

DE NIEUWE RICHTLIJN MELANOOM VAN DE HUID

W. Bergman*

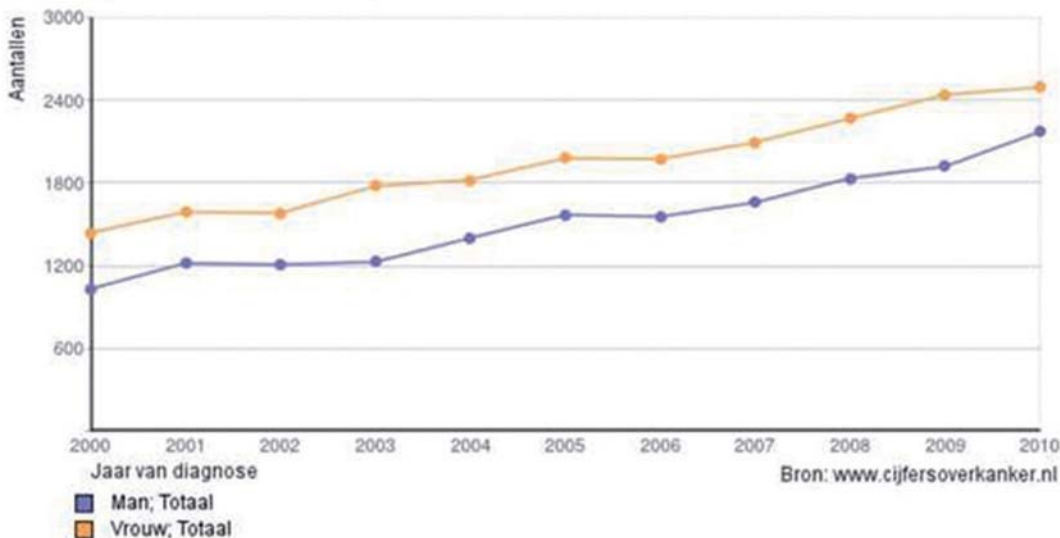
Het melanoom van de huid neemt al decennia toe in incidentie. Het is een maligne tumor uitgaande van de pigmentvormende cellen, de melanocyten, die voornamelijk in de huid voorkomen, in mindere mate in het oog (oogmelanoom) en zeldzaam in andere weefsels. Momenteel worden er in Nederland ongeveer 5000 gevallen van huidmelanoom per jaar gediagnosticeerd. De nog immer gestage groei na 2000 wordt geïllustreerd in figuur 1.

Selectiecriteria

Dataset	Incidentie Huid, melanoom
Regio	Landelijk
Aantallen	Aantallen
Periode	2000 / 2001 / 2002 / 2003 / 2004 / 2005 / 2006 / 2007 / 2008 / 2009 / 2010
Geslacht	Man / Vrouw
Leeftijdsgroepen	Totaal
Stadium	Invasief

Grafiek

Incidentie | Huid, melanoom; Landelijk; Invasief



Figuur 1. Incidentie huid melanoom. Bron www.cijfersoverkanker.nl

Gelukkig komen de meeste mensen in een vroeg stadium bij de arts en is de vijfjaars overleving van de hele groep 80%. Voor 1970 overleed meer dan 50% van de patiënten binnen vijf jaar. Als een patiënt inwendige metastasen heeft ontwikkeld zijn de vooruitzichten erg somber. Het is van groot belang dat een melanoom zo vroeg mogelijk wordt ontdekt en verwijderd. Een maat voor de kansen op overleving is behalve de stadië-

ring, de tumordikte in millimeters (Breslowdikte). Deze wordt tegenwoordig vaak meegegeed aan patiënten. Een website waar de prognose van patiënten gemakkelijk kan worden afgelezen als men de Breslowdikte kent, is www.melanomaprognosis.org. De gegevens zijn gebaseerd op een database van 30.000 melanoom patiënten (4).

DE RICHTLIJN MELANOOM

De Richtlijnen Melanoom worden inhoudelijk gemaakt door leden van de Nederlandse Melanoom Werkgroep, een multidisciplinaire werkgroep met afgevaardigden uit meerdere wetenschappelijke verenigingen, waarin ook de V&VN vertegenwoordigd is. De nieuwste richtlijn is in definitieve versie op de website voor oncologische richtlijnen, OncoLine (www.oncoline.nl),

verschenen in juli 2012. De richtlijn wordt gemaakt volgens de regels van de 'evidence based medicine', waarvan de systematiek tot in detail is beschreven en ook stap voor stap kan worden gevolgd in de bijlagen van de richtlijn. Zo zijn objectieve adviezen gegarandeerd. Procesmatige ondersteuning wordt gegeven door de Integrale Kanker Centra Nederland (IKNL). Wel van belang is om te realiseren dat voor veel adviezen in de richtlijn geen onderzoek met hoge bewijskracht bestaat. In dat geval beslissen de experts uit de richtlijnwerkgroep wat het beste beleid is en dan krijgt dat advies een lager niveau van bewijs, bijvoorbeeld niveau 3 bewijs.

Er zijn een aantal veranderingen in de richtlijn doorgevoerd die verder weinig praktische betekenis hebben voor de beroepsgroep en een aantal nieuwe punten waar oncologie verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten met name een rol spelen (zie nazorg en nacontrole).

Voorbeelden van veranderingen en vernieuwingen zijn de volgende:

- Er is een nieuwe stadiëring gekomen, waarbij bij dunne melano-

men (Breslowdikte < 1mm) ook het voorkomen van celdelingen in de tumor en de aanwezigheid van ulceratie een ongunstige factor vormen (1). Tevens wordt geadviseerd bij de dikkere melanomen een schildwachtklieronderzoek te verrichten om te zoeken naar de allereerste tekenen van metastasering. Hierover is nog meer duidelijkheid gewenst, want het is nog niet bewezen dat bij tumorpositieve klieren een daarop volgende aanvullende lymfklierdissectie leidt tot een betere overleving. Verder is er nog onvoldoende informatie of er aanvullend beeldvormend onderzoek (CT of PET scan) gedaan moet worden om te stadiëren en zo ja, welk voordeel dat dan heeft voor de patiënt.

- Veel aandacht wordt besteed aan het benoemen van risicofactoren voor melanoom, zoals het hebben van veel (meer dan 100) gewone moedervlekken of meer dan vijf atypische moedervlekken (foto 1). Ook een lichte, pigmentarme huid met lichtblond of rood haar is een risicofactor, waar de richtlijn aanbeveelt dat de arts de patiënt hierop attent maakt, er aantekening van maakt in het dossier en som-

mige patiënten jaarlijks terug laat komen voor screening. Ook wordt aandacht gevraagd voor familiair voorkomende melanomen (ca. 10% van alle melanomen) waarbij meerdere naaste familieleden een melanoom hebben gehad. In deze families worden de eerstegraads verwanten geadviseerd voor jaarlijkse screening van de hele huid terug te komen bij de dermatoloog. Dit zijn allemaal adviezen die hopelijk leiden tot vroege ontdekking van melanomen. De uiterlijk waarneembare (fenotypische) risicofactoren zijn samengevat in tabel 1.

NAZORG EN NACONTROLE

Nazorg wordt door de Gezondheidsraad gedefinieerd als een essentieel onderdeel van de individuele patiëntenzorg tijdens en na behandeling voor kanker. Dit hele hoofdstuk is nieuw in de richtlijn melanoom. Het behelst drie elementen:

- voorlichting, begeleiding, ingaan op klachten en symptomen, signaleren van directe of late effecten van ziekte en behandeling en aandacht voor sociale gevolgen;
- detectie van nieuwe manifestaties

Tabel 1. Fenotypische kenmerken voor een verhoogd risico op melanoom

Risicofactor	Relatief risico volgens meta-analyse (3, 4)	Aanbeveling richtlijn
Totaal aantal nevi > 100	7,0	Jaarlijkse controle of instructie voor zelfonderzoek van de huid
Atypische nevi > 5	6,4	Jaarlijkse controle of instructie voor zelfonderzoek van de huid
Huidtype: licht, pigmentarm	2,1	Patiënt op attent maken, voorlichting
Haarkleur: rood : blond	3,6 2,0	Patient op attent maken, voorlichting
Sproeten	2,1	Patient op attent maken, aanduiden als UV schade
Actinische schade/lentiginos	2,0	Patient op attent maken, aanduiden als chronische UV schade
Basaalcelcarcinoom of plaveiselcelcarcinoom in de voorgeschiedenis	4,3	Arts moet extra opletten

van de primair behandelde kanker of nieuwe daarmee geassocieerde maligniteiten;

- evaluatie van het medisch handelen en de gevolgen daarvan.

In deze fase is de inzet van (specialistische) verpleegkundigen erg gewenst als eerste aanspreekpunt en als casemanager voor de patiënt, met name bij patiënten met melanomen in stadium III en IV (zie kader). Vooral in het geval van melanoom waar al snel twee of drie zorgverleners bij betrokken zijn, is duidelijkheid over wie de hoofdbehandelaar is van belang.

Stadiumindeling bij een melanoom
Bij een melanoom kijkt de specialist ook speciaal naar de dikte van de tumor. Hoe dikker het melanoom, hoe groter het risico op vroege uitzaaiingen. de aanwezigheid van ulceratie (zweervorming). Bij een melanoom met ulceratie is het risico op vroege uitzaaiingen groter dan bij een melanoom zonder ulceratie.

Stadium I

Een melanoom met een Breslowdikte van 1 millimeter of kleiner met zweervorming of een melanoom met een Breslow-dikte van 2 millimeter of kleiner zonder zweervorming.

Stadium II

Een melanoom met een Breslowdikte groter dan 1 millimeter met zweervorming of een melanoom met een Breslow-dikte groter dan 2 millimeter zonder zweervorming.

Stadium III

Een melanoom met regionale metastasen (satelliet, in-transit, regionale lymfeklier) zonder metastasen in andere organen.

Stadium IV

Een melanoom met metastasen in andere organen. Deze stadiumindeling is belangrijk voor een inschatting van de prognose en het bepalen van (het doel van) de behandeling.

Bron: KWF Kankerbestrijding

LASTMETER

Fysieke en psychosociale gevolgen van kanker kunnen reeds direct na diagnose en tijdens de behandeling optreden. Tijdige behandeling van klachten door vroege signalering, direct startend na de diagnose, kan de ziektelast verminderen en erger voorkomen. Algemene problemen kunnen zijn op het gebied van relaties met partner en gezin, sociale contacten, problemen met maatschappelijke participatie, arbeidsparticipatie en financiële problemen. Een basisset van klachtensignalering dient bij elke patiënt standaard toegepast te worden. In de richtlijn 'Detecteren van behoefte aan psychosociale zorg' (IKNL, 2010) wordt een eenvoudig toepasbaar signaleringsinstrument (de Lastmeter) aanbevolen. Deze richtlijn is ook te vinden op www.oncoline.nl. Bij de nacontrole bezoeken wordt natuurlijk ook medisch inhoudelijk gezocht naar eventuele recidieven van de ziekte of tekenen van metastasering.

INDIVIDUEEL NAZORGPLAN

Geadviseerd wordt om het nazorgplan van de patiënt met een dik melanoom (stadium IB en hoger) op te nemen in elektronische databases en dossiers en te gebruiken voor interdisciplinaire overdracht, o.a. door de huisarts en de patiënt een kopie van het nazorgplan te geven. De nieuwe adviezen in de richtlijn, van toepassing van een lastmeter onderzoek en het maken van een nazorgplan, zal nog bijna overal geïmplementeerd moeten worden. Zorgprofessionals hebben de belangrijke taak de patiënt te ondersteunen in zelfmanagement. Informatie over diagnose en behandeling blijkt meestal goed voorhanden, maar informatie betreffende psychosociale gevolgen, gevolgen op langere termijn, leefstijl en financiële consequenties is vaak gebrekkig. Zorgverleners kunnen de besluitvorming van patiënten ondersteunen door het gebruik van nazorgplannen en verwijzingen naar betrouwbare bronnen voor informatie (bijvoorbeeld patiëntenfolder Stichting Melanoom en van KWF). Bij de patiëntenvereniging kan men terecht voor lotgenotencontact (www.stichtingmelanoom.nl).



Foto 1. Klassiek voorbeeld van een groepje klinisch atypische nevi: groter dan 5 mm, vlak en tweekleurig bruin. Ook een asymmetrische vorm en rode bijtint zijn kenmerken van atypische nevi. Als deze nevi niet groeien, jeuken of verkleuren is er geen reden ze te verwijderen.

LITERATUUR

1. Balch CM, Gerschenwald JE, Soong SJ, Thompson JE, Atkins MB, Byrd DR, Buzaid AC, Cochran AJ, Coit DG, Ding S, Eggermont AM, Flaherty KT, Gimotty PA, Kirkwood JM, McMasters KM, Mihm MC Jr, Morton DL, Ross MI, Sober AJ, Sondak VK. 2009 **Final version of 2009 AJCC Melanoma staging and classification**. *J Clin Oncol*, 27:6199-6206.
2. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, Melchi CF. 2005 **Meta-analysis for risk factors for cutaneous melanoma: I Common and atypical nevi**. *Eur J Cancer*, 41:28-44.
3. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, Melchi CF. **Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II Sun exposure**. 2005 *Eur J Cancer*, 41:45-60.
4. Soong S, Ding S, Coit D, Balch CM, Gerschenwald JE, Thompson JE, Gimotty P. 2010 **Predicting Survival outcome of localized melanoma: an electronic prediction tool based on the AJCC melanoma database**. *Ann Surg Oncol*, 17(8):2006-14.

* Prof. Dr. Wilma Bergman, dermatoloog LUMC, Leiden.
Email: wbergman@lumc.nl