

Huisartsen laten na huidexcisies lang niet altijd pathologieonderzoek doen

Kritische blik na het kleine snijden

P.A.J. Buis, huisarts-onderzoeker, samenwerkingsverband De Artsenij, Harderwijk

prof. dr. P.J. van Diest, afdeling Pathologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Correspondentieadres:
pajbuis.huisarts@planet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Onder een benigne klinische diagnose van de huisarts gaat relatief vaak een maligniteit schuil. Na huidexcisies is het dus wijs om materiaal in te sturen voor pathologieonderzoek. Maar de mate waarin huisartsen dat doen, verschilt sterk, zo blijkt uit onderzoek bij vijf huisartsenpraktijken in Harderwijk.



Iedere arts wordt opgeleid met het adagium dat alles wat waard is om weg te snijden, ook de moeite waard is om op te sturen voor pathologieonderzoek. Toch gebruiken huisartsen na kleine chirurgische verrichtingen lang niet altijd pathologieonderzoek als diagnosticum. Volgens de internationale literatuur gebeurt dit in ongeveer 60 procent van de gevallen.^{1 2} Daarnaast is gebleken dat bij huidafwijkingen een verschil van 30 procent kan bestaan tussen de klinische diagnose van de huisarts en die op basis van pathologieonderzoek.^{3 4} Het gaat hierbij niet alleen om verschillen bij benigne afwijkingen: eerder onderzoek laat zien dat bij 3 tot 5 procent van het pathologieonderzoek een klinisch als benigne gediagnosticeerde aandoening uiteindelijk toch een maligniteit blijkt. Omgekeerd – een klinisch als maligne gediagnosticeerde huidafwijking blijkt benigne – is dat bij ongeveer 50 procent het geval.^{5 6} Toch besluit de huisarts vaak op

Door huidafwijkingen na excisie niet te laten onderzoeken, kan een maligniteit over het hoofd worden gezien.

beeld: ANP

klinische gronden om huidafwijkingen na excisie niet te onderwerpen aan pathologieonderzoek. Het is niet duidelijk hoe vaak dit in de Nederlandse huisartsenpraktijk het geval is en in hoeverre dit samenhangt met de klinische diagnose.

Naevus

Van 2004 tot en met 2006 zijn in vijf huisartsenpraktijken in de regio Harderwijk op grond van de declaratie ‘chirurgische verrichting’ alle huidexcisies geselecteerd. Daarbij is de klinische diagnose geregistreerd en of er na excisie al dan niet pathologieonderzoek is verricht.

Het pathologieonderzoek is gescoord aan de hand van het pathologieverslag in het huisartsinformatiesysteem (HIS). Doel was om duidelijker te krijgen hoe vaak huisartsen pathologieonderzoek gebruiken na een chirurgische excisie.

In de vijf praktijken werken vier solistisch werkende huisartsen; één huisarts is werkzaam in een HOED. Wat betreft grootte (patiënten-aantal), leeftijdsopbouw en kenmerken als de sociaaleconomische status (SES) van patiënten, verschillen de praktijken niet significant van elkaar. Bij het registreren van de klinische diagnose waren de huisartsen niet op de hoogte van dit onderzoek.

In 40.000 patiëntjaren zijn 715 kleine chirurgische verrichtingen gedaan. Dit correspondeert met ongeveer 18 ingrepen per 1000 patiënten per jaar. Er is speciaal gekeken naar de klinische diagnoses ‘benigne tumor’, ‘cyste’, ‘wrat’ en ‘naevus’. Dit zijn de meest voorkomende klinische diagnoses waarbij pathologieonderzoek kan zijn geïndiceerd (n=527 verrichtingen). De

overige klinische diagnoses waarbij de huisartsen kleine chirurgische verrichtingen deden, betroffen vooral ‘abces’, ‘corpus alienum’, ‘nagelafwijking’ en ‘wonden’.

Er is pathologieonderzoek verricht na 329 van de 527 kleine chirurgische verrichtingen (62% uit de klinische diagnosegroepen ‘benigne tumor’, ‘cyste’, ‘wrat’, ‘naevus’). De verschillen tussen de vijf praktijken waren groot, zowel wat betreft het absolute aantal verrichtingen als het gebruik van pathologieonderzoek (zie tabel).

Vreemde wratten

Bij de diagnose ‘naevus’ wordt pathologieonderzoek het meest consequent ingezet. Bij andere klinische diagnoses laten huisartsen waarschijnlijk vooral weefsel van ‘vreemde’ wratten, cystes en zwellingen nakijken.

Hoewel er consensus bestaat over de noodzaak om bij gepigmenteerde laesies altijd pathologieonderzoek te doen om geen melanoom te missen, werd ook hier na gemiddeld 8 procent van de chirurgische verrichtingen geen materiaal ingestuurd. Eén van de huisartsen stuurde zelfs in 23 procent van de naevi het materiaal niet in. De redenen hiervoor zijn onbekend. Vermoedelijk ligt hieraan de overtuiging ten grondslag dat het ‘een benigne laesie zal betreffen’. Uit meerdere studies is echter gebleken dat de klinische diagnose van de huisarts, net als die van andere medici, niet 100 procent betrouwbaar is.¹⁻³ In dit onderzoek bleek 2 procent van de naevi uiteindelijk, bij pathologieonderzoek, maligne.⁵ Dit lijkt wellicht weinig, maar gezien het grote aantal preparaten zaten in deze groep de meeste (en vaak ernstige) maligniteiten. Door dit materiaal niet te laten onderzoeken, bestaat het risico dat irradicaliteit wordt gemist. Gevolg hiervan kan het optreden van een recidief zijn, maar ook

Eén huisarts stuurde zelfs 23 procent van de naevi niet in



Eerder MC-artikelen over pathologisch onderzoek vindt u via dit artikel op www.medischcontact.nl. Daar vindt u ook de literatuurlijst.

Pathologieonderzoek: wel of niet?				
	totaalaantal kleine chirurgische verrichtingen in 5 huisartsenpraktijken	verschil tussen 5 praktijken in absolute aantal verrichtingen	aantal malen (en %) dat vervolgens pathologieonderzoek plaatsvond	verschil in gebruik van pathologieonderzoek tussen 5 praktijken
benigne tumoren	159	11 tot 58	72 (45%)	27 tot 72%
cystes	98	6 tot 35	29 (29%)	0 tot 65%
wratten	84	5 tot 23	57 (68%)	43 tot 93%
naevi	186	18 tot 72	171 (92%)	79 tot 100%

Aantallen kleine chirurgische verrichtingen uit de diagnosegroepen ‘benigne tumor’, ‘cyste’, ‘wrat’ en ‘naevus’ en de mate waarin huisartsen uit vijf praktijken in Harderwijk daarna pathologieonderzoek lieten verrichten. Ook de mate waarin de praktijken hierop verschilden, is weergegeven.



Het instuurgedrag van huisartsen zal elders in het land vermoedelijk niet veel anders zijn.

het de patiënt onthouden van therapeutische opties, zoals een schildwachtklierprocedure bij een melanoom.


Voor de diagnoses 'benigne tumor' en 'cyste' was de spreiding in instuurgedrag voor pathologieonderzoek erg groot, respectievelijk 27 tot

72 procent en 0 tot 65 procent. Uit eerder onderzoek blijkt dat in de groep met de klinische diagnose 'cyste' in 3 procent van de gevallen maligniteiten voorkomen; bij een 'simpele' klinische diagnose als 'wrat' was hier bij 6 procent sprake van (bij fibroom in 2%, bij subcutisexcisies in 2,4% en bij verruca seborrhoeica in 4% van de gevallen).⁶ Deze cijfers maken duidelijk dat onder een benigne klinische diagnose van de huisarts relatief vaak maligniteiten schuilgaan. Er zijn nog geen kosteneffectiviteitsstudies gedaan naar pathologieonderzoek van huidexcisies in de eerste lijn. Toch wegen de beperkte onderzoekskosten al snel op tegen de bezorgdheid van de patiënt, het belang van het uitsluiten van maligniteiten, informatie over radicaliteit en zo nodig een correcte adjuvante behandeling van wel gevonden maligniteiten.

Dermatoscopie

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. Het evalueert het inzendinggedrag van vijf huisartsen, allen werkzaam in Harderwijk. De resultaten zijn dus niet zomaar generaliseerbaar. Wel levert het onderzoek voor het eerst informatie op over het instuurgedrag van huisartsen na huidexcisies. Het is niet waarschijnlijk dat het gedrag van huisartsen elders in het land substantieel anders is.

Interessant is wat de overwegingen van huisartsen zijn om al dan niet materiaal in te sturen voor pathologieonderzoek en waarom zij daarin zo sterk verschillen. Mogelijk biedt een enquête – over het inzenden van weefsel – die recentelijk is uitgezet onder huisartsen die samenwerken met Saltro (artsenlaboratorium en trombosedienst, regio Utrecht) meer duidelijkheid. Hierbij wordt ook gevraagd naar de redenen waarom huisartsen wel of niet insturen en of zij dat doen op basis van weefselkenmerken (grootte, kleur en lokalisatie), patiëntkenmerken (leeftijd en voorgeschiedenis) of pluis/niet-pluisgevoel.

Wellicht kunnen ook betere diagnostische mogelijkheden bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Zo wordt in de CBO-richtlijn Melanoom van de huid gesteld dat dermatoscopie de klinische accuratesse aanzienlijk bevordert. Volgens de richtlijn moet deze onderzoeksmethode een vaste plaats krijgen in de klinische diagnostiek van gepigmenteerde huidafwijkingen.⁷ Dermatoscopie wordt in de huisartsenpraktijk echter nog nauwelijks toegepast. Onderzoek naar de validiteit van dermatoscopie in de eerste lijn, en scholing lijken derhalve belangrijk. 

SAMENVATTING

- Pathologieonderzoek wordt per klinische diagnose en per huisarts sterk verschillend ingezet, zelfs bij de diagnose naevus.
- Een onderzoek bij vijf huisartsenpraktijken in Harderwijk laat grote verschillen zien in het aantal kleine chirurgische verrichtingen per huisarts; bij het indiceren hiervoor lijken subjectieve factoren een rol te spelen.
- Er is behoefte aan meer evidence-based richtlijnen om te bepalen of een huid- of subcutisexcisie zinvol is en of vervolgens pathologieonderzoek moet worden ingezet.
- Onderzoek naar de validiteit van dermatoscopie in de eerste lijn en scholing kan de klinische accuratesse aanzienlijk bevorderen.

Literatuur

1. O'Cathain A, Brazier JE, Milner A, Fall M. The cost-effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 13-7.
2. Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams B. Quality of minor surgery by general practitioners in 1990 and 1991. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 364-5.
3. Eulderink F. Hoe juist is de klinische diagnose van huidtumoren verwijderd door huisarts, chirurg en dermatoloog? *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 1618-22.
4. Federman DG, Concato J, Kirsner RS. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. A review of the literature. *Arch Fam Med* 1999; 8: 170-17.
5. Buis PAJ, Chorus R, Van Diest PJ. Value of histopathologic analysis of skin excisions by general practitioners. *BJGP* 2005; 55: 458-60.
6. Buis PAJ, Verweij W, Van Diest PJ. Value of histopathologic analysis of subcutis excisions by general practitioners. *BMC Family Practice* 2007; 8: 5
7. CBO. Richtlijn Melanoom van de huid. Utrecht, CBO, derde herziening 2004.