



## Transmurale werkafpraak: Huidtumoren

*Deze werkafpraak is samengesteld door en namens dermatologen WZA en huisartsen regio Assen e.o.  
Deelnemers werkgroep: Marieke Buist (huisarts), Wim Venema (dermatoloog)*

### Aanbeveling

- 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
- We trachten zoveel mogelijk te werken vanuit het groene vlaggen principe
- Afwijkingen in het gezicht, in het bijzonder de 'H zone' altijd verwijzen naar dermatoloog

### Inschatting benigne dan wel niet zeker benigne/suspect maligne laesies

Alvorens 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 dan wel niet zeker benigne/suspect maligne laesie.

Voor niet gepigmenteerde laesies geschiedt dit op basis van anamnese en de klassieke efflorescentieleer.

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

#### AABCDE regel

<b>A</b>	Anamnese: jeuken, prikken, steken, bloeden, verandering van omvang of kleur
<b>A</b>	Asymmetrie
<b>B</b>	Onscherpe begrenzing
<b>C</b>	Meerkleurig.
<b>D</b>	Diameter > ½ cm.
<b>E</b>	Erythemateuse hof
<b>Score 0,1 en 2</b>	Benigne
<b>Score ≥ 3</b>	Niet zeker benigne/suspect maligne

#### Indeling huidtumoren

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



IV. Gepigmenteerd, klinisch niet zeker benigne/suspect maligne

**I ONGEPIGMENTEERD, KLINISCH BENIGNE**

**Voorbeelden :**

(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.

**Ad lipoom**

Bij verwijdering PA onderzoek. Vermeld of deze gekapseld of ongekapseld was. Dat is bij PA onderzoek niet goed vast te stellen. Ongekapselde lipomen kunnen recidiveren.

**Ad verruca seborrhoeica**

PA niet nodig mits klinisch klassiek beeld van verruca seborrhoeica

**II ONGEPIGMENTEERD, KLINISCH NIET ZEKER BENIGNE / SUSPECT MALIGNE**

**Voorbeelden:**

Basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom, actinische keratose, morbus Bowen, keratoacanthoom, huidadnextumoren.

**Beleid:**

1. Verwijzing naar dermatoloog of,
2. Nemen van stansbiopt (3mm) uit het meest suspecte deel van de laesie pro diagnosi en bij gebleken maligniteit verwijzen naar de dermatoloog of
3. Excisie door huisarts zelf mits primair sluiten mogelijk is. Bij excisie dienen de volgende marges aangehouden te worden:
  - Verdenking op bcc  $\leq$  1cm: marge 3 mm
  - Verdenking op bcc  $>$  1 cm: marge 5 mm
  - Verdenking op pcc  $\leq$  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. Uitzondering bij laag risico BCC



### **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 biopsie met voldoende diepte noodzakelijk. Bij kleine laesies (< 0.5 cm) eventueel excisie.
- indien er sprake is van enkele solitaire actinische 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.
- Bij laaggradige actinische ceratose in een gebied zonder aanwijzingen voor maligniteit is behandeling met efudix in de eerstelijns een goede optie. (2 keer daags gedurende 3 tot 4 weken)
- In geval van meerdere afwijkingen over een groot huidareaal (“photo-induced field carcinogenesis”) dient patiënt verwezen te worden naar de dermatoloog (opties PDT, Aldara).

### **III. GEPIGMENTEERD, KLINISCH BENIGNE**

#### **Voorbeelden:**

lentigo benigna, naevus naevocellularis.

#### **Beleid:**

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:**

Melanoom

#### **Beleid:**

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 bij voorkeur geen stansbipt 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. Bij een bipt is histologische correlatie. 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**

##### **Stansbipt**

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

##### **Methoden**

Zie demonstratie via: [http://www.youtube.com/watch?v=HxQo\\_QNj9Pw](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 bipt met een chirurgisch pincet is ook toegestaan

##### **Verzamelpotje voor PA**

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

#### **BRON**

- Richtlijn melanoom van de huid ([richtlijnen database](#))
- Richtlijn basaalcelcarcinoom ([richtlijnen database](#))
- Richtlijn plaveiselcelcarcinoom ([richtlijnen database](#))
- Werkafpraak Treant/MCC klik