

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen (M108)

Juni 2017



nederlands huisartsen
genootschap

Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen (M108)

Juni 2017



**nederlands huisartsen
genootschap**

Inhoudsopgave

1 Samenstelling werkgroep	3
2 Inleiding	4
2.1 Doel van de standaard	4
2.2 Afbakening van het onderwerp	4
2.3 Werkwijze	4
2.4 Gebruikers van de richtlijn	4
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties	4
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers	4
2.7 Implementatie	4
2.8 Juridische status van richtlijnen	4
2.9 Delegeren van taken	5
2.10 Belangenverstrengeling	5
2.11 Financiering	5
3 Methoden	6
3.1 Ontwikkelproces	6
3.1.1 Knelpuntenanalyse	6
3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen	6
3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur	6
3.1.4 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs	6
3.1.5 Doelmatigheid	7
3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen	7
3.2 Commentaar- en autorisatiefase	7
3.3 Procedure voor herziening	8
4 Zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag	9
4.1 Beslisregels (noot 25)	9
4.2 Dermatoscopie (noot 26)	9
4.3 Teledermatologie (noot 30)	10
4.4 Behandeling actinische keratosen (noot 35)	10
4.5 Behandeling basaalcelcarcinoom (noot 36)	11
4.6 Behandeling morbus Bowen (noot 37)	11
Referenties	12
BIJLAGEN	13
Bijlage 1 Uitgangsvragen	13
Bijlage 2 Zoekstrategieën	14

1 Samenstelling werkgroep

Wergroep lid	Affiliatie/instelling
Dr. Gijs Baaten	Huisarts te Amstelveen en staf lid-docent Huisartsopleiding AMC-UvA Amsterdam
Dr. Pieter Buis	Huisarts, Harderwijk
Dr. Ellen de Haas	Dermatoloog Erasmus MC, Rotterdam
Dr. Wouter van der Heide	Universitair hoofddocent UMCG, Groningen
Petra Smeink	Huisarts te Hilversum en docent Schola Medica te Utrecht
Dr. Hanke de Vijlder	Dermatoloog Isala Dermatologisch Centrum, Zwolle
Zamire Damen	Wetenschappelijk medewerker NHG en huisarts n.p.
Dr. Wim Opstelten	Senior wetenschappelijk medewerker NHG en huisarts, Amersfoort

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap;
- Monique Verduijn, apotheker, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap;
- Prof. dr. Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap;
- Dr. Ton Kuijpers/Maureen van den Donk, epidemiologen, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap;
- Florijn Jacobi, huisarts, wetenschappelijk medewerker, afdeling Implementatie;
- Femke Schoo, secretaresse, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap.

Dr. Rosemarie de Jong en Cathelijne Bik, beiden aios huisartsgeneeskunde in het UMCU te Utrecht, leverden een waardevolle bijdrage aan noot 32 (De effectiviteit en bijwerkingen van behandelingen voor actinische keratosen).

De afbeeldingen in de NHG-Standaard inclusief de bijlagen met differentiaal diagnoses waarbij een A staat zijn ter beschikking gesteld door de afdeling Dermatologie van het Leids Universitair Medisch Centrum. Afbeeldingen met een B zijn afkomstig van huidziekten.nl.

2 Inleiding

2.1 Doel van de standaard

Deze standaard beoogt te bereiken dat de kwaliteit van het medisch handelen van de huisarts met betrekking tot voor huidkanker of precursors daarvan verdachte huidafwijkingen toeneemt en de samenwerking met dermatologen verbetert, waardoor patiënten betere zorg krijgen.

2.2 Afbakening van het onderwerp

Diagnostiek en beleid bij patiënten die op het spreekuur komen met een vraag over een voor huidkanker of precursors daarvan verdachte afwijking. Hieronder vallen actinische keratose, morbus Bowen, basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom en melanoom. Binnen de scope valt ook secundaire preventie van huidkanker.

2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van de standaard is gestart in januari 2015. In tien werkgroepvergaderingen is door de werkgroep een conceptstandaard opgesteld. Daarbij werd het bewijs systematisch samengevat door de betrokken NHG-medewerker (ZD) en werden door de werkgroepleden de conceptaanbevelingen voorbereid ter bespreking tijdens de vergaderingen. De vergaderingen werden geleid door de NHG-medewerkers (ZD en WO), zonder dat er sprake was van een formeel voorzitterschap.

2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen.

2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

In de werkgroep hadden twee dermatologen (HV en EH) zitting namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) om ervoor te zorgen dat het beleid aansluit bij het beleid in de tweede lijn.

2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

Voor het achterhalen van waarden en voorkeuren van patiënten is een systematische zoekactie in de literatuur uitgevoerd. Hierbij werden geen relevante onderzoeken gevonden. Er is ook een focusgroep georganiseerd waaraan negen patiënten die in het verleden behandeld zijn in verband met een vorm van huidkanker of een premaligne huidafwijking deel hebben genomen. Mede op basis van de bevindingen tijdens deze focusgroep wordt in de standaard extra aandacht besteed aan het geven van voorlichting en aan controles.

2.7 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

2.8 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn

wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd en, waar relevant, in overleg met de patiënt, te doen.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

2.9 Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

2.10 Belangenverstremming

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremming ingevuld. Door geen van de leden van de werkgroep werd belangenverstremming gemeld. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op www.nhg.org.

2.11 Financiering

De totstandkoming van deze richtlijn is gefinancierd door het Nederlands Huisartsen Genootschap.

3 Methoden

3.1 Ontwikkelproces

Het proces van het ontwikkelen van de standaard heeft plaatsgevonden volgens de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

3.1.1 Knelpuntenanalyse

Bij de start van het traject zijn knelpunten geïnventariseerd door de NHG Adviesraad (NAS), Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), de toekomstige werkgroepleden van de te ontwikkelen standaard, het geneesmiddeleninformatiecentrum van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en de Tumorfocusgroep Melanoom (van het IKNL). Er is tevens een enquête uitgezet via HAweb en op Twitter (respons n = 3) en voor praktiserende huisartsen binnen het NHG (respons n = 9). Ook zijn knelpunten geïnventariseerd in een focusgroep met negen patiënten die in het verleden behandeld zijn in verband met een vorm van huidkanker of een premaligne huidafwijking.

3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patiënt, interventie, controle, outcome*). Bij elke uitgangsvraag werd een inhoudelijk expert vanuit de werkgroep aangewezen. Een overzicht van de uitgangsvragen is opgenomen in **[bijlage 1]**. Aan het begin van het richtlijntraject werden door de werkgroep per uitgangsvraag de patiëntrelevante uitkomstmaten vastgesteld. Deze werden onderverdeeld in cruciale, belangrijke en niet-belangrijke uitkomstmaten aan de hand van een scoresysteem. In **[bijlage 1]** zijn per uitgangsvraag de cruciale uitkomstmaten gepresenteerd. Voor meer informatie over de procedure wordt verwezen naar de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Voor elke uitgangsvraag werd een literatuurschat uitgevoerd door een literatuurspecialist van het NHG. Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. De kwaliteit van de SR's of van de evidence-samenvattingen die onderdeel uitmaakten van een richtlijn werd beoordeeld met de AMSTAR-criteria (www.amstar.ca). Alleen SR's met een score van ≥ 8 punten (op een schaal van 0 tot 11 punten) werden gebruikt. Indien er voor een uitgangsvraag een geschikte SR werd gevonden, werd een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR. Er werd door het NHG een nieuwe zoekactie uitgevoerd naar primaire onderzoeken indien er geen geschikte SR's werden gevonden. De gevonden literatuur werd door een NHG-medewerker (ZD) gescreend op basis van titel en abstract. De meest relevante literatuur werd geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd. De literatuurselectie door ZD werd gedeeld met de werkgroep via HAweb. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is (ook) te vinden bij de webversie van deze standaard (zie www.nhg.org).

3.1.4 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs

Het beoordelen en graderen van het bewijs voor uitgangsvragen heeft plaatsgevonden met de GRADE-methode. Zie de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#) voor een uitvoerigere beschrijving van het beoordelen en graderen van het wetenschappelijke bewijs. Bij het beoordelen van het verschil in

effectiviteit tussen interventies is gelet op het bestaan van klinisch relevante verschillen¹ tussen interventies.

3.1.5 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan de doelmatigheid van de verschillende interventies. Kosten worden bij het proces van bewijs naar aanbeveling meegewogen door de werkgroep door aannames hierover te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteit- of budgetimpactanalyses gedaan.

3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door ZD in samenspraak met een epidemioloog (TK of MvdD) samengevat en beoordeeld. Vervolgens werd in samenwerking met een inhoudelijk deskundig werkgroep lid een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die uit de literatuur werden getrokken, vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Het verantwoordelijke werkgroep lid deed daarvoor een voorzet, die tijdens de werkgroepvergadering werd besproken. Op basis van discussies binnen de werkgroep werden vervolgens aanpassingen gemaakt. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van (informele) consensus binnen de werkgroep.

3.2 Commentaar- en autorisatiefase

In augustus-september 2016 werd de ontwerpstandaard voor commentaar aan relevante beroepsorganisaties, huisartsen- en specialistenreferenten gestuurd. Commentaar werd ontvangen van referenten namens de volgende organisaties/verenigingen:

- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Specialisten in ouderengeneeskunde (Verenso)
- Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)
- Expertisecentrum gezondheidsverschillen (Pharos)
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)
- KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum (KNMP GIC)
- Huidpatiënten Nederland
- Stichting Melanoom
- Zorginstituut Nederland (ZiNL)
- Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)
- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)
- Biosimilars en generieke geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin)
- Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (voorheen Nefarma)

Op 4 oktober 2016 vond een focusgroep plaats waaraan acht huisartsen en een aios deel hebben genomen.

Op persoonlijke titel hebben de volgende referenten de ontwerpstandaard becommentarieerd:

- Dr. W. Gorgels, huisarts te Nijmegen en als docent verbonden aan de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc te Nijmegen;
- Dr. M. Muche, dermatoloog, bestuurder Mohs klinieken;

¹ Een klinisch relevant verschil wordt in de internationale literatuur ook wel aangeduid als *Minimal (clinically) Important Difference (MID)*.

- Dr. R. Beljaards, dermatoloog, Dermicis;
- Prof. dr. W. Bergman, dermatoloog Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden;
- Dr. R.W.A. Janssens, dermatoloog Ziekenhuisgroep Twente te Almelo.

Naamsvermelding betekent overigens niet dat de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschreven wordt. Twee leden van de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) hebben tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Het verzamelde commentaar werd door de voltallige werkgroep beoordeeld en leidde, waar nodig, tot aanpassing van de ontwerpstandaard. Op 14 december 2016 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

3.3 Procedure voor herziening

Deze standaard zal periodiek worden herzien. Uiterlijk in 2022 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

4 Zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag

In dit hoofdstuk wordt per uitgangsvraag een specifieke toelichting op de gehanteerde aanpak voor de beantwoording gegeven, waaronder een beschrijving van de zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag. De zoekstrategieën per uitgangsvraag zijn te vinden in [bijlage 2].

4.1 Beslisregels (noot 23)

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een systematische search uitgevoerd naar de waarde van beslisregels bij de diagnostiek van gepigmenteerde huidafwijkingen door de huisarts (zie bijlage 2). In [tabel 1] zijn de selectiecriteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur.

Tabel 1 Selectiecriteria beslisregels

Type studies	- SR's - RCT's - Diagnostisch accuratessoonderzoek (cross-sectioneel, prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek)
Type patiënten	- Patiënten met een gepigmenteerde verdachte huidafwijking
Type indextest	- ABCDE-regel, 'ugly duckling sign', 7-puntschecklist
Type referentietest	- Gebruikelijke diagnostiek in de huisartsenpraktijk
Type uitkomstmaten	- Diagnostische waarde (Se, Sp), aantal verwijzingen/excisies/biopsen, aantal gemiste huidkankerdiagnoses
Type setting	- Huisartsenpraktijk

De search leverde twee onderzoeken op waarin de 7-puntschecklist in de huisartsenpraktijk werd onderzocht. Er is vanwege de geringe opbrengst van de search aanvullend gezocht naar onderzoeken naar de waarde van beslisregels in de tweede lijn. Dit leverde drie onderzoeken op.

4.2 Dermatoscopie (noot 25)

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een systematische search uitgevoerd naar de waarde van dermatoscopie bij de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen door de huisarts (zie bijlage 2). In [tabel 2] zijn de selectiecriteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur.

Tabel 2 Selectiecriteria dermatoscopie

Type studies	- SR's - RCT's - Diagnostisch accuratessoonderzoek (cross-sectioneel, prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek)
Type patiënten	- Patiënten met een verdachte huidafwijking (geen onderzoeken met foto's)
Type indextest	- Dermatoscopie
Type referentietest	- Gebruikelijke diagnostiek in de huisartsenpraktijk
Type uitkomstmaten	- Diagnostische waarde (Se, Sp), aantal verwijzingen/excisies/biopsen, aantal gemiste huidkankerdiagnoses, kosteneffectiviteit
Type setting	- Huisartsenpraktijk

De search leverde vier relevante onderzoeken op.

4.3 Teledermatologie (noot 29)

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een systematische search uitgevoerd naar de waarde van teledermatologie en -scopie bij de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen door de huisarts (zie bijlage 2). In [tabel 3] zijn de selectiecriteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur.

Tabel 3 Selectiecriteria teledermatologie

Type studies	- SR's - RCT's - Diagnostisch accuratesseonderzoek (cross-sectioneel, prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek)
Type patiënten	- Patiënten met een verdachte huidafwijking (geen onderzoeken met foto's)
Type indextest	- Teledermatologie
Type referentietest	- Gebruikelijke diagnostiek en beleid in de huisartsenpraktijk
Type uitkomstmaten	- Diagnostische waarde (Se, Sp), aantal verwijzingen/excisies/biopsen, aantal gemiste huidkankerdiagnoses, kosteneffectiviteit
Type setting	- Huisartsenpraktijk

De search leverde drie relevante onderzoeken op.

4.4 Behandeling actinische keratosen (noot 32)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is gebruikgemaakt van een Cochrane-review van Gupta en een netwerkmeta-analyse van Vegter [Vegter 2014, Gupta 2012].

Zoekstrategie en selectiecriteria

De auteurs van de review van Gupta zochten in de database Cochrane Skin Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, PUBMED/MEDLINE, EMBASE en Lilacs tot maart 2011. In [tabel 4] worden de selectiecriteria gepresenteerd die werden gehanteerd in de review van Gupta [Gupta 2012]. De auteurs van de netwerkmeta-analyse van Vegter verrichtten hun literatuurselectie op basis van de Cochrane-review van Gupta en gingen na in hoeverre RCT's die ten tijde van het verschijnen van de Cochrane-review nog niet gepubliceerd waren inmiddels voldeden aan de inclusiecriteria. In [tabel 5] worden de selectiecriteria gepresenteerd die werden gehanteerd in de review van Vegter [Vegter 2014].

In februari 2015 is er door het NHG een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van Gupta. Hierbij is gezocht naar RCT's, maar dit leverde geen relevante onderzoeken op. De selectiecriteria sloten aan bij die van Gupta. Zie bijlage 2 voor de zoekstrategie.

Tabel 4 Selectiecriteria gebruikt in de SR van Gupta [Gupta 2012]

Type studies	- RCT's, inclusief parallel, intra-individuele en cross-overopzet
Type patiënten	- Patiënten met actinische keratosen, zowel immunocompetent als -incompetent
Type interventies	- Lokale medicamenteuze behandelingen, zoals 5-fluoro-uracilcrème, imiquimodcrème, diclofenacgel - Orale medicamenteuze behandelingen, zoals retinoïden - Mechanische interventies, zoals curettage - Chemische interventies, zoals peelings, cryotherapie en fotodynamische therapie
Type vergelijkingen	- Behandeling met indifferente middelen, placebo, een andere actieve behandeling of een variant van dezelfde behandeling (andere sterkte, andere behandelingsduur)
Type uitkomstmaten	- Subjectieve verbetering volgens arts of patiënt - Objectieve genezing (participant complete ($\geq 75\%$) clearance)

- Objectieve afname aantal laesies

Tabel 5 Selectiecriteria gebruikt in de SR van Vegter [Vegter 2014]

Type studies	- RCT's, inclusief parallel, intra-individuele en cross-overopzet
Type patiënten	- Immuuncompetente patiënten met lichte tot matig ernstige actinische keratosen (5-20 laesies) in het gezicht)
Type interventies	- Fotodynamische therapie - Imiquimodcrème 5% gedurende 4 of 16 weken - Imiquimodcrème 3,75% gedurende 2 tot 3 weken - Cryotherapie - Diclofenacgel 3% in hyaluronzuur 2,5% - 5-fluoro-uracilcrème 0,5% Ingenolmebutaatgel
Type vergelijkingen	- Behandeling met indifferente middelen, placebo, een andere actieve behandeling of een variant van dezelfde behandeling (andere sterkte, andere behandelingsduur)
Type uitkomstmaten	- Objectieve genezing (participant complete ($\geq 75\%$) clearance)

4.5 Behandeling basaalcelcarcinoom (noot 35)

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is aangesloten bij de richtlijn Basaalcelcarcinoom van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie/Oncoline [NVDV/Oncoline 2015]. In de richtlijn van de NVDV/Oncoline werd naar literatuur gezocht tot 2012. Voor een uitgebreide beschrijving van de zoekactie, selectie van de literatuur en evidencetabellen wordt verwezen naar deze richtlijn.

4.6 Behandeling morbus Bowen (noot 36)

Bij de beantwoording van deze uitgangsvraag is gebruikgemaakt van een Cochrane-review [Bath-Hextall 2013].

Zoekstrategie en selectiecriteria

De auteurs van de review zochten in de database Cochrane Skin Group Specialised Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, LILACS en Psycinfo tot september 2012. In [tabel 6] worden de selectiecriteria gepresenteerd die werden gehanteerd in de review van Bath-Hextall [Bath-Hextall 2013]. Een oriënterend aanvullende search door het NHG ('quick and dirty') leverde geen relevante aanvullende onderzoeken op.

Tabel 6 Selectiecriteria gebruikt in de SR van Bath-Hextall [Bath-Hextall 2013]

Type studies	- RCT's
Type patiënten	- Volwassenen met histopathologisch bewezen cutane morbus Bowen
Type interventies	- Chirurgische excisie - Micrografische chirurgie - Curettage, coagulatie - Lokale behandeling met 5-fluoro-uracilcrème en imiquimodcrème - Fotodynamische therapie - Lasertherapie - Radiotherapie
Type vergelijkingen	- Behandeling met indifferente middelen, placebo, een andere actieve behandeling of een variant van dezelfde behandeling (andere sterkte, andere behandelingsduur)
Type uitkomstmaten	- Genezing - Recidief na 12 maanden - Bijwerkingen

Referenties

Bath-Hextall FJ, Matin RN, Wilkinson D, Leonardi-Bee J. Interventions for cutaneous bowen's disease. Cochrane Database Syst Rev 2013;6:Cd007281.

Gupta AK, Paquet M, Villanueva E, Brintnell W. Interventions for actinic keratoses. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:Cd004415.

Vegter S, Tolley K. A network meta-analysis of the relative efficacy of treatments for actinic keratosis of the face or scalp in europe. PLoS One 2014;9:e96829.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag		Cruciale uitkomstmaten (O)
<i>Diagnostiek</i>		
1 (noot 25)	Wat is de diagnostische waarde van beslisregels in de diagnostiek van gepigmenteerde huidafwijkingen door de huisarts?	<ul style="list-style-type: none">- Accuratesse voor de diagnose huidkanker (sensitiviteit, specificiteit)- Aantal verwijzingen/biopsen/excisies- Gemiste diagnoses
2 (noot 26)	Wat is de diagnostische waarde van gebruik van de dermatoscoop door de huisarts?	<ul style="list-style-type: none">- Zie boven
3 (noot 30)	Wat is de waarde van teledermatologie/-scopie bij diagnose en beleid?	<ul style="list-style-type: none">- Zie boven- Kosteneffectiviteit
<i>Beleid</i>		
4 (noot 35)	Wat is het effect en wat zijn de bijwerkingen van behandelingen voor actinische keratosen in vergelijking met elkaar, of in vergelijking met placebo?	<ul style="list-style-type: none">- Genezing- Recidieven- Cosmetisch eindresultaat- Aantal patiënten dat stopt met de behandeling vanwege bijwerkingen- Frequentie en ernst van bijwerkingen
5 (noot 36)	Wat is het effect en wat zijn de bijwerkingen van behandelingen voor het basaalcelcarcinoom in vergelijking met elkaar, of in vergelijking met placebo?	<ul style="list-style-type: none">- Genezing- Recidieven- Cosmetisch eindresultaat- Aantal patiënten dat stopt met de behandeling vanwege bijwerkingen- Frequentie en ernst van bijwerkingen
6 (noot 37)	Wat is het effect en wat zijn de bijwerkingen van behandelingen voor morbus Bowen in vergelijking met elkaar of met placebo?	<ul style="list-style-type: none">- Genezing- Recidieven- Frequentie en ernst van bijwerkingen

Bijlage 2 Zoekstrategieën

Uitgangsvraag 1	Beslisregels
Zoekdatum	Februari 2015
Database searched	Zoektermen
PUBMED	((skin neoplasms/diagnosis[mh] OR skin lesion*[tiab]) AND (ABCD-rule[tiab] OR ABCDE-rule[tiab] OR ugly-duckling sign[tiab] OR "ugly duckling"[tiab]) AND (hasabstract[text] AND ("1980/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]))) OR ((skin neoplasms/diagnosis[mh] OR skin lesion*[tiab]) AND (decision aid*[tiab] OR decision support techniques[mh] OR decision support[tiab] OR diagnostic aid[tiab] OR checklist*[tiab]) AND (hasabstract[text] AND ("1980/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat])))

Uitgangsvraag 2	Dermatoscopie
Zoekdatum	November 2014
Database searched	Zoektermen
PUBMED	("Skin Neoplasms"[Mesh] OR "Melanoma"[Mesh] OR carcinoma, basal cell[mh] OR carcinoma, squamous cell[mh] OR cutaneous neoplasm*[tiab] OR skin lesion*[tiab] OR melanocytic lesion*[tiab]) AND (dermoscopy[mh] OR dermoscopy[tiab] OR dermatoscopy[tiab] OR epiluminescence microscopy[tiab] OR incident light microscopy[tiab] OR skin surface microscopy[tiab] OR microscopy, confocal[mh]) AND (sensitivity and specificity[mh] OR predictive value of tests[mh] OR value[tiab] OR diagnostic accuracy[tiab] OR sensitivity[tiab] OR specificity[tiab]) AND (Primary Health Care[mh] OR Family Practice[mh] OR family medicine[tiab] OR general practice[tiab] OR primary health care[tiab] OR family practice[tiab] OR primary care[tiab])

Uitgangsvraag 3	Teledermatologie
Zoekdatum	November 2014
Database searched	Zoektermen
PUBMED	("Skin Neoplasms"[Mesh] OR "Melanoma"[Mesh] OR carcinoma, basal cell[mh] OR carcinoma, squamous cell[mh] OR cutaneous neoplasm*[tiab] OR skin lesion*[tiab] OR melanocytic lesion*[tiab]) AND (teledermoscopy[tiab] OR teledermatoscopy[tiab] OR teledermatology[tiab] OR videodermoscopy[tiab] OR videodermoscopy[tiab]) AND (sensitivity and specificity[mh] OR predictive value of tests[mh] OR value[tiab] OR diagnostic accuracy[tiab] OR sensitivity[tiab] OR specificity[tiab] OR accuracy[tiab] OR reliability[tiab] OR prognosis[mh] OR prognosis[tiab]) AND (Primary Health Care[mh] OR Family Practice[mh] OR family medicine[tiab] OR general practice[tiab] OR primary health care[tiab] OR family practice[tiab] OR primary care[tiab])

Uitgangsvraag 4	Behandeling actinische keratosen
Zoekdatum	Februari 2015
Database searched	Search terms

PUBMED

("Keratosi, Actini"[Mesh] OR actinic keratosis[tiab] OR actinic keratoses[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR systematic[tiab] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR placebo[tw] OR (double[tw] AND blind[tw])) AND (effect*[tiab] OR efficacy[tiab] OR side-effect*[tiab] OR adverse effect*[tiab])

© Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Tel. 030 - 282 35 00
www.nhg.org

Totstandkoming en methoden