



Vroege opsporing van **huidkanker:** de huisarts, als eerstelijnsarts, speelt een cruciale rol

Dr. Evelyne Harkemanne

Dienst dermatologie, Cliniques universitaires Saint-Luc, Brussel

Huidkanker is de frequentste kanker in België en de incidentie ervan stijgt gestaag. 20% van de Belgen krijgt voor de leeftijd van 75 jaar huidkanker. Tegen die achtergrond is een vroege opsporing van huidkanker van het allergrootste belang om de morbiditeit en de sterfte aan huidkanker te verlagen. Aangezien de dermatologen alleen niet meer bij machte zijn om huidkanker op te sporen, speelt de huisarts als eerstelijnsarts nu een belangrijke rol, zowel bij de primaire preventie als bij de opsporing en de behandeling van huidkanker. Om die uitdaging aan te gaan, voeren steeds meer huisartsen een dermatoscopie uit in hun klinische praktijk. Een dermatoscopie wordt uitgevoerd met een draagbaar vergrootglas, een dermatoscoop, waarmee men de diepe structuren van tumoren, die met het blote oog niet te zien zijn, kan observeren. Die geven vaak veel informatie over het goed- of kwaadaardige karakter van de tumor en zijn belangrijk bij het nemen van een beslissing over de behandeling. In veel Europese landen is aangetoond dat dermatoscopie nuttig is voor opsporing van huidkanker in de eerstelijnszorg, als de arts een opleiding ad hoc heeft gekregen. Men moet immers de dermatoscopische tekenen van de diverse huidtumoren leren, en op grond daarvan kan men een vroege diagnose stellen.

Take-home messages

- 20% van de Belgen krijgt huidkanker voor de leeftijd van 75 jaar.
- De primaire preventie bestaat uit bescherming tegen de zon vanaf zeer jonge leeftijd.
- De huisarts speelt een belangrijke rol bij de detectie van huidkanker in een vroeg stadium.
- Dermatoscopie is waardevol bij de opsporing van huidkanker.
- Een specifieke opleiding is noodzakelijk.
- Er bestaan dermatoscopische algoritmes om selectief verdachte tumoren op te sporen in de huisartsgeneeskunde.
- Opportunistische screening in de algemene bevolking is mogelijk tijdens een dermatoscopisch onderzoek van het hele lichaam in de praktijk van de huisarts.

Behandeling van huidkanker: zeer belangrijk voor de volksgezondheid

Huidkanker is de frequentste kanker in de Belgische bevolking en is goed voor 40% van alle kankers (1). Het basalecelcarcinoom is de frequentste huidkanker. Het spinocellulair carcinoom komt viermaal minder vaak voor, maar kan metastaseren en is dus ernstiger. Op de derde plaats staat het melanoom, de agressiefste huidkanker, zeker als de diagnose in een gevorderd stadium wordt gesteld (hogere sterfte en stijging van de incidentie met 130% in 15 jaar) (1). Het melanoom is de op 3 na frequentste kanker bij vrouwen en de op 5 na frequentste kanker bij mannen in België (2).

Een vroege detectie van huidkanker en vooral van een melanoom is zeer belangrijk voor de volksgezondheid, omdat men daardoor de morbiditeit en de sterfte kan verlagen (3). Als een melanoom wordt gediagnosticeerd in een vroeg stadium, bestaat de behandeling uit een gewone chirurgische excisie en is de overleving uitstekend (4). Als de diagnose wordt gesteld in een gevorderd stadium, is de behandeling complexer en is de overleving veel slechter, gezien de frequente metastasering. Daarom zijn in Europa tal van preventiecampagnes gelanceerd om de bevolking bewust te maken van de risico's van blootstelling aan de zon (5). Dat heeft geleid tot een sterke stijging van het aantal consultaties wegens verdachte huidletsels, ook in de eerstelijns geneeskunde. Gezien de demografische evolutie van de dermatologen (er zijn te weinig dermatologen voor de groeiende Belgische bevolking), zijn de dermatologen alleen niet meer bij machte om de opsporing van huidkanker verzekeren.

De huisarts speelt dan ook een essentiële rol bij de opsporing van huidkanker (6, 7). Huisartsen worden alsmaar vaker geraadpleegd wegens een verdacht huidletsel en moeten dan proberen uit te maken of het gaat om een kwaadaardig dan wel goedaardig letsel. Is het een kwaadaardig letsel, dat chirurgisch moet worden behandeld en/of moet de patiënt worden verwezen naar een dermatoloog? Of gaat het veeleer om een goedaardig huidletsel, waarvoor geen gespecialiseerd advies nodig is? Voor de huisarts is dat niet altijd een makkelijke beslissing.

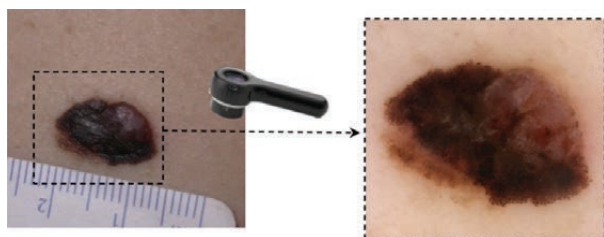
Figuur 1:

De dermatoscoop, een niet-invasief instrument om huidkanker te diagnosticeren.



Figuur 2:

Dermatoscopisch onderzoek van een klinisch verdacht letsel (macroscopisch beeld links). Met een dermatoscoop kan de arts de structuren van de tumor op de overgang tussen de opperhuid en de dermis observeren die met het blote oog niet te zien zijn (dermatoscopisch beeld rechts). Bepaalde structuren zijn kenmerkend voor kwaadaardige of goedaardige tumoren. Dit voorbeeld toont pseudopodiën (beelden in de vorm van een tennisracket, onregelmatig verdeeld aan de periferie van het letsel) die zeer suggestief zijn voor een melanoom van de huid.



In een recent observatieonderzoek bij 89 Franstalige Belgische huisartsen is gebleken dat een derde van hen een letsel dat erg verdacht was voor een melanoom, niet herkende op klinische foto's van huidtumoren die goed met het blote oog te herkennen waren (8). En dat is niet alleen bij ons zo (9). Huisartsen zijn vragende partij voor een korte specifieke opleiding over het beleid bij patiënten met een verdacht huidletsel (10).

Niet-invasieve screening op huidkanker met dermatoscopie

Dermatoscopie is een niet-invasieve diagnostische techniek die sinds 20 jaar gevalideerd is en door dermatologen over de hele wereld wordt gebruikt om huidtumoren te evalueren (11, 12). Een dermatoscoop is een draagbaar medisch hulpmiddel met een vergrootglas en een speciale ledlamp. Met een dermatoscoop, die de hyperreflectiviteit van de oppervlakkige huidlaag onderdrukt, kan de arts de diepe ultrastructuren van huidletsels bekijken die niet met het blote oog te zien zijn (**Figuur 1**).

Er is een sterke stijging van het aantal consultaties wegens verdachte huidletsels, ook in de eerstelijns geneeskunde.

Het in beeld brengen van die structuren is van onschatbare waarde. Die verschillen immers tussen goed- en kwaadaardige tumoren. Zo kan men ze makkelijker en met een hogere zekerheidsgraad van elkaar onderscheiden (**Figuur 2**).

Dermatoscopie is dan ook essentieel geworden bij klinisch onderzoek van de huid. Men moet er echter wel een opleiding voor volgen. Een dermatoscopie verbetert de diagnostische accuraatheid alleen in handen van correct opgeleide artsen (13). Dat is een zeer belangrijk punt. Het is immers bewezen dat de diagnostische waarde van een dermatoscopie uitgevoerd door artsen die geen goede opleiding inzake huidkanker hebben gekregen, lager is dan die van een gewoon klinisch onderzoek met het blote oog.

In Europese landen die een voortrekkersrol hebben gespeeld wat de opsporing van huidkanker in de eerstelijns geneeskunde betreft, zoals Italië en Groot-Brittannië, blijkt dermatoscopie zeer effectief te zijn bij het triëren van verdachte letsels (14-16).

Dermatoscopie integreren in de bijscholing van huisartsen

Belgische huisartsen voeren te weinig een dermatoscopie uit. Dat komt doordat ze geen specifieke opleiding hebben gekregen en omdat het lang duurt voor men de techniek voldoende onder de knie heeft (8). Daarom is het belangrijk om huisartsen een opleiding dermatoscopie te geven, om ze te leren kwaadaardige huidtumoren te onderscheiden van goedaardige.

Na zo'n opleiding moet de huisarts zijn patiënt kunnen geruststellen als het een goedaardige huidtumor betreft, en moet hij in geval van een verdacht letsel een biopsie-exerese uitvoeren of de patiënt snel naar een specialist verwijzen. Sommige patiënten, bijvoorbeeld bewoners van woon-zorgcentra, zijn moeilijk te mobiliseren. Het is dan ook zeer praktisch als men het probleem ter plaatse kan aanpakken met een eenvoudig en effectief diagnostisch middel. Toch verkiezen de huisartsen om hun patiënten zo nodig snel naar een specialist te verwijzen. Daarom werkt het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) momenteel aan een beveiligd kanaal van tele-expertise waarmee huisartsen foto's van patiënten naar een dermatoloog kunnen sturen. Het systeem heeft tot doel de wachttijd voor een afspraak bij een specialist in een noodgeval, zoals ontdekking van een gevorderd melanoom, sterk te verkorten (17). Een dermatoscopie leent zich immers bijzonder goed voor tele-expertise, en die praktijk is nu erkend als teledermatoscopie (**Figuur 3**). Bijscholing inzake dermatoscopie heeft ook tot doel de huisartsen te leren goede klinische en

dermatoscopische foto's te maken voor feedback door een specialist op afstand. Recent is in Franstalig België een verkennend project opgestart, TELESPOOT. Het project leert dat de vroege behandeling van patiënten met huidkanker nu sterk verbeterd is en dat alle betrokkenen en de patiënten zelf er zeer tevreden over zijn (18).

Het opstarten van een bijscholing dermatoscopie die beantwoordt aan de behoeften van huisartsen blijft echter een hele uitdaging. Aan de Cliniques universitaires Saint-Luc is onze groep dermatologen die gespecialiseerd zijn in het diagnosticeren van huidtumoren, ervan overtuigd dat de huisarts ervaring ter zake zou moeten opbouwen. We hebben een kort programma (4 uur) voor bijscholing dermatoscopie ontwikkeld voor het diagnosticeren van huidkanker (19). Aangezien huisartsen sowieso al veel werk hebben, wordt die e-learning zeer kort gehouden en beschrijft ze de frequentste dermatoscopische tekenen van kwaadaardige (melanoom en carcinoom) en goedaardige huidtumoren die in de huisartsgeneeskunde worden gezien (20).

Maar is zo'n "korte" opleiding voldoende om huisartsen te leren hoe ze huidkanker kunnen detecteren? In een gerandomiseerde non-inferioriteitsstudie die in 2022 in België en Luxemburg is uitgevoerd, is dat programma

Veel huisartsen zeggen dat ze onvoldoende vertrouwen hebben in hun vermogen om huidkanker te diagnosticeren.

niet minder goed gebleken dan een standaardopleiding (opleiding gegeven aan assistenten dermatologie in opleiding) qua selectieve triage van huidtumoren door eerstelijnsartsen (21). Doordat de e-learning minder lang duurt en beter gericht is, nemen de huisartsen er actiever aan deel. Maar als de huisartsen zich niet bijscholen en niet zelf regelmatig een dermatoscopie uitvoeren, blijkt de competentie op lange termijn te tanen. Herhalingssessies en actief dermatoscopische onderzoeken uitvoeren zijn dan ook nodig om de verworven competentie op lange termijn op peil te houden (21-23).

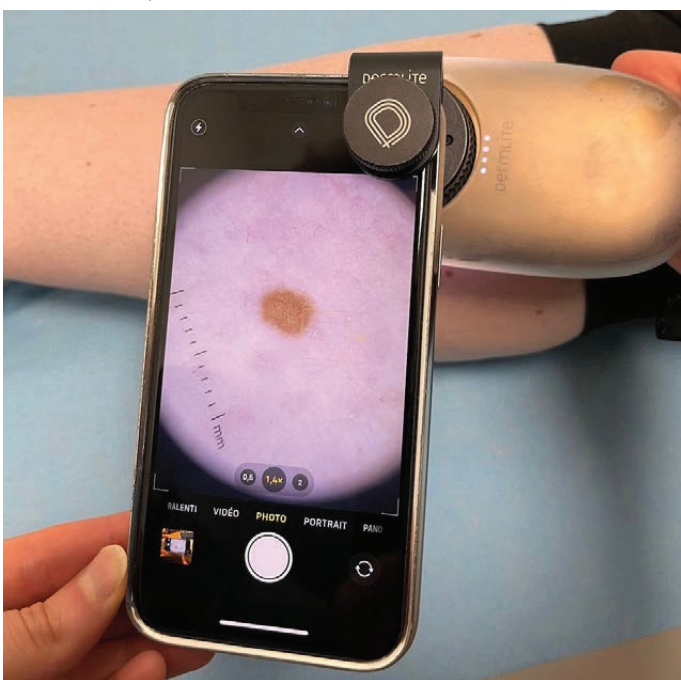
Wanneer de patiënt geruststellen en wanneer hem verwijzen naar een dermatoloog?

In geval van een goedaardig huidletsel kan men de patiënt geruststellen en in geval van een verdacht letsel kan men hem verwijzen naar een specialist. Maar dat is niet altijd zo eenvoudig. Veel huisartsen zeggen dat ze onvoldoende vertrouwen hebben in hun vermogen om huidkanker te diagnosticeren. Ze willen dermatologen niet overbelasten wegens adviezen voor goedaardige tumoren, maar anderzijds willen ze ook geen huidkanker missen. Om de huisarts te helpen, omvat de korte opleiding dermatoscopie een beslisboom voor selectieve triage en behandeling van verdachte letsels (**Figuur 4**). Het algoritme, dat specifiek is opgesteld voor de eerstelijns geneeskunde, is gebaseerd op het TADA (*Triage Amalgamated Dermoscopic Algorithm*), dat zijn doeltreffendheid heeft bewezen als hulpmiddel bij het diagnosticeren van huidkanker door huisartsen die dermatoscopie aan het leren zijn (24, 25).

De huisarts is niet alleen van primordiaal belang bij de vroege opsporing en behandeling, maar ook bij de preventie van huidkanker. De korte opleiding kan dan ook worden aangevuld met extra cursussen over de klinische kenmerken, de natuurlijke evolutie, de preventie en de behandeling van huidtumoren (26). Die cursus is gericht op educatie van de bevolking inzake bescherming tegen de zon (kleding, zonnecrème, zonnebril) en zelfcontrole van de huid en op het herkennen van patiënten die een hoog risico lopen op huidkanker, waaronder melanoom (27).

Figuur 3:

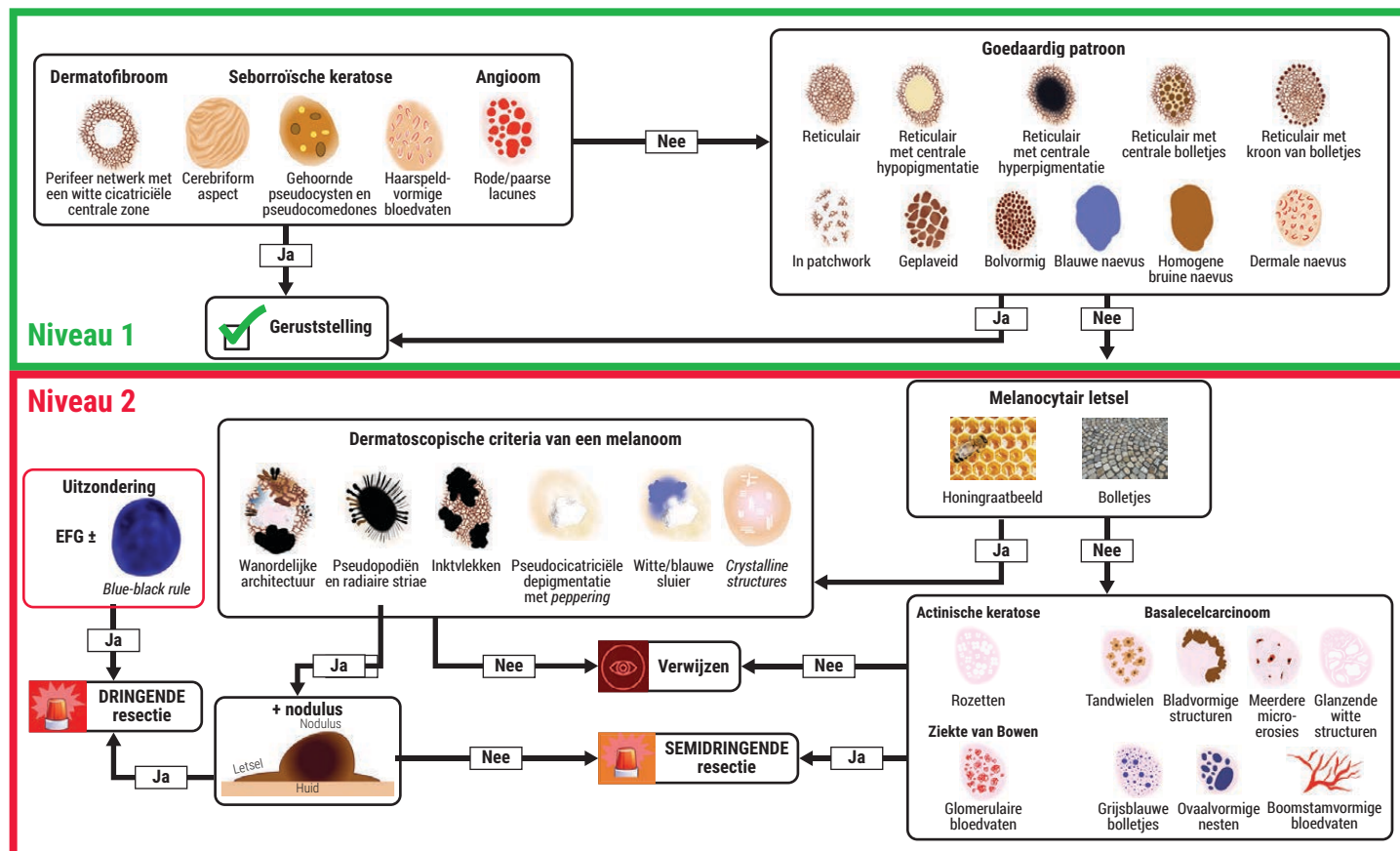
Een dermatoscopische foto maken met een dermatoscoop en een adaptor voor smartphone. De foto kan in het medisch dossier van de patiënt worden bewaard of via een beveiligd systeem worden verstuurd voor teledermatologisch advies.



Figuur 4:

TIDA (*TADA-Inspired Decision Algorithm*) voor de diagnose en de behandeling van huidtumoren in de eerstelijns geneeskunde. De meeste pictogrammen die de dermatoscopische criteria weergeven die in de beslisboom worden gebruikt, zijn afkomstig van de website www.dermoscopedia.org. De belangrijkste doelstellingen van het screening algoritme zijn: 1) duidelijk de frequentste goedaardige huidtumoren herkennen (niveau 1) en 2) letsels opsporen die verdacht worden van kwaadaardigheid (niveau 2).

EFG: elevation, firmness, growth



Patiënten met een persoonlijke voorgeschiedenis van meerdere melanomen, patiënten met een persoonlijke voorgeschiedenis van een melanoom met minstens twee andere gevallen van melanoom bij de eerstegraads verwanten, patiënten met een dysplastisch naevussyndroom met meer dan 100 naevi en ≥ 2 atypische naevi (> 6 mm), patiënten met een aangeboren *giant* naevus (≥ 20 cm), patiënten met een mutatie van een gen dat predisposeert tot melanoom (CDKN2A, CDK4, BAP-1...) en patiënten met xeroderma pigmentosum lopen allen een hoog risico op optreden van een melanoom. Het verdient aanbeveling om die patiënten te screenen en te volgen in een gespecialiseerd milieu (28). Patiënten die veel aan de zon zijn blootgesteld (kindertijd of lang verblijf in tropische landen, beroepen met lange blootstelling in de zon, meer dan 100 sessies zonnebank voor de leeftijd van 30 jaar)

lopen ook een risico op huidkanker (1). Bij die patiënten is een opportunistische screening op huidkanker raadzaam tijdens een onderzoek van het hele lichaam, met behulp van dermatoscopie. Die screening hoeft niet te gebeuren in een gespecialiseerd milieu en kan worden uitgevoerd door eerstelijns artsen die een opleiding diagnose van huidtumoren hebben gekregen.

Tot besluit: de huisarts is een van de belangrijkste spelers aan het worden inzake preventie, opsporing en initiële behandeling van huidkanker. Om de huisarts daarbij te helpen, zijn nieuwe diagnostische tools ontwikkeld zoals dermatoscopie, teledermatoscopie en beslisbomen zoals het TIDA. Eerst is echter een korte opleiding nodig om die tools te leren gebruiken, en men moet ze regelmatig gebruiken om zijn competentie op lange termijn op peil te houden. ■

Referenties

- Boucq A, Brochez L. Le cancer de la peau en Belgique [Internet]. Fondation contre le Cancer en collaboration avec le Registre du Cancer. 2021 [cited 2023 Jul 19]. Available from: cancer.be/sites/default/files/fcc_cancer_de_la_peau_2021.pdf
- Belgian Cancer Registry. The ten most frequently occurring tumours by sex, Belgium 2020. Cancer Figures. 2022. Available from: <http://kankerregister.org/Cancer-Figuurs>
- Tromme I, Legrand C, Devleeschauwer B, et al. Melanoma burden by melanoma stage: Assessment through a disease transition model. Eur J Cancer. 2016;53:33-41.
- Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, et al. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472-92.
- Geller AC. Educational and Screening Campaigns to Reduce Deaths from Melanoma. Hematol Oncol Clin North Am. 2009;23(3):515-27.
- van Rijsingen MCJ, van Bon B, van der Wilt GJ, Lagro-Janssen ALM, Gerritsen MJP. The current and future role of general practitioners in skin cancer care: an assessment of 268 general practitioners. Br J Dermatol. 2014;170(6):1366-8.

7. Smith AL, Watts CG, Robinson S, et al. GPs' involvement in diagnosing, treating, and referring patients with suspected or confirmed primary cutaneous melanoma: A qualitative study. *BJGP Open*. 2020;4(2):bjgpopen20X101028.
8. Harkemanne E, Duyver C, Leconte S, et al. Melanoma Diagnostic Practices of French-Speaking Belgian General Practitioners and the Prospective Study of Their Pigmented Skin Lesion Diagnostic Accuracy and Management. *J Cancer Educ*. 2020;36(6):1316-24.
9. Van Rijsingen MCJ, Vossen R, Van Huystee BEWL, Gorgels WJM, Gerritsen MJP. Skin tumour surgery in primary care: Do general practitioners need to improve their surgical skills? *Dermatology*. 2015;230(4):318-23.
10. Rosendahl C, Coetzer M. The dermatoscope should be in every primary-care practitioner's kit. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2023;(May):1464-5.
11. Moulin C, Poulalhon N, Duru G, Debarbieux S, Dalle S, Thomas L. Dermoscopy use by French private practice dermatologists: A nationwide survey. *Br J Dermatol*. 2013;168(1):74-9.
12. Tromme I, Legrand C, Devleeschauwer B, et al. Cost-effectiveness analysis in melanoma detection: A transition model applied to dermoscopy. *Eur J Cancer*. 2016;
13. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol*. 2002;3(3):159-65.
14. Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, et al. Dermoscopy improves accuracy of primary care physicians to triage lesions suggestive of skin cancer. *J Clin Oncol*. 2006;24(12):1877-82.
15. Koelink CJL, Vermeulen KM, Kollen BJ, et al. Diagnostic accuracy and cost-effectiveness of dermoscopy in primary care: a cluster randomized clinical trial. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2014;28(11):1442-9.
16. Harkemanne E, Baeck M, Tromme I. Training general practitioners in melanoma diagnosis: a scoping review of the literature. *BMJ Open*. 2021;11(3):e043926.
17. Vestergaard T, Andersen MK, Bygum A. Acceptance of teledermoscopy by general practitioners and dermatologists in Denmark. *Dermatology Pract Concept*. 2021;11(2):1-6.
18. Damsin T, Canivet G, Jacquemin P, et al. Value of Teledermoscopy in Primary Healthcare Centers: Preliminary Results of the TELESPOT Project in Belgium. *Dermatol Ther (Heidelberg)*. 2020;10(6):1405-13.
19. Harkemanne E, Thomas L, Braun R, Baeck M, Tromme I. A new TADA-inspired decision algorithm for training primary care practitioners in dermoscopy. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2023;(March):1-3.
20. Tran T, Cyr PR, Verdieck A, et al. Expert Consensus Statement on Proficiency Standards for Dermoscopy Education in Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 2023;36(1):25-38.
21. Harkemanne E, Legrand C, Sawadogo K, et al. Evaluation of primary care physicians' competence in selective skin tumor triage after short versus long dermoscopy training A randomized non-inferiority trial. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2023;(Apr 4):1-11.
22. Harkemanne E, Duyver C, Leconte S, Sawadogo K, Baeck M, Tromme I. Short- and Long-Term Evaluation of General Practitioners' Competences After a Training in Melanoma Diagnosis: Refresher Training Sessions May Be Needed. *J Cancer Educ*. 2021;26:1-14.
23. Seiverling EV, Li D, Stevens K, Cyr P, Dorr G, Ahrens H. Distance learning and spaced review to complement dermoscopy training for primary care. Vol. 11, *Dermatology Practical and Conceptual*. Mattioli 1885;2021:e2021030.
24. Rogers T, Marino ML, Dusza SW, et al. A clinical aid for detecting skin cancer: The triage amalgamated dermoscopic algorithm (TADA). *J Am Board Fam Med*. 2016;29(6):694-701.
25. Seiverling EV, Prentiss MA, Stevens BAK, Henry FNP, Cyr MPH, Ahrens MAH. Impact of Dermoscopy Training for Primary Care Practitioners on Number Needed to Biopsy to Detect Melanoma. *PRIMER*. 2023;7-11.
26. Harkemanne E, Goubilomme N, Sawadogo K, Tromme I. Early Melanoma Detection in Primary Care: Clinical Recognition of Melanoma is Not Enough, One Must Also Learn the Basics. *J Cancer Educ*. 2020;37(4):898-904.
27. Passeron T, Lim HW, Goh CL, et al. Photoprotection according to skin phototype and dermatoses: practical recommendations from an expert panel. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2021;35(7):1460-9.
28. Avril MF, Bahadoran P, Cabaret O, et al. Recommendations for genetic testing and management of individuals genetically at-risk of cutaneous melanoma. *Ann Dermatol Venereol*. 2015;142(1):26-36.

UCLouvain

FORMATION
CONTINUE 

**Ben je huisarts, arbeidsgeneesheer
of arts-specialist in opleiding
in de algemene geneeskunde?**

**Dan is de e-learningcursus
"DIAGNOSTIC DES TUMEURS CUTANÉES PAR
LA DERMOSCOPIE OPTIQUE ET DIGITALISÉE"
van de UCLouvain iets voor jou.**

Dermoscopie is nuttig voor de diagnose van huidtumoren. Huisartsen, als eerstelijnszorgverleners, worden steeds vaker geconfronteerd met patiënten die zich presenteren met verdachte huidlaesies. Het interpreteren van de beelden vereist echter training. Meer dan 300 huisartsen zijn al getraind en gebruiken de dermatoscoop dagelijks met succes. Ontdek meer in de onderstaande video.



Luister naar de podcast
(alleen in het Frans beschikbaar):
[https://vimeo.com/554808830/
27a6c9a09a?share=copy](https://vimeo.com/554808830/27a6c9a09a?share=copy)

Organiserend en didactisch team

- **Prof. Isabelle Tromme**,
dienst Dermatologie en Clinique du mélanome,
Cliniques universitaires Saint-Luc
- **Dr. Evelynne Harkemanne**,
dienst Dermatologie en Clinique du mélanome,
Cliniques universitaires Saint-Luc
- **Prof. Luc Thomas**,
dermatoloog gespecialiseerd in de diagnose van
huidtumoren met behulp van dermatoscopie,
Université Claude-Bernard Lyon-1 (Frankrijk)

Meer informatie: attestation-dermoscopie@uclouvain.be

Registratie:
[https://studies.uclouvain.be/continuing_education/
home/DTCM7FC/](https://studies.uclouvain.be/continuing_education/home/DTCM7FC/)

Praktische organisatie:
[https://uclouvain.be/
prog-2023-dtcm7fc-infos-
pratiques](https://uclouvain.be/prog-2023-dtcm7fc-infos-pratiques)

Website:
[https://uclouvain.be/
prog-2023-dtcm7fc](https://uclouvain.be/prog-2023-dtcm7fc)

