

Standpunt

Teledermatoscopie

Datum:

2 april 2015

Correspondentie:

secretariaat@nvdv.nl

Het aanbieden van de mogelijkheid van teledermatoscopie (tDSC) van gepigmenteerde melanocytair laesies door huisartsen in Nederland heeft voor een dilemma gezorgd. De vraag deed zich voor of tDSC voldoende garantie biedt om geen melanomen te missen en ook welke voorwaarden dienen te worden gesteld voor een optimale diagnostische uitkomst. Zo zijn er ook voor optimale teledermatologie zeer uitgebreide voorwaarden geformuleerd door de American Telemedicine Association in 2007. Hierin wordt slechts één zinnetje gewijd aan gepigmenteerde laesies:

‘Pigmented lesions may present a diagnostic challenge and may require a higher index of suspicion when interpreting’.

Zodoende worden de dermatologen in Nederland met dit tDSC vraagstuk geconfronteerd en wordt getracht een veilige strategie te vinden in afwachting van overtuigende evidence.

Bespreking

Uit de literatuur (zoekstrategie op 4-12-14) blijkt het niet goed mogelijk om voldoende duidelijke evidence voor óf tegen te vergaren. De weinige studies met huisartsen als inzenders van de tDSC opnamen (n=5, Boerve(2015), Griffiths (2010), Grimaldi (2009), Moreno-Ramirez (2006) en van der Heijden) die er over dit onderwerp zijn gepubliceerd zijn slecht vergelijkbaar met en niet goed toepasbaar op de Nederlandse situatie met huisartsen als poortwachter en voldoende dermatologen beschikbaar met (zeer) korte wachttijden. Deze studies zijn bovendien van matige kwaliteit (niet gerandomiseerd of geen controle arm of geen gouden standaard) hebben zij onvoldoende power (wijde betrouwbaarheidsintervallen) en/of zijn de uitkomsten ongunstig tegenover tDSC.

Eén studie lichten wij eruit, omdat deze in Nederland is gedaan. In de studie van Van der Heijden werden door huisartsen 108 geschikt geachte laesies opgestuurd voor tDSC die vervolgens onafhankelijk werden beoordeeld door vier dermatologen. Tweederde (76) van de patiënten werden ook in vivo door een dermatoloog bekeken en van 36 laesies was PA beschikbaar. De studie bevatte drie melanomen en drie dysplastische naevi. Na analyse was de co-efficiënt voor overeenkomst (kappa) tussen in vivo diagnostiek en PA het hoogst: 0.9 (goed) en de kappa tussen in vivo beoordeling en tDSC was 0.55 – 0.73 (matig). De kappa bleek sterk afhankelijk van de kwaliteit van de foto's, die slechts in 36% goed was. De kappa voor de beoordeling van de tDSC door de vier dermatologen (inter observer variatie) varieerde van matig tot redelijk voor de diagnose en was slecht waar het het beleidsplan betrof. Goede fotokwaliteit werd als een sine qua non gerapporteerd.

De Groningse studie van Koelink (2014) heeft niet als studieonderwerp teledermatoscopie, maar dermatoscopie door huisartsen. Dit geldt ook voor de studies van Morton (2011), Thind (2011) en Bowns (2006). Koelink meet een probability of correct diagnosis van 1.25: borderline significant. Daarnaast zijn er 10 studies die de accuratesse van tDSC door dermatologen hebben onderzocht, maar dat is hier niet de issue. Wel komen uit deze studies meerdere voorwaarden naar voren voor een optimale toepassing van tDSC.

Op grond van de literatuur komt men tot de volgende conclusies

- De case-mix van de aangeboden tDSC aanvragen bepaalt in hoge mate het succes van de studie. Moeilijke laesies, (atypische) naevi, melanomen lijken minder geschikt voor teledermatoscopie (Warshaw, Piccolo, Tan, Ishioka, Carli, Koelink)
- Niet-melanocytair, gepigmenteerde laesies, met name basaalcelcarcinomen lijken geschikter voor teledermatoscopie (Braun, Lim, Coras, Koelink)
- tDSC herkenning van benigne laesies met name verruca seborrhoeica lijkt goed mogelijk en leidt potentieel tot minder verwijzingen (Koelink)
- Ook blote-oog-foto's (overzicht en detail) en gedetailleerde klinische informatie is altijd nodig (o.a. Kroemer)
- Optimale kwaliteit van de foto's / dermatoscopie opnames is nodig, eventuele inzet van 'melanographer' (getrainde verpleegkundige die de opnames maakt) (Van der Heijden, Griffiths)
- De teledermatoscopische beoordeling zou bij voorkeur uitgevoerd moeten worden door een expert dermatoscopist, i.v.m. sterk wisselende inter observer variabiliteit (Grimaldi, Van der Heijden)
- Triage voor een spoedverwijzing lijkt in landen met lange wachttijden en grote afstanden goed mogelijk. In landen met korte wachttijd is de winst waarschijnlijk minimaal (Boerve, Piccolo)
- Kosteneffectiviteit nog niet overtuigend aangetoond.

