

Betere diagnostiek van verdachte huidafwijkingen in de huisartsenpraktijk

met behulp van de dermatoscoop



Maartje Spit

© 2020 Spico e-ducatie
Roerlaan 16
5691 HJ Son

Auteur: Maartje Spit

Eerste druk, 28 januari 2020

Vormgeving en lay-out: Vormenbrouwer

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, geluidsband, elektronisch of op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de auteur.

ISBN: 9789402130560

Inhoud

Inleiding	5
1. Apparatuur en toepassing	7
1.1 Gepolariseerd en niet-gepolariseerd licht	10
1.2 Kleuren	14
1.3 Patroonanalyse	16
2. Benigne huidafwijkingen	21
2.1 Naevi	21
2.2 Dermatofibroom	32
2.3 Lentigo benigna (solaris)	35
2.4 Verruca seborrhoica	39
2.5 Talgklierhyperplasie	46
2.6 Angioom	49
3. Pre-maligne huidafwijkingen	53
3.1 Actinische keratose	53
3.2 Morbus Bowen	58
3.3 Atypische naevus	61
4. Maligne huidafwijkingen	65
4.1 Basaalcelcarcinoom	65
4.2 Plaveiselcelcarcinoom	75
4.3 Melanoom	79
Bronnen en verantwoording	94
Nawoord	97
Over de auteur	99

Inleiding

Er is een toename van huidkanker en steeds meer patiënten in de huisartsenpraktijk komen op het spreekuur met een verdachte huidafwijking.

Veel ogenschijnlijk verdachte huidafwijkingen zijn uiteindelijk niet verdacht en het merendeel van de huidafwijkingen blijkt benigne. Op het oog is echter niet altijd duidelijk of het gaat om een verdachte huidafwijking waardoor patiënten soms onnodig een excisie krijgen of onnodig naar de dermatoloog verwezen worden.

Daarnaast is vroegdiagnostiek van maligne huidafwijkingen essentieel zodat tijdig de juiste behandeling kan worden ingezet. Kortom, er is winst te halen met een betere herkenning van (verdachte) huidafwijkingen in de huisartsenpraktijk.

Steeds meer behandelaars schaffen een dermatoscoop aan om beter naar deze afwijkingen te kunnen kijken. Echter, adequate training en positionering zijn essentieel. Onvoldoende geschoold gebruik van de dermatoscoop kan leiden tot minder goede diagnostiek.

Dit boek mag niet alleen beschouwd worden als een aanvulling op een basiscursus dermatoscopie maar ook als een praktisch handboek tijdens het spreekuur.

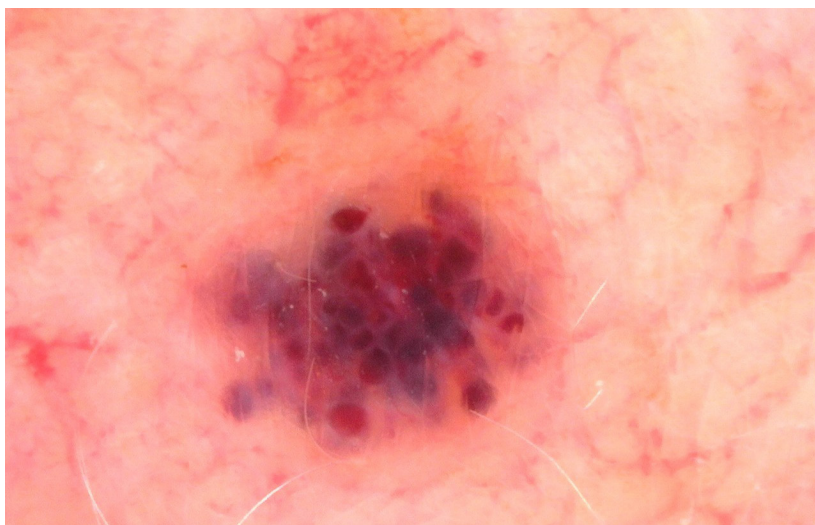
1. Apparatuur en toepassing

Een dermatoscoop is net als de otoscoop en de stethoscoop een aanvulling op je diagnostiek in de spreekkamer. Je begint met een grondige anamnese, gevolgd door een klinische inspectie en evaluatie. Hierbij kun je gebruik maken van het 'ugly duckling sign' en de ABCDE-regel voor de evaluatie van gepigmenteerde huidlaesies zoals omschreven in de NHG Standaard Verdachte Huidafwijkingen (2017).

Een dermatoscoop is een vergrootglas, voorzien van een lichtbron, voor de huid. Met dermatoscopie reduceer je de lichtreflectie op de huid ten opzichte van de macroscopie. Hierdoor kun je dieper in de huid kijken en zie je structuren die je niet met je blote oog kunt waarnemen. Als voorbeeld in figuur 1.1 een macroscopische opname van een angioom en een dermatoscopische opname ervan in figuur 1.2. Bij een macroscopische opname is de evaluatie van de laesie beperkt.



1.1 Macroscopie van een angioom.



1.2 Dermatoscopie van een angioom.

Een dermatoscoop kan gepolariseerd en niet-gepolariseerd licht verspreiden; dit is afhankelijk van het type dermatoscoop. De moderne dermatoscopen bieden vaak een hybride functie waarmee je kunt wisselen tussen deze twee vormen van licht; beide vormen zijn complementair aan elkaar in de beeldvorming.

Wanneer je niet-gepolariseerd licht gebruikt met een contact-dermatoscoop (figuur 1.3) heb je een vloeistof nodig voor een goede beeldvorming. Dit heeft te maken met het onregelmatige oppervlak



1.3 Voorbeeld van een contact-dermatoscoop, de DermLite DL4 (3Gen).



1.4 Voorbeeld van een contact-dermatoscoop met een hybride functie, de Delta 20T (Heine).

van de huid waardoor het glasplaatje van de dermatoscoop de huid niet overal kan raken. Met bijvoorbeeld echo-gel of handalcohol lukt het beter om dieper in de huid te kijken, omdat dan de onregelmatige tussenruimtes zijn opgevuld. Met gepolariseerd licht (bij een contact-dermatoscoop figuur 1.4) hoef je geen vloeistof te gebruiken voor een goede beeldvorming.

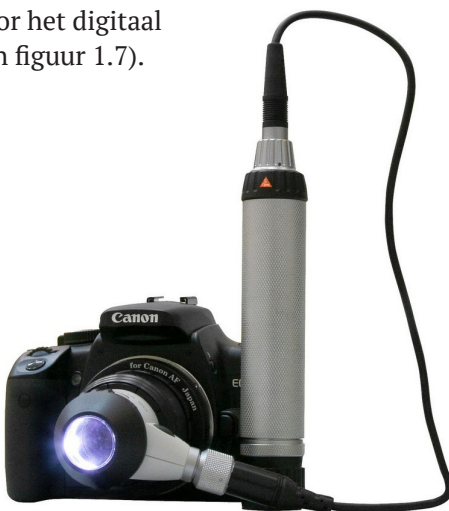


1.5 Voorbeeld van een digitale non-contact hybride dermatoscoop, de Dino-Lite Edge.

Voor het gebruik in de huisartsenpraktijk is het handig om zowel een hybride als een digitale dermatoscoop te gebruiken zodat je de beelden rustig op je computerscherm kunt analyseren na afloop van je spreekuur (figuur 1.5). Daarnaast kun je de digitale beelden inzetten voor een teledermatoscopische consultatie. Voor veel handdermatoscopen zoals de Heine Delta en de DermLite zijn er ook adapters beschikbaar voor het digitaal maken van de beelden (figuur 1.6 en figuur 1.7).



1.6 Adapter voor de DermLite handdermatoscoop.



1.7 Adapter voor een spiegel-reflexcamera voor de Delta 20T.

1.1 Gepolariseerd en niet-gepolariseerd licht

Het belangrijkste verschil tussen gepolariseerd en niet-gepolariseerd licht is de diepte waarmee je door de huid kunt schijnen. Met gepolariseerd licht kun je diepere structuren visualiseren (tot in de oppervlakkige dermis). Zonder gepolariseerd licht evalueer je oppervlakkige huidstructuren (de epidermis en de dermo-epidermale junctie). In figuur 1.8 zie je een voorbeeld van een verruca seborrhoeica zonder gepolariseerd licht en in figuur 1.9 is dezelfde laesie maar dan met gepolariseerd licht weergegeven.

Het is goed om beide lichtbronnen te gebruiken bij iedere laesie, omdat je anders mogelijke aanwijzingen mist die voor de evaluatie van de laesie essentieel zijn. Voorbeelden zijn de aanwezigheid van glanzende witte lijnen bij een basaalcelcarcinoom die alleen zichtbaar zijn met gepolariseerd licht (figuur 1.10) en de polarisatie-specifieke witte klodders-in-een-vierkant bij een actinische keratose (figuur 1.11).

In een ander voorbeeld (figuur 1.12) zie je een superficieel spreidend melanoom waarbij je ook goed de verschillen ziet tussen polarisatie en non-polarisatie. Bij de niet gepolariseerde opname zie je veel weerkaatsing van het licht waardoor vooral de oppervlakkige structuren en kleuren zichtbaar zijn. In de gepolariseerde opname zie je de diepere structuren beter zoals bijvoorbeeld de collageenbundels en vascularisatie van de laesie (figuur 1.13).

De vasculaire structuren zijn vaak beter te beoordelen met een dermatoscoop die géén huidcontact maakt, omdat je hierbij minder druk geeft op de huid.