- Bij gebleken maligniteit - zowel bij radicaal verwijderde als bij irradicaal verwijderde laesies – patiënt altijd verwijzen naar dermatoloog. Altijd PA-verslag meesturen.

Opmerking

- Voor welk beleid (1, 2 of 3) wordt gekozen is afhankelijk van kennis, kunde, ervaring en de "snijdende instelling" van de huisarts.
- Er dient rekening gehouden te worden met de mogelijkheid van photodynamische therapie (PDT) voor o.a. superficiële bcc's en M Bowen. Cosmetisch resultaat van PDT is superieur aan chirurgische excisie.

- Wat betreft actinische keratosen:

- * Is een premaligne afwijking, kan namelijk transformeren in pcc. Behandeling is dus aangewezen
- * Bij klinische twijfel over de differentiaal diagnose actinische keratose of pcc is een bipt met voldoende diepte noodzakelijk. Bij kleine laesies (< 0.5 cm) eventueel excisie.
- * indien er sprake is van enkele solitaire actische keratosen heeft cryotherapie de voorkeur. In geval van hyperkeratotische laesies kan worden gekozen voor curettage of shave excisie. Al of niet verwijzen naar dermatoloog afhankelijk van kennis, kunde en ervaring van de huisarts.
- * In geval van meerdere afwijkingen over een groot huidareaal ("photo-induced field carcinogenesis") dient patiënt verwezen te worden naar de dermatoloog (opties PDT, efixid, aldera).

III. GEPIGMENTEERD, KLINISCH BENIGNE

Voorbeelden en Beleid

Voorbeelden

Beleid

Commentaar

lentigo benigna, naevus naevocellularis.
In principe géén behandeling. Indien toch gewenst wegens bijvoorbeeld cosmetische of mechanische bezwaren dan ook insturen voor PA.

IV. GEPIGMENTEERD, KLINISCH NIET ZEKER BENIGNE / SUSPECT MALIGNE

Voorbeeld, beleid

Voorbeeld

Beleid

Commentaar

melanoom.
In principe verwijzen naar dermatoloog.
Bij eventuele excisie een marge van 2 mm aanhouden en snede in lengterichting van de lymfebanen. Op de extremiteiten betekent dit dus een excisie met grootste lengte as in de lengterichting van de extremiteit. Bij gebleken melanoom - zowel bij radicaal verwijderde als bij irradicaal verwijderde laesies – patiënt altijd verwijzen naar dermatoloog.

Opmerking

Bij gepigmenteerde laesies geen stansbiopt in verband met de theoretische kans op versleping van maligne cellen en de vrij grote kans dat in het gebiopteerde deel de Breslow-dikte en mitose-index afwijken van die in de rest van de laesie. Beide zijn van groot belang voor het vaststellen van de prognose en het verdere behandeltraject. Verder is een laesie waarin reeds gebiopteerd is sterk verminderd beoordeelbaar voor de patholoog.

MATERIAAL EN METHODEN

Stansbiopt

Verkrijgbaar o.a. in de maten 3, 4 en 6 mm.

Methoden

Zie demonstratie via:
http://www.youtube.com/watch?v=HxQo_QNj9Pw
Noot: het eruit liften met naald kan soms lastig zijn. Voorzichtig (!) oppakken, dus niet knijpen, van het biopt met een chirurgisch pincet is ook toegestaan

Verzamelpotje voor PA

Verschillende maten, voorkeur heeft de lage met wat bredere opening (firma Fresenius Kabi). Hier valt meer weefsel in te verzamelen dan in de hoge smalle (firma Added Farma)
