



Huidafwijkingen in het aangezicht

Een overzicht voor tandartsen

Van tandartsen mag enige bekendheid worden verondersteld met huidafwijkingen van het aangezicht. Zij zullen patiënten zo nodig moeten kunnen motiveren een huisarts of een dermatoloog te raadplegen. Huidafwijkingen kunnen op verschillende manieren worden gerubriceerd. In deze bijdrage is gekozen voor een indeling in infectieuze aandoeningen, inflammatoire aandoeningen, auto-immuunziekten, benigne nieuwvormingen, premaligne afwijkingen en maligne afwijkingen. In de Nederlandse gezondheidszorg hebben huisartsen een belangrijke spilfunctie. Tot voor kort waren zij ook de eerst aangewezen collega's naar wie tandartsen een patiënt met een geconstateerde huidafwijking verwezen. De huisarts stelde dan vervolgens vast of een doorverwijzing naar een dermatoloog al of niet was geïndiceerd. Mede gelet op de veranderingen in het zorgstelsel is rechtstreekse verwijzing door een tandarts naar een dermatoloog zeker verdedigbaar.

Waal RIF van der, Visscher JGAM de, Waal I van der. Huidafwijkingen in het aangezicht. Een overzicht voor tandartsen
Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 117: 271-277

Inleiding

Tandartsen worden met enige regelmaat geconfronteerd met patiënten met aandoeningen van het mondslijmvlies die gepaard kunnen gaan met soortgelijke aandoeningen van de huid of van andere slijmvliesen dan die van de mond. Voorbeelden van dergelijke afwijkingen zijn lichen planus, en discoïde lupus erythematosus. Daarnaast kan bij een patiënt die door een tandarts wordt onderzocht of behandeld, sprake zijn van direct zichtbare huidafwijkingen van het aangezicht. Het is daarom wenselijk dat tandartsen onderscheid kunnen maken tussen onschuldige en minder onschuldige afwijkingen en hun patiënten zo nodig verwijzen naar hun huisarts of een medisch specialist voor nadere diagnostiek en eventueel behandeling.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van huidaandoeningen die zich vooral in het aangezicht presenteren. De huidaandoeningen zijn ingedeeld in infectieuze aandoeningen, inflammatoire aandoeningen, auto-immuunziekten, benigne nieuwvormingen, premaligne afwijkingen en maligne afwijkingen. Bij elke aandoening wordt kort aandacht besteed aan de etiologie, de symptomen en klinische aspecten en de behandelmogelijkheden. Voor meer gedetailleerde informatie over de hier besproken aandoeningen wordt verwezen naar de literatuur (De Visscher et al, 2002; Bologna et al, 2003; Niedner et al, 2005).

Infectieuze aandoening

Herpes simplex

Infectie met het herpessimplexvirus, doorgaans type 1 (HSV-1), kan leiden tot een pijnlijke, rode verkleuring van

(in het bijzonder) de lippen met daarin gelegen (gegroepeerde) blaasjes: herpes labialis, in de volksmond 'koortsuitslag'. Ongeveer de helft van de Nederlandse populatie bezit antilichamen tegen herpessimplexvirussen, dat wil zeggen dat zij in het verleden een HSV-infectie heeft doorgemaakt. Herpessimplexvirussen blijven na de primaire infectie latent aanwezig in het sensibele ganglion en belanden bij reactivering door provocerende factoren zoals ultraviolet licht, koorts, infecties, menstruatie of stress weer in de huid (afb. 1). In het aangezicht betreft het de sensibele ganglia van de nervus trigeminus en ontstaan blaasjes in het verzorgingsgebied van 1 of meer takken van die zenuw. Vaak zijn de laesies aanwezig ter hoogte van het lippenrood of de directe omgeving ervan. Dikwijls voelt de patiënt kort voor de klinische uitbraak jeuk of tinteling in het getroffen gebied. Hoewel klinisch nog geen afwij-

Afb. 1. Herpes labialis.





Afb. 2. Lichen planus.

king waarneembaar is, is de patiënt dan al besmettelijk voor anderen. In de loop van 1 week ontstaan er korstjes, die daarna indrogen. Als de korstjes zijn afgevallen, bestaat geen besmettingsgevaar meer. In het blaasjesstadium helpen indrogende maatregelen, zoals zinkolie of lotio alba. Bij een mild verloop is geen verdere therapie nodig. Bij frequente recidieven kan profylactische behandeling met 1 keer per dag 500 mg valaciclovir per os worden overwogen. Deze behandeling lijkt bij herpes labialis overigens minder effectief dan in geval van frequent recidiverende herpes genitalis, doorgaans veroorzaakt door herpes simplexvirus type 2 (HSV-2). Indien desondanks een HSV-infectie manifest wordt, dient gedurende 5 dagen de dosering te worden verdubbeld.

Inflammatoire aandoeningen

Lichen planus

De oorzaak van lichen planus is onbekend. Het is een ontstekingsachtige aandoening die op de huid en op de slijmvliezen, met inbegrip van het mondslijmvlies, kan voorkomen. De meest bekende klinische uitingsvorm bestaat uit livide, polygonale papels met Wickhamse striae op het oppervlak, waarbij een netvormig patroon zichtbaar is (afb. 2). Relatief zelden doen zich bij cutane lichen planus ook intraorale lichenoïde laesies voor. Voorkeursplaatsen zijn de polsen, de enkels, de strekzijde van de onderarmen en de onderbenen, de onderrugregio en de slijmvliezen van de mond en de genitaliën. De huid van het aangezicht blijft bij cutane lichen planus eigenlijk altijd vrij. In zeldzame gevallen komen nagelveranderingen of haaruitval met littekenvorming voor, waarbij de haarfollikels worden vernietigd. Soms kan de diagnose pas worden gesteld aan de hand van een biopsie. In tegenstelling tot orale lichen planus genezen cutane laesies meestal spontaan binnen 2 jaar. Bij de behandeling kan veelal worden volstaan met applicatie van lokale corticosteroiden.

Acne vulgaris

Acne vulgaris is een polymorfe huidaandoening die bestaat uit comedonen ('mee-eters') met inflammatoire pustels die



Afb. 3. Acne vulgaris.

vooral voorkomen in het gebied van neus en voorhoofd. Acne berusten op een multifactoriële ontsteking van talgklierfollikels die androgeenreceptoren bevatten. De ernst van de aandoening wordt onder meer bepaald door de gevoeligheid van de talgklierfollikels voor geslachtshormonen. Meestal begint acne in de puberteit, soms echter op volwassen leeftijd (acne tarda), wanneer de huid onder invloed van hormonen veranderingen ondergaat. De talgklieren in het aangezicht, op de rug en de borst worden groter en produceren meer talg, die bovendien dikker van consistentie is. Voorts treedt verhoorning van de follikeluitgang op. De talg kan de uitvoergang van de talgklier (de porie) blokkeren waardoor comedonen ontstaan. Er wordt onderscheid gemaakt tussen oppervlakkige, open (zwarte) comedonen en dieper gelegen, gesloten (witte) comedonen (afb. 3). Daarnaast bevinden zich in de talgklieren bacteriën, onder andere *Propionibacterium acnes*, die talg omzetten in vetzuren. Door de opgehoopte talg en de irriterende vrije vetzuren zet de verstopte follikel steeds verder uit en ruptuureert. De irriterende stoffen komen in de aangrenzende huid terecht en veroorzaken daar een ontsteking. Hierdoor ontstaan nodi en papulopustels.

De mildste vorm is acne comedonica die vaak aan het begin van de puberteit optreedt en zonder ontstekingen verloopt. Acne vulgaris (papulopustulosa) kent een mild tot ernstig beloop en kan overgaan in acne nodulocystica en acne conglobata. De laatstgenoemde vormen gaan met ernstige ontstekingen gepaard en leiden tot ontsierende littekens en soms fistels. De diagnose is in de meeste gevallen niet moeilijk te stellen. Veel meer problemen geven echter de behandeling en de begeleiding van patiënten met acne vulgaris. De behandeling kan per patiënt verschillen en wordt bepaald door de ernst en de klachten van de acne, alsook door de leeftijd en het geslacht. Het is hierbij soms niet bekend hoe een patiënt op de behandeling zal reageren en het kan enkele maanden duren voordat een middel effect heeft. Vanzelfsprekend begint men bij de behandeling met lokale middelen zoals benzoylperoxide en erytromycine en, wanneer dit geen of beperkt effect heeft, met systemische middelen zoals minocycline en eventueel met isotretinoïne.



Afb. 4. Rosacea.



Afb. 5. Periorale dermatitis met bandvrije zone rond de mond.

Rosacea

Rosacea presenteert zich klinisch als passagère erythemen die in het verloop van de tijd persistierend worden, teleangiëctasieën (zeer kleine, in de huid echter individueel goed zichtbare vaatverwijdingen), papels en pustels en komt vooral voor op de convexe gebieden van het aangezicht (voorhoofd, wangen, kin), het periorale en het periorbitale gebied (afb. 4). Door manipulatie ontstaan vaak ook crustae. Soms is sprake van een branderig gevoel, vooral bij snelle temperatuurwisselingen. Rosacea ontstaat op een latere leeftijd dan acne vulgaris en is een chronische inflammatoire dermatose met onbekende etiologie. Het klinische beeld kan variëren van teleangiëctasieën en erythemateuze 'flushes' (blozen) tot papulopustels, furunkels en cysten. In tegenstelling tot acne is bij rosacea geen sprake van comedonen. Rhinophyma (aardbeienneus), een knolachtige verdikking van de neus die bijna alleen optreedt bij oudere mannen, wordt als een variant van rosacea beschouwd. Ongeveer 50% van de rosaceapatiënten heeft afwijkingen aan de ogen die kunnen bestaan uit blefaritis, conjunctivitis, iritis of keratitis. Hete voeding en drank, sterk gekruid voedsel en alcohol kunnen aanleiding geven tot flushes en mogelijk rosacea versneld doen optreden. Dit geldt eveneens voor een hoge of lage omgevings-temperatuur, wind- en zonlichtexpositie en verandering in emoties.

In het algemeen wordt geadviseerd om uitlokkende factoren voor flushes, zoals eerder genoemd, te mijden. Voorts kan lokaal toegepaste metronidazol worden voorgeschreven of, bij een ernstiger beeld, tetracyclines of macrolide antibiotica per os gedurende enkele maanden. Teleangiëctasieën kunnen goed worden behandeld met een 'pulsed dye' laser. Deze behandeling kan ook worden toegepast bij rhinophyma, die echter ook met (elektro)chirurgie of dermabrasie kan worden verholpen.

Periorale dermatitis

Periorale dermatitis betreft een omschreven eruptie, veelal bestaande uit erythemateuze papels, vesikels of pustels. Klinisch lijkt de afwijking op een combinatie van seborroïsch eczeem, acne en atopisch eczeem. Zoals de term aangeeft, is de aandoening (meestal) gelokaliseerd rond de mond.

Kenmerkend is dat de direct aan het lippenrood grenzende huidgedeelten (bandvrije zone) hierbij niet zijn betrokken (afb. 5). Periorale dermatitis komt tevens vaak voor rond de ogen, op de glabella, in de nasolabiaalplooiën en op de kin. Bij geïsoleerde periorale manifestatie kan het moeilijk zijn de diagnose te stellen. Periorale dermatitis komt vooral voor bij vrouwen in de leeftijd van 20-40 jaar, minder vaak bij man-

nen en kinderen. Het kan optreden als gevolg van langdurig uitwendig gebruik van corticosteroiden, cosmetica of zonnebrandcrème.

Primair wordt de patiënt (meestal) geadviseerd om het gebruik van alle lokaal aangebrachte middelen te staken, zoals corticosteroiden, hydraterende en vette crèmes en make-up. Vooraf dient te worden gewaarschuwd voor het optreden van ontweningsverschijnselen, bestaande uit tijdelijke (enkele weken) verslechtering van de periorale dermatitis. Als alternatief wordt soms het lokale corticosteroid afgebouwd, al dan niet in combinatie met introductie van lokale applicatie van metronidazol. Soms is systemische therapie geïndiceerd, zoals hiervoor beschreven voor rosacea.

Auto-immuunziekte

Lupus erythematosus

Huidlaesies in het aangezicht bij lupus erythematosus presenteren zich als scherp begrensde, vaak meer of minder sterk geïnfiltreerde, vliedervormige, rode plekken op wangen en neus (afb. 6). Subjectief kunnen laesies branderig aanvoelen. De huidafwijkingen kunnen de enige manifestatie van lupus erythematosus zijn, bijvoorbeeld chronische discoidale of subacute cutane lupus erythematosus, maar kunnen

Afb. 6. Lupus erythematosus; kenmerkende vliedervormige rode plekken op wangen en neus.





Afb. 7. *Verruca seborrhoeica* van de behaarde hoofdhuid.



Afb. 8. *Keratoacanthoom* op het voorhoofd.



Afb. 9. *Lentigo solaris*.

ook onderdeel zijn van een systemische ziekte (systemische lupus erythematosus) waarbij veel organen betrokken kunnen zijn. Systemische lupus erythematosus is een zeldzame, idiopathische auto-immuunziekte van het bindweefsel en de bloedvaten. In het serum zijn antilichamen tegen celkernen en DNA aanwezig. Het beeld kan zeer wisselend zijn. Verschijnselen zijn koorts, algemene malaise, vermoeidheid, gewichtsverlies, huidafwijkingen, (poly)arthritis, neurologische en psychische afwijkingen, lymfadenopathieën en afwijkingen aan nieren, hart en longen. Systemische lupus erythematosus komt veel vaker voor bij vrouwen (prevalentie 1:1000) dan bij mannen, en relatief vaker bij jonge, zwangere vrouwen. Soms kan de ziekte door medicatie worden geïnduceerd. Huidafwijkingen en fotosensitiviteit vormen onderdeel van de diagnostische criteria van deze zeldzame ziekte. Huidafwijkingen en activiteit van systemische lupus erythematosus verergeren na expositie aan UV-licht. Het klinische beloop is variabel, de therapie steeds dienovereenkomstig, waarbij patiënten expositie aan UV-licht dienen te mijden of zich daar adequaat tegen dienen te beschermen. De behandeling bestaat uit het systemisch toedienen van immunosuppressiva. Huidlaesies reageren meestal goed op deze therapie; soms is een aanvullende lokale behandeling met corticosteroid noodzakelijk.

Benigne nieuwvormingen

Verruca seborrhoeica

Verruca seborrhoeica, ook bekend als ouderdomswrat, is een benigne epitheliale tumor met onbekende etiologie die meestal ontstaat na het 50e levensjaar. De tumor is licht- tot donkerbruin gepigmenteerd en heeft een verruceus of vettig glanzend oppervlak. Het aantal kan aanzienlijk wisselen – van slechts enkele tot honderden. Meestal komen verrucae seborrhoeica voor op de romp, maar ook in het aangezicht en op het voorhoofd (afb. 7). Verwijdering van de afwijking is niet noodzakelijk. Wanneer vanwege bijvoorbeeld esthetische redenen verwijdering is gewenst, kan de laesie door middel van curettage met een ringvormige curette of scherpe lepel worden weggenomen. Bij onzekerheid over de diagnose dient het verwijderde weefsel histopathologisch te worden onderzocht.

Keratoacanthoom

Een keratoacanthoom is een benigne, asymptomatische tumor die in korte tijd ontstaat. De tumor komt vooral voor op aan zonlicht blootgestelde huid bij personen met een licht huidtype (huidtype I en II) en kenmerkt zich door een snelle groeifase, gevolgd door een stationaire fase en tot slot een spontane involutie. Het gehele proces van ontstaan tot verdwijnen duurt meestal 4 tot 6 maanden. In de loop van enkele weken ontwikkelt zich een ronde, huidkleurige of rode tumor op de huid (afb. 8). Kenmerkend is de aanwezigheid van een hoornprop in het centrum. De tumor kan uitgroeien tot een doorsnede van enkele centimeters. Een keratoacanthoom kan klinisch grote gelijkentonen met een plaveiselcelcarcinoom en bij twijfel over de aard van de afwijking is een proefexcisie geïndiceerd of dient deze te worden behandeld als een plaveiselcelcarcinoom.

Keratoacanthomen ontstaan uit de keratinocyten van de haarfollikels. Ze komen vrijwel alleen voor op huidgebieden die veelvuldig aan zonlicht worden blootgesteld, zoals het aangezicht, de oren, de armen en de handen. Het keratoacanthoom ontstaat meestal na een minimaal trauma en komt voornamelijk voor op of na de middelbare leeftijd. In verloop van enkele maanden wordt de tumor spontaan kleiner en verdwijnt uiteindelijk vanzelf. Na deze genezing blijft veelal een litteken zichtbaar.

Lentigo solaris (lentigo senilis, 'levertlek')

Lentigo solaris kenmerkt zich als een 1 tot 3 cm grote, vaak egaal lichtbruine, scherp begrensde macula en ontstaat meestal op chronisch door zonlicht beschenen huidgebieden, zoals het aangezicht (afb. 9). Bij langdurig bestaan kan stapsgewijs – via *lentigo maligna* – een melanoom ontstaan. Bij histologisch onderzoek wordt in het stratum basale een toegenomen aantal melanocyten gezien zonder atypische of dysplastische kenmerken. Voorts is sprake van toename van de melanosomen in de keratinocyten. Hoewel behandeling niet is vereist, kan om esthetische redenen verwijdering door middel van cryotherapie worden toegepast. Tevens dienen patiënten te worden geadviseerd overmatige zonlichtexpositie te mijden, dan wel adequate bescherming met zonneprotectiva (beschermend tegen UV-A- én UV-B-licht) te gebruiken.



Afb. 10. Actinische keratose van de neusrug.



Afb. 11. Lentigo maligna van de aangezichts-huid.



Afb. 12. Basaalcelcarcinoom van de neusrug.

Premaligne afwijkingen

Actinische keratosen

Keratosis actinica (abnormale verhoorning onder invloed van zonlicht) komt vaak voor bij mensen van het blanke ras. Actinische keratosen zijn meestal millimeters- tot enkele centimetersgrote, veelal ruw aanvoelende verhoornde laesies, in kleur variërend van huidkleurig, rood tot bruin. Soms zijn ze licht pijnlijk bij aanraking. Ze ontstaan op de chronisch aan zonlicht blootgestelde delen van het lichaam, zoals de onbehaarde schedel, het aangezicht, de huidzijde van de onderlip en de handruggen (afb. 10). Actinische keratosen worden veroorzaakt door langdurige onbeschermd blootstelling aan ultraviolette straling en zijn premaligne laesies. Ze worden dan ook vooral op oudere leeftijd gezien. Echter, mede door de veranderde vrijetijdsbesteding met toegenomen blootstelling aan ultraviolette straling door zonnvakanties en zonnebanken, worden actinische keratosen steeds vaker ook op jongere leeftijd waargenomen. Langdurig verblijf in de tropen, licht huidtype en chronisch gebruik van immunosuppressiva geven meer kans op het ontwikkelen van actinische keratosen. Behandeling van actinische keratosen is noodzakelijk omdat ze een verhoogde kans op het ontwikkelen van huidmaligniteit, vooral het plaveiselcelcarcinoom, met zich meebrengen. Actinische keratosen kunnen onder andere worden behandeld door bevriezing met vloeibare stikstof, lokale applicatie van 5-fluorouracilcrème (Efidix) of met behulp van fotodynamische therapie. Vanzelfsprekend wordt tevens geadviseerd overmatige zonlichtexpositie te mijden. Daarnaast is gebruik van zonneprotectiva met hoge beschermingsfactor voor zowel UV-A-licht als UV-B-licht aangewezen ter preventie.

Lentigo maligna

Lentigo maligna, ook wel melanosis van Dubreuilh genoemd, is een middelbruine, onregelmatige, maar scherp begrensde macula, die vaak asymptomatisch is. Het betreft een typische pigmentverandering van de huid die op latere leeftijd in het aangezicht voorkomt, meestal na het 60e jaar

(afb. 11). Meestal ontstaat lentigo maligna uit lentigo solaris. Lentigo maligna ontstaat door chronische blootstelling aan zonlicht, waarbij bij histologisch onderzoek atypische melanocyten worden gezien. Door langzame, voortgezette degeneratie van melanocyten kan zich uit een lentigo maligna een melanoom ontwikkelen. Chirurgische verwijdering van de afwijking is dan ook gewenst.

Maligne afwijkingen

Basaalcelcarcinoom

Het basaalcelcarcinoom is een maligne epitheliale huidtumor die ontstaat in de basale germinatieve laag van de epidermis. De tumor metastaseert nagenoeg nooit, maar kan wel door lokale uitbreiding grote weefseldestructie veroorzaken. Het basaalcelcarcinoom is bij blanken het meest voorkomende maligne gezwel van de huid. Het kan zich klinisch en histologisch op verschillende wijzen manifesteren. Klinisch betreft het veelal een papulonodulaire laesie met een glanzend parelmoerachtige opgeworpen rand. Ook vlakke varianten komen echter veelvuldig voor. Voorts zijn vaak teleangiëctasieën aanwezig en is er een ingezakt, soms ulceratief centrum. De kleur van een basaalcelcarcinoom kan variëren van huidkleurig tot bruinigrood (afb. 12). Het basaalcelcarcinoom ontstaat meestal op chronisch, aan UV-licht blootgestelde huid, zoals het aangezicht. De tumorlokalisatie en -grootte, het histopathologische type en de primaire manifestatie dan wel het recidief zijn factoren die gewogen worden bij optimale therapiekeuze. Behandeloptyes zijn onder andere cryotherapie, lokale chemotherapie met 5-fluorouracilcrème of een immunomodulator (imiquimodcrème), fotodynamische therapie, chirurgische excisie en eventueel radiotherapie.

Plaveiselcelcarcinoom

Het plaveiselcelcarcinoom ziet er meestal uit als een huidkleurige of erythemateuze nodus, vaak met een ruw aanvoelend oppervlak en gaat soms met pijn gepaard. De tumor groeit langzaam en de grootte kan variëren van enkele millimeters tot centimeters. Een plaveiselcelcarcinoom kan zich ook presenteren als een slecht genezende wond of erosie, zodat klinische herkenning



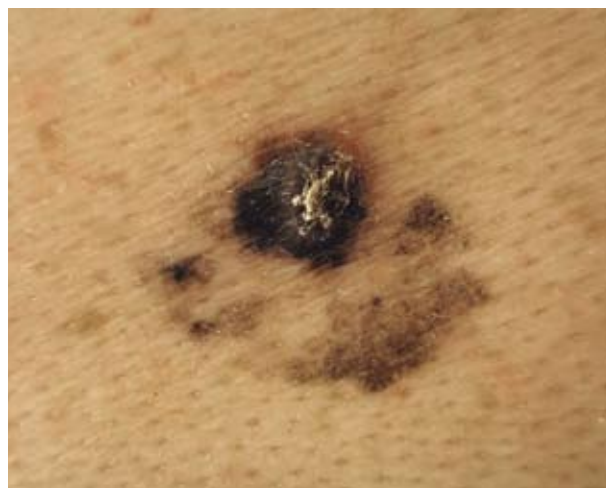
Afb. 13. Plaveiselcelcarcinoom van de wang.

moeilijk kan zijn (afb. 13). In een vroeg stadium lijkt het carcinoom op een actinische keratose. Een klinisch ogenschijnlijke rustige actinische keratose kan bij histologisch onderzoek toch invasieve groei tonen. Een aanwijzing voor maligniteit is de aanwezigheid van relatief veel keratose en induratie en gevoeligheid bij palpatie. Het plaveiselcelcarcinoom komt minder vaak voor dan het basaalcelcarcinoom, maar vaker dan het melanoom.

Het plaveiselcelcarcinoom ontstaat vooral op aan zonlicht blootgestelde huidgebieden, onder andere op de schedel, de oren, het aangezicht en de lippen. Mensen met een lichte huidskleur hebben een grotere kans op het krijgen van deze vorm van huidkanker dan mensen met een donker huidtype. Ook langdurige immunosuppressieve therapie, bijvoorbeeld bij transplantatiepatiënten, geeft een verhoogd risico op het ontwikkelen van een plaveiselcelcarcinoom. De kans op lymfogene (of hematogene) metastasering van een plaveiselcelcarcinoom bedraagt ongeveer 2%. De kans hierop is echter aanzienlijk groter wanneer het carcinoom op de lip of het oor is gelokaliseerd (circa 20%). Het risico van metastasering wordt vooral bepaald door de grootte en de dikte van de tumor en bepaalde histologische kenmerken van de tumor zoals perineurale groei. Hoewel de prognose duidelijk slechter is, zeker bij de aanwezigheid van lymfekliermetastasen, dan die van het basaalcelcarcinoom, is deze

Tabel 1. De 5- en 10-jaarsoverleving van een melanoom bij mannen en vrouwen, afhankelijk van de Breslow-dikte.

Breslow-dikte	5-jaarsoverleving		10-jaarsoverleving	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
< 0,75 mm	95%	98%	90%	97%
0,76 - 1,5 mm	95%	94%	92%	94%
1,51 - 3,0 mm	70%	76%	40%	60%
> 3,0 mm	42%	55%	32%	46%
alle dikten, < 60 jaar	75%	90%	62%	81%
alle dikten, > 60 jaar	76%	68%	46%	60%



Afb. 14. Melanoom op linker aangezichtshelft.

nog altijd goed te noemen bij vroegtijdige herkenning en behandeling.

Vanzelfsprekend wordt algemeen geadviseerd overmatige zonlichtexpositie te mijden bij mensen met een licht huidtype, zoals bij voorbeeld huidtype I en II. Daarnaast is gebruik van zonneprotectiva met een hoge beschermingsfactor voor UV-A-licht en UV-B-licht aangewezen ter preventie. Plaveiselcelcarcinomen worden bijna altijd door middel van chirurgische excisie behandeld.

Melanoom

Aan de hand van de zogenoemde 'ABCD-regel' (Asymmetry, Border irregularity, Colour variation, Diameter of more than 6 mm) kan de diagnose van een melanoom vaak klinisch worden gesteld. Veelal is bij een gepigmenteerde afwijking op grond van het klinische aspect, met inachtneming van voornoemde regel, al verdenking op een melanoom (afb. 14). Met behulp van epiluminescentiemicroscopie (dermatoscopie) kan in ervaren handen een betrouwbare inschatting van de diagnose melanoom worden verkregen. Soms komen ook volledig pigmentvrije melanomen voor. Het betreft amelanotische en desmoplastische melanomen die door afwezigheid van pigment klinisch moeilijk te herkennen zijn. Het meest frequente type melanoom betreft het oppervlakkig spreidend melanoom ('superficial spreading melanoma', 70% van de melanomen) dat meestal lange tijd alleen horizontaal groeit, voordat het in verticale richting gaat groeien. Bij verticale groei is er een grotere kans op lymfogene en hematogene metastasen doordat de tumor in de lymfe- en bloedvaten groeit. Andere melanoomtypen van de huid zijn het nodulaire melanoom, lentigo maligna melanoom en acrolentigineus melanoom.

Bij verdenking op melanoom dient een diagnostische excisie te worden verricht. Hierbij wordt de afwijking verwijderd met een beperkte marge van de klinisch ogenschijnlijk normale huid. Uiteindelijk zal de patholoog meestal de diagnose melanoom met zekerheid stellen. Indien de diagnostische excisie een melanoom heeft uitgewezen, dient vervolgens een therapeutische excisie te worden uitgevoerd.

De marge hierbij is afhankelijk van de Breslow-dikte: bij Breslow-dikte < 2 mm is de marge 1 cm en bij Breslow-dikte ≥ 2 mm is de marge 2 cm, met inachtneming van esthetische overwegingen (tab. 1). Bij dikke melanomen kan een electieve lymfeklierdissectie of poortwachtklierprocedure ('sentinel node procedure') worden uitgevoerd om na te gaan of zich in het eerste lymfeklierstation een metastase bevindt. De waarde van deze procedure is vooralsnog niet geheel duidelijk. Het voordeel (meer prognostische kennis) van de diagnostische ingreep weegt waarschijnlijk niet op tegen de nadelen (betrouwbaarheid niet optimaal, kans op versleping van tumorweefsel, waarschijnlijk geen betere overleving), zodat deze procedure alleen wordt toegepast bij patiënten die het van groot belang vinden optimaal te zijn ingelicht over de prognose. Bij bewezen regionale lymfekliermetastasen zonder metastasen op afstand wordt een therapeutische lymfeklierdissectie uitgevoerd.

De 5-jaarsoverleving is afhankelijk van de Breslow-dikte van de tumor waarbij een tumor met een dikte die groter is dan 2 mm, een ulcererend oppervlak en (micro)metastasen in de lymfeklieren heeft, een slechtere prognose heeft. Bij regionale lymfekliermetastasen daalt de 5-jaarsoverleving naar 25%, bij hematogene metastasen is genezing vrijwel niet mogelijk. Metastasen kunnen zelfs na 10 jaar nog optreden.

Beschouwing

Van tandartsen mag niet worden verwacht dat zij zich het hier besprokene volledig eigen maken. Ook de aandacht die in het curriculum tandheelkunde aan huidziekten is besteed, mag niet als voldoende worden beschouwd om in de praktijk de meest gangbare huidziekten te kunnen diagnosticeren. Wel mag van tandartsen worden verwacht, dat zij aandacht schenken aan direct zichtbare huidafwijkingen bij hun patiënten. De vraag is of het uitvoeren van systematisch onderzoek van de huid van het gehele hoofd-halsgebied tot de verantwoordelijkheid van de tandarts zou moeten worden gerekend. Vooralsnog lijkt dat niet het geval te zijn.

Aangezien in de Nederlandse gezondheidszorg de huisarts een belangrijke spilfunctie heeft, is deze tot op heden de aangewezen collega geweest naar wie vanuit een tandartspraktijk een patiënt met een huidafwijking werd verwezen. Mede gelet op veranderingen in het zorgstelsel is er inmiddels ook formeel geen bezwaar tegen rechtstreekse verwijzing door een tandarts naar een dermatoloog.

Literatuur

- > Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al. (red). *Dermatology*. Philadelphia: Elsevier, 2003.
- > Visscher JGAM de, Blanken R, Lei B van der. Herkenning van maligne huidtumoren in het hoofd-halsgebied. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2002; 109: 51-55.
- > Niedner R, Adler Y, Waal RIF van der, Tupker RA. *Praktische dermatologie*. Maarn: Prelum, 2005.

Summary

Skin diseases of the face; an overview for dental practitioners

Dental practitioners are supposed to have some knowledge of skin diseases, particularly those occurring in the face. They should encourage a patient to see his physician or a dermatologist for further evaluation and possible treatment. Diseases of the skin can be classified in various ways. In this overview, diseases are classified as infectious diseases, inflammatory diseases, autoimmune diseases, benign neoplasms, premalignant lesions, and malignant lesions. In the Dutch health care system, family doctors play an important role and, until recently, they have been the obvious persons to whom a patient with a detected skin disease was referred by dental practitioners. The general practitioner then determined whether a referral to a dermatologist was indicated. However, because of changes in the health care system it has become possible for a dentist to refer patients directly to a dermatologist in case of the presence of a skin disease.

Bron

R.I.F. van der Waal¹, J.G.A.M. de Visscher², I. van der Waal³
Uit ¹de afdeling Dermatologie van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en het Mesos Medisch Centrum in Utrecht, ²de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van het Medisch Centrum Leeuwarden in Leeuwarden en ³de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie/Orale Pathologie van het VU medisch centrum/ Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
Datum van acceptatie: 19 april 2007
Adres: prof. dr. I. van der Waal, VUmc, postbus 7057, 1007 MB Amsterdam
i.vanderwaal@vumc