

Verdachte huidletsels herkennen: praktische tips voor de huisarts

Van Aerde Eline

Doe –dag Domus Medica 30-03-2019

Epidemiologie van huidkanker

Het aantal nieuwe gevallen van maligne melanoom stijgt jaarlijks in België: in de periode 2004 - 2014 is de incidentie bij vrouwen bijna verdubbeld van 11/100 000 naar 20/100 000 inwoners¹. Er is een duidelijke associatie tussen zonverbranding vóór 18 jaar en intermitterende zomblootstelling enerzijds, en de kans op het ontwikkelen van een maligne melanoom anderzijds².

Ook de incidentie van ouderdomshuidkanker neemt gradueel toe in België. De best gekende risicofactoren zijn chronische UV - blootstelling (beroepsgebonden, maar ook zonnebank en UV-therapie), fototype I, arseeninname (psoriasis) en een voorgeschiedenis van radiotherapie.

Diagnostische tools: dermatoscopie vs. biopsie

De **dermatoscoop** werd in de jaren '90 geïntroduceerd om de diagnostische accuraatheid van de dermatoloog te verbeteren. De toestellen visualiseren met een 10x –vergroting de diepere huidstructuren thv de dermo –epidermale junctie. Deze gedetailleerde evaluatie van het pigmentnetwerk en vasculaire structuren heeft geleid tot een afname van het aantal onnodige excisies van benigne naevi, maar ook tot een vroegere diagnostiek van maligne melanoom.

Soms wordt er bij vermoeden van huidkanker niet meteen overgegaan tot excisie, maar wordt eerst een **biopsie** afgenomen. De voornaamste indicaties zijn:

- Een *lentigo* die niet via wigexcisie kan worden verwijderd wegens afmeting of lokalisatie;
- Een *macula* waarvoor niet –operatieve lokale therapie met 5FU /imiquimod mogelijk is;
- Een *nodule* ter uitsluiting van een nodulair melanoom of een infiltratief BCC.

Er wordt steeds een **excisiebiopsie** verricht in geval van verdachte naevi, kleine huidletsels of bij vermoeden van een keratoacanthoom (cfr infra).

Verdachte pigmentletsels

Pigmentcelletsels kunnen klinisch worden beoordeeld volgens de ABCD(E) - methode:

- A: asymmetrie: het letsel kan niet gespiegeld worden via 2 loodrechte assen;
- B: boord: het letsel heeft een grillige of wazige omgrenzing;
- C: kleur: het letsel vertoont meerdere kleuren;
- D: diameter: het letsel is groter dan 6mm;
- E: evolutie/elevatie: het letsel vertoont duidelijke groei en/of structuurverandering in de tijd.

Bij aanwezigheid van twee of meer criteria wordt de mogelijkheid van excisiebiopsie overwogen.

Globaal kan worden gesteld dat langdurige aanwezigheid van onveranderde letsels geruststellend is.

Uitzonderingen op de regel zijn:

- Halo naevi: *witte* halo is het gevolg van pigmentafbraak, benigne, frequenter bij jongeren;
- Spitz naevi: *snelgroeiend* dens pigmentletsel, in se goedaardig maar maligne potentieel;
- Congenitale naevi: grillige boord en proportionele groei zijn normaal, maar bij ontstaan van zwarte nodules of lokale erosies is een excisie of biopsiename noodzakelijk;
- Blue naevi: egaal *blauwgrijs* en symmetrisch pigmentletsel, steeds benigne bij een kind, maar indien *plots ontstaan* op volwassen leeftijd wordt preventieve excisie aanbevolen.

Niet - melanocytair huidkanker (NMSC)

Ouderdomshuidkanker is een laattijdige uiting van chronische UV – schade. De klinische presentatie is meestal een niet – helende wonde of traaggroeiende vlek, papel of plaque in een zonblootgesteld gebied. Vaak wordt het letsel in het beginstadium miskend als een chronisch eczeem of atoon ulcus.

Rode vlaggen die een NMSC doen vermoeden:

- Uitbreidende wonde, resistent aan alle therapie en met een harde opgeworpen wondrand;
- Chronische wonde bij een jong persoon zonder risicofactoren (vasculair lijden, diabetes...);
- Chronische wonde in zonblootgesteld gebied (denk aan handruggen, nek, retroauriculair!);
- Hardnekkig eczeem, niet – reagerend op lokale steroïden.

De meest voorkomende soorten zijn:

- **Aktinische keratose:** hyperkeratotische plaque op een erythemateuze boord waarbij de korst kan verwijderd worden zonder aantreffen van onderliggende erosie of infiltratie.
- **Morbus Bowen of *in situ* carcinoom:** een langer bestaande aktinische keratose die volledig bedekt is door een dikke hyperkeratotische crusta maar zonder infiltratie van de bodem.
- **Spinocellulair carcinoom:** goed- of slechtgedifferentieerd, hyperkeratotisch of zacht bourgeonnerend letsel dat is ontstaan uit een langdurig bestaande aktinische keratose.
- **Keratoacanthoom:** een snelgroeiende nodule met centrale krater die enkel door middel van excisiebiopsie kan worden onderscheiden van spinocellulair carcinoom.
- **Basocellulair carcinoom:** een traaggroeiend letsel dat wordt gekenmerkt door een glanzend paarlemoer aspect, arborising vessels en soms pigmentatie.

10 praktische tips in de praktijk

- Meerdere opvallende naevi zijn een risicofactor voor maligne melanoom
- Kijk steeds de volledige romp na (profiel van naevi?)
- Snelgroeiende solitaire pigmentcelletsels zijn niet pluis
- Plots ontstaan is meestal traumatisch en geruststellend
- Vele jaren onveranderd is geruststellend
- Groeiende grillige letsels bij ouderen worden best verder onderzocht
- Verwijder steeds de korst van een niet -helende wonde (wondbodem geïnfiltreerd?)
- Palpeer verheven letsels (geïnfiltreerd?)
- Belicht rode letsels tangentieel: is er glans aanwezig?
- Denk aan huidkanker bij een niet –helende wonde in een zonblootgesteld gebied

Referenties

1. Belgisch kankerregister.
2. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *European Journal of Cancer* (2005), vol 41, issue 1: 45 - 60.