

Melanomen in de praktijk

Duygu Demir - Amanda May Dias Lins

Utrecht, Juni 2008

Het is bijna onontkoombaar dat er in de toekomst een sterke expansie in de zorgvraag in verband met huidkanker zal komen. De stijging wordt geschat te verdrievoudigen waardoor dit een steeds groter deel van de tijd zal innemen bij consulten in de huisartsenpraktijk.¹ Naar schatting zal in het jaar 2015 de preventieve zorg toenemen, van drie tot zes consulten per week in 2004, tot twee tot vijf consulten per werkdag. Zoals uit onderzoek blijkt kunnen de huisartsen en dermatologen deze toenemende zorgvraag (met name preventieve zorg) waarschijnlijk niet meer aan. Hierdoor zal er nu en in de toekomst meer aandacht moeten worden besteed aan preventie- en voorlichtingscampagnes.² Daarnaast is een breder takenpakket voor de huidtherapeut wellicht een oplossing om, als meest direct ondersteunende beroepsgroep, te helpen deze situatie voor medici het hoofd te kunnen bieden.

Stijgende incidentie

De zorgvraag met betrekking tot kwaadaardige huidaandoeningen en melanoom in het bijzonder, zal de komende jaren verder toenemen. Hierdoor neemt ook de behoefte aan zorgverleners toe. Binnen enkele jaren zullen huisartsen en dermatologen vermoedelijk niet meer kunnen voldoen aan deze vraag, zo blijkt uit onderzoek van KWF (2004). Om de toenemende zorgvraag en de als maar toenemende incidentie tegemoet te komen, zal er een verschuiving plaats moeten vinden in takenverdeling van zorgverleners wat betreft herkenning en verstrekking van preventieve adviezen of zal aanvulling vanuit de paramedische hoek moeten komen.³ Hierbij ontstaat de vraag, 'op welke wijze kan de huidtherapeut een rol spelen en deze zorgvraag helpen opvangen'. De huidtherapeut kan zich door een nauwere samenwerking met dermatologen inzetten voor deze zorg, door gepigmenteerde huidaandoening in een vroegtijdig stadium te herkennen, advies te geven en door te verwijzen. Aangezien de prognose op genezing bij vroegtijdige behandeling van melanomen zeer goed is, is het van essentieel belang dat patiënten en de zorgverlener dit in een vroeg stadium herkent. Gezien de snelle metastase van melanoom en de grote consequenties van een te late herkenning, zijn oplettendheid en bedachtzaamheid voortdurend geboden. Voor vroege herkenning van een verdachte gepigmenteerde huidaandoening moet de

huidtherapeut over voldoende theoretische en praktische ervaring beschikken. Hiervoor zijn diverse methoden van herkenning ontwikkeld. Deze methoden worden met name door dermatologen gebruikt, maar zouden in de huidtherapeutische praktijk toegepast kunnen worden na verdieping van de kennis en de beschikbaarheid van de juiste apparatuur. Het is niet de taak van een huidtherapeut om diagnoses te stellen, wel kan zij zich inzetten door vroegtijdig en correct te signaleren.

Toenemende zorgvraag tegemoet komen

Er bestaan reeds enkele toepassingen om de kloof tussen vraag en aanbod te minimaliseren:^{3,5} Zo komen enkele dermatologen met een eigen aanpak⁴ door omscholing van personeel. Er wordt vaker een beroep gedaan op een huidtherapeut, al dan niet in een praktijk, voor preventieve zorg door middel van demonstratie- of voorlichtingsmateriaal. Daarnaast kan met name de huidtherapeut als hulpkracht in polikliniek 'gepigmenteerde huidaandoening' ingezet worden. Met de aanvulling van onderzoek⁶ naar zelfscreening voor huidkanker, waarbij een zeer hoge sensitiviteit en specificiteit behaald werd, is het denkbaar dat huidtherapeuten met een zekere professie op het vakgebied zelfs een toegevoegde waarde kunnen betekenen, door patiënten te trainen waarop ze moeten letten bij zelf diagnostiek. Echter vanwege de zeer variabele validiteit van zelfscreeningssysteems, is het van belang om

paramedici zoals huidtherapeuten intensiever te betrekken als schakel tussen huisartsen en dermatologen of bij verwijzen van patiënten met een mogelijke huidkanker.⁷

Methoden van onderzoek door huidtherapeut

Artikel 34 van de wet BIG, geeft de uitgangspunten aan waarbinnen een huidtherapeut kan en mag opereren. Specifieke beschrijving van richtlijnen/protocollen voor gepigmenteerde huidaandoeningen zijn niet beschikbaar.

Zodra de huidtherapeut competent genoeg wordt geacht om deel te nemen aan dit soort preventieve zorg en onderzoek en dit past binnen het wettelijke kader, dan rest de vraag welke methoden van onderzoek het best toepasbaar is, om melanomen vroegtijdig te signaleren.

ABCDE blijkt goed toepasbaar maar niet alle typen melanomen worden gevonden

De ABCD (E) geeft de huidtherapeut de mogelijkheid om door onderzoek middels enkele criteria een melanoom van bijvoorbeeld een moedervlek te onderscheiden. De methode leent zich echter door de eenvoud beter voor zelfscreening door patiënten.

Dermatoscopie bevordert de klinische accuratesse aanzienlijk

De dermatoscoop biedt de mogelijkheid tot een gedetailleerde inspectie van de huid.⁹

De differentiatie tussen goedaardige en kwaadaardige melanocytair huidaandoeningen verbetert beduidend in vergelijking met analyse met het blote oog.¹⁰ Echter de nauwkeurigheid van het gebruik van dermatoscopie hangt in grote mate af van de training van de zorgverlener en het opdoen van ervaring. Het advies is derhalve om dermatoscopie pas na een grondige training van de klinische herkenning in de praktijk te implementeren.¹¹

Door middel van de 7-punts checklist worden er minder melanomen gemist

Tenslotte is er de 7-punts checklist, die in Engeland reeds wordt toepast.

De '7-punts checklist', behaalt een hogere sensitiviteit dan de ABCD (E)-methode.

Belangrijk is de conclusie uit onderzoek waarbij een hoge sensitiviteit werd behaald nadat non-experts een webgebaseerde training hadden gevolgd. Er worden minder melanomen gemist

door middel van de 7-punts checklist, zeker in combinatie met de dermatoscoop. Deze methode zou kunnen worden gebruikt om de non-experts te onderwijzen in dermatoscopisch gebruik bij melanoom herkenning¹².

Literatuuronderzoek ten opzichte van praktijkonderzoek

In het literatuuronderzoek komen twee methoden van onderzoek naar voren die het meest betrouwbaar en tevens best toepasbaar zijn: het gebruik van de dermatoscoop als los instrument en de 7-punts checklist in combinatie met de dermatoscoop.

Resultaten uit het praktijkonderzoek tonen aan dat 45% van de huidtherapeuten de dermatoscoop het best toepasbaar achten in de huidtherapiepraktijk. De dermatoscoop schept vertrouwen voor een accurate analyse.

Daarbij gaven 75% van de huidtherapeuten aan dat zij grote behoefte hebben in een training voor adequaat gebruik.

Verder waarderen de huidtherapeuten de dermatoscoop in combinatie met de 7-punts checklist als tweede plaats voor bruikbare methoden van onderzoek, 20% geeft aan deze combinatie ook goed toepasbaar is in de praktijk.

Conclusie

Zowel uit literatuuronderzoek als uit de resultaten van het praktijkonderzoek komen vergelijkbare bevindingen. De huidtherapeuten zien de ernst van hun rol als zorgverlener op het gebied van huidkankerzorg erg serieus, want ook van recente methoden van herkenning, zijn de huidtherapeuten op de hoogte en door toepassing van zowel de dermatoscoop en de 7-punts checklist zien ze de melanomen vol vertrouwen in de praktijk.

Dit toont aan dat huidtherapeuten met eigen opgedane en aangevulde adequate kennis en scholing in het zorgaanbod, de multi-disciplinaire samenwerking kunnen stimuleren en expertise hebben en kunnen verbeteren om de complexe en stijgende zorgvraag mee op te vangen.

Bronnen

1. Vries, E. de (2006). Huidkanker samengevat. *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Gevonden op 1 mei 2009, op <http://www.nationaalkompas.nl>
2. KWF Kankerbestrijding. (2004). Kanker in Nederland; Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. *Signaleringscommissie Kanker*.
3. KWF - Vereniging van Integrale Kankercentra, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004
4. Jagtman, E. (2008). Een olievlek van vlekjes, Gevarieerde aanpak voor het groeiende aantal huidkankerpatiënten. *Medisch Contact*, 63, nr. 44, 1804-1807.
5. Geller, A.C., Venna, S., Prout, M.N., Miller D.R., Demierre, M.F. & Gilchrest B.A. (2002). Should the skin cancer examination be added to the medical school curriculum? *Archives of Dermatology*, 138, 1201-1203
6. & Federman, D.G. & Kirsner, R.S. (2002). The Patient with Skin Disease: An Approach for Nondermatologists, 48 (6), 22-28.
7. & Johnson, M.L. (1994). On teaching dermatology to nondermatologists. *Archives Dermatology*, 130, 850-852.
8. & Wills, M. (2002). Skin Cancer Screening. *Department of Physical Therapy*, 82, 1232-1237.
9. & Goldsmith, L.A., Koh, H.K., Bewerse, B.A., Reilley, B., Wyatt, S., & Bergfeld, W., et al. (1996). Proceedings from the national conference to develop a national skin cancer. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 35, 748-756.
10. 6. Oliveria, S.A., Chau, D., Paul, J., Christos, Carlos, A., & Charles, A. I. et al. (2004). Diagnostic accuracy of patients in performing skin self-examination and the impact of photography. *Archives of Dermatology*, 140, 57-62.
11. & Weinstock, M.A., (2000). Early detection of melanoma. *Journal of the American Medical Association*, 284, 886-889.
12. & Miller, D.R., Geller, A.C., Wyatt, S.W., Halpern, A., Howell, J.B., & Cockerell, C. et al. (1996). Melanoma awareness and selfexamination practices: results of a United States survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 962-970.
13. & Berwick, M., Begg, C.B., Fine, J., Roush, G.C., & Barnhill, R.L. (1996). Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination. *Journal of the National Cancer Institute*, 88, 17-23.
14. 7. Michael, E., Ming, Levy, R., Hoffstad, O., Phillip, J., Abrams, B.B., Fernández, C. & Margolis, D.J. (2004). The lack of relationship between atopic dermatitis and nonmelanoma skin cancers. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 50, 3, 357-362.
15. 8. Lorentzen, H., Weismann, K., Secher, L., Petersen, C.S., & Larsen, F.G. (1999) The dermatoscopic ABCD rule does not improve diagnostic accuracy of malignant melanoma. *Acta Dermato Venereologica*, 79, 469-72.
16. 9. Argenziano, G., Soyer, H.P., Chimenti, S., Talamini, R., Corona, R., & Sera, F. et al. (2003). Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 48, 679-693.
17. 10. Menzies, S.W., Ingvar, C., & McCarthy W.H. (1999). A sensitivity and specificity analysis of the surface microscopy features of invasive melanoma. *Melanoma Research*, 6, 55-62
18. & Baifounta, M.L., Beauchet, A., Aegerter, P., & Daiag, P. (2001). Is dermatoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? *Archives of Dermatology*, 137, 1342- 1350
19. & Bergman, W. (2002). Dermatoscopie: een aanwinst voor de klinische beoordeling van gepigmenteerde afwijkingen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 146:1574-8
20. 11. Kittler, H., Pehamberger, H., Wolff, K. & Binder, M. (2002). Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncology*, 3, 159-65
21. & Binder, M., Kittler, H., Steiner, A., Dawid, M., Pehamberger, H. & Wolff, et al. (1999). Reevaluation of the ABCD rule for epiluminescence microscopy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 40, 171-176.
22. & Binder, M., Schwarz, M., Winkler, A., Steiner, A., Kaider, A., Wolf, K. & Pehamberger, H. et al. (1995). Epiluminescence microscopy. A useful tool for the diagnosis of pigmented skin lesions for formally trained dermatologists. *Archives of Dermatology*, 131, 286-291
23. 12. Argenziano, G., Zalaudrk, I., & Soyer, H.P. (2004). Which is the most reliable method for teaching dermoscopy for melanoma diagnosis to residents in dermatology. & Pagnanelli, G., Soyer, HP., Argenziano, G. et al. (2003). Diagnosis of pigmented skin lesions by dermoscopy: web-based training improves diagnostic performance of non-experts. *British Journal Dermatology*, 148, 698-702.
24. & Argenziano, G., Zalaudrk, I., & Soyer, H.P. (2004). British Association of Dermatologists. *British Journal of Dermatology*, 506-525.