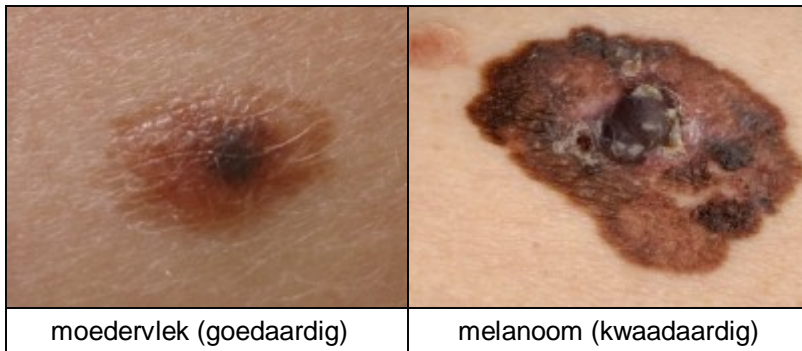

MELANOOM

Een melanoom is een vorm van huidkanker, die ontstaat uit de pigmentcellen van de huid (de *melanocyten*). Overal in de huid zitten deze melanocyten. In de melanocyten wordt een bruin pigment aangemaakt, dat de kleur geeft aan de huid. Dit pigment beschermt de huid tegen de schadelijke effecten van zonlicht. De pigmentcellen zijn gelijkmatig verdeeld over de gehele huid. In moedervlekken liggen heel veel van deze pigmentcellen in een kluitje bij elkaar.

Er is sprake van een melanoom als een groep pigmentcellen is veranderd in kankercellen (melanoom betekent letterlijk: zwart gezwel). Omdat de pigmentcellen overal voorkomen, kan een melanoom ook overal in de huid ontstaan. Soms ontstaat een melanoom in een reeds bestaande moedervlek.



De meeste vormen van huidkanker zijn niet gevaarlijk, maar het melanoom wel. Een melanoom kan namelijk de diepte ingroeien en er kunnen uitzaaiingen ontstaan naar lymfeklieren en andere organen. Als dat gebeurt dan is het heel moeilijk te behandelen. Het is dus belangrijk om bij twijfel over moedervlekken en andere pigmentvlekjes zo snel mogelijk naar de huisarts of naar een dermatoloog te gaan om de plek te laten beoordelen. Het oude gezegde 'voorkomen is beter dan genezen' is zeker van toepassing op het melanoom.

HOE VAAK KOMT EEN MELANOOM VOOR?

Het melanoom komt overal ter wereld steeds vaker voor, met name bij mensen met een blanke huid. Er wordt aangenomen dat dit komt door de toenemende blootstelling aan zonlicht (opkomst van het zontoerisme, reizen naar zonnige streken, meer vrije tijd). In Nederland worden per jaar circa 5000 nieuwe melanomen ontdekt. Melanomen kunnen op elke leeftijd ontstaan, met een piek tussen de 30 en 60 jaar. Dankzij vroege opsporing, door betere voorlichting aan het publiek, is de overlevingskans van mensen met een melanoom de laatste jaren sterk verbeterd.

WELKE VERSCHILLENDE MELANOMEN ZIJN ER?

Melanoma in situ

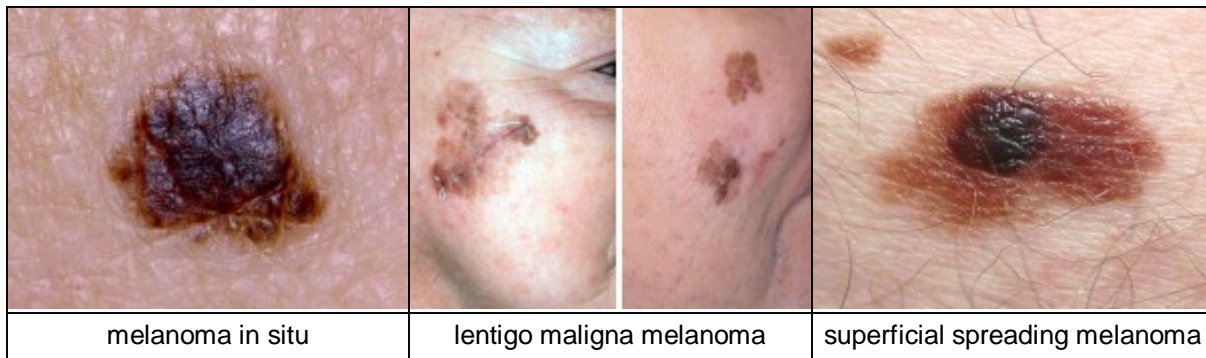
Dit is een oppervlakkige variant van het melanoom. De melanoomcellen zitten alleen nog in de bovenste huidlaag, de opperhuid (ook wel epidermis genoemd), en zijn nog nergens doorgedrongen tot in de lederhuid (de dermis). Daarom is er ook nog geen risico op uitzaaiing bij deze vroege vorm.

Lentigo maligna

Dit is een vorm van een oppervlakkig en langzaam groeiend melanoom, dat meestal bij ouderen wordt gezien op de wang. Eerst zit er een donkerbruine pigmentvlek, met zwarte gedeelten erin, die langzaam groter wordt. In feite is dit ook een melanoma in situ. Een lentigo maligna vlek kan overgaan in een echt melanoom, op dat moment wordt het een lentigo maligna *melanoom* genoemd. De kans dat dat gebeurt is ongeveer 5%. Daarom wordt altijd geadviseerd een lentigo maligna te verwijderen. Niet elke bruine vlek op de wang van een ouder iemand is of wordt een lentigo maligna melanoom, op oudere leeftijd komen heel vaak pigmentvlekken voor in het gelaat. Dit zijn egaal lichtbruin of donkerbruin gekleurde vlekken, ook wel ouderdomsvlekken genoemd (medische term: *lentigo senilis* of *lentigo solaris*).

Oppervlakkig spreidend melanoom (superficieel spreidend melanoom)

De meeste melanomen vallen onder deze categorie. Deze melanomen groeien oppervlakkig naar alle kanten uit, maar groeien meestal niet diep in de huid.

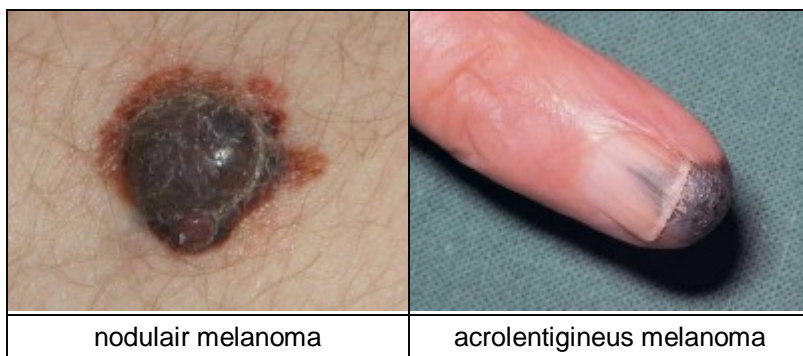


Nodulair melanoom

Bij dit type melanoom is er al in een vroeg stadium sprake van een opeenhoping van veel melanoomcellen. Aan de oppervlakte is dit vaak te zien als een donkergrijze, donkerblauwe of zwarte verhevenheid.

Acrolentigineus melanoom

Dit type melanoom is zeldzaam. Het bevindt zich aan de acra (=uiteinden) van het lichaam, namelijk de handen (vingers/nagels) of de voeten (tenen/nagels).



Zeldzame vormen van melanoom

In zeldzame gevallen kan een melanoom ontstaan op slijmvliezen (mond, neus- en keelholte, vagina en de anus), of in het oog. Een andere zeldzame variant is het ongepigmenteerde melanoom (amelanotisch melanoom). Dit is een ongekleurde variant van het gewone melanoom. Het is een berucht type, omdat het vaak niet herkend wordt als een melanoom en daarom te laat verwijderd wordt.

HOE ONTSTAAT EEN MELANOOM?

Melanomen kunnen spontaan ontstaan, zomaar ergens op de huid, of in een reeds bestaande moedervlek. Zonverbranding speelt een rol. Daarnaast erfelijke aanleg, het komt in sommige families voor. Het hebben van zeer veel moedervlekken, of onrustige moedervlekken of zeer grote aangeboren moedervlekken geeft ook een gering verhoogde kans op het krijgen van een melanoom.

Risicofactoren voor het krijgen van een melanoom

1. Overmatige blootstelling aan zonlicht of andere ultraviolette (UV) stralingsbronnen zoals zonnebanken. Vooral zon verbranding op jonge leeftijd (kinderleeftijd, onder de 5 jaar) is een risicofactor.
2. Een licht huidtype. Mensen met een lichte huidskleur, met sproeten of blond/rossig haar, die moeilijk bruin worden en snel verbranden hebben meer aanleg om een melanoom te krijgen.
3. Erfelijke aanleg. Het risico neemt toe naarmate er meerdere familieleden een melanoom hebben. Bij 5% van de patiënten die een melanoom hebben blijkt dit ook in de familie voor te komen.
4. Het hebben van veel gewone of onrustige moedervlekken. Personen die zeer veel (meer dan 50) gewone moedervlekken hebben of 3 of meer onrustige moedervlekken (atypische of dysplastische moedervlekken) hebben een licht verhoogd risico op melanoom.
5. De aanwezigheid van grote aangeboren moedervlekken. Het risico op melanoom hangt af van de grootte van deze moedervlekken (medische term: *congenitale naevus*). Bij een kleine aangeboren moedervlek is het risico verwaarloosbaar klein. Bij een grote aangeboren moedervlek (*giant naevus*), groter dan twee handpalmen groot is het risico op het later ontstaan van een melanoom ongeveer 3- 5%. Deze cijfers zijn niet helemaal betrouwbaar, recente en betere studies geven aan dat het risico nog lager is.

De meeste risicofactoren zijn dus niet te beïnvloeden, maar wel de overmatige blootstelling aan zonlicht. Verstandig zonnen dus, niet te lang in de zon, niet verbranden, goede zonnebrandcrèmes gebruiken en speciaal opletten op kleine kinderen.

WANNEER MOET IK VOOR EEN MOEDERVLEK NAAR EEN ARTS?

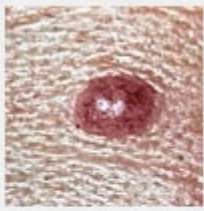
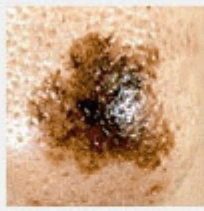






Als er een nieuwe groeiende moedervlek is ontstaan of als een bestaande moedervlek van kleur of vorm is veranderd of in grootte is toegenomen dan moet u een afspraak maken met uw huisarts. Dit geldt vooral voor volwassenen; bij kinderen is het normaal dat er nog nieuwe (en dus groeiende) moedervlekken ontstaan.

HOE IS EEN MELANOOM TE HERKENNEN EN TE ONDERSCHIEDEN VAN EEN GEWONE MOEDERVLEK?

Meestal zijn er verschijnselen die er op wijzen dat er een melanoom is ontstaan of dat een moedervlek aan het veranderen is in een melanoom. Dat kan zijn:

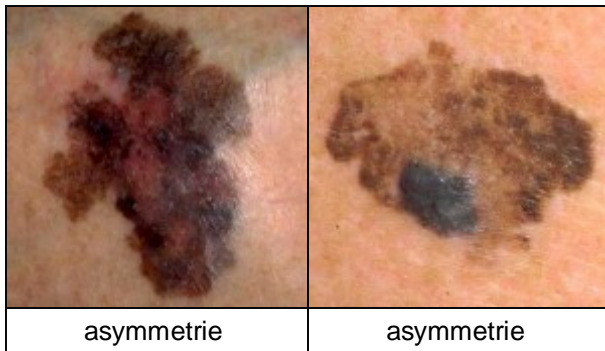
- het verschijnen van nieuwe moedervlekken of een bruin-zwart of zwart bultje
- het plotseling of langzaam groter worden van een bestaande moedervlek
- uitstulpingen of bultjes die er in ontstaan
- onregelmatige contouren (grillige rand)
- jeuk of pijn
- bloeden, zweertjes of korstjes
- kleurveranderingen zoals donkerder worden
- het ontstaan van verschillende kleuren binnen 1 plek (lichtbruin, donkerbruin, zwart, blauwzwart, rood, wit-rose)

Moedervlekken kunnen worden beoordeeld volgens de ABCD regel of ABCDE regel. Hierbij staat elke letter voor een kenmerk van een moedervlek dat wijst op mogelijke overgang naar een melanoom. De ABCD regel is oorspronkelijk Engelstalig, de A staat voor Asymmetry (het niet symmetrisch zijn van de moedervlek), de B voor Border (rand), de C voor Color (kleur), de D voor Diameter (doorsnede, grootte) en de E voor Evolution (verandering), of Elevation (het ontstaan van een verhevenheid).

Normal Mole	Melanoma	Sign	Characteristic
		Asymmetry	when half of the mole does not match the other half
		Border	when the border (edges) of the mole are ragged or irregular
		Color	when the color of the mole varies throughout
		Diameter	if the mole's diameter is larger than a pencil's eraser

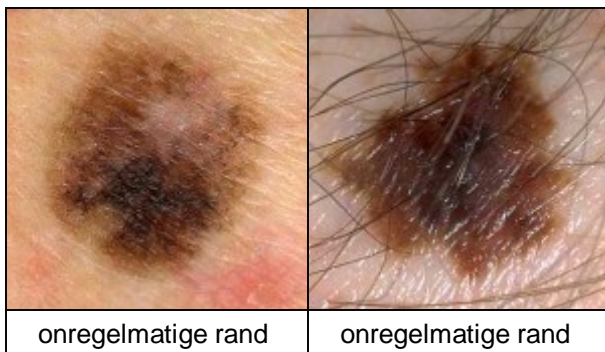
Asymmetrie

Een moedervlek is symmetrisch als er een denkbeeldige streep doorheen is te trekken, en de beide helften aan weerszijden van die streep elkaars spiegelbeeld zijn. Symmetrie is een teken van goedaardigheid, asymmetrie van kwaadaardigheid.



Border (rand)

Een onregelmatige, grillige rand is een teken van kwaadaardigheid



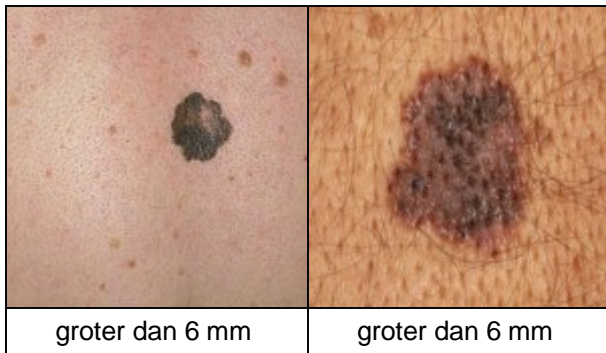
Color (kleur)

Twee of meer verschillende kleuren binnen 1 plek is een teken van kwaadaardigheid.



Diameter (doorsnede)

Moedervlekken tot 6 mm zijn meestal onschuldig, een moedervlek groter dan 6 mm in doorsnee is een reden om op te letten. De grootte alleen is echter niet genoeg om op te varen. Een moedervlek die alleen groter is geworden zonder één van de veranderingen genoemd onder A,B, of C te hebben is meestal onschuldig.



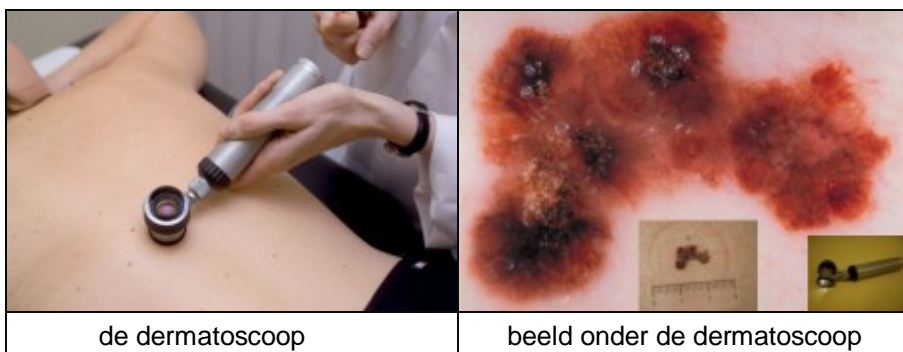
Evolution (evolutie, groei) of Elevation (verheven gedeelten)

Evolutie betekent dat er een verandering optreedt in de moedervlek. Soms wordt Elevation gebruikt als begrip, dit geeft aan dat een (deel van) de moedervlek zich verheft, gaat uitsteken boven de omgeving



BEOORDELING DOOR DE DERMATOLOOG

De dermatoloog kijkt naar de moedervlek en beoordeelt deze op grond van de bovengenoemde kenmerken. Omdat dermatologen een grote ervaring hebben in het beoordelen van moedervlekken, kunnen ze meestal met het blote oog al zien of het een goedaardige moedervlek is of mogelijk een melanoom. Daarnaast beschikt de dermatoloog over een dermatoscoop. Dit is een sterk vergrotende lens met verlichting, die direct op de huid wordt gezet. Door een druppel olie of water aan te brengen op de lens, wordt de bovenste huidlaag een beetje doorzichtig waardoor je door de huid heen kunt kijken. Hierdoor worden structuren zichtbaar die niet met het blote oog te zien zijn. Met behulp van de dermatoscoop wordt bekeken of er afwijkende vormen of kleuren, of onregelmatige randen zijn.



Als er een verdenking bestaat dat het een melanoom zou kunnen zijn, dan is het nodig om de plek in zijn geheel te verwijderen. Dit gebeurt onder lokale verdoving. Het wegsnijden gebeurt in 2 etappes. Eerst wordt de moedervlek in zijn geheel eruitgesneden, met een klein randje (2-3 mm) extra weefsel eromheen om er zeker van te zijn dat alles eruit is. Dit heet een *diagnostische excisie*, bedoeld om vast te stellen of het een melanoom is. Als na onderzoek van de patholoog blijkt dat het een melanoom is dan moet de zelfde plek er nog een keer uitgesneden worden met een veiligheidsmarge van 1 of 2 cm. Dat heet de *therapeutische excisie*. Het wordt niet in één keer gedaan, omdat het wegsnijden van een moedervlek met een rand weefsel van 1 of zelfs 2 cm eromheen een groot litteken achterlaat en op sommige plekken lastig is. Het moet dus wel zeker zijn dat het echt een melanoom is, en niet iets wat erop lijkt zoals een onrustige moedervlek, of een ouderdomswrat met een beetje pigment, of een hemangioom (goedaardig bloedgezwel). En als het wel een melanoom is, dan moet de patholoog ook de dikte meten, want de dikte van het melanoom bepaalt of er 1 of 2 cm huid moet worden weggehaald bij de volgende ingreep.

BIOPSIE (DIAGNOSTISCHE EXCISIE)

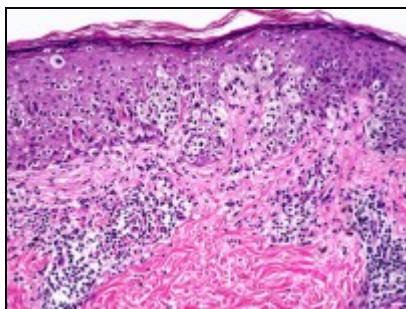
Er wordt een ovaal getekend rond de plek die eruit moet, met een randje van 2-3 mm extra huid er omheen. Dit ruitvormige gebied wordt verdoofd door rondom verdovingsvloeistof in de huid te spuiten. Vervolgens wordt de ovaal er uitgesneden en wordt de huid gehecht.

BEOORDELING DOOR DE PATHOLOOG (ONDER DE MICROSCOOP)

Het stuk huid wordt naar het laboratorium gestuurd om te worden beoordeeld door de patholoog. Dit neemt enige tijd in beslag. Het stukje weefsel moet namelijk een serie behandelingen ondergaan, het moet worden ingebed in een blokje paraffine, daarna worden gesneden in flinterdunne plakjes, en gekleurd en beoordeeld worden. De patholoog kijkt door de microscoop naar de cellen en de opbouw van het geheel en doet uiteindelijk de uitspraak of het een moedervlek is (goedaardig) of een melanoom (kwaadaardig). Soms zit het er een beetje tussen in, dan volgt bijvoorbeeld de uitspraak dat het een 'onrustige' moedervlek is (medische term: *dysplastische naevus*). Zo'n onrustige moedervlek kan er ook beter uitgehaald worden, maar als er een diagnostische excisie is gedaan met een randje van 2-3 mm er omheen, dan is dat in feite al gebeurd.

Als het een melanoom is, dan beoordeelt de patholoog ook hoe ver het melanoom de diepte is ingegroeid. Dit gebeurt door de dikte van het melanoom op te meten in millimeters. Deze dikte, ook wel de Breslow-dikte genoemd heeft een belangrijke voorspellende waarde en bepaalt ook hoe groot de veiligheidsmarge rond het litteken moet zijn bij de volgende ingreep, de definitieve operatie.

Soms is een melanoom heel oppervlakkig en bevindt zich alleen nog maar in de bovenste huidlaag, en is nergens doorgroeid naar het onderliggende weefsel. Dit heet een melanoma *in situ*. Zo'n oppervlakkig *in situ* melanoom heeft hele gunstige vooruitzichten. Het hoeft er niet met een grote veiligheidsmarge uitgesneden te worden, een randje van een halve centimeter is genoeg, en het is ook niet nodig om jarenlang terug te komen voor controle afspraken.



beeld onder de microscoop

DEFINITIEVE OPERATIE (THERAPEUTISCHE EXCISIE) VAN EEN MELANOOM

De definitieve operatie wordt ook uitgevoerd onder lokale verdoving. Rondom het litteken waar het melanoom in eerste instantie is verwijderd, wordt voor de zekerheid nogmaals een stuk huid weggehaald met een veiligheidsmarge van 1 of 2 cm. De marge is afhankelijk van de vastgestelde dikte (Breslow-dikte) van het melanoom. Als de Breslow-dikte kleiner of gelijk is aan 2 mm, kan worden volstaan met 1 cm marge, anders wordt een marge van 2 cm aanbevolen.

Bij deze tweede operatie kan een vrij grote wond ontstaan, die niet altijd direct kan worden gehecht. In dat geval is een huidtransplantatie nodig om de wond te sluiten. Dit gebeurt gewoonlijk poliklinisch. Op sommige plaatsen van het lichaam (gezicht, handen) is weinig huid "over" en kan een krappere marge worden gehanteerd. Als de dermatoloog vanwege de plaats of de grootte van de operatiewond verwacht dat het lastig wordt om de wond te sluiten, dan kan het zijn dat u wordt doorverwezen naar de plastisch chirurg voor de definitieve operatie. Het stuk huid wat is verwijderd wordt ook weer naar het pathologisch laboratorium gestuurd en microscopisch onderzocht om vast te stellen of het melanoom volledig is verwijderd.

CONTROLES NA HET VERWIJDEREN VAN HET MELANOOM

Controles door u zelf

Na behandeling van een melanoom is het belangrijk de huid goed in de gaten te houden. Als nieuwe

pigmentafwijkingen ontstaan of als bestaande moedervlekken veranderen, is het verstandig de huisarts of dermatoloog te raadplegen. Let ook op huidveranderingen in de omgeving van het operatielitteken. Ook is verstandig te letten op eventuele vergroting van lymfeklieren. Overmatige blootstelling aan zonlicht en vooral zonverbranding moet worden vermeden.

Controle door de dermatoloog

Nadat het melanoom is verwijderd worden controleafspraken gemaakt. De controle bestaat uit inspectie van het litteken en het voelen naar de lymfeklieren. Tevens wordt de huid nagekeken op onrustige moedervlekken. Meestal gebeurt dit door de dermatoloog. Bij de controles is het routinematig maken van röntgenfoto's, echo's of scans niet zinvol, tenzij er een speciale reden voor is.

De adviezen over hoe vaak een controle nodig is na verwijdering van een melanoom zijn de laatste jaren nog al eens aangepast. Op dit moment (2008) worden de volgende adviezen gegeven:

Voor dunne melanomen (minder dan 1 mm dik) is een éénmalig controlebezoek één tot drie maanden na de behandeling van het melanoom voldoende. Tijdens dit controlebezoek kunt u resterende vragen bespreken met de dermatoloog. Daarna hoeft u niet meer voor controle komen. U moet wel zelf uw huid in de gaten houden. Indien u een moedervlek bij uzelf opmerkt die nieuw of veranderd is, laat deze dan beoordelen door uw huisarts of maak een afspraak bij de dermatoloog.

Melanomen met een dikte van meer dan 1 mm worden gedurende 5 jaar nagecontroleerd. Het eerste jaar één keer per drie maanden, het tweede jaar één keer per vier maanden, en in het derde tot en met het vijfde jaar één keer per halfjaar.

Melanomen met een dikte van meer dan 2 mm worden volgens dit zelfde schema 5 jaar lang gecontroleerd, en daarna 1 keer per jaar tot 10 jaar na de operatie.

Controle van de familie

Het komt wel eens voor dat meerdere leden van een familie of zelfs van een gezin een melanoom hebben. In dat geval kan er sprake zijn van een erfelijk verhoogd risico om melanoom te krijgen. Het is verstandig dat mensen die deel uit maken van een dergelijke familie contact opnemen met een dermatoloog. Zonodig kunnen alle familieden / gezinsleden worden gecontroleerd op melanoom.

Controle bij veel moedervlekken

Sommige personen hebben zeer veel moedervlekken, waaronder ook moedervlekken die erg groot zijn of die er onrustig uitzien. Dit worden ook wel atypische of dysplastische moedervlekken genoemd. Zelfcontrole is in dit geval lastig, omdat het niet zo makkelijk te beoordelen is. Deze personen wordt geadviseerd om zich regelmatig te laten controleren door een dermatoloog, bijvoorbeeld 1 x per jaar.

WAT ALS ER POSITIEVE LYMFKLIEREN ZIJN?

In ons lichaam bevindt zich het lymfestelsel, bestaande uit lymfevaten en lymfeklieren. De lymfevaten vervoeren weefselvocht met allerlei afvalstoffen en soms ook bacteriën en virussen vanuit het lichaam naar de lymfeklieren. De lymfeklieren kunnen beschouwd worden als zuiveringsstations of filterstations. De cellen die in de lymfeklieren zitten zijn een onderdeel van ons afweersysteem, en ze kunnen bacteriën en virussen onschadelijk maken. Nadat het lymfevocht een aantal van die lymfeklieren heeft gepasseerd, vloeit het weer terug in de bloedbaan. Lymfeklieren bevinden zich op veel verschillende plaatsen in ons lichaam, maar vooral in de hals, in de oksels en de liezen, langs de luchtpijp, bij de longen, bij de darmen en achter de buikholte. Lymfeklieren zijn normaal niet voelbaar, maar als er ergens een ontsteking is worden ze groter en soms pijnlijk en dan zijn ze wel te voelen. Ook bij uitzaaiing van huidkanker kan een lymfeklier opgezet, en soms gevoelig of pijnlijk zijn.

Het melanoom kan uitzaaien. In eerste instantie worden de kankercellen via lymfevaten in de huid vervoerd naar de lymfeklieren in de hals, oksels of in de lies. Bijvoorbeeld, een melanoom op een been zaait het eerst naar de lymfeklieren in de lies. De kankercellen kunnen echter ook via het bloed uitzaaien naar andere organen van het lichaam bijvoorbeeld naar de longen, de lever, op een andere plaats in de huid of naar de hersenen.

Wanneer bij het lichamelijke onderzoek een (mogelijk) opgezette lymfeklier wordt gevonden wordt er eerst een naaldpunctie gedaan van deze verdachte klier. U wordt hiervoor verwezen naar de patholoog. Deze onderzoekt het lymfekliervloeistof op de aanwezigheid van kankercellen. Wanneer er, eventueel bij herhaling, geen kankercellen worden gevonden, wordt deze lymfeklier niet operatief verwijderd en wordt er een afwachterende houding gekozen. Wanneer er echter wel kankercellen worden aangetroffen, dan moet deze lymfeklier tezamen met alle andere lymfeklieren van het betreffende lymfeklierstation, bijvoorbeeld in de lies, operatief worden verwijderd. Deze verrichting vindt altijd onder narcose plaats door een chirurg.

OPERATIEVE VERWIJDERING VAN LYMFKLIEREN

Wanneer een volledig lymfeklierstation (bijvoorbeeld alle lymfeklieren van de oksel) wordt verwijderd, kunnen zich problemen voordoen, zowel op korte als op lange termijn. Mogelijke problemen zijn bijvoorbeeld bewegingsbeperking, krachtverlies, uitstralende pijn, stoornissen in het gevoel en vochtophoping (lymfoedeem). In dat laatste geval wordt de arm of het been dikker en kan zwaar en moe aanvoelen. Lymfoedeem manifesteert zich soms snel, maar meestal pas maanden of jaren na de operatie. Manuele lymfedrainage (een soort massage) of compressietherapie in combinatie met elastische kousen of zwachtels, zorgt voor een betere lymfe-afvoer waardoor het oedeem afneemt.

SCHILDWACHTKLIER ONDERZOEK

Dit is een experimentele methode, geen routine behandeling. Er wordt een blauwe kleurstof ingespoten bij het litteken van het melanoom. Deze vloeistof hoopt zich dan op in de dichtstbijzijnde lymfklier. Vervolgens kan deze klier worden opgespoord, verwijderd en op uitzaaiingen worden onderzocht. Als bij microscopisch onderzoek geen kwaadaardige cellen in de verwijderde klier worden aangetoond, is de kans op uitzaaiingen in de andere lymfeklieren zeer klein en hoeven die niet te worden verwijderd. Deze schildwachtklier methode is de afgelopen jaren onderzocht. Het bleek dat de schildwachtklier procedure de overlevingskansen niet verbeterde. Daarom is de methode uiteindelijk niet ingevoerd als standaard behandeling bij melanoom. Het is een optie om het te laten doen, bij melanomen dikker dan 1 mm, en alleen bij patiënten die het echt heel graag willen weten. Er zijn ook nadelen aan verbonden: een extra wond, kans op complicaties, kans op lymfoedeem, extra wachttijd door de verwijzing naar een chirurg.

AANVULLENDE BEHANDELINGEN

Indien er uitzaaiingen zijn naar lymfeklieren of andere organen, waarbij operatief ingrijpen niet meer mogelijk is, dan worden andere behandelingen toegepast. Deze behandelingen zijn zeer specialistisch en vinden alleen plaats in de gespecialiseerde kankercentra in Nederland. U zult dus daarvoor worden doorverwezen naar een van deze oncologische centra bij u in de buurt.

Biologicals / targeted therapie

Biologicals zijn nieuw ontwikkelde geneesmiddelen die heel specifiek aangrijpen op de groei van melanoomcellen. Ze heten biologicals omdat ze de structuur hebben van menselijke antistoffen (monoclonal antibodies), maar ze zijn in het lab bereid. Het zijn zeer dure geneesmiddelen die alleen worden verstrekt via de gespecialiseerde oncologische centra. In de rijke Westerse landen, waaronder Nederland, zijn deze producten (ipilimumab, vemurafenib, dabrafenib, nivolumab, cobimetinib) onder voorwaarden beschikbaar. Niet alle varianten van melanoom reageren even goed op alle verschillende middelen. Deze nieuwe behandelingen voor melanoom kunnen een goed effect hebben, maar ze veroorzaken ook bijwerkingen.

Radiotherapie

Bestraling (radiotherapie) wordt soms gegeven op het huidgebied waar het melanoom is weggehaald en soms ook ter plekke van uitzaaiingen. Kankercellen kunnen bestraling slechter verdragen dan gewone cellen. Geprobeerd wordt de dosis straling zo te kiezen dat de melanoomcellen vernietigd worden terwijl het normale weefsel zo min mogelijk beschadigd raakt.

Chemotherapie

Bij uitgezaaid melanoom wordt soms gekozen voor behandeling met chemotherapie. Voor deze therapie worden cytostatica gebruikt. Dit zijn zeer agressieve medicijnen die de deling van cellen belemmeren. Het wordt in de vorm van pillen of infuus (in de bloedbaan) toegediend en komen dus in het gehele lichaam. Kankercellen (die meestal snel delende cellen zijn) zijn gevoeliger voor cytostatica dan de normale weefsel cellen en zullen daarom eerder worden 'uitgeschakeld' dan de meeste gezonde cellen in het lichaam. Helaas hebben cytostatica veel bijwerkingen (moeheid, haaruitval etc.).

Isolatieperfusie

Hierbij wordt een ledemaat, bijvoorbeeld een been afgesloten van de circulatie van de rest van het lichaam en wordt er een hoge concentratie van een cytostaticum ingespoten. Soms wordt ook een verhoogde temperatuur behandeling gegeven (hyperthermie).

Immunotherapie

Immunotherapie is vooralsnog overwegend een experimentele therapie. Er zijn verschillende soorten immunotherapie in ontwikkeling. Meestal betreft het vaccins tegen melanoomcellen of 'opgewerkte' witte bloedcellen die de tumor selectief moeten aanvallen. Immunotherapie wordt in gespecialiseerde centra uitgevoerd.

Palliatieve behandeling

Wanneer bij een patiënt vastgesteld is dat de kankercellen te ver zijn uitgezaaid naar andere inwendige organen, waarbij behandeling niet meer zinvol wordt geacht wordt er gekozen voor een zogenaamde palliatieve behandeling.

Hierbij wordt getracht verdere verspreiding van het melanoom te voorkomen en de klachten te verminderen, bijvoorbeeld in de vorm van adequate pijnbestrijding. Ook lokale bestraling van uitzaaiingen die klachten veroorzaken is een vorm van palliatieve behandeling.

WAT ZIJN DE VOORUITZICHTEN BIJ EEN MELANOOM?

Zoals al eerder genoemd, een melanoom is een gevaarlijke vorm van huidkanker. Je kunt er aan overlijden. Als het in een vroeg stadium ontdekt wordt en op tijd wordt verwijderd, voordat de melanoomcellen de kans hebben gehad om door te dringen naar de diepte en uit te zaaien naar de lymfklieren of andere organen dan ziet de toekomst er gunstig uit. Het probleem is dan met het wegsnijden in feite opgelost. Maar als er al melanoomcellen van de oorspronkelijke tumor losgeraakt zijn, dan kunnen die in de loop van de tijd op andere plaatsen in het lichaam een nieuwe tumor gaan vormen. Deze 'micro'-uitzaaiingen zijn in het begin van de controleperiode vaak moeilijk of niet op te sporen. Ze zijn niet te zien op röntgenfoto's of scans, en ook niet op te sporen met bloedonderzoek of ander laboratoriumonderzoek.

De kans op uitzaaiingen neemt toe naarmate het melanoom dikker is. De dikte van het melanoom, gemeten in millimeter door de patholoog, is dus bepalend voor de kans op overleving. Bij 90-95% van de patiënten met een melanoom dunner dan 1 mm komt de ziekte niet terug. Naarmate het melanoom dikker wordt neemt het percentage patiënten bij wie na 5 jaar nog geen uitzaaiing van het melanoom is gevonden geleidelijk af. Wanneer er sprake is van uitzaaiingen worden de vooruitzichten ongunstiger.

Eventuele uitzaaiing van een melanoom gaat voornamelijk via de lymfebanen in de huid. De lymfebanen monden uit in lymfeklieren. De lymfeklier waar de eventuele uitzaaiing het eerst terechtkomt wordt de schildwachtklier genoemd. Vermoedelijk worden pas daarna de overige nabijgelegen lymfeklieren (in de lymfeklier"stations" van oksels, liezen en hals) aangedaan. Wanneer een lymfeklier een uitzaaiing bevat, is deze dikwijls voelbaar als een stevig bolletje onder de huid van 2-3 cm doorsnede.

Momenteel is de overlevingskans van alle mensen met een melanoom in Nederland ongeveer 80%. Bij een uitzaaiing in een lymfeklier is de kans op genezing veel kleiner. Bij uitgebreide uitzaaiingen via het bloed in andere organen is genezing in het algemeen niet meer mogelijk. Het overlevingspercentage van 80% geldt voor de hele groep patiënten met een melanoom, dunne en dikke melanomen tezamen. Voor dunne melanomen is de overlevingskans veel beter. Voor vrouwen met een melanoom dunner dan 0.75 mm is de 5 jaarsoverleving bijvoorbeeld 98%. Dat betekent dat van de 100 vrouwen waarbij een melanoom gevonden wordt dunner dan 0.75 mm er na 5 jaar twee zijn overleden. De onderstaande tabel geeft de gemiddelde overlevingspercentages aan die hoort bij de dikte van het melanoom gemeten in millimeters (de Breslow-dikte).

Breslow-dikte	5 jaars-overleving		10 jaars-overleving	
	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%

Door de nieuwe behandelingen (targeted therapies, biologicals) zijn de overlevingscijfers verbeterd; er zijn nog geen betrouwbare lange termijn getallen beschikbaar.

NA HET STELLEN VAN DE DIAGNOSE

Bij de meeste patiënten waarbij de diagnose melanoom gesteld is of overwogen wordt ontstaat onrust en onzekerheid. Eerst is er een vervelende fase van wachten op de uitslag van het pathologisch onderzoek. Reeds in die fase zijn er allerlei vragen, maar die kunnen niet goed beantwoord worden voordat de pathologie uitslag er is. Is het inderdaad een melanoom, en is de dikte bekend, dan is er wat meer te zeggen over de toekomstverwachting. Op internet is veel informatie te vinden over het melanoom, maar het is moeilijk om al die informatie op te nemen, te begrijpen en te vertalen naar de persoonlijke situatie. Gemiddelde overlevingspercentages zeggen ook niet zoveel, elke persoon is immers weer anders. Het beste is om uit te gaan van het positieve, namelijk dat het in de meeste gevallen toch goed afloopt. Tijdens de controles daarna, soms 5 of 10 jaar lang wordt de melanoompatiënt steeds weer opnieuw met deze onrust geconfronteerd. Het risico dat er nog wat fout zou kunnen gaan neemt echter met het verstrijken van de tijd sterk af, en daarmee ook de reden voor ongerustheid.

ADRESSEN

Anthony van Leeuwenhoek ziekenhuis Amsterdam
Daniel den Hoed Kliniek Rotterdam
Universitair Medisch Centrum Utrecht - oncologie
KWF (Koningin Wilhelmina Fonds)
Stichting Melanoom (o.a. lotgenotencontact)

www.nki.nl
www.erasmusmc.nl
www.umcutrecht.nl
www.kwfkankerbestrijding.nl
www.kankerpatient.nl/melanoom