

DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET BASALECEL-CARCINOMEN DOOR DERMATOLOGEN IN NEDERLAND

M.R.T.M. Thissen *, H.A.M. Neumann **, P.J.M. Berretty *** en A.H.L.B. Ideler ****

Het basalecelcarcinoom is wereldwijd de meest voorkomende huidmaligniteit, waarvan de incidentie nog steeds toeneemt¹. In West-Europa ontstaan de tumoren vooral bij personen ouder dan 40 jaar met een licht huidtype, op lichaamsdelen die aan zonlicht blootgesteld worden. In de meeste gevallen betreft het een kleine, gelokaliseerde afwijking, die op verschillende manieren curatief behandeld kan worden². Tot deze behandelingsmogelijkheden behoren excisie, cryochirurgie, curettage/elektrocoagulatie, radiotherapie³ en een aantal nieuwere technieken zoals immunotherapie⁴ en fotodynamische therapie⁵. Bij het maken van een keuze uit de vele therapeutische mogelijkheden zal de behandelend arts rekening moeten houden met de histologische groeiwijze, het tumorvolume, de lokalisatie (met name de zogenaamde H-zone; figuur) en de leeftijd en de algemene toestand van de patiënt⁶.

Wij verrichtten een enquête om inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de dermatologen in Nederland het basalecelcarcinoom behandelen.

GEËNQUÊTEERDEN EN METHODEN

Aan alle in Nederland praktiserende dermatologen (n=293) van wie de adressen door de Nederlandse vereniging voor Dermatologie en Venerologie werden verstrekt, werd in mei 1996 een enquêteformulier toegestuurd met het verzoek deze lijst zo spoedig mogelijk anoniem te retourneren. Deze enquête bestond uit 15 vragen met betrekking tot de diagnostiek en de therapie van het basalecelcarcinoom, alsmede eventuele adviezen met betrekking tot preventieve maatregelen. De vragen waren overwegend met ja en nee te beantwoorden of door specifieke percentages aan te kruisen. Om het geheel overzichtelijk te houden werden geen open vragen gesteld. In de vragen omtrent de behandeling van het basalecelcarcinoom werd duidelijk onderscheid gemaakt tussen de histologische subtypen en tussen primaire en recidieftumoren.

RESULTATEN

Van de 293 vragenlijsten kwamen er 18 te vervallen, 2 wegens recente beëindiging van de praktijk en 16 omdat er 1 formulier per vakgroep/maatschap was ingevuld. Na 3 maanden waren 208 formulieren geretourneerd; een respons van 76 %. Niet alle formulieren waren volledig ingevuld, zodat hiervoor in de statistische berekeningen gecorrigeerd diende te worden. Uit de enquête bleek dat de

Nederlandse dermatoloog gemiddeld 90 tot 100 basalecelcarcinomen per jaar diagnostiseert: voor het hele land kwam dit overeen met een totaal aantal van ruim 29.000 basalecelcarcinomen per jaar. Daarbij ging het meestal om primaire solitaire tumoren, in 10 % om een recidieftumor en bij 5 % van de patiënten werden meerdere basalecelcarcinomen aangetroffen. Verder beschouwde 79 % van de dermatologen een recidief van een basalecelcarcinoom als een groter probleem dan een primair basalecelcarcinoom.

Om de diagnose "basalecelcarcinoom" met zekerheid te kunnen stellen, nam 71 % een proefbiopsie. Bij een recidief lag dit percentage op 84. Indien een patiënt meerdere verdachte afwijkingen had, nam 57 % van de respondenten uit alle afwijkingen een biopsie.

Bij het maken van een therapiekeuze waren voor nagenoeg iedere respondent de lokalisatie (96%) en de zichtbare begrenzing (91%) van de tumor van belang, alsmede de leeftijd en de algehele toestand van de patiënt (91%).

In 81% van de gevallen wordt het basalecelcarcinoom door de dermatoloog zelf behandeld; 19 % werd verwezen voor radiotherapie of (plastische) chirurgie.

Voor alle subtypen basalecelcarcinoom (solide, superficiael en morfe-atype), en bij zowel primaire als recidieftumoren, was excisie de voorkeursbehandeling (respectieve-

lijk bij 81, 55 en 93% van de respondenten; tabel 1). Indien bij histopathologisch onderzoek van de resectievlakken nog tumorresten werden gevonden, verrichtte 73 % van de respondenten een reëxcisie; 23 % nam een expectatieve houding aan, vooral wanneer de tumorresten in de laterale sneevlakken worden aangetroffen. Sporadisch (4%) gaf men aanvullende radiotherapie.

Aanvullende behandeling bij irradi-caliteit werd vaak achterwege gelaten wegens de hoge leeftijd (70%) van de patiënt en de lokalisatie (60%) van de tumor (wang, kin of op het voorhoofd). Verder bleek dat 9 % van de dermatologen bij superficiael groeiende basalecelcarcinomen nooit een excisie verrichtte.

Als therapie van tweede keuze werd, vooral voor het superficiael groeiende type, cryochirurgie genoemd. Op de derde plaats volgden curettage/elektrocoagulatie en röntgentherapie. Tabel 1 geeft een overzicht van de percentages respondenten die cryochirurgie, curettage/elektrocoagulatie en röntgentherapie als eerste keuze bij primaire en recidiverende basalecelcarcinomen toepasten.

Immunotherapie en fotodynamische therapie werden experimenteel toegepast. Van de dermatologen maakte 57 % bij patiënten met multiple basalecelcarcinomen gebruik van lokale (fluorouracil) of systemische chemotherapie (methotrexaat) of van retinoïden. Daarnaast gebruikte

TABEL 1. VOORKEURSBEHANDELING ONDER 208 NEDERLANDSE DERMATOLOGEN VOOR PRIMAIR DAN WEL RECIDIEF VAN BASALECEL CARCINOOM (ENQUÊTEGE- GEGEVENS): AANGEGEVEN ZIJN PERCENTAGES

Therapie	type basalecelcarcinoom		
	solide	superficieel	morfeatype
primaire tumor			
voorkeursbehandeling (excisie)	81	55	93
cryochirurgie	12	30	4
curettage/elektrocoagulatie	5	10	0
radiotherapie	1	1	2
recidieftumor			
voorkeursbehandeling (excisie)	92	77	87
cryochirurgie	6	21	3
curettage/elektrocoagulatie	1	4	1
radiotherapie	0	0	2

32 % de lokale middelen ook als nabehandeling om de kans op een recidief te verkleinen.

Na de behandeling van het basalecelcarcinoom bleef 97 % van de respondenten de patiënt op recidieftumoren controleren gedurende minimaal 3 jaar (24%), maar gemiddeld 5 jaar (68%). Patiënten met meerdere basalecelcarcinomen werden door 58 % 5-7 jaar en door 39 % levenslang gecontroleerd. Preventief gaf 80 % van de respondenten de patiënten altijd advies met betrekking tot de risicofactoren zoals expositie aan zonlicht; 14 % deed dit alleen bij patiënten jonger dan 50 jaar.

BESCHOUWING

De resultaten van deze enquête geven in grote lijnen een indruk hoe de diagnostiek en de behandeling van het basalecelcarcinoom door de nederlandse dermatoloog geschieden. Gezien de grote respons mogen de uitslagen als representatief voor de gemiddelde dermatologische praktijk worden beschouwd. De protocollen van de beroepsvereniging, verzameld in de klapper "Technische richtlijnen van de commissie voor oncologie en operatieve dermatologie" van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, bleken grotendeels te worden gevolgd. Het uitgangspunt is dat uit elke eruptie waarbij het vermoeden van

een basalecelcarcinoom bestaat, een biopt genomen dient te worden voor histopathologisch onderzoek⁷.

Wanneer de klinische diagnose niet bevestigd kan worden, moet het biopt door de patholoog verder doorgesneden worden en zo nodig moet er een nieuw biopt genomen worden. Alleen wanneer bij een patiënt meerdere verdachte erupties aanwezig zijn, kan eventueel zonder voorafgaande biopsie direct een excisie in toto worden verricht. Door de respondenten onder de nederlandse dermatologen werd de diagnose "basalecelcarcinoom" in 29 % van de gevallen echter alleen op grond van het klinische beeld gesteld. Omdat alleen via een proefbiopsie een indruk kan worden verkregen over de groeiwijze van de tumor, loopt men zonder biopsie het risico niet de meest aangewezen primaire behandelingsmethode te kiezen.

Bij de therapiekeuze van basalecelcarcinomen spelen verschillende factoren een belangrijke rol, onder andere lokalisatie en aard van de tumor, leeftijd, algehele toestand van de patiënt, als ook de ervaring van de behandelend dermatoloog. Voor het basalecelcarcinoom geldt dat met de huidige therapiemogelijkheden primair ongeveer 90 % van de tumoren curatief behandeld kan worden. Dit gegeven stemt overeen met het percentage recidieftumoren dat door de nederlandse dermatoloog wordt gediagnostiseerd. Uit de literatuur is

tevens bekend dat er bepaalde risicofactoren zijn waarbij de kans op incomplete behandeling groter is en derhalve ook de recidiefkans (tabel 2)⁸. Op grond van deze criteria zouden beslissingen over de toe te passen behandeling moeten worden genomen. Tot deze risicofactoren behoren vooral de lokalisatie van de tumor in de H-regio in het gelaat (zie de figuur), een sprieterige, micronodulaire of adenoïde groeiwijze en de aard van de tumor (wel of geen recidieftumor). In deze situatie zullen de fysische behandelingsmethoden zoveel mogelijk vermeden moeten worden. De voorkeur gaat in dergelijke gevallen uit naar een techniek waarbij achteraf het behandelingsresultaat door middel van histopathologisch onderzoek kan worden gecontroleerd. In de praktijk zou de dermatoloog in principe een keuze kunnen maken uit de volgende standaardtherapieën voor het basalecelcarcinoom: primaire excisie, micrografische chirurgie volgens Mohs en cryochirurgie. Alle andere behandelingsmethoden laten, vaak pas na vele jaren, duidelijk hogere recidiefpercentages zien⁹⁻¹¹. In een aantal situaties kan, mits verantwoord beargumenteerd, van deze standaardprocedure worden afgeweken (zie tabel 2).

Uit de resultaten van de enquête bleek dat de chirurgische excisie voor alle subtypen basalecelcarcinoom, maar vooral voor de recidief-

TABEL 2. THERAPIEËN VOOR HET BASALECEL CARCINOOM

Behandeling	tumorkenmerken	patiëntgebonden factoren
voorkeursbehandeling		
primaire excisie	<2 cm diameter, solide/primair/ eventueel recidief	H-regio, jonge leeftijd
cryochirurgie	<2 cm diameter, solide/primair; vooral voor oorschelpcarcinoom en multipole basalecelcarcinomen	oogleden
micrografische chirurgie volgens Mohs	>2 cm diameter, recidief/primair	H-regio
alternatieven		
curettage/elektrocoagulatie	<1 cm diameter	buiten H-regio; contra-indicaties; oudere leeftijd
radiotherapie	?	buiten H-regio; contra-indicaties; oudere leeftijd
fotodynamische therapie	experimenteel	
interferon	<1 cm diameter; experimenteel	
cytostatica	-	bij metastasen; lokaal fluorouracil

tumoren en het morfeotype, in de praktijk als gewenste voorkeursbehandeling wordt toegepast omdat hierbij onderzocht kan worden of de tumor radicaal verwijderd is¹².

Wanneer de histologische beoordeling van het excisiepreparaat volgens het gebruikelijke pathologie onderzoek geschiedt, zou een deel van de tumor gemist kunnen worden omdat een bepaald percentage basalecelcarcinomen met fijne uitlopers groeit op een perineurale uitbreiding kent, waarbij niet in alle weefselcoupes tumorweefsel kan worden teruggevonden. Om de radicaliteit optimaal te kunnen beoordelen zou derhalve een volledig driedimensionaal beeld van het excisiepreparaat moeten worden verkregen. Bij benadering is dit mogelijk door bij het snijden van de coupes de kwadrantenmethode toe te passen of de randen van het preparaat met diverse kleuren weefselinkt te markeren die in de coupes kunnen worden teruggevonden¹³. Praktisch gezien is het niet noodzakelijk om bij elk basalecelcarcinoom driedimensionaal histopathologisch onderzoek te verrichten. Nauwkeurig histopathologisch onderzoek is echter absoluut noodzakelijk bij de genoemde sprieterig groeiende, micronodulaire en adenoïde basalecelcarcinomen.

Micrografische chirurgie volgens

Mohs, waarbij peroperatief door middel van pathologisch onderzoek van horizontale vriescoupes de radicaliteit van de ingreep nauwkeurig kan worden onderzocht, is een zeer fraaie methode bij tumoren op moeilijke lokaties en bij slecht afgrensbare tumoren¹⁴. Met deze techniek kan een maximale curatie verkregen worden bij slechts minimale verwijdering van gezond weefsel^{15,16}. Het recidief percentage bedraagt hierbij 1-2 voor de primaire basalecelcarcinomen^{17,18} en 7 voor de recidieftumoren. Bij de gewone chirurgische excisie worden recidiefpercentages van respectievelijk 6-10 en 10 gevonden¹⁹. De micrografische chirurgie volgens Mohs wordt op dit moment nog in een beperkt aantal centra in Nederland toegepast. Uitbreiding van dit aantal lijkt gewenst, gezien de toename van het aantal basalecelcarcinomen, ook van de slecht afgrensbare. Momenteel worden steeds meer dermatologen in deze techniek geschoold. Hoewel duidelijk is dat alleen chirurgische technieken door de mogelijkheid van histologische verificatie achteraf een objectieve zekerheid geven van curatie, wordt door de nederlandse dermatologen ook veelvuldig gebruik gemaakt van de fysische behandelingsmogelijkheden zoals cryochirurgie en

curettage/elektrocoagulatie, waarbij deze controle ontbreekt. Bij kleinere oppervlakkige maligniteiten buiten de H-regio is een dergelijke therapie als tweede keus zeker gerechtvaardigd. Cryochirurgie is zelfs een voorkeursbehandeling voor basalecelcarcinomen op lokaties waar de onderliggende anatomische structuren behouden moeten blijven, zoals de oogleden²⁰.

Voor de behandeling van grotere tumoren wordt de patiënt nog vaak verwezen naar de plastisch chirurg of de radiotherapeut. Radiotherapie heeft de laatste jaren als behandeling voor het basalecelcarcinoom toch aan populariteit verloren, mede omdat de cosmetische resultaten op langere termijn minder fraai zijn en omdat de chirurgie bij een eventueel recidief moeilijker is. Radiotherapie wordt nu voornamelijk nog toegepast bij oudere patiënten bij wie om gezondheidsredenen andere behandelingen niet mogelijk zijn⁶. Met betrekking tot de nieuwere behandelmethoden voor basalecelcarcinomen, waaronder lokale toepassing van interferon en fotodynamische therapie, zal na uitgebreid klinisch onderzoek in Nederland in de toekomst moeten blijken of deze voldoende effectief zijn.

CONCLUSIE

Uit de resultaten van de enquête kunnen de volgende conclusies worden getrokken. Het aantal gediagnosticeerde basalecelcarcinomen per jaar in Nederland lijkt, conform de schatting van de

Gezondheidsraad²¹, hoog. Het basalecelcarcinoom blijft dan ook een belangrijk aandachtspunt voor de dermatoloog. Het belang van goede diagnostiek (betrouwbaar histopathologisch onderzoek) en correcte behandeling van het basalecelcarcinoom (radicale verwijdering) moet worden benadrukt. Het percentage diagnostische biopoten was, zeker bij recidieftumoren, vrij laag. Inadequate therapie kan leiden tot de ontwikkeling van grotere recidieftumoren, waarvoor ingrijpendere behandelingen noodzakelijk zullen zijn. Tenslotte is het zeker belangrijk om na de behandeling een goede tumorfollow-up te realiseren, te meer om een eventueel nieuw basalecelcarcinoom in een vroeg stadium te kunnen behandelen. Voor deze follow-up heeft de beroepsvereniging de reeds genoemde richtlijnen opgesteld.

Samenvattend: het zou aan te bevelen zijn om nog vaker te biopoten, een beslisboom voor de behandeling te hanteren en een langere follow-up te realiseren om zo ook de late recidieftumoren te kunnen traceren.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de nederlandse dermatologen.

Met toestemming overgenomen uit het NTvG 1998 4 juli;142(27);1563-67

- * M.R.T.M. Thissen, assistent geneeskundige afdeling dermatologie, Academisch Ziekenhuis Maastricht (tevens Catharina ziekenhuis Eindhoven)
- ** Prof.dr. H.A.M. Neumann, dermatoloog Academisch Ziekenhuis Maastricht.
- *** Dr. P.J.M. Berretty, dermatoloog Catharina ziekenhuis Eindhoven.
- **** Dr. A.H.L.B. Ideler, dermatoloog Catharina ziekenhuis Eindhoven.

SAMENVATTING

Doel: Nagaan wat het beleid van nederlandse praktiserende dermatologen is bij de behandeling van het basalecelcarcinoom.

Opzet: Schriftelijke enquête.

Plaats: Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

Methode: Aan alle 293 nederlandse praktiserende dermatologen werd in mei 1996 een enquêteformulier toegestuurd met 15 vragen over diagnostiek en therapie van het basalecelcarcinoom.

Resultaten: Van de formulieren vielen er 18 af wegens beëindigen van de praktijk of wegens gezamenlijk invullen in groepspraktijk. De respons bedroeg 76 % (208/275). De diagnose werd doorgaans op grond van histologisch onderzoek gesteld (71% van de respondenten: 84% bij recidieftumoren). Voor alle subtypen basalecelcarcinomen was excisie de voorkeursbehandeling: als tweede keuze gold cryochirurgie of curettage/elektrocoagulatie.

Röntgencontacttherapie werd vrijwel niet meer toegepast. Nieuwe behandelingen zoals fotodynamische therapie en immunotherapie werden slechts sporadisch op experimentele basis toegepast. De meeste dermatologen beschouwden recidieftumoren als een groter probleem dan primaire tumoren. Door adviezen te geven ten aanzien van risicofactoren (zonlicht) probeerden zij het recidiepercentage te beperken.

Conclusie: Er werd onvoldoende gebruik gemaakt van diagnostische biopsie, zeker bij recidieftumoren, om een goede therapiekeus bij basalecelcarcinoom te kunnen maken.

ABSTRACT

The treatment of patients with basal cell carcinomas by dermatologists in the Netherlands.

Objective: To determine the policy of dermatologists practising in the Netherlands in the treatment of basal cell carcinoma.

Design: Written enquiry.

Setting: Catharina Hospital, Eindhoven, the Netherlands.

Method: All 293 dermatologists practising in the Netherlands were sent a questionnaire in May 1996 containing 15 questions about diag-



Figuur: De H-zone omvat bovenlip, neus en canthus, de regio periorbitalis en de laterale delen van het gelaat, waaronder het oor.

nosis and treatment of basal cell carcinoma.

Results: Eighteen dropped off because of termination of the practice or joint completion in group practice. The response was 76 % (208/275). The diagnosis was made usually on the basis of histological examination (71 % of the respondents; 84 % in a tumour recurrence). Excision was the preferred treatment for all subtypes of basal cell carcinoma; second choices were cryosurgery or curettage/electrocoagulation. Roentgen contact therapy has been practically abandoned. New methods such as photodynamic therapy and immunotherapy are being used only sporadically on an experimental basis. Most dermatologists regarded tumour recurrences as a bigger problem than primary tumours. They attempt to reduce the percentage of recurrences by giving advice about risk factors (sunlight).

Conclusion: Too little use is being made of diagnostic biopsy to enable an optimal choice of therapy of basal cell carcinomas, especially in cases of recurrence tumours.

LITERATUUR

- 1 Carter DM, Lin AN. Basal cell carcinoma. In: Fitzpatrick TB, Dermatology in general medicine. 4th ed. Vol. I. New York: McGraw-Hill, 1993:840-7.
- 2 Randle HW. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient. *Dermatol. Surg.* 1996;22:255-61.
- 3 Roenigk RK, Ratz JL, Bailin PL, Wheeland RG. Trends in the presentation and treatment of basal cell carcinomas. *J Dermatol Surg. Oncol.* 1986;12:860-5.
- 4 Greenway HT. Interferon for skin cancer. In: Roenigk RK, Roenigk jr HH, editors. *Surgical dermatology: advances in current practice*. St. Louis: Mosby, 1993:165-76.
- 5 Wilson BD, Mang TS, Stoll H, Jones C, Cooper M, Dougherty TJ. Photodynamic therapy for the treatment of basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1992;128:1597-601.
- 6 MacKie RM. Epidermal skin tumours. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, editors. *Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology*, 5th ed. Vol. 2. Oxford: Blackwell, 1992:1488-94.
- 7 Neumann HAM. Benadering van de oncologische patiënt. In: Beljaards RC, Neumann HAM. *Oncologische dermatochirurgie*, Maastricht: Universiteit Maastricht, vakgroep dermatologie, 1996:135.
- 8 Neumann HAM. Benadering van de oncologische patiënt. In: Beljaards RC, Neumann HAM. *Oncologische dermatochirurgie*, Maastricht: Universiteit Maastricht, vakgroep dermatologie, 1996:136-9.
- 9 Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, Leventstein MJ. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 1. Overview. *J Dermatol Surg Oncol* 1991;17:713-8.
- 10 Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, Leventstein MJ. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 2. Curettage-electrodesiccation. *J Dermatol Surg Oncol* 1991;17:720-6.
- 11 Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, Leventstein MJ. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 4. X-ray therapy. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;18:549-54.
- 12 Wolf DJ, Zitelli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1987;123:340-4.
- 13 Neumann HAM. Histologische verificatie van huidtumoren. In: Beljaards RC, Neumann HAM. *Oncologische dermatochirurgie*, Maastricht: Universiteit Maastricht, vakgroep dermatologie 1996:40-3.
- 14 Baardwijk AAW van, Verhaegh MEJM, Krekels GAM, Vermeulen AHM, Neumann HAM. Micrografische chirurgie volgens Mohs als behandeling voor recidief van basalecelcarcinoom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:524-9.
- 15 Tromovitch TA, Stegeman SJ. Microscopic-controlled excision of cutaneous tumors: chemosurgery, fresh tissue technique. *Cancer* 1978;41:653-8.
- 16 Krekels GA, Verhaegh ME, Neumann HAM. Mohs' micrografische chirurgie. In: Beljaards RC, Neumann HAM. *Oncologische dermatochirurgie*. Maastricht, Universiteit Maastricht, vakgroep dermatologie 1996:123-30.
- 17 Mohs FE. Chemosurgery. Microscopically controlled surgery for skin cancer. Springfield: Thomas, 1978:1-29.
- 18 Robins P. Chemosurgery: my 15 years of experience. *J Dermatol Surg Oncol* 1981;7:779-89.
- 19 Dubin N, Kopf AW. Multivariate risk score for recurrence of cutaneous basal cell carcinomas. *Arch Dermatol* 1983;119:373-7.
- 20 Gunnarson G, Larko O, Hersie K. Cryosurgery of eyelid basal cell carcinomas. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1990;68:241-5.
- 21 Gezondheidsraad. Commissie Risico's UV-straling uit zonlicht (publicatienr 1994/05). Den Haag: Gezondheidsraad, 1994.

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

HET WCS CLASSIFICATIE
KAARTJE

NIEUWE VERSIE

ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL
OP ZAK.

Dit handzame kaartje biedt u de gelegenheid om het Classificatiemodel tijdens uw werk altijd bij de hand te hebben.

Dit kaartje kost slechts f 1,- per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392.

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

DE WCS POSTER
"CLASSIFICATIEMODEL"

NIEUWE VERSIE

ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL
ZICHTBAAR OP UW AFDELING.

Deze overzichtelijke poster met het bekende WCS Classificatiemodel siert elke werkplek.

Deze poster kost slechts f 2,50 per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392.