

# Samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en dermatologen in de regio Nijmegen/ Boxmeer e.o. betreffende diagnostiek en behandeling van (pre-) maligne aandoeningen

Versie februari 2020. Evaluatie: februari 2021

## Onderwerpen

1. Welke verdachte huidafwijkingen diagnosticeert en behandelt de huisarts?
2. Wanneer verwijst de huisarts naar de dermatoloog?
3. Wanneer en hoe intercollegiaal overleg?
4. Wanneer en waar vindt follow-up plaats?
5. Wanneer verwijst de dermatoloog terug?

### 1. Verdachte huidafwijkingen die de huisarts diagnosticeert en behandelt

De huisarts maakt in overleg met patiënten met een voor *actinische keratose* (AK), *basaalcelcarcinoom* (BCC) of *Morbus Bowen* (MB) verdachte huidafwijking, zonder hoogrisico<sup>1,2</sup> kenmerken, de keuze om zelf te behandelen of de behandeling door een collega te laten uitvoeren. De huisarts dient hiervoor adequaat geschoold te zijn. Indien behandeling in de eerste lijn niet mogelijk is of de patiënt wenst dit nadrukkelijk niet, dan verwijst de huisarts naar de dermatoloog.

Bespreek bij actinische keratose de wens of noodzaak voor behandeling, op basis van het aantal (arbitrair > 5 laesies), grootte (arbitrair > 1 cm) en uitgebreidheid van de laesies, en de hinder die de patiënt ervan ondervindt (pijn, jeuk, cosmetische hinder). Indien van toepassing, betrek de levensverwachting bij de beslissing om wel of niet te behandelen.

### 2. Huidaandoeningen die verwezen dienen te worden naar de dermatoloog

Het wordt niet aanbevolen om direct naar de (plastisch) chirurg te verwijzen voor behandeling. De huisarts verwijst patiënt naar de dermatoloog bij de verdenking of diagnose van een hoogrisico<sup>3</sup> basaalcelcarcinoom, hoogrisico<sup>4</sup> Morbus Bowen, plaveiselcelcarcinoom, keratoacanthoom, of melanoom (in situ).

De huisarts verwijst tevens naar de dermatoloog bij:

#### *Laagrisico non-melanoma huidmaligniteiten indien:*

- geen van de behandelopties in de huisartsenpraktijk geboden kan worden;
- na irradicale chirurgische excisie;
- bij incomplete respons op niet-chirurgische behandeling.

#### *Verdachte huidafwijking in combinatie met een verhoogd risico op maligne huidafwijkingen:*

(doel: advies met betrekking tot follow-up en inschatting van het risico op huidkanker):

- een maligne huidaandoening in de voorgeschiedenis; tenzij dit een laagrisico BCC / MB betreft > 5 jaar geleden;
- uitgebreide actinische schade;
- meerdere verdachte huidafwijkingen bij volledige huidinspectie;
- chronische immunosuppressie (-ve therapie);
- 5 of meer atypische naevi en/of 100 of meer banale moedervlekken; de aanwezigheid van een dysplastische naevus alleen, zonder de hiervoor beschreven risicofactoren, is geen reden voor verwijzing;

---

<sup>1</sup> Hoogrisico kenmerken BCC: diameter groter dan 2 cm, en/of lokalisatie in het gelaat i.h.b. in de H-zone, en/of recidief, en/of pathologisch micronodulair of sprieterig groeitype.

<sup>2</sup> Hoogrisico kenmerken MB: diameter groter dan 2 cm, en/of lokalisatie in het gelaat, en/of recidief.

<sup>3</sup> Zie voetnoot 1

<sup>4</sup> Zie voetnoot 2

- aanwijzingen voor het familiair melanoom syndroom (FAMMM): aanwezigheid van ten minste drie melanoompatiënten waarvan twee eerstegraadsverwanten van elkaar zijn;
- Uitgebreide en/of grote suspecte huidafwijkingen: vanwege de hogere complexiteit van diagnostiek en/of behandeling.

*Lokalisatie in een risicogebied:*

- het onderbeen:  
bij verhoogd risico op slechte wondgenezing kan het een overweging zijn om voor behandeling te verwijzen, vanwege het risico op het ontstaan van een ulcus cruris. Het risico geldt voor alle chirurgische en niet-chirurgische behandelopties in de huisartsenpraktijk;
- het hoofdhalsgebied:  
dit is een sterke overweging om te verwijzen vanwege het risico op irradicale excisie en cosmetische schade;
- rond een gewricht, op een hand of voet:  
dit is een sterke overweging om te verwijzen bij indicatie voor chirurgische excisie, vanwege het risico op irradicale excisie en complicaties, zoals functionele beperkingen ten gevolge van peesletsel of littekens. Bij superficiële basaalcelcarcinomen en bij M. Bowen is ook niet-chirurgische behandeling te overwegen.

### **3. Wanneer en hoe intercollegiaal overleg?**

Intercollegiaal overleg tussen dermatologen en huisartsen vindt zo mogelijk plaats via een communicatie/messenger-applicatie, zoals Zorgdomein (patiëntenoverleg) of Siilo. Bij spoed telefonisch via dienstdoend dermatoloog.

Teledermatologie heeft een beperkte waarde bij ongepigmenteerde aandoeningen en is niet toegestaan bij gepigmenteerde aandoeningen.

### **4. Follow-up**

Eenmalig laagrisico BCC/ MB mits volledig chirurgisch verwijderd, behoeft geen follow-up.

Eenmalig laagrisico BCC/MB niet-chirurgisch behandeld, minimaal eenmalige controle na 3 maanden (cf. NHG-standaard).

Voor het bepalen van wenselijkheid van een eventueel jaarlijkse follow-up verricht de huisarts een total bodyinspectie. Bij een geschat hoog risico op een recidief en/of als de patiënt/mantelzorger de huid zelf niet voldoende kan inspecteren overweegt de huisarts een jaarlijkse controle.

### **5. Terugverwijzing van dermatoloog naar huisarts**

- Indien bij dermatoloog onder controle voor AK > direct terug naar huisarts (of eventueel na éénmalige controle na behandeling door dermatoloog).

- Indien bij dermatoloog onder controle voor een laag-risico BCC of laag-risico morbus Bowen die niet chirurgisch is behandeld en na éénmalige controle na 6-12 maanden geen aanwijzingen voor recidu/recidief dan wel nieuwe huidmaligniteit > ontslag uit reguliere dermato-oncologische controle, bij nieuwe plek in eerste instantie naar huisarts (*NB: bij laag-risico BCC of laag-risico MB geen indicatie tot follow-up indien volledig chirurgisch verwijderd*)

- Indien bij dermatoloog onder controle voor een hoog-risico BCC of hoog-risico morbus Bowen en na 2-3 jaar geen aanwijzingen voor recidu/recidief dan wel nieuwe huidmaligniteit > ontslag uit reguliere dermato-oncologische controle, bij nieuwe plek in eerste instantie naar huisarts.

- Indien de dermatoloog jaarlijkse follow-up door de huisarts nodig acht, wordt dit duidelijk vermeld in de terugrapportage naar de huisarts én verteld aan de patiënt. De patiënt wordt verzocht na een jaar een afspraak te maken voor controle bij de eigen huisarts.

*Voorbeeldteksten ontslag follow-up dermatoloog*

Voorbeeldtekst ontslag follow-up dermatoloog en GEEN wens tot actieve controle huisarts:

*“Er werd alhier geen controleafspraak meer ingepland. Patiënt werd gewezen op het belang van zelfinspectie en geïnstrueerd bij een nieuwe verdachte huidafwijking in eerste instantie een afspraak te maken bij de huisarts.”*

Voorbeeldtekst ontslag follow-up dermatoloog en WEL wens tot actieve controle huisarts:

*“Er werd alhier geen controleafspraak meer ingepland. Patiënt werd gewezen op het belang van zelfinspectie en geïnstrueerd bij een nieuwe verdachte huidafwijking in eerste instantie een afspraak te maken bij de huisarts.”*

*Gezien het dermato-oncologisch risicoprofiel van patiënt(e) valt jaarlijkse controle via de huisarts wel aan te bevelen, bestaande uit inspectie van de gehele huid. Patiënt(e) werd geadviseerd hiervoor over een jaar zelf een afspraak te maken op het spreekuur van de huisarts.”*