



APRIL 2007

#5

Nieuwsbrief voor huisartsen
Regio Den Haag, Utrecht en Nijmegen

Uit de praktijk:
**basaal-
celcarcinoom**

Nieuws uit de kliniek:
**week van
de huid**

Kennisvraag:
**actinische
keratosen**

Interview
**Ype Faber,
dermatoloog**

Dr. Daan J. der Kinderen

Getrouwd en twee dochters
Praktijk: Mauritskliniek Nijmegen



Sinds februari 2007 is dr. Daan der Kinderen werkzaam in de Mauritskliniek Nijmegen. Hij heeft zijn opleiding tot dermatoloog in Nijmegen gevolgd, waarna hij een groot aantal jaren werkzaam is geweest in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. In deze grote maatschap heeft dr. der Kinderen onder andere de functie van opleider vervuld en op deze wijze was hij binnen de maatschap verantwoordelijk voor de arts-assistenten in opleiding tot dermatoloog.

De heer der Kinderen heeft zich, naast de algemene dermatologie, verder gespecialiseerd op het gebied van de flebologie en de dermato-oncologie.

Hij heeft jarenlange ervaring in het behandelen van spataderen door middel van duplex gecontroleerde sclerocompressie therapie met foam en de endovasculaire laserbehandeling. Hij introduceerde deze innovatieve behandeling in Nederland in 2001. Endoveneuze laserbehandeling onder plaatselijke verdoving is inmiddels de nieuwe standaard in de behandeling van varices en heeft daarmee het traditionele strippen vervangen. Ook heeft hij veel ervaring met uiteenlopende technieken in de dermatochirurgie, zoals het sluiten na huidexcisies door middel van reconstructie met plastieken en huidtransplantatie, dermabrasie, chemische peeling, laser en fotodynamische therapie.

Agenda

Vanaf mei 2007

Huidafwijkingen bij kinderen
Meerdere data in verschillende steden
www.scem.nl

24 mei 2007

Wondzorgcongres
Congrescentrum De Reehorst, Ede
www.wondzorgcongres.nl

15 juni 2007

NHG Wetenschapsdag
Diagnostiek in de praktijk. Amsterdam
www.lovah.nl

18 – 22 juni 2007

Week van de huid
In alle vestigingen van de Mauritskliniek.
Zie achterzijde nieuwsbrief voor meer informatie.
www.mauritsklinieken.nl

21 – 24 juni 2007

Tweede internationale psoriasis congres
Parijs, Palais des Congrès
www.pso2007.com

Juli 2007

Nieuwe editie nieuwsbrief
Mauritsklinieken
www.mauritsklinieken.nl

Mauritsklinieken

Spreekuren Den Haag,
Utrecht en Nijmegen
Maandag t/m vrijdag 8:00 – 17:00

Avondspreekuur Den Haag
Elke maandag van 18:00 – 21:00

Avondspreekuur Utrecht
Elke maandag van 18:00 – 20:00

Uit de praktijk

Het basaalcelcarcinoom

door dr. D.J. der Kinderen

Van alle vormen van kanker zijn tumoren uitgaande van de huid het meest voorkomend: meer dan een derde van alle maligniteiten. Van alle huidmaligniteiten is het basaalcelcarcinoom het meest voorkomend. Opvallend is de stijging in de incidentie. Men schat dat het voorkomen van basaalcelcarcinoom de laatste 15 jaar is verdubbeld.

In het management van het basaalcelcarcinoom speelt de huisarts een belangrijke signalerende rol. Immers de vooruitzichten voor de genezing zijn uitstekend. Vroegdiagnostiek draagt in belangrijke mate bij aan het te bereiken resultaat, waarbij het cosmetisch aspect zeker ook een belangrijk onderdeel is.

Het basaalcelcarcinoom is een langzaam groeiende tumor. Metastasering is anekdotisch, maar het basaalcelcarcinoom kan lokaal agressief groeien en infiltreren in vitale structuren in de huid zoals zenuwweefsel, kraakbeen en bot.

De best herkende risicofactor is zonlichtbelasting. De huid van de meeste patiënten met een basaalcelcarcinoom toont aanvullende kenmerken van huidbeschadiging door zonlicht zoals pigmentvlekken, de lentiginaes solaris, solaire elastose zich uitend in rimpels en actinische keratosen. Het gelaat is de meest voorkomende locatie, met een incidentie van meer dan 80% van alle basaalcelcarcinomen. Echter niet alle basaalcelcarcinomen komen voor op die arealen waar de huid het meest door zonlicht beschenen is. Het basaalcelcarcinoom komt bijvoorbeeld weinig voor op de handruggen, ook als de zonlichtbelasting hoog is, maar juist wel regelmatig op de romp, waar de zonlichtbelasting minder is.

De anamnese kan heel kenmerkend zijn. Vaak spreken de patiënten over een niet genezend wondje waar herhaaldelijk een korst op komt. Als het korstje eraf valt bloedt de laesie gemakkelijk waarna schijnbaar herstel optreedt totdat er weer een korstje verschijnt. Niet altijd is de presentatie zo typerend. Een nodulair basaalcelcarcinoom met een solide groeiwijze kan in een vroege fase moeilijk te onderscheiden zijn van een dermale naevus of een talgklier hyperplasie.

Een basaalcelcarcinoom van het morfea type kan zich presenteren als een ingezonken littekentje. Wel kunnen er teleangiëctasieën zichtbaar zijn, maar korstvorming en ulceratie wordt bij deze vorm juist weer zelden gezien. Dit type infiltreert veel meer en dieper in de huid dan het solide groeiend type en is daarmee moeilijker te behandelen.

Patiënten met een etnisch donkere huid hebben zelden een basaalcelcarcinoom. Bij hen zijn deze tumoren vaak donker gepigmenteerd, wat het onderscheid met een verruca seborrhoeica of een donkere naevus moeilijk maakt.

Aan de romp zijn één of meerdere muntgrote laesies met opvallende roodheid en schilfering de meest voorkomende presentatie van het superficiael type basaalcelcarcinoom. Dit type toont een langzame toename in grootte, maar blijft heel oppervlakkig. De symptomen, soms een branderige sensatie of jeuk, maakt mede het onderscheid moeilijk met het veel vaker voorkomend nummulair eczeem of psoriasis.

Basaalcelcarcinomen komen vaker voor in een huidareaal dat door jarenlange ontsteking is verlittekend. Echter een hypertrofische laesie in een litteken waar eerder een basaalcelcarcinoom is verwijderd kan een recidief tumor doen vermoeden, maar dit wordt vaak veroorzaakt door tijdelijke weefselhypertrofie in het proces van de wondgenezing.

In de behandeling is complete verwijdering het primaire doel, maar de gekozen behandeling moet dit bereiken met een optimaal cosmetisch resultaat. De lokalisatie van de tumor speelt een belangrijke rol bij de keuze voor de optimale behandeling. De behandeling van

basaalcelcarcinomen heeft verstrekkende implicaties voor de cosmetiek vooral in die arealen die voor het gelaat belangrijke functionele structuren dragen, namelijk rond de neus, ogen en de mond, alsmede de oorschelp. Niet alleen komen in deze arealen de basaalcelcarcinomen het meest voor, ook is hier de kans op tumorrecidief na behandeling relatief het grootst. Een biopt kan belangrijke informatie geven over de groeiwijze, en daarmee het onderscheid maken tussen een solide groeiend en morfea type basaalcelcarcinoom welke beide in het gelaat vaak voorkomen.

Excisie met histologische wondrandcontrole is de behandeling met de hoogste kans op genezing. Met excisie is een kans op genezing te bereiken van 97-100%.

Voor grote tumoren, tumoren welke centraal in het gelaat voorkomen, recidief basaalcelcarcinomen en voor tumoren met een sprieterige groeiwijze wordt daarbij soms gekozen voor een behandeling waarbij na excisie in eerste tempo eerst door middel van histopathologisch onderzoek zekerheid is verkregen omtrent de snijranden alvorens in tweede tempo tot sluiting over te gaan. Vaak is hiervoor een plastiek nodig waarbij door middel van opschuiven, rotatie of transpositie de omgevende huid wordt gebruikt om het defect te sluiten.

Patiënten die ooit een basaalcelcarcinoom hebben gehad dragen een verhoogd risico op nieuwe huidmaligniteiten. Controle daarop is niet alleen een zorg van de patiënt maar ook een gedeelde taak van huisarts en dermatoloog.

In onze volgende nieuwsbrief zullen we nader ingaan op actinische keratosen. Om uw kennis alvast te testen vragen we u het juiste antwoord te geven op onderstaande kennisvraag.

Kennisvraag Wat is onjuist?

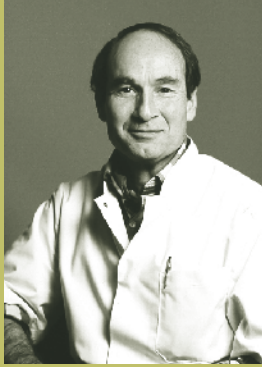
Het juiste antwoord van onze vorige kennisvraag was antwoord C. De ontvanger van de fles wijn is de heer P. Sipkes, apotheker in apotheek Seghwaert te Zoetermeer

Een actinische keratose:

- A** is een benigne blijvende erythemateuze huidafwijking met adherente schilfering
- B** is een huidafwijking met potentiële doorgroei naar plaveiselcelcarcinoom
- C** is een huidafwijking met potentiële doorgroei naar basaalcelcarcinoom
- D** kan zowel uitgroeien richting basaalcelcarcinoom als plaveiselcelcarcinoom

Antwoorden kunnen per e-mail o.v.v. naam en adres verzonden worden naar info@mauritsklinieken.nl. Onder de goede inzenders verloten wij een mooie fles wijn.

De dermatologen van de Mauritsklinieken



Graag stellen wij in elke nieuwsbrief één van onze dermatologen nader voor aan de hand van hun specifieke interesse en hun visie op ontwikkelingen binnen de dermatologie.

Drs. Ype A. Faber begon als een van de eerste dermatologen in de Mauritskliniek Den Haag en houdt sinds eind 2006 in de Mauritskliniek Utrecht zijn spreekuur.

Heb je een specialisme in de dermatologie, dat je voorkeur geniet?

Eigenlijk is er geen aspect van de dermatologie dat me niet interesseert en bezighoudt. Om een voorbeeld te geven: dagelijks behandel ik mensen met huidkanker die een huidchirurgische behandeling krijgen, maar zie ik ook kindertjes met schimmelinfecties op het hoofd, die gedurende enkele weken antimycotica nodig hebben om van deze lastige aandoening te genezen. Deze aandoening, tinea capitis, was onderwerp van een onderzoek dat ik een aantal jaar geleden deed en waaruit bleek dat er minimaal vijf verschillende schimmeltypen de veroorzaker kunnen zijn. Sommige typen zijn specifiek voor mensen terwijl andere juist vaak bij huisdieren voorkomen en van daaruit op de mens overgaan. Iets om rekening mee te houden bij de behandeling en preventie. Vaak ook zie je dat meerdere kinderen in een gezin of schoolklas besmet zijn, en je dus met een epidemiologische blik het ene patientje in zijn context moet bekijken.

Voor de behandeling van huidkanker is het van belang onderscheid te maken tussen de verschillende typen huidkanker. Het basaalcelcarcinoom is veruit de meest voorkomende soort kanker. Onder de microscoop wordt duidelijk dat het een woekering betreft die zich niet aan de regels houdt en die we dus als kwaadaardig moeten bestempelen. Aan de andere kant doet deze soort kanker er over het algemeen lang over om uit te groeien tot een tumor die meer dan oppervlakkige schade oplevert en is uitzaaiing een zeldzaamheid. De patiënt die begrijpelijkerwijs erg schrikt van de term kanker, verdient dus een uitleg over de beperkte dreiging van basaalcelcarcinoom. Ook is een uitleg over preventie door UV-protectie noodzakelijk.

Zijn er nog verbeteringen te verwachten in de behandeling van dit soort kanker?

Wat bij de behandeling van dit type huidkanker natuurlijk een rol speelt is dat het veel voorkomt in het gezicht en dat we de behandeling dus ook cosmetisch moeten optimaliseren. Vaak lukt dat chirurgisch prima, maar voor sommige huidtumoren is er een ontwikkeling gaande waarbij met een soort zeer sterke lichtbron de tumorcellen opgeruimd worden. Daarmee worden mooie resultaten bereikt.

Krijgt de cosmetische kant van dermatologie ook je aandacht?

Zeker! Ik ben ervan overtuigd dat veel huidaandoeningen een, vaak aanzienlijke, invloed hebben op de communicatie. Veel van onze patiënten storen zich 's zomers aan plekken op hun huid die dan zichtbaar worden en die 's winters onopgemerkt blijven door hun kleding. Dat zijn dan patiënten die een huidziekte hebben. Ook zijn er natuurlijk mensen te over die ontevreden zijn met

een aspect van hun uiterlijk dat niet als een huidziekte geduid wordt. Toch moeten we naar mijn idee, ook serieuze aandacht besteden aan de noden van deze laatste groep mensen. Alleen constateren dat er geen aantoonbare ziekte is is niet voldoende, vind ik.

Zie je nog andere ontwikkelingen aankomen die de dermatologische praktijk zullen veranderen?

Voor ernstige chronische aandoeningen komen steeds weer nieuwe geneesmiddelen beschikbaar die een plaats in de dermatologie zullen krijgen. De biologicals voor psoriasis zijn daarvan een voorbeeld. Lastig natuurlijk is de beginfase waarin alle betrokken partijen, waaronder de zorgverzekeraars, ervaring moeten opdoen met deze middelen. De dermatoloog zal vaker moeten samenwerken met andere disciplines om deze nieuwere behandelingen veilig toe te passen.

Ook een prachtige ontwikkeling is de veel minder belastende manier van spataderbehandeling met de endovasculaire laser, waarbij zowel geweldige cosmetische als functionele voordelen te behalen zijn.

Iets heel anders zijn de technologische ontwikkelingen, die snelle communicatie betreffende de patiënt mogelijk maken. In de Mauritskliniek werken we met elektronische patiëntendossiers, waardoor je altijd alle informatie bij de hand hebt en de papierwinkel kleiner wordt. Ik verwacht dat de brieven die we nu op papier versturen in de toekomst wellicht ook digitaal verstuurd zullen worden zodat we nog sneller de huisarts en andere collegae kunnen inlichten en raadplegen.

Al met al goede vooruitzichten voor een prachtig vakgebied, waarop ik nooit uitgekeken raak.



Nieuws uit de kliniek

Vernieuwde website Mauritsklinieken

Op 22 februari is de vernieuwde website van de Mauritsklinieken (www.mauritsklinieken.nl) gelanceerd.



Het doel van de vernieuwde website is de zorg voor de patiënten te optimaliseren. De website is dan ook gebruiksvriendelijk, simpel van opzet en zorgt dat mensen direct de informatie krijgen die zij wensen. Ook is er de mogelijkheid tot het online stellen van vragen of het maken van een afspraak. De website geeft informatie over de meest voorkomende huidaandoeningen en laat de dermatologen aan het woord over hun specialisaties. Tevens zijn al onze nieuwsbrieven ook online te vinden.

De site wordt in de toekomst verder uitgebouwd tot informatieportaal, voor zowel huisartsen als patiënten, waarin aandoeningen en behandelingen verder worden toegelicht.

Avondspreekuur Mauritskliniek Utrecht

Vanaf maandag 2 april is de Mauritskliniek Utrecht gestart met een avondspreekuur op elke maandagavond van 18.00 tot 20.00 uur.



De Mauritskliniek Utrecht is hiermee de tweede vestiging, na de vestiging in Den Haag, die met een avondspreekuur begint. Hiermee voldoet ze aan de groeiende vraag van patiënten om ook in de avonduren terecht te kunnen met huidaandoeningen.

Afhankelijk van de behoefte van de patiënten zal de Mauritskliniek Utrecht haar spreekuren verder uitbreiden zodat de korte wachttijden blijven bestaan.

Week van de huid

De week van 18 t/m 22 juni 2007 zal geheel in het teken van de huid staan.

Zo zal er een open spreekuur worden gehouden voor iedereen die langs wil komen om vrijblijvend vragen over hun huid aan een van onze dermatologen te stellen. Voor de huisarts zal in de week van de huid de mogelijkheid worden geboden tot het volgen van workshops.

Meer informatie over de week van de huid zult u binnenkort ontvangen.

Deze nieuwsbrief is een uitgave van **Stichting Mauritsklinieken**

Eindredactie,
Sandra Angnoe-Lagerwaard
Coördinatie,
Purpura, pure pr
Vormgeving & realisatie,
Werf 3

Teksten uit deze uitgave mogen worden overgenomen, graag ontvangen wij daarvan bericht op info@mauritsklinieken.nl

Mauritskliniek Den Haag

Mauritskade 25
2514 HD Den Haag
tel.: (070) 364 84 41
fax: (070) 346 50 06
www.mauritsklinieken.nl

Mauritskliniek Utrecht

Burgemeester Reigerstraat 72
3581 KW Utrecht
tel.: (030) 251 15 52
fax: (030) 254 25 15
www.mauritsklinieken.nl

Mauritskliniek Nijmegen

Berg en Dalseweg 101
6522 BC Nijmegen
tel.: (024) 322 43 42
fax: (024) 323 81 51
www.mauritsklinieken.nl



MAURITSKLINIEKEN
POLIKLINIEK DERMATOLOGIE