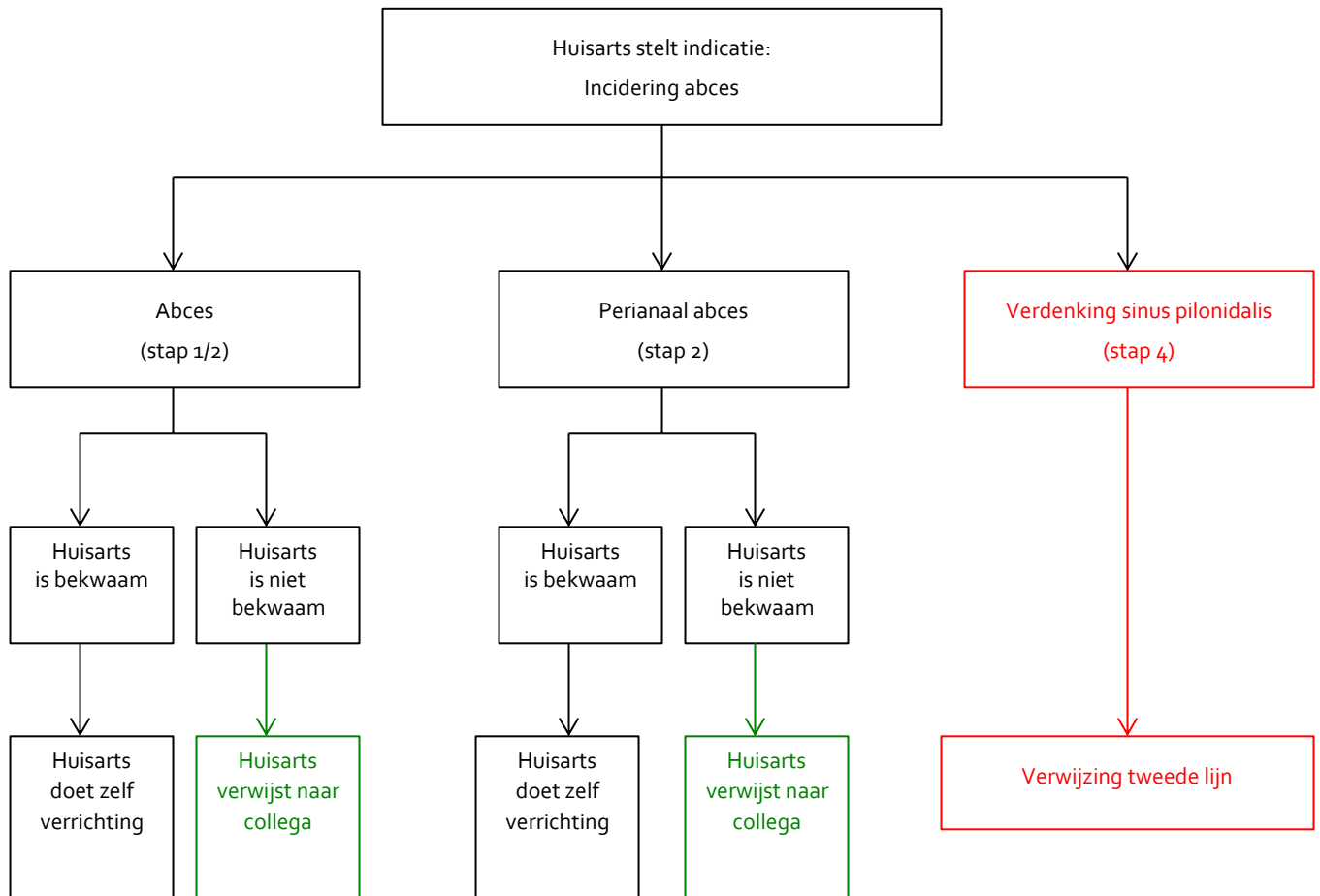


Deelprotocollen Specialistische verrichtingen

behorend bij Zorgprestatie Specialistische verrichtingen, versie februari 2016

- Abces
- Actinische keratose
- Atheroomcyste
- Basaalcelcarcinoom
- Biopt (stans)
- Ganglion dorsale
- Lipoom
- Morbus Bowen verdenking plaveiselcarcinoom
- Multiple condylomata acuminata
- Naevus
 - Goedaardige naevus
 - Grote multiple of atypische naevus
 - Verdenking melanoom
- Paronychia
- Partiële extractie ingegroeide teennagel plus fenolisatie

Deelprotocol Incideren Abces



Doel zorgprestatie

- Bij 75% wordt het incideren van een abces door de huisartsenzorg uitgevoerd.

Achtergrondinformatie

Een abces is een verzameling van granulatieweefsel en pus die wordt omgeven door een wand.

De meest voorkomende plaatsen zijn extremiteiten, perianale regio, oksels en liezen.

Furunkels zijn abcessen ontstaan uit een haarfollikel; een karbunkel is een groepering van meerdere furunkels.

Een abces wordt over het algemeen voorafgegaan door een cellulitis (ontsteking dieper gelegen delen van het onderhuidse bindweefsel) of een infiltraat.

De meest voorkomende veroorzaker zijn stafylokokken, streptokokken komen op de tweede plaats terwijl vooral in de perianale regio er sprake is van een menginfectie.

Epidemiologie

Abcessen en cellulitis komen 20 - 30 maal per jaar voor in een normpraktijk.

Een periaanaal abces wordt 1 - 3 maal per jaar gezien, vooral bij mannen.

Een hydradenitis axillaris komt 2 - 5 maal per jaar voor en vaker bij vrouwen.

Indicaties

Bij fluctuatie zijn incisie en drainage van het abces geïndiceerd.

Contra-indicaties

Onstekingsinfiltraten en flegmonen worden, indien gelokaliseerd tussen neusrug en mondhoeken, met antibiotica behandeld vanwege het risico op een intracranieële septische flebitis.

Alleen bij patiënten met een verhoogd risico op endocarditis of een verhoogd risico op infectie van een kunstgewricht (bij diabetes mellitus of reumatoïde artritis) bestaat een indicatie voor preventieve behandeling met antibiotica alvorens een abces wordt geïndiceerd.

Diagnostiek

De aanwezigheid van fluctuatie kan helpen differentiëren tussen infiltraat en abces. Bij twijfel of er pus aanwezig is, kan worden geaspireerd met behulp van een spuit met dikke naald.

Naast een infiltraat kan het onderscheid tussen een abces en bursitis lastig zijn. Ook hier is bij twijfel aspiratie aangewezen.

Een borstabces bij een niet-lacterende vrouw kan een teken van mammacarcinoom zijn, hier is nadere evaluatie geboden.

Beleid

Zie verder Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 57 Abces en hoofdstuk 21 Getromboseerde anale randvene.

Nazorg

Adviseer de patiënt de wond dagelijks te (laten) spoelen met water uit kraan of douchekop zodat wondvocht en pus zich niet ophopen. Controleer de wond na een dag. Indien er geen verbetering optreedt, gaat het mogelijk om een uitgebreid of dieper gelegen abces en is verwijzing naar de chirurg aangewezen.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts
De praktijk die zelf de specialistische verrichting niet kan of wil uitvoeren, verwijst de patiënten voor betreffende verrichting naar de praktijken die geschoold en ervaren zijn op basis van onderlinge verwijsafspraken.
- Verwijzing naar het anderhalvelijnscentrum/specialist
Verwijs bij abcessen die moeilijk te draineren zijn.
Verwijs bij een uitgebreid of diep abces naar de chirurg (betreft met name diepe handabcessen). Verwijs bij ernstige, recidiverende hidradenitis naar een (plastisch) chirurg.

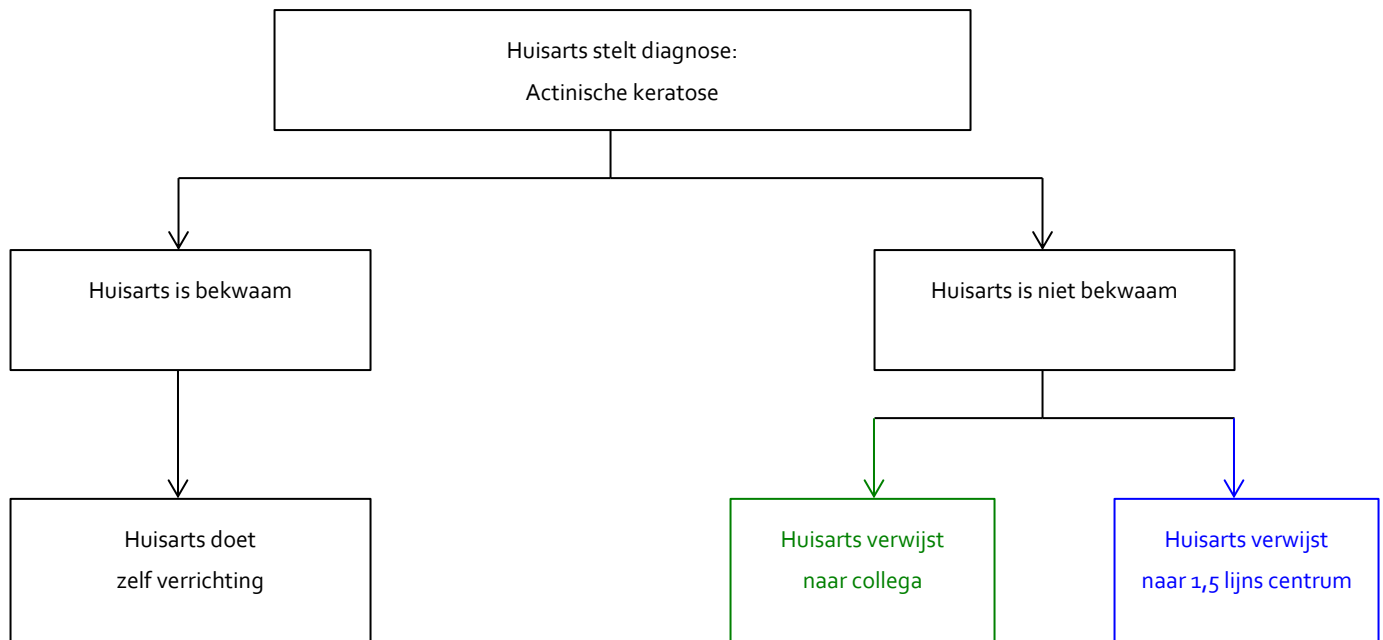
Voorwaarden voor implementatie

Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie Specialistische verrichtingen.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, hoofdstuk 57
- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, hoofdstuk 21
- NHG Standaard Bacteriële huidinfecties, 2007.

Deelprotocol Actinische keratose



Doel zorgprestatie

Bij 75% wordt de behandeling van één of enkele actinische keratosen door de huisartsenzorg uitgevoerd, in de regio waar een anderhalvelijns centrum is.

Achtergrondinformatie Actinische keratose

Actinische keratose is de meest voorkomende premaligne huidafwijking bij mensen met huidtype I – III. Het komt zowel als individuele als multiële laesie voor, gekenmerkt door gevarieerd erytheem en irregulaire, ruw aanvoelende verhoorning op de aan zon blootgestelde huid.

Chronische expositie aan UV-straling is een belangrijke etiologische factor.

Actinische keratosen kunnen zich op drie manieren ontwikkelen: a) regressie, b) persisterende afwijking(en) of c) transformatie naar een plaveiselcelcarcinoom.

De hoogte van het risico waarmee actinische keratose op den duur overgaat in een plaveiselcelcarcinoom is niet goed bekend. De kans op maligne ontaarding in studies loopt uiteen van 0,025 % - 16 % per laesie per jaar.

Aangezien het onmogelijk is te voorspellen welke actinische keratose overgaat in een plaveiselcelcarcinoom, wordt geadviseerd actinische keratosen te behandelen.

Er zijn echter meerdere behandelopties, variërend in (cosmetisch) resultaat en bijwerkingen.

Epidemiologie

Actinische keratose is een veel voorkomende huidaandoening, met een incidentie oplopend tot 25% bij mensen ouder dan 40 jaar op het noordelijk halfrond. Voor een gemiddelde huisartspraktijk betekend deze incidentie 350 - 380 patiënten.

Indicaties

Voor Actinische keratose verdachte huidafwijking. De mate van controle en of er controle moet plaatsvinden, is afhankelijk van individuele karakteristieken, zoals voorgeschiedenis van de patiënt, zongedrag, immuun status en de zelfredzaamheid.

Contra-indicaties

Uitgebreide Actinische keratosen (stap 4), ernstige co-morbiditeit, twijfels over gezonde wondgenezing, patiënten met immuun deficiëntie en verdenking plaveiselcelcarcinoom.

Patiënten met een voorgeschiedenis van maligniteit van de huid blijven onder controle van de tweede lijn zolang dit nodig is.

Bij terugverwijzen kan Actinische keratose behandeld worden in de eerste lijn.

Contra indicaties passend bij de gekozen therapie.

Diagnostiek

De diagnose van actinische keratosen is gebaseerd op het klinisch aspect, eventueel aangevuld door histologische bevestiging.

Dit is vooral geïndiceerd bij infiltratie onder en rond een aktinische keratose.

Bij klinische twijfel over de differentiaal diagnose actinische keratose of plaveiselcelcarcinoom is een biopt met voldoende diepte noodzakelijk.

De indicaties voor een biopt zijn: grote laesies, ulceratie, induratie, groei, pijn, bloeding en als therapie niet effectief is. Pijn is vaak overigens ook bij actinische keratosen aanwezig.

Een biopt inclusief de dermis is de enige histologische parameter om onderscheid te maken tussen actinische keratose en plaveiselcelcarcinoom. De aanwezigheid van dermale invasieve groei maakt het verschil tussen een actinische keratose of een plaveiselcelcarcinoom, wat alleen kan worden beoordeeld in een biopt van voldoende diepte.

Beleid

- *Specialistische technieken (curettage, dermabrasie, (shave)excisie)*

Excisie heeft geen plaats in de behandeling van actinische keratosen tenzij er twijfel bestaat over de diagnose en histologische bevestiging wenselijk is. Uit de spaarzame literatuur kan geen eenduidige conclusie wat betreft de effectiviteit van specialistische technieken worden getrokken.

Curettage, dermabrasie en shave excisie kunnen aangewend worden voor de behandeling van actinische keratosen. Curettage en shave-excisie kunnen voor solitaire hyperkeratotische actinische keratosen worden ingezet.

Bij multipale lesies over een groter lichaamsoppervlak verdienen niet-specialistische behandelmodaliteiten de voorkeur.
- *Cryotherapie*

Cryotherapie is een veelgebruikte behandeling voor zowel individuele als verspreide actinische keratosen. Cryotherapie is een specifieke techniek, wat wil zeggen dat cryotherapie zowel atypische als normale cellen vernietigt door disruptie en scheiding van de epidermis van de dermis. Cryotherapie is een effectieve behandeling bij actinische keratosen.

Cryotherapie is beschikbaar in technieken die spray- of contactcryotherapie gebruiken. Als medium wordt bijna altijd vloeibare stikstof gebruikt (kookpunt -196 C). Vaak worden twee vries-dooicycli toegepast (2x bevriezen met tussentijds ontdooien).

Cryotherapie is niet gestandaardiseerd wat betreft frequentie, duur, intensiteit en specificatie van de temperatuur in het bevroren weefsel. Derhalve zijn studies ook moeilijk te vergelijken.

Pijn, roodheid, oedeem en blaarvorming kan optreden tijdens en na de behandeling. Vorming van littekenweefsel en hypo- en hyperpigmentatie wordt in 5-20% van de patiënten gezien.

De richtlijnwerkgroep is van mening dat wanneer actinische keratosen met cryotherapie behandeld worden, behandeling door middel van cryostaat de voorkeur verdient.

De adviescontacttijd is afhankelijk van de grootte en diepte van de laesie.

Cryotherapie is een geschikte behandeling voor de patiënt met beperkte solitaire actinische keratosen.
- *Medicamenteuze technieken*

5-FU (Efudix R)

5-fluorouracil (5-FU) is een topicaal chemotherapeutisch antimetabool dat klinische laesies vernietigt door blokkering van de methylering reactie van deoxyuridinezuur naar thymidinezuur in de RNA- en DNA-synthese. Voor grote aangedane lichaamsoppervlakten is behandeling met 5-FU 2dd gedurende enkele weken (2 - 4 weken) een zinvolle therapiekeuze.

Het doel van behandeling is dat de behandelde plekken erosief worden. Gemiddeld duurt dit 3 weken. De patiënt mag stoppen als de laesies duidelijk erosief zijn.

Nacontrole na drie maanden wordt aanbevolen. Incomplete respons dient te worden na behandeld.

Studies beschrijven lokale bijwerkingen in de vorm van erytheem, kans op infectie, pijn en branderigheid. Deze outdoorbehandeling wordt beperkt door de compliance; om deze zo hoog mogelijk te houden is het van belang de patiënt goed voor te lichten over de te verwachten bijwerkingen.

- *Imiquimod (Aldara R)*
Imiquimod 5% is een toll-like receptor (TLR) 7-agonist en stimuleert de immuunrespons door inductie, synthese en het vrij laten komen van cytokines. Deze cytokines verhogen de cellulaire immuniteit. Daarom heeft imiquimod een indirecte antivirale en antitumorale potentie. Imiquimod 5% is een effectief therapeutikum vooral voor de behandeling van een groter aantal actinische keratosen en bij het vermoeden op subklinische actinische keratosen. De aan te bevelen behandelingsduur is vier weken met een frequentie van drie keer per week (1 sachet per applicatie gebruiken, dit is voor maximaal zo vierkante centimeter). Therapie-evaluatie vindt plaats na beëindiging van de behandeling waarna besloten kan worden de behandeling zo nodig nog eens te herhalen gedurende vier weken met een frequentie van drie keer per week. Imiquimod kan leiden tot heftige lokale en soms systemische bijwerkingen (griepig gevoel); het is daarom van belang de patiënt goed voor te lichten over de te verwachten bijwerkingen en in de behandelperiode te begeleiden om de compliantie zo hoog mogelijk te houden.
- *In de tweede lijn zijn er nog andere therapie mogelijkheden zoals fototherapie en ambulight.*

Keuze behandeling

Bij de behandelkeuze dienen de volgende factoren een grote rol te spelen:

Wanneer behandeling voor actinische keratosen overwogen wordt is er een grote variëteit van geaccepteerde en geschikte methoden met voor elke therapie specifieke voor- en nadelen.

Het zou wenselijk zijn om op grond van vergelijkend onderzoek tussen deze behandelingsmodaliteiten een rationele keuze te kunnen maken, echter voor een aantal therapieën zijn er geen vergelijkende studies voorhanden en is het niet altijd mogelijk een voorkeursbehandeling uit te spreken.

Toch heeft de richtlijnwerkgroep, gesteund door eigen ervaringen en buitenlandse richtlijnen, getracht een globale keuze te maken wat betreft de geschiktheid van een therapie.

Hierbij is rekening gehouden met de belangrijkste factoren:

Patiënt karakteristieken, behandelkarakteristieken, lokalisatie van de actinische keratose en karakteristieken van de actinische keratose (solitaire actinische keratosen versus multipale laesies).

Op basis hiervan kan in individuele gevallen een weloverwogen keuze worden gemaakt:

bij enkele solitaire laesies geldt de voorkeur voor Cryotherapie en medicamenteuze therapie.

Bij een solitaire laesie is de 1^e keus cryotherapie, bij multiple laesies medicamenteuze behandeling.

Nazorg

De kans op een recidief van behandelde laesies is weliswaar aanwezig, maar de kans op nieuwe actinische keratosen in de zonbeschadigde huid is veel groter.

De patiënt moet worden gewezen op de hoge waarschijnlijkheid van ontwikkeling van nieuwe actinische keratosen in zijn/haar toekomst.

Vele factoren zijn van belang bij het schatten van het risico op nieuwe laesies, waaronder zongedrag en immuun status.

Daarnaast zal de kans op het ontstaan van nieuwe actinische keratosen ook worden bepaald door het type voorafgaande behandeling.

Als hierbij ook de ogenschijnlijk klinisch onbeschadigde tussenliggende huid is mee behandeld, zal die kans wellicht veel kleiner zijn.

Het is wenselijk patiënten te instrueren zelfonderzoek van de huid te verrichten en heldere instructies te geven wat te doen als ze een recidief of een nieuwe laesie vermoeden. Het zelfonderzoek dient bij voldoende belichting te worden uitgevoerd. Behalve inspectie, eventueel met een loep, moet de patiënt ook geïnstrueerd worden over het feit dat een actinische keratose vaak beter te voelen is dan te zien door het ruwe oppervlak.

De mate van controle en of controle moet plaatsvinden, is afhankelijk van individuele karakteristieken, zoals voorgeschiedenis van de patiënt, zongedrag, immuun status en de zelfredzaamheid.

Eveneens van belang is de uitgebreidheid van de actinische keratosen.

De controle moet bestaan uit inspectie en palpatie van het behandelde gebied alsmede inspectie van de met name de aan zonlicht blootgestelde delen van de huid.

Follow-up schema

- Patiënten met 3 of minder actinische keratosen, en zonder non-melanoma huidkanker in de voorgeschiedenis: Controle alleen op basis van (hernieuwde) klachten na zelfcontrole patiënt.

Nazorg vindt plaats door de eigen huisarts.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts met kennis en kunde van Stap 2 verrichting,
- Anderhalvelijns centrum.

Na het voorschrijven of uitvoeren van de behandeling wordt patiënt terugverwezen naar de eigen huisarts met instructie voor patiënt en huisarts.

Controle van de medicamenteuze therapie vindt plaats door de uitvoerende huisarts van Stap 2 of in het anderhalvelijns centrum.

De eigen huisarts wordt gevraagd eventuele complicaties te melden aan de collega of anderhalvelijns centrum.

Bij acute zaken wordt er door de eigen huisarts overleg gepleegd met de dienstdoende dermatoloog.

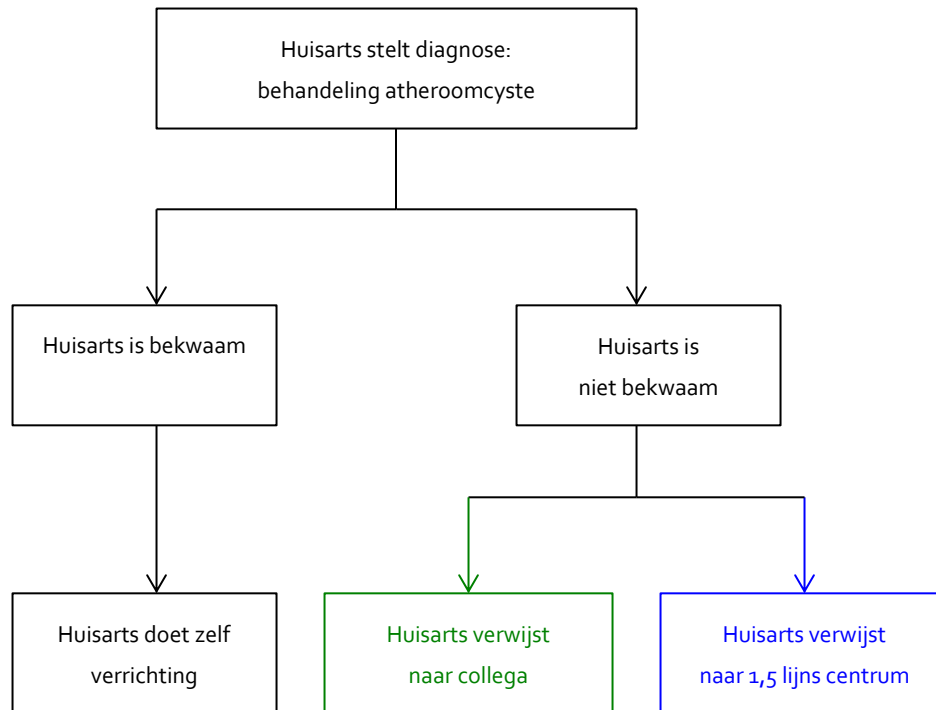
Voorwaarden voor implementatie

- Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie Specialistische verrichtingen,
- Scholing in samenwerking met de dermatologen.

Richtlijnen en bronnen

- Richtlijn Actinische Keratose, 2010, Beljaards en Borgonjen (ism NVDV, NVVP)

Deelprotocol Behandeling Atheroomcyste



Doel zorgprestatie

Bij 75% wordt het verwijderen van een atheroomcyste door de huisartsenzorg uitgevoerd.

Achtergrondinformatie

Een atheroomcyste is een zwelling als gevolg van een verstopte afvoergang van een talgklier. Zij kunnen zich bijna overal op het lichaam voordoen, vooral op de meer behaarde lichaamsdelen. Predilectieplaatsen zijn in het behaarde hoofd, (achter) de oorlel en in het gezicht. Alleen in de handpalmen en op de voetzolen komen geen atheromen voor; hier bevinden zich geen talgklieren.

De afmeting varieert van enkele millimeters tot enkele centimeters.

Atheroomcysten zijn onschuldig van aard en meestal is er geen medische indicatie voor behandeling. Bij natuurlijk beloop ontstaat er wel met regelmaat een secundaire infectie met abcesvorming. De inhoud van de cyste is wit, meestal brijig, soms wat dunner van consistentie en ruikt karakteristiek.

Epidemiologie

Atheroomcysten komen met name frequent voor bij volwassenen. In de Nederlandse huisartsenpraktijk worden jaarlijks bij benadering 20 - 30 gevallen behandeld.

Indicaties

Naast het ontsierende karakter is het ontstekingsrisico de belangrijkste reden om de cyste chirurgisch te verwijderen.

Contra-indicaties

Van belang is dat het atheroomcyste wordt onderscheiden van de traumatische epitheelcyste (ontstaan door uitgroei van een fragment epidermis onder de dermis na een verwonding) en een miliumcyste (kleine, geelwitte cyste die in de huid gelegen is, bevindt zich vooral op oogleden, scrotum, labia majora en perianaal).

Een congenitale dermoidcyste kan bedrieglijk veel op een atheroomcyste lijken. Deze cystes liggen altijd in de mediaanlijn (embryonale fusieline) en worden vooral ontdekt op kinderleeftijd. Atheroomcysten komen op deze leeftijd zelden voor. Heel zeldzaam is het talgklier carcinoom.

Diagnostiek

De diagnose wordt met het blote oog gesteld. Een atheroomcyste kan op termijn grote bobbel veroorzaken die te herkennen zijn aan een ronde, gelijkmatige vorm. Vaak is er bij een atheroomcyste ook een verstopte porie te zien. Een atheroomcyste is meestal niet schadelijk voor de gezondheid, maar ziet er soms vanuit cosmetisch oogpunt niet mooi uit. In dat geval is het mogelijk om een atheroomcyste te laten verwijderen. Ook als er pijnklachten ontstaan is het prettiger om een atheroomcyste weg te laten halen. Het gezwelletje is ook in dat geval volledig onschadelijk voor de gezondheid.

Beleid

- Verwijderen atheroomcyste
De atheroomcyste wordt verwijderd door middel van incisie.
Na verwijderen van de atheroomcyste wordt de intact gebleven cyste doorgesneden als bevestiging van de diagnose. Als de inhoud niet uit talg blijkt te bestaan, is pathologisch-anatomisch onderzoek aangewezen.
- Ontstoken atheroomcyste
Pijn, zwelling en roodheid van de huid zijn de kenmerkende symptomen van een ontstoken atheroom.
De behandeling bestaat uit incisie en drainage van de inhoud van de cyste. In een later stadium volgt de definitieve excisie van de (resten van) de atheroomcyste.

Zie verder Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 54 Atheroomcyste.

Nazorg

De wond dient 1 à 2 dagen droog gehouden te worden. Daarna is douchen geoorloofd. Afhankelijk van de lokalisatie van de cyste worden de hechtingen na 5 - 7 dagen verwijderd.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts
De praktijk die zelf de specialistische verrichting niet kan of wil uitvoeren, verwijst de patiënten voor betreffende verrichting naar de praktijken die geschoold en ervaren zijn op basis van onderlinge verwijsafspraken.

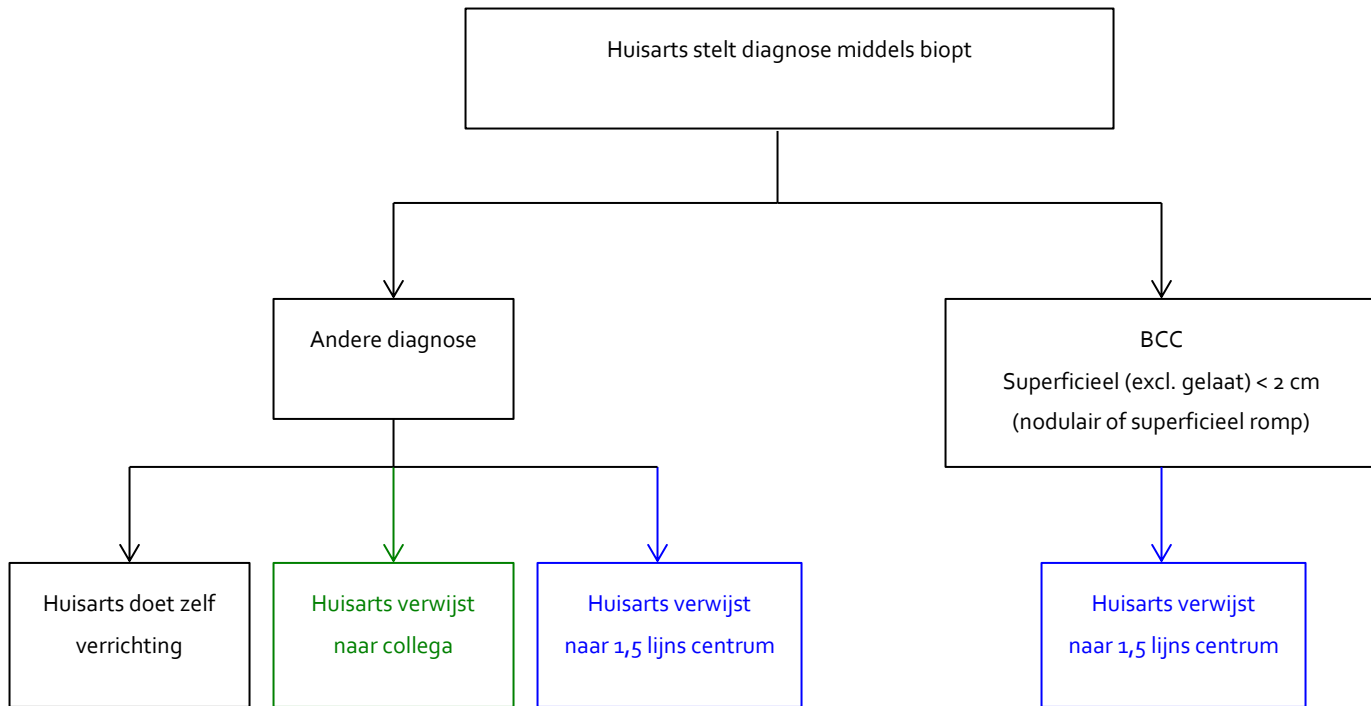
Voorwaarden voor implementatie

Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie Specialistische verrichtingen.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, hoofdstuk 54.

Deelprotocol Basaalcelcarcinoom (BCC)



Verwijzing 2^e lijn bij: plaveiselcarcinoom, BCC superficieel medicamenteuze behandeling, BCC >2 cm, BCC gelaat

Doel zorgprestatie

Bij 40% wordt het verwijderen van een basaalcelcarcinoom (BCC) door de huisartsenzorg uitgevoerd.

Achtergrondinformatie

Een BCC is een langzaam groeiende, lokaal invasieve kanker van de epidermis.

Een BCC kan er zeer verschillend uitzien. 85% van de BCC's ontstaan in het gebied van hoofd en nek.

Het BCC kent verschillende verschijningsvormen: nodulair, ulceratief, oppervlakkig rood schilferend, korstig, sclerotisch, infiltratief, gelig en papuleus.

Metastasering komt zelden voor en wordt geschat op 0,03%. Metastasering treedt alleen op als de tumor meerdere keren niet radicaal is behandeld. Diepe invasieve destructie komt met name voor in het gezicht. Overleving wordt niet negatief beïnvloed door de tumor, mits adequaat behandeld.

De belangrijkste risicofactor is de mate van blootstelling aan zonlicht. Andere risicofactoren zijn huidtype, leeftijd, mannelijk geslacht, licht- en radiotherapie, overmatig gebruik van zonnebank en genetische aanleg (basaalnaevus syndroom).

Epidemiologie

BCC is de meest voorkomende kanker bij de mens. 95% van de patiënten met BCC is ouder dan 40 jaar, maar er is een tendens gaande naar het ontstaan op steeds jongere leeftijd.

Op basis van registratie door het IKNL–Zuid van het BCC in Noord-Brabant en Noord-Limburg bedroeg de incidentie van basaalcelcarcinoom in deze regio's 1,96 per 1000 mannen en 2,18 per 1000 vrouwen. Extrapolatie van deze cijfers naar de gehele Nederlandse bevolking leidt tot een schatting van 34.600 nieuwe patiënten met basaalcelcarcinoom in 2011.

(Bron: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/huidkanker/cijfers-context/incidentie-en-prevalentie>, 19-01-2015)

Indicaties

Een vermoeden van een BCC is een indicatie voor behandeling.

Diagnostiek

Meestal herkent de arts met het blote oog dat het gaat om een BCC. Vaak wordt alsnog een biopsie (huidstukje) genomen om de diagnose te bevestigen en een indruk te krijgen van de groeiwijze. De groeiwijze bepaalt de therapiekeuze en het uiteindelijke verloop.

Basaalcelcarcinomen kunnen worden onderscheiden in die met een (relatief) 'laag risico' versus 'hoog risico' op basis van prognostische factoren (zie tabel 1). Deze factoren zijn: histologische groeitype, lokalisatie, grootte en primaire versus recidief tumor.

Tabel 1: Prognostische factoren

	Laag risico	Hoog risico
Histologisch groeitype	Niet agressief (compact superficiael)	Agressief (sprieterig, micronodulair)
Lokalisatie	Romp	H-zone (ogen, oren, lippen, nasolabiale plooï, neus)
Grootte	< 20 mm	> 20 mm
Eerdere therapie	Primaire tumor	Recidief tumor

(Bron: http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=622,19-1-2015)

Op basis van deze prognostische factoren kan de clinicus de meest geschikte behandeling kiezen.

Hierbij geldt: hoe groter de marge gezonde huid, des te groter is de kans op radicaliteit om in een keer radicaliteit te bewerkstelligen. Radicaliteit is het beste uitgangspunt voor een adequate behandeling. Echter, een grote marge gaat ten koste van het cosmetisch resultaat en de functionaliteit. Het cosmetisch resultaat is mede afhankelijk van de grootte en lokalisatie van de tumor en patiëntkenmerken.

Afhankelijk van de verschijningsvorm en de grootte van het BCC wordt de keuze gemaakt voor de therapievorm.

Binnen de huisartsenpraktijk heeft de conventionele excisie bij behandeling van BCC de voorkeur.

Een BCC in de zogenaamde H-zone (ogen, oren, lippen, nasolabiale plooï en neus) dient verwezen te worden of stel met een stansbiopsie het histologische groeitype vast (zie ook Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, Hoofdstuk 17 Biopsie of deelprotocol Biopsie).

Beleid binnen de huisartsenpraktijk

- Excisie
 - De excisiemarge van een BCC ≤ 10 mm is ten minste 3 mm,
 - BCC's ≤ 5 mm kunnen met een passende stansbiopeteur worden verwijderd;
 - BCC's > 10 mm en BCC's van het sprieterige groeitype vereisen een ruimere excisiemarge (ten minste 5 mm).

Complicaties bij/na een excisie: inspecteer de wond bij en na het sluiten op bloedende vaatjes. Zorg voor een goede hemostase en coaguleer zo nodig een groter bloedend vaatje.

Zie verder Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 26 Basaalcarcinoom.

- Curettage

Curettage met daarna elektrocoagulatie bij solide BCC's ≤ 5 mm op de romp.

Bij electrocoagulatie is een moderne pacemaker een relatieve contra-indicatie.

Bij elektrotomie, waarbij een veel grotere stroom door het lichaam loopt, is het een **absolute contra-indicatie**.

Werk bij electrocoagulatie op minimaal 15 cm afstand van het hart of pacemaker, coaguleer maximaal 5 seconden en zorg ervoor dat de stroom die wordt afgevoerd via de aarde elektrode niet het hart of de pacemaker kruist. Een alternatief is het gebruik van bipolaire diathermie.

NB: Controle is noodzakelijk vanwege het hoge recidiepercentage.
- Cryotherapie

Alleen een BCC van het superficiële groeitype < 10 mm op de romp komt in aanmerking voor cryotherapie.

De werkzaamheid van cryotherapie is alleen onderzocht voor sprayinstrumenten.

In de huisartsenpraktijk vindt cryotherapie meestal plaats met de wattenstokmethode.

Gestandaardiseerd bevriezen is met de wattenstokmethode niet mogelijk. De cosmetische resultaten van bevriezen bij een BCC < 20 mm zijn niet beter dan met een excisie.

Cryotherapie met de wattenstokmethode wordt dan ook niet aanbevolen.

Nazorg

Nazorg excisie: instrueer de patiënt contact op te nemen als een nabloeding na 15 minuten stevig drukken niet stopt, en ook als er in de dagen na de ingreep toenemende roodheid, pijn of pusvorming in het wondgebied optreedt. De wond kan het beste de eerste 24 uur droog verbonden blijven. Daarna is het bedekken van de wond niet strikt noodzakelijk.

Bij wonden in gebieden met hoge huidspanning, zoals schouders en rug, is het raadzaam 2 weken niet te sporten.

Maak afspraken over de uitslag van het weefselonderzoek.

Controle schema

- 1x BCC en radicale excisie: geen controle nodig. Instructie om bij nieuwe verdachte plekken afspraak te maken.
- Bij 2 of meer BCC's: 1x per jaar gedurende 3 jaar controleren.

Dit gaat bij elke nieuwe BCC weer opnieuw in.

De controle bestaat uit inspectie van het litteken en inspectie van de aan zonlicht blootgestelde huid.

De patiënt dient ook minimaal 1 maal van top tot teen gecontroleerd te worden.

Het is belangrijk om de patiënt voor te lichten over de recidiefkans.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts en anderhalve lijn volgens de onderlinge afspraken (zie Stepped Care schema).
De praktijk die zelf de specialistische verrichting niet kan of wil uitvoeren, verwijst de patiënten voor betreffende verrichting naar de praktijken of anderhalve lijn zorg die geschoold en ervaren zijn op basis van onderlinge verwijsafspraken.
- Verwijzing naar tweede lijn
Er vindt verwijzing plaats naar de tweede lijn volgens de verwijsafspraken in het Stepped Care schema.
Alternatief is het vaststellen van het histologische groeitype met een stansbiopsie.

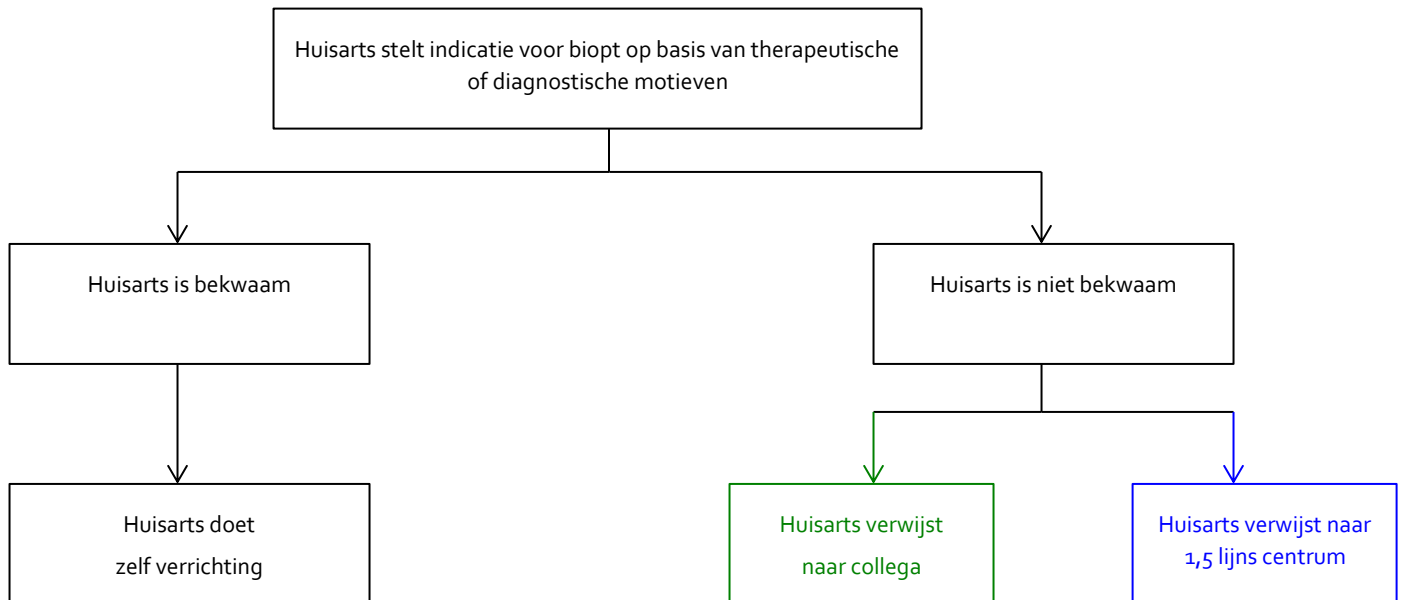
Voorwaarden voor implementatie

Zie voor de indeling van de verrichtingen: Zorgprestatie Chirurgische specialistische verrichtingen, pagina 3.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, Hoofdstuk 56
- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, Hoofdstuk 17
- http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=622, 19-1-2015
- <http://basaalcelcarcinoom.huidkanker.nl/, 19-1-2015>

Deelprotocol Biopt (stans)



Doel zorgprestatie

Bij 75% wordt het nemen van een biopt door de huisartsenzorg uitgevoerd.

Achtergrondinformatie Biopt

De huisarts staan meerdere technieken ter beschikking om huidafwijkingen te behandelen en om materiaal te verkrijgen voor verder pathologisch onderzoek. De reden om een bepaalde techniek te gebruiken, wordt ingegeven door therapeutische dan wel diagnostische motieven. Deze technieken zijn:

1. Stansbiopt;
2. Shave biopt;
3. Curretage/excochleatie;
4. Lisexcisie;
5. Incisiebiopt;
6. Excisiebiopt.

Ad 1. Stansbiopt

Bij een stansbiopt wordt met een biopteur een klein stukje huid weggenomen en ingestuurd voor pathologisch onderzoek. Stansbiopteurs zijn er in verschillende groottes. Een 3 mm stans is het meest geschikt voor histologisch onderzoek. Het voordeel van een kleine diameter is dat het huiddefect niet hoeft te worden gehecht. Vanaf 4 mm is het nodig het defect te sluiten met een hechting, weefsellijm of hechtpleister.

Indicatie stansbiopt

Het stansbiopt is voor diagnostische en soms voor therapeutische toepassing een goed bruikbare techniek, vooral als een biopt van volledige huiddikte gewenst is bij verdenking op:

- Actinische keratose,
- Morbus Bowen,
- Basaalcelcarcinoom,
- Plaveiselcelcarcinoom
- Een vlakke huidafwijking waarbij histologisch onderzoek gewenst is.

Dit is essentieel voor een goede diagnose en daarna goede behandeling, anders is mate van invasie en groeiwijze niet goed te beoordelen.

Risico's stansbiopt

- Zenuwletsel bij een te diep biopt (m.n. risico als de huid dun is zoals op de handrug of in het gelaat),
- Dog ears (een rond defect wordt gehecht tot een recht litteken).

Zie verder Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 17 Stansbiopt.

Ad 2. Shave biopt

Bij een shave biopt wordt de huidafwijking heel oppervlakkig verwijderd. De laesie wordt tot in het stratum papillaire verwijderd, waardoor de huid zonder litteken geneest. Voor het shaven kan heel goed een scheermesje worden gebruikt.

Voordelen van deze techniek zijn de eenvoud, de snelheid en het goede cosmetische resultaat. Het nadeel van een shave biopt is dat het niet makkelijk toepasbaar is bij zeer vlakke huidafwijkingen, er kan een verzonken litteken ontstaan en er is een kans op een recidief.

Indicaties shavebiopt

De indicaties voor een shave biopt zijn;

- Het exofytische deel van een naevus naevocellularis (de naevus wordt wellicht niet geheel verwijderd, maar het resultaat is cosmetisch dikwijls bevredigend, risico is een lastige beoordeling later van de (veranderde) naevus!;
- Verruca seborrhoica;
- Rhinophyma;
- Granuloma pyogenicum;
- Keratoacanthoom;

Contra-indicatie shavebiopt

- Bij verdenking op een melanoom is er geen plaats voor shaven bij de diagnostiek of therapie.

Zie verder Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 17 Shavebiopt.

Ad 3. Curretage, excochleatie

Bij curettage of excochleatie wordt de afwijking met een scherpe lepel verwijderd.

Indicatie curettage of excochleatie

- Veelal wratachtige afwijkingen (zoals verruca seborrhoeica).
NB: De structuur van het weefsel gaat hiermee verloren, wat de microscopische beoordeling kan bemoeilijken,
- Vermoeden van hyperkeratose van een verruca seborrhoeica (is onder de microscoop goed te herkennen).

Ad 4. Lisexcisie

Bij lisexcisie wordt met elektrochirurgie een huidafwijking verwijderd.

Indicatie lisexcisie

- Vooral gesteelde afwijkingen lenen zich goed voor een lisexcisie.
NB: In het weefsel ontstaat thermische beschadiging waardoor het zich minder goed microscopisch laat onderzoeken.

Ad 5. Incisiebiopt

Bij een incisiebiopt wordt een deel van de huidafwijking uitgenomen. De snijranden zijn niet vrij, de huidafwijking is niet volledig verwijderd.

Contra-indicatie incisiebiopt

- Melanoom
Hoewel niet bewezen, is het op theoretische gronden mogelijk dat een incisiebiopt entmetastasen veroorzaakt.
Belangrijkste bezwaar voor biopt (op welke manier dan ook) bij verdenking melanoom is sampling error: de laesie is nooit overal gelijk en je krijgt met een biopt dus geen goede uitslag over dikte en daarmee geen goede behandeling (excisiemarges ed).
Soms heeft de verwijdering van een huidmaligniteit zoveel technische of cosmetische consequenties, dat een incisiebiopt legitiem is ter verkrijging van een zekere pathologiediagnose waarop verdere beleid wordt gebaseerd.

Ad 6. Excisiebiopt

Bij een excisiebiopt wordt de huidafwijking volledig verwijderd. Hierbij wordt een marge van minimaal 2 mm aangehouden. Het preparaat wordt gemarkeerd aan twee zijden met behulp van spelden of hechtdraden, zodat duidelijk is waar re-excisie is aangewezen in geval van een niet-radicaal excisie van bijvoorbeeld basaalioom.

Als histologisch onderzoek uitwijst dat sprake is van een melanoom, is re-excisie aangewezen om de in richtlijnen overeengekomen marge te bereiken. De kans op ent-metastasering is met een excisiebiopt klein.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts
De praktijk die zelf de specialistische verrichting niet kan of wil uitvoeren, verwijst de patiënten voor betreffende verrichting naar de praktijken die geschoold en ervaren zijn op basis van onderlinge verwijsafspraken.

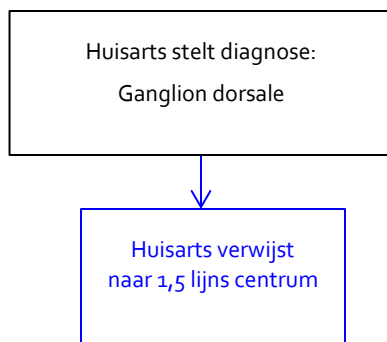
Voorwaarden voor implementatie

Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie e verrichtingen.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, Hoofdstuk 17.

Deelprotocol Ganglion dorsale



Doel zorgprestatie

Bij 75 % wordt de behandeling van een ganglion door de huisartsenzorg uitgevoerd, in de regio waar een anderhalvelijns centrum is.

Achtergrondinformatie

Een ganglion is een uitstulping van het gewrichtskapsel of van de peesschede die gevuld is met synoviale vloeistof. De meeste ganglia liggen aan de dorsale zijde van de pols.

Een peesschede ganglion kan gevonden worden aan de volaire zijde van het MCP-gewricht dan wel proximale falanx.

Een ganglion uitgaande van de gewrichten van de pols kan gevonden worden aan de dorsale en aan de radiovolaire zijde van de pols.

Ten slotte kan er ook nog een ganglion worden gevonden aan de dorsale zijde van de DIP-gewrichten (mucoidcyste).

Meestal geeft een ganglion geen klachten, soms zijn er pijnklachten bij bepaalde bewegingen.

De oorzaak voor het ontstaan van een ganglion is meestal onbekend.

Een ganglion ter hoogte van het DIP-gewricht is meestal een gevolg van een degeneratieve afwijking (artrose van het DIP-gewricht).

Er lijkt geen duidelijke relatie te bestaan met werk of vrijetijdsbesteding.

Een ganglion kan geleidelijk of abrupt ontstaan en verdwijnt in bijna de helft van de gevallen weer spontaan.

Epidemiologie

In de algemene bevolking bedraagt de prevalentie van een ganglion 4,5 per 1.000 personen en de incidentie 3,3 episoden per 1.000 personen per jaar.

Een ganglion aan de hand of pols komt het meeste voor bij vrouwen en in de leeftijdscategorie tussen twintig tot veertig jaar.

Indicaties

Verwijs voor een specialistische behandeling bij een ganglion met pijn, ADL-beperkingen en wanneer (eventueel meerdere) aspiratie(s) onvoldoende effect sorteerte(n).

Hierbij vindt een open excisie van het ganglion plaats. De kans op een recidief na excisie is 1 tot 40%.

Contra-indicaties

Alle ganglia, niet dorsale pols, ernstige co-morbiditeit, twijfels over gezonde wondgenezing, patiënten met immuundeficiëntie.

Verwijs bij ulceratie van de cyste aan het DIP-gewricht (een afwijking bekend als mucoidcyste). Indien er sprake is van een ernstige artrose, kan het noodzakelijk zijn een artrodese van het DIP-gewricht uit te voeren (bereid de patiënt hierop voor).

Diagnostiek

Voor het stellen van de diagnose is meestal geen nader onderzoek nodig.

Beleid

Lokale verdoving, vervolgens wordt de huid gedesinfecteerd, steriel afgedekt en maakt de arts een snede. Via een kleine snee wordt de bolvormige uitstulping meestal gemakkelijk verwijderd.

Hierna wordt de wond met hechtingen gesloten.

Het doel van de operatie is om de hele cyste te verwijderen met eventueel een deel van de peesschede of het gewrichtskapsel.

Hoewel een operatie de beste kans op verwijdering van het gehele ganglion biedt, blijft er altijd een kans bestaan dat het ganglion terugkomt.

Nazorg

Er bestaat altijd een kans op complicaties in de zin van een nabloeding of infectie, maar deze kans is klein. Het specifieke risico van de ganglion operatie is het ontstaan van letsel van kleine zenuwtakjes, waardoor het gevoel in de omgeving van de wond verstoord kan raken.

Hoewel een operatie de beste kans op verwijdering van het ganglion biedt, kan een ganglion altijd terugkeren.

Nacontrole is niet nodig. Bij toenemende pijn, zwelling of roodheid dient de patiënt wel terug te komen, dit kan wijzen op een infectie.

Nazorg vindt plaats via de eigen huisarts.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts met kennis en kunde van Stap 3 verrichting/anderhalvelijns zorg,
- Anderhalvelijns centrum.

Na de ingreep wordt patiënt terugverwezen naar de eigen huisarts met instructie voor patiënt en huisarts.

Tevens wordt de huisarts gevraagd complicaties te melden aan anderhalvelijns centrum.

Complicaties kunnen i.o.m. dienstdoende chirurg afgehandeld worden.

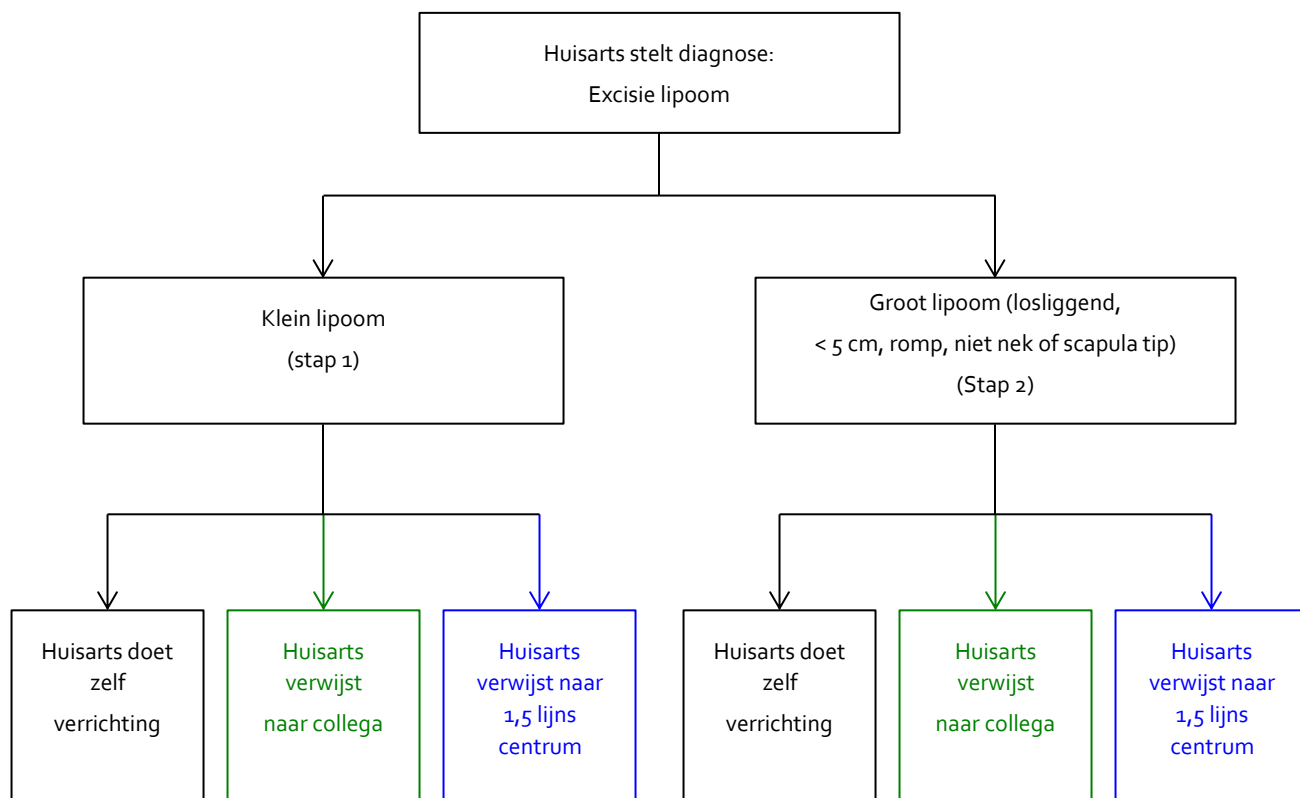
Voorwaarden voor implementatie

- Zie voor de indeling van de verrichtingen: Zorgprestatie Specialistische verrichtingen, pagina 3.
- Scholing i.s.m. chirurgen
- Anderhalvelijns centrum.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, Hoofdstuk 40
- NHG Standaard Hand- en polsklachten, NHG 2010

Deelprotocol Excisie Lipoom



Doel zorgprestatie

Bij 75% wordt het verwijderen van een lipoom door de huisartsenzorg uitgevoerd.

Achtergrondinformatie

Een lipoom is een onder de huid gelegen zwelling, opgebouwd uit vetweefsel. Meestal ligt een lipoom diep in de subcutis en is er geen verbinding met huid of fascie. Soms breidt de aandoening zich uit in de diepte tot inde fascie of zelfs de spier.

Lipomen komen vooral voor in de nek, op de schouders, rug en bil en op proximale gedeelten van de extremiteiten. Ze kunnen echter op bijna alle plaatsen van het lichaam voorkomen. De grootte en consistentie variëren: van klein en goed begrensd tot uitgebreid en nauwelijks afgrensbaar, van vast aanvoelend tot week. Het oppervlak is in de meeste gevallen niet helemaal glad en het aspect voelt gelobd aan.

Het precieze ontstaansmechanisme van een vetbult is onbekend. Erfelijkheid speelt een rol. Overgewicht veroorzaakt geen lipomen.

Epidemiologie

Lipomen komen op bijna elke leeftijd voor, op kinderleeftijd is een lipoom echter zeldzaam. Lipomen kunnen zowel solitair als multipel (lipomatosis generalisata) voorkomen.

Indicaties

Soms is het verwijderen van een lipoom aangewezen omdat er sprake is van pijnklachten, vaker vormen mechanische bezwaren, cosmetiek of onzekerheid en bezorgdheid over de aard van de zwelling de indicatie tot excisie. De mogelijkheid dat lipomen bij het groter worden tussen spiervezels in kunnen groeien (wat het verwijderen lastiger maakt), is een aanvullende reden om in een vroeg stadium tot verwijdering over te gaan. In de huisartspraktijk is het verstandig om excisie te beperken tot de kleinere, goed afgrensbare, mobiele en oppervlakkige gelegen lipomen.

Contra-indicaties

In de huisartspraktijk is het verstandig om excisie te beperken tot de kleinere, goed afgrensbare, mobiele en oppervlakkige gelegen lipomen. Lipomen < 5 centimeter worden verwijderd door de huisartsenzorg.

Een lipoom kan verward worden met allerlei subcutane weerstanden, zoals atheroom, lymfoom, schwannoom (goedaardige proliferatie van de zenuwschede), neurofibroom of vetnecrose.

Excideren van zeldzame kwaadaardige aandoeningen zoals een liposaroom, het maligne neurilemmoom of een rabdomyosaroom, vormt een valkuil.

Het is beter om desnoods halverwege de ingreep te besluiten om, bij het optreden van complicaties (een moeizame grote ingreep of verdenking op een kwaadaardige aandoening) te besluiten tot een niet-complete resectie, dan langer door te gaan dan verantwoord is.

Ondanks nauwkeurig onderzoek kan het gebeuren dat een 'lipoom' berust op vetweefsel dat door een defect in de fascia puilt. De mediaanlijn van de voorste buikwand is hiervoor berucht: hernia epi- of mesogastrica. Ook een naast de wervelkolom gelegen hernia lumbalis wordt door het zeldzame voorkomen nogal eens gemist.

Diagnostiek

De diagnose wordt met het blote oog gesteld. Een lipoom kan op termijn grote bobbel veroorzaken die te herkennen zijn aan een ronde, wat gelobde vorm.

Een lipoom is meestal niet schadelijk voor de gezondheid, maar ziet er soms vanuit cosmetisch oogpunt niet mooi uit, kan mechanische bezwaren of pijn geven. De patiënt(e) meldt zich op het spreekuur met een zwelling, met of zonder klachten en meestal ook vragen over de aard van de zwelling.

Bij twijfel over de aard van de zwelling of de omvang kan een echo soms een geschikt aanvullend onderzoek zijn.

Beleid

Het lipoom wordt verwijderd door middel van excisie zonder meenemen van een huideiland.

Houd rekening met de huidlijnen bij het plannen van de ingreep in de incisie.

Sommige lipomen zijn eenvoudig te exprimeren met enige lokale druk, andere lipomen moeten deels scherp, deels stomp uit hun omgeving verwijderd worden.

Na het verwijderen wordt het lipoom overlangs doorgesneden als bevestiging van de diagnose. Als het weefsel in aspect, structuur of kleur afwijkt van vetweefsel, is pathologisch-anatomisch onderzoek aangewezen.

Zie verder voor de techniek Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 29 Lipoom.

Complicaties

Complicaties tijdens de ingreep kunnen zich voordoen als een lipoom geen lipoom blijkt te zijn, maar een defect in de fascie of een zeldzame goed- of kwaadaardige tumor. Ook kan het lipoom groter zijn dan verwacht of zich uitbreiden tussen de onderliggende spieren. In die gevallen geldt: beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald door de wond te sluiten en de patiënt te verwijzen naar de chirurg voor behandeling.

Nazorg

De wond dient 1 à 2 dagen droog gehouden te worden. Daarna is douchen geoorloofd. De patiënt dekt daarna de wond zo nodig opnieuw af met een nieuw verbandgaas of pleister.

Afhankelijk van de lokalisatie van de ingreep worden de hechtingen na 5 - 7 dagen verwijderd.

Bij symptomen die kunnen wijzen op een wondinfectie (pijn, zwelling, roodheid, pusvorming) is eerder revisie gewenst (bij de eigen huisarts).

De patiënt zal tijdens het werken weinig last ondervinden van de ingreep en hoeft dus geen rustperiode in acht te nemen.

Nazorg vindt plaats door de eigen huisarts.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts

De praktijk die zelf de specialistische verrichting niet kan of wil uitvoeren, verwijst de patiënten voor betreffende verrichting naar de praktijken die geschoold en ervaren zijn op basis van onderlinge verwijsafspraken (of eventueel anderhalvelijns centrum).

Na het voorschrijven of uitvoeren van de behandeling wordt patiënt terugverwezen naar de eigen huisarts met instructie voor patiënt en huisarts.

De eigen huisarts wordt gevraagd eventuele complicaties te melden aan de collega of anderhalvelijns centrum.

Bij acute zaken wordt er door de eigen huisarts overleg gepleegd met de dienstdoende chirurg.

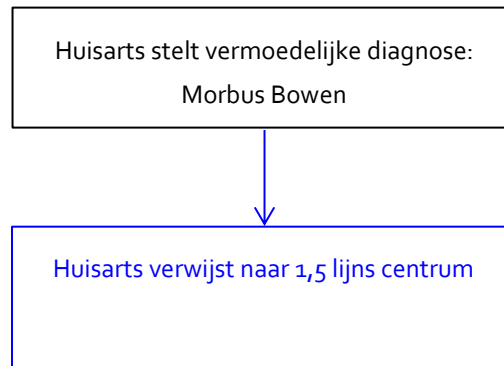
Voorwaarden voor implementatie

- Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie Specialistische verrichtingen,
- Scholing in samenwerking met de chirurgen.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, Hfst 29

Deelprotocol Morbus Bowen verdenking Plaveiselcarcinoom



Doel zorgprestatie

Bij 50 % wordt de behandeling van Morbus Bowen door de huisartsenzorg uitgevoerd.

Achtergrondinformatie

De ziekte van Bowen is een intra-epidermaal plaveiselcelcarcinoom van de huid (carcinoma in situ). Meestal is het een solitaire, scherp begrensde, erythematosquameuze of erosief crusteuze laesie die doet denken aan psoriasis of eczeem.

Het komt vaak voor op aan zonlicht blootgestelde delen van de huid. Kenmerkend is dat de plek niet op lokale anti-eczeem- of anti-psoriasistherapie reageert.

Bij de oorzaak spelen factoren als weinig gepigmenteerde huid, zonlichtbelasting, röntgenstraling, immuno-deficiënties en hpv-infectie een rol.

(Bron: <http://assortiment.bsl.nl/files/gfd307e1-ca3a-41ao-abd2-1foec09c8feo/dermatovenereologieph.pdf>; 2-2-2015)

Overigens breidt de afwijking zich vaak eerst oppervlakkig uit en kan het lang duren voordat uit een Morbus Bowen echt huidkanker ontstaat. (Bron: <http://www.huidinfo.nl/bowen.html>, 2-2-2015)

Epidemiologie

Het merendeel van de patiënten is > 60 jaar, voor de leeftijd van 30 jaar komt het nauwelijks voor. De exacte frequentie is niet bekend.

Indicaties

Een vermoeden van een Morbus Bowen is een indicatie voor behandeling.

Morbus Bowen kan na vele jaren overgaan (in ongeveer 5% van de gevallen) in een invasief plaveiselcelcarcinoom.

Diagnostiek

Morbus Bowen ziet er uit als een rood, vaak iets schilferend plekje, dat vrij scherp van de gezonde huid afgegrensd is. Het wordt aanvankelijk vaak aangezien voor een eczeemplekje. Ook kan Morbus Bowen sterk lijken op een oppervlakkig groeiend basaalcelcarcinoom. Meestal geeft een Morbus Bowen geen klachten van jeuk of pijn. Ze worden vooral gezien op delen van de huid die regelmatig aan de zon zijn blootgesteld, zoals de handen, onderarmen en het gelaat, maar ook veelal aan de onderbenen.

(Bron: <http://www.huidinfo.nl/bowen.html>, 2-2-2015)

Ter bevestiging van de diagnose Morbus Bowen is een biopsie aangewezen, daar de laesie veel lijkt op een onschuldig nummulair eczeem- of psoriasisplekje (zie ook Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 17, Biopt).

(Bron: <http://assortiment.bsl.nl/files/gfd307e1-ca3a-41a0-abd2-1foecogc8feo/dermatovenereologieph.pdf>, 2-2-2015)

Beleid binnen de huisartsenpraktijk;

Het oppervlakkige plaveiselcelcarcinoom (ziekte van Bowen) kan op meerdere manieren worden behandeld.

- Operatieve verwijdering, met name bij kleine laesies,
- Cryotherapie;
- Behandeling met een crème die een celdeling remmend geneesmiddel bevat;
- Curettage:

Ook kan het oppervlakkige plaveiselcelcarcinoom worden behandeld door het weg te krabben en de oppervlakkige wond vervolgens dicht te schroeien;

- Fotodynamische therapie:

Een nieuwe en effectieve behandeling is de fotodynamische therapie. Daarbij wordt de afwijking eerst plaatselijk behandeld met een lichtgevoelige stof, die vooral in de carcinoomcellen wordt opgenomen. Enkele uren later wordt de afwijking belicht met een intensieve lichtbron, waardoor de carcinoomcellen worden vernietigd.

(Bron: <http://plaveiselcelcarcinoom.huidkanker.nl/content/hoe-wordt-plaveiselcelcarcinoom-behandeld>)

Nazorg

De patiënt wordt geadviseerd de huid te laten screenen door de huisarts op Morbus Bowen en andere huidbeschadigingen.

Het schema voor screening is:

- Bij eenmaal Morbus Bowen is nacontrole na excisie niet nodig,
- Bij lokale behandeling eenmalige controle na 3 - 4 maand nodig;
- Bij multiple Morbus Bowen 1 maal per jaar gedurende 3 jaar controleren.

Als patiënt de plek zelf niet kan controleren (bv. rug, achter het oor, e.d.) overwegen om eenmaal per jaar gedurende 3 jaar te controleren.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts in anderhalvelijns centrum
De praktijk verwijst de patiënten voor betreffende verrichting naar een anderhalvelijns centrum, op basis van onderlinge verwijsafspraken.
- Verwijzing naar tweede lijn
Bij twijfel vindt verwijzing plaats naar de tweede lijn indien én als er reeds sprake is van plaveiselcarcinoom.

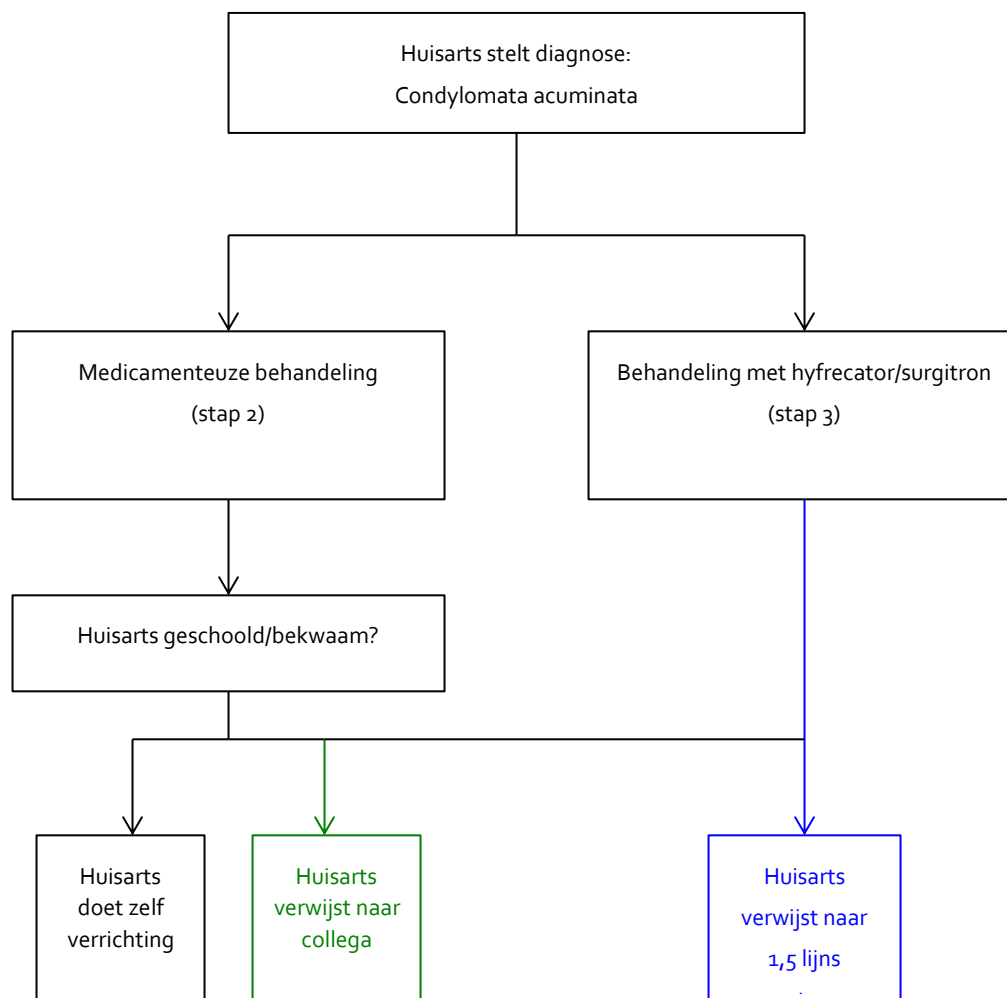
Voorwaarden voor implementatie

Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie Specialistische verrichtingen.

Richtlijnen en bronnen

- <http://plaveiselcelcarcinoom.huidkanker.nl>
- <http://www.huidinfo.nl/bowen.html>
- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, hoofdstuk 13 Cryotherapie, hoofdstuk 17 Biopt, hoofdstuk 56 Basaalcarcinoom.

Deelprotocol Multiple condylomata acuminata



Doel zorgprestatie

- Bij 99% wordt de medicamenteuze behandeling van condylomata acuminata door de huisartsenzorg uitgevoerd,
- Bij 50% wordt de behandeling met elektrochirurgie door de huisartsenzorg uitgevoerd, in de regio waar een anderhalvelijnscentrum is.

Achtergrondinformatie

Condylomata acuminata zijn goedaardige anogenitale wratten met een typische bloemkoolachtige structuur. Ze worden vrijwel altijd veroorzaakt door het humaan papillomavirus (HPV) type 6 en 11, die overigens niet geassocieerd zijn met een verhoogde kans op cervixcarcinoom. Condylomata worden gerekend tot de seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), maar besmetting kan ook plaatsvinden via vingers of handdoeken. Ruim de helft van de seksuele partners van patiënten met condylomata is drager van HPV. De voorkeurslokalisaties bij mannen zijn de penis, het scrotum, de meatus urethrae en het perianale gebied. Bij vrouwen zijn dit de introitus, vulva, clitoris, perineum en het perianale gebied. Condylomata zijn self-limiting.

Na 2 jaar is 90% van de patiënten zonder behandeling genezen. De infectie kan echter lang persisteren en het recidiefpercentage na behandeling is hoog. Complicaties zijn zeldzaam en screening op andere SOA is niet geïndiceerd maar moet wel overwogen worden bij risico gedrag.

Epidemiologie

In Nederland lopen per jaar meer dan 20.000 mensen deze SOA op. Vrouwen hebben 2x zo vaak condylomata als mannen. Condylomata acuminata staan in de SOA top 10 op de tweede plaats. Ze vormen de belangrijkste virale SOA. De incubatietijd is gemiddeld 3 maanden, maar kan variëren tussen 1 (en soms) - 20 maanden. Bij HPV geïnfecteerde patiënten ontstaat slechts in 1% van de gevallen ook daadwerkelijk een klinisch manifeste infectie, zich uitend in anogenitale wratten

Indicaties

De belangrijkste klacht bij condylomata is hun aanwezigheid. Zelden is er jeuk, pijn of een brandend gevoel, vaginale afscheiding of afscheiding uit de urethra. De belangrijkste reden om condylomata te behandelen, is de wens van de patiënt. Cosmetische overwegingen, maar ook angst en schaamte spelen hierbij een rol. Ook symptomatische wratten vormen een indicatie.

Contra-indicaties

Medicamenteuze behandeling met podofyllotoxine is gecontra-indiceerd bij zwangerschap, lactatie en kinderen.

Diagnostiek

Diagnose vindt plaats op basis van het klinische beeld. Het betreft de aanwezigheid van rozerode tot grijswitte wratten met een gelobd, bloemkoolachtig oppervlak en een doorsnede van 1 tot 5 mm; onderscheid condylomata van hemorroiden, marissen (skin tags), dermatofibromen, bij de man fysiologische pearly penile papules (meerdere kleine parelmoerachtige papeltjes bij de corona van de glans van de penis) en de zelden voorkomende condylomata lata (vochtige, vlakke, brede papillomateuze zwellingen) voorkomend bij het tweede stadium van lues. Bij twijfel vindt histologisch onderzoek of HPV-onderzoek plaats op wratmateria.

(Bron: <https://www.nhg.org/standaarden/ volledig/nhg-standaard-het-soa-consult#idp57552>, 21-1-2015)

Beleid

- Medicamenteuze behandeling
Medicamenteuze behandeling is mogelijk met lokale applicatie (niet toepassen op bloedende wratten, open wonden of moedervlekken). Behandeling die gestart wordt bij beginnende condylomata is effectiever dan bij langer bestaande laesies. Huisarts en patiënt maken een afweging tussen behandeling door de huisarts of thuisbehandeling door de patiënt.
Zie verder Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 79 Condylomata acuminata,
- Cryotherapie
Zie Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 13 Cryotherapie;
- (Elektro) specialistische excisie met hyfrecator/surgitron
Zie Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 79 Condylomata acuminata en hoofdstuk 12, Caustica en elektrochirurgie.

Nazorg

Controle is over het algemeen niet nodig, tenzij de klachten aanhouden.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts
De praktijk die zelf de specialistische verrichting niet kan of wil uitvoeren, verwijst de patiënten voor betreffende verrichting naar de praktijken (of anderhalvelijnscentra) die geschoold en ervaren zijn op basis van onderlinge verwijsafspraken.

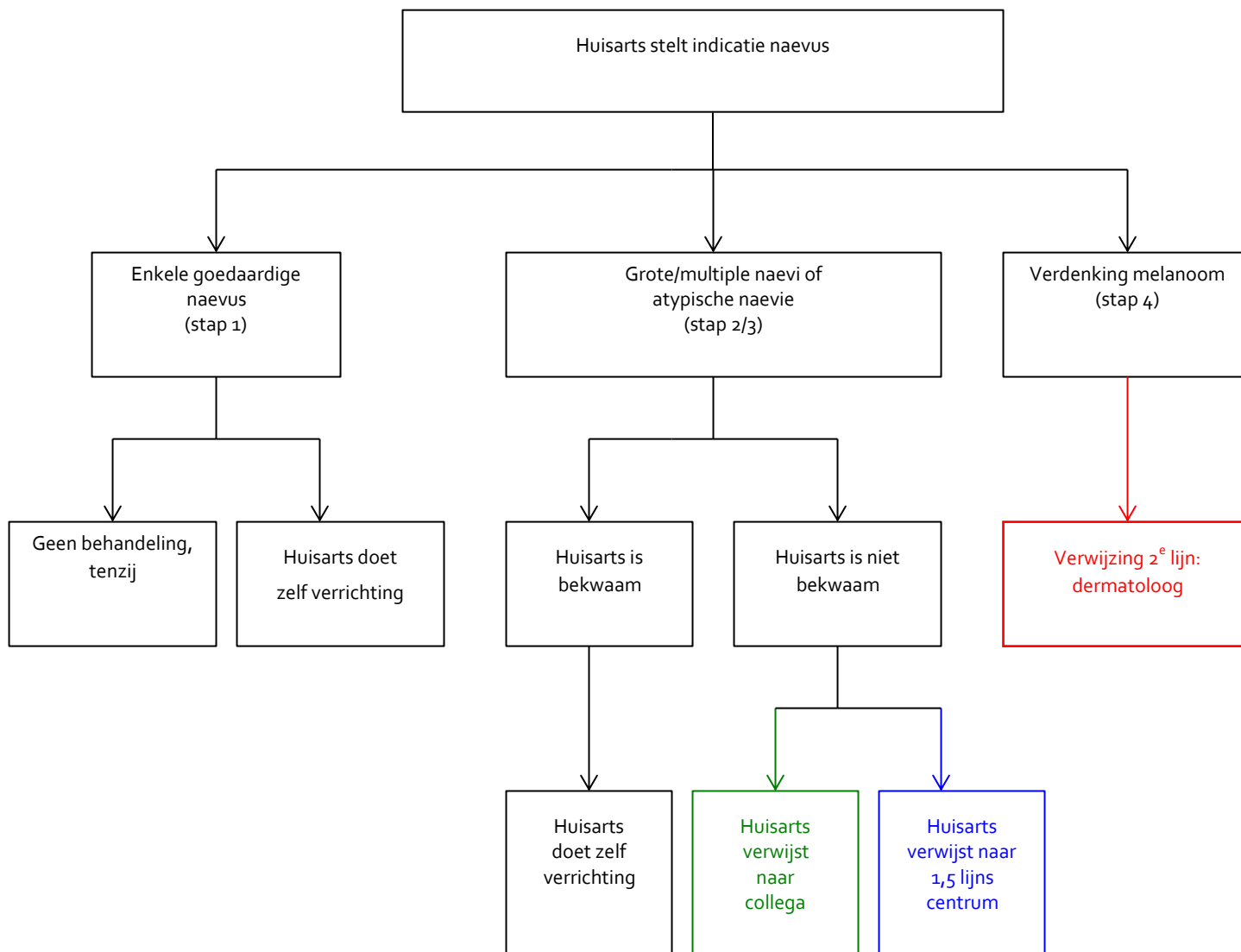
Voorwaarden voor implementatie

- Medicamenteuze behandeling
Vindt plaats binnen de (eigen) huisartsenpraktijk,
- Elektrochirurgie
Gezien de mogelijk lage incidentie in de huisartsenpraktijk in combinatie met het benodigde instrumentarium en vaardigheden lijkt het niet reëel dat elke huisartspraktijk elektrochirurgie kan en zal toepassen. Men kan niet de vereiste ervaring en deskundigheid opbouwen en het loont de eventuele investering onvoldoende. Echter door verwijzing naar collega huisartsen of een anderhalvelijnscentrum kan deze zorg wel worden gesubstitueerd naar de huisartsenzorg;
- Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie Specialistische verrichtingen.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, Hoofdstuk 79
- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, Hoofdstuk 13
- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, Hoofdstuk 12
- [https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-het-soa-consult#idp57552; 21-1-2015\)](https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-het-soa-consult#idp57552; 21-1-2015)
- [http://www.med-info.nl/Afwijking_DERMATOLOGIE%20-%20Tumor%20-%20benigne%20-%20condylomata%20accuminata.html; 21-1-2015\)](http://www.med-info.nl/Afwijking_DERMATOLOGIE%20-%20Tumor%20-%20benigne%20-%20condylomata%20accuminata.html; 21-1-2015)

Deelprotocol naevus



Doel zorgprestatie

- Bij 99% wordt een enkele goedaardige naevus door de huisartsenzorg behandeld.
Dit kan ook met name inhouden: controle en advies zonder ingreep, met name als het een cosmetisch bezwaar betreft.
- Bij 75% wordt een grote en/of multiple naevi of een atypische naevus door de huisartsenzorg behandeld.

Achtergrondinformatie

Een naevus is een goedaardige huidafwijking die meestal uitgaat van pigmentvormende huidcellen (melanocyten en naevocyten). De huidafwijking kan echter ook uitgaan van epidermale huidaanshangsels (talg- of zweetklieren of haarfollikels), bindweefsel of vaatweefsel.

Naevi zijn al of niet verheven en al of niet gepigmenteerd. Naevi in het stratum basale, op het grensvlak tussen epidermis en dermis, zijn meestal vlak en gepigmenteerd. Naevi in de dermis zijn meestal verheven en vaak niet gepigmenteerd.

Het aantal naevi groter dan 2 mm is een risicofactor voor het ontwikkelen van een melanoom. Meer dan 10 naevi geeft al een verhoogd risico. Iemand met meer dan 100 naevi heeft een ruim 7 keer zo groot risico op het krijgen van een melanoom dan iemand met minder dan 10 naevi. Het absolute risico van een 40-jarige om binnen 30 jaar een melanoom te ontwikkelen, is echter kleiner dan 1 procent.

Epidemiologie

Naevi komen congenitaal voor en zijn dan zichtbaar vanaf de geboorte. De meeste naevi ontstaan echter tussen het derde en veertigste levensjaar.

De incidentie in de huisartsenpraktijk is 7 per 1.000 per jaar. De prevalentie is 9,5 per 1.000.

Indicaties

- Goedaardige naevi
Behoeven geen behandeling, maar sommige patiënten willen er toch vanaf. Redenen voor verwijdering zijn cosmetische bezwaren, hinder door knellende kleding, of aanhoudende ongerustheid over maligne ontaarding.
- Atypische naevus
Worden door middel van excisie verwijderd en voor pathologisch onderzoek opgestuurd. Stansbiopsie is minder geschikt, tenzij de naevus ≤ 3 mm is en een marge van 2 mm aangehouden kan worden.
Een atypische naevus kan ook door de dermatoloog beoordeeld worden in de tweede lijn, waardoor excisie soms voorkomen kan worden.

Contra-indicaties

Bij verdenking op een melanoom wordt de patiënt doorgestuurd naar de dermatoloog.

Diagnostiek

Diagnostiek van naevi vindt plaats met het blote oog. Het is van belang dat er onderscheid gemaakt wordt tussen goedaardige naevi, atypische naevi en melanomen.

Bij verdenking op melanoom kan dermatoscopie een aanwinst zijn. De behandelaar dient zich eerst in deze techniek te bekwaamen. Dermatoscopie in niet ervaren handen geeft juist een slechtere diagnostiek (met name onderdiagnostiek) dan diagnostiek met het blote oog.

Atypische naevus

Een atypische naevus is een klinische diagnose. Bij een atypische naevus wordt soms de histologische diagnose dysplastische naevus gesteld.

We spreken van een atypische naevus bij 3 of meer van de volgende kenmerken:

- Doorsnede groter dan 5 mm,
- Vage begrenzing;
- Onregelmatige pigmentatie;
- Onregelmatige vorm;
- Erytheem (wegdrukbaar).

Verdenking melanoom

Bij een vermoeden op een melanoom moet de patiënt worden verwezen naar de dermatoloog. De kans op een melanoom is verhoogd bij aanwezigheid van ten minste 5 atypische naevi en bij een congenitale naevus ≥ 30 mm. Een dysplastisch naevus syndroom is het voorkomen van meer dan 50 naevi verschillend van grootte, begrenzing, kleur en vorm. Bij dit syndroom bestaat een verhoogde kans op ontstaan van een melanoom. Het kan familiair voorkomen.

Onderstaande ABCDE-checklist kan gebruikt worden bij de beoordeling van naevi. De aanwezigheid van 1 kenmerk geeft al een verdenking op een melanoom en vindt verwijzing plaats naar de dermatoloog.

A(symmetry)	Asymmetrie beoordeeld in 2 assen
B(order)	Onregelmatige en/of vage begrenzing
C(olour)	Tenminste 2 verschillende kleuren
D(iameter)	Grootste diameter > 6 mm
E(levation) E(volution)	Elevatie Andere veranderingen in de tijd, zoals grootte of kleur

Beleid

Goedaardige naevi

In het geval van cosmetische bezwaren, hinder door knellende kleding, of aanhoudende ongerustheid over maligne ontaarding:

- Verwijdering door de huisarts door middel van excisie, gevolgd door nabehandeling met elektrochirurgie. Te diepe excisie geeft cosmetisch een minder fraai resultaat. Een bloedend vaatje kan met elektrofulguratie worden behandeld,
- Verwijdering door de huisarts door middel van shaving, gevolgd door nabehandeling met elektrochirurgie (vaak later litteken en pigment waardoor beoordeling op maligniteit wordt bemoeilijkt).

Er wordt sterk aanbevolen om elke verwijderde naevus voor weefselonderzoek in te sturen. Een nadeel van de shaving-techniek bij het verwijderen van een goedaardige naevus is dat een goede typering van het ingezonden weefsel niet altijd mogelijk is.

Atypische naevus

- Verwijdering door middel van excisie. Opsturen voor pathologisch anatomisch onderzoek. Te diepe excisie geeft cosmetisch een minder fraai resultaat. Een bloedend vaatje kan met elektrofulguratie worden behandeld.
 - Stansbiopsie is minder geschikt, tenzij de naevus ≤ 3 mm en een marge van 2 mm aangehouden kan worden.
- Zie verder Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 55 Naevus.

Verdenking melanoom

Bij een sterk vermoeden op een melanoom moet de patiënt worden verwezen naar de dermatoloog.

Nazorg

Wondcontrole is niet noodzakelijk. De uitslag van weefselonderzoek wordt besproken met de patiënt.

Verwijzing/terugverwijzing (zie Stepped Care schema)

- Basishuisartsenzorg
Verwijdering van een enkele goedaardige naevus valt binnen de basishuisartsenzorg en wordt binnen de eigen huisartsenpraktijk behandeld.
- Verwijzing naar collega huisarts
Indien sprake is van grote en/of multiple naevi of een atypische naevus én de praktijk wil of kan de specialistische verrichting niet uitvoeren, wordt de patiënt voor betreffende verrichting verwezen naar die praktijken (of anderhalvelijnscentra) die geschoold en ervaren zijn op basis van onderlinge verwijsafspraken zoals opgenomen in het Stepped Care schema.
- Verwijzing naar dermatoloog
Bij een vermoeden op een melanoom moet de patiënt worden verwezen naar de dermatoloog.

Algemeen

Voorlichting en uitleg is erg belangrijk, excisie grote naevi is niet altijd nodig.

Goede beoordeling en geruststelling is belangrijk om onnodige excisies te voorkomen.

Voorwaarden voor implementatie

Door verwijzing naar collega huisartsen of een anderhalvelijnscentrum kan de behandeling van grote en/of multiple naevi of een atypische naevus worden gesubstitueerd naar de huisartsenzorg.

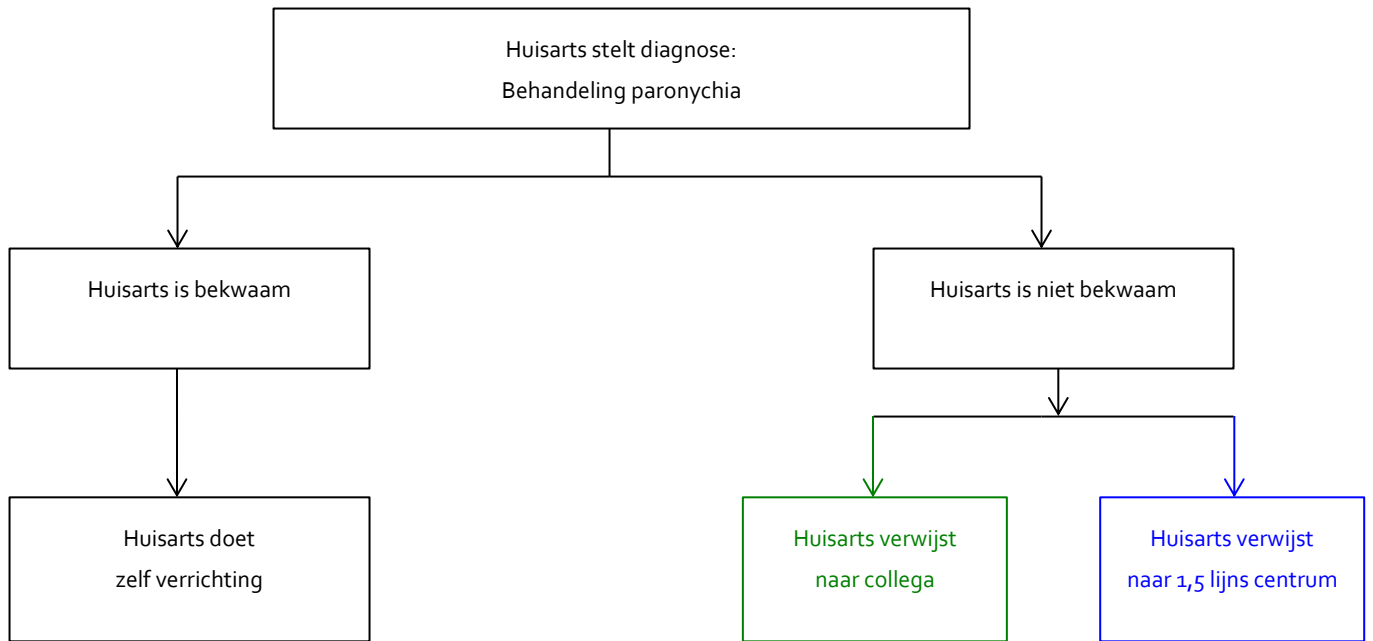
Bij een sterk vermoeden op een melanoom vindt geen substitutie plaats, in dit geval vindt verwijzing naar de tweede lijn plaats.

Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie Specialistische verrichtingen.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014 Hoofdstuk 55.

Deelprotocol Behandelen paronychia



Doel zorgprestatie

Bij 75% wordt de behandeling van een paronychia door de huisartsenzorg uitgevoerd.

Achtergrondinformatie acuut paronychia

Een acuut paronychia of omloop is een infectie van de proximale of laterale nagelwal, meestal veroorzaakt door huidbacteriën zoals Stafylokokken, vaak ook door een menginfectie (Streptokokken, Pseudomonas, Klebsiella, anaeroben) en incidenteel door een herpesvirus.

De ontsteking begint als een klein infiltraat aan de nagelbasis of nagelrand. Het infiltraat kan zich makkelijk uitbreiden (omlopen) naar de nagelbasis, vervolgens naar de andere kant van de nagel en daarbij overgaan in een abces.

Van de klassieke ontstekingsverschijnselen is pijn het meest uitgesproken en typisch door de geringe zwellingsmogelijkheid van de vingertop. Doordat de ontstekingsproducten door de harde nagelplaat moeilijk van nature evacueren, heeft de afwijking een verminderde spontane genezingstendens. Onbehandeld kan het abces zich ook onder de nagel uitbreiden (subunguaal abces) en daarbij de nagelplaat beschadigen, met deformaties van de nagel als gevolg. Een ernstige complicatie van een verwaarloosd paronychia is het ontstaan van een panaritium door uitbreiding van de ontsteking naar de pulpa van de vingertop, de peesschede, of het bot.

Een Paronychia wordt meestal veroorzaakt door kleine scheurtjes of wondjes van de huid langs de nagelriem, waardoor bacteriën kunnen binnendringen. De wondjes kunnen accidenteel ontstaan, maar ook door de patiënt zelf worden veroorzaakt door peuteren en lostrekken van nagelhuidrandjes, te ver naar de zijkant doorgevoerde nagelverzorging of nagelbijten.

Epidemiologie

De incidentie bedraagt ongeveer 4 nieuwe gevallen per 1.000 patiënten per jaar. Paronychia komt als steriele ontsteking ook bij zuigelingen voor, vaak aan meerdere vingers.

Indicaties

Maatregelen voor een paronychia in het infiltraatstadium zijn: rust en hoog leggen (mitella), al dan niet in combinatie met nat verband of aanbrengen van antibacteriële zalf. Herbeoordeling op korte termijn is hierbij gewenst.

De aanwezigheid van een pijnlijke fluctuerende zwelling bij de nagelrand met doorschemerend pus maakt een incisie noodzakelijk. Hiermee treedt onmiddellijke pijnverlichting op door evacuatie van de pus.

Terughoudendheid voor de ingreep is onjuist, omdat de patiënt daarbij nodeloos hinder ondervindt en de kans op verergering van de aandoening toeneemt.

Contra-indicaties

Contra-indicaties zijn er niet.

Bij zuigelingen is een afwachtend beleid gerechtvaardigd.

Diagnostiek

Paronychia is meestal zo duidelijk dat de diagnose gesteld kan worden zonder nader onderzoek.

Beleid

- Incisie van het abces en losmaken van de nagelriem
Doel van de ingreep is evacuatie van pus door incisie en drainage van de pocket. Soms is daarvoor een incisie van het abcesje en losmaken van de nagelriem voldoende.

Indien sprake is van subunguaal abces:

- Resectie van (een deel van) de nagel. Indien de infectie zich heeft uitgebreid tot onder de nagel (subunguaal abces),
- Verwijderen van een kleine nagelrand (technisch eenvoudiger alternatief voor een infectie die zich tot onder de nagelplaat heeft uitgebreid).

Zie verder Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 65 Paronychia.

N.B. Bij het gebruik van bloedverdunnende middelen moet extra aandacht worden besteed aan verbinden en nazorg.

Nazorg

Na de ingreep wordt een vingerverband aangelegd. De dag na de ingreep mag de patiënt dit verband verwijderen. Daarna volstaat een pleister over de wond.

Nacontrole is meestal niet nodig, tenzij opnieuw pijn optreedt.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts
De praktijk die zelf de specialistische verrichting niet kan of wil uitvoeren, verwijst de patiënten voor betreffende verrichting naar de praktijken die geschoold en ervaren zijn op basis van onderlinge verwijsafspraken.

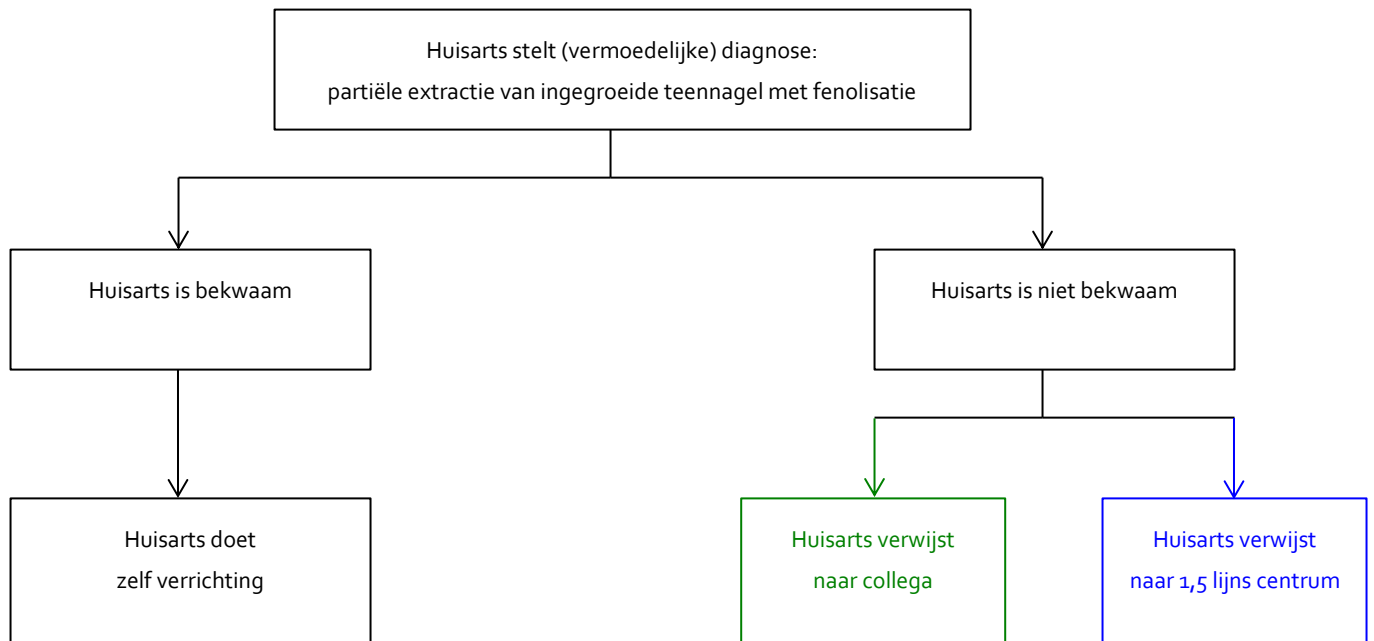
Voorwaarden voor implementatie

Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie Specialistische verrichtingen.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, hoofdstuk 65.

Deelprotocol Partiële extractie van ingegroeide teennagel plus fenolisatie



Doel zorgprestatie

Bij 75 % wordt de behandeling van een ingegroeide teennagel door de huisartsenzorg uitgevoerd, in de regio waar een anderhalvelijnscentrum is.

Achtergrondinformatie

Een ingegroeide teennagel (unguis incarnatus) is een aandoening waarbij de nagel de aangrenzende huid naar lateraal of distaal penetreert en beschadigt. Door irritatie en ontsteking ontstaan pijn en zwelling en vormt zich granulatieweefsel.

Doorgaans is alleen de grote teennagel aangedaan. Soms treedt tegelijkertijd een lokale bacteriële infectie op. Slechts in zeer zeldzame gevallen leidt een ingegroeide teennagel tot ernstige complicaties. Het natuurlijk beloop is niet bekend, maar de aandoening kan onbehandeld leiden tot langdurige klachten. Een aantal factoren zouden het ingroeien bevorderen, zoals overmatig transpireren, een van nature bolle nagelplaat, verkeerd knippen, te krap schoeisel of een trauma van de teen.

Epidemiologie

Ingegroeide teennagels komen op alle leeftijden voor, maar het frequentst bij jong volwassenen en in deze groep vaker bij mannen. De incidentie in een gemiddelde Nederlandse huisartsenpraktijk bedraagt ruim 4 per 1.000 patiënten per jaar.

Indicaties

De belangrijkste indicatie voor de specialistische ingreep is aanhoudende klachten (pijn, zwelling en vorming van granulatieweefsel).

Contra-indicaties

Bij patiënten met perifeer arterieel vaatlijden of diabetes mellitus moet een afweging worden gemaakt tussen het risico van het onbehandeld laten van de aandoening enerzijds, en van de ingreep anderzijds. Doorgaans verdient bij veel klachten behandelen de voorkeur boven het afwachten van het beloop.

Diagnostiek

Voor het stellen van de diagnose is meestal geen nader onderzoek nodig.

Beleid

De behandeling bij weinig klachten is in eerste instantie conservatief, zoals het advies ruim schoeisel te dragen. Als het beeld niet spontaan tot rust komt, is een specialistische ingreep geïndiceerd. Hierbij bestaan meerdere mogelijkheden (wigexcisie); uit onderzoek is gebleken dat partiële excisie van de nagel gecombineerd met fenolisatie van nagelbed en nagelmatrix, de effectiefste behandeling is en de minste recidiefpercentages heeft. Partiële excisie van de nagel gecombineerd met fenolisatie van nagelbed en nagelmatrix.

Indien sprake is van onvolledige excisie van de nagel of te korte cauterisatie van de nagelmatrix, neemt de kans op recidief toe. Dit kan worden voorkomen door na excisie van de nagel het nagelbed zorgvuldig te inspecteren op een achtergebleven nagelrest en door voldoende lang te fenoliseren.

Zie verder Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hoofdstuk 64 Ingegroeide teennagel.

Nazorg

De patiënt mag de voet normaal gebruiken, extra rust is niet nodig. Instrueer de voet hoog te leggen bij napijn en indien bloed door het gaas zichtbaar wordt. Daarnaast kan zo nodig extra verband worden aangebracht. Het verband dient 3 dagen na de ingreep te worden verwijderd, waarna ook mag worden gedoucht. Omdat de wond doorgaans nog enige tijd vochtig blijft, wordt 1 of 2 maal daags een pleister aangebracht.

Nacontrole is niet nodig. Bij toenemende pijn, zwelling of roodheid dient de patiënt wel terug te komen, dit kan wijzen op een infectie.

Indien sprake is van recidief wordt de ingreep herhaald.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar collega huisarts

De praktijk die zelf de specialistische verrichting niet kan of wil uitvoeren, verwijst de patiënten voor betreffende verrichting naar de praktijken die geschoold en ervaren zijn op basis van onderlinge verwijsafspraken.

Voorwaarden voor implementatie

Zie voor indeling van specialistische verrichtingen pagina 3, Zorgprestatie Specialistische verrichtingen.

Richtlijnen en bronnen

- Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Goudswaard c.s., NHG 2014, Hoofdstuk 64.