

Verdwijnt de reconstructie na huidkanker uit het palet van de plastisch chirurg?

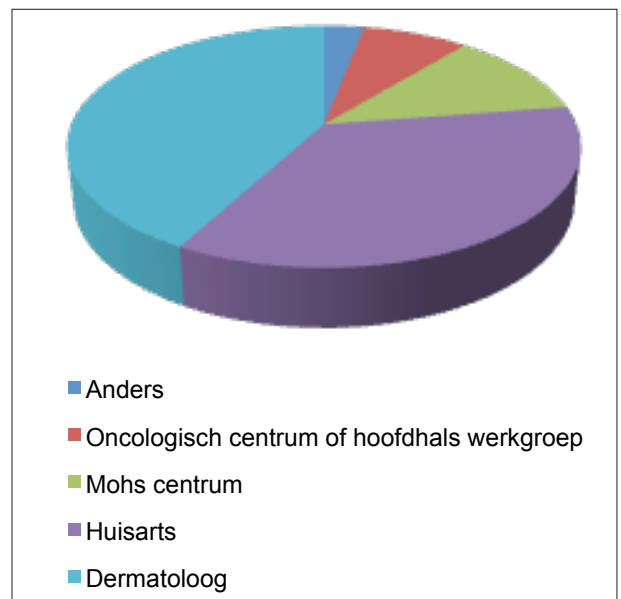
Resultaten van een vragenlijst naar het gebruik en voorkomen van Mohs en reconstructies

N. Noordzij, I. Westra, T.G. Guitton, C.M. Mouës-Vink

Patiënten met huidkanker van het non-melanocytair type (NMSC), zoals het basaalcelcarcinoom (BCC) en plaveiselcelcarcinoom (PCC), werden vanuit oudsher door verschillende partijen binnen een ziekenhuis gezien en geopereerd, variërend van dermatoloog tot keel-, keus- en oorarts (kno), mond-kaak en aangezichtschirurg (mka) of plastisch chirurg, al naar gelang de lokale protocollen en onderlinge afspraken. Van oudsher komen de verwijzingen naar de plastisch chirurg met name via de dermatoloog of direct via de huisarts, maar nu ervaart men dat de verwijzing ook vanuit andere richtingen plaatsvindt (figuur 1). Sinds het ontstaan van mohscentra en het veranderen van de opleiding dermatologie van beschouwer naar deels snijder, hebben wij in het Noorden van Nederland een duidelijke verschuiving gemerkt in het dermatologisch zorglandschap. Om een beter beeld te krijgen of dit een situatie is die zich op meerdere plekken van het land ontwikkelt en hoe collega's in het land deze verandering ervaren, werd een vragenlijst gestuurd naar alle leden van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC). De antwoorden op deze vragenlijst worden in dit artikel gepresenteerd.

MATERIAAL EN METHODEN

Alle leden van de NVPC werden via een e-mail benaderd die werd verspreid via het landelijke secretariaat in februari 2017. Naast een korte toelichting van het doel van de studie werd behoudens een link naar de onlinevragenlijst (Survey-Monkey (Palo Alto, CA, USA) geen overige informatie gegeven. Deelname was geheel vrijwillig. Om een zo breed mogelijke landelijke dekking van respondenten te krijgen, zijn na inventarisatie van de respondenten en de regio's waarin zij werkzaam zijn, enkele collega's persoonlijk benaderd de vragenlijst in te vullen. Nadien werd nagenoeg elke kliniek in Nederland door ten minste één plastisch chirurg vertegenwoordigd in de survey en waren alle regio's vertegenwoordigd (figuur 2). De vragenlijst bestond uit 31 vragen: openvragen, meerkeuzevragen, stellingen en schattingen van percentages (zie bijlage 1). In totaal werd de survey over mohschirurgie door 70 plastisch chirurgen ingevuld, 6 van de 70 respondenten waren aios.



Figuur 1. Verwijzingspatroon naar plastisch chirurg.

RESULTATEN EN DISCUSSIE

Respondenten verkrijgen verwijzingen in 98% via de dermatoloog, 82% via de huisarts in 27% via een mohscentrum en in 19% via een oncologische werkgroep (figuur 1). Bij 52 van de 70 respondenten is er een mohscentrum in de buurt of in het eigen ziekenhuis. In totaal meldt 39/70 dat Mohs een verandering van het zorglandschap heeft gegeven, 13/70 vindt dat niet en 18/70 beantwoordt dit met niet van toepassing (deze laatste groep heeft geen mohscentrum in de omgeving). 26 van de 52 respondenten met een mohscentrum in of direct bij het ziekenhuis geeft aan dat na de komst van Mohs er een afname van het aantal reconstructies door de plastische chirurg wordt bemerkt. Redenen daarvoor lopen uiteen: patiënten worden niet meer primair gepresenteerd aan de plastisch chirurg, patiënten worden direct doorverwezen door de huisarts naar een aanwezige mohskliniek en lokale huidreconstructies worden door de dermatologen zelf gedaan. Een aantal collega's merken daarentegen met enthousiasme op dat met de komst van mohschirurgie er duidelijk grotere defecten en complexere pathologie zijn gekomen die wel de plastisch chirurg ten deel vallen (zoals gemeld door het Catharina Ziekenhuis, Erasmus MC,

N. Noordzij, afdeling Plastische Chirurgie, Medisch Centrum Leeuwarden

I. Westra, afdeling Plastische Chirurgie, Medisch Centrum Leeuwarden

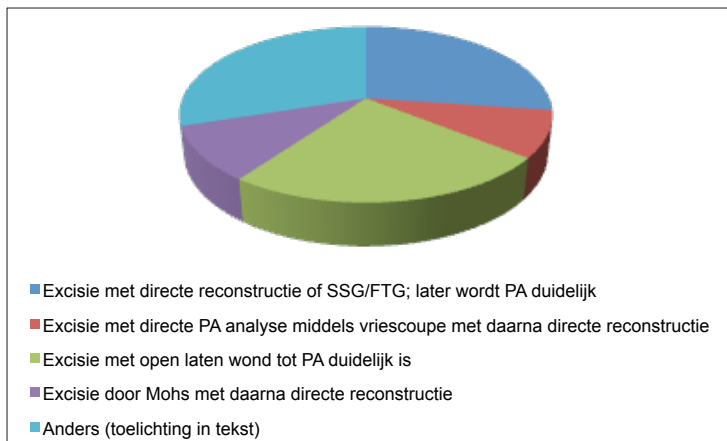
T.G. Guitton, afdeling Plastische chirurgie UMCG, Groningen

C.M. Mouës-Vink, afdeling Plastische Chirurgie, Medisch Centrum Leeuwarden



Figuur 2. Lokaties respondenten Survey Monkey.

Isala, Jeroen Bosch Ziekenhuis en Albert Schweitzer Ziekenhuis). In zijn algemeenheid wordt geschat dat ongeveer 50% van de reconstructies door de plastisch chirurg wordt uitgevoerd, en ongeveer 39% door de dermatoloog. De reconstructies onder lokale verdoving worden vrijwel evenveel door de plastisch chirurg als door de dermatoloog uitgevoerd. 45 van de 70 respondenten geven aan een goede tot zeer goede relatie met de dermatologie te onderhouden. Defecten die niet primair kunnen worden gesloten, behoren in principe pas gereconstrueerd te worden nadat de snijranden van het preparaat vrijgegeven zijn van tumor. Uit deze survey blijkt dat het hanteren van deze wijze van reconstrueren niet altijd wordt gevolgd. Bij afwezigheid van directe pathologische analyse kiest 24% voor het openlaten van de wond tot definitieve pathologie-uitslag of voor vroegtijdig sluiten van de wond met een huidtransplantaat of reconstructie in afwachting van de uitslag (27%) (figuur 3). Bij deze laatste methode plaatst men de kanttekening dat de verwachting op radicaliteit hoog is, aangezien een protocollaire marge van 3-5 mm is nagestreefd. In deze twee beschreven vormen van behandelingen verschuilt zich, naar onze mening, een medisch technische verschraling. Het is niet moeilijk u voor te stellen dat het openlaten van het defect voor de



Figuur 3. Logistische aanpak voor de behandeling van een huidtumor die te groot is om primair te sluiten.

patiënt een onprettige en onnodige onzekerheid geeft met de nodige ellende van wondzorg van dien. Dit is een van de belangrijkste redenen geweest waarom de dermatoloog besloten heeft zichzelf te bekwamen in de pathologische analyse. Als het je 'core business' is om huidkanker weg te halen dan zorg je ervoor dat dat zorgpad goed verloopt. Nadat dit, ondanks magere wetenschappelijke evidence, omarmd werd door de zorgverzekeraar en ziekenhuizen, zijn de klinieken van start gegaan met mohschirurgie. Al snel bleek niet alleen de pathologie maar ook de reconstructie een mooie nieuwe aanvulling op het armentarium van de dermatoloog. Dat landelijk niet alle respondenten het vertrouwen hebben dat een dermatoloog het pathologisch onderzoek net zo goed beheerst als een daarvoor fulltime opgeleide patholoog wordt weergegeven in een getal van 60/70 in nadeel van de dermatoloog. De leden die wel positief zijn over het beoordelingsvermogen van de dermatoloog hebben allen een mohscentrum in of nabij het ziekenhuis. Derhalve zou de uitspraak 'wat men niet kent, vertrouwt men niet' hier natuurlijk van toepassing kunnen zijn. Er bestaat een specifieke opleiding voor Mohs micrografische chirurgie en er is een leidraad opgesteld waar dermatologen met aantekening Mohs micrografische chirurgie aan dienen te voldoen. [2]

De directe snijrandcontrole met Mohs en Modified Mohs is gebaseerd op peroperatief vriescoupeonderzoek. Het is opvallend te noemen dat er weinig kennis is onder de respondenten over de exacte procedure rondom Mohs. Er zijn een aantal belangrijke verschillen of discussiepunten: bij Mohs micrografische chirurgie wordt van een uitgesneden preparaat het gehele snijvlak peroperatief (door middel van horizontale vriescoupes) onderzocht. Met de peroperatief verkregen vriescoupes wordt bijna 100% van het snijvlak histologisch onderzocht, waarbij volledige radicaliteit nagestreefd wordt (zie artikel Strooker et al. in dit tijdschrift voor de visuele ondersteuning). [3] Het primaire doel was zo krap radicaal mogelijk te opereren, zodat men ook zo minimaal mogelijk hoeft te reconstrueren. Op de vraagstelling welke stappen allemaal behoren tot de mohsmethode werd door 11/70 het juiste antwoord gegeven. De volgende opties konden worden gekozen; 1) komvormige excisie, 2) krappe marge van 1 mm, 3) opdelen van weefsel in kwadranten, 4) platdrukken van het weefsel, 5) re-excisie door schilvormige excisies. Men had de mogelijkheid meerdere opties te kiezen. Het meest opvallend was de missende 'krap radicale excisie' bij 41 van de 52 respondenten die samenwerken met of in een mohscentrum. Bij verder navragen blijkt een mogelijke verklaring te liggen in het feit dat het standpunt van de krappe excisie is verlaten ten einde het aantal re-excisies en dus de duur van de procedures te verminderen. Dit zou dan een duidelijke aanpassing zijn van de initiële visie achter het mohsprincipe.

De indicatiestelling voor mohsverrichtingen is vastgesteld in de richtlijn BCC 2015 (tabel 1). Inmiddels is het aantal indicaties voor Mohs in de Amerikaanse richtlijn gegroeid tot 200 histopathologische soorten en locaties. [1] Het betreft niet meer alleen NMSC's in het gelaat, maar van alle locaties behalve van de romp/extremiteten indien de afwijking klei-

Tabel 1. Landelijke richtlijn voor behandeling BCC door middel van Mohs.

Primair BCC in de H-zone > 10 mm;
Primair BCC op oogleden en ala nasi/neuspunt > 5 mm
Primair BCC in het gelaat buiten de H-zone > 10 mm van een agressief groeitype of > 15 mm met een nodulair groeitype
Recidief BCC in het gelaat
Irradicaal geëxcideerd BCC in het gelaat

ner is dan 1 cm (romp en extremiteiten exclusief pretibiale regio, handen, voeten, nagels en enkels). Het betreft niet alleen meer de agressieve vormen of recidieven zoals beschreven in onze landelijke richtlijn 2015, maar alle vormen van BCC, inclusief de laaggradige. Ook premaligne afwijkingen als Bowen, lentigo maligna en in-situmelanoom worden gerekend tot de indicaties. Met deze ongebreidelde toename in indicatiestelling is onze verwachting dat Mohs nog maar aan het begin staat van zijn opmars.

MONKEY SURVEY OPENRESPONSMOGELIJKHEDEN

In de openresponsmogelijkheden hebben we nog veel leerzame tips gekregen en een aantal duidelijke aanvullingen. Zo gaven vele respondenten aan dat een nadelig effect van de mohsprocedure voornamelijk de lange behandelingsduur is. Doordat de excisie, pathologie en de reconstructie in een hand liggen, zal een patiënt moeten wachten totdat al de stappen doorlopen zijn voordat reconstructie kan plaatsvinden. Met krappe marges zal een excisie vaker leiden tot niet vrije resectieranden en kan een laesie in de oudere patiënt met veel actinische schade overgaan van de eerste huidkankerlocatie naar de volgende. Redenen voor een verlengde proceduretijd die in sommige gevallen een hele dag in beslag kan nemen. Vooral ingrepen bij deze patiëntenpopulatie van respectabele leeftijd is de vraag of mohschirurgie niet gewoon een 'bridge too far' is.

Naast de lengte van de procedures geven de respondenten tevens de opvallend grote of diepe defecten aan. De reden hiervan lijkt in twee zaken schuil te liggen. Het ene heeft te maken met de tissue handeling en de ervaring van degene die het weefsel eruit snijdt. Waar snij ik, tot waar loopt de basale lamina en tot waar loopt dus de tumor. Het tweede ligt in de horizontale weefsel analyse waardoor je het zicht over de verticale groei, ofwel de diepte van een huidtumor, verliest. Om na de eerste komvormige excisie dan zeker te zijn van de marges is het aannemelijk dat er een keus wordt gemaakt dieper te snijden dan noodzakelijk of nogmaals te snijden. Het is belangrijk de groeiwijze van de basale cel te onthouden die vanuit de huidadnexen ontstaat. Een verticale aansnijding laat mogelijk een haarzak zien terwijl diezelfde haarzak aangesneden in een horizontale coupe een groep basale cellen toont.

Naast tijd en expertise maken respondenten zich natuurlijk zorgen over de afname van het aantal door ons uitgevoerde reconstructies. We zijn er als vakgebied van overtuigd dat de reconstructies door de plastische chirurg behoort te worden uitgevoerd (66/70). Een opmerkelijke collega weet te vertellen dat huidreconstructies recent in het opleidingsplan van de dermatologie zijn toegevoegd. Hiermee zal er een tijdperk aanbreken waarin het aantal dermatologen met een aantekening tot 'dermatologisch chirurg' verder zal groeien. Daarbij geven met name de respondenten in functie van aios aan dat het afnemen van het aantal reconstructies in hun kliniek een gemis is voor de opleiding.

Juist nu de 'mohsbeweging' niet te stoppen is, is het belangrijk om samen goede afspraken te maken om tegenwicht te bieden en een goede samenwerking met de dermatologen te behouden. Uit de antwoorden van enkele respondenten leek een dergelijke samenwerking reeds bestendigd. Deze respondenten hebben wij benaderd met nog 5 vragen (tabel 2). Hieruit bleek dat de zorg zeer verschillend is georganiseerd en ook de samenwerkingsstructuren zeer verschillend zijn. Aan de ene kant laat dit zien dat samenwerking op verschillende manieren bereikt kan worden, maar aan de andere kant laat dit duidelijk zien dat het bereiken van consensus

Tabel 2. Inrichting van de mohschirurgie in enkele klinieken.

	MDO/gezamenlijk spreekuur ?	Afspraken over de verdeling van de productie	DBC/DOT	Reconstructie op dezelfde dag als excisie?
Kliniek 1	Wekelijks	Complexe patiënten voor de plasticus, wel onduidelijk wat 'complex' precies is.	501, 503, 505, 023, 024, 037, 035, 036, 071, 072	Reconstructie nooit op dezelfde dag. Vaak volgende dag, soms 2-3 dagen of week later.
Kliniek 2	1-2 keer per maand	Klinische OK, dan gesloten door plasticus. Patiënten aangeleverd door plasticus, defect gesloten door plasticus.	DOT voor OK, DOT voor gezamenlijke beoordeling en MDO	Onder lokaal dezelfde dag op de POK, bij te verwachten reconstructie al tijd gereserveerd op OK.
Kliniek 3	Informeel overleg	Op een Mohs dag worden 3 van de 5 defecten door de plastisch chirurg gesloten.	501, 503, 505, 023, 024	Onder lokaal dezelfde dag op de POK, bij reconstructie op OK binnen 1 week.
Kliniek 4	Geen spreekuur	Geen duidelijke verdeling, 1 à 2 patiënten per week.	501, 503, 505, 023	Dezelfde dag reconstructie.

en afspraken met andere specialismes een moeilijke opgave kan zijn en toch nog te vaak van toevalligheid of ‘gunfactor’ kan afhangen.

In het Medisch Centrum Leeuwarden wordt de vriescoupe methode al ruim 22 jaar toegepast (sinds 2017 onder de naam gemodificeerde Mohs), waarbij de excisie door plastisch chirurg of dermatoloog plaatsvindt, de analyse van het weefsel door de patholoog en de reconstructie direct daarna volgt door een van beide specialisten. De vriescoupeanalyse vindt plaats volgens het verticale bread loaf-principe (zie artikel Strooker et al. in dit tijdschrift). [3] De excisie vindt plaats volgens protocol met marges van 3 of 5 mm voor nodulaire of sprieterig groeiende BCC, respectievelijk. De methode wijkt niet af van die van een normale histopathologische analyse zoals dat ook van resecties van maag, darm of lever plaatsvindt. Het merendeel van de reconstructies vindt plaats door de plastisch chirurg en er bestaat een goede samenwerking tussen de specialismen, waarbij ook andere specialisten van deze methode gebruik kunnen maken. Het voordeel van deze techniek is de toepasbaarheid in vele klinieken waarin directe pathologische analyse tot de mogelijkheid behoort (alle oncologische centra waar de vriescoupe methode aanwezig is). Daarnaast is de snelheid van de analyse door de sprongsgewijze histologische methodiek een voordeel voor patiënt (reductie snijtijd, ligtijd en wachttijd) en voor de logistieke uitvoerbaarheid van de reconstructies (direct versus uitgesteld). De service naar de patiënt is hoog zonder verlies van de regie. Belangrijker nog: wij, in het MCL, durven te beweren dat de gaten kleiner zijn en de controle van het weefsel minimaal gelijk in nauwkeurigheid ten opzichte van Mohs. Dit laatste kan men afleiden uit het aantal recidieven na 5 jaar follow-up (zie artikel Hutting et al.). [4] Vanuit oncologisch oogpunt vinden wij het goed dat de beslissing of een laesie radicaal verwijderd is, zeker in de krappe gevallen, niet ligt bij degene die het defect moet reconstrueren. Wij adviseren de respondenten (54%) die zich nu verplicht voelen een excisie te verrichten zonder directe pathologische controle, om in gesprek te gaan met uw patholoog. Zeker de ziekenhuizen met een patholoog ‘in-situ’ kunnen vrij makkelijk van hun aanwezigheid gebruikmaken mits de afspraken rondom de financiën en logistiek goed geregeld zijn. Wij gebruiken hiervoor de DOT 035 (excisie PW/Mohs/reconstructie) met een waarde rond 1700-1900 euro, waarbij de patiënt onder lokale verdoving wordt geopereerd en voor dagopname wordt opgenomen. Aan de patholoog wordt vanuit deze DOT het bedrag van 295 euro per patiënt betaald, waarbij de duur van de analyse gemiddeld 15 minuten is.

CONCLUSIE

Uit de survey komt duidelijk naar voren dat in het hele land een verandering gezien wordt sinds de opkomst van mohscentra. Alhoewel enkele respondenten een toename van het aantal patiënten bemerken, geven de meeste respondenten een afname van het totale patiënten aanbod aan. De patiënten die wel worden aangeboden voor reconstructie hebben geregeld grotere defecten dan voor de introductie van Mohs. De logistiek rondom behandeling van NMSC in het gelaat is

verschillend ingericht op verschillende plekken in het land. Dit bemoeilijkt het mogelijk om consensus over de zorg te verkrijgen bij de gehele vereniging. Toch zijn wij van mening dat het belangrijk is om dit aandachtsgebied niet te verliezen. Reconstructies in het gelaat zijn altijd een groot onderdeel van het werk van de plastisch chirurg geweest. Zowel de specialisten als de aios geven aan zich zorgen te maken over de schaarste van het aanbod van kleinere reconstructies in het gelaat, wat gezien wordt als een belangrijk onderdeel van de opleiding plastische chirurgie.

‘Start working together’ is ook hier zeer van belang, met andere specialismen, maar bovenal binnen onze eigen beroepsgroep komen tot een duidelijke visie met betrekking tot de reconstructies. Dit zal het verschil maken met of wij in de toekomst de zorg rondom reconstructies na excisie van NMSC’s zullen blijven doen.

Ieder van u die geïnteresseerd is in de werkwijze rondom de Modified mohstechniek nodigen wij van harte uit een kijkje te komen nemen in het MCL.

LITERATUUR

1. *The American Academy of Dermatology, American College of Mohs Surgery, American Society for Dermatologic Surgery Association, and the American Society for Mohs Surgery. AAD/ACMS/ASDSA/ASMS 2012 appropriate use criteria for Mohs micrographic surgery. J Am Acad Dermatol 2012;67(4):531-50.*
2. *Leidraad Mohs micrografisch chirurgie, NVDV; <http://www.nvdv.nl/wp-content/uploads/2014/09/2015-03-01-Leidraad-Mohs-Micrografisch-Chirurgie.pdf>.*
3. *Strooker JA, Schouten MEL, Hop J, Moues CM; To Mohs or not to Mohs, that's the question; deze editie NTVG*
4. *Hutting KH, Bos PG, Kibbelaar RE, Veeger NJGM, Marck KW, Mouës CM; Effective excision of cutaneous squamous cell carcinoma of the face using analysis of intra-operative frozen sections from the whole specimen. J Surg Oncol 2017;26:1-6.*

CORRESPONDENTIEADRES

N. Noordzij, afdeling Plastische Chirurgie,
Medisch Centrum Leeuwarden
E-mail: niels.noordzij@znb.nl

SAMENVATTING

Inleiding: Patiënten met huidkanker van het non-melanocytair type (NMSC) werden van oudsher door verschillende partijen binnen het ziekenhuis gezien en geopereerd. Sinds het ontstaan van mohscentra hebben wij in het Noorden van Nederland een duidelijke verschuiving bemerkt in het dermato-oncologische zorglandschap. Het doel van deze studie was om een beter beeld te krijgen of dit een situatie is die zich op meerdere plekken van het land ontwikkelt en hoe collega's in het land deze verandering ervaren.

Materiaal en Methoden: Er werd een onlinevragenlijst gestuurd naar alle leden van de NVPC. De vragenlijst bestond uit 31 vragen. In totaal werd de vragenlijst door 70 plastisch chirurgen ingevuld. Alle regio's en nagenoeg elke kliniek in Nederland werd door ten minste één plastisch chirurg vertegenwoordigd in de survey.

Resultaten: In totaal meldt 56% van de respondenten dat Mohs een verandering van het zorglandschap heeft gegeven. 26 van de 52 respondenten met een mohscentrum in of direct bij het ziekenhuis geeft aan dat na de komst van Mohs er een afname van het aantal reconstructies door de plastisch chirurg wordt bemerkt. In zijn algemeenheid wordt geschat dat ongeveer 50% van de reconstructies door de plastisch chirurg wordt uitgevoerd en ongeveer 39% door de dermatoloog. Vijfenvertig van de 70

respondenten geven aan een goede tot zeer goede relatie met de dermatologie te onderhouden. Het is opvallend te noemen dat er weinig kennis is over de exacte procedure rondom Mohs. Inmiddels is het aantal indicaties voor Mohs in de Amerikaanse richtlijn gegroeid tot 200 histopathologische soorten en locaties. Met deze ongebreidelde toename in indicatiestelling is onze verwachting dat Mohs nog maar aan het begin staat van zijn opmars. Dit wordt bevestigd door de zorgen over de afname van het aantal door plastisch chirurgen uitgevoerde reconstructies.

Conclusie: Uit deze studie komt naar voren dat er in het hele land een verandering gezien wordt sinds de opkomst van mohscentra. De meeste respondenten zien een afname van het totale patiënten aanbod aan. De patiënten die wel worden aangeboden voor reconstructie hebben geregeld grotere defecten en ondergaan een lange behandelingsduur. Daarentegen is de vriescoupe methode breed toepasbaar met als grote voordelen de snelheid van de analyse en de daarmee goede logistieke uitvoerbaarheid van de reconstructies. Plastisch chirurgen dienen te komen tot een duidelijke visie met betrekking tot de reconstructies en samenwerking met andere specialismen. Dit zal bepalend zijn in de vraag of in de toekomst de zorg rondom reconstructies na excisie van NMSC's zullen blijven worden verricht door de plastisch chirurg of niet.