

Melanoom

Landelijke richtlijn, Versie: 3.0

Laatst gewijzigd : 10-10-2019

Methodiek: Evidence based

Verantwoording: Nederlandse
Melanoom Werkgroep

Inhoudsopgave

Algemeen	1
Epidemiologie.....	2
Preventie	6
Screening	7
Screening van de algemene bevolking.....	7
Personen met een verhoogd risico.....	7
Genetisch verhoogd risico.....	9
TNM classificatie	13
Gelocaliseerde ziekte	17
Diagnostiek gelocaliseerde ziekte.....	17
Diagnostische excisie.....	18
Behandeling gelocaliseerde ziekte.....	19
Schildwachtklierprocedure.....	21
Therapie van lentigo maligna.....	28
In opzet curatieve radiotherapie.....	29
Schildwachtklierprocedure	31
.....	31
Locoregionale ziekte	39
Primair melanoom met verdenking op metastasen.....	39
Aanvullend onderzoek/rol PET CT in follow-up.....	39
Onbekende primaire tumor.....	48
Adjuvante systemische behandeling na initiële behandeling.....	48
Uitgangsvraag.....	48
Aanbeveling.....	48
.....	51
Adjuvante radiotherapie na lymfeklierdissectie.....	53
Regionale geïsoleerde perfusie.....	54
Gemetastaseerde ziekte	55
Diagnostiek systemische ziekte.....	55
BRAF gen mutatie.....	55
Systemische behandeling.....	60
Chirurgische behandeling van systemische ziekte.....	60
Radiotherapie.....	61
Pathologie	62
Diagnostische excisie.....	62
Procedure bij onzekerheid.....	63
Re-excisiepreparaat.....	64
Schildwachtklier.....	66
Lymfeklierdissectie.....	69
Afstandsmetastasen.....	73
Protocollaire verslaglegging PALGA.....	74
Nazorg en nacontrole	75
Gevolgen en aanpak 1e jaar.....	75
Detectie nieuwe kankermanifestaties.....	77
Behandeling.....	80
Vroegdetectie.....	80
Diagnostiek.....	81
Evaluatie medisch handelen.....	81
Zwangerschap, hormonale anticonceptiva en hormonale substitutiemiddelen.....	82

Inhoudsopgave

Organisatie van zorg	83
<u>Maximaal aanvaarbare wachttijden</u>	83
<u>Multidisciplinair overleg (MDO) voor stadium III en IV melanoom</u>	84
<u>Organisatie van zorg</u>	84
Palliatieve zorg	86
Referenties	87
Bijlagen	118
Notities	141
.....	142

Algemeen

Literatuurbespreking:

Aanleiding

Het melanoom van de huid is een vorm van kanker met een sterke neiging tot metastaseren reeds bij geringe tumorload. De afgelopen decennia is het voorkomen van deze aandoening fors gestegen (zie [epidemiologie](#)). Mede doordat het melanoom tegenwoordig in een relatief vroeg stadium wordt gediagnosticeerd en verwijderd, is de sterfte minder toegenomen dan de incidentie. Sterfte treedt op als gevolg van gemetastaseerde ziekte, omdat de behandelingsmogelijkheden in dat stadium beperkt zijn. Vroege diagnostiek en behandeling van het melanoom zijn dus van groot belang voor de prognose van de betrokken patiënten.

Dit vereist een multidisciplinaire aanpak en een goede samenwerking tussen de zorgverleners van de eerste en tweede lijn. De richtlijn biedt hiertoe een aantal handvatten. Nieuwe inzichten en ontwikkelingen nopen ertoe dat de richtlijn regelmatig wordt bijgesteld. De voorlaatste herziening dateert uit 2005. In 1985 werd de eerste richtlijn over het melanoom opgesteld. Deze werd in 1990, 1997 en 2004 herzien, waarbij de in 1986 opgerichte Nederlandse Melanoom Werkgroep (NMW) een belangrijke rol vervulde.

De richtlijn is in beginsel 'evidence-based' opgesteld. De huidige revisie betreft een deels evidence based, deels consensus based update. De procesbegeleiding is verzorgd door IKNL.

Doelstelling

Een richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. Deze richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming gericht op het expliciteren van goed medisch handelen. De richtlijn beoogt een leidraad te zijn voor de dagelijkse praktijk van de preventie, diagnostiek, behandeling en follow-up van patiënten met een melanoom van de huid. Melanomen op andere plaatsen in het lichaam zijn in deze richtlijn buiten beschouwing gelaten. De richtlijn omvat alle stadia van de ziekte.

Doelgroep

Deze richtlijn is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met een melanoom van de huid, zoals dermatologen, pathologen, chirurgen, radiotherapeuten, internist-oncologen, huisartsen, oncologieverpleegkundigen, IKNL-consulenten, maatschappelijk werkers en psychologen.

Modulaire update 2016

De werkgroep heeft specifiek een aantal modules uit de richtlijn onder de loep genomen en aangepast aan de huidige stand van zaken. Het initiatief voor deze revisie is genomen door de Nederlandse Vereniging voor Nucleair Geneeskundigen (NVNG) en de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP). Voor een drietal uitgangsvragen, (1. De rol van de FDG-PET/CT scan in de diagnostiek, 2. De rol van de FDG-PET/CT scan in de follow-up en 3. de schildwachtklieprocedure) zijn systematisch literatuuronderzoeken verricht. Voor uitwerking van de uitgangsvraag over de procedure rondom de BRAF-genmutatietest is gekozen voor een consensus based aanpak. Deze module beschrijft met name de organisatie van zorg omtrent deze test. Er zijn ook modules opgesteld voor de onderwerpen "systemische therapie (ipilimumab)" en "kosteneffectiviteit van de FDG-PET/CT scan bij inoperabel stadium 3 en stadium 4 patiënten", echter door de snelle ontwikkelingen op het gebied van de systemische therapie heeft de werkgroep besloten deze modules (vooralsnog) niet te publiceren. Voor een overzicht van de uitgangsvragen (zie [bijlage 11](#)).

Voor iedere uitgangsvraag werd een subgroep geformeerd met vertegenwoordigers van relevante disciplines. De werkgroepleden schreven tekst, conclusies, overwegingen en aanbevelingen die tijdens plenaire vergaderingen werden besproken en na verwerking van de commentaren werden geaccordeerd. De concept modules werden naar alle binnen deze werkgroep vertegenwoordigde verenigingen en organisaties gestuurd voor commentaar. Na verwerking van het commentaar zijn de nieuwe modules door de voltallige werkgroep vastgesteld en ter autorisatie naar de relevante beroepsverenigingen voorgelegd. De voorzitter van de werkgroep en de procesbegeleider van IKNL zorgden voor de coördinatie en onderlinge afstemming van de subgroepen.

Werkwijze werkgroep evidence based richtlijn 2012

De werkgroep heeft gedurende een periode van ongeveer twee jaar gewerkt aan de revisie van de richtlijn. De richtlijn is deels evidence based gereviseerd en deels consensus based gereviseerd. Begin 2010 is met een groep van vier medisch specialisten (medisch-oncoloog, patholoog, chirurg en dermatoloog), allen lid

van de Nederlandse Melanoom Werkgroep (NMW) een aantal knelpunten benoemd die voor revisie in aanmerking zouden moeten komen. Deze knelpunten zijn voorgelegd aan de overige leden van de NMW en uitgewerkt tot negentien uitgangsvragen (zie [bijlage 10](#)). Voor drie van deze uitgangsvragen (5, 7 en 13) werd een systematisch literatuuronderzoek verricht (evidence based update). Daarbij werd uitgangsvraag 7 opgesplitst in twee subvragen. Voor zestien uitgangsvragen (1-4, 6, 8-12, 14-19) is naar studies gerefereerd die door de werkgroepleden zelf werden aangedragen (consensus based update). Er zijn aparte hoofdstukken opgenomen in de gereviseerde richtlijn voor pathologie, nazorg en nacontrole en organisatie van zorg. Om de richtlijn Herstel na kanker te integreren in de richtlijn melanoom zijn bij uitgangsvraag 14, twee subvragen nader evidence based uitgezocht.

Voor iedere uitgangsvraag werd een subgroep geformeerd met vertegenwoordigers van relevante disciplines. De werkgroepleden schreven tekst, conclusies, overwegingen en aanbevelingen die tijdens plenaire vergaderingen werden besproken en na verwerking van de commentaren werden geaccordeerd. Voor de evidence based uitgangsvragen heeft bureau Medical Evaluation Technology Assessment (ME-TA) de literatuurschrijver uitgevoerd, de tekst geschreven en de evidencetabellen gemaakt. De methodologisch expert van IKNL heeft samen met één van de werkgroepleden de literatuurschrijver, de tekst en de evidencetabellen voor subvraag 7.2 gedaan.

De werkgroep is vijfmaal bijeen geweest om de resultaten van de subgroepen in onderling verband te bespreken. De teksten van de subgroepen zijn door de procesbegeleider samengevoegd en op elkaar afgestemd tot één document: de conceptrichtlijn. Het concept werd naar alle binnen deze werkgroep vertegenwoordigde verenigingen en organisaties evenals naar alle regionale tumorwerkgroepen gestuurd voor commentaar. Na verwerking van het commentaar is de richtlijn door de voltallige werkgroep vastgesteld en ter autorisatie naar de relevante beroepsverenigingen gestuurd. De voorzitter van de werkgroep en de procesbegeleider van IKNL zorgden voor de coördinatie en onderlinge afstemming van de subgroepen.

Meer informatie over:

Betrokken en autoriserende verenigingen (zie [bijlage 1](#))

Financiering (zie [bijlage 2](#))

Procesbegeleiding en verantwoording (zie [bijlage 3](#))

Werkgroepleden 2012 en revisie 2016 (zie [bijlage 4](#))

Samenstelling en onafhankelijkheid werkgroep (zie [bijlage 5](#))

Methodieken (zie [bijlage 6](#))

Juridische betekenis van de richtlijnen (zie [bijlage 7](#))

Inclusiecriteria (zie [bijlage 8](#))

Module detectie nieuwe manifestaties uit de richtlijn Herstel na Kanker (zie [bijlage 9](#))

Uitgangsvragen 2012 (zie [bijlage 10](#))

Uitgangsvragen 2016 (zie [bijlage 11](#))

Literatuurschrijvers (zie [bijlage 12](#))

Evidence tabellen (zie [bijlage 13](#))

Wetenschappelijke onderbouwing (zie [bijlage 14](#))

Indeling onderzoeksresultaten naar mate van bewijskracht Richtlijn 2012 (zie [bijlage 15](#))

Tabellen 'Overwegingen' Richtlijn 2012 (zie [bijlage 16](#))

Actualisatie (zie [bijlage 17](#))

Houderschap richtlijn (zie [bijlage 18](#))

Verantwoording (zie [bijlage 19](#))

Implementatie en evaluatie (zie [bijlage 20](#))

Format nazorgplan melanoom (zie [bijlage 21](#))

Kennislacunes Richtlijn 2012 (zie [bijlage 22](#))

Referenties

Epidemiologie

Literatuurbespreking:

In 2010 overleden bijna 800 mensen aan een melanoom, ongeveer 350 vrouwen en bijna 450 mannen. Omgerekend naar de Europese standaardbevolking betreft dit ruim 3,9 per 100.000 Nederlanders per jaar (4,7 voor mannen en 3,1 voor vrouwen) [Hollestein 2011¹²¹]. De sterfte aan melanoom stijgt enigszins in Nederland, in tegenstelling tot de ons omringende landen [Hollestein 2011¹²¹; Vries de, 2003²⁷³], samenhangend met een stijging in incidentie van melanomen met een hoge Breslow dikte [Hollestein

2011¹²¹].

De incidentie van huidkanker is de laatste 40 jaar voortdurend gestegen. Zo blijkt uit gegevens van de landelijke Nederlandse kankerregistratie (NKR). Thans behoort de incidentie in Nederland tot de hogere in Europa (gestandaardiseerd naar de Europese standaardbevolking 25.1 per 100.000 persoonsjaren voor vrouwen en 20,4 voor mannen), maar de sterfte is gemiddeld laag (zie ook figuur 2) [Karim-Kos 2008¹³⁴; Vries de, 2003²⁷³]. De toename van de incidentie hangt voor een groot deel samen met overdadige en intermitterende blootstelling aan zonlicht in de jeugd bij mensen met een blanke huid [Whiteman 2010²⁸³; Lock-Andersen 1999³¹¹]. Dit speelt in de geïndustrialiseerde wereld al een rol in de generaties geboren rond 1900. Uit migrantenonderzoeken is gebleken dat het melanoomrisico op jongere en middelbare leeftijd met name wordt beïnvloed door zulke blootstellingen op de kinderleeftijd [Khat 1992³⁰⁶]. Sinds de jaren 50 is er mogelijk ook sprake van een beperkte bijdrage door andere bronnen van ultraviolette straling, zoals via hoogtezon en zonnebank [IARC Rapport, 2006; Bataille, 2005²³].

Al met al wordt op grond van de huidige trends een aanzienlijke stijging van de incidentie van melanoom in Nederland verwacht in de komende jaren (zie ook Tabel 1 en Figuur 1), [Vries de, 2005²⁷⁵]. De incidentie is in de periode 1989-2008 jaarlijks met 4,1% toegenomen.[Hollestein, 2011¹²¹] De incidentie stijgt in alle leeftijdsgroepen maar gaat het snelst bij ouderen (≥65 jaar), waar de stijging 6% bedraagt voor mannen en 4.3% voor vrouwen [Hollestein 2011¹²¹].

De prognose wordt in hoofdzaak bepaald door de tijdige ontdekking (tot uitdrukking komend in de breslowdikte). De meeste melanomen ontwikkelen zich langzaam (1-2 jaar). Er zijn echter snelgroeiende varianten (enkele maanden) van melanoom die bij diagnose vaak al dik zijn en een slechte prognose hebben.

Binnen Europa bleek de prognose in Nederland in de laatste 20 jaar overigens relatief gunstig: volwassen kankerpatiënten overleven langer in Nederland [Karim-Kos, 2008¹³⁴; Siesling, 2011²⁴⁰]. Daar heeft de verhoogde bewustwording in de periode na de campagne met de sproetenbus vermoedelijk aan bijgedragen [Berrino, 2003²⁵].

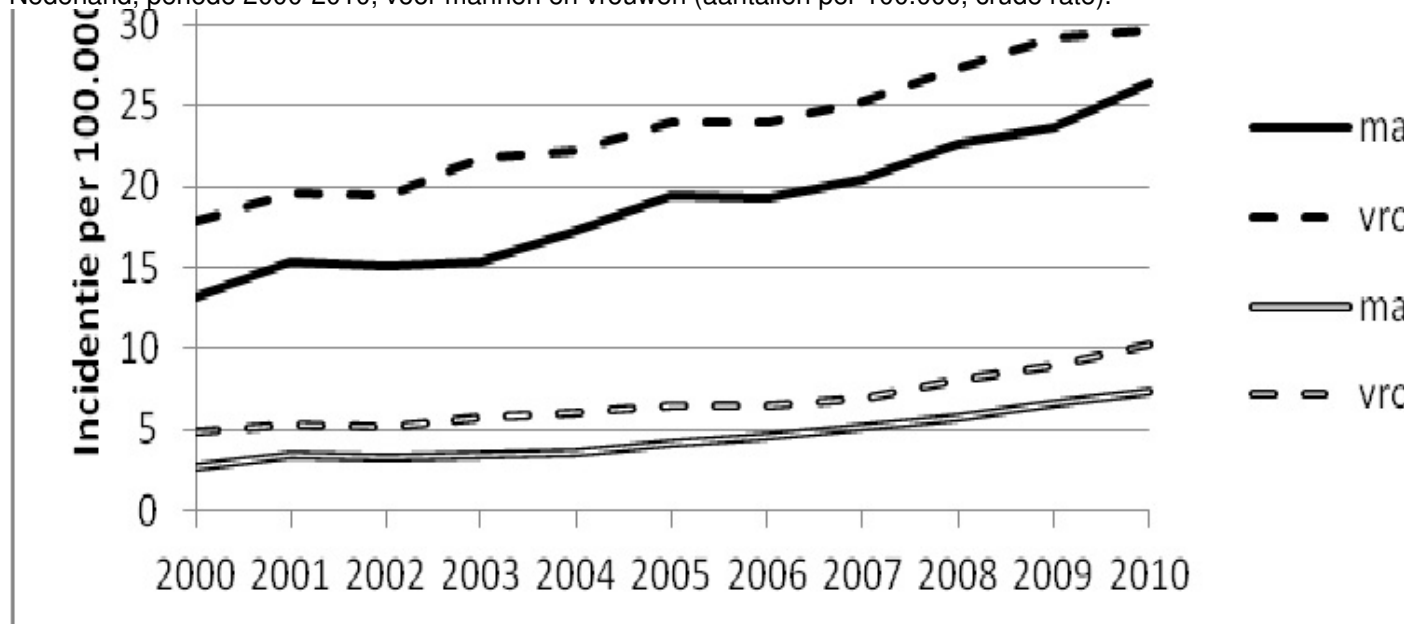
In de Nederlandse kankerregistratie (NKR) is vanaf 1994 van elke patiënt met melanoom de breslowdikte vastgelegd. In tegenstelling tot wat in veel andere landen wordt waargenomen, stijgt in Nederland de incidentie van zowel dikke als dunne melanomen ongeveer even snel [Hollestein, 2011¹²¹]. Toch is de prognose de laatste jaren sterk verbeterd: begin jaren '90 was de 10-jaars relatieve overleving in Nederland 70% voor mannen en 85% voor vrouwen; in de periode 2004-2008 was dit verbeterd naar respectievelijk 77% en 88% [Hollestein, 2011¹²¹].

De relatieve overleving van patiënten met melanomen dunner dan 1 mm ligt rond de 98% [Vries de, 2007²⁷⁶] en dat is gunstiger dan in menig klinisch onderzoek, doordat in klinische onderzoeken vaak geselecteerde patiëntengroepen worden gevolgd, mogelijk met een iets complexer ziektebeeld dan het geval is in de algemene bevolking (zie Figuur 3).

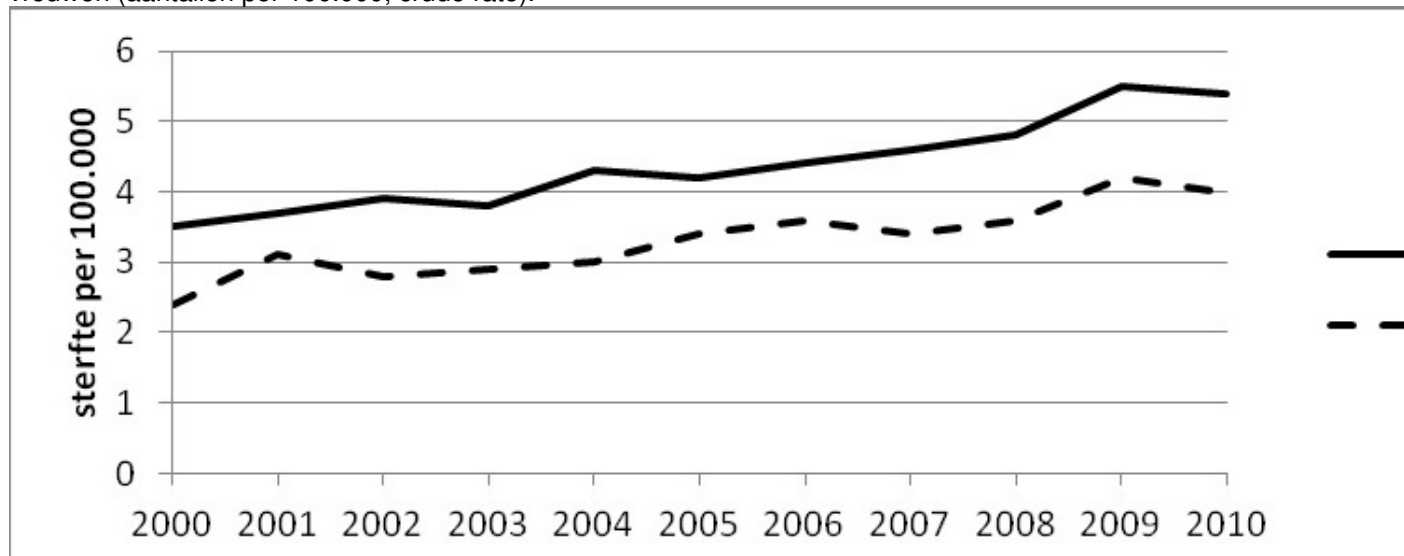
Tabel 1: Trends in incidentie van nieuwe patiënten met een invasief of in situ huidmelanoom in Nederland, periode 2000-2010, voor mannen en vrouwen (aantallen per 100.000, crude rate).

jaar	incidentie		sterfte			
	<i>In situ melanoom</i>	<i>Invasief melanoom</i>	<i>Invasief melanoom</i>	<i>Invasief melanoom</i>	<i>Invasief melanoom</i>	<i>Invasief melanoom</i>
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
2000	2,7	4,9	13,1	17,9	3,5	2,4
2001	3,4	5,3	15,3	19,6	3,7	3,1
2002	3,2	5,1	15,1	19,4	3,9	2,8
2003	3,4	5,8	15,3	21,7	3,8	2,9
2004	3,5	6	17,3	22,2	4,3	3
2005	4,1	6,5	19,4	24	4,2	3,4
2006	4,6	6,4	19,3	23,9	4,4	3,6
2007	5,2	6,9	20,5	25,3	4,6	3,4
2008	5,8	8,1	22,6	27,3	4,8	3,6
2009	6,6	9	23,7	29,2	5,5	4,2
2010	7,4	10,2	26,4	29,7	5,4	4

Figuur 1: Trends in incidentie van nieuwe patiënten met een invasief of in situ huidmelanoom in Nederland, periode 2000-2010, voor mannen en vrouwen (aantallen per 100.000, crude rate).

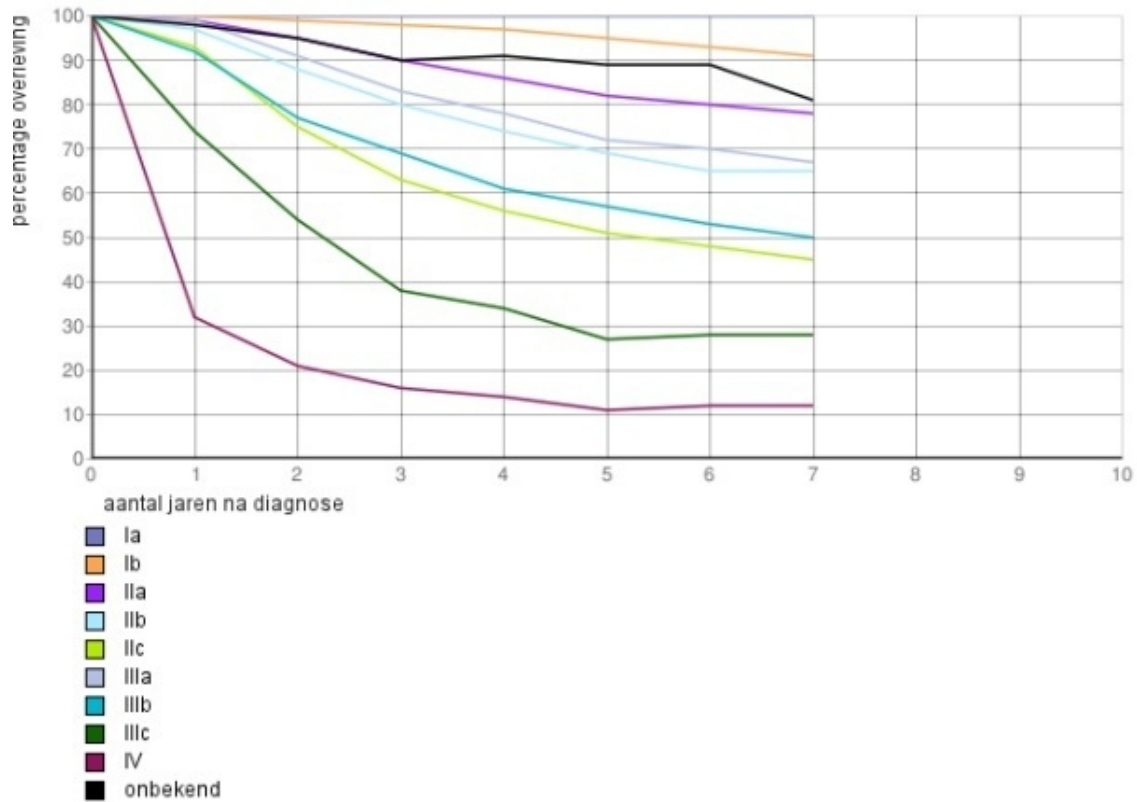


Figuur 2: Sterftecijfers voor invasief huidmelanoom in Nederland, periode 2000-2010, voor mannen en vrouwen (aantallen per 100.000, crude rate).



Figuur 3

Overleving | Melanoom, huid; Stadium; TNM 6e editie (2003-2008)



Samenvattend

De trends in incidentie en sterfte van melanoom in Nederland zijn zowel geruststellend als onrustbarend: geruststellend omdat de sterfte bij vrouwen niet meer noemenswaardig toeneemt, ondanks een nog stijgende incidentie in de komende jaren; onrustbarend vanwege de nog immer stijgende sterfte, met name bij mannen op middelbare en oudere leeftijd.

Preventie

Aanbevelingen:

Voor primaire preventie van melanoom dient zonverbranding te worden voorkomen.

Zonnebankgebruik dient te worden afgeraden ter primaire preventie van melanoom.

Literatuurbespreking:

In 2009 werd door de International Agency on Research of Carcinogens (IARC) ultraviolet licht (UV-A en UV-B) definitief carcinogeen verklaard voor de mens [El Ghissassi, 2009⁷⁵]. Meta-analyses van case-control studies geven overtuigend weer dat een melanoom voornamelijk wordt veroorzaakt door intermitterende, intense zonblootstelling [Marks 1994¹⁶⁶; Whiteman 1994²⁸²; Armstrong 1988⁷]. Mensen met een lichte huid moeten worden geadviseerd hun zonblootstelling te matigen gedurende het gehele leven [Gandini 2005⁹⁴]. De belangrijkste preventieve maatregel om melanoom te voorkomen is het voorkomen van zonverbranding, vooral bij kinderen [Autier 1998⁹]. Voor een subcategorie melanomen wordt een ander mechanisme verantwoordelijk gesteld: dat van cumulatieve UV blootstelling [Whiteman2010²⁸³]. Ook zonnebankgebruik verhoogt het risico op melanoom; dit werd significant aangetoond voor de leeftijdsgroep jonger dan 35 jaar [Cust 2011⁶⁰; Héry 2010¹¹⁶; Lazovich 2010¹⁵³; IARC, 2006].

Conclusies:

Het is aangetoond dat zonverbranding een risicofactor is voor het krijgen van melanoom.

Niveau 1, A1: Gandini 2005⁹⁴

Het is aangetoond dat zonnebankgebruik door mensen jonger dan 35 jaar een risicofactor is voor het krijgen van melanoom.

Niveau 1, A1: Cust 2011⁶⁰; Héry 2010¹¹⁶; Lazovich 2010¹⁵³; IARC 2007

Overwegingen:

Al te strikte zonvermijding is ongewenst vanwege de kans op vitamine D gebrek [Signaleringsrapport KWF, 2010].

Screening

Aanbevelingen:

Screening van personen met een verhoogd melanoomrisico wordt doorgaans surveillance genoemd. Screening op huidkanker omvat het regelmatig bekijken van de gehele huid van mensen zonder klachten of symptomen. De verschillende soorten screening die te onderscheiden zijn, zijn beschreven in de volgende paragrafen:

- Screening van de algemen bevolking
- Personen met verhoogd risico
- Genetisch verhoogd risico

Screening van de algemene bevolking

Aanbevelingen:

Er dient geen systematisch bevolkingsonderzoek op melanoom plaats te vinden.

Literatuurbespreking:

De US Preventive Services Taskforce, een overheidsinstantie in de VS die de wenselijkheid van bevolkingsonderzoek onderzoekt, heeft in een systematische review in 2001 en in een update in 2009 geconcludeerd dat onderzoeksresultaten een onvoldoende basis vormen om bevolkingsonderzoek op melanoom aan te bevelen [US Preventive Services Taskforce, 2001²⁶²; Wolff 2009²⁸⁵].

Conclusies:

De wenselijkheid van systematisch bevolkingsonderzoek is niet aangetoond.

[Niveau 1](#), A1: US Preventive Services Taskforce 2001²⁶², Wolff 2009²⁸⁵

Overwegingen:

Per jaar worden in Nederland minstens ca. 40.000 basaalcelcarcinomen en minstens 5.000 plaveiselcelcarcinomen van de huid gediagnosticeerd. Op incidentele basis zou een screeningscampagne op landelijk niveau aandacht genereren voor vroegdiagnostiek van huidkanker waaronder melanoom. Met een "relatieve indicatie" voor screening (bij personen met 5 of meer atypische nevi of met meer dan 100 banale nevi) wordt bedoeld dat er overleg plaats vindt met de patiënt of hij periodiek gecontroleerd wil worden of dat hij zelf zijn huid/moedervlekken wil controleren en terugkomen als er een moedervlek verandert. De patiënt moet bij de laatste optie wel worden geïnstrueerd over zelfonderzoek.

Personen met een verhoogd risico

Aanbevelingen:

Heeft screening bij mensen met verhoogd risico op melanoom zin?

Hoe kunnen personen met een verhoogd risico op melanoom worden geïdentificeerd op basis van:

- a) anamnesticke kenmerken?
- b) fenotypische kenmerken?

Er wordt geadviseerd om bij aanwezigheid van vijf of meer atypische nevi en bij aanwezigheid van meer dan 100 banale nevi een maal per jaar controle uit te voeren in overleg met de patiënt (relatieve indicatie).

Er wordt geadviseerd om fenotypische kenmerken te gebruiken om een verhoogd risico bij patiënten te herkennen, de patiënt hierop attent te maken en voorlichting hieromtrent te (laten) geven (bijvoorbeeld folders, instructie voor zelfonderzoek).

Er wordt geadviseerd om de aanwezige risicofactoren voor melanoom op te nemen in de status van elke patiënt die komt voor beoordeling van een melanocytaire laesie. De werkgroep is van mening dat de statusvoering pas compleet is indien de aanwezige risicofactoren staan vermeld.

Er wordt geadviseerd om geen routinematige controles uit te voeren op congenitale nevi (CN) met een voorziene diameter van 20 cm of kleiner. Wel wordt geadviseerd om ouders te instrueren bij eventuele veranderingen van kleine en middelgrote CN (<20cm) bij kinderen terug te komen.

De werkgroep is van mening dat bespreking van grote CN in een multidisciplinair team in een kinderchirurgisch centrum zo snel mogelijk na de geboorte wenselijk is, in verband met optie van neonatale currectage. Daarnaast is de werkgroep van mening dat ook na de ingreep van een dergelijke grote- of reuze CN regelmatige controle met inspectie en palpatie raadzaam is.

Literatuurbespreking:

a) fenotypische kenmerken

Personen met een verhoogd risico op melanoom kunnen op grond van een aantal fenotypische kenmerken worden geïdentificeerd. Aan de hand van literatuurgegevens zijn de fenotypische markers van verhoogd melanoomrisico vergeleken en is aldus bepaald of met voldoende zekerheid een individueel verhoogd risico op melanoom kan worden geïdentificeerd. In de tabel staan de fenotypische markers genoemd die in het algemeen worden beschouwd als melanoom-risicofactoren. Meta-analyses op deze factoren zijn verricht door Gandini et al., 2005 [Gandini 2005a⁹³; Gandini 2005b⁹⁴]. Recentere publicaties bevestigen de uitkomsten van het onderzoek van Gandini (zie Tabel 1).

Tabel 1: fenotypische kenmerken voor een verhoogd risico op melanoom

Risicofactor	Relatief risico volgens meta-analyse Gandini 2005a en 2005b	Recentere referenties met overeenkomstige bevindingen
Totaal aantal nevi > 100	7,0	Chang et al. 2009 Olsen et al. 2010 Nicolaou et al. 2008 Han et al., 2006 Nagore et al. 2010
Atypische nevi > 5	6,4	Chang et al. 2009 Olsen et al. 2010 Nijsten et al. 2005
Huidtype: licht, pigmentarm	2,1	Nicolaou et al. 2008
Haarkleur: rood : blond	3,6 2,0	Han et al. 2006 Naldi et al. 2006 Nagore et al. 2010
Oogkleur: blauw	1,5	
Sproeten	2,1	
Actinische schade/lentigines	2,0	Chang et al. 2009 Nijsten et al. 2005 Nicolaou et al. 2008
Basaalcelcarcinoom of plaveiselcelcarcinoom in de voorgeschiedenis	4,3	Nagore et al. 2010

b) congenitale nevi

De onderstaande paragraaf is van kracht totdat de richtlijnwerkgroep van de jeugdgezondheidszorg-richtlijn huidafwijkingen (onder redactie van de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek(TNO), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)) de evidence based richtlijntekst openbaar maakt in de loop van 2012. Zie http://fab.oncoline.nl/schermen/tekst_nav_richtlijn/www.huidarts.ino. In congenitale nevi (CN) kunnen melanomen tot ontwikkeling komen, een congenitale nevus is daarom een

risicofactor voor melanoom. CN worden arbitrair ingedeeld op grootte, waarbij het hoogste risico op melanoom aanwezig is bij de grootste CN.

Definities:

- een kleine CN is kleiner dan 1,5 cm op volwassen leeftijd
- een middelgrote CN is 1,5-20 cm op volwassen leeftijd
- een grote CN is groter dan 20 cm op volwassen leeftijd.

Recent zijn prospectieve studies beschikbaar gekomen, waaruit blijkt dat het risico op maligne ontanding lager is dan vroeger gerapporteerd werd op grond van retrospectieve studies met onderzoekpopulaties uit gespecialiseerde centra. Volgens een systematisch review is het melanoomrisico van alle CN bij elkaar slechts 0,7% lifetime risk [Krengel 2006¹⁵¹]. In twee recente reviews worden de bevindingen bevestigd [Kovalyshyn 2009¹⁵⁰; Price 2010²⁰⁷].

Uit de hierboven aangehaalde studie van Krengel bleek dat 75% van de gevallen van melanoom voorkwamen in zogenaamde reuzen CN, die een afmeting hebben groter dan 40-50 cm en vaak dicht behaard zijn. Reuzen CN zijn zeer zeldzaam (incidentie 1: 500.000). Het melanoomrisico is volgens de genoemde meta-analyse kleiner dan 5% lifetime risk, maar soms ontstaat al op de kinderleeftijd een melanoom; 50% ontstaat voor de leeftijd van vijf jaar [Krengel 2006¹⁵¹; Kovalyshyn 2009¹⁵⁰; Price 2010²⁰⁷].

Grote en reuzen CN kunnen geassocieerd zijn met neurocutane melanose in 2,5 -11% van de gevallen. Neurocutane melanose kan zich uiten door epileptische aanvallen, hydrocephalus of een cerebraal melanoom. Neurocutane melanose komt vaker voor bij lokalisatie van de CN op het hoofd en bij aanwezigheid van multipale satellietnevi (>20) en lokalisaties boven de posteriole middellijn. Neurocutane melanose is eventueel aan te tonen met een MRI (bij voorkeur voor de leeftijd van 4 maanden), uiteraard in overleg met de kinderneuroloog.

Conclusies:

Het is aangetoond dat fenotypische kenmerken het mogelijk maken om een verhoogd risico op melanoom bij een individu te herkennen.

Niveau 1, A1: Gandini et al. 2005a⁹³, 2005b⁹⁴

Het is aangetoond dat congenitale nevi met een voorziene diameter van 20 cm of kleiner bijna nooit tot maligne ontanding leiden op de kinderleeftijd.

Niveau 1 A1: Krengel 2006¹⁵¹

Het is aangetoond dat het risico op een melanoom in een reuze congenitale nevus kleiner is dan 5% lifetime risk maar bij 50% al ontstaat voor de leeftijd van vijf jaar.

Niveau 1 A1: Krengel 2006¹⁵¹; Kovalyshyn 2009¹⁵⁰; Price 2010²⁰⁷

Overwegingen:

Grote CN en reuzen CN vormen behalve een oncologisch dilemma ook een cosmetisch/psychosociaal probleem.

De behandeling van reuzen CN is maatwerk en behoeft bespreking in een multidisciplinair team in een kinderchirurgisch centrum. Regelmatige controle met inspectie en palpatie is ook na de ingreep raadzaam, omdat bijna geen enkele techniek 100% van de melanocyten kan verwijderen en melanomen ook in diepere lagen en op onaangedane huid tot ontwikkeling kunnen komen.

De website van de patiëntenvereniging NevusNetwerk Nederland is <http://www.nevusnetwerk.nl>.

Genetisch verhoogd risico

Aanbevelingen:

Hoe kunnen personen met een genetisch verhoogd risico op melanoom (familiaal melanoom) worden geïdentificeerd en wat is een efficiënt follow-up beleid?

De werkgroep is van mening dat screenen op laagrisico-genen bij mensen met een genetisch verhoogd

risico op melanoom momenteel niet zinvol is.

Er wordt geadviseerd om melanoom patiënten bij wie de diagnose familiair melanoom/FAMMM syndroom wordt overwogen te verwijzen naar een Klinisch Genetisch Centrum.

Er wordt geadviseerd om de huid van melanoompatiënten en hun eerstegraads verwanten uit families waarin de diagnose familiair melanoom/FAMMM syndroom is gesteld levenslang periodiek te screenen vanaf de leeftijd van 12 jaar.

De werkgroep is van mening dat voor tweedegraads verwanten uit CDKN2A positieve families jaarlijkse screening wenselijk is vanaf 20 jaar of, in overleg met de patiënt, instructie voor zelfonderzoek. Indien een CDKN2A mutatie is uitgesloten is geen screening van tweedegraads verwanten nodig.

De werkgroep is van mening dat het wenselijk is om CDKN2A mutatiedragers vanaf de leeftijd van 45 jaar te verwijzen naar een maag-darm-leverspecialist in één van de centra waar pancreasonderzoek plaatsvindt in studieverband, in verband met het verhoogde risico op pancreascarcinoom.

Literatuurbespreking:

Naast de literatuurbespreking zijn er tijdens de revisie zijn er nieuwe [overwegingen](#) toegevoegd en staan de aanbevelingen van alle submodules geklusterd weergegeven in de hoofdmodule [screening](#).

Bij een genetisch verhoogd risico moet onderscheid worden gemaakt tussen de aanwezigheid van:
a) hoogrisico melanoomgeassocieerde genmutaties: familiair melanoom/Familial Atypical Multiple Mole-Melanoma syndroom (FAMMM syndroom, OMIM 155601). Hierbij hoort ook de categorie families die op klinische gronden voldoet aan de definitie van familiair melanoom maar waarbij geen melanoomgeassocieerde mutatie is aangetoond of waar (nog) geen DNA onderzoek heeft plaatsgevonden.
b) clustering van meerdere laagrisico genmutaties of genvarianten.

a) Hoogrisico genmutaties

Hoogrisico mutaties kunnen worden aangetoond in 40% van de families bij aanwezigheid van drie of meer melanoom patiënten in een familie (in dezelfde bloedlijn) [Goldstein 2006]. De definities wisselen wereldwijd op grond van waargenomen kansen op het vinden van mutaties [Leachman, 2009¹⁵⁴]. De definitie voor familiair melanoom/FAMMM syndroom is voor Nederland op de volgende wijze geformuleerd: drie of meer melanomen, waarvan twee bij eerstegraads verwanten, waarbij twee tumoren mogen voorkomen bij één individu (de aangedane personen moeten dan ook eerstegraads verwanten zijn). Sommigen reserveren de term FAMMM syndroom of "erfelijk" melanoom voor die 40% van de families waarbij daadwerkelijk een genmutatie is aangetoond.

Verwantschap zoals gebruikt in de genetica (verschilt van juridische verwantschapsgraden)

1e graads verwanten: Ouders, kinderen en broers en zussen

2e graads verwanten: Kleinkinderen, grootouders, ooms en tantes, kinderen van broers en zussen

3e graads verwanten: Kinderen van ooms en tantes, overgrootouders, achterkleinkind en oudooms en -tantes

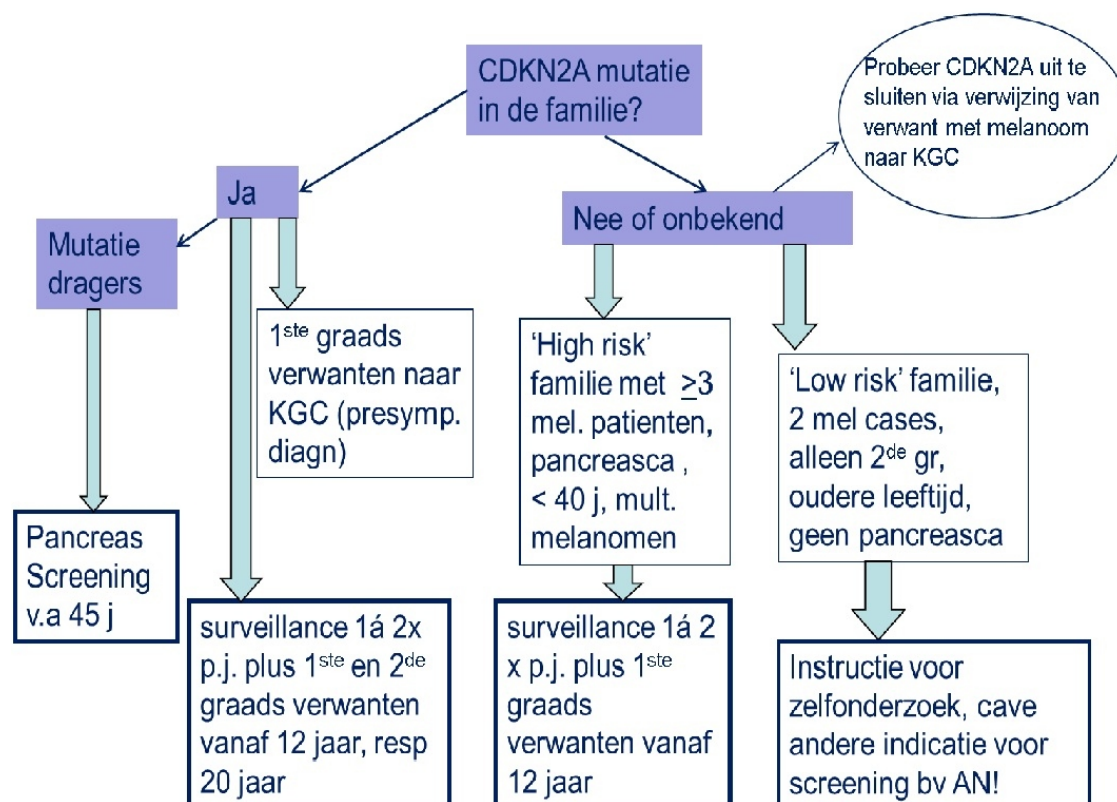
Wat betreft hoogrisico mutaties gaat het vooral om mutaties in het CDKN2A gen; CDK4 mutaties zijn nog niet ontdekt in Nederland. De meeste mutaties betreffen mutaties in exon 2 van het CDKN2A gen waardoor meestal een aminozuur verandering optreedt in zowel het coderende eiwit p16 als in het eiwit p14arf. Vanwege een founder populatie in de omgeving van Leiden komt een deletie in exon 2 van het CDKN2A gen (P16-Leiden deletie) relatief veel voor. Ongeveer 10% van alle melanomen komt voor in een familiale setting, waarbij in ongeveer 40% ook echt sprake is van een CDKN2A mutatie. Het melanoom risico van gendragers van deze mutaties is sterk verhoogd, het life time risico loopt op tot 70% op 80-jarige leeftijd [Bishop 2002²⁹]. Het life time risico van CDKN2A mutatiedragers op multipel primair cutane melanomen is 40%. Patiënten met drie tot vijf melanomen worden regelmatig gezien in deze setting [van der Rhee, 2011²¹⁷]. In Nederland wordt ook een verhoogd risico op pancreascarcinoom waargenomen in families met een P16-Leiden deletie, het life time risico hierop is 17- 20%, gemiddeld rond de leeftijd van 50 jaar [Vasen 2000²⁶⁴]. Deze combinatie is ook bekend als het melanoma pancreatic cancer syndrome, (OMIM 606719). Vanwege het verhoogde risico op pancreascarcinoom kan vanaf 45-jarige leeftijd periodiek onderzoek van de pancreas d.m.v. jaarlijks MRI(CP) en/of echo-endoscopie worden overwogen. Omdat de waarde van

surveillance niet vaststaat, dient dit onderzoek plaats te vinden in studieverband in een gespecialiseerd centrum.

Voor eerstegraads familieleden van patiënten met melanoom uit families waarin een CDKN2A mutatie voorkomt en uit families waarin op klinische gronden is voldaan aan de definitie van familiair melanoom/FAMMM syndroom geldt een indicatie voor screening van de huid een á twee maal per jaar door een dermatoloog. Er is geen bewijs dat de sterfte aan melanoom afneemt door periodieke screening maar wel worden dünnere tumordiktes gerapporteerd bij gescreende familieleden [Vasen 1989²⁶³; Hansson 2007¹¹⁰; Masri 1990¹⁶⁹].

Tweedegraads verwanten hebben ook een verhoogd risico op melanoom omdat soms een kind eerder een melanoom krijgt dan zijn ouder. Dit blijkt te gebeuren in 30% van de tweedegraads verwanten in CDKN2A positieve families die een melanoom krijgen in de loop van hun leven. Het life time risico van tweedegraads verwanten is 25%, waarvan 30% hun melanoom al krijgt terwijl men nog tweedegraads verwant is. Dus het life time risico van tweedegraadsverwanten op melanoom is ongeveer 8%, vergelijkbaar met het hebben van 5 of meer atypische nevi, of meer dan 100 banale nevi, waarvoor relatieve indicaties gelden voor screening en waarbij instructie voor zelfonderzoek wordt aanbevolen [Van der Rhee J, 2011]. Het melanoomrisico van tweedegraads verwanten van CDKN2A negatieve families is onbekend maar waarschijnlijk lager dan van CDKN2A positieve families.

Beleid bij familiair melanoom



b) Clustering van meerdere laagrisico genmutaties of genvarianten

Laagrisico-genen worden momenteel in hoog tempo opgespoord door de zogenaamde genoom wijde SNP associatie studies in sporadische patiënten met melanoom [Bishop, 2009²⁸]. Met melanoom geassocieerde mutaties (of beter genetische "variëaties" want ze komen frequent voor) treden vaak op in pigmentgenen. Deze laagrisico-genen hebben op dit moment nog geen consequenties voor de praktijk. Reeds eerder was bekend dat het hebben van een of twee varianten in het melanocortine 1 receptor MC1R-gene een verhoogd risico op melanoom met een RR van 1,42-2,45 met zich meebrengt [Raimondi 2008²¹²; Demenais 2010⁶⁴]. Het hebben van een of meer varianten in het MC1R-gen geeft volgens een meta-analyse een dubbel melanoomrisico voor CDKN2A mutatie dragers [Fargnoli 2010⁸²]. Momenteel bestudeert men of een clustering van variaties in laagrisico-genen ten grondslag ligt aan melanoomvorming in families waarin geen duidelijke associatie met het hoogrisico CDKN2A-gen aanwezig is, bijvoorbeeld

families met maximaal twee melanomen.

Conclusies:

Er zijn aanwijzingen dat CDKN2A mutatie dragers een sterk verhoogd risico hebben op multipole melanomen.

Niveau 3, B: Van der Rhee 2011²¹⁷

Het is aangetoond dat eerstegraadsverwanten van melanoom patiënten in families met familiair melanoom/FAMMM syndroom een sterk verhoogd melanoomrisico hebben. Voor hen geldt een indicatie voor levenslange screening van de huid vanaf 12 jaar door een dermatoloog.

Niveau 2, B: Vasen 2000²⁶⁴, Vasen 1989²⁶³, Hanson 2007¹¹⁰, Masri 1990¹⁶⁹

Er zijn aanwijzingen dat gendragers van een CDKN2A mutatie, met name de p16-Leiden variant, een verhoogd risico hebben op pancreascarcinoom.

Niveau 3, C: Hille 1998¹¹⁷, Vasen 2000²⁶⁴, de Snoo 2008²⁴⁵

De werkgroep is van mening dat tweedegraads verwanten van families met CDKN2A mutaties een verhoogd risico hebben op melanoom.

Niveau 4, D: Mening van deskundigen

De werkgroep is van mening dat het screenen op laagrisico-genen momenteel niet zinvol is.

Niveau 4, D: Mening van deskundigen

Overwegingen:

Nieuw in deze richtlijn is dat men spreekt van *mogelijk* familiair melanoom in de volgende situatie:

- een familie met twee eerstegraads verwanten met melanoom, waarvan tenminste een onder de 40 jaar ten tijde van de diagnose,
- aanwezigheid van drie melanomen of meer in een persoon of
- een familie met twee eerstegraads verwanten met melanoom en een familielid met pancreascarcinoom (aan dezelfde kant van de familie).

Families die voldoen aan de volgende criteria dienen te worden verwezen naar een klinisch genetisch centrum voor counseling en eventueel DNA-diagnostiek:

- drie of meer invasieve melanomen, waarvan twee bij eerstegraads verwanten (= familiair melanoom)
- twee eerstegraads verwanten met invasief melanoom waarbij één van de patiënten multipole melanomen heeft (= familiair melanoom)
- twee eerstegraads verwanten met invasief melanoom, waarvan tenminste één onder de 40 jaar ten tijde van de diagnose (= mogelijk familiair melanoom)
- aanwezigheid van drie invasieve melanomen of meer in één persoon (= mogelijk familiair melanoom)
- twee eerstegraads verwanten met invasief melanoom en één familielid met pancreascarcinoom (aan dezelfde kant van de familie) (= mogelijk familiair melanoom).

Voor DNA-onderzoek op genmutaties moet een van de patiënten met melanoom als eerste worden getest. Alleen bij aanwezigheid van een CDKN2A in de familie is het mogelijk presymptomatische DNA-diagnostiek aan te bieden aan alle leden van die familie. Draggers van een CDKN2A-mutatie (p16 mutatie) hebben een verhoogd risico (life time risico: 15-20%) op ontwikkeling van pancreascarcinoom. Onderzoeken hebben aangetoond dat door surveillance met jaarlijkse MRI (CP) en/of echo-endoscopie voorlopers van pancreascarcinoom of vroege stadia van pancreascarcinoom kunnen worden vastgesteld (Harinck 2010, Vasen 2011) Omdat de waarde van surveillance (in de betekenis van betere overleving) niet vast staat dient dit onderzoek plaats te vinden in studieverband in een gespecialiseerd centrum door specialisten met expertise op dit gebied (MDL-arts, radioloog).

TNM classificatie

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat de 8^{ste} editie van de TNM-classificatie (2017) in Nederland gebruikt moet worden.

De werkgroep is daarnaast van mening dat, nu er nog geen besluit genomen is over de 8^{ste} editie van de AJCC-stadiëring, voorlopig de 7^{de} editie daarvan in Nederland gebruikt moet blijven. Dit betekent voor de praktijk dat pT1b (volgens 8^{ste} editie TNM: <0.8 mm met ulceratie OF ≥0.8 mm, ≤1.0 mm met of zonder ulceratie) vooralsnog blijft behandeld en vervolgd als stadium IB.

In bijlage 24 (tabel 2) kunt u de volledige versie van de 7^e AJCC-stadiëring bekijken.

*(Van september 2017 - december 2017 was de werkgroep van mening dat in Nederland voor melanoom de 8^{ste} editie van de TNM-classificatie respectievelijk AJCC-stadiumindeling (versie 2017) gebruikt moesten worden.)

**Van 2012 tot september 2017 werd door de werkgroep de AJCC-stadiumindeling versie 7 uit 2009 geadviseerd.

De aanbevelingen van die modules zijn met behulp van die TNM opgesteld. In [bijlage 24](#) kunt u TNM 7 bekijken.

Literatuurbespreking:

Begin 2017 verscheen de - later op www.uicc.org, n.a.v. enkele errata inzake onderscheid T1a/T1b, gecorrigeerde - achtste editie van de TNM Classification of Malignant Tumours [Brierley, Gospodarowicz, Wittekind et al: Union for International Cancer Control]. Wat betreft malignant melanoma of skin (ICD-O-3 C44, C51.0, C60.9, C63.2) wijkt deze in een aantal opzichten af van de vorige editie uit 2009.

Tabel 1 TNM classificatie melanoom (8^e editie, 2017)

T- Primary Tumour		
TX	Primary tumour cannot be assessed	
T0	No evidence of primary tumour	
Tis	Melanoma in situ (Clark level I) (atypical melanocytic hyperplasia, severe melanocytic dysplasia, not an invasive malignant lesion)	
T1	Tumour 1 mm or less in thickness	T1a: less than 0.8 mm in thickness without ulceration T1b: less than 0.8 mm in thickness with ulceration or 0.8 mm or more but no more than 1 mm in thickness, with or without ulceration
T2	Tumour more than 1 mm but not more than 2 mm in thickness	T2a: without ulceration T2b: with ulceration
T3	Tumour more than 2 mm but not more than 4 mm in thickness	T3a: without ulceration T3b: with ulceration
T4	Tumour more than 4 mm in thickness	T4a: without ulceration T4b: with ulceration
N - Regional Lymph Nodes		
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed	
N0	No regional lymph node metastasis	
N1	Metastasis in one regional lymph node or intralymphatic regional metastasis <i>without</i> nodal	N1a: only microscopic metastasis (clinically occult)

	metastases	N1b: macroscopic metastasis (clinically apparent) N1c: satellite or in-transit metastasis <i>without</i> regional nodal metastasis
N2	Metastasis in two or three regional lymph nodes or intralymphatic regional metastasis <i>with</i> lymph node metastases	N2a: only microscopic nodal metastasis N2b: macroscopic nodal metastasis N2c: satellite or in-transit metastasis <i>with</i> only one regional nodal metastasis
N3	Metastasis in four or more regional lymph nodes, or matted metastatic regional lymph nodes, or satellite(s) or in-transit metastasis <i>with</i> two or more regional lymph node(s)	N3a: only microscopic nodal metastasis N3b: macroscopic nodal metastasis N3c: satellite(s) or in-transit metastasis with two or more regional nodal metastasis
M - Distant Metastasis		
M0	No distant metastasis	
M1	Distant metastasis*	M1a: skin, subcutaneous tissue or lymph node(s) beyond the regional lymph nodes M1b: lung M1c: other non-central nervous system sites M1d: central nervous system
<p>* Suffixes for M category: (0) lactate dehydrogenase (LDH) - not elevated (1) LDH - elevated So that M1a(1) is metastasis in skin, subcutaneous tissue, or lymph node(s) beyond the regional lymph nodes with elevated LDH. No suffix is used if LDH is not recorded or unspecified.</p>		

Veranderingen T-classificatie

- Voor het onderscheid tussen T1a en T1b wordt - in de 8^e versie - de tumordikte nader gedifferentieerd (<0.8 mm, 0.8-1.0mm) ; de mitose-index (aantal mitosen/mm²) is vervallen als indelingscriterium.

Veranderingen N-classificatie

- De classificaties N1c (satelliet of in-transit metastase zonder aangedane lymfeklieren) is nieuw toegevoegd.
- De classificaties, N3a, N3b en N3c zijn nieuw toegevoegd.

Veranderingen M-classificatie

- De classificatie M1d (metastasen in centraal zenuwstelsel) is nieuw toegevoegd.
- Verhoogd LDH betekent niet langer per definitie M1c. Achter elke M1 (zowel a, b, c als ook d) kan nu (0) - oftewel niet-verhoogd LDH - of (1) - oftewel verhoogd LDH - worden toegevoegd. De toevoeging ontbreekt als LDH niet gerapporteerd c.q. gespecificeerd wordt.

Consequenties stadiëring

Klinische stadiëring	Pathologische stadiëring
----------------------	--------------------------

0	Tis	N0	M0	0	Tis	N0	M0
				I	T1	N0	M0
IA	T1a	N0	M0	IA	T1a T1b	N0 N0	M0 M0
IB	T1b	N0	M0	IB	T2a	N0	M0
	T2a	N0	M0				
IIA	T2b	N0	M0	IIA	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0		T3a	N0	M0
IIB	T3b	N0	M0	IIB	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0		T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0	IIC	T4b	N0	M0
III	Alle T	N1, N2, N3	M0	III	Alle T	N1, N2, N3	M0
				IIIA	T1a, T1b, T2a	N1a, N2a	M0
				IIIB	T1a, T1b, T2a	N1b, N1c, N2b	M0
					T2b-T3a	N1, N2a, N2b	M0
				IIIC	T1a, T1b, T2a, T2b, T3a	N2c, N3	M0
					T3b-T4a	N1, N2, N3	M0
					T4b	N1, N2	
				IIID	T4b	N3	M0
IV	Alle T	Alle N	M1	IV	Alle T	Alle N	M1

De veranderingen als gevolg van de transitie van 7^e naar 8^e editie van de TNM classificatie heeft gevolgen voor de pathologische stadiëring, met name de verdere onderverdeling van stadia I en III.

1. Het onderscheid tussen stadia IA en IB verandert:

Stadium:	Was eerst:	Is nu:	Overige:
IA	Alleen T1a	T1a én T1b	Geen veranderingen N of M
IB	T1b én T2a	Alleen T2a	Geen veranderingen N of M

2. Het onderscheid tussen stadia IIIA, IIIB en IIIC verandert:

Stadium:	Was eerst:	Is nu:	Overige:
IIIA	T1-4a (N1a, N2a)	T1a, T1b, T2a (N1a, N2a)	Geen veranderingen N of M
IIIB	T1-4a (N1b, N2b, N2c) óf T1-4b (N1a, N2a)	T1a, T1b, T2a (N1b, N1c, N2b) óf T2b-T3a (N1, N2a, N2b)	Geen veranderingen M
IIIC	T1-4b (N1b, N2b, N2c) óf Alle T (N3)	T1a, T1b, T2a, T2b, T3a (N2c, N3) óf T3b, T4a (N1, N2, N3) óf T4b (N1, N2)	Geen veranderingen M

3. Stadium IIID is nieuw toegevoegd:

Stadium:	Was eerst:	Is nu:	Overige:
IIID	n.v.t.	T4b (N3)	n.v.t.

Overwegingen:

De nieuwe stadiëring wordt bij voorkeur overal op 1 juli 2017 ingevoerd in alle ziekenhuizen en kankerregistraties. De datum van ingang moet in elk geval worden genoteerd, voor onderlinge vergelijkbaarheid.

Er is een registratiemogelijkheid nodig om aan te geven of bij de patiënt wel of geen schildwachtlierprocedure is uitgevoerd. Patiënten klinisch zonder palpabele metastasen worden genoteerd als cN0 en na een negatieve schildwachtlierprocedure als pN0. Patiënten zonder palpabele metastasen bij wie geen schildwachtlierprocedure wordt verricht worden ook genoteerd als cN0.

Bij patiënten met klinisch stadium I/II melanoom, die afzien van een schildwachtlierprocedure, kan voor de prognose gebruik worden gemaakt van de overlevingsgrafieken van de AJCC groep bereikbaar via internet: <http://www.melanomaprognosis.net/>.

Gelokaliseerde ziekte

Aanbevelingen:

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in submodules:

- Diagnostiek gelokaliseerde ziekte
- Diagnostische excisie
- Behandeling gelokaliseerde ziekte
- Schildwachtklierprocedure
- Therapie van lentigo maligne
- In opzet curatieve radiotherapie

Het onderwerp 'melanoom- diagnostiek' wordt uitgewerkt in verschillende modules.

Diagnostiek gelokaliseerde ziekte

Aanbevelingen:

Dermatoscopie dient een vaste plaats te krijgen in de klinische diagnostiek van gepigmenteerde huidafwijkingen zoals: onderscheid tussen melanocytair laesies en niet-melanocytair gepigmenteerde laesies, symptomatische melanocytair laesies (jeuken, steken, bloeden), veranderende klinisch atypische nevi, uit de toon vallende melanocytair laesies in het geheel van moedervlekken ("ugly duckling"), de novo ontstane melanocytair laesies boven de 35 jaar.

Onervaren artsen wordt aanbevolen zich in deze techniek te bekwamen alvorens deze toe te passen.

Literatuurbespreking:

Dermatoscopie

Verhoogt dermatoscopie de accuratesse van de klinische diagnose?

Dermatoscopie is inmiddels onmisbaar bij de diagnostiek van gepigmenteerde laesies. Het is een non-invasieve techniek waarbij een tien maal vergroot beeld wordt verkregen van een gepigmenteerde laesie. Het benodigde apparaat is beschikbaar in zakformaat. Er zijn meerdere meta-analyses beschikbaar waarin de diagnostische accuratesse van dermatoscopie wordt onderzocht, allen met dezelfde conclusie: dermatoscopie verbetert de diagnostische accuratesse ten opzichte van blote oog diagnostiek, maar met name voor getrainde gebruikers [Mayer 1997¹⁷⁰, Bafouta 2001¹¹, Kittler 2002¹⁴⁴; Vestergaard 2008]. Het vakgebied is nog volop in ontwikkeling. Nog steeds verschijnen veel artikelen waarin nieuwe criteria voor dermatoscopie worden gerapporteerd voor bijzondere locaties, zoals de voetzolen en voor nieuwe diagnoses bijvoorbeeld spitznevi en gepigmenteerd basaalcelcarcinoom.

Ook is digitale opslag van dermatoscopische beelden nu technisch gemakkelijk realiseerbaar (seriële dermatoscopie), hetgeen toepassing heeft bij de periodieke controle van patiënten met multipole atypische nevi en bij leden van families met familiair melanoom/FAMMM syndroom. Seriële dermatoscopie moet worden ondersteund met total body photography/mole-mapping om de nevi in de context terug te kunnen vinden [Rice 2010²²⁰; Salerni 2011²²⁸].

Conclusies:

Er is aangetoond dat dermatoscopie de diagnostische accuratesse bij de beoordeling van gepigmenteerde laesies significant verbetert.

Niveau 1, A1: Mayer 1997¹⁷⁰, Bafouta 2001¹¹, Kittler 2002¹⁴⁴

Overwegingen:

Evenals bij de 'blote oog'-beoordeling is bij dermatoscopie de ervaring van de clinicus van doorslaggevend belang: dermatoscopie leidt in ervaren handen, dat wil zeggen artsen die hierin aantoonbaar zijn geschoold

en ervaring hebben, tot een toename van de diagnostische vaardigheid; dermatoscopie door niet-ervaren klinici leidt tot een vermindering van de klinische accuratesse [Binder 1997²⁷]. Ook is aangetoond dat bij systematische toepassing van de dermatoscopie door hierin ervaren dermatologen het aantal onnodig verwijderde benigne gepigmenteerde huidafwijkingen (dus de specificiteit van dermatoscopie) aanzienlijk kan worden verminderd [MacKie2002¹⁶¹].

Recentere publicaties bevestigen deze overwegingen, hoewel de ene auteur de nadruk legt op verbetering in sensitiviteit en de ander op verbetering van de specificiteit. Recente ontwikkelingen worden samengevat in twee reviews door autoriteiten op het gebied van de dermatoscopie [Guitera 2011¹⁰³; Braun2009³⁴]. Ter informatie: een kritische positionering van dermatoscopie is die van Lee en Hirowaka [Lee 2010¹⁵⁵].

Diagnostische excisie

Aanbevelingen:

Er wordt geadviseerd om elke chirurgisch verwijderde pigment laesie of niet zeker benigne huidtumor in te zenden voor histopathologische diagnostiek.

Er wordt geadviseerd om zoveel mogelijk pigmentlaesies die om diagnostische redenen verwijderd worden, te fotograferen en de foto beschikbaar te stellen aan de patholoog. Er wordt daarom geadviseerd om dit te faciliteren (ICT/EPD).

Literatuurbespreking:

Histologisch onderzoek

Van een aantal melanomen bestaat voorafgaand aan het histologische onderzoek in het geheel geen vermoeden dat de huidafwijking een melanoom betreft. De prevalentie van melanoom in twee gerapporteerde series van klinisch niet verdachte geëxcideerde huidlaesies betrof circa 0,5% [Izison 2002¹²⁹; Collas 1999⁵²].

Meerwaarde van fotografische documentatie (consensus based tekst)

Er zijn studies die aantonen dat fotografische documentatie van de laesie, liefst ook met dermatoscopische beelden daarbij, de diagnostiek door de patholoog substantieel verbetert [Bauer 2001²⁴; Ferrera 2009⁸⁴; Ferrera 2004⁸⁵; Ferrera 2005⁸⁶; Ferrera 2008⁸⁷; Zalaudek 2004²⁸⁹].

Bij de diagnostische benadering van een huidlaesie dient in het algemeen een excisiebiopsie te worden verricht wanneer er een verdenking is op een melanoom. Het shavebiopt wordt afgeraden, bij verdenking op melanoom, omdat dat de meting van de breslowdikte kan bemoeilijken. Bij verdenking op lentigo maligna, of op het ontstaan van invasieve groei in een lentigo maligna, kan voor een stansbiopsie worden gekozen. Histopathologisch onderzoek is noodzakelijk. Punctie voor cytologisch onderzoek en stans- en incisiebiopsieën komen in principe niet in aanmerking. Voor het verrichten van een excisiebiopsie zijn een aantal argumenten aan te voeren. In de eerste plaats is het belangrijk dat de patholoog de gehele afwijking kan beoordelen om tot een diagnose te komen. Door een incomplete primaire ingreep kan de beoordeling van een aantal prognosebepalende factoren, zoals de breslowdikte, minder betrouwbaar plaatsvinden. Bovendien kan snijden door de tumor contaminatie van het omliggende weefsel veroorzaken. Ter wille van cosmetiek of functie kan men bij een grote afwijking besluiten wel een incisiebiopsie te verrichten. Het heeft de voorkeur de wond intracutaan of met kleine steekjes te hechten, dit kan voordelen hebben bij de eventuele te volgen re-excisie. Ook is het mogelijk dat de wond wordt opengelaten tot de definitieve diagnose bekend is.

Bij de diagnostische ingreep zijn de volgende factoren van belang:

Anesthesie

Lokale infiltratieanesthesie ruim rondom de afwijking, bijvoorbeeld 'field block'. Regionale anesthesie is ook een goede keuze.

Richting van de excisie

Er dient steeds rekening te worden gehouden met het kunnen sluiten van een eventuele latere

re-excisiewond. De ellipsvormige excisiebiopsie wordt verricht in de richting van het regionale klierstation. De richting kan in sommige gevallen afwijken, bijvoorbeeld ter plaatse van de gewrichten. Voor tumoren op de extremiteiten is het wenselijk de incisie in de lengterichting van de extremiteit te laten verlopen. Op lokaties in de nabijheid van klierstations dient men te denken aan de mogelijkheid van een re-excisie met klierdissectie 'en block'. In geval van een melanoomlocalisatie in het gelaat of de gewrichten kan afgeweken worden van de lengte incisie.

Marge van de omgevende huid

De werkgroep adviseert een tumorvrije marge van 2 mm bij een excisie van een voor melanoom verdachte laesie. Het direct verrichten van een therapeutische excisie met een ruime marge wordt om twee redenen afgeraden.

De klinische diagnose melanoom wordt in ongeveer een derde van de gevallen niet bevestigd door microscopisch onderzoek. Veel afwijkingen die geen melanoom zijn, zouden dus onnodig ruim worden verwijderd.

De marge van de therapeutische excisie wordt bepaald door de breslowdikte, en deze is klinisch niet betrouwbaar te schatten.

Diepte van de excisie

De diagnostische excisie geschiedt tot in de subcutis, waarbij de onderliggende fascie of andere structuren niet onnodig *à vue* komen.

Ondermijnen

Het ondermijnen van de wondranden na een diagnostische excisie is meestal niet nodig en dient zoveel mogelijk vermeden te worden.

Conclusies:

Er zijn aanwijzingen dat de prevalentie van melanoom in klinisch niet verdachte ge-ëxcideerde huidlaesies circa 0,5% betreft.

Niveau 3, C: Izikson 2002¹²⁹; Collas 1999⁵²

Het is aannemelijk dat nauwkeurige documentatie van de klinische bevindingen, in woord en beeld, meerwaarde heeft voor de histopathologische diagnostiek van pigmentlaesies.

Niveau 2, B: Ferrera 2009⁸⁴, Bauer 2001²⁴, Zalaudek 2004²⁸⁹, Ferrera 2004⁸⁵

Behandeling gelokaliseerde ziekte

Aanbevelingen:

Therapeutische re-excisie

Er wordt geadviseerd om bij de therapeutische re-excisie van een melanoom de volgende marges normale huid rondom het litteken aan te houden:

in situ melanoom: 0,5 cm;

breslowdikte tot en met 2 mm: 1 cm;

breslowdikte meer dan 2 mm: 2 cm.

De werkgroep is van mening dat amputatie van een volledige vinger bij met name subunguale melanomen vaak niet nodig is.

Literatuurbespreking:

De definitieve behandeling van het melanoom van de huid wijkt af van die van andere huidmaligniteiten (basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom). De reden hiervoor is dat bij melanoom satellieten kunnen voorkomen die klinisch niet altijd waarneembaar zijn. Omdat deze satellieten zich in de onmiddellijke nabijheid van de primaire tumor bevinden, dient na de diagnostische excisie een therapeutische re-excisie (= definitieve excisie) te worden uitgevoerd met als doel eventueel aanwezige satellieten te verwijderen. De kans op (micro-) satellieten is groter naarmate de breslowdikte toeneemt [Day 1981⁶³; Kelly 1984¹³⁸].

Anesthesie

De therapeutische re-excisie kan, evenals de diagnostische excisie, veelal plaatsvinden met gebruikmaking van lokale infiltratie-anesthesie: bijvoorbeeld een 'field block'. Narcose en klinische opname vinden meestal plaats wanneer het defect na re-excisie naar verwachting niet primair kan worden gesloten.

Marge van de omgevende huid

Voor in situ melanomen zijn geen vergelijkende onderzoeken voorhanden. Meestal wordt therapeutische re-excisie met een marge van 0,5 cm normale huid rondom de laesie of de wond van de diagnostische excisie geadviseerd [NIH Consensus Conference, 1992¹⁸⁹], dit om er zeker van te zijn dat de eventueel aanwezige lentiginieuze component radicaal wordt verwijderd. De werkgroep adviseert de re-excisie uit te voeren met medenemen van enige subcutis.

Voor infiltrerende melanomen hangt de keuze van de marge af van de dikte van de tumor (gemeten in millimeters volgens Breslow). Voor melanomen tot en met een dikte van 4 mm verschaffen zes prospectieve gerandomiseerde onderzoeken gegevens [Veronesi 1991²⁷⁰; Khayat 2003¹³⁹; Cohn-Cedermark 2000⁵¹; Balch 2001¹⁴; Thomas 2002²⁵⁷; Gillgren 2011⁹⁹]. In een onderzoek onder auspiciën van het WHO Melanoma Programme werden patiënten met een melanoom van maximaal 2 mm dikte gerandomiseerd tussen twee behandelingsmogelijkheden: re-excisie met een marge van 1 cm of minimaal 3 cm [Veronesi 1991²⁷⁰]. De conclusies van dit onderzoek zijn dat het ziektevrije interval en de overleving in beide groepen niet significant verschillen. Lokale recidivering werd iets vaker gezien in de groep die een krappe excisie onderging. Patiënten met dezelfde breslowdikte werden ook bestudeerd in een Frans onderzoek [Khayat 2003¹³⁹], waarbij randomisatie plaatsvond tussen re-excisie met een marge van 2 cm en 5 cm. Ook hier werd tussen beide groepen geen significant verschil gevonden wat betreft overleving en ook niet wat betreft lokale recidivering. In een derde onderzoek, dat in Zweden werd uitgevoerd, werden patiënten met een melanoom dikker dan 0,8 mm en maximaal 2 mm gerandomiseerd tussen re-excisie met een marge van 2 cm en een marge van 5 cm [Cohn-Cedermark 2000]. Er waren geen verschillen tussen beide groepen in overleving, optreden van lokale recidieven en in-transitmetastasen. In een vierde onderzoek, dat voornamelijk in de Verenigde Staten plaatsvond, werden patiënten met melanomen van 1 mm tot en met 4 mm dikte gerandomiseerd tussen re-excisie met een marge van 2 cm of 4 cm rondom de wond van de diagnostische excisie [Balch 2001¹⁴]. Wederom werd er geen verschil gevonden in overleving en lokale recidivering. Een vijfde onderzoek werd in Groot-Brittannië uitgevoerd [Thomas 2002²⁵⁷]. In dit onderzoek vond bij patiënten met een melanoom van 2 mm of dikker randomisatie plaats tussen excisie met een marge van 1 cm en met een marge 3 cm. Bij patiënten die een krappe excisie ondergingen traden meer locoregionale recidieven, vooral lymfekliermetastasen, op. Er was echter geen overlevingsverschil tussen beide groepen. Ook meta-analysen toonden geen statistisch significant overlevingsvoordeel van ruime re-excisie ten opzichte van krappere re-excisie [Lens 2002¹⁵⁸; Haigh 2003¹⁰⁸]. Er lijkt op basis van de onderzochte RCT's (5, met een totaal van 1633 patiënten in de kleine marge (1-2 cm) en 1664 in de ruime marge (3-5 cm) een (niet significante) betere uitkomst bij de ruimere marges [Sladden 2009²⁴⁴].

Bij melanomen dikker dan 4 mm volgens Breslow is vaak sprake van hematogene disseminatie en wordt de prognose veel meer hierdoor bepaald dan door de kans op een lokaal recidief. Om onnodige mutilatie te voorkomen lijkt een marge van 2 cm adequaat voor deze patiënten [Heaton 1998¹¹⁴; Ng 2001].

Diepte van de excisie

Er zijn in de literatuur geen duidelijke gegevens beschikbaar die aangeven tot hoe diep de excisie moet plaatsvinden. De werkgroep adviseert de therapeutische re-excisie tot aan de onderliggende fascie te verrichten. Tevens is het advies de fascie te excideren wanneer de subcutis dun is. Ook indien bij de diagnostische excisie de fascie à vue is geweest, is het advies deze te verwijderen.

Sluiten of bedekken van het defect

Vanuit cosmetisch en functioneel oogpunt verdient primair sluiten van het defect de voorkeur. Meestal is dit mogelijk. Zo nodig wordt de huid over enige afstand ondermijnd om dit te bewerkstelligen. Indien primaire sluiting niet mogelijk is, kan gebruik worden gemaakt van een vrij huidtransplantaat of van een lokale weefselverplaatsing om het defect te bedekken. In het bijzonder op cosmetisch of functioneel belangrijke plaatsen is een lokale weefselverplaatsing soms een optie.

Over de keuze tussen een ipsilaterale of een contralaterale donorplaats voor een vrij huidtransplantaat bij een patiënt met een melanoom op een extremiteit is geen op onderzoekresultaten gebaseerd advies mogelijk.

Conclusies:

De werkgroep is van mening dat voor een in situ melanoom bij de therapeutische re-excisie een marge van 0,5 cm adequaat is.

[Niveau 4](#), D: NIH Consensus Conference 1992¹⁸⁸

Het is aangetoond dat voor melanomen met een breslowdikte tot en met 2 mm therapeutische re-excisie met ruime marges van 3-5 cm geen betere overleving geeft dan re-excisie met krappe marges van 1 of 2 cm.

[Niveau 1](#), A1: Lens 2002¹⁵⁹; Haigh 2003¹⁰⁸

Er zijn aanwijzingen dat voor melanomen met een breslowdikte van meer dan 2 mm en maximaal 4 mm therapeutische re-excisie met een marge van 4 cm geen betere overleving geeft dan re-excisie met een marge van 2 cm.

[Niveau 3](#), A2 Balch 2001¹⁴

Er zijn aanwijzingen dat voor een melanoom met een breslowdikte van meer dan 4 mm een marge van 2 cm adequaat is.

[Niveau 3](#), C: Heaton 1998¹¹⁴; Ng 2001

De werkgroep is van mening dat er geen optimale excisiemarge aangegeven kan worden.

[Niveau 4](#), D: Sladden 2009²⁴⁴

Overwegingen:

De werkgroep is van mening dat krappere marges dan in de aanbeveling weergegeven, overwogen moeten worden wanneer het excisie betreft van melanomen die gelokaliseerd zijn op cosmetisch of functioneel belangrijke plaatsen. Voor melanomen gelokaliseerd op vingers of tenen is echter nogal eens amputatie nodig. Amputatie van een vinger hoeft echter vaak niet volledig te zijn, met name niet bij subunguale melanomen.

Schildwachtklierprocedure

Aanbevelingen:

Uitgangsvraag

Wat is het effect van de schildwachtklierprocedure, indien positief gevolgd door een onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie, bij patiënten met nieuw gediagnosticeerd melanoom?

Aanbeveling

1. Re-excisie plus schildwachtklierprocedure versus re-excisie alleen

Verricht een schildwachtklierprocedure bij patiënten met een melanoom van pT1b (TNM 8) en hoger om patiënten optimaal te stadiëren en te informeren over de prognose, alsmede te bepalen of zij in aanmerking komen voor adjuvante therapie.

Verricht geen schildwachtklierprocedure bij patiënten met een pT1a (TNM 8) melanoom.

2. Lymfeklierdissectie versus nodale observatie bij positieve schildwachtklier-procedure

Controleer de aangedane klierstation(s) van patiënten met een positieve schildwachtklier periodiek met echografie volgens onderstaand schema:

- Elke vier maanden in de eerste twee jaar.
- Elke zes maanden in jaar 3 tot 5 jaar.
- Vanaf 5 jaar jaarlijks tot 10 jaar na vaststellen ziekte.

Conform Faries (2017).

Verricht geen onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie bij patiënten met een positieve schildwachtklier.

Verricht een therapeutische klierdissectie bij een radiologisch (echografisch, CT, PET/CT en/of MRI) of palpabel (macroscopisch) recidief.

Literatuurbespreking:

1. Re-excisie plus schildwachtklierprocedure versus re-excisie alleen

De schildwachtklierprocedure vergroot de nauwkeurigheid van stadiëren (Essner, 1999; Dessureault, 2001). Recentere onderzoeken hebben duidelijk gemaakt dat de tumorstatus van de schildwachtklier een belangrijke prognostische factor is bij patiënten met melanoom die zich presenteren zonder klinisch evidente metastasen (Gershenwald, 1999; Morton, 2006; Vuylsteke, 2003; Estourgie, 2003; Nowecki, 2006; Cascinelli, 2006; van Akkooi, 2006; Wagner, 2000; van der Ploeg, 2010; Speijers, 2015). Nederlandse onderzoeken, uitgevoerd voor de invoering van effectieve systemische therapie (adjuvant en palliatief), wezen uit dat de overleving na vijf jaar ongeveer 90% bedraagt indien de schildwachtklier tumorvrij is en ongeveer 65% indien er sprake is van metastasering (Vuylsteke, 2003; Estourgie, 2003; van Akkooi, 2006; van der Ploeg, 2010).

Er wordt aangenomen dat door middel van de schildwachtklierprocedure vroeg behandelde micrometastasen een potentiële overlevingswinst kunnen geven in vergelijking met het verrichten van een lymfeklierdissectie na nodale observatie. In de Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial I (MSLT-I) is getracht om hier antwoord op te geven (Morton, 2006). Morton (2006) beschrijft een RCT waarin ruime excisie alleen werd vergeleken met ruime excisie in combinatie met een schildwachtklierprocedure. Deze schildwachtklierprocedure werd direct gevolgd door een lymfeklierdissectie als micrometastasering werd aangetroffen, terwijl in de observatiearm een lymfeklierdissectie werd verricht als zich een regionaal lymfeklierrecidief voordeed. Patiënten met een melanoom dikker dan 1 mm werden geïnccludeerd in deze studie. In totaal werden 1269 patiënten beschreven met een primair melanoom van 1,2 tot 3,5 mm. De primaire uitkomstmaten van de MSLT-I waren de melanoomspecifieke 5- en 10-jaars overleving. Secundaire uitkomstmaten waren de ziektevrije 5- en 10-jaars overleving; gedefinieerd als overleving zonder recidief (op welke plaats dan ook).

2. Lymfeklierdissectie versus nodale observatie bij positieve schildwachtklier-procedure

De literatuur zoekactie levert twee relevante RCT's op naar de meerwaarde van lymfeklierdissectie in de behandeling van patiënten met een nieuw gediagnosticeerd melanoom en positieve schildwachtklierprocedure. (Faries, 2017; Leiter, 2016). Het betreffen fase 3 klinische trials met een hoge kwaliteit (laag risico op bias). Beide studies hanteerden stringente inclusiecriteria en includeerden patiënten met een positieve schildwachtklier. Patiënten werden gerandomiseerd verdeeld. Patiënten in de interventiegroep werden behandeld met een completerende lymfeklierdissectie en patiënten in de controlegroep werden geobserveerd met echografie van het lymfeklierstation. Gezien de aard van de interventie (completerende klierdissectie of observatie) is het niet mogelijk om de interventie te blinderen. Omdat de controle interventie verschilt tussen beide studies en verschillende analyses worden uitgevoerd, is het niet mogelijk om de resultaten van beide studies te poolen. De studies worden hieronder afzonderlijk beschreven.

Faries (2017) verrichtte een onderzoek naar de effecten van completerende lymfeklierdissectie bij patiënten na een positieve schildwachtklierprocedure (MSLT-II). Patiënten die in aanmerking kwamen voor deelname hadden een leeftijd van 18 tot 75 jaar, een gelokaliseerd cutaan melanoom, een Eastern Cooperative Oncology Group performance status van 0 of 1 (aangeven op een 5-puntsschaal met 0 als geen disability en 5 als zeer ernstige disability), een non-melanoom levensverwachting van ≥ 10 jaar en een positieve schildwachtklier. Er werd een blokrandomisatie aangehouden met stratificatie voor breslowdikte, ulceratie, methode van metastasedetectie en onderzoekscentrum. Patiënten in de interventiegroep werden behandeld met een completerende lymfeklierdissectie en patiënten in de controlegroep werden geobserveerd met echografie van het lymfeklierstation. Patiënten die waren toegewezen aan de observatiegroep werden gecontroleerd door middel van klinisch onderzoek en echografie van het lymfeklierstation elke 4 maanden tijdens de eerste 2 jaar, elke 6 maanden gedurende de jaren 3 tot en met 5 en daarna jaarlijks. Patiënten in de interventiegroep hadden hetzelfde follow-up schema maar werden niet beoordeeld met echografie. Het onderzoek van Faries (2017) heeft een behoorlijke omvang, met 971 patiënten gerandomiseerd in de experimentele groep (lymfeklierdissectie) en 968 patiënten in de controlegroep (observatie). De studie is van redelijke kwaliteit (zie risk of bias tabel). De primaire uitkomstmaat in de studie van Faries (2017) is melanoomspecifieke overleving. Secundaire uitkomstmaten waren algehele overleving, ziektevrije overleving, overleving zonder terugkeer van regionale

kliermetastasen en afstandmetastase-vrije overleving. Aanvangstijd van de studie was het moment van randomisatie. Melanoomspecifieke overleving was gedefinieerd als tijd tot melanoomgerelateerd overlijden. Ziektevrije overleving was de tijd tot het moment van terugkeer van de ziekte. Overleving zonder klierrecidief was de tijd tot recidief binnen het gedraineerde klierstation.

De studie van Leiter (2016) onderzoekt de waarde van completerende klierdissectie in de behandeling van patiënten na een positieve schildwachtklierprocedure (DeCOG-SLT). Leiter (2016) beschrijft een gerandomiseerde fase III klinische trial waarin de overleving wordt onderzocht bij patiënten die wel of geen completerende lymfeklierdissectie hebben gehad na een positieve schildwachtklierprocedure. Patiënten die in aanmerking kwamen voor deelname hadden een leeftijd van 18 tot 75 jaar, een tumordikte van tenminste 1 mm met micrometastasen in de schildwachtklier (tenminste single-cells of grotere micrometastasen). Patiënten met een melanoom in het hoofd-halsgebied, satellietose, in-transit, of afstandmetastasen, of met betrokkenheid van de volledige lymfeklier met capsulaire perforatie (regionale macrometastasen) werden uitgesloten. Het randomisatieschema is opgemaakt door een computer en er werd gestratificeerd voor de dikte van de tumor (≤ 2 mm versus > 2 mm), ulceratie van de primaire tumor en beoogde adjuvante interferontherapie. De studie heeft een behoorlijke omvang, met 242 patiënten in de experimentele (lymfeklierdissectie) en 241 in de controlegroep (observatie). Deze RCT is van overwegend redelijke kwaliteit (zie risk of bias tabel). De primaire uitkomstmaat was afstandmetastase-vrije overleving (gedefinieerd als tijd vanaf het moment van randomisatie tot het moment van diagnose van eerste afstandmetastase). Secundaire uitkomstmaten waren ziektevrije overleving (gedefinieerd als tijd vanaf het moment van randomisatie tot het moment van terugkeer van de ziekte), algehele overleving (gedefinieerd als tijd vanaf het moment van randomisatie tot het moment van overlijden), terugkeer van regionale lymfekliermetastasen, en complicaties door complete lymfeklierdissectie in de experimentele groep.

Resultaten

1. Re-excisie plus schildwachtklierprocedure versus re-excisie alleen

1.1 Melanoomspecifieke overleving (5 jaar)

De melanoomspecifieke overleving was op 5 jaar 87% (SD= 1,3; 95%BI= (85,8 tot 88,4) in de groep re-excisie plus schildwachtklierprocedure en 87% (SD= 1,2; 95%BI= (85,0 tot 88,2) in de groep met alleen re-excisie. Er was geen statistisch significant verschil in 5-jaars melanoomvrije overleving tussen beide groepen (HR= 0,95; 95%BI= (0,67 tot 1,25); p= 0,58) (Morton, 2006).

1.2 Melanoomspecifieke overleving (10 jaar)

De melanoomspecifieke overleving was op 10 jaar 81% (SD= 1,5) in de groep re-excisie plus schildwachtklierprocedure en 78% (SD= 2,0) in de groep met alleen re-excisie. Er was geen statistisch significant verschil in 10-jaars melanoomspecifieke overleving tussen beide groepen (HR= 0,84; 95%BI= (0,64 tot 1,09); p= 0,18) (Morton, 2014).

1.3 Ziektevrije overleving (5 jaar)

De ziektevrije overleving, gedefinieerd als overleving zonder recidief, was op 5 jaar 78% (SD= 1,6; 95%BI= (76,7 tot 79,9) in de groep re-excisie plus schildwachtklier-procedure en 73% (SD= 2,1; 95%BI= (71,0 tot 75,2) in de groep met alleen re-excisie. Er was een statistisch significant voordeel in 5-jaars ziektevrije overleving voor de groep re-excisie plus schildwachtklierprocedure in vergelijking met de controlegroep (HR= 0,74; 95%BI= (0,59 tot 0,93); p= 0,009) (Morton, 2006).

1.4 Ziektevrije overleving (10 jaar)

De ziektevrije overleving, gedefinieerd als overleving zonder recidief, was op 10 jaar 71% (SD= 1,8) in de groep met schildwachtklierprocedure en 65% (SD= 2,3) in de observatiegroep. Er was een statistisch significant voordeel in 10-jaars ziektevrije overleving voor de groep re-excisie plus schildwachtklierprocedure in vergelijking met de controlegroep (HR= 0,76; 95%BI= (0,62 tot 0,94); p= 0,01) (Morton, 2014).

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht (GRADE-methodiek) is bepaald per uitkomstmaat en in onderstaande tabel schematisch weergegeven.

Tabel 1. Gradering van bewijskracht per uitkomstmaat (GRADE-pro).

Vraagstelling: Schildwachtklierprocedure + re-excisie compared to re-excisie alleen in patienten met een nieuw gediagnosticeerd melanoom

Literatuur: Morton (2006) en Morton (2014)

Certainty assessment							Aantal patiënten
Aantal studies	Studieopzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere factoren	schildwachtklieproce + re-excisie
Melanoom-specifieke overleving op 5 jaar							
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	96/769 (12.5%)
Melanoom-specifieke overleving op 10 jaar							
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	125/770 (16.2%)
Ziektevrije overleving op 5 jaar							
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	159/769 (20.7%)
Ziektevrije overleving op 10 jaar							
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	199/770 (25.8%)

CI: Confidence interval; **HR:** Hazard Ratio

Explanations a. 95%BI overschrijdt default grens voor klinische relevantie (/ studie voldoet niet aan optimal information size).

2. Lymfeklierdissectie versus nodale observatie bij positieve schildwachtklieprocedu

2.1 Melanoomspecifieke overleving (3 jaar)

De melanoomspecifieke overleving op 3 jaar was 86% (SD 1,3) in de lymfeklierdissectie groep en 86% (SD 1,2) in de observatie groep. Er is geen statistisch significant verschil in 3-jaars melanoomspecifieke overleving tussen de observatiegroep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 1,08; 95%BI= (0,88 tot 1,34); p= 0,42) (Farries, 2017). In de studie van Leiter (2016) was de melanoomspecifieke overleving na 3 jaar 81,2% (n= 40 events; 90%BI= (76,1 tot 86,3)) in de lymfeklierdissectie groep en 81,7% (n= 44 events; 90%BI= (76,8 tot 86,6)) in de observatie groep. Ook in deze studie was er geen statistisch significant verschil in melanoomspecifieke overleving na drie jaar tussen de observatie groep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 0,96; 90%BI= (0,67 tot 1,38); p= 0,87). De gepoolde HR voor totale 3-jaars melanoomspecifieke overleving laat geen statistisch significant verschil zien tussen beide groepen (HR=1,01; 95%BI= (0,77 tot 1,33); p=0,96) (Figuur 1).

Figuur 1. Gepoolde Hazard Ratio (HR) voor melanoomspecifieke overleving na 3-jaar tussen de klierdissectie-groep en observatiegroep.

Study or Subgroup	log[Hazard Ratio]	SE	Klierdissectie		Observatie		Hazard Ratio IV, Random, 90% CI	Heterogeneity: Tau ² = 0.00; Chi ² = 0.12, df = 1 (P = 0.73); I ² = 0% Test for overall effect: Z = 0.06 (P = 0.96)
			Total	Total	Total	Total		
Farries, 2017	0.07696	0.256	931	824	42.5%	1.08 [0.71, 1.65]		
Leiter, 2016	-0.04082	0.22	240	233	57.5%	0.96 [0.67, 1.38]		
Total (90% CI)			1171	1057	100.0%	1.01 [0.77, 1.33]		

0.01 0.1
Favours [Klierdissectie]

2.2 Afstandmetastase-vrije overleving (3 jaar)

De intention-to-treat analyse van Leiter (2016) laat zien dat de 3-jaars afstandmetastase-vrije overleving 77,0% (n= 55 events; 90%BI= (71,9 tot 82,1)) is in de patiënten die zijn geobserveerd en 74,9% (n= 54 events; 90%BI= (69,5 tot 80,3)) in de patiënten met een complete lymfeklierdissectie. Er is geen statistisch significant verschil in 3-jaars afstandmetastase-vrije overleving tussen de observatie groep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 1,03; 90%BI= (0,71 tot 1,50); p= 0,87). De per-protocol analyse liet dezelfde resultaten zien; afstandmetastase-vrije overleving was 78% in de observationele groep (90%BI= (68,8 tot 81,4)) en 75% (90%BI= (68,8 tot 81,1)) in de complete lymfeklierdissectie groep, statistisch geen significant verschil tussen beide groepen (HR= 1,02; 90%BI= (0,72 tot 1,45); p= 0,92).

2.3 Ziektevrije overleving (3 jaar)

De 3-jaar ziektevrije overleving was 67,4% (n= 73 events; 90%BI= (61,6 tot 73,2)) in de observatie groep en 66,8% (n= 67 events; 90%BI= (60,9 tot 72,2)) in de complete lymfeklierdissectie groep. Er is geen statistisch significant verschil in 3-jaars ziektevrije overleving tussen de observatie groep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 0,95; 90%BI= (0,72 tot 1,25); p= 0,75).

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht (GRADE-methodiek) is bepaald per uitkomstmaat en in onderstaande tabel schematisch weergegeven.

Tabel 2. Gradering van bewijskracht per uitkomstmaat: complete lymfeklierdissectie versus nodale observatie (GRADE-pro).

Vraagstelling: Complete lymph-node dissection compared to observation in the treatment of patients with sentinel-node positive metastases

Literatuur: Farries (2017); Leiter (2016)

Certainty assessment							Aantal patiënten	
Aantal studies	Studieopzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere factoren	complete lymph-node dissection	observatie
Melanoma-specific free survival (follow up: 3 jaar)								
2	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig ^a	niet gevonden	203/1211 (16.8%)	209/1201 (17.4%)
Distant-metastasis free survival (follow up: 3 jaar)								
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	54/241 (22.4%)	55/241 (22.8%)
Overall survival (follow up: 3 jaar)								
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	40/242 (16.5%)	44/241 (18.3%)

Recurrence free survival (follow up: 3 jaar)								
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	67/242 (27.7%)	73/241 (30.3%)

CI: Confidence interval; HR: Hazard Ratio Explanations a. 95%BI overschrijdt default grens voor klinische relevantie (/ studie voldoet niet aan optimal information size).

Conclusies:

1. Re-excisie plus schildwachtklierprocedure versus re-excisie alleen

Geen GRADE	Het is aangetoond dat patiënten met metastasen in de schildwachtklier(en) een slechtere prognose hebben dan patiënten bij wie geen metastasen worden aangetroffen. <i>Bronnen (Gershenwald, 1999; van Akkooi, 2006; Nowecki, 2006; Cascinelli, 2006; Morton, 2006; van der Ploeg, 2010)</i>
-------------------	--

Redelijk GRADE	Het uitvoeren van re-excisie plus schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 5-jaars melanoomspecifieke overleving ten opzichte van re-excisie alleen. ^[1] <i>Bronnen (Morton, 2006)</i>
-----------------------	--

Redelijk GRADE	Het uitvoeren van re-excisie plus schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 10-jaars melanoomspecifieke overleving ten opzichte van re-excisie alleen. ⁶ <i>Bronnen (Morton, 2014)</i>
-----------------------	---

2. Lymfeklierdissectie versus nodale observatie bij positieve schildwachtklier-procedure

Hoog GRADE	Nodale observatie na een positieve schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 3-jaars melanoom-vrije overleving ten opzichte van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie. <i>Bronnen (Faries, 2017; Leiter, 2016)</i>
-------------------	--

Redelijk GRADE	Nodale observatie na een positieve schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 3-jaars afstandmetastase-vrije overleving ten opzichte van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie. <i>Bronnen (Leiter, 2016)</i>
-----------------------	--

Redelijk GRADE	Nodale observatie na een positieve schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 3-jaars ziektevrije overleving ten opzichte van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie. <i>Bronnen (Leiter, 2016)</i>
-----------------------	---

[1] Conclusie gebaseerd op data verzameld voor de invoering van effectieve systemische therapie.

Overwegingen:

Het is aangetoond dat patiënten met metastasen in de schildwachtklier(en) een slechtere prognose hebben dan patiënten bij wie geen metastasen worden aangetroffen. De schildwachtklierprocedure is zeer geschikt voor patiënten die zo goed mogelijk geïnformeerd willen zijn over hun prognose en dit leidt tot een juiste AJCC stadiëring. Het verrichten van een schildwachtklierprocedure is een stadiërende en geen therapeutische ingreep. Het belang van de schildwachtklierprocedure voor stadiëring is groot en in het huidige stadiëringssysteem is hiermee rekening gehouden (zie AJCC referentie)

(<https://cancerstaging.org/references-tools/quickreferences/Documents/MelanomaSmall.pdf>)

De ziektevrije 5-jaars overleving werd in de MSLT gedefinieerd als overleving zonder recidief, op welke plaats dan ook. Gespecificeerde ziektevrije overleving toonde dat het verschil alleen zichtbaar was in het percentage regionale lymfeklier recidieven (4,9% versus 14,6%), maar dat er geen verschillen waren in lokale / in-transit recidieven (7% versus 6,4%) en afstandsmetastasen (13,9% versus 11,2%) (Morton, 2014; van Akkooi, 2014). De manier van definiëren van ziektevrije overleving is ook uitgebreid bekritiseerd in de literatuur; omdat met de interventie zelf de belangrijkste plaats van recidief verwijderd is en dit mogelijk performance bias introduceert. Een klierrecidief zou geëxcludeerd moeten worden uit de definitie van recidief of de uitkomst zou een recidief op afstand moeten zijn (Thomas, 2009).

In een subgroep analyse werd een betere 5-jaars melanoomspecifieke overleving gevonden voor patiënten met een positieve schildwachtklier, in vergelijking met patiënten die na observatie een lymfeklierrecidief kregen (72,3% (95%BI 67,7 tot 76,9%) versus 52,4% (95%BI 46,5 tot 58,3%)) (Morton, 2006). Idem voor de 10-jaars melanoomspecifieke overleving met 62,1% (+/- 4,8%) versus 41,5% (+/- 5,6%) (Morton, 2014). Dit grote verschil in overleving is onverwacht, aangezien er in de totale studiepopulatie geen verschil in overleving werd gevonden. Er zijn een aantal potentiële oorzaken die dit kunnen verklaren. Bijvoorbeeld dat de fout-negatieve patiënten in de subgroep analyse niet meegerekend zijn. Evenals dat patiënten met benigne nevi in de schildwachtklier foutief als schildwachtklier positief zijn aangemerkt. Of dat er patiënten met sub-micrometastasen (≤ 0.1 mm) gevonden zijn, die nooit de potentie hadden om uit te groeien tot klinisch relevante metastasen (van Akkooi, 2014). Deze aspecten kunnen een subgroep analyse beïnvloeden, waardoor er een vertekening in overleving ten gunste van de patiënten met een positieve schildwachtklier kan ontstaan.

Vier andere studies vergeleken patiënten behandeld vóór introductie van de schildwachtklierprocedure, met patiënten die werden behandeld na de introductie van de schildwachtklierprocedure als standaardbehandeling in een bepaald instituut (Starz, 2004; Gutzmer, 2005; Koskivuo, 2007; Leiter, 2010). Eén studie vergeleek een cohort patiënten met schildwachtklierprocedure met een cohort patiënten zonder schildwachtklierprocedure, waarbij de helft van de patiënten deelnam aan de MSLT (van Poll, 2005). In drie studies werd geen verschil gevonden in melanoomspecifieke overleving (Gutzmer, 2005; Koskivuo, 2007; Leiter, 2010). Eén studie vond geen verschil in algemene overleving, wanneer werd gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, plaats van de tumor en dikte van de tumor (Starz, 2004). Wat betreft recidieven was er in geen van de studies een verschil tussen de behandelgroepen wat betreft lokale of in-transit recidieven, maar werden er uiteraard in alle studies vaker lymfekliermetastasen gevonden in de groep die geen schildwachtklierprocedure onderging (Gutzmer, 2005; van Poll, 2005; Koskivuo, 2007; Leiter, 2010). Drie studies vonden geen verschil in metastasen op afstand (Gutzmer, 2005; Koskivuo, 2007; Leiter 2010). Eén studie vond wel een verschil in metastasen op afstand, met minder metastasen in de schildwachtklierprocedure groep, wanneer werd gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, plaats van de tumor en dikte van de tumor (Starz, 2004). In deze studie was er echter een groot verschil in follow-up: een mediane follow-up van 45,5 maanden in de schildwachtklierprocedure groep versus 95 maanden in de standaard behandelde groep. Een verschil in follow-up bevoordeelde steeds de schildwachtklierprocedure groep en zou het verschil in metastasen op afstand, gevonden in deze studie, kunnen verklaren.

In verschillende studies is aangetoond dat patiënten met zeer minimale metastasering of kleine subcapsulair gelokaliseerde kleine metastasen een zeer geringe kans hebben op additionele kliermetastasen in niet-schildwachtklieren. Vooral bij patiënten met dergelijke losse tumorcellen of zeer kleine micrometastasen lijkt een aanvullende klierdissectie geen voordelen op te leveren. De overleving van dergelijke patiënten is gelijk aan patiënten met tumor-vrije schildwachtklieren in vergelijking met historische controlegroepen (van Akkooi, 2006; de Wilt, 2008; van der Ploeg, 2011). In de EORTC-1208 (Minitub) registry worden de uitkomsten van patiënten met dergelijke minimale schildwachtklier uitzaaiingen geregistreerd. Het zal nog een aantal jaren duren voordat duidelijk wordt wat het lokaal recidief percentage is in deze groep patiënten.

De studies van Faries (2017) als Leiter (2016) zijn beiden van hoge kwaliteit en presenteren vergelijkbare resultaten. Hierdoor is het zeer aannemelijk dat de resultaten betrouwbaar zijn. Hoewel er nog geen 5- en 10-jaars resultaten bekend zijn, geven beide studies geen enkel teken van een mogelijk therapeutisch voordeel van onmiddellijke completerende (aanvullende) klierdissecties. Mogelijk is er wel een bias in beide publicaties naar kleinere metastasen in de schildwachtklieren. Echter, uit Faries (2017) lijken juist de patiënten met grotere metastasen in de schildwachtklieren juist geen baat te hebben bij onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissecties.

Morbiditeit van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissecties kan aanzienlijk zijn (Reintgen, 1994; Hughes, 2000; McMasters, 2002; Carlson, 2003; Starritt, 2004; de Vries, 2006; Van Akkooi, 2006; Morton, 2006; Van Akkooi, 2007; Bilimoria, 2008; Torjesen, 2013; Thomas, 2013). Hoewel een onmiddellijke completerende (aanvullende) klierdissectie mogelijk additionele informatie geeft over het ziektestadium, weegt dit niet op tegen de morbiditeit van de procedure. De MSLT-2 studie toont aan dat 24,1% van de patiënten in de klierdissectie groep lymfoedeem had terwijl dit maar 6,3% van de patiënten voorkwam in de nodale observatiegroep ($p < 0,001$) (Faries, 2017). Ook het feit dat een onmiddellijke completerende (aanvullende) klierdissectie minder regionale recidieven geeft, weegt niet op tegen de potentiële morbiditeit.

Periodieke controles van de aangedane klierstation(s) middels echografie zijn wenselijk bij patiënten met een positieve schildwachtklierprocedure. In de studie van Faries (2017) werden patiënten in de nodale observatie groep gemonitord middels het volgende schema: klinisch onderzoek vond elke vier maanden plaats in de eerste twee jaar na het vaststellen van de diagnose, elke zes maanden tussen het derde en het vijfde jaar en daarna jaarlijks.

Ondanks het ontbreken van een therapeutisch effect van de schildwachtklier procedure en/of onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie, is wel gebleken dat het vooralsnog de beste methode is om de prognose van stadium I/II melanoom patiënten te bepalen. Hiermee worden patiënten potentieel als stadium III herkend. De schildwachtklierprocedure is gebruikt voor het selecteren van patiënten voor adjuvante therapie studies. Nu deze adjuvante therapie ook een aangetoond effect op de ziektevrije overleving heeft, is het verrichten van een schildwachtklierprocedure van belang om patiënten optimaal te stadiëren en te informeren of de prognose, alsmede te bepalen of zij in aanmerking komen voor adjuvante therapie. Indien patiënten geen informatie wensen of de prognose of, vanwege bijvoorbeeld comorbiditeit, niet in aanmerking komen voor adjuvante therapie, kan hiervan worden afgezien.

Therapie van lentigo maligna

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat excisie de eerste keus therapie is bij lentigo maligna.

Literatuurbespreking:

LMM (lentigo maligna melanoma) wordt qua diagnostiek en behandeling volledig gelijkgesteld aan melanoom.

LM komt voornamelijk bij Caucasische ouderen in chronisch zonbeschadigde huid voor, met name in het hoofdhalshoofd gebied. Het levenslange risico op progressie tot melanoom is niet precies bekend, maar wordt door Weinstock en Sober gerapporteerd als minder dan 5% life-time risico [Weinstock 1987²⁸⁰]. Men kan excisie met een marge van 5 mm als eerste keus therapie zien bij LM omdat het weefsel dan in z'n geheel kan worden onderzocht op (micro) invasieve groei en omdat de kans op lokaal recidief, met in het verlengde daarvan de kans op lentigo maligna melanoom, geringer is [Clark 2008⁴⁶; Veronesi 1991²⁷⁰]. Uiteraard zijn functionele, cosmetische en chirurgisch technische overweging ook van belang bij het bepalen van de marge.

Mohs-chirurgie

In een kleine vergelijkende retrospectieve studie werd aangetoond dat klassieke Mohs-chirurgie (met vriescoupes) tot meer recidieven leidde dan micrografische chirurgie met behulp van formale coupes (in 2 of meer tempi). [Walling 2007²⁷⁹]

Conclusies:

De werkgroep is van mening dat bij de behandeling van lentigo maligna volledige excisie de eerste keus is. [Niveau 4](#), D: Mening van deskundigen

Klassieke Mohs micrografische chirurgie (MMS) met vriescouples is geen behandeling voor het lentigo maligna en lentigo maligna melanoom. Een excisie in twee tempi (micrografische chirurgie met formaline onderzoek) kan wel worden toegepast.

[Niveau 3](#), B: Walling 2007²⁷⁹

Overwegingen:

In bepaalde klinische omstandigheden (bijvoorbeeld oudere patiënten, mutilerende ingreep) kan voor een alternatieve therapie zoals radiotherapie, of enkel observatie worden gekozen [Schmid-Wendtner 2000]. In de literatuur is weinig bewijsvoering dat cryotherapie een effectieve behandeling is. Er zijn incidentele meldingen van goede resultaten met topicale behandeling met imiquimod, maar ook deze therapie is niet in gerandomiseerde studies onderzocht [Rajpar 2006²¹³].

Recidievorming na operatie treedt bij ongeveer 5% van de patiënten op. Van micrografische chirurgie (chirurgie met volledige margecontrole) zijn nog lagere recidiefpercentages beschreven [Moehrle 2006¹⁷⁶].

In opzet curatieve radiotherapie

Aanbevelingen:

Er wordt geadviseerd dat bij radiotherapie met een curatieve intentie een dosis wordt gegeven die equivalent is aan >70 Gy in 7 weken (of in dagfracties van 2 Gy).

Literatuurbespreking:

Sinds de opkomst van de anesthesie geniet chirurgie bij de curatieve behandeling de voorkeur. Het melanoom werd lang als een radioresistente tumor beschouwd. Recentere studies laten zien dat deze opvatting achterhaald is: het melanoom is wel gevoelig voor bestraling, maar een hoge totale dosis (tussen 70-80 Gy) is nodig voor definitieve tumorcontrole.

Curatieve bestraling komt in aanmerking bij patiënten met een primair melanoom of een lentigo maligna (Dubreuilh) bij wie curatieve resectie niet mogelijk of niet wenselijk wordt geacht of wanneer de patiënt een chirurgische ingreep weigert. Ook patiënten met tumorpositieve lymfeklieren, indien chirurgie niet mogelijk is of geweigerd wordt, komen hiervoor in aanmerking.

Hoewel er biologische data zijn die duidelijk maken dat het melanoom relatief gevoeliger is voor een hoge dosis per fractie, toonde een klinische Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) studie, waarbij een schema van 4 x 8 Gy vergeleken werd met 20 x 2.4 Gy, geen verschil aan in overall response rate, wat overeenkomt met een lage intrinsieke stralengevoeligheid (/ = + 8 Gy) [Overgaard 1985¹⁹³]. Deze studie werd voortijdig gesloten omdat de lokale controle van 60% slechter was dan de 90% die gezien werd in een voorgaande studie waarbij 3 x 9 Gy en 5 x 8 Gy werd gebruikt. Ook een kleine retrospectieve studie liet geen effect van een hoge dagfractie gezien [Chang 2006⁴⁰]. Verhoging van de totale dosis van 3 x 8 Gy naar 3 x 9 Gy in een klinische studie gaf wel een verbetering van de lokale controle [Overgaard 2009¹⁹⁵]. Een vergelijkbare hoge lokale controle werd ook gezien bij een schema van 24-30 Gy in vier tot vijf fracties van 5-6 Gy [Ang, 1990⁶]. Samenvattend neemt de kans op tumorcontrole toe bij verhoging van de totale dosis, maar de therapeutische breedte neemt weinig toe door de dosis te fractioneren.

Geadviseerde dosisschema's komen biologisch overeen met ongeveer 70 Gy in 2 Gy fracties [Ang 1990⁶, Overgaard 2009¹⁹⁵].

Conclusies:

Er zijn aanwijzingen dat er bij radiotherapie van het melanoom een dosis-effect relatie is boven een dosis van 3 x 8 Gy.

[Niveau 3](#), A2: Overgaard 2009¹⁹⁵

Er zijn geen aanwijzingen dat het melanoom radiobiologisch een lage / kent.

[Niveau 2](#), B: Overgaard 1985¹⁹³, Chang 2006⁴⁰

Overwegingen:

Bij een inoperabel melanoom met meestal cutane lokalisatie, waarbij de late radiatie toxiciteit van omringend normaal weefsel klinisch geen grote rol van betekenis speelt, kan ook bij een curatieve opzet voor een gehypofractioneerd schema gekozen worden. Het gehypofractioneerde schema is biologisch equivalent aan 70 Gy in 7 weken bij een α/β van + 8. Dagfracties van 5 t/m 9 Gy worden daarbij vaak gebruikt.

Schildwachtklierprocedure

Aanbevelingen:

1. Re-excisie plus schildwachtklierprocedure versus re-excisie alleen

Verricht een schildwachtklierprocedure bij patiënten met een melanoom van pT1b (TNM 8) en hoger om patiënten optimaal te stadiëren en te informeren over de prognose, alsmede te bepalen of zij in aanmerking komen voor adjuvante therapie.

Verricht geen schildwachtklierprocedure bij patiënten met een pT1a (TNM 8) melanoom.

2. Lymfeklierdissectie versus nodale observatie bij positieve schildwachtklier-procedure

Controleer de aangedane klierstation(s) van patiënten met een positieve schildwachtklier periodiek met echografie volgens onderstaand schema:

- Elke vier maanden in de eerste twee jaar.
- Elke zes maanden in jaar 3 tot 5 jaar.
- Vanaf 5 jaar jaarlijks tot 10 jaar na vaststellen ziekte.

Conform Faries (2017).

Verricht geen onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie bij patiënten met een positieve schildwachtklier.

Verricht een therapeutische klierdissectie bij een radiologisch (echografisch, CT, PET/CT en/of MRI) of palpabel (macroscopisch) recidief.

Literatuurbespreking:

Het concept van de sequentiële progressie van metastasen in het lymfekliersysteem is voor melanoom aangetoond (Reintgen, 1994). Kennis van de tumorstatus van dit systeem wordt bereikt door met een minimaal invasieve chirurgische ingreep de lymfeklier (sentinel node, schildwachtklier, eerste-echelonklier, poortwachterklier, voorstopperklier) te verwijderen. Metastasen kunnen zo worden aangetoond voordat de klier palpabel wordt. Op deze basis kan belangrijke prognostische informatie worden verkregen. Echter, er bestaat ook een concept dat er onafhankelijk hematogene metastasering optreedt, waarbij de schildwachtklier een indicator of biomarker is voor de kans op het ontwikkelen van systemische (non-lymfogene) viscerale micrometastasen (Van Akkooi, 2010; Van Akkooi, 2014). In de praktijk wordt de eerste klier die zichtbaar wordt op het scintigram als schildwachtklier beschouwd, evenals klieren waarnaartoe rechtstreeks een lymfebaan vanuit de injectieplaats zichtbaar is. Er kunnen meerdere schildwachtklieren in verschillende lymfeklierregio's worden gevonden.

Tot recent was het algemeen geaccepteerde beleid om bij patiënten die een schildwachtklierprocedure hebben ondergaan en waarbij de schildwachtklier positief is (bij hematoxyline-eosine kleuring of immuunhistochemie) een onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie uit te voeren. De reden voor deze lymfeklierdissectie was het feit dat bij grofweg 15 tot 20% van de patiënten aanvullende lymfekliermetastasen gevonden werden. Bij 80 tot 85% van de patiënten worden er dus geen aanvullende metastasen gevonden. Deze patiënten ondergaan een chirurgische procedure waarvan zij geen voordeel ondervinden, maar wel de potentiële nadelen. (Reintgen, 1994; Hughes 2000; McMasters, 2002; Carlson, 2003; Staritt, 2004; de Vries, 2006; Van Akkooi, 2006; Morton 2006; Van Akkooi, 2007; Bilimoria, 2008; Torjesen, 2013; Thomas, 2013). Bovengenoemd beleid resulteerde wel in een verlengde ziektevrije overleving, maar er werd geen overlevingswinst aangetoond voor completerende lymfeklierdissecties. (Reintgen, 1994; Hughes 2000; McMasters, 2002; Carlson 2003; Staritt, 2004; de Vries, 2006; Van Akkooi, 2006; Morton 2006; Van Akkooi, 2007; Bilimoria, 2008; Torjesen, 2013; Thomas, 2013) Recentelijk zijn er twee grote gerandomiseerde trials (Faries, 2017 (MSLT-II studie); Leiter, 2016 (DeCOG-SLT studie)) verschenen die de waarde van de aanvullende lymfeklierdissectie onderzoeken. Met de kennis van deze trials is het noodzaak om de richtlijn op dit punt te herzien.

1. *Re-excisie plus schildwachtklierprocedure versus re-excisie alleen*

De schildwachtklierprocedure vergroot de nauwkeurigheid van stadiëren (Essner, 1999; Dessureault, 2001). Recentere onderzoeken hebben duidelijk gemaakt dat de tumorstatus van de schildwachtklier een belangrijke prognostische factor is bij patiënten met melanoom die zich presenteren zonder klinisch evidente metastasen (Gershenwald, 1999; Morton, 2006; Vuylsteke, 2003; Estourgie, 2003; Nowecki, 2006; Cascinelli, 2006; van Akkooi, 2006; Wagner, 2000; van der Ploeg, 2010; Speijers, 2015). Nederlandse onderzoeken, uitgevoerd voor de invoering van effectieve systemische therapie (adjuvant en palliatief), wezen uit dat de overleving na vijf jaar ongeveer 90% bedraagt indien de schildwachtklier tumorvrij is en ongeveer 65% indien er sprake is van metastasering (Vuylsteke, 2003; Estourgie, 2003; van Akkooi, 2006; van der Ploeg, 2010).

Er wordt aangenomen dat door middel van de schildwachtklierprocedure vroeg behandelde micrometastasen een potentiële overlevingswinst kunnen geven in vergelijking met het verrichten van een lymfeklierdissectie na nodale observatie. In de Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial I (MSLT-I) is getracht om hier antwoord op te geven (Morton, 2006). Morton (2006) beschrijft een RCT waarin ruime excisie alleen werd vergeleken met ruime excisie in combinatie met een schildwachtklierprocedure. Deze schildwachtklierprocedure werd direct gevolgd door een lymfeklierdissectie als micrometastasering werd aangetroffen, terwijl in de observatiearm een lymfeklierdissectie werd verricht als zich een regionaal lymfeklierrecidief voordeed. Patiënten met een melanoom dikker dan 1 mm werden geïnccludeerd in deze studie. In totaal werden 1269 patiënten beschreven met een primair melanoom van 1,2 tot 3,5 mm. De primaire uitkomstmaten van de MSLT-I waren de melanoomspecifieke 5- en 10-jaars overleving. Secundaire uitkomstmaten waren de ziektevrije 5- en 10-jaars overleving; gedefinieerd als overleving zonder recidief (op welke plaats dan ook).

2. *Lymfeklierdissectie versus nodale observatie bij positieve schildwachtklier-procedure*

De literatuur zoekactie levert twee relevante RCT's op naar de meerwaarde van lymfeklierdissectie in de behandeling van patiënten met een nieuw gediagnosticeerd melanoom en positieve schildwachtklierprocedure. (Faries, 2017; Leiter, 2016). Het betreffen fase 3 klinische trials met een hoge kwaliteit (laag risico op bias). Beide studies hanteerden stringente inclusiecriteria en includeerden patiënten met een positieve schildwachtklier. Patiënten werden gerandomiseerd verdeeld. Patiënten in de interventiegroep werden behandeld met een completerende lymfeklierdissectie en patiënten in de controlegroep werden geobserveerd met echografie van het lymfeklierstation. Gezien de aard van de interventie (completerende klierdissectie of observatie) is het niet mogelijk om de interventie te blinderen. Omdat de controle interventie verschilt tussen beide studies en verschillende analyses worden uitgevoerd, is het niet mogelijk om de resultaten van beide studies te poolen. De studies worden hieronder afzonderlijk beschreven.

Faries (2017) verrichtte een onderzoek naar de effecten van completerende lymfeklierdissectie bij patiënten na een positieve schildwachtklierprocedure (MSLT-II). Patiënten die in aanmerking kwamen voor deelname hadden een leeftijd van 18 tot 75 jaar, een gelokaliseerd cutaan melanoom, een Eastern Cooperative Oncology Group performance status van 0 of 1 (aangeven op een 5-puntsschaal met 0 als geen disability en 5 als zeer ernstige disability), een non-melanoom levensverwachting van ≥ 10 jaar en een positieve schildwachtklier. Er werd een blokrandomisatie aangehouden met stratificatie voor breslowdikte, ulceratie, methode van metastasedetectie en onderzoekscentrum. Patiënten in de interventiegroep werden behandeld met een completerende lymfeklierdissectie en patiënten in de controlegroep werden geobserveerd met echografie van het lymfeklierstation. Patiënten die waren toegewezen aan de observatiegroep werden gecontroleerd door middel van klinisch onderzoek en echografie van het lymfeklierstation elke 4 maanden tijdens de eerste 2 jaar, elke 6 maanden gedurende de jaren 3 tot en met 5 en daarna jaarlijks. Patiënten in de interventiegroep hadden hetzelfde follow-up schema maar werden niet beoordeeld met echografie. Het onderzoek van Faries (2017) heeft een behoorlijke omvang, met 971 patiënten gerandomiseerd in de experimentele groep (lymfeklierdissectie) en 968 patiënten in de controlegroep (observatie). De studie is van redelijke kwaliteit (zie risk of bias tabel). De primaire uitkomstmaat in de studie van Faries (2017) is melanoomspecifieke overleving. Secundaire uitkomstmaten waren algehele overleving, ziektevrije overleving, overleving zonder terugkeer van regionale kliermetastasen en afstandmetastase-vrije overleving. Aanvangstijd van de studie was het moment van randomisatie. Melanoomspecifieke overleving was gedefinieerd als tijd tot melanoomgerelateerd overlijden. Ziektevrije overleving was de tijd tot het moment van terugkeer van de ziekte. Overleving zonder klierrecidief was de tijd tot recidief binnen het gedraineerde klierstation.

De studie van Leiter (2016) onderzoekt de waarde van completerende klierdissectie in de behandeling van patiënten na een positieve schildwachtklierprocedure (DeCOG-SLT). Leiter (2016) beschrijft een gerandomiseerde fase III klinische trial waarin de overleving wordt onderzocht bij patiënten die wel of geen completerende lymfeklierdissectie hebben gehad na een positieve schildwachtklierprocedure. Patiënten die in aanmerking kwamen voor deelname hadden een leeftijd van 18 tot 75 jaar, een tumordikte van tenminste 1 mm met micrometastasen in de schildwachtklier (tenminste single-cells of grotere micrometastasen). Patiënten met een melanoom in het hoofd-halsgebied, satellietose, in-transit, of afstandmetastasen, of met betrokkenheid van de volledige lymfeklier met capsulaire perforatie (regionale macrometastasen) werden uitgesloten. Het randomisatieschema is opgemaakt door een computer en er werd gestratificeerd voor de dikte van de tumor (≤ 2 mm versus > 2 mm), ulceratie van de primaire tumor en beoogde adjuvante interferontherapie. De studie heeft een behoorlijke omvang, met 242 patiënten in de experimentele (lymfeklierdissectie) en 241 in de controlegroep (observatie). Deze RCT is van overwegend redelijke kwaliteit (zie risk of bias tabel). De primaire uitkomstmaat was afstandmetastase-vrije overleving (gedefinieerd als tijd vanaf het moment van randomisatie tot het moment van diagnose van eerste afstandmetastase). Secundaire uitkomstmaten waren ziektevrije overleving (gedefinieerd als tijd vanaf het moment van randomisatie tot het moment van terugkeer van de ziekte), algehele overleving (gedefinieerd als tijd vanaf het moment van randomisatie tot het moment van overlijden), terugkeer van regionale lymfekliermetastasen, en complicaties door complete lymfeklierdissectie in de experimentele groep.

Resultaten

1. Re-excisie plus schildwachtklierprocedure versus re-excisie alleen

1.1 Melanoomspecifieke overleving (5 jaar)

De melanoomspecifieke overleving was op 5 jaar 87% (SD= 1,3; 95%BI= (85,8 tot 88,4) in de groep re-excisie plus schildwachtklierprocedure en 87% (SD= 1,2; 95%BI= (85,0 tot 88,2) in de groep met alleen re-excisie. Er was geen statistisch significant verschil in 5-jaars melanoomvrije overleving tussen beide groepen (HR= 0,95; 95%BI= (0,67 tot 1,25); $p= 0,58$) (Morton, 2006).

1.2 Melanoomspecifieke overleving (10 jaar)

De melanoomspecifieke overleving was op 10 jaar 81% (SD= 1,5) in de groep re-excisie plus schildwachtklierprocedure en 78% (SD= 2,0) in de groep met alleen re-excisie. Er was geen statistisch significant verschil in 10-jaars melanoomspecifieke overleving tussen beide groepen (HR= 0,84; 95%BI= (0,64 tot 1,09); $p= 0,18$) (Morton, 2014).

1.3 Ziektevrije overleving (5 jaar)

De ziektevrije overleving, gedefinieerd als overleving zonder recidief, was op 5 jaar 78% (SD= 1,6; 95%BI= (76,7 tot 79,9) in de groep re-excisie plus schildwachtklier-procedure en 73% (SD= 2,1; 95%BI= (71,0 tot 75,2) in de groep met alleen re-excisie. Er was een statistisch significant voordeel in 5-jaars ziektevrije overleving voor de groep re-excisie plus schildwachtklierprocedure in vergelijking met de controlegroep (HR= 0,74; 95%BI= (0,59 tot 0,93); $p= 0,009$) (Morton, 2006).

1.4 Ziektevrije overleving (10 jaar)

De ziektevrije overleving, gedefinieerd als overleving zonder recidief, was op 10 jaar 71% (SD= 1,8) in de groep met schildwachtklierprocedure en 65% (SD= 2,3) in de observatiegroep. Er was een statistisch significant voordeel in 10-jaars ziektevrije overleving voor de groep re-excisie plus schildwachtklierprocedure in vergelijking met de controlegroep (HR= 0,76; 95%BI= (0,62 tot 0,94); $p= 0,01$) (Morton, 2014).

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht (GRADE-methodiek) is bepaald per uitkomstmaat en in onderstaande tabel schematisch weergegeven.

Tabel 1. Gradering van bewijskracht per uitkomstmaat (GRADE-pro).

Vraagstelling: Schildwachtklierprocedure + re-excisie compared to re-excisie alleen in patienten met een nieuw gediagnosticeerd melanoom

Literatuur: Morton (2006) en Morton (2014)

Certainty assessment							Aantal patiënten
Aantal studies	Studieopzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere factoren	schildwachtklierproce + re-excisie
Melanoom-specifieke overleving op 5 jaar							
1			niet ernstig		ernstig ^a		96/769 (12.5%)

	gerandomiseerde trials	niet ernstig		niet ernstig		niet gevonden	
Melanoom-specifieke overleving op 10 jaar							
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	125/770 (16.2%)
Ziektevrije overleving op 5 jaar							
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	159/769 (20.7%)
Ziektevrije overleving op 10 jaar							
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	199/770 (25.8%)

CI: Confidence interval; **HR:** Hazard Ratio

Explanations a. 95%BI overschrijdt default grens voor klinische relevantie (/ studie voldoet niet aan optimal information size).

2. Lymfeklierdissectie versus nodale observatie bij positieve schildwachtklier-procedure

2.1 Melanoomspecifieke overleving (3 jaar)

De melanoomspecifieke overleving op 3 jaar was 86% (SD 1,3) in de lymfeklierdissectie groep en 86% (SD 1,2) in de observatie groep. Er is geen statistisch significant verschil in 3-jaars melanoomspecifieke overleving tussen de observatiegroep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 1,08; 95%BI= (0,88 tot 1,34); p= 0,42) (Farries, 2017). In de studie van Leiter (2016) was de melanoomspecifieke overleving na 3 jaar 81,2% (n= 40 events; 90%BI= (76,1 tot 86,3)) in de lymfeklierdissectie groep en 81,7% (n= 44 events; 90%BI= (76,8 tot 86,6)) in de observatie groep. Ook in deze studie was er geen statistisch significant verschil in melanoomspecifieke overleving na drie jaar tussen de observatie groep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 0,96; 90%BI= (0,67 tot 1,38); p= 0,87). De gepoolde HR voor totale 3-jaars melanoomspecifieke overleving laat geen statistisch significant verschil zien tussen beide groepen (HR=1,01; 95%BI= (0,77 tot 1,33); p=0,96) (Figuur 1).

Figuur 1. Gepoolde Hazard Ratio (HR) voor melanoomspecifieke overleving na 3-jaar tussen de klierdissectie-groep en observatiegroep.

Study or Subgroup	log[Hazard Ratio]	SE	Klierdissectie	Observatie	Weight	Hazard Ratio IV, Random, 90% CI	IV, Ra
			Total	Total			
Farries, 2017	0.07696	0.256	931	824	42.5%	1.08 [0.71, 1.65]	
Leiter, 2016	-0.04082	0.22	240	233	57.5%	0.96 [0.67, 1.38]	
Total (90% CI)			1171	1057	100.0%	1.01 [0.77, 1.33]	

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.12, df = 1 (P = 0.73); I² = 0%
Test for overall effect: Z = 0.06 (P = 0.96)

0.01 0.1
Favours [Klierdissectie]

2.2 Afstandmetastase-vrije overleving (3 jaar)

De intention-to-treat analyse van Leiter (2016) laat zien dat de 3-jaars afstandmetastase-vrije overleving 77,0% (n= 55 events; 90%BI= (71,9 tot 82,1)) is in de patiënten die zijn geobserveerd en 74,9% (n= 54 events; 90%BI= (69,5 tot 80,3)) in de patiënten met een complete lymfeklierdissectie. Er is geen statistisch significant verschil in 3-jaars afstandmetastase-vrije overleving tussen de observatie groep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 1,03; 90%BI= (0,71 tot 1,50); p= 0,87). De per-protocol analyse liet dezelfde resultaten zien; afstandmetastase-vrije overleving was 78% in de observationele groep (90%BI= (68,8 tot 81,4)) en 75% (90%BI= (68,8 tot 81,1)) in de complete lymfeklierdissectie groep, statistisch geen significant verschil tussen beide groepen (HR= 1,02; 90%BI= (0,72 tot 1,45); p= 0,92).

2.3 Ziektevrije overleving (3 jaar)

De 3-jaar ziektevrije overleving was 67,4% (n= 73 events; 90%BI= (61,6 tot 73,2)) in de observatie groep en 66,8% (n= 67 events; 90%BI= (60,9 tot 72,2)) in de complete lymfeklierdissectie groep. Er is geen statistisch significant verschil in 3-jaars ziektevrije overleving tussen de observatie groep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 0,95; 90%BI= (0,72 tot 1,25); p= 0,75).

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht (GRADE-methodiek) is bepaald per uitkomstmaat en in onderstaande tabel schematisch weergegeven.

Tabel 2. Gradering van bewijskracht per uitkomstmaat: **complete lymfeklierdissectie** versus **nodale observatie** (GRADE-pro).

Vraagstelling: Complete lymph-node dissection compared to observation in the treatment of patients with sentinel-node positive metastases

Literatuur: Farries (2017); Leiter (2016)

Certainty assessment							Aantal patiënten	
Aantal studies	Studieopzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Andere factoren	complete lymph-node dissection	observatie
Melanoma-specific free survival (follow up: 3 jaar)								
2	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig ^a	niet gevonden	203/1211 (16.8%)	209/1201 (17.4%)
Distant-metastasis free survival (follow up: 3 jaar)								
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	54/241 (22.4%)	55/241 (22.8%)
Overall survival (follow up: 3 jaar)								
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	40/242 (16.5%)	44/241 (18.3%)

Recurrence free survival (follow up: 3 jaar)								
1	gerandomiseerde trials	niet ernstig	niet ernstig	niet ernstig	ernstig ^a	niet gevonden	67/242 (27.7%)	73/241 (30.3%)

CI: Confidence interval; HR: Hazard Ratio Explanations a. 95%BI overschrijdt default grens voor klinische relevantie (/ studie voldoet niet aan optimal information size).

Conclusies:

1. Re-excisie plus schildwachtklierprocedure versus re-excisie alleen

Geen GRADE	Het is aangetoond dat patiënten met metastasen in de schildwachtklier(en) een slechtere prognose hebben dan patiënten bij wie geen metastasen worden aangetroffen. <i>Bronnen (Gershenwald, 1999; van Akkooi, 2006; Nowecki, 2006; Cascinelli, 2006; Morton, 2006; van der Ploeg, 2010)</i>
-------------------	--

Redelijk GRADE	Het uitvoeren van re-excisie plus schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 5-jaars melanoomspecifieke overleving ten opzichte van re-excisie alleen. ^[1] <i>Bronnen (Morton, 2006)</i>
-----------------------	--

Redelijk GRADE	Het uitvoeren van re-excisie plus schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 10-jaars melanoomspecifieke overleving ten opzichte van re-excisie alleen. ⁶ <i>Bronnen (Morton, 2014)</i>
-----------------------	---

2. Lymfeklierdissectie versus nodale observatie bij positieve schildwachtklier-procedure

Hoog GRADE	Nodale observatie na een positieve schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 3-jaars melanoom-vrije overleving ten opzichte van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie. <i>Bronnen (Faries, 2017; Leiter, 2016)</i>
-------------------	--

Redelijk GRADE	Nodale observatie na een positieve schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 3-jaars afstandmetastase-vrije overleving ten opzichte van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie. <i>Bronnen (Leiter, 2016)</i>
-----------------------	--

Redelijk GRADE	Nodale observatie na een positieve schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 3-jaars ziektevrije overleving ten opzichte van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie. <i>Bronnen (Leiter, 2016)</i>
-----------------------	---

[1] Conclusie gebaseerd op data verzameld voor de invoering van effectieve systemische therapie.

Overwegingen:

Het is aangetoond dat patiënten met metastasen in de schildwachtklier(en) een slechtere prognose hebben

dan patiënten bij wie geen metastasen worden aangetroffen. De schildwachtprocedure is zeer geschikt voor patiënten die zo goed mogelijk geïnformeerd willen zijn over hun prognose en dit leidt tot een juiste AJCC stadiëring. Het verrichten van een schildwachtprocedure is een stadiërende en geen therapeutische ingreep. Het belang van de schildwachtprocedure voor stadiëring is groot en in het huidige stadiëringssysteem is hiermee rekening gehouden (zie AJCC referentie)

(<https://cancerstaging.org/references-tools/quickreferences/Documents/MelanomaSmall.pdf>)

De ziektevrije 5-jaars overleving werd in de MSLT gedefinieerd als overleving zonder recidief, op welke plaats dan ook. Gespecificeerde ziektevrije overleving toonde dat het verschil alleen zichtbaar was in het percentage regionale lymfeklier recidieven (4,9% versus 14,6%), maar dat er geen verschillen waren in lokale / in-transit recidieven (7% versus 6,4%) en afstandsmetastasen (13,9% versus 11,2%) (Morton, 2014; van Akkooi, 2014). De manier van definiëren van ziektevrije overleving is ook uitgebreid bekritiseerd in de literatuur; omdat met de interventie zelf de belangrijkste plaats van recidief verwijderd is en dit mogelijk performance bias introduceert. Een klierrecidief zou geëxcludeerd moeten worden uit de definitie van recidief of de uitkomst zou een recidief op afstand moeten zijn (Thomas, 2009).

In een subgroep analyse werd een betere 5-jaars melanoomspecifieke overleving gevonden voor patiënten met een positieve schildwachtprocedure, in vergelijking met patiënten die na observatie een lymfeklierrecidief kregen (72,3% (95%BI 67,7 tot 76,9%) versus 52,4% (95%BI 46,5 tot 58,3%)) (Morton, 2006). Idem voor de 10-jaars melanoomspecifieke overleving met 62,1% (+/- 4,8%) versus 41,5% (+/- 5,6%) (Morton, 2014). Dit grote verschil in overleving is onverwacht, aangezien er in de totale studiepopulatie geen verschil in overleving werd gevonden. Er zijn een aantal potentiële oorzaken die dit kunnen verklaren. Bijvoorbeeld dat de fout-negatieve patiënten in de subgroep analyse niet meegerekend zijn. Evenals dat patiënten met benigne nevi in de schildwachtprocedure foutief als schildwachtprocedure positief zijn aangemerkt. Of dat er patiënten met sub-micrometastasen (≤ 0.1 mm) gevonden zijn, die nooit de potentie hadden om uit te groeien tot klinisch relevante metastasen (van Akkooi, 2014). Deze aspecten kunnen een subgroep analyse beïnvloeden, waardoor er een vertekening in overleving ten gunste van de patiënten met een positieve schildwachtprocedure kan ontstaan.

Vier andere studies vergeleken patiënten behandeld vóór introductie van de schildwachtprocedure, met patiënten die werden behandeld na de introductie van de schildwachtprocedure als standaardbehandeling in een bepaald instituut (Starz, 2004; Gutzmer, 2005; Koskivuo, 2007; Leiter, 2010). Eén studie vergeleek een cohort patiënten met schildwachtprocedure met een cohort patiënten zonder schildwachtprocedure, waarbij de helft van de patiënten deelnam aan de MSLT (van Poll, 2005). In drie studies werd geen verschil gevonden in melanoomspecifieke overleving (Gutzmer, 2005; Koskivuo, 2007; Leiter, 2010). Eén studie vond geen verschil in algemene overleving, wanneer werd gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, plaats van de tumor en dikte van de tumor (Starz, 2004). Wat betreft recidieven was er in geen van de studies een verschil tussen de behandelgroepen wat betreft lokale of in-transit recidieven, maar werden er uiteraard in alle studies vaker lymfekliermetastasen gevonden in de groep die geen schildwachtprocedure onderging (Gutzmer, 2005; van Poll, 2005; Koskivuo, 2007; Leiter, 2010). Drie studies vonden geen verschil in metastasen op afstand (Gutzmer, 2005; Koskivuo, 2007; Leiter 2010). Eén studie vond wel een verschil in metastasen op afstand, met minder metastasen in de schildwachtprocedure groep, wanneer werd gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, plaats van de tumor en dikte van de tumor (Starz, 2004). In deze studie was er echter een groot verschil in follow-up: een mediane follow-up van 45,5 maanden in de schildwachtprocedure groep versus 95 maanden in de standaard behandelde groep. Een verschil in follow-up bevoordeelde steeds de schildwachtprocedure groep en zou het verschil in metastasen op afstand, gevonden in deze studie, kunnen verklaren.

In verschillende studies is aangetoond dat patiënten met zeer minimale metastasering of kleine subcapsulair gelokaliseerde kleine metastasen een zeer geringe kans hebben op additionele kliermetastasen in niet-schildwachtklieren. Vooral bij patiënten met dergelijke losse tumorcellen of zeer kleine micrometastasen lijkt een aanvullende klierdissectie geen voordelen op te leveren. De overleving van dergelijke patiënten is gelijk aan patiënten met tumor-vrije schildwachtklieren in vergelijking met historische controlegroepen (van Akkooi, 2006; de Wilt, 2008; van der Ploeg, 2011). In de EORTC-1208 (Minitub) registry worden de uitkomsten van patiënten met dergelijke minimale schildwachtklier uitzaaiingen geregistreerd. Het zal nog een aantal jaren duren voordat duidelijk wordt wat het lokaal recidief percentage is in deze groep patiënten.

De studies van Faries (2017) als Leiter (2016) zijn beiden van hoge kwaliteit en presenteren vergelijkbare resultaten. Hierdoor is het zeer aannemelijk dat de resultaten betrouwbaar zijn. Hoewel er

nog geen 5- en 10-jaars resultaten bekend zijn, geven beide studies geen enkel teken van een mogelijk therapeutisch voordeel van onmiddellijke completerende (aanvullende) klierdissecties. Mogelijk is er wel een bias in beide publicaties naar kleinere metastasen in de schildwachtklieren. Echter, uit Faries (2017) lijken juist de patiënten met grotere metastasen in de schildwachtklieren juist geen baat te hebben bij onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissecties.

Morbiditeit van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissecties kan aanzienlijk zijn (Reintgen, 1994; Hughes, 2000; McMasters, 2002; Carlson, 2003; Staritt, 2004; de Vries, 2006; Van Akkooi, 2006; Morton, 2006; Van Akkooi, 2007; Bilimoria, 2008; Torjesen, 2013; Thomas, 2013). Hoewel een onmiddellijke completerende (aanvullende) klierdissectie mogelijk additionele informatie geeft over het ziektestadium, weegt dit niet op tegen de morbiditeit van de procedure. De MSLT-2 studie toont aan dat 24,1% van de patiënten in de klierdissectie groep lymfoedeem had terwijl dit maar 6,3% van de patiënten voorkwam in de nodale observatiegroep ($p < 0,001$) (Faries, 2017). Ook het feit dat een onmiddellijke completerende (aanvullende) klierdissectie minder regionale recidieven geeft, weegt niet op tegen de potentiële morbiditeit.

Periodieke controles van de aangedane klierstation(s) middels echografie zijn wenselijk bij patiënten met een positieve schildwachtklierprocedure. In de studie van Faries (2017) werden patiënten in de nodale observatie groep gemonitord middels het volgende schema: klinisch onderzoek vond elke vier maanden plaats in de eerste twee jaar na het vaststellen van de diagnose, elke zes maanden tussen het derde en het vijfde jaar en daarna jaarlijks.

Ondanks het ontbreken van een therapeutisch effect van de schildwachtklier procedure en/of onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie, is wel gebleken dat het vooralsnog de beste methode is om de prognose van stadium I/II melanoom patiënten te bepalen. Hiermee worden patiënten potentieel als stadium III herkend. De schildwachtklierprocedure is gebruikt voor het selecteren van patiënten voor adjuvante therapie studies. Nu deze adjuvante therapie ook een aangetoond effect op de ziektevrije overleving heeft, is het verrichten van een schildwachtklierprocedure van belang om patiënten optimaal te stadiëren en te informeren of de prognose, alsmede te bepalen of zij in aanmerking komen voor adjuvante therapie. Indien patiënten geen informatie wensen of de prognose of, vanwege bijvoorbeeld comorbiditeit, niet in aanmerking komen voor adjuvante therapie, kan hiervan worden afgezien.

Locoregionale ziekte

Aanbevelingen:

De aanbevelingen voor locoregionale ziekte bij melanoom van de huid zijn beschreven in de submodules.

- Diagnostiek bij primair melanoom met verdenking op locoregionale kliermetastasen/satellieten/in-transitmetastasen
- Aanvullend beeldvormend onderzoek / rol PET/CT in de follow-up
- Onbekende primaire tumor
- Adjuvante systemisch behandeling na initiële behandeling
- Adjuvante radiotherapie na lymfklierdissectie
- Regionale geïsoleerde perfusie

Het onderwerp 'melanoom- behandeling' wordt uitgewerkt in verschillende modules.

Primair melanoom met verdenking op metastasen

Literatuurbespreking:

Ook bij verdenking op locoregionale kliermetastasen is de diagnostische benadering van de suspecte huidlaesie in wezen hetzelfde: een excisie met een marge van 2 mm. In het geval van verdenking op satellieten of in-transitmetastasen kan men een biopsie nemen van één van deze laesies ter verificatie van de diagnose.

Aanvraagformulier pathologie (redactionele update)

Bij het inzenden van materiaal voor histopathologisch onderzoek dienen de volgende gegevens op het aanvraagformulier te worden vermeld:

- lokalisatie van de laesie;
- klinische beschrijving van de laesie;
- klinische diagnose;
- aard van de ingreep;
- excisiemarge;
- (schematische) tekening met plaats van de markering indien gemarkeerd;
- vraagstelling.

Aanvullend onderzoek/rol PET CT in follow-up

Aanbevelingen:

Uitgangsvraag 2016

Bij patiënten met melanoom stadium III en IV (primair dan wel recidief) die in aanmerking komen voor in opzet curatieve/lokale behandeling, welke diagnostische test - ¹⁸F-FDG PET/IdCT (ld: lowdose), ceCT (ce: contrast enhanced) of WB-MRI (WB: whole body) - resulteert in de meest accurate opsporing van metastasen?

Uitgangsvraag 2012

Wat is het verschil in diagnostische accuratesse en therapeutische impact voor de vaststelling van metastasen tussen PET en CT bij patiënten met een bewezen melanoom van de huid?

RoI PET CT in de follow up

Bij patiënten met melanoom stadium II-IV die in opzet curatief behandeld zijn, welke diagnostische test –¹⁸F-FDG PET/CT, contrast enhanced CT, whole body MRI of S100B bepaling - resulteert in de meest accurate opsporing van metastasen in de follow-up?

Aanbevelingen

Er wordt geadviseerd om bij stadium I, II en IIIA geen routinematig aanvullend afbeeldend onderzoek uit te voeren.

Bij pathologisch vergrote lymfeklieren dient bij voorkeur een echografie met (zo nodig) echogeleide punctie uitgevoerd te worden.

Er wordt geadviseerd om bij stadium IIIB, IIIC voor een goede stadiering een volledig afbeeldend onderzoek van borst, buik en bekken (¹⁸F-FDG-PET/IdCT gecombineerd met ceCT) uit te voeren.

Er wordt geadviseerd om bij stadium IV voor een goede stadiering een volledig afbeeldend onderzoek van borst, buik en bekken (¹⁸F-FDG-PET/IdCT gecombineerd met ceCT) uit te voeren.

De werkgroep is van mening dat het bij hoger stadium (IIIB-IV) melanoom te vroeg is voor routinematig stadiëringsonderzoek met whole body MRI.

Rol PET CT in de follow up

De werkgroep is van mening dat, bij patiënten met in opzet curatief geopereerd stadium III/IV, screening op recidief dient te worden overwogen, en wel bij patiënten die in aanmerking komen voor een vervolgbehandeling (bijvoorbeeld immunotherapie). Voor deze screening kunnen (seriële) S100B bepalingen (eventueel aangevuld met LDH) dienen, gevolgd door ¹⁸F-FDG PET-ceCT bij verdenking op een behandelbaar recidief.

Literatuurbespreking:Afbeeldend onderzoek

Bij veel vormen van kanker vindt, na het stellen van de diagnose, een stadiëring plaats op grond waarvan het therapeutisch beleid wordt vastgesteld. De vraag is of het voor de prognose en therapie van melanomen ook zinvol is om aanvullend afbeeldend onderzoek te doen naar (subklinische) metastasen. Bij beantwoording van deze vraag is het van belang onderscheid te maken tussen stadium I/II en stadium III/IV patiënten. Vormen van afbeeldend onderzoek die momenteel ter beschikking staan zijn echografie, MRI, CT en ¹⁸F-FDG PET. Tegenwoordig zijn er geen PET only camera's meer in gebruik in Nederland. Er wordt bij iedere PET scan tenminste een CT scan gemaakt nodig voor verzwakingscorrectie van de PET beelden (low dose CT). Daarnaast kunnen er aanvullende diagnostische CT scans gemaakt worden. Onder diagnostische CT scans wordt in het algemeen verstaan: contrast enhanced (ce)CT scans inclusief ademhalingscommando's en gebruik makend van een hogere stralingsdosis.

Melanoom stadium I en II

Over de waarde en de diagnostische accuratesse van de ¹⁸F-FDG PET of ¹⁸F-FDG PET/(Id)CT scan zijn twee systematische reviews verschenen die de gegevens van respectievelijk tien en tweeëntwintig studies samenvatten [Krug 2010³⁶⁵; Xing 2011⁴¹⁸]. In het eerste review wordt een gepoolde sensitiviteit gerapporteerd van 60% (95% CI 54-60), gegevens over specificiteit en likelihood ratio's (LR) worden niet vermeld. Het tweede recentere review berekent respectievelijk een sensitiviteit van 30% (CI 12-55) en een specificiteit van 96% (CI 87-99) voor ¹⁸F-FDG PET en een sensitiviteit van 11% (CI 1-50%) en specificiteit van 97% (CI 78-100) voor ¹⁸F-FDG PET of ¹⁸F-FDG PET/IdCT. Voor de berekening voor ¹⁸F-FDG PET of ¹⁸F-FDG PET/IdCT is echter maar één studie beschikbaar. Als de analyses beperkt worden tot studies waarbij de sentinelnode biopsie als referentiestandaard wordt gebruikt om regionale lymfogene metastasering op te sporen is de positieve LR 1,33 (CI 0,66-2,68) en de negatieve LR 1,00 (CI 0,83-1,19). De likelihood ratio is een maat voor de informatie, die een test toevoegt aan de al beschikbare informatie over de prevalentie van een ziekte. Hoe dichter de likelihood ratio bij 1,0 ligt, hoe minder de uitslag van de diagnostische test iets zegt over de aanwezigheid van de ziekte. Ook een aantal andere kleine studies die niet in bovengenoemde reviews zijn opgenomen, bevestigen het beeld van de beperkte waarde van ¹⁸F-FDG PET of ¹⁸F-FDG PET/IdCT bij stadium I en II patiënten. Ze melden een lage sensitiviteit (6-22%), hoge specificiteit (87-100), en niet significante likelihood ratio's (LR + 1,5-2,7 en LR- 0,87-0,92) [Cordova 2006³³⁸, Kell 2007³⁶⁰, Klode 2010³⁶², Singh 2008²⁴¹].

De rol van de echografie bij de beoordeling van locoregionale lymfeklierstations in stadium I en II patiënten is onderzocht in vijf studies en één review. Eén daarvan [Kahle 2003³⁵⁸] rapporteert enkel het aantal klieren dat door echografie geïdentificeerd kan worden in vergelijking met scintigrafie, namelijk 85,4%. De overige artikelen onderzochten de diagnostische nauwkeurigheid van echografie voor het herkennen van positieve

lymfklieren in vergelijking met de schildwachtklierprocedure [Hocevar 2004³⁵⁵, Sanki 2009³⁹⁴, van Rijk 2006⁴¹¹, Voit 2010⁴¹³, Xing 2011⁴¹⁸]. De sensitiviteit wisselt sterk (23-71%), de waarden van specificiteit en positieve likelihood ratio zijn meer consistent (80-97% en LR 2,3-8,6). In het systematische review van Xing et al. wordt een gepoolde sensitiviteit van 60% (95% betrouwbaarheidsinterval (95%BI) 33-83) en een gepoolde specificiteit van 97% (BI 88-99) gemeld [Xing 2011⁴¹⁸]. Wat opvalt, zijn de verschillen in definitie van een abnormale klierstructuur op echo die in de verschillende studies zijn gehanteerd. Dit vormt waarschijnlijk de verklaring voor de grote verschillen in sensitiviteit. Wat betreft de betekenis van andere afbeeldende modaliteiten (MRI, CT scan en SPECT/IdCT) voor stadium I en II patiënten zijn slechts zeer beperkte gegevens voorhanden. Er werd één studie over MRI geïdentificeerd, die de diagnostische waarde voor hersenmetastasen onderzocht [Fogarty 2006³⁴⁸]. Van de 100 patiënten die in deze studie werden geïnccludeerd, waren er vijftien met stadium I-II. Er werden hersenmetastasen gevonden bij elf patiënten, allen stadium IV. Bij patiënten met stadium I-II werden geen hersenmetastasen gevonden, ook niet bij die patiënten met klachten suggestief voor mogelijke hersenmetastasen. In het review van Xing et al. wordt voor het gebruik van de CT scan bij het opsporen van regionale en afstandsmetastasen een gepoolde sensitiviteit van 9% (95%BI 1-52) respectievelijk 51% (95%BI 24-76) en een gepoolde specificiteit van 92% (95%BI 50-99) respectievelijk 69% (95%BI 30-92) beschreven [Xing 2011⁴¹⁸].

Melanoom stadium III en IV

Over de waarde en diagnostische accuratesse van FDG PET/low dose (ld)CT, contrast enhanced (ce)CT en whole body (WB)-MRI zijn tussen 2009 en juni 2014 twee overzichtsartikelen verschenen van Xing et al. en Ciliberto et al. [Xing 2011⁴¹⁸, Ciliberto 2013]. Ook zijn er vier additionele artikelen gevonden die voldeden aan de zoekcriteria [Bastiaannet 2009³²⁶, Pfluger 2011³⁸⁶, Laurent 2010³⁶⁸, Jouvret 2014³⁵⁷].

PET vs CT

Xing et al. [Xing 2011⁴¹⁸] includeerden in hun review 8 studies die CT vergeleken met ¹⁸F-FDG PET en de combinatie ¹⁸F-FDG PET/CT [Brady 2006³²⁹, Finkelstein 2004³⁴⁶, Iagaru 2007³⁵⁶, Pfannenbergs 2007³⁸⁵, Reinhardt 2006³⁸⁸, Romer 2006³⁹⁰, Swetter 2002⁴⁰⁴, Veit-Haibach 2009⁴¹²]. Er zijn een aantal beperkingen aan de onderliggende studies. Slechts vier studies binnen deze meta-analyse hebben gebruik gemaakt van de modernere PET/CT systemen [Iagaru 2007³⁵⁶, Pfannenbergs 2007³⁸⁵, Reinhardt 2006³⁸⁸, Veit-Haibach 2009⁴¹²]. Alleen deze studies zijn daarom aan een nadere analyse onderworpen. Deze studies verschilden onder meer ten aanzien van de gebruikte CT protocollen bij de PET/CT, variërend van non-enhanced CT (neCT) zonder ademinstructies [Iagaru 2007³⁵⁶, Pfannenbergs 2007³⁸⁵] naar CT met oraal contrast met alleen ademinstructies rondom het diafragma [Reinhardt 2006³⁸⁸] en intraveneus (i.v.) contrast-enhanced (ce) CT zonder ademinstructies [Veit-Haibach 2009⁴¹²]. Verder heeft slechts 1 van deze 4 studies alleen hogere stadia melanoom patiënten geïnccludeerd: Pfannenbergs et al. includeerde in totaal 64 patiënten, allen met stadium III/IV [Pfannenbergs 2007³⁸⁵]. In de studie van Iagaru et al. met 106 patiënten hadden 30 patiënten stadium III/IV en werd het onderzoek gedaan voor restadiëring (zie tabel 1) [Iagaru 2007³⁵⁶]. De studie van Veit-Haibach et al. bekeek alleen de situatie bij primaire stadiëring (alle tumorstadia), waarbij er slechts 12 van de 56 patiënten waren met stadium III/IV [Veit-Haibach 2009⁴¹²]. En Reinhardt et al. bestudeerde bij alle tumorstadia zowel de waarde van de beeldvorming bij primaire stadiëring als ook bij re-stadiëring, follow-up en therapie controle [Reinhardt 2006³⁸⁸]. In de separate studies komen er meestal geen significante verschillen uit, waarschijnlijk vanwege kleine patiëntseries en geringe verschillen tussen de beeldvormende technieken. Gezien de heterogeniteit van de uitvoering onderzoekstest, inclusie van ziekte stadium, etc, is statische pooling niet goed mogelijk. Een overzicht van de beschreven studies staat in [tabel 1](#).

In een prospectieve, in Nederland uitgevoerde studie (n=251) van Bastiaannet et al. werden geen significante verschillen gevonden tussen de sensitiviteit (86% (95%CI 78%-94%) vs. 78% (95%CI 69%-87%)) en specificiteit (beide 94%) van ¹⁸F-FDG PET en ceCT bij herstadiëringen van patiënten die zich presenteerden met palpabele lymfklieren (stadium IIIB en IIIC) [Bastiaannet 2009²²]. Met ¹⁸F-FDG PET werden wel meer metastasen op afstand gevonden dan met ceCT (133 vs. 120; p=0,03). Het aantal gedetecteerde botmetastasen en subcutane metastasen lag bij ¹⁸F-FDG PET significant hoger dan bij ceCT (27 vs. 10, p<0,0001; 11 vs. 5, p=0,03, respectievelijk). Er waren geen significante verschillen tussen beide modaliteiten in de detectie van metastasen in lever, abdomen en long, zie ook [tabel 1](#).

De retrospectieve studie van Pfluger et al. vergeleek de diagnostische accuratesse van neCT, ceCT, ¹⁸F-FDG PET/neCT en ¹⁸F-FDG PET/ceCT in een cohort van 50 patiënten met stadium III melanoom [Pfluger 2011]. De overall op laesie gebaseerde sensitiviteit en specificiteit waren het hoogst voor ¹⁸F-FDG PET/ceCT en ¹⁸F-FDG PET/neCT. Deze waarden waren het laagst voor ceCT en neCT, zie [tabel 1](#). Betrouwbaarheidsintervallen en significantie niveau's werden niet gerapporteerd.

PET vs MRI vs CT

Het review van Ciliberto et al. richt zich op de vergelijking tussen ¹⁸F-FDG PET-CT en whole-body MRI voor een heel aantal verschillende tumortypen. Zij includeerden onder meer 3 prospectieve studies [Laurent 2010³⁶⁸, Pfannenbergs 2007³⁸⁵, Dellestable 2011³⁴⁰] voor de stadiëring van melanoom (stadium niet vermeld). De studie van Dellestable et al. is Franstalig en voldeed daarom niet aan de inclusie van het huidige literatuur onderzoek. De studies van Laurent et al. en Pfannenbergs et al. zijn ook apart met het literatuur onderzoek geïdentificeerd [Laurent 2010³⁶⁸, Pfannenbergs 2007³⁸⁵]. Het review van Ciliberto et al. is vooral beschrijvend en vermeldt een vergelijkbare op laesie gebaseerde accuratesse, sensitiviteit en specificiteit voor ¹⁸F-FDG PET-CT in vergelijking met WB-MRI, zonder onderscheid tussen klier- of afstandsmetastasen [Ciliberto 2013]. Betrouwbaarheidsintervallen werden niet gerapporteerd.

Laurent et al. vond bij 35 patiënten met een kans op aanwezigheid van metastasen (tumor stadium en verdere indicatie voor deelname aan onderzoek worden niet gegeven) een hogere overall sensitiviteit (83%) en specificiteit (98%) voor whole body MRI (multi contrast protocol inclusief diffusie gewogen opname) dan voor ¹⁸F-FDG PET/IdCT (sensitiviteit: 73%; specificiteit: 93%) voor het aantonen van metastasen, het significantieniveau is onbekend. Voor het aantonen van lymfekliermetastasen en metastasen op afstand in bot, lever en long was WB-MRI sensitiever dan ¹⁸F-FDG PET/IdCT, de significantieniveau's zijn onbekend [Laurent 2010³⁶⁸], zie ook [tabel 1](#).

In de prospectieve studie van Jouvets et al. werden de diagnostische accuratesse van de volgende technieken met elkaar vergeleken: ¹⁸F-FDG PET/IdCT (met i.v. contrast), ceCT, diffusie gewogen whole body -MRI (DWWB-MRI oftewel: whole body diffusion weighted imaging) en WB-MRI met een VIBE techniek (Volumetric interpolated breath-hold examination) in een cohort van 37 patiënten met een cutaan melanoom, stadium IV [Jouvets 2013³⁵⁷]. Er werden geen statistisch significante ($p < 0,05$) verschillen gevonden tussen ¹⁸F-FDG PET/CT en diffusie gewogen WB MRI +/- VIBE voor het opsporen van metastasen in het algemeen of op specifieke plaatsen. WB MRI VIBE presteerde overall wel significant beter dan ceCT, behoudens longmetastasen: hier was ceCT beter. Zie verder ook [tabel 1](#).

Concluderend zijn de gevonden studies lastig direct te vergelijken vanwege diverse verschillen in patiëntinclusie, methodologie en kwaliteit. De meeste studies vergelijken ¹⁸F-FDG PET/IdCT en ceCT. Wanneer deze studies bekeken worden is de trend dat de combinatie van ¹⁸F-FDG PET en een diagnostische ceCT de beste accuratesse toont. Er zijn slechts enkele vergelijkende MRI studies beschikbaar, met relatief kleine patiënt aantallen, waarvan de resultaten elkaar tegenspreken.

Zie [tabel 1](#): overzicht van de accuratesse-gegevens van de hierboven afzonderlijk beschreven studies.

RoI PET CT in de follow up

Voor patiënten met melanoom stadium II-IV zijn er geen gerandomiseerde studies gevonden die diagnostische testen om metastasen tijdens de follow up te detecteren hebben vergeleken.

In een eerdere meta-analyse rapporteerden Xing et al. [2011]([61](#)) voor detectie van *lymfkliermetastasen* in de follow-up voor echografie een gepoolde sensitiviteit van 96% (95% CI 85-99) bij een specificiteit van 99% (95% CI 95-100). Voor CT vond men een gepoolde sensitiviteit van 61% (95% CI 15-93; specificiteit 97% (95% CI 70-100)); voor ¹⁸F-FDG PET en ¹⁸F-FDG PET-ceCT resp. een sensitiviteit van 87% (95% CI 67-96) en 65% (95% CI 20-93), bij specificiteiten van resp. 98% (95% CI 93-100) en 99% (95% CI 92-100). Voor detectie van *afstandsmetastasen* tijdens follow-up vonden zij voor ¹⁸F-FDG PET/ceCT de hoogste accuratesse (gepoolde sensitiviteit 86% [95% CI 76-93], specificiteit 91% [95% CI 79-97], in vergelijking met ¹⁸F-FDG PET (sensitiviteit 82%, 95% CI 72-88), specificiteit 83% (95% CI 70- 91) en CT resp. 63% (95% CI 46-77) en 78% (95% CI 58-90). Net als bij primaire stadiëring waren de verschillen statistisch niet significant en was er aanzienlijke heterogeniteit in methoden.

Het huidige literatuur onderzoek richtte zich dus op studies waarin beeldvormend onderzoek in combinatie met S100B bepalingen werden onderzocht. Sinds 2009 werden daarvan drie observationele studies [Aukema 2011([53](#)), Peric 2011([58](#)), Wieder 2013([60](#))] gepubliceerd die een idee geven over de accuratesse van de ¹⁸F-FDG PET/IdCT en S100B bepaling om metastasen te detecteren in de follow-up van patiënten met melanoom stadium II-IV, die in opzet curatief behandeld zijn. Studies die de accuratesse van ceCT of WB MRI om metastasen te detecteren in de follow up onderzochten zijn niet gevonden. Naast de opbrengst van het literatuuronderzoek is er een retrospectieve studie van Strobel et al. die de opbrengst beschrijft van ¹⁸F-FDG PET/IdCT bij 47 patiënten met een verhoogd S-100B in de follow-up. In dat onderzoek had ¹⁸F-FDG PET/IdCT (op patiënten niveau geanalyseerd) een sensitiviteit van 97% en een

specificiteit van 100% [Strobel 2007(59)].

In de retrospectieve analyse van Aukema et al. werden 46 hoog risico melanoom patiënten (stadium niet gerapporteerd) geïnccludeerd [Aukema 2010(53)]. De patiënten hadden een hoog risico door bepaalde kenmerken van het primaire melanoom (meestal lokaal/regionaal recidief, primair melanoom met simultane lymfkliermetastasen). Zij hadden geen symptomen en tekenen van lymfklier- of afstandsmetastasen, maar wel een verhoogde serum S100B waarde en ze werden verwezen om een ¹⁸F-FDG PET/IdCT scan te laten maken. Aukema et al. gebruikte hiervoor seriële S100B bepalingen. De klinische relevantie van een verhoogd gehalte aan serum S100B tijdens de follow up van deze patiënten werd onderzocht samen met de uitslag van de daaropvolgende whole body ¹⁸F-FDG PET/IdCT en MRI hersenen. De voorspellende waarde voor een recidief (klier- of afstandsmetastasen) bij een verhoogd serum S100B gehalte was 50%. ¹⁸F-FDG PET/IdCT toonde tijdens de follow up in 27 van de 46 patiënten voor metastasen verdachte afwijkingen. De sensitiviteit en specificiteit van ¹⁸F-FDG PET/IdCT was respectievelijk 100% en 83%. Betrouwbaarheidsintervallen werden niet gerapporteerd.

Ook in de studie van Peric et al. werd de serum S100B waarde bepaald om te onderzoeken of deze een marker kon zijn om metastasen te voorspellen tijdens de follow-up van melanoom patiënten (alle stadia) [Peric 2011(58)]. Honderdvijftien patiënten die verdacht werden van ziekteprogressie op basis van verhoogd serum S100B (asymptomatische patiënten; n=33) of op basis van klinische tekenen (symptomatische patiënten; n=82) ondergingen ¹⁸F-FDG PET/IdCT. Ziekteprogressie werd bevestigd in 87% van de symptomatische patiënten en in 70% van de asymptomatische. Bij de symptomatische patiënten was de sensitiviteit en specificiteit van de serum S100B waarde 34% en 91%. Bij asymptomatische was de sensitiviteit en specificiteit van de serum S100B waarde 100% en 70%. Betrouwbaarheidsintervallen werden niet gerapporteerd. De sensitiviteit en specificiteit van ¹⁸F-FDG PET/IdCT bij symptomatische patiënten was respectievelijk 99% en 91%. De sensitiviteit en specificiteit van ¹⁸F-FDG PET/IdCT bij asymptomatische patiënten was respectievelijk 100% en 90%. Betrouwbaarheidsintervallen werden niet gerapporteerd.

In de retrospectieve studie van Wieder et al. werd de diagnostische accuratesse van de ¹⁸F-FDG PET/ceCT en serum S100B geëvalueerd [Wieder 2013(60)]. Negentig opeenvolgende patiënten met melanoom stadium I-IV (40 stadium III/IV) ondergingen een ¹⁸F-FDG PET/ceCT scan en serum S100B bepaling bij klinische verdenking van recidief en/of verhoogd S100B; 21 bleken een lokaal recidief te hebben (waarvan negen met ook metastasen); negen anderen hadden uitsluitend metastasen. De sensitiviteit en specificiteit van ¹⁸F-FDG PET/ceCT om een recidief op te sporen was respectievelijk 87% en 93%; de sensitiviteit en specificiteit van serum S100B om een recidief op te sporen was respectievelijk 65% en 52%. Betrouwbaarheidsintervallen werden niet gerapporteerd. In al deze studies gebruikte men verschillende S100B bepalingmethoden met verschillende afkapwaarden. Voor de CT werd het gangbare 'dual phase injection protocol' gebruikt.

De gepoolde sensitiviteit van ¹⁸F-FDG PET/IdCT in de 3 gevonden studies uit het literatuuronderzoek was 95% (95%CI 87-99%; met aanwijzingen voor heterogeniteit), de gepoolde specificiteit 90% (95%CI 82-95%; zonder aanwijzingen voor heterogeniteit). De gepoolde diagnostische odds ratio was 124 (95%CI 37-419).

Conclusies:

Conclusies 2012 (onveranderd geldig, niet meegenomen in modulaire revisie 2015)

Het is aangetoond dat ¹⁸F-FDG PET of ¹⁸F-FDG PET/IdCT een matige tot hoge specificiteit, maar een zeer lage sensitiviteit heeft voor het aantonen van regionale metastasen bij stadium I-II patiënten. Hierdoor is zowel de aantonnende als uitsluitende kracht van ¹⁸F-FDG PET of ¹⁸F-FDG PET/IdCT voor deze indicatie zeer beperkt.

Niveau 1 Krug 2008³⁶⁴, Cordova 2006⁵⁵, Kell 2007¹³⁷, Klode 2010¹⁴⁷, Singh 2008²⁴¹

Het is aangetoond dat echografie een hoge specificiteit heeft voor positieve regionale lymfeklieren.

Niveau 1 A2: Xing 2011⁴¹⁸, Van Rijk 2006⁴¹¹, Voit 2010⁴¹³, B; Hocevar 2004³⁵⁵, Kahle 2003³⁰⁵, Sanki 2009³⁹⁴

Er zijn aanwijzingen dat de sensitiviteit van echografie voor positieve regionale lymfeklieren afhankelijk is van de echografische kenmerken die gehanteerd worden om een abnormale test te definiëren, en dat perifere perfusie en/of verlies van centrale echogeniciteit (oftewel vetcentrum) en/of ballonvorm (ronde

vorm itt de normale ovale vorm) de hoogste sensitiviteit heeft.

[Niveau 3](#) A2: Voit 2010⁴¹³

Er zijn aanwijzingen dat de kans dat MRI hersenmetastasen aantoot bij patiënten met stadium I-II klein is.

[Niveau 3](#) B: Fogarty 2006⁴¹³

Conclusies 2016 (op basis van modulaire revisie 2016)

Het is aannemelijk dat bij (her)stadiëring van stadium IIIb-IV patiënten ¹⁸F-FDG PET/IdCT en ceCT elkaar weinig ontlopen in overall sensitiviteit en specificiteit. De hoogste accuratesse (combinatie van sensitiviteit en specificiteit) wordt bereikt met ¹⁸F-FDG-PET/IdCT gecombineerd met diagnostische ceCT. Op laesie-niveau presteert ¹⁸F-FDG PET/IdCT beter in het opsporen van subcutane en botmetastasen en diagnostische ceCT beter in het opsporen van (kleine) longmetastasen.

[Niveau 2](#) B Xing 2011⁴¹⁸, Bastiaannet 2009³²⁶, Pfluger 2011³⁸⁶, Jouvret 2013³⁵⁷

Momenteel is er nog te weinig literatuur beschikbaar om een goede plaatsbepaling van ¹⁸F-FDG-PET/IdCT ten opzichte whole body (diffusie gewogen) MRI te doen bij stadium IIIb-IV melanoom patiënten. De resultaten van drie kleine studies komen niet overeen.

[Niveau 3](#) B Pfannenbergh 2007³⁸⁵, Laurent 2010³⁶⁸, Jouvret 2013³⁵⁷

Rol PET CT in de follow up

Bij patiënten met hoog risico melanoom met een stijgend en/of herhaaldelijk verhoogd serum S100B is het aannemelijk dat S100B bepalingen tijdens follow-up gebruikt kunnen worden om ziekteprogressie te voorspellen.

Niveau 2: B Aukema 2010⁽⁵³⁾, Peric 2011⁽⁵⁸⁾

Bij de follow-up van melanoom patiënten zijn er aanwijzingen dat ¹⁸F-FDG PET/IdCT in combinatie met ceCT een betere diagnostische accuratesse heeft dan ceCT alleen.

Niveau 3: B Xing 2011⁽⁶¹⁾

Overwegingen:

Klinische relevantie

Hoewel een verandering van klinisch beleid op basis van de verschillende beeldvormingstechnieken geen aparte uitgangsvraag was met dito literatuur onderzoek, zijn er tijdens het huidige literatuur onderzoek twee additionele artikelen gevonden die hierop ingingen [Subesinghe 2013⁴⁰², Aukema 2010³²⁴].

Subesinghe et al. onderzocht retrospectief een cohort van 45 patiënten waarbij 51 (stadium III n=8, stadium IV n=42) ¹⁸F-FDG PET scans zijn geherevalueerd [Subesinghe 2013⁴⁰²]. Zij maakten een verschil tussen een grotere en geringere verandering in het beleid. Een grote verandering was gedefinieerd als een verandering in het therapeutische beleid of verdere karakterisatie van een eerdere inconclusieve laesie. Onder een geringere verandering werd verstaan de bevestiging van bekende laesies die op een eerdere ceCT gevonden waren. Er was sprake van een grote verandering in beleid in 21 casus (41%) en een geringe verandering in beleid in 23 casus (45%).

Aukema et al. bestudeerden de rol van ¹⁸F-FDG PET/IdCT en MRI hersenen pre-operatief in 70 patiënten met palpabele lymfeklieren, zonder aanwijzing voor metastasen op afstand na lichamelijk onderzoek [Aukema 2010³²⁴]. ¹⁸F-FDG positieve laesies werden zo mogelijk middels pathologisch onderzoek of additionele beeldvorming bevestigd. Indien dit niet mogelijk was, diende het klinische beloop van de ziekte als goud standaard. Voor deze in Nederland uitgevoerde studie was voor ¹⁸F-FDG PET/IdCT de gerapporteerde sensitiviteit 87% en specificiteit 98% (accuratesse 93% en PPV 96%). De ¹⁸F-FDG PET/IdCT leidde tot een verandering van de geplande regionale lymfeklierdissectie bij 26 patiënten (37%; n=23 patiënten wissel naar palliatieve chemotherapie, n=3 patiënten uitbreiding van de locoregionale behandeling). MRI toonde in 5 patiënten (7%) hersenmetastasen. Vier van de vijf patiënten hadden ook extra-craniële afstandsmetastasen bij ¹⁸F-FDG PET/IdCT.

Daarnaast is over de verandering van het klinische beleid gerapporteerd in de al eerder beschreven studies van Reinhardt et al. [2006³⁸⁸], Pfannenbergh et al. [2007³⁸⁵] en Bastiaannet et al. [2009³²⁶].

Bastiaannet et al. rapporteerde een verandering van beleid bij 17% van de 251 patiënten alleen op basis van ¹⁸F-FDG PET versus bij 4% alleen op basis van ceCT.

In de eveneens prospectief uitgevoerde studie van Pfannenbergh et al. [2007] is bij 41 van de 64 patiënten ook gekeken naar de verandering op het klinisch beleid. De grootste impact op het beleid was door de combinatie ¹⁸F-FDG PET/IdCT + ceCT (90%), gevolgd door WB-MRI (88%, hersenmetastasen niet meegerekend), alleen ¹⁸F-FDG PET/IdCT (76%) en alleen ceCT (73%).

Ook Reinhardt et al. [2006]²¹⁵ rapporteerden de grootste verandering in klinisch beleid op basis van ¹⁸F-FDG PET/CT (met oraal contrast), ten opzichte van alleen ¹⁸F-FDG PET of alleen CT. De gerapporteerde verandering in beleid obv ¹⁸F-FDG PET/CT in deze studie bedroeg 121/250 patiënten (48%).

Tot slot werden nog de studies van Etchebeere et al. [2010]³⁴⁵ en Bronstein et al. [2012]³³⁰ geïdentificeerd over verandering op het voorgenomen klinische beleid.

Etchebeere et al. [2010]³⁴⁵ analyseerde de impact van ¹⁸F-FDG PET/IdCT (met oraal contrast) op het klinische beleid bij patiënten (n=78) die al middels conventionele beeldvorming (ceCT thorax/abdomen/bekken en MRI hersenen) geherstadiëerd waren op drie niveau's: voor lokaal recidief, locoregionaal recidief en afstandsmetastasen. In de patiëntengroep met locoregionaal recidief was de klinische impact het grootst en vond er bij 5/23 (22%) patiënten up-staging plaats.

De prospectieve studie van Bronstein et al. [2012]³³⁰ had een vergelijkbare benadering. Zij bestudeerden bij hoeveel patiënten er middels ¹⁸F-FDG PET/IdCT nog onverwachte bevindingen werden gevonden voorafgaande aan chirurgie. Patiënten met klinisch stadium III en stadium IV die op basis van conventionele beeldvorming (ceCT thorax/abdomen/bekken en MRI hersenen) operabel werden geacht, werden geïnccludeerd. Bij 4/33 scans (12%) werden onverwachte metastasen aangetoond die op eerdere beeldvorming gemist waren of niet afgebeeld (extremiteiten). Dit resulteerde bij 2 patiënten in afzien van de geplande chirurgische ingreep en bij twee patiënten werd het chirurgische plan aangepast.

Samenvattend geldt ook hier dat de diverse studies onderling verschillen in opzet, definitie van klinische impact, uitvoering van onderzoekstest etc, waardoor pooling niet goed mogelijk is. De trend lijkt hier dat de grootste verandering voor het klinisch beleid gevonden wordt in de groep patiënten die initieel in opzet curatief chirurgisch kunnen worden behandeld, maar waarbij door FDG-PET/IdCT additionele afstandsmetastasen worden opgespoord. Naarmate er voorafgaand aan de FDG-PET/IdCT meer andere beeldvormende diagnostiek (bv volledig stadiëringsonderzoek middels ceCT en MRI hersenen) heeft plaatsgevonden, daalt de klinische impact van de FDG-PET/IdCT.

Hersenmetastasen

Ook niet meegenomen in de onderzoeksvraag is het nut of de opbrengst van MRI hersenen bij stadium III - IV patiënten. In de lagere stadia is de opbrengst verwaarloosbaar laag [Fogarty 2006⁹⁰]. Zelfs bij stadium III patiënten in de studies van Bastiaannet et al. [2009]³²⁶ en Aukema et al. [2010]³²³ waren er slechts enkele patiënten geïdentificeerd met alleen afstandsmetastasen intra-cranieel. Hierom wordt in de gangbare klinische praktijk bij deze stadia niet standaard een MRI hersenen uitgevoerd. Echter, bij stadium IV patiënten wordt dit onderzoek meer en meer uitgevoerd vanwege ontwikkelingen op het gebied van de verschillende nieuwe systeemtherapieën, waarbij het hebben van hersenmetastasen soms een contra-indicatie voor therapie is. Ook wordt dit onderzoek vaker verricht vanwege nieuwe ontwikkelingen van de behandeling van hersenmetastasen binnen de radiotherapie. Bijvoorbeeld voor de indicatiestelling van stereotactische bestraling, die onder andere afhangt van het aantal en grootte van de gevonden hersenmetastasen. In de praktijk wordt MRI hersenen onderzoek dan ook additioneel aangevraagd wanneer hier behandelconsequenties aan worden verbonden bij (verdenking op) stadium IV patiënten. Immers ¹⁸F-FDG PET/IdCT is niet geschikt voor evaluatie van het brein vanwege de intrinsieke hoge achtergrondopname van ¹⁸F-FDG in het cerebrum. Verder beslaat conventioneel diagnostisch ceCT onderzoek alleen de romp. Voor een betrouwbare ceCT evaluatie van de hersenen moet een additioneel CT protocol worden gevolgd ten opzichte van een CT protocol voor ceCT thorax/abdomen/bekken. Zie verder ook de richtlijn 'Hersenmetastasen' (<http://www.oncoline.nl/hersenmetastasen>).

Patiëntenperspectief

Met de komst van de nieuwere generatie PET/CT camera's bestaat er de mogelijkheid om twee typen onderzoek, FDG PET/IdCT en diagnostische ceCT, tijdens één sessie te combineren. Voor de patiënt heeft dit het voordeel dat er slechts één ziekenhuisbezoek nodig is ipv twee. Ook kan dit een positief effect hebben in de doorlooptijd tav het diagnostische traject.

Professioneel perspectief

Echografie van de locoregionale klierstations kan behulpzaam zijn bij het identificeren van lymfekliermetastasen. De precieze diagnostische waarde kan nog niet goed worden gedefinieerd door het ontbreken van eenstemmigheid over de sluitende karakteristieken die bepalen welke lymfeklieren pathologisch zijn. Een beperking van de echografie is dat de interpretatie van het onderzoek erg afhankelijk is van de uitvoerder als ook diens ervaring. Na vaststelling van duidelijke criteria zou echografie een rol kunnen gaan spelen bij het selecteren van patiënten voor een schildwachtklierprocedure als de

betrouwbaarheid in combinatie met cytologie voldoende blijkt.

Kosteneffectiviteit

Bij de lagere stadia melanomen (stadium I, II en IIIA) is de prevalentie van afstandsmetastasen laag; dit is van belang voor het beoordelen van de noodzaak tot het uitvoeren van afbeeldend onderzoek. Bij de hogere stadia (IIIB/IIIC en IV) moeten de meerkosten van ¹⁸F-FDG PET/IdCT tov ceCT in ogenschouw worden genomen in relatie met de mate van invloed op (verandering van) het beleid voortvloeiend uit de diagnostische accuratesse. Er is een scenarioanalyse uitgevoerd die gebaseerd is op een literatuurstudie en de resultaten van de OMSPECT studie van Bastiaannet et al. (n=252 patiënten) met 5 scenario's in stadium IIIB/IIIC patiënten: (1) alle patiënten een ¹⁸F-FDG PET en gelijktijdig een ceCT, (2) eerst een ceCT gevolgd door een ¹⁸F-FDG PET/IdCT bij M0, (3) eerst een ¹⁸F-FDG PET/IdCT gevolgd door een ceCT in geval van M0, (4) alleen een ceCT en (5) alleen een ¹⁸F-FDG PET/IdCT [Bastiaannet 2009³²⁶]. Tevens is voor scenario 2, 3 en 5 meegenomen dat patiënten met gemetastaseerde ziekte (M1) een ceCT krijgen als uitgangssituatie voor start systemische therapie; indien als eerste gestart werd met een ceCT die negatief was (met een positieve PET-IdCT), is in de scenario's niet nogmaals de ceCT herhaald. In de analyses was het percentage juist positieve scans die leidden tot upstaging en een correcte verandering in behandeling 31,0% voor scenario 1 en scenario 3, 30,6% voor scenario 2, 27,0% voor scenario 5 en 24,2% voor scenario 4. Hierbij was de goud standaard voor het aantal patiënten dat terecht werd ge-upstaged gebaseerd op histologie/pathologie, MRI, botscan, of minimaal 6 maanden follow-up. Het aantal fout-negatieve scans is gelijk in scenario's 1, 2 en 3 (1 patiënt). Het aantal fout-positieve scans is het laagst bij scenario 1 waar alle patiënten een ¹⁸F-FDG PET en gelijktijdig een ceCT ondergaan (1,6%) en scenario 5 (1,6%) waar patiënten een ¹⁸F-FDG PET/IdCT ondergaan maar die gevolgd wordt door een ceCT voor patiënten met gemetastaseerde ziekte, gevolgd door scenario 3 (eerst ¹⁸F-FDG PET/IdCT: 4,0%) en scenario 2 (eerst ceCT: 4,4%) en scenario 4 (4,4%).

Samenvattend is scenario 1, zowel ¹⁸F-FDG PET/IdCT als ceCT, het meest gunstig voor én het aantal patiënten dat terecht is ge-upstaged, en het laagst aantal fout-positieven, én het laagst aantal fout-negatieven.

De kosten voor diagnostiek en behandeling ten opzichte van de uitgangssituatie (geen aanvullende diagnostiek met ¹⁸F-FDG PET/IdCT en ceCT bij patiënten met stadium IIIB-C, waarbij alle patiënten een klierdissectie krijgen) stijgen met een aanzienlijk percentage, gerelateerd aan de proportie patiënten dat wordt ge-upstaged naar stadium IV en in het licht van de tegenwoordig veelal kostbare behandelopties. Naar mate de behandelopties duurder worden, zullen de extra kosten van aanvullende beeldvormende diagnostiek relatief minder meetellen in de totale kostenberekening. Ook zullen de kosten van patiënten die onterecht behandeld worden met systemische therapie (op basis van de fout-positieve uitslagen van beeldvorming) ongunstiger uitvallen naarmate deze systeemtherapie duurder is.

Het screenen op hersenmetastasen door middel van een MRI bij stadium I, II en III patiënten is waarschijnlijk niet kosteneffectief omdat de kans op aanwezigheid van intracerebrale metastasen bij patiënten zonder klachten minimaal is. Bij patiënten met een hoger stadium kan dit wel gerechtvaardigd zijn, indien hier behandel consequenties aan zijn verbonden.

Organisatie

Tegenwoordig (anno 2015) is er geen beperking meer in de beschikbaarheid van ¹⁸F-FDG PET/CT in Nederland. Wat betreft de whole body diffusie gewogen MRI techniek geldt dat dit slechts in een paar centra in Nederland, voornamelijk in studieverband wordt toegepast. En wordt deze techniek niet als gangbare routine gezien. Ook een gecombineerde PET/MRI systeem is slechts zeer beperkt beschikbaar in Nederland.

Rol PET CT in de follow up

Klinische relevantie

Screening van dergelijke asymptomatische patiënten (verder in de tekst aangeduid als 'screening') is vooral zinvol indien aangetoond of tenminste aannemelijk is dat vroeg-detectie van een recidief ook leidt tot een betere prognose na behandeling (zie ook *Oncoline onder: Melanoom; Nazorg en Controle; Detectie nieuwe Kankermanifestaties; Vroegdetectie en Module Detectie nieuwe manifestaties*, uit de richtlijn *Herstel na Kanker* (bijlage 9). Bij het maligne cutaan melanoom is er geen gerandomiseerde trial waarbij patiënten intensief gescreend worden vs. een controle arm met voornamelijk anamnese/lichamelijk onderzoek. Het is ook niet erg waarschijnlijk dat dergelijke studies er op afzienbare termijn zullen komen. Anderzijds gaan de ontwikkelingen rond immunotherapie momenteel erg snel, en het lijkt er op dat het effect van die behandelingen sterker is indien sprake is van een kleinere hoeveelheid tumorweefsel bij

aanvang van die behandeling.

Een advies/richtlijn berust dan op een afweging van plausibiliteit ('vroeg-detectie, dat wil zeggen geringere tumorload bij diagnose recidief, leidt tot beter behandelresultaat') en opbrengst enerzijds, en nadelige effecten van screening anderzijds. Op het laagste niveau van complexiteit is 'opbrengst' van screening: het aantal potentieel behandelbare tumor-recidieven (in diagnostiek termen: sensitiviteit). Nadelen van screening omvatten de mate en gevolgen van test fout-positiviteit, psychologische effecten (van fout-positiviteit en langduriger besef van ziek-zijn) en kosten.

Bij een lage voorafkans op tumor-recidief zal het aantal fout positieve screeningstest-uitslagen hoog zijn. Indien er getest wordt, moet het aantal terecht-positieve testuitslagen de nadelen van de fout-positieve bevindingen op zijn minst neutraliseren. De indicatiestelling, timing en frequentie van eventuele screening moet dus rekening houden met voorafkans op recidief als functie van de individuele voorgeschiedenis (bv. het tumorstadium) en van de tijd verstreken sinds de laatste behandeling. De kans op een recidief is afhankelijk van het stadium bij presentatie en van de tijd die sindsdien verstreken is. In de MSLT-trial [Morton 2014] was de recidief-vrije overleving 5 jaar na presentatie 73-78% en 44-56% bij patiënten met een melanoomdikte van resp. 1,2-3,5 mm en >3,5 mm, met de grootste kans op recidief in de eerste paar jaar na presentatie. Bij patiënten met een radicaal, in opzet curatief geresceerd recidief stadium III is de kans op recidief het grootst in het 1e jaar na de operatie (1 jr recidief-vrije overleving 56%, 2 jrs - : 44%, 3 jrs - 35%; na adjuvant ipilimumab resp. 64%, 52% en 47%) [Eggermont 2015(56)]. Waarschijnlijk kan de voorafkans op recidief dus verhoogd worden door toepassing van de serum marker S100B, al dan niet in combinatie met bepaling van serum LDH.

Als de kans op tumor-recidief bij een positieve S100B test (zoals toegepast door Aukema et al. en Peric et al.) in asymptomatische patiënten varieert tussen 50 en 70% [Aukema 2010(53), Peric 2011(58)], dan zou op basis van de gepoolde PET/CT accuratesse (van de studies die S100B en ¹⁸F-FDG PET/CT omvatten) de post-test kans op recidief in geval van een positieve PET/CT uitslag variëren van 90 tot 96%. Omgekeerd zou bij een negatieve PET/CT uitslag na een positieve S100B test de post-test kans op recidief liggen tussen 5-11%. Een Nederlandse studie (N=211) van Bouwhuis et al. beschrijft het serieel bepalen van de S100B, in stadium IIB en III patiënten als een sterke onafhankelijke prognostische marker, zelfs sterker dan stadium en aantal positieve lymfklieren [Bouwhuis 2011(54)]. Egberts et al. vergeleken S100B met LDH bepalingen en concludeerde dat beide markers niet in staat waren locoregionale metastasen met een lage tumorload aan te duiden. Daarnaast vonden zij dat S100B superieur is ten opzichte van LDH voor het bepalen van vroege afstandsmetastasen (53,8 vs. 23,1%; p=0,008) [Egberts 2009(55)].

Patiënten perspectief

Vroege opsporing door screening op eventuele metastasen met bloed- of beeldvormend onderzoek, met als uitkomst een beter behandelingsresultaat kent een prijs: hoe kleiner de voorafkans op uitzaaiingen, des te groter de kans op fout-positieve testuitslagen. Om vast te stellen of een positieve test uitslag onjuist is, is vaak aanvullend onderzoek nodig (scans, biopsen). Dit kan dus leiden tot (achteraf) onterechte onzekerheid en onrust bij patiënten.

Professioneel perspectief

Zoals bij elke diagnostische test zijn ook S100B en LDH bloedbepalingen niet perfect betrouwbaar. Vooral S100B kan specifiek verhoogd zijn (bv. bij gebruik van protonpomp inhibitors, 'traumatische' bloedafname, hersenschade, neurologische aandoeningen). De specificiteit van de bepaling kan verhoogd worden door de bepaling na enkele weken te herhalen. Afkapwaarden zijn vaak test-specifiek. Standaardisatie van procedures rond de bepaling (inclusief die van bloedafname), en kennis van omstandigheden die ook kunnen leiden tot S100B verhoging, zijn essentieel om de fout-positiviteit ervan te beperken.

Bevestiging en lokalisatie van recidief geschiedt het meest nauwkeurig met ¹⁸F-FDG PET/IdCT en ceCT scans.

Kosten effectiviteit

Er zijn geen gegevens over de kosteneffectiviteit van screening op metastasen bij patiënten met een in opzet curatief behandeld melanoom.

Organisatie

S100B procedures dienen gestandaardiseerd te worden uitgevoerd, in overleg met de klinisch chemici van de melanoom expertise centra. ¹⁸F-FDG PET/IdCT en ceCT zijn beschikbaar in deze centra.

Onbekende primaire tumor

Literatuurbespreking:

Incidentie en diagnose

Patiënten met melanoom presenteren zich in ongeveer 3-5% van de gevallen met een metastase als eerste uiting van de ziekte. De anamnese levert in een dergelijk geval soms een waarschijnlijkheidsdiagnose op. Er kan sprake zijn geweest van een huidtumor die na verloop van tijd spontaan is verdwenen. Waarschijnlijk is het primaire melanoom dan in regressie gegaan. Het kan ook zijn dat de boosdoener tevoren als onverdachte huidtumor was verwijderd zonder dat de werkelijke diagnose was gesteld. Bij een ander deel van de patiënten wordt anamnestic geen bijbehorende primaire tumor gevonden.

Inspectie van de regionale huid en biopsie van suspecte laesies zijn aangewezen. Kennis van de lymfedrainage is daarbij een leidraad. Het behaarde hoofd en de anus zijn bekende plekken waar zich nog wel eens een primaire tumor bevindt. Aanvullend onderzoek, zoals ophthalmoscopie en endoscopie, levert zelden iets op en is niet nodig. De helft van de metastasen bevindt zich in een lymfeklier, meestal in de oksel. Ongeveer 40% bevindt zich in de subcutis, de rest in de huid en in inwendige organen. Er is niet noodzakelijkerwijs sprake van een metastase afkomstig van een huidmelanoom. Ook in de tractus digestivus en in lymfeklieren komen normaal pigmentcellen voor die kunnen ontaarden. Bij een melanoommetastase in een halslymfeklier moet tevens worden gedacht aan een primair mucosaal melanoom van de bovenste lucht- en voedselweg. Specifiek onderzoek door een oogarts en hoofd-hals chirurg (i.c. een KNO-arts of MKA chirurg-oncoloog) is dan aangewezen.

In tegenstelling tot wat vaak wordt aangenomen, is de prognose van patiënten met een onbekende primaire tumor niet slechter dan die van patiënten met vergelijkbare metastasen van een bekende primaire tumor. In opzet curatieve behandeling is aangewezen indien het gaat om tumoruitingen in de huid, subcutis of lymfeklieren (zie lokaal recidief diagnostiek). Onderzoek naar viscerale metastasering is bij hen meestal niet nodig. Want ook in geval van viscerale metastasering zal het proces vaak toch worden verwijderd om problemen als ulceratie, bloedingen of zenuwingroei ter plaatse te voorkomen.

Beperkte viscerale metastasering kan ook chirurgisch worden behandeld, vooral indien deze gelokaliseerd is in de long of de tractus digestivus. Hoewel genezing zeldzaam is, is er een kleine groep patiënten bij wie het nastreven daarvan een reële mogelijkheid is. Zorgvuldige stadiëring is dan wel aangewezen (zie behandeling radiotherapie).

Adjuvante systemische behandeling na initiële behandeling

Aanbevelingen:

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van adjuvante therapie in de behandeling van patiënten na complete resectie van stadium III/IV melanoom?

Aanbeveling

Besprek met patiënten, die ziektevrij zijn na een resectie van hoog risico stadium III/IV melanoom (AJCC 7e editie stadium 3a > 1mm, 3b, 3c en 4), de mogelijkheid van een adjuvante therapie behandeling voor een ziektevrije overlevingswinst, hoewel het nog niet is aangetoond dat dit leidt tot een overall survival voordeel.

Scan patiënten die adjuvante therapie ondergaan voor de start van de therapie met een CT-scan of PET/CT scan om te verifiëren dat zij daadwerkelijk ziektevrij zijn.

Controleer gedurende de adjuvante behandeling patiënten periodiek (elke 3 tot 4 maanden) met nieuwe

beeldvorming (CT-scan) om onnodig doorbehandelen te voorkomen.

Literatuurbespreking:

Melanoompatiënten met uitzaaiingen in de lymfklieren worden door de chirurg behandeld voor complete resectie van de lymfklieren (lymfklierdissectie). Momenteel wordt dit alleen nog gedaan bij macroscopische metastasen. Ondanks deze behandeling is er een grote kans op uitzaaiingen op afstand. Afhankelijk van het stadium, wordt in 35 tot 75% van de patiënten later toch hematogene/lymfogene afstandsmetastasen gevonden, waaraan een deel van de patiënten zal overlijden. Voor de behandeling van stadium III melanoompatiënten is er dus behoefte aan adjuvante therapie voor de nog onontdekte hematogene metastasen.

Hoge morbiditeit en therapie-gerelateerde mortaliteit van adjuvante therapie is onwenselijk omdat een groot deel van de patiënten niet van de behandeling zullen profiteren vanwege het feit dat patiënten geen melanoommetastasen meer hebben of omdat de ziekte niet op de therapie reageert. Adjuvante therapie met interferon heeft inconsistente resultaten en de toxiciteit is hoog. Daarnaast gaat adjuvante immuuntherapie met hoge dosis ipilimumab gepaard met substantiële morbiditeit met zelfs een kleine kans op overlijden. Adjuvante therapie maakte daarom geen deel uit van de standaardbehandeling in Nederland. De introductie van doelgerichte therapie en immuuntherapie met nieuwe 'checkpoint'-remmers bij patiënten met gemetastaseerd (inoperabel stadium IIIC / stadium IV) melanoom heeft een omwenteling bewerkstelligd; het heeft verbetering van de ziektevrije-overleving en gaat gepaard met minder toxiciteit dan (hoge dosis) ipilimumab. Adjuvante therapie geeft mogelijk een betere prognose en zou daarom van toegevoegde waarde kunnen zijn in de behandeling van patiënten na complete resectie van stadium III/IV melanoom.

De literatuur zoekactie levert zes relevante publicaties op naar de effecten van adjuvante therapie in de behandeling van patiënten na complete resectie van stadium III/IV melanoom (Coens, 2017; Eggermont, 2015; Eggermont, 2016; Eggermont, 2018; Long, 2017; Weber, 2017). Het betreffen fase 3 klinische trials van overwegend hoge kwaliteit (laag risico op bias). Alle RCT's zijn placebogecontroleerd, met uitzondering van de studie van Weber (2017) waarin twee verschillende adjuvante therapieën met elkaar worden vergeleken. De RCT's verschillen in studieopzet, met name met betrekking tot de gebruikte medicatie, geselecteerde uitkomstmaten, follow-up tijd en medicatie-regime. De RCT's analyseren de effecten van verschillende monoklonale antilichamen: ipilimumab (Coens, 2017; Eggermont, 2015; Eggermont, 2016; Eggermont, 2018; Weber, 2017), pembrolizumab (Eggermont, 2018), nivolumab (Weber, 2017) en proteïnekinaseremmers: een combinatie van dabrafenib en trametinib (Long, 2017). De RCT's hanteren stringente inclusie- en exclusiecriteria, en includeren volwassenen (met uitzondering van studie van Weber, inclusie vanaf 15 jaar) na complete resectie van stadium III melanoom (Coens, 2017; Eggermont, 2015; Eggermont, 2016; Eggermont, 2018; Long, 2017) of stadium IIIB/C-IV (AJCC 7^{de} editie) melanoom (Weber, 2017). Ondanks het gebruik van placebo-controle en blinding, bestaat de kans dat patiënten en zorgverleners de groepstoekenning raadden op basis van complicaties die optreden als gevolg van toxiciteit als gevolg van de adjuvante behandeling.

Conclusies:

BRAFV600E/K- gemuteerd en wild type melanoom

Ipilimumab versus placebo

Redelijk GRADE	Adjuvante therapie met ipilimumab na complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom leidt tot een hogere 1-jaar ziektevrije overleving dan placebo. <i>Bronnen (Eggermont, 2015; Weber, 2017)</i>
-----------------------	---

Redelijk GRADE	Adjuvante therapie met ipilimumab na complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom leidt tot een hogere 3-jaar ziektevrije overleving dan placebo. <i>Bronnen (Eggermont, 2015)</i>
-----------------------	--

Redelijk GRADE	Adjuvante therapie met ipilimumab na complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom leidt tot een hogere 5-jaar ziekte vrije overleving dan placebo. <i>Bronnen (Eggermont, 2016)</i>
Redelijk GRADE	Adjuvante therapie met ipilimumab na complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom leidt tot een hogere 5-jaar totale overleving dan placebo. <i>Bronnen (Eggermont, 2016)</i>
Redelijk GRADE	Adjuvante therapie met ipilimumab na complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom leidt tot een hogere 5-jaar afstandmetastase-vrije overleving dan placebo. <i>Bronnen (Eggermont, 2016)</i>
- GRADE	Adjuvante therapie met ipilimumab na complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom leidt tot meer behandel gerelateerde complicaties dan placebo. <i>Bronnen (Eggermont, 2016; Weber, 2017)</i>
Laag GRADE	Er zijn aanwijzingen dat de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven gemeten met de QLQ-C30 niet verschilt tussen patiënten die zijn behandeld met ipilimumab en placebo in de behandeling van patiënten na complete resectie resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom. <i>Bronnen (Coens, 2017)</i>
<i>Nivolumab versus ipilimumab</i>	
Redelijk GRADE	Adjuvante therapie met <i>nivolumab</i> na een complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIB, IIIC of IV melanoom (met of zonder BRAF mutatie) leidt tot een hogere 1-jaar ziektevrije overleving dan <i>ipilimumab</i> . <i>Bronnen (Weber, 2017)</i>
Redelijk GRADE	Adjuvante therapie met <i>nivolumab</i> na een complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIB, IIIC of IV melanoom (met of zonder BRAF mutatie) leidt tot een hogere 1-jaar afstandsmetastase-vrije overleving dan <i>ipilimumab</i> . <i>Bronnen (Weber, 2017)</i>
- GRADE	Adjuvante therapie met <i>ipilimumab</i> na een complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIB, IIIC of IV melanoom (met of zonder BRAF mutatie) leidt tot meer behandel gerelateerde complicaties dan <i>nivolumab</i> <i>Bronnen (Weber, 2017)</i>
- GRADE	Wegens gebrek aan evidentie is het nog niet duidelijk of adjuvante therapie met <i>nivolumab</i> na complete resectie (SN of klierdissectie) van

	<p>stadium IIIB, IIIC of IV melanoom (met of zonder BRAF mutatie) leidt tot een verschil in totale overleving in vergelijking met adjuvante therapie met <i>ipilimumab</i>.</p> <p><i>Bronnen (Weber, 2017)</i></p>
--	--

Pembrolizumab versus placebo

Redelijk GRADE	<p>Adjuvante therapie met pembrolizumab na een complete resectie (SN of lymfeklierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom leidt tot een hogere 1-jaar ziektevrije overleving dan placebo.</p> <p><i>Bronnen (Eggermont, 2018)</i></p>
-----------------------	--

GRADE	<p>Wegens gebrek aan evidentie is het nog niet duidelijk of adjuvante therapie met pembrolizumab na complete resectie (SN of lymfeklierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom leidt tot een verschil in totale overleving in vergelijking met placebo.</p> <p><i>Bronnen (Eggermont, 2018)</i></p>
--------------	--

GRADE	<p>Wegens gebrek aan evidentie is het nog niet duidelijk of adjuvante therapie met pembrolizumab na complete resectie (SN of klierdissectie) van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) melanoom leidt tot een verschil in afstandsmetastase-vrije overleving in vergelijking met placebo.</p> <p><i>Bronnen (Eggermont, 2018)</i></p>
--------------	--

BRAFV600E/K-gemuteerd melanoom

Dabrafenib + trametinib versus placebo

Redelijk GRADE	<p>Adjuvante therapie met dabrafenib + trametinib na een complete resectie van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) BRAFV600E/K-gemuteerd melanoom leidt tot een hogere 3-jaar ziektevrije overleving dan placebo.</p> <p><i>Bronnen (Long, 2017)</i></p>
-----------------------	---

GRADE	<p>Wegens gebrek aan evidentie is het nog niet duidelijk of adjuvante therapie met dabrafenib + trametinib na complete resectie van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) BRAFV600E/K-gemuteerd melanoom leidt tot een verschil in totale overleving in vergelijking met placebo.</p> <p><i>Bronnen (Long, 2017)</i></p>
--------------	---

Redelijk GRADE	<p>Adjuvante therapie met een combinatie van dabrafenib + trametinib na een complete resectie van stadium IIIA (SN tumor burden tenminste ≥ 1 mm), IIIB, IIIC (AJCC 7de editie) BRAFV600E/K-gemuteerd melanoom leidt tot een hogere 3-jaar afstandsmetastase-vrije overleving dan placebo.</p> <p><i>Bronnen (Long, 2017)</i></p>
-----------------------	--

Overwegingen:

1. Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

De besproken kwalitatief hoge adjuvante studies met dabrafenib/trametinib bij BRAF gemuteerd radicaal geresecteerd stadium III melanoom, nivolumab bij radicaal geresecteerd stadium IIIB/IIIC (AJCC 7de editie) en IV melanoom en pembrolizumab bij radicaal geresecteerd stadium III melanoom laten een duidelijke verbetering zien van de ziekte-vrije overleving. De verbetering is zodanig groot dat het in de verwachting ligt dat er uiteindelijk een overlevingsvoordeel wordt aangetoond. Recent is een update van de COMBI-AD-trial verschenen welke de positieve effecten van dabrafenib/trametinib bij BRAF gemuteerd radicaal geresecteerd stadium III melanoom bevestigt op 4 jaar follow-up (Hauschild, 2018).

Daar er geen vergelijkend wetenschappelijk onderzoek is van adjuvante doelgerichte versus immunotherapie bij BRAF gemuteerde melanoom patiënten, is er geen, op wetenschappelijke bewijs berustende redenen, voorkeur aan de een of de andere adjuvante therapie te geven.

2. Waarden en voorkeuren van de patiënten

Als patiënten een adjuvante behandeling krijgen aangeboden, dan is sprake van geen aantoonbare of meetbare ziekte. De kans op een recidief dan wel afstandsmetastasen, wordt verlaagd door de adjuvante behandelingen. Echter een deel van de patiënten zal á priori nooit metastasen ontwikkelen en daardoor overbehandeld worden. Alsmede dat een deel ondanks de adjuvante behandeling toch een recidief zal ontwikkelen (primaire of secundaire resistentie) en daarmee ook geen of onvoldoende baat hebben bij de adjuvante behandeling. De behandelingen gaan gepaard met bijwerkingen, die ernstig en langdurig kunnen zijn, soms niet meer volledig herstellen (bijvoorbeeld endocriene bijwerkingen) en die zeer zelden resulteren in overlijden. De patiënten zullen een afweging moeten maken of de impact van een adjuvante behandeling voldoende meerwaarde voor hen heeft, afgewogen tegen de bijwerkingen en ook de kans op overbehandeling.

3. Kosten

De adjuvante melanoom behandelingen zijn zeer kostbare behandelingen. Aangezien over de behandelingen prijsafspraken zijn gemaakt is het niet mogelijk om een prijsindicatie te geven.

4. Aanvaardbaarheid voor de overige relevante stakeholders

Invoering van de adjuvante melanoom behandeling heeft gevolgen voor vele disciplines en zorgorganisatie. Er zullen mogelijk meer schildwachtklieerprocedures worden uitgevoerd. Er zullen meer pathologische onderzoeken, moleculaire analyses, radiologische onderzoeken, laboratorium onderzoeken en dagbehandelingen plaatsvinden (zie module BRAF-test).

5. Haalbaarheid en implementatie

Aangezien kennis over de prognose van melanoom patiënten, beloop van het gemetastaseerd melanoom en de behandelingen met de immuungerelateerde bijwerkingen van melanoompatiënten belangrijk zijn bij de voorlichting en begeleiding van patiënten is het van groot belang dat de adjuvante behandelingen uitsluitend gegeven worden door melanoomexperts in de erkende melanoom centra, die volgens de SONCOS criteria voldoen aan het predicaat melanoom centrum. De WIN-O centra streven er naar om alle behandelde patiënten te registreren in de Dutch Melanoma Treatment Registry (DMTR) om zo de toxiciteit en effectiviteit te kunnen evalueren. Voor de implementatie van de adjuvante melanoombehandelingen is het van belang om alle stadium 3 melanoompatiënten te bespreken in een multidisciplinair overleg.

Gezien de hoge kosten en de potentiële (ernstige) bijwerkingen, is het aan te bevelen om patiënten gedurende de adjuvante behandeling periodiek (elke 3 tot 4 maanden) te controleren met nieuwe beeldvorming (CT-scan) om onnodig doorbehandelen (alsmede bijwerkingen en kosten) te voorkomen.

Rationale/ balans tussen de argumenten voor en tegen de interventie

Het is belangrijk dat in het gesprek met patiënt de volgende punten besproken worden:

- Prognose;
- absolute winst ziektevrije overleving;
- verminderen van stress bij de patiënt omdat er medisch gehandeld wordt;
- snellere overstap naar andere behandelopties bij onvoldoende resultaat;
- de nog niet aangetoonde totale overlevingswinst;
- belasting voor de patiënt;
- mogelijke bijwerkingen van de behandeling;

- contra-indicaties voor adjuvante behandeling;
- naar aanleiding hiervan kan een patiënt een goed overwogen beslissing nemen.

Adjuvante radiotherapie na lymfeklierdissectie

Aanbevelingen:

Er wordt geadviseerd om bij patiënten met een hoog risico op een regionaal recidief en een relatief gunstige prognose ter verbetering van de ziektevrije overleving, na het verrichten van een lymfeklierdissectie, adjuvante radiotherapie te geven.

Literatuurbespreking:

Indicatie voor adjuvante radiotherapie na lymfeklierdissectie

In een retrospectief onderzoek over een periode van 26 jaar bij 338 patiënten die een lymphadenectomie ondergingen zonder radiotherapie, was de regionale recidiefkans van 30% na een follow-up periode van tien jaar. De recidieven deden zich vooral voor binnen twee jaar na de klierdissectie [Lee 2000¹⁵⁶]. Meerdere niet gerandomiseerde studies suggereren een betere regionale controle met adjuvante radiotherapie na een therapeutische lymfeklierdissectie bij klierpositieve melanomen [Agrawal 2009²; Ballo 2006¹⁹, Ballo 2002¹⁸, Bibault 2011²⁶; Strojanc 2010²⁵²]. De regionale controle na radiotherapie lag daarbij na radiotherapie op 78-89% vergeleken bij 56-70% controle na chirurgie alleen. Het voordeel is waarschijnlijk het grootst bij patiënten met een hoog risico op een regionaal recidief. De meeste studies lieten geen verschil in overleving zien. De gebruikte radiotherapieschema's in post-lymfeklierdissectie series varieerden van 5 x 6 Gy tot 30 x 2 Gy. De gebruikte doses waren meestal groter dan het biologisch equivalent van 50 Gy in 2 Gy. Een retrospectieve analyse in 86 lymfeklierdissectiepatiënten met een hoog risico op een regionaal recidief liet een verbetering in regionale controle zien van 35% naar 80% bij doses van respectievelijk < 50 Gy en > 50 Gy [Bibault 2011²⁶].

In een recente fase III studie werd de rol van adjuvante radiotherapie onderzocht bij patiënten met een hoog risico op een regionaal recidief na een regionale lymfeklierdissectie. Criteria voor een hoog risico waren: meer dan 1 parotisklier, meer dan 2 hals of okselklieren, meer dan 3 liesklieren, extracapsulaire uitbreiding, klieren groter dan 3 cm, of groter dan 4 cm in de lies. In deze studie werden 250 patiënten gerandomiseerd tussen observatie versus regionale radiotherapie met een dosis van 48 Gy in 20 fracties van 2,4 Gy. De studie bevestigde dat bestraling de ziektevrije overleving significant verbeterde (HR 1.77, p=0.041), maar zonder effect op overleving.[Henderson 2009¹¹⁵]

Conclusies:

Er zijn aanwijzingen dat radiotherapie na het verrichten van een lymfeklierdissectie bij hoog risico patiënten de regionale tumorcontrole verbetert.

Niveau 3, A2: Henderson 2009¹¹⁵

Er zijn aanwijzingen dat adjuvante regionale radiotherapie na een lymfeklierdissectie geen invloed heeft op de overleving.

Niveau 3, A2: Henderson 2009¹¹⁵

Er zijn aanwijzingen dat doses >50 Gy nodig zijn om de regionale recidief kans na een lymfeklierdissectie te verlagen.

Niveau 2, B: Bibault 2011²⁶; Henderson 2009¹¹⁵; Ballo 2002¹⁸

Overwegingen:

Toepassing van adjuvante regionale radiotherapie lijkt alleen aan de orde wanneer de patiënt op korte termijn geen ongunstige prognose en/of geen metastasen op afstand heeft.

Regionale geïsoleerde perfusie

Literatuurbespreking:

In Nederland worden in vier klinieken (Academisch Ziekenhuis Groningen, het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (Amsterdam), Erasmus MC-Daniel den Hoed Oncologisch Centrum (Rotterdam) en Universitair Medisch Centrum St. Radboud (Nijmegen)) regionale perfusies uitgevoerd. De indicatie voor perfusie is in alle klinieken hetzelfde.

Techniek

Bij perfusie wordt de bloedcirculatie van een arm of been geïsoleerd en aangesloten op een extracorporaal circuit (hart-longmachine) met oxygenatie en temperatuurregulatie. Vervolgens wordt de extremiteit gedurende 60 tot 90 minuten doorspoeld met een of twee geneesmiddelen. Door de isolatie kunnen deze geneesmiddelen zeer hoog gedoseerd worden omdat vitale organen niet worden getroffen. Controle van de isolatie vindt plaats door middel van een in het extracorporale circuit ingespoten radionfarmacon. Eventuele lekkage naar de systemische circulatie wordt boven het hart gemeten.

Indicaties

Er is geen plaats voor adjuvante perfusie bij een primair melanoom van de extremiteit.[Schraffordt Koops 1998²³³] Als indicatie voor therapeutische perfusie geldt uitgebreide tumorgroei in een extremiteit, zoals satellitosis en in-transitmetastasen. Amputatie van een extremiteit kan in deze situaties meestal worden voorkomen. Aanvankelijk werd bij perfusie het chemotherapeuticum melfalan gebruikt. Met dit middel werd bij ongeveer 50% van de patiënten een complete remissie verkregen, die bij iets meer dan de helft langer dan drie jaar aanhield. Bij circa 25% van de patiënten werd een partiële remissie bereikt, terwijl bij de overige 25% van de patiënten een tijdelijke stabilisatie van het tumorproces werd gezien.[Klaasse 1994¹⁴⁵] Bij grote recidieven heeft het de voorkeur het cytokine tumornecrosefactor-alpha (TNFα) aan melfalan toe te voegen. Een compleet remissiepercentage van ongeveer 70% kan met deze combinatie worden bereikt. De remissieduur is waarschijnlijk niet verschillend van een perfusie met melfalan alleen. [Fraker 2002⁹²; Eggermont 2003⁶⁸].

Intussen is bekend dat de locoregionale toxiciteit niet toeneemt door de toevoeging van TNFα. De systemische toxiciteit bij lekkage is wel ernstiger dan bij een perfusie met melfalan alleen. Sommige patiënten hebben na een perfusie waarbij TNFα wordt toegediend koorts en rillingen die optreden binnen vier uur na de behandeling. Hypotensie is met extra toediening van infusievloeistof goed op te vangen. Soms is opname op een afdeling intensive care nodig.

Conclusies:

De werkgroep is van mening dat er geen indicatie is voor adjuvante regionale geïsoleerde perfusie bij patiënten met een primair melanoom van een extremiteit.

Bij irresectabele metastasen van een extremiteit is een regionale geïsoleerde perfusie met melfalan de eerste keus. Bij zogenoemde 'bulky disease' gaat de voorkeur uit naar een perfusie, waarbij melfalan wordt gecombineerd met TNF .

Niveau 4, D: Mening van deskundigen

Gemetastaseerde ziekte

Literatuurbespreking:

De aanbevelingen voor gemetastaseerde ziekte met betrekking tot patiënten met melanoom van de huid zijn beschreven in de submodules:

- Diagnostiek systemische ziekte
- BRAF gen mutatie
- Systemische behandeling
- Chirurgische behandeling van systemische ziekte
- Radiotherapie

Diagnostiek systemische ziekte

Literatuurbespreking:

Diagnostiek en stadiëring [Hwu, 2003¹²⁶; Balch, 2001¹⁴]

Hematogene metastasen zijn de initiële plaats van recidivering bij 10% van de patiënten bij wie de ziekte terugkomt. Incidenteel kan een metastase op afstand de primaire presentatie van een melanoom zijn. In driekwart van de gevallen doen metastasen op afstand zich voor binnen drie jaar na initiële diagnose van de primaire tumor. Melanomen kunnen naar praktisch elk orgaan of weefsel metastaseren.

Wanneer zich hematogene metastasering (stadium IV) heeft ontwikkeld, is curatie praktisch uitgesloten.

Systemische behandeling van patiënten met gemetastaseerd melanoom is palliatief. De mediane overleving in diverse onderzoeken varieert tussen vijf en elf maanden, en minder dan 10% van de patiënten bereikt een meerjarige overleving. Diverse prognostische factoren die de overleving kunnen beïnvloeden, zijn geïdentificeerd zoals plaats en aantal van de metastasen en serum-LDH-gehalte.

Op basis van verschillen in prognose ten aanzien van overleving worden patiënten met een op afstand gemetastaseerd melanoom onderverdeeld in drie categorieën: patiënten met niet-viscerale metastasen (M1a), met longmetastasen (M1b), en met overige viscerale metastasen en/of verhoogd serum-LDH (M1c).

In het licht van het bovenstaande wordt bij een patiënt met aanwijzingen voor afstandsmetastasen aanvullend beeldvormend onderzoek gedaan om de uitgebreidheid van de metastasering vast te stellen.

Ook wordt oriënterend laboratoriumonderzoek gedaan met in ieder geval een serum-LDH-bepaling.

Routine CT en MRI-onderzoek van de hersenen bij asymptomatische patiënten wordt niet geadviseerd.

Histologische of cytologische bevestiging van de diagnose moet worden nagestreefd, tenzij er op klinische gronden geen twijfel is. Bij een enkelvoudige afwijking dient histologische of cytologische bevestiging wel te worden verkregen.

Cytopathologisch onderzoek

Vaak wordt bij een afwijking die suspect is voor melanoommetastase (regionaal of op afstand) een cytologische (dunnenaald)punctie verricht om na te gaan of het inderdaad een melanoommetastase betreft.

De punctie kan in principe worden verricht door de behandelende arts, de radiodiagnost of de patholoog.

Om voldoende ervaring op te kunnen bouwen verdient het aanbeveling deze verrichting te concentreren bij een klein aantal artsen binnen het ziekenhuis.

De aanwezigheid van melanoomcellen is over het algemeen goed aan te tonen of uit te sluiten aan de hand van standaard (Giemsa- of PAP-)gekleurde uitstrijk- of cytospinpreparaten. In enkele gevallen, wanneer het morfologische beeld niet duidelijk is, kan aanvullend immunocytochemisch onderzoek worden verricht en/of worden gekozen voor een aanvullende ingreep, zoals een dikkenaaldbiopsie of chirurgische biopsie voor histologisch onderzoek.

BRAF gen mutatie

Aanbevelingen:

Uitgangsvraag

Wat is het juiste moment en wijze waarop mutatieanalyse ten behoeve van gerichte systeemtherapie bij patiënten met inoperabel stadium III melanoom en melanoom stadium IV dient te worden verricht?

Aanbevelingen

De werkgroep adviseert dat BRAF-mutatieanalyse (hierna te noemen: BRAF-test) alleen wordt uitgevoerd wanneer op basis van de klinische situatie BRAF-remmers een behandeloptie zijn. Dit betreft in de praktijk alleen stadium 4 en niet of moeilijk te opereren stadium 3 melanoom patiënten.

De BRAF-test dient bij voorkeur op een recente dan wel nog aanwezige melanoommetastase te worden bepaald.

(In verband met tumorheterogeniteit; er kan een discrepantie in mutatiestatus tussen het primaire melanoom en de metastasen zijn. Tevens is de diagnose melanoommetastase op die manier ook altijd histologisch of cytologisch bevestigd).

Het verrichten van een BRAF-test wordt alleen aanbevolen bij metastasen van primaire melanomen van de huid en in beperkte mate bij metastasen van primaire slijmvliesmelanomen. Indien geen mutatie wordt gevonden op grond van locatie van het primaire melanoom en de vooraf-kans op een BRAF mutatie op grond van locatie van het primaire melanoom wel hoog is, kan overwogen worden een ander extra melanoom sample van dezelfde patiënt te testen. BRAF-testen bij metastasen van primair uvea- of centraal zenuwstelselmelanoom zijn niet zinvol en worden niet aanbevolen.

De BRAF-test die gebruikt wordt, dient alle nu bekende en BRAF-remmer responderende BRAFV600 mutaties en ook niet-responderende BRAFD594 mutaties te detecteren, en dient daarnaast het specifieke type mutatie te identificeren.

(BRAF-mutaties andere dan BRAFV600E komen tot in circa 30% van melanomen met BRAF-mutaties voor).

Het verrichten van aanvullende bepalingen waaronder de NRAS- en KIT-mutatie status wordt aanbevolen bij melanomen van de huid zonder BRAF-mutatie, en bij acrolentigineuze - en slijmvliesmelanomen, indien er een behandelconsequentie is.

De gebruikte BRAF-test dient gevalideerd te zijn en uitgevoerd te worden door een moleculair diagnostisch laboratorium dat hiertoe is uitgerust, deelneemt aan kwaliteitsronzendingen en daarbij goed scoort, en bij voorkeur verbonden is aan een melanoomcentrum.

Ten behoeve van de nationale registratie dient de uitslag van de moleculaire test de aangetoonde BRAF mutatie te specificeren volgens de vigerende HGVS (Human Genome Variation Society) nomenclatuur.

Het is wenselijk dat de uitslag van de BRAF-test binnen vijf dagen na binnenkomst van het tumormateriaal bij het uitvoerend lab bekend is.

Literatuurbespreking:

Inleiding

Ongeveer de helft van de huidmelanomen heeft een *BRAF*-mutatie. Specifieke remmers van het kinase, gecodeerd door het gemuteerde *V600-BRAF*, worden gebruikt in de behandeling van volwassen melanoompatiënten met een *BRAF-V600* mutatie die inoperabel zijn of metastasen hebben. Deze *BRAF* remmers verlengen significant de mediane overleving in melanoompatiënten met *BRAF-V600* mutaties [McArthur 2014³⁷³, Luke 2012³⁷², Chapman 2011³³³]. Circa 50% van de *BRAF V600* mutante melanomen reageren, vaak snel, op therapie met *BRAF* remmers [Sosman 2012³⁹⁶, Flaherty 2014³⁴⁷]. Een mutatie in het *BRAF*-gen leidt tot een overactief BRAF-eiwit met constitutieve activering van de MAP-kinase signaaltransductieroute, die een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van melanocyttaire tumoren waaronder melanoom.

Naast *BRAF* komen bij melanomen ook andere mutaties voor in genen van de MAP-kinase signaaltransductieroute zoals *NRAS*, *GNAQ*, *GNA11* en *KIT*. Ook voor deze genen worden steeds vaker -nu deels nog in preklinische trials - remmers toegepast bij chirurgisch incurabele melanoompatiënten. Op dit moment ontbreken richtlijnen over het moment en de wijze waarop moleculaire testen voor specifieke mutaties ten behoeve van gerichte therapie, ook *BRAF*-testen, bij melanoom dienen te gebeuren. Deze richtlijn voorziet in dit hiaat.

Samenvatting literatuur

Gen-mutaties in melanoom

Melanomen hebben vaak hot-spot mutaties in genen die coderen voor eiwitten van de MAP-kinase signaaltransductieroute. De meest voorkomende mutatie in melanoom van de huid is een mutatie in het *BRAF*-gen.

Diverse subtypen van melanoom hebben, mede afhankelijk van de lokalisatie van het primaire melanoom, een bepaalde mutatiefrequentie in verschillende genen uit deze MAP-kinase signaaltransductieroute [Whiteman 2011⁴¹⁶]. De meeste afwijkende eiwitten die het gevolg zijn van deze gen-mutaties, kunnen inmiddels gericht geremd worden. *BRAF*-mutaties zien we vooral in primaire melanomen van intermitterend aan zonlicht blootgestelde huid. Daarentegen komen bij melanomen van het oog en het centraal zenuwstelsel juist *GNAQ*- en *GNA11*-mutaties frequent voor. In lentigo maligna melanoom, acrolentigineus melanoom en slijmvliesmelanoom zijn *BRAF*-mutaties zeldzaam en zijn *KIT* en *NRAS* mutaties frequenter aanwezig [Whiteman 2011⁴¹⁶, Greaves 2013³⁵⁰, Lovly 2012³⁷¹, Bastian 2014³²⁷].

Typen BRAF-mutaties in melanoom en gevoeligheid voor BRAF-remmers

De meest frequente mutatie in het *BRAF* gen in melanoom is de mono nucleotide puntmutatie in exon 15 ter plaatse van codon 600 (CTG), c.1799T>A, die er toe leidt dat valine (V) wordt vervangen door glutaminezuur (Glu, E), de zogenaamde c.1799T>A (p.Val600Glu) mutatie, die vaak als de V600E mutatie wordt beschreven. Tot voor kort werd aangenomen dat deze V600E mutatie in circa 85% van de melanomen met *BRAF*-mutaties aanwezig is. Een aantal recente (anno 2014) studies laat echter zien, dat andere mutaties van codon 600 van het *BRAF* gen meer voorkomen dan aanvankelijk gedacht en dat ook deze melanomen gevoelig zijn voor vemurafenib of andere BRAF-remmers [McArthur 2014³⁷³, Chapman 2011³³³, Greaves 2013³⁵⁰, Rubinstein 2010³⁹², Ascierto 2012³²²].

Naast deze gevoeligheid van andere *BRAF*-mutaties voor BRAF-remmers zijn er ook *BRAF*-mutaties gerapporteerd die ongevoelig blijken voor behandeling met BRAF-remmers, bijvoorbeeld het zogenaamde kinase dead mutatie *BRAF*^{D594} [Stones 2013⁴⁰⁰, Heidom 2010³⁵⁴].

In 2012 verscheen een onderzoeksrapport, uitgevoerd door de European Medicines Agency, over de effectiviteit van vemurafenib in volwassen melanoompatiënten. Op basis van de bevindingen van deze studie wordt geadviseerd om alle melanoompatiënten met een V600-mutatie te behandelen met vemurafenib en behandeling niet te beperken tot de patiënten met een *BRAF*^{V600E} -mutatie [Ascierto 2012³²², da Rocha 2013³³⁹].

Ontwikkelingen in behandeling van melanoom gaan snel. Er zijn inmiddels ook trials met combinaties van BRAF remmers en MEK remmers gaande, welke minder toxiciteit vertonen [Kwong 2013³⁶⁷, Kudchadkar 2013³⁶⁶].

Concluderend komt in tot circa 30% van de *BRAF* gemuteerde melanomen een niet-V600E mutatie voor, dit betreft ca. 10-15% van alle melanoompatiënten. Detectie van deze andere subtypen is relevant omdat ook hier in het merendeel gevoeligheid voor BRAF remmers is aangetoond. In de komende jaren zal moeten blijken hoe de gevoeligheid van de diverse andere *BRAF* mutaties is voor diverse BRAF remmers.

Centralisatie van melanoomzorg in Nederland

Er is een multidisciplinair normeringsdocument opgesteld door de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS), waarin kwaliteitsnormen zijn opgesteld voor de behandeling van diverse tumortypen, waaronder het melanoom (www.soncos.org). Voor het melanoom geldt onder andere, dat systeemtherapie voor patiënten met op afstand gemetastaseerd melanoom gecentreerd wordt in een van de daarvoor specifiek aangewezen melanoomcentra en partners daarvan. Een voorwaarde is, dat de melanoomcentra een register bijhouden van alle patiënten met gemetastaseerd melanoom, waarbij gegevens over kliniek, pathologie, moleculaire afwijkingen en therapie systematisch worden geregistreerd. Naar verwachting zal dit een belangrijke bijdrage leveren aan een beter inzicht, welke *BRAF*-mutatie predictief is voor een respons op welke BRAF remmende therapie. De recent opgerichte DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) uitkomstregistratie melanomen (<http://www.clinicalaudit.nl/>) vervult hier een belangrijke functie. Voorwaarde is wel, dat het pathologieonderzoek, waarvan de *BRAF*-mutatieanalyse deel kan uitmaken, gedegen en volledig gebeurt. In het normeringsdocument wordt dan ook gesteld dat de afdeling pathologie van een centrum beschikt over specifieke expertise op het gebied van melanoom en over alle benodigde diagnostische technieken.

Technologieën voor detectie van BRAF mutaties

Er zijn diverse testen beschikbaar voor het aantonen van *BRAF* mutaties. Tot op heden is er wereldwijd en ook in Nederland geen standaardprocedure. In de Verenigde Staten heeft de FDA de cobas ® 4800 *BRAF*

V600 mutatietest goedgekeurd om *BRAF*-mutaties te detecteren. Grofweg zijn een drietal verschillende strategieën voor mutatietectie te onderscheiden.

1. Technologieën waarbij volledige genen of exonen van genen worden geanalyseerd en waarbij identificatie van de exacte mutatie mogelijk is: voorbeelden hiervan zijn Sanger of Next Generation Sequencing technieken (NGS). Klassieke Sanger sequentie-analyse is voor een laboratorium een universele technologie die toepasbaar is voor mutatietectie van meerdere genen, niet alleen het *BRAF* gen. Met behulp van Sanger sequencing kunnen zowel hot-spot mutaties, als ook andere mutaties (substituties, deleties, inserties) buiten de mutatie hot-spot worden gedetecteerd. Het nadeel van Sanger sequencing is de beperkte sensitiviteit (allel-detectie van ongeveer 20%) en dat er voor elke sequentieanalyse een verhoudingsgewijs grote hoeveelheid DNA nodig is. Pyrosequencing is sensitiever, kan ook mutante allelen kwantificeren en kan alle mutaties in een interessegebied detecteren. Ook de Next Generation Sequencing technologie wordt toegepast binnen de moleculaire diagnostiek. Vooral de "relatief simpele" NGS instrumenten, zijn bij uitstek geschikt voor sequentieanalyse van panels van genen, waardoor dus niet alleen de sequentie analyse van *BRAF* kan worden bepaald maar tegelijkertijd, en met gebruik van dezelfde hoeveelheid uitgangsmateriaal, kunnen ook regio's van andere genen die van belang zijn voor de diagnostiek van melanomen, worden geanalyseerd. De twee belangrijkste 'NGS-tafelmodellen' zijn de Illumina MiSeq en de Ion Torrent-Personalised Genome Machine (IT-PGM). Met de IT-PGM kan met een minimale hoeveelheid DNA (10 ng per test, wat ook nodig is voor de analyse van een bepaald exon met behulp van Sanger sequencing) van een groot aantal genen *tegelijkertijd* de sequentie worden bepaald, waarbij er een hogere detectie-gevoeligheid dan traditionele Sanger sequencing wordt bereikt, namelijk ca. 5%. De technologie werkt uitstekend, ook voor DNA geëxtraheerd uit formaline-gefixeerd en in paraffine-ingebed weefsel. Voorts kunnen korte doorlooptijden worden gerealiseerd.
2. Technologieën die specifieke hot-spotmutaties detecteren en een exacte identificatie van de mutatie geven. Voorbeelden van een dergelijke technologie zijn de *BRAF* Taqman® Mutation Detection Assays en de OncoCarta panels Sequenom. De technologie van de *BRAF* TaqMan® Mutation Detection kan specifiek en gevoelig een bepaalde mutatie zoals de V600E detecteren. Additionele Taqman assays zijn nodig voor de detectie van niet-V600E-mutaties. Elke assay gebruikt een minimale hoeveelheid DNA (circa 100 pg per assay), wat een nadeel is wanneer alleen kleine biopten met slechts geringe DNA-opbrengst beschikbaar zijn. Met de eerste OncoCarta Panel versie 1.0 kunnen 238 verschillende mutaties van 19 genen worden geïdentificeerd, waaronder meer dan 20 verschillende *BRAF* mutaties: zowel de *BRAF* V600E en de V600K, V600R en V600D mutaties, als ook *BRAF* exon 11 mutaties. Inmiddels is er ook een OncoCarta versie 1.0, MelaCarta beschikbaar waarbij 15 verschillende *BRAF* mutaties gelegen in exon 15 en 11 kunnen worden gedetecteerd. De detectiegevoeligheid ligt rondom de 10% en de technologie werkt op formaline gefixeerd en in paraffine ingebed weefsel. Het nadeel, vooral in vergelijking met de Ion-Torrent PGM technologie, is dat er relatief veel DNA nodig is voor een complete analyse (ca. 500 ng).
3. Technologieën die geen exacte identificatie van de mutatie geven: voorbeelden hiervan zijn High-Resolution Melting Analysis (HRMA) en de COBAS 4800 *BRAF* V600 @ test. HRMA detecteert kleine verschillen in smeltemperatures van amplificatieproducten, hetgeen een indicatie is voor de aanwezigheid van een mutatie. HRM is een gevoelige techniek, echter het identificeren van een mutatie vraagt een aanvullende analyse, door bijvoorbeeld -Sanger sequencing, wat alleen mogelijk is bij een voldoende hoog percentage van tumorcellen (40%). De COBAS 4800 *BRAF* V600 @ test detecteert *BRAF*^{V600E} mutaties zeer gevoelig, namelijk bij aanwezigheid van 5% gemuteerde allelen in het weefsel [Gonzalez 2013³⁴⁹]. Belangrijke beperkingen van de test zijn de hoeveelheid benodigd DNA (125 ng) en de beperkte detectie mogelijkheid van de V600K en V600D mutaties, waardoor potentieel behandelbare *BRAF* V600-gemuteerde melanoom patiënten gemist zullen worden bij uitsluitend gebruik van deze test [Halait 2012³⁵²]. Bovendien geeft deze test geen informatie betreffende de specifieke mutatie die is gedetecteerd.

Analyse van de BRAF mutatiestatus in de juiste context

Bij het analyseren van de *BRAF* mutatiestatus is een goede interactie tussen aanvrager, patholoog, en klinisch moleculair bioloog noodzakelijk. Daarnaast is belangrijk dat de test wordt uitgevoerd binnen een CCKL-geaccrediteerd laboratorium voor moleculaire pathologie dat voldoet aan de kwaliteitseisen van de beroepsvereniging. Uiteraard dient het moleculair diagnostisch laboratorium te participeren in externe kwaliteitsrondzendingen en daarbij goede resultaten te behalen.

Enkele specifieke zaken worden hierbij nog nader uitgewerkt:

- De moleculaire test vindt plaats binnen een setting waarbij de betrokken patholoog ervaren is in melanoomdiagnostiek en voldoende zicht heeft op de mogelijkheden en valkuilen van de moleculaire diagnostiek. De patholoog bevestigt door de weefselcontrole vooraf aan de moleculaire test de diagnose melanoommetastase, tekent het tumorweefsel af voor de analist ten behoeve van tumordissectie, en bepaalt het tumorcelpercentage. Daarnaast kan de patholoog op basis van de voorgeschiedenis en primaire lokalisatie van het melanoom mede bepalen welke genen zinvol zijn om te testen.
- In het moleculaire- pathologie-laboratorium zijn klinisch moleculair biologen in de pathologie (KMBP-er) en goed opgeleide moleculair diagnostisch analisten verantwoordelijk voor de uitvoering, analyse, interpretatie en vastlegging van de moleculaire testresultaten. Een goede interactie tussen patholoog en KMBP-er is noodzakelijk.
- Een moleculair verslag voldoet aan de aanbevelingen zoals gedaan in Groot-Brittannië en aan de richtlijnen opgesteld door de Nederlandse werkgroep voor moleculaire pathologie [Gonzalez 2013³⁴⁹, [richtlijnen moleculaire pathologie](#)]. De volgende items worden vastgelegd in het verslag: het weefsel-blokje dat is getest, het percentage tumorcellen en de beoordelaar daarvan, de gebruikte moleculaire testmethode en de detectiegevoeligheid van de test, de genen welke zijn getest en welke exonen of mutaties zijn getest, de beschrijving van de eventueel aanwezige mutatie volgens de Human Genome Variation Society nomenclatuur (HGVS), en de interpretatie van de moleculaire data.
- Een *BRAF*-test wordt uitgevoerd wanneer op basis van de klinische situatie *BRAF*-remmers een therapeutische optie zijn. Dit betreft momenteel de groep van patiënten met niet-operabele, gemetastaseerde en snel progressieve melanomen. De internist-oncoloog is in het algemeen degene die de *BRAF*-test aanvraagt, omdat deze de klinische situatie kent.
- De moleculaire analyse wordt bij voorkeur gedaan op een op dat moment aanwezige en te behandelen metastase. Hiervoor zijn er twee belangrijke argumenten. Ten eerste wordt zo de diagnose melanoommetastase histologisch bevestigd. Ten tweede is er aanzienlijke tumorheterogeniteit, met een gerapporteerde discrepantie van 7,5-29% in de *BRAF* en *NRAS* mutatiestatus van de melanoommetastase in vergelijking tot de primaire tumor [Colombino 2012³³⁶, 2013³³⁷, Yancovitz 2012⁴²⁰]. Concordantie blijkt het hoogst voor viscerale metastasen (92,5%) en kliermetastasen (91%), maar is laag voor brein- (79%) en huidmetastasen (71%). Vooral bij de laatste twee is verkrijgen van metastatisch tumorweefsel voor de moleculaire test extra belangrijk. Hierbij kan het zijn dat er geen *BRAF* of *NRAS* mutatie in het primaire melanoom wordt gedetecteerd, terwijl deze wel aanwezig is in de metastase; ook kan de primaire tumor een mutatie bevatten, maar de metastase niet, of heeft het primaire melanoom een andere mutatie dan de metastase.
Het testen van meerdere samples van een patiënt verdient aanbeveling als in de eerste test geen *BRAF*-mutatie wordt aangetoond en de a priori kans op een *BRAF* mutatie wel hoog is [Saint-Jean 2014³⁹³].
- De moleculaire diagnostische test is gevalideerd. Gedegen validatie dient vooraf te gaan aan implementatie in het moleculair diagnostisch pathologielaboratorium. Tot aan de succesvolle afronding van de validatie dient de test uitbesteed te worden aan een laboratorium dat de test wel heeft gevalideerd. Tevens dient de mutatie analyse te worden uitgevoerd in een moleculair diagnostisch laboratorium dat hiertoe is uitgerust en dat aantoonbaar deelneemt aan kwaliteitsronzendingen voor de bepaalde mutatie analyse.
- De moleculaire test dient alle relevante *BRAF* exon 15 mutaties te identificeren. Aanbevolen wordt om in de moleculaire uitslag te benoemen of de mutatie aan- of afwezig is, of gedetecteerd dan wel niet-gedetecteerd is (in plaats van mutatie positief of negatief). Bepaalde moleculaire testen voldoen om deze reden niet, aangezien deze niet alle relevante behandelbare *BRAF* mutaties kunnen detecteren. Immunochemie heeft soortgelijke beperkingen: ook middels immunochemie worden alleen patiënten met een V600E mutatie gedetecteerd [Long 2013³⁷⁰].

Een korte doorlooptijd van de moleculaire test is essentieel. Gezien de vaak snelle progressie van de tumor is een doorlooptijd van maximaal 5 werkdagen vanaf het moment van ontvangst van het materiaal tot aan het autoriseren en versturen van de uitslag, een gewenst en haalbaar tijdspad. Het verslag van de mutatieanalyse wordt in Nederland opgenomen in het pathologie verslag, zodat de testuitslag landelijk inzichtelijk is via het Uniforme Decentrale PALGA Systeem (UDPS), de verslag- en communicatiemodule

voor pathologie laboratoria van de Stichting PALGA in Nederland.

Conclusies:

Concluderend kunnen we stellen dat een test op de aanwezigheid van een *BRAF*-mutatie in gemetastaseerd melanoom met verstand van zaken op het juiste moment en op het meest ge-eigende materiaal moet worden ingezet, om patiënten optimaal te kunnen selecteren voor behandeling met *BRAF*-remmers. In deze 'consensus-based' -module geeft de werkgroep aan, dat er melanomen zijn waarin *BRAF*-mutaties niet voorkomen en waarin derhalve het testen van *BRAF* genmutaties niet zinvol is, dat er meer dan één type *BRAF* mutatie relevant is voor therapie met *BRAF* remmers, dat er heterogeniteit is met betrekking tot de mutatiestatus in diverse melanoomsamples van een patiënt, dat er meerdere *BRAF*-remmers zijn, en dat er een scala aan *BRAF*-testen is, elk met specifieke voor- en nadelen. Het is van belang dat alle spelers betrokken in de melanoomzorg goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden en beperkingen van de diverse testen. In het kader van centralisatie en registratie van zorg voor gemetastaseerde melanoompatiënten zoals die nu plaats vindt in Nederland, is het van belang, dat de voor *BRAF*-remmers relevante *BRAF*-mutaties getest worden en goed geregistreerd worden, zodat in de toekomst therapie-effecten het best kunnen worden geëvalueerd en behandelingen kunnen worden geoptimaliseerd.

Systemische behandeling

Literatuurbespreking:

In verband met de snelle ontwikkelingen op het gebied van systemische therapie heeft de werkgroep besloten de concepttekst "systemische therapie (ipilimumab)" terug te trekken voor publicatie. De binnengekomen commentaren onderstrepen dit gegeven; de huidige concept module is reeds bij publicatie achterhaald.

Tevens is de werkgroep van mening dat de huidige richtlijn tekst (versie 2012) niet meer voldoet. Deze representeert niet de huidige klinische praktijk. Het voorstel van de werkgroep is om deze tekst uit te grijzen en bovendien deze module te voorzien van 1) een verwijzing naar de werkafspraken gemaakt door de internist/oncologen uit de melanoomcentra en 2) een op te stellen plan van aanpak voor een update van dit richtlijn onderdeel.

Door de opdrachtgever (NIV) voor deze module wordt in overleg met de eigenaar van de richtlijn (NVDV) en de 'richtlijnwerkgroep met verlengd mandaat i.o.' naar een passende oplossing gezocht voor de lange termijn.

Link werkafspraken door internisten/oncologen uit melanoomcentra:

http://www.nvmo.org/files/adviezen_commissie_BOM/MO_01-2016_def_p32-34behandeling.pdf

Chirurgische behandeling van systemische ziekte

Literatuurbespreking:

Incidentie en beleid

Ongeveer 20% van de patiënten met melanoom krijgt hematogene metastasen. Hun prognose is slecht; de gemiddelde overlevingsduur bedraagt zeven maanden. Operatie, bestraling en systeemtherapie hebben alle drie een rol bij de palliatieve behandeling. De keuze wordt bepaald door de kans op verlichting van klachten of het voorkomen van klachten. Niets doen is ook een optie, zeker indien de levensverwachting beperkt is.

Hoewel genezing zeldzaam is, is er een kleine groep patiënten met stabiele beperkte metastasering bij wie het nastreven daarvan een reële mogelijkheid is. Operatie biedt dan de grootste kans op succes. Vaak komen er bij een patiënt die voor een ogenschijnlijk solitaire hematogene metastase is geopereerd, later

meer laesies aan het licht die niet meer resectabel zijn. Deze afwijkingen waren bij het initiële stadiëringsproces aan de aandacht ontsnapt wegens hun geringe omvang. De voortgaande verbetering in gevoeligheid van echografie, CT, PET-CT en MRI stellen ons echter steeds beter in staat die patiënten te selecteren bij wie een verwijdering van alle resterende tumor kan worden bewerkstelligd.

Operatie

Operatie is geïndiceerd indien er na zorgvuldige stadiëring sprake is van een beperkt aantal cutane of subcutane laesies of wanneer het gaat om lymfekliermetastasen voorbij het regionale klierstation. Beperkte viscerale metastasering kan ook chirurgisch worden behandeld, vooral indien deze gelokaliseerd is in de long, de tractus gastro intestinalis of de hersenen. De vijfjaarsoverleving bedraagt dan ongeveer 25% [Wood 2001²⁸⁶; Hsueh 2002¹²⁴; Karakousis 1994¹³³].

Radiotherapie

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat voor klachten gevende metastasen een korte gehyprofractioneerde bestraling zinvol is.

De werkgroep is van mening dat, in geval van uitgebreide cutane of lymfogene metastasering bij een redelijke algehele conditie en prognose, radiotherapie in combinatie met hyperthermie overwogen dient te worden.

Voor de indicatie voor stereotactische radiotherapie en doseringen bij hersenmetastasen wordt verwezen naar de richtlijn Hersenmetastasen op www.oncoline.nl.

Literatuurbespreking:

Palliatieve bestraling kan geïndiceerd zijn bij pijn of anderszins hinder gevende metastasen. In de 4-armige studie van Overgaard et al. (1996) bij patiënten met cutane of lymfogene recidieven van een melanoom, werden twee stralenschema's vergeleken, 3 x 8 Gy of 3 x 9 Gy, al dan niet met hyperthermie. De beste tumorcontrole werd verkregen na de hoge dosis met hyperthermie. De complete response rate was >70% in patiënten die met 3 x 9 Gy in combinatie met hyperthermie werden behandeld, vergeleken met een CR van < 40% voor patiënten met 3 x 8 Gy zonder hyperthermie [195].

Pijnlijke botmetastasen worden routinematig behandeld met 1 x 8 Gy. Bij patiënten met solitaire botmetastasen en goede algehele conditie wordt meestal een hogere dosis gegeven om een langduriger palliatie te bewerkstelligen. Voor de indicatie voor stereotactische radiotherapie en doseringen bij hersenmetastasen wordt verwezen naar de richtlijn Hersenmetastasen op www.oncoline.nl.

Gezien het meestal palliatieve karakter waarvoor radiotherapie wordt ingezet, wordt daarbij voor een vorm van hypofractionering gekozen zoals 3 x 9 Gy, 1 fractie per week, 9 x 5 Gy, drie fracties per week; 5-6 x 6 Gy, twee fracties per week; of >60 Gy, vijf fracties van 2 Gy per week. De keuze is afhankelijk van de tumorlokatie en het volume bestraald gezond weefsel. Hyperthermie versterkt het effect van radiotherapie en is gewenst bij irresectabele tumoren waarbij een radicale behandeling nagestreefd wordt [Overgaard 2009¹⁹⁵].

Conclusies:

Er zijn aanwijzingen dat hyperthermie toegevoegd aan radiotherapie de tumorcontrole verhoogt bij palliatie van cutane en lymfogene recidieven.

Niveau 3, A2: Overgaard 2009¹⁹⁵

Overwegingen:

Hyperthermie is een relatief tijdrovende behandeling die nu slechts op een paar plaatsen in Nederland kan worden gegeven. De winst in lokale controle van hyperthermie dient afgewogen te worden tegen de tijdsbelasting en de prognose van de patiënt.

Pathologie

Literatuurbespreking:

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Diagnostische excisie

Aanbevelingen:

Er wordt geadviseerd om bij twijfel over de diagnose melanoom de casus voor te leggen aan een collega-patholoog met speciale expertise in de diagnostiek van melanocyttaire tumoren.

Weefselbewerking

Er wordt geadviseerd om huidexcisiepreparaten in toto te fixeren.

Verslaglegging

Er wordt geadviseerd om in de pathologie-aanvraagbrief ten minste de volgende gegevens op te nemen:

- personalia
- plaats van de afwijking
- indicatie voor verwijdering (cosmetisch versus diagnostisch)
- in geval van diagnostische excisie: specificatie van de oorzaak van de klinische verdenking (onregelmatige vorm; veelkleurigheid; groei; jeuk et cetera)
- aard ingreep, eventuele eerdere ingrepen.

Er wordt geadviseerd om in het verslag van de patholoog een conclusietekst op te nemen waarin, in geval van melanoom, ten minste de volgende gegevens vermeld staan:

- anatomische lokatie
- aard van de ingreep (shave, stans, ellipsexcisie, incisiebiopsie)
- diagnose melanoom (eventueel met vermelding van het histologische subtype)
- uitkomst van de diktemeting (volgens Breslow)
- aanwezigheid/afwezigheid van ulceratie
- aanwezigheid/afwezigheid van intradermale mitotische activiteit
- aanwezigheid/afwezigheid van micro-satellitose
- aanwezigheid/afwezigheid van (partiële) regressie
- volledigheid van de verwijdering

Er wordt geadviseerd om, indien het melanoom reikt tot in de basis van de biopsie/excisie, de afstand van de granulaire laag of ulcusbodem tot de biopsiebasis te meten: de dikte van het melanoom is daarom ten minste die gemeten afstand.

Er wordt geadviseerd om bij sterk tangentieel getroffen huidfragmenten expliciet in het pathologieverslag te vermelden dat op basis van de coupes de diktemeting onbetrouwbaar is.

Literatuurbespreking:

'Expert opinion' bij onzekere pathologische diagnose (consensus based tekst)

Bij twijfel aan de (pathologische) diagnose resulteert revisie van de casus door een expert in de diagnostiek van melanocyttaire tumoren tot een substantieel aantal klinisch relevante wijzigingen in de diagnose. Dit is voor de Nederlandse situatie aangetoond in een onderzoek van consulten, toegezonden aan het Nederlandse Melanoom Pathologie-panel [Veenhuizen1997²⁶⁶].

Conclusies:

Er zijn aanwijzingen dat bij onzekere diagnoses het raadplegen van een expert het aantal onjuiste of onzekere diagnoses zal terugdringen.

Niveau 3, B: Ferrera 2009⁸⁴

Overwegingen:

Wanneer pigmentlaesies die om diagnostische redenen verwijderd worden, standaard gefotografeerd worden en naar de patholoog gestuurd, zal dat in sommige gevallen kunnen voorkómen dat een melanoom gemist wordt, of een lastige naevus wordt overgediagnosticeerd.

De werkgroep voorziet echter dat het momenteel nog praktisch onuitvoerbaar is om pigmentlaesies die om diagnostische redenen verwijderd worden, standaard te fotograferen.

Weefselbewerking

Bij grote melanomen kan eventueel een klein fragment worden ingevroren voor wetenschappelijk onderzoek, indien wordt voldaan aan de vigerende regelgeving ten aanzien van toestemming en privacy, en tevens duidelijk is dat dit weefsel niet het dikste deel van het melanoom of een bedreigde snijrand betreft.

Klinische informatie aan patholoog

De patholoog moet geïnformeerd zijn over de klinische bevindingen die hebben geleid tot het besluit om de afwijking te verwijderen voor histologisch onderzoek.

Pathologieverslag

Het verslag van de patholoog moet de clinicus alle informatie verschaffen die benodigd is voor de keuze van het verdere beleid en het maken van een zo betrouwbaar mogelijke inschatting van de prognose.

Procedure bij onzekerheid

Aanbevelingen:

Er wordt geadviseerd om, indien men een diagnose van Melanocytic tumors of uncertain malignant potential (MELTUMP) of Spitzoïd tumor of uncertain malignant potential (STUMP) overweegt, een tweede beoordeling door een collega patholoog van de eigen praktijk aan te vragen, eventueel gevolgd door consultatie van een externe expert patholoog op het gebied van melanocyttaire tumoren.

Er wordt geadviseerd om extern consult aan te vragen indien binnen de eigen praktijk geen consensus wordt bereikt.

Er wordt geadviseerd om in geval van MELTUMP of STUMP (na herbeoordeling door een expert) de diagnostische onzekerheid met de patiënt te bespreken.

Er wordt geadviseerd om het nabehandelingsbesluit in samenspraak met de patholoog te nemen.

De werkgroep is van mening dat de FISH en CGH analyse vooralsnog geen meerwaarde heeft voor het aantonen of uitsluiten van maligniteit bij MELTUMP en STUMP.

Er wordt geadviseerd om bij MELTUMP of STUMP altijd histologisch vrije snijvlakken te eisen. Al naar gelang de mate van verdenking, de lokatie van de afwijking en de klinische context kan een ruimere marge, van bijvoorbeeld 0,5 cm tot maximaal 1 cm, bij respectievelijk laesies met lage en hoge maligniteitsverdenking, worden nagestreefd.

Er wordt geadviseerd om bij MELTUMP en STUMP geen schildwachtklierprocedure te verrichten.

Literatuurbespreking:

Gebruik van terminologie

Problemen in de histologische differentiaaldiagnostiek van melanoom zijn het gevolg van de veelheid en complexiteit van de benodigde differentiaal diagnostische criteria in het onderscheid tussen de talrijke naevus- en melanoomvarianten. Ook is er verschil van inzicht in bruikbaarheid van sommige criteria. De bevindingen wijzen veelal niet alle op dezelfde diagnose. Resultaten van een inter observer studie van 57 MELTUMPS beoordeeld door een panel van ervaren pathologen [Cerroni 2008³⁹], illustreert dit.

Eén en ander leidt ertoe, dat bij sommige melanocyttaire tumoren de diagnose melanoom niet met zekerheid kan worden gesteld, maar ook niet kan worden uitgesloten. Deze groep van melanocyttaire

tumoren wordt veelal aangeduid met de term MELTUMP (melanocytic tumor of uncertain malignant potential, melanocytair tumor van onzekere digniteit) [Elder 2004⁷³]. In een verhoudingsgewijs groot aantal van dergelijke gevallen gaat het om de differentiaaldiagnose Spitznaevus versus melanoom: deze laesies worden veelal aangeduid als STUMP (Spitzoïd tumor of uncertain malignant potential).

Diagnostiek

De aanwezigheid van een activerende HRAS-mutatie is een sterk argument tegen maligniteit. Het vinden van een HRAS-mutatie in een spitzoïde laesie duidt met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid aan, dat de laesie benigne is [van Dijk 2005⁶⁷; van Engen-van Grunsven 2010⁷⁴; Da Forno 2009⁶¹]. In vele gevallen zal mutatieanalyse echter niet conclusief zijn, namelijk wanneer een BRAF-mutatie, of geen mutatie wordt gevonden.

Conclusies:

Het is aannemelijk, wanneer de omstandigheden dit toelaten, dat de BRAF/HRAS-mutatie analyse een betrouwbare methode is om maligniteit uit te sluiten in STUMP. Deze bepaling zal slechts in minderheid van de gevallen conclusieve informatie opleveren.

Niveau 2, B: van Dijk 2005⁶⁷; van Engen-van Grunsven 2010⁷⁴; Da Forno 2009⁶¹

Overwegingen:

Diagnostiek

Het is het métier van de patholoog, in samenwerking met zijn collegae in en buiten de eigen afdeling, om de groep van niet classificeerbare melanocytair tumoren zo klein mogelijk te houden.

Over de techniek en interpretatie (en daarmee de praktische toepasbaarheid) van FISH en CGH analyse, zijn momenteel de meningen van experts verdeeld.

Beleid bij MELTUMP en STUMP

Indien een melanocytair laesie wordt beschouwd als MELTUMP of STUMP, is tenminste consultatie van een ervaren patholoog op het gebied van melanocytair laesies, binnen en/of buiten de eigen praktijk, geïndiceerd. Wanneer de twijfel door deze consultatie niet kan worden weggenomen, dient op basis van de niet weg te nemen onzekerheid een individuele therapiekeuze gemaakt te worden. De mate van histologische verdenking, hoewel subjectief, wordt hierbij meegewogen. De clinicus kan, in overleg met de patholoog, de onzekerheid over de diagnose en mate van histologische verdenking met de patiënt bespreken. Vervolgens kan de clinicus samen met de patiënt de optie van een uitgebreidere behandeling afwegen tegen een terughoudender beleid, e.e.a. tegen de achtergrond van consequenties en risico's van over- of onderbehandeling [Scolyer 2010²³⁴].

De grootte van de optimale (re-)excisiemarge bij MELTUMP of STUMP wordt bepaald door onder andere de mate van histologische verdenking, de lokalisatie van de laesie en de wensen van de patiënt. In ieder geval moeten histologisch vrije marges worden nagestreefd. Er kan overwogen worden om als aanvullende moleculaire diagnostische methode de BRAF/HRAS-mutatieanalyse toe te passen bij STUMP. In een minderheid van deze laesies is er een HRAS-mutatie. Als die er is, is die indicatief voor een benigne beloop.

Schildwachtklierprocedure

Er is gerede twijfel mogelijk of uitbreiding van een MELTUMP of STUMP naar de schildwachtklier mag worden beschouwd als een bewijs van maligniteit en of de prognose dan overeenkomt met die van stadium III melanoom. Benigne melanocytair kapselnaevi kunnen heel wel in schildwachtklieren aanwezig zijn en een review van 5 studies van schildwachtklierbiopsiën bij STUMP (totaal 71 patiënten, van wie 26 een positieve schildwachtklier hadden) leverde geen enkel geval op van overlijden door metastatisch melanoom. [Busam 2008³⁵] Hoewel de follow-up in deze gereviewde 5 series soms kort was, geven de nu beschikbare gegevens geen steun aan de gedachte dat een positieve schildwachtklier bij STUMP moet worden beschouwd als indicatief voor stadium IIIA melanoom.

Re-excisiepreparaat

Aanbevelingen:

Er wordt geadviseerd om, als de snijvlakken van de primaire excisie van een melanoom vrij zijn, de huid en subcutis histologisch te onderzoeken met een enkel blokje van het litteken in het re-excisiepreparaat.

Er wordt geadviseerd om, als de snijvlakken van de primaire excisie van een melanoom niet vrij zijn het litteken volledig in te bedden en snijrandonderzoek van het re-excisiepreparaat te verrichten. Snijrandonderzoek is tevens geïndiceerd als in de coupe van het re-excisiepreparaat melanoom aangetroffen wordt.

Er wordt geadviseerd om pigmentlaesies of andere haardvormige afwijkingen in het re-excisiepreparaat altijd histologisch te onderzoeken.

De werkgroep is van mening dat in de diagnosetekst van het pathologieverslag vermeld dienen te worden:

- de lokatie van de re-excisie;
- de eventuele aanwezigheid van resterend melanoomweefsel;
- de plaats van dit residu, dat wil zeggen in het litteken of satellieten op afstand hiervan;
- de aan- of afwezigheid van melanoomcellen in de snijvlakken, indien dit snijrand- onderzoek verricht is (indicatie hiervoor: zie boven).

Literatuurbespreking:

Macroscopisch onderzoek

Bij histopathologisch onderzoek van re-excisiepreparaten na volledige diagnostische excisie van melanoom wordt slechts hoogst zelden een tumorresidu aangetoond. Het nemen van vele blokjes van dergelijke preparaten heeft een zeer lage 'opbrengst'. In een systematisch onderzoek van 167 re-excisies na diagnostische melanoomexcisie met volgens het pathologieverslag vrije snijvlakken werd in 4 gevallen histologisch een tumorresidu aangetroffen. Er was geen relatie met het aantal onderzochte weefselblokjes (gemiddeld aantal: 3, range: 1 tot 12) [Martin 1998¹⁶⁸]. In een andere studie van 109 re-excisiepreparaten werd residuele tumor gevonden in twee gevallen waarvan de initiële excisie was afgegeven als volledig. Ook in deze studie werd geen relatie aangetoond tussen het aantal onderzochte weefselblokjes en de kans op detectie van residuele tumor [Johnson1998¹³⁰]. McGoldrick et al. (2008¹⁷¹) onderzochten de pathologie uitslagen van 1007 re-excisiepreparaten na diagnostische complete excisie van melanoom en troffen geen enkel geval van residuele tumor aan. In deze serie waren standaard drie blokjes van het re-excisiepreparaat onderzocht. Als de snijvlakken van de initiële excisie vrij waren en er geen haardvormige afwijkingen werden gezien in het re-excisiepreparaat. Deze auteurs bevelen aan, re-excisiepreparaten in het geheel niet pathologisch te onderzoeken. Aangetekend moet worden dat deze resultaten niet geheel overeen lijken te komen met die van de twee eerder genoemde studies. Het niet aanbieden van re-excisiepreparaten voor pathologisch onderzoek zou betekenen dat geen onafhankelijke evaluatie meer mogelijk is van de aanwezigheid van een centraal litteken, van afwezigheid van haardvormige afwijkingen en van de aangehouden re-excisiemarges [Boon 2008³²].

Incidentele gevallen van melanoomresidu in re-excisiepreparaten worden gemeld, en hebben in geval van satellitose aanzienlijke prognostische consequenties [Patel 2010¹⁹⁷]. In het Verenigd Koninkrijk is het uitnemen van één blokje voor histologisch onderzoek momenteel de standaard [Boon 2008³²].

Conclusies:

Er zijn geen aanwijzingen dat er een relatie is tussen het aantal uitgenomen blokjes en de kans op detectie van melanoomresidu na volledige diagnostische excisie.

Niveau 3, C: Martin 1998¹⁶⁸

Er zijn geen aanwijzingen die als argument kunnen dienen voor het volledig achterwege laten van histologisch onderzoek van re-excisiepreparaten.

Niveau 3, C: McGoldrick 2008¹⁷¹

Overwegingen:

De uitgebreidheid van de bewerking van het excisiepreparaat is afhankelijk van de radicaliteit van de primaire excisie. Indien deze radicaal was en geen haardvormige afwijkingen worden geïdentificeerd in het

re-excisiepreparaat, kan worden volstaan met het uitnemen van een niveau van het centrum van de voorafgaande excisie. Haardvormige afwijkingen, in samenhang met het litteken of op afstand ervan worden altijd ingesloten.

In geval van irradicaliteit - of twijfel over de radicaliteit - van de primaire excisie, wordt het preparaat geïnk en dwarsgelamelleerd als boven. Beide puntjes en het gehele litteken en/of eventuele andere macroscopische afwijkingen worden in dit geval geheel ingesloten.

Macroscopisch onderzoek

Inspectie

Gelet wordt op:

- de plaats en afmetingen van het litteken;
- de relatie van het litteken tot de sneevlakken;
- eventuele afwijkingen van de huid en subcutis in samenhang met het litteken;
- eventuele bijkomende afwijkingen van de huid en subcutis.

Uitsnijden

Het preparaat wordt na fixatie dwarsgelamelleerd in plakjes van ongeveer 2 mm en geïnspecteerd op het voorkomen van haardvormige veranderingen.

Schildwachtklier

Aanbevelingen:

Er wordt geadviseerd om geen peroperatief vriescoupe-onderzoek of peroperatieve cytologische beoordeling van de preparaten van de schildwachtklier te doen.

Er wordt geadviseerd om de schildwachtklier in toto te fixeren en volledig voor histopathologisch onderzoek te verwerken.

Er wordt geadviseerd om een kleine schildwachtklier te halveren en om grotere klieren, met een dikte > 4mm, te lamelleren parallel aan deze centrale snede.

Er wordt geadviseerd om per paraffineblokje ten minste drie niveaus te onderzoeken, inclusief immunohistochemie van elk van de niveaus. Optioneel: zes niveaus met een afstand van 50 µm (in aansluiting op de EORTC-richtlijn).

Er wordt geadviseerd om, in aanvulling op de HE kleuring, immunohistochemisch onderzoek van schildwachtklieren bij melanoom uit te voeren met antistoffen tegen S-100 en ten minste één aanvullende, meer specifieke marker, waarbij de voorkeur uitgaat naar MART-1/ Melan-A.

Er wordt geadviseerd om in de conclusie van het pathologieverslag van de schildwachtklier de diameter van de grootste tumordepositie te vermelden. Ook wordt eventuele extranodale uitbreiding van een melanoommetastase vermeld.

Er wordt geadviseerd om vooralsnog geen gebruik te maken van de RT-PCR methode voor detectie van melanoommetastasen of voor de prognose.

De werkgroep is van mening dat er geen internationaal aanvaard protocol bestaat voor de wijze van macroscopische pathologische bewerking van een schildwachtklier bij melanoom.

Literatuurbespreking:

Op welke wijze dient pathologisch onderzoek van de schildwachtklier te worden uitgevoerd?

Vriescoupeprocedure

De vriescoupeprocedure van de schildwachtklier bij melanoom heeft beperkte gevoeligheid [Stojadinovic 2002²⁵⁰; Koopal 2000¹⁴⁸; Prieto 2010²⁰⁸]. Intra-operatieve vriescoupeanalyse en peroperatieve cytologische beoordeling van de schildwachtklier tijdens operatie heeft een sensitiviteit van slechts maximaal 75% [Creager 2002⁵⁸; Soo 2007²⁴³; Badgwell 2007¹⁰, Badgwell 2011¹⁰]. Het materiaalverlies is aanzienlijk bij de vriescoupeprocedure, waardoor bij de definitieve beoordeling op paraffinecoupes metastasen verloren

kunnen zijn gegaan [Stojadinovic 2002²⁵⁰; Koopal 2000¹⁴⁸; Prieto 2010²⁰⁸]. Peroperatieve cytologische beoordeling van depreparaten heeft dit laatste nadeel niet, maar is eveneens weinig sensitief [Creager 2002⁵⁸; Soo 2007²⁴³; Badgwell 2011¹⁰].

Macroscopische pathologische bewerking

De klassieke methode, waarbij de lymfklier wordt gehalveerd door de hilus, is gebaseerd op een vroege studie waarin de meeste metastasen werden gedetecteerd in het centrale vlak door de lymfklierhilus [Cochran 1988⁴⁸]. Een studie uit 2009 weerspreekt de resultaten van de studie van Cochran en beschrijft dat metastasen ook frequent elders in de lymfklier voorkomen [Riber-Hansen 2009²¹⁹].

Met betrekking tot het snijden en kleuren van de gehalveerde schildwachtklier bevestigen meerdere studies dat onderzoek van meerdere niveaus van de lymfklier en gebruik van immunohistochemie de detectie van metastasen vergroten.

In diverse onderzoeken wordt een hogere incidentie van positieve schildwachtklieren gevonden wanneer meerdere niveaus van de schildwachtklier worden onderzocht [Cook 2008⁵³; Cook 2003⁵⁴], of worden aanvullende metastasen gevonden bij diepere doorsnijdingen van de blokjes in combinatie met aanvullende immunohistochemie. Op grond van ervaring met evaluatie van schildwachtklieren bij andere tumoren, zoals mammacarcinoom, en theoretische overwegingen moet aannemelijk worden geacht dat het onderzoeken van diepere niveaus leidt tot de detectie van meer metastasen. Dit geldt ook bij schildwachtklieren van melanoom. Indirecte maar sterke aanwijzingen hiervoor werden ook bij melanoom gevonden door Cook et al. Cook toonde aan dat onderzoek van zes niveaus van de gehalveerde schildwachtklier met 50µm tussenstappen een optimale opbrengst gaf van gedetecteerde melanoommetastasen in de schildwachtklier in relatie tot de workload [Cook 2003⁵⁴]. Dit protocol is ook overgenomen door de EORTC en wordt ook geadviseerd in de Britse melanoomrichtlijn.

Immunohistochemisch onderzoek

Dat aanvullende immunohistochemische evaluatie de gevoeligheid van detectie van kleine aantallen melanoomcellen verhoogt, is aangetoond in diverse goed gecontroleerde onderzoeken [Cochran 1988⁴⁸; Messina 1999¹⁷²; Yu 1999²⁸⁸; Shidham 2001²³⁵; Mahmood 2002¹⁶⁴]. In het algemeen wordt gebruikgemaakt van antistoffen tegen S-100, aangevuld met antistoffen tegen een meer melanocytospecifiek antigen, zoals gp-100 of MART-1. MART-1 verdient bij de immunohistochemische detectie van melanoomcellen in schildwachtklieren de voorkeur boven gp-100 vanwege de aangetoonde aanzienlijk hogere gevoeligheid [Mahmood 2002¹⁶⁴]. Een studie vond dat een cocktail van antilichamen met MART-1/ Melan-A en tyrosinase betere resultaten gaf dan uitsluitend MART-1 [Shidham 2003²³⁵].

Diverse studies hebben de relatie tussen de grootte en lokatie van schildwachtkliermetastasen, en ook de infiltratiediepte van de metastase gemeten vanaf het kapsel, in relatie tot overleving en additionele positieve lymfklieren in de gevolgde complete lymfklierdissectie, onderzocht.

De maximale diameter van de grootste metastase heeft in meerdere studies een relatie met overleving en met de betrokkenheid van niet-schildwachtklieren [Gershenwald 2008⁹⁸; van Akkooi 2006⁴; Sheri 2007²³¹; Govindarajan 2007¹⁰¹]. In een aantal studies zijn de bevindingen duidelijk significant maar de studies zijn moeilijk te vergelijken door verschillen in afkapwaarden (diameter 0.1 mm tot 0.5 mm) en verschil in meting (de grootste diameter, of de oppervlakte). De twee studies met significante relatie hebben als afkapwaarde diameter 0.1 mm [van Akkooi 2006³] en oppervlak 0.1 mm² [Gershenwald 2008⁹⁸] gehanteerd. Naar aanleiding van de resultaten van de eerste studie is een Europese EORTC registratie studie gestart voor patiënten met zeer kleine micrometastasen < 0.1 mm (MINITUB).

Dewar et al. toonde aan dat ook de micro-anatomische locatie van de melanoommetastase in de schildwachtklier voorspellend is voor de betrokkenheid van niet-schildwachtklieren [Dewar, 2004⁶⁶].

Patiënten met alleen subcapsulair gelokaliseerde metastasen in de schildwachtklier hadden nooit positieve niet-schildwachtklieren. Terwijl in lymfklieren met een parenchymateuze, multifocale of uitgebreide metastase in de schildwachtklier in 22,2% positieve niet-schildwachtklieren aanwezig waren. Deze studie toonde tevens een correlatie tussen invasiediepte van de schildwachtkliermetastase en aanwezigheid van melanoom in niet-schildwachtklieren, maar deze factor alleen bleek onvoldoende om betrouwbaar de aanwezigheid van tumorpositieve niet-schildwachtklieren te voorspellen.

In een multicenterstudie [van der Ploeg 2011²⁰³], bleek de combinatie van de grootste diameter en micro-anatomische locatie de beste predictieve parameter voor zowel survival als niet-schildwachtklier positiviteit. Patiënten met zeer kleine micrometastasen < 0.1 mm, alleen subcapsulair, hadden een niet-schildwachtklier positiviteit van 2% en een 5- en 10-jaars overleving van 95% (vergelijkbaar met patiënten met een negatieve schildwachtklier). In deze studie werden alle lymfklieren volgens het EORTC protocol bewerkt en werd de invasiediepte niet bepaald.

In een andere studie, waarin wel alle drie de factoren (grootste diameter, invasiediepte en micro-anatomische locatie) werden onderzocht, correleerde juist invasiediepte en grootste diameter het

best met niet-schildwachtkliepositiviteit en voorspelde invasiediepte het best survival [van der Ploeg 2009²⁰⁴]. Alle lymfklieren werden volgens het EORTC protocol onderzocht. Bij een invasiediepte <0.4mm werden geen positieve niet-schildwachtklieren gevonden.

Deze data vormen de basis voor de aanbeveling om in de rapportage van de schildwachtklie bij melanoom tenminste de grootste diameter te geven; bij voorkeur wordt ook de diepte van de metastase in de lymfklier vanaf de binnenzijde van het kapsel gemeten en de micro-anatomische lokatie aangegeven. Hiermee sluit de richtlijn ook aan op de aanbeveling in de Britse richtlijn [Marsden 2010¹⁶⁷].

Detectie van mRNA van melanocytair differentiatiegenen, zoals gp-100, MART-1 en tyrosinase - als indicatie van de aanwezigheid van melanoomcellen - is mogelijk met behulp van RT-PCR [Shivers 1998²³⁸; Blaheta 1999³¹; Shivers 2001²³⁷; Blaheta 2001³⁰; Palmieri 2001¹⁹⁶; Hochberg 2002¹¹⁹]. De significante correlatie van testuitkomsten met parameters (dikte, ulceratie) van de primaire tumor en met overleving wijzen erop dat vermoedelijk veelal inderdaad het positieve testsignaal afkomstig is van metastatische melanoomcellen. De techniek is niet algemeen toegankelijk. Sensitiviteit en specificiteit van de PCR-gebaseerde tumorceldetectie zijn echter zeker niet volledig; naevuscellen in lymfeklieren vormen een belangrijke bron van fout-positiviteit [Gutzmer 2002¹⁰⁵]. Weefsel benut voor RT-PCR onderzoek gaat verloren voor de microscopische evaluatie, zodat er geen controle van het RT-PCR-testresultaat in hetzelfde weefsel mogelijk is en er geen mogelijkheid is om een fout-positieve testuitslag te herkennen en te corrigeren.

In twee onafhankelijke studies werd aangetoond dat RT-PCR technieken wel vaker positieve schildwachtklieren opleveren in vergelijking tot alleen histologie. Maar dat bij langduriger follow-up RT-PCR geen prognostische meerwaarde heeft met betrekking tot het voorspellen van recidiefkans ten opzichte van histologie alleen [Kammula 2004¹³¹; Mangas 2006¹⁶⁵].

Bewerking (voorbeeld)

Protocol pathologische bewerking van de schildwachtklie

De lymfeklier wordt na fixatie in toto door de grootste diameter ter plaatse van de hilus gehalveerd. Van de helften/plakken worden zes niveaus gesneden met 50 µm tussenruimte. Van elk niveau worden drie coupes opgeplakt: de eerste daarvan wordt HE-gekleurd, de tweede en derde worden gebruikt voor immunohistochemie met antistoffen tegen S-100 en MART-1 (Melan-A). Van alle niveaus worden lintjes bewaard voor eventueel herhaling van een kleuring of aanvullende kleuringen [Cook 2008⁵³].

Conclusies:

Het is aannemelijk dat de sensitiviteit van de intra-operatieve vriescoupeanalyse en van de peroperatieve cytologische beoordeling van de schildwachtklie tijdens operatie laag is.

Niveau 2, B: Creager 2002⁵⁸, Soo 2007²⁴³, Badgwell 2007¹⁰

De werkgroep is van mening dat er geen internationaal aanvaard protocol bestaat voor de wijze van macroscopische pathologische bewerking van een schildwachtklie bij melanoom.

Niveau 4, D: Mening van deskundigen

Het is aannemelijk dat het halveren door de hilus vooralsnog de voorkeur verdient.

Niveau 2, B: Marsden 2010¹⁶⁷; Cook 2008⁵³

Er zijn aanwijzingen dat onderzoek van zes niveaus van de gehalveerde schildwachtklie met 50µm tussenstappen een optimale opbrengst geeft van gedetecteerde melanoommetastasen in de schildwachtklie in relatie tot de workload.

Niveau 3, B: Cook 2003⁵⁴

Het is aannemelijk dat immunohistochemisch onderzoek de gevoeligheid verhoogt van detectie van melanoommetastasen in schildwachtklieren.

Niveau 2, B: Cochran 1988⁴⁸, Messina 1999¹⁷², Yu 1999²⁸⁸, Shidham 2001²³⁶, Mahmood 2002¹⁶⁴.

Het is aannemelijk dat histologisch onderzoek van meerdere niveaus van de schildwachtklie leidt tot detectie van meer metastasen.

Niveau 2, B: Cook 2008⁵³, Cook 2003⁵⁴

Het is aannemelijk dat meting van de grootte van metastasen in schildwachtklieren bij melanoom prognostisch relevante informatie oplevert. Het is aannemelijk dat ook micro-anatomische lokatie en invasiediepte van de metastase prognostisch relevant zijn.

Niveau 2: B: Gershenwald 2008⁹⁸, van Akkooi 2006³, Scheri 2007²³¹, Govindarajan 2007¹⁰¹, Dewar 2004⁶⁶, van der Ploeg 2009²⁰⁴, van der Ploeg 2011²⁰⁵

Er zijn aanwijzingen dat niet-morfologische methoden van detectie van melanoommetastasen zoals RT-PCR soms fout-positieve resultaten opleveren, die niet als zodanig herkenbaar zijn.

Niveau 3, B: Gutzmer 2002¹⁰⁵

Het is aannemelijk dat het gebruik van RT-PCR voor detectie van melanoommetastase vooralsnog geen prognostische meerwaarde heeft.

Niveau 2, B: Kammula 2004¹³¹, Mangas 2006¹⁶⁵

Overwegingen:

Aansluiting met de EORTC richtlijn en met andere Europese richtlijnen is mede een argument om te adviseren om een kleine schildwachtklier te halveren door de hilus. Voor grotere klieren, met een dikte > 4mm geldt het advies om ze te lamelleren parallel aan deze centrale snede.

Lymfeklierdissectie

Uitgangsvraag

Wat is de meerwaarde van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissecties bij patiënten met metastase in de schildwachtklier en nieuw gediagnosticeerd melanoom?

Aanbevelingen:

Controleer de aangedane klierstation(s) van patiënten met een positieve schildwachtklier periodiek met echografie volgens onderstaand schema:

- Elke vier maanden in de eerste twee jaar.
- Elke zes maanden in jaar 3 tot 5 jaar.
- Vanaf 5 jaar jaarlijks tot 10 jaar na vaststellen ziekte.

Schema conform Faries (2017)

Verricht geen onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie bij patiënten met een positieve schildwachtklier.

Verricht een therapeutisch klierdissectie bij een radiologisch (echografisch, CT, PET/CT en/of MRI) of palpalabel (macroscopisch) recidief.

Literatuurbespreking:

Inleiding

Tot recent was het algemeen geaccepteerde beleid om bij patiënten die een schildwachtklierprocedure hebben ondergaan en waarbij de schildwachtklier positief is (bij hematoxyline-eosine kleuring of immuunhistochemie) een onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie uit te voeren. De reden voor deze lymfeklierdissectie was het feit dat bij grofweg 15 tot 20% van de patiënten aanvullende lymfekliermetastasen gevonden werden. Bij 80 tot 85% van de patiënten worden er dus geen aanvullende metastasen gevonden. Deze patiënten ondergaan een chirurgische procedure waarvan zij geen voordeel ondervinden, maar wel de potentiële nadelen. (Reintgen, 1994; Hughes, 2000; McMasters, 2002; Carlson, 2003; Staritt, 2004; de Vries, 2006; Van Akkooi, 2006; Morton, 2006; Van Akkooi, 2007; Bilimoria, 2008; Torjesen, 2013; Thomas, 2013). Bovengenoemd beleid resulteerde wel in een verlengde ziektevrjje overleving, maar er werd geen overlevingswinst aangetoond voor completerende lymfeklierdissecties. (Reintgen, 1994; Hughes, 2000; McMasters, 2002; Carlson, 2003; Staritt, 2004; de Vries, 2006; Van Akkooi, 2006; Morton, 2006; Van Akkooi, 2007; Bilimoria, 2008; Torjesen, 2013; Thomas, 2013) Recentelijk zijn er twee grote gerandomiseerde trials (Faries, 2017 (MSLT-II studie); Leiter, 2016 [DeCOG-SLT studie]) verschenen die de waarde van de aanvullende lymfeklierdissectie onderzoeken. Met de kennis van deze trials is het noodzaak om de richtlijn op dit punt te herzien.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat is het effect van een onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie bij patiënten met een positieve schildwachtklierprocedure en nieuw gediagnosticeerd melanoom op de overleving in vergelijking met 'nodale observatie'?

PICO (klinisch relevante vergelijking)

(P)atiënten: volwassen patiënten (≥ 18 jaar) met positieve schildwachtklierprocedure voor nieuw gediagnosticeerd melanoom (dun, gemiddeld en/of dik);

(I)nterventie: onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie;

(C)omparison: nodale observatie met periodieke echografische controles van het aangedane lymfklierbassin.

(O)utcome: melanoom specifieke overleving, algehele overleving, ziektevrije overleving, locoregionale overleving, kosten, gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven en complicaties.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte algehele en melanoom-specifieke overleving voor de besluitvorming de meest cruciale uitkomstmaten; en ziektevrije overleving, gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven en complicaties voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten. Om de minimale klinisch relevante verschillen te duiden zijn de default grenzen van GRADE gebruikt: voor dichotome uitkomstmaten werd een afkapwaarde van 25% aangehouden (HR= 0,75; HR= 1,25).

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID), Embase (via Embase.com) en de Cochrane Library (via Wiley) is op 20 juli 2018 met relevante zoektermen gezocht naar studies over de effecten van lymfeklierdissectie bij patiënten met een positieve schildwachtklierprocedure. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 350 treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: gerandomiseerd onderzoek, primair vergelijkend onderzoek, lymfeklierdissectie, en patiënten met een positieve schildwachtklierprocedure. Op basis van titel en abstract werden in eerste instantie twee studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens geen studies geëxcludeerd, en twee studies definitief geselecteerd.

Er zijn twee publicaties opgenomen in de literatuuranalyse. De belangrijkste studiekarakteristieken en resultaten zijn opgenomen in de evidencetabellen. De beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) is opgenomen in de risk of bias tabellen.

Samenvatting literatuur

De literatuur zoekactie levert twee relevante RCT's op naar de meerwaarde van lymfeklierdissectie in de behandeling van patiënten met nieuw gediagnosticeerd melanoom en een positieve schildwachtklierprocedure. (Faries, 2017; Leiter, 2016). Het betreffen twee fase 3 klinische trials van hoge kwaliteit (laag risico op bias). Beide studies hanteerden stringente inclusiecriteria en includeerden patiënten met een positieve schildwachtklier. Patiënten werden gerandomiseerd verdeeld. Patiënten in de interventiegroep werden behandeld met een onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie en patiënten in de controlegroep werden geobserveerd met echografie van het lymfeklierstation. Gezien de aard van de interventie (completerende klierdissectie of observatie) is het niet mogelijk om de interventie te blinderen. Omdat de controle interventie verschilt tussen beide studies en verschillende analyses worden uitgevoerd, is het niet mogelijk om de resultaten van beide studies te poolen. De studies worden hieronder afzonderlijk beschreven.

Faries (2017) verrichtte een onderzoek naar de effecten van onmiddellijke completerende lymfeklierdissecties bij patiënten na een positieve schildwachtklierprocedure (MSLT-II). Patiënten die in aanmerking kwamen voor deelname hadden een leeftijd van 18 tot 75 jaar, een gelokaliseerde cutaan melanoom, een Eastern Cooperative Oncology Group performance status van 0 of 1 (aangeven op een 5-puntsschaal met 0 als geen disability en 5 als zeer ernstige disability), een non-melanoom levensverwachting van ≥ 10 jaar en een positieve schildwachtklier. Er werd een blokrandomisatie aangehouden met stratificatie voor Breslow-dikte, ulceratie, methode van metastase detectie en onderzoekscentrum. Patiënten in de interventiegroep werden behandeld met een completerende lymfeklierdissectie en patiënten in de controlegroep werden geobserveerd met echografie van het

lymfeklierstation. Patiënten die waren toegewezen aan de observatiegroep werden gecontroleerd door middel van klinisch onderzoek en echografie van het lymfeklierstation elke 4 maanden tijdens de eerste 2 jaar, elke 6 maanden gedurende de jaren 3 tot en met 5 en daarna jaarlijks. Patiënten in de interventiegroep hadden hetzelfde follow-up schema maar werden niet beoordeeld met echografie. Het onderzoek van Faries (2017) heeft een omvang van 1939 patiënten; 971 patiënten gerandomiseerd in de experimentele groep (lymfeklierdissectie) en 968 patiënten in de controlegroep (observatie). De studie is van redelijke kwaliteit (zie risk of bias tabel). De primaire uitkomstmaat in de studie van Faries (2017) is melanoom-specifieke overleving. Secundaire uitkomstmaten waren algehele overleving, ziektevrije overleving, overleving zonder terugkeer van regionale kliermetastasen en afstandmetastase-vrije overleving. Aanvangstijd van de studie was het moment van randomisatie. Melanoom-specifieke overleving was gedefinieerd als tijd tot melanoom-gerelateerd overlijden. Ziektevrije overleving was de tijd tot het moment van terugkeer van de ziekte. Overleving zonder klierrecidief was de tijd tot recidief binnen het gedraineerde klierstation.

De studie van Leiter (2016) onderzoekt de waarde van completerende klierdissectie in de behandeling van patiënten na een positieve schildwachtklierprocedure (DeCOG-SLT). Leiter (2016) beschrijft een gerandomiseerde fase III klinische trial waarin de overleving wordt onderzocht bij patiënten die wel of geen completerende lymfeklierdissectie hebben gehad na een positieve schildwachtklierprocedure. Patiënten die in aanmerking kwamen voor deelname hadden een leeftijd van 18 tot 75 jaar, een tumordikte van tenminste 1 mm met micrometastasen in de schildwachtklier (tenminste single-cells of grotere micrometastasen). Patiënten met een melanoom in het hoofd-hals gebied, satellietose, in-transit, of afstandmetastasen, of met betrokkenheid van de volledige lymfeklier met capsulaire perforatie (regionale macrometastasen) werden uitgesloten. Het randomisatieschema is opgemaakt door een computer en er werd gestratificeerd voor de dikte van de tumor (≤ 2 mm versus > 2 mm), ulceratie van de primaire tumor en beoogde adjuvante interferontherapie. De studie heeft een omvang van 483 patiënten, 242 patiënten in de experimentele (lymfeklierdissectie) en 241 in de controlegroep (observatie). Patiënten in de observatiegroep volgden eenzelfde follow-up als de experimentele groep: bloedtesten werden elke drie maanden afgenomen en elke 6 maanden een beeldvormend onderzoek (CT-scan, MRI of PET-CT, thorax-foto of sonografie). Deze RCT is van overwegend redelijke kwaliteit (zie risk of bias tabel). De primaire uitkomstmaat was afstandmetastase-vrije overleving (gedefinieerd als tijd vanaf het moment van randomisatie tot het moment van diagnose van eerste afstandmetastase). Secundaire uitkomstmaten waren ziektevrije overleving (gedefinieerd als tijd vanaf het moment van randomisatie tot het moment van terugkeer van de ziekte), algehele overleving (gedefinieerd als tijd vanaf het moment van randomisatie tot het moment van overlijden), terugkeer van regionale lymfekliermetastasen, en complicaties door complete lymfeklierdissectie in de experimentele groep.

Resultaten

Melanoom-specifieke overleving (3 jaar)

De melanoom-specifieke overleving op 3 jaar was 86% (SD 1,3) in de lymfeklierdissectie groep en 86% (SD 1,2) in de observatie groep. Er is geen statistisch significant verschil in 3-jaars melanoom-specifieke overleving tussen de observatiegroep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 1,08; 95%BI= (0,88 tot 1,34); $p= 0,42$) (Farries, 2017). In de studie van Leiter (2016) was de melanoom-specifieke overleving na 3 jaar 81,2% ($n= 40$ events; 90%BI= (76,1 tot 86,3)) in de lymfeklierdissectie groep en 81,7% ($n= 44$ events; 90%BI= (76,8 tot 86,6)) in de observatie groep. Ook in deze studie was er geen statistisch significant verschil in melanoom-specifieke overleving na drie jaar tussen de observatie groep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 0,96; 90%BI= (0,67 tot-1,38); $p= 0,87$). De gepoolde HR voor totale 3-jaars melanoom-specifieke overleving laat geen statistisch significant verschil zien tussen beide groepen (HR=1,01; 95%BI= (0,77 tot 1,33); $p=0,96$) (Figuur 1).

Figuur 1 Gepoolde Hazard Ratio (HR) voor melanoom-specifieke overleving na 3-jaar tussen de klierdissectie-groep en observatiegroep.

Afstandmetastase-vrije overleving (3 jaar)

De intention-to-treat analyse van Leiter (2016) laat zien dat de 3-jaars afstandmetastase-vrije overleving 77,0% ($n= 55$ events; 90%BI= (71,9 tot 82,1)) is in de patiënten die zijn geobserveerd en 74,9% ($n= 54$ events; 90%BI= (69,5 tot 80,3)) in de patiënten met een complete lymfeklierdissectie. Er is geen statistisch significant verschil in 3-jaars afstandmetastase-vrije overleving tussen de observatie groep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 1,03; 90%BI= (0,71 tot 1,50); $p= 0,87$). De per-protocol analyse liet dezelfde resultaten zien; afstandmetastase-vrije overleving was 78% in de observationele groep (90%BI= (68,8 tot 81,4)) en 75% (90%BI= (68,8 tot 81,1)) in de complete lymfeklierdissectie groep, statistisch geen significant verschil tussen beide groepen (HR= 1,02; 90%BI= (0,72 tot 1,45); $p= 0,92$).

Ziektevrije overleving (3 jaar)

De 3-jaar ziektevrije overleving was 67,4% (n= 73 events; 90%BI= (61,6 tot 73,2)) in de observatie groep en 66,8% (n= 67 events; 90%BI= (60,9 tot 72,2)) in de complete lymfeklierdissectie groep. Er is geen statistisch significant verschil in 3-jaars ziektevrije overleving tussen de observatie groep en de complete lymfeklierdissectie groep (HR= 0,95; 90%BI= (0,72 tot 1,25); p= 0,75).

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht (GRADE-methodiek) is bepaald per uitkomstmaat en in tabel 1 schematisch weergegeven.

Tabel 1. Gradering van bewijskracht per uitkomstmaat: complete lymfeklierdissectie versus nodale observatie (GRADE-pro).

Vraagstelling: Complete lymph-node dissection compared to observation in the treatment of patients with sentinel-node positive metastases

Literatuur: Faries (2017); Leiter (2016)

CI: Confidence interval; HR: Hazard Ratio Explanations a. 95%BI overschrijdt default grens voor klinische relevantie (/ studie voldoet niet aan optimal information size).

Conclusies:

Hoog GRADE

Het verrichten van een onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie na een positieve schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 3-jaars melanoom-vrije overleving ten opzichte van nodale observatie.

Bronnen: (Faries, 2017; Leiter, 2016)

Redelijk GRADE

Het verrichten van een onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie na een positieve schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 3-jaars afstandmetastase-vrije overleving ten opzichte van nodale observatie.

Bronnen: (Leiter, 2016)

Redelijk GRADE

Het verrichten van een onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie na een positieve schildwachtklierprocedure leidt tot een vergelijkbare 3-jaars ziektevrije overleving ten opzichte van nodale observatie.

Bronnen: (Leiter, 2016)

Overwegingen:

De studies van Faries (2017) als Leiter (2016) zijn beiden van hoge kwaliteit en presenteren vergelijkbare resultaten. Hierdoor is het zeer aannemelijk dat de resultaten betrouwbaar zijn. Hoewel er nog geen 5- en 10-jaars resultaten bekend zijn, geven beide studies geen enkel teken van een mogelijk therapeutisch voordeel van onmiddellijke completerende (aanvullende) klierdissecties. Mogelijk is er wel een bias in beide publicaties naar kleinere metastasen in de schildwachtklieren. Echter, uit Faries (2017) lijken juist de patiënten met grotere metastasen in de schildwachtklieren juist geen baat te hebben bij onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissecties.

Morbiditeit van onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissecties kan aanzienlijk zijn (Reintgen, 1994; Hughes, 2000; McMasters, 2002; Carlson, 2003; Staritt, 2004; de Vries, 2006; Van Akkooi, 2006; Morton, 2006; Van Akkooi, 2007; Bilimoria, 2008; Torjesen, 2013; Thomas, 2013). Hoewel een onmiddellijke completerende (aanvullende) klierdissectie mogelijk additionele informatie geeft over het ziektestadium, weegt dit niet op tegen de morbiditeit van de procedure. De MSLT-2 studie toont aan dat 24,1% van de patiënten in de klierdissectie groep lymfoedeem had terwijl dit maar 6,3% van de patiënten voorkwam in de nodale observatiegroep (p<0,001) (Faries, 2017). Ook het feit dat een onmiddellijke completerende (aanvullende) klierdissectie minder regionale recidieven geeft, weegt niet op tegen de potentiële morbiditeit.

Periodieke controles van de aangedane klierstation(s) middels echografie zijn wenselijk bij patiënten met een positieve schildwachtklierprocedure. In de studie van Faries (2017) werden patiënten in de nodale observatie groep gemonitord middels het volgende schema: klinisch onderzoek vond elke vier maanden plaats in de eerste twee jaar na het vaststellen van de diagnose, elke zes maanden tussen het derde en het vijfde jaar en daarna jaarlijks.

Ondanks het ontbreken van een therapeutisch effect van de schildwachtklier procedure en/of onmiddellijke completerende (aanvullende) lymfeklierdissectie, is wel gebleken dat het vooralsnog de beste methode is om de prognose van stadium I/II melanoom patiënten te bepalen. Hiermee worden patiënten potentieel als stadium III herkend. De schildwachtklierprocedure is gebruikt voor het selecteren van patiënten voor adjuvante therapie studies. Nu deze adjuvante therapie ook een aangetoond effect op de ziektevrije overleving heeft, is het verrichten van een schildwachtklierprocedure van belang om patiënten optimaal te stadiëren en te informeren of de prognose, alsmede te bepalen of zij in aanmerking komen voor adjuvante therapie. Indien patiënten geen informatie wensen of de prognose of, vanwege bijvoorbeeld comorbiditeit, niet in aanmerking komen voor adjuvante therapie, kan hiervan worden afgezien.

Afstandsmetastasen

Aanbevelingen:

Er wordt geadviseerd om de microscopische preparaten te vergelijken met die van de primaire tumor om na te kunnen gaan of het celbeeld van de tumoren overeenkomt.

Er wordt geadviseerd om, indien de tumor geheel amelanotisch is, algemeen immunohistochemisch onderzoek ter bevestiging van de diagnose te verrichten.

Er wordt geadviseerd om in de diagnosesetext van het pathologieverslag te vermelden:

- plaats van de metastase
- de aard van de ingreep
- de diagnose melanoommetastase
- een uitspraak over de radicaliteit

Overwegingen:

Macroscopisch onderzoek

Inspectie

Bij de macroscopische beschrijving dient aandacht te worden gegeven aan:

- afmetingen van het totale preparaat en aard van het weefsel;
- afmetingen en kleur van tumorhaard(en) en eventuele andere afwijkingen;
- minimale afstand(en) van deze laesie(s) tot de snijranden.

De lymfeklier wordt na fixatie in toto door de grootste diameter ter plaatse van de hilus gehalveerd.

Uitsnijden

Indien de radicaliteit van de excisie van belang is (met name bij een solitaire metastase), wordt het preparaat geïnk. Na lamelleren wordt het gebied waar de tumor het dichtst bij de rand ligt, apart uitgenomen. Representatieve stukjes worden uitgenomen, inclusief gepigmenteerde gebieden, indien aanwezig.

Microscopisch onderzoek

Gelet wordt op:

- het celtype (epithelioïd, spoelcellig, kleincellig)
- aanwezigheid van melanine
- relaties met pre-existente structuren en snijvlakken.

Protocollaire verslaglegging PALGA

Literatuurbespreking:

PALGA werkt continue aan het optimaliseren van de pathologie diagnostiek en verslaglegging. De invoer van de standaardverslaglegging (Synoptic Reporting) in de pathologie door middel van landelijke protocollen is daarbij essentieel: voor iedere patiënt, in elk ziekenhuis in Nederland wordt dezelfde informatie verzameld en op een duidelijke en overzichtelijke manier gepresenteerd. De bespreking van iedere patiënt in het multidisciplinaire overleg kan zo optimaal verlopen. Landelijke protocollen worden regelmatig geactualiseerd, centraal gedistribueerd en automatisch geïmporteerd in de protocolomgeving van het laboratorium.

Landelijke protocollen histologie

[Melanoom](#)

[SWK-Melanoom](#)

Voor informatie, ondersteuning ter plaatse en helpdesk : Paul Seegers, Stichting PALGA (tel. 088 - 04 02 700). Of stuur een bericht naar paul.seegers@palga.nl of stichting@palga.nl

Werkgroep Protocollen

Om de protocolgebruikers een platform te bieden voor overleg is de werkgroep protocollen opgericht. Dit initiatief wordt gesteund door het Bestuur van de Stichting PALGA en door de NVVP.

Alle landelijke PALGA protocollen zijn goedgekeurd door de commissie beroepsuitoefening (CBU) van de NVVP.

Nazorg en nacontrole

Literatuurbespreking:

In de praktijk zijn de begrippen nacontrole, nazorg en follow-up niet altijd duidelijk van elkaar te onderscheiden. In het rapport van de Gezondheidsraad 'Nacontrole in de oncologie' worden de begrippen nazorg en nacontrole gedefinieerd ([Gezondheidsraad, 2007](#)). In dit hoofdstuk worden de drie elementen van nazorg gehanteerd zoals gedefinieerd door de Gezondheidsraad.

'Nazorg' wordt door de Gezondheidsraad gedefinieerd als een essentieel onderdeel van de individuele patiëntenzorg tijdens en na behandeling voor kanker. 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 van de primair behandelde kanker of nieuwe daarmee geassocieerde maligniteiten, evaluatie van het medisch handelen en de gevolgen daarvan.

Nazorg is ook voorzorg. Fysieke en psychosociale gevolgen van kanker en de behandeling daarvan kunnen reeds direct na diagnose en tijdens de behandeling optreden. Tijdige behandeling van klachten door vroegsignalering startend direct na diagnose kan ziektelast verminderen en erger voorkomen. Het initiatief voor een contact kan zowel uitgaan van de arts als van de patiënt. Nazorg heeft als eerste doel om ziektelast te beperken door verbetering van de kwaliteit van leven en verlenging van de levensduur. 'Nacontrole' wordt door de Gezondheidsraad gedefinieerd als de programmatische aanpak van nazorg, die bestaat uit terugkerende contacten tussen de patiënt en zijn behandelaren en die verband houdt met de behandelde vorm van kanker.

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de richtlijnen [Herstel na Kanker](#) (IKNL, 2011), [Detecteren behoefte psychosociale zorg](#) (IKNL, 2010) en [Oncologische revalidatie](#) (IKNL, 2011). Voor deze richtlijnen zie de website www.oncoline.nl.

Gevolgen en aanpak 1e jaar

Aanbevelingen:

Nacontrole, medisch inhoudelijk

Er wordt geadviseerd om in het bijzonder aandacht te besteden aan de plaats van de oorspronkelijke tumor en het betreffende gebied waarvan de lymfe draineert op dezelfde klierregio als de primaire tumor. Bij de anamnese informeert men naar vlekjes en knobbeltjes in dit gebied. Zulke afwijkingen zijn goed toegankelijk voor lichamelijk onderzoek. Men dient zich bewust te zijn van het specifieke metastaseringspatroon van melanoom. Met ervaring zal men dermale satellietmetastasen vaak al herkennen als ze nauwelijks groter zijn dan een millimeter. In-transitmetastasen komen vaak voor in het verloop van de lymfebanen en men dient dus te weten waar deze zich bevinden. Lokaal recidief, satellietmetastasen en in-transitmetastasen zijn niet altijd donker van kleur. Het lymfekliergebied waar regionale lymfeklieren zich meest waarschijnlijk kunnen bevinden wordt gepalpeerd [Roozendaal 2000²²⁵] Bij dubieuze bevindingen bij lichamelijk onderzoek kan men de diagnostiek uitbreiden met echografie en dunne naaldpunctie van een verdacht ruimte-innemend proces voor cytologisch onderzoek. (Zie verder hoofdstuk Diagnostiek [lokaal en locoregionaal recidief](#)).

Individueel nazorgplan (zie voorbeeld in [Bijlage 17](#))

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. naar de huisarts en de patiënt een kopie van het nazorgplan te geven.

Literatuurbespreking:

De Gezondheidsraad (2007) concludeert dat veel patiënten na een, in opzet, curatieve behandeling voor kanker met klachten kampen. Deze klachten kunnen beperkt dan wel uitgebreid zijn, zowel van lichamelijke als psychische aard zijn, en vroeg dan wel later optreden. Het gaat hierbij veelal om lichamelijke gevolgen die duidelijk verbonden zijn aan de specifieke aard van de kanker, de behandeling, psychosociale problemen en algemene klachten.

Algemene problemen kunnen zijn op het gebied van relaties met partner en gezin, sociale contacten, problemen met maatschappelijke participatie, arbeidsparticipatie en financiële problemen.

Vroege gevolgen

Vroege gevolgen zijn die gevolgen die de patiënt direct na diagnose en tijdens behandeling of in de eerste periode (tot één jaar) na de behandeling ervaart. De Gezondheidsraad stelt dat tijdige behandeling door vroege signalering de ziektelast van vroege gevolgen kan verminderen. De zorg met betrekking tot vroege gevolgen valt primair onder de verantwoordelijkheid van de behandelend specialist. Uiteraard kunnen hierbij andere hulpverleners ingeschakeld worden.

De operaties die worden uitgevoerd, zijn in veel gevallen niet ingrijpend en de gevolgen zijn dan ook meestal gering, maar de patiënt voelt zich onzeker en kan vragen hebben over de prognose, wondgenezing en zelfcontrole.

Voorbeelden van vroege gevolgen bij de behandeling van melanoom zijn pijn aan de wond of jeuk aan het litteken. Bij aanvullende chirurgie zoals de schildwachtklierprocedure of een regionale lymfklierdissectie worden genoemde vroege gevolgen af en toe gezien. Ernstige complicaties komen nauwelijks voor indien alleen een re-excisie van het primaire melanoom is verricht. Na een schildwachtklierprocedure kunnen er postoperatieve complicaties optreden, zoals wondinfectie, seroom, lymfepistel, haematoom, neuropraxie of cutaan gevoelsverlies [Jansen, Nieweg 2000]. Soms treden er complicaties op met vervelende gevolgen op lange termijn. Na de definitieve excisie kan het een jaar duren voordat het litteken geheel rustig is geworden. Dan kan pas na een jaar de balans worden opgemaakt van functionele en cosmetische bezwaren.

<i>Lichamelijk</i>	<i>Psychisch</i>	<i>Sociaal</i>
wondinfectie	vermoeidheid	relaties partner, gezin
seroma	concentratie	
lymfepistel	angst, depressie	
lymfoedeem	woede	
haematoma	verdriet	arbeidsparticipatie, werkhervatting
neuropraxie		
cutaan gevoelsverlies		
vermoeidheid/conditie		
Beperking algemene dagelijkse levensverrichtingen	twijfel over prognose	

Late gevolgen

Late gevolgen zijn die gevolgen die nog niet bestaan of nog geen klachten geven bij het einde van het behandeltraject. Zolang onduidelijk is of de detectie van deze late gevolgen in een asymptomatische fase voor de patiënt gezondheidswinst oplevert, bestaat er onvoldoende rechtvaardiging om alle patiënten langdurig onder controle te houden. Het is van belang de patiënt en zijn huisarts goede voorlichting en instructie over mogelijke late gevolgen te geven en hoe daarmee om te gaan. De patiënt moet geïnformeerd worden bij welke zorgverlener hij bij het optreden van deze klachten terecht kan. 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.

Voorbeelden van late gevolgen bij de behandeling van melanoom zijn lymfoedeem (van mild tot ernstig) of lymfepistel, hetgeen kan optreden na een schildwachtklierprocedure of een lymfklierdissectie.

Signalering

Nazorg begint met het systematisch signaleren van klachten. 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 signaleringsinstrument (de Lastmeter) aanbevolen. Aanvullend kunnen signalerings- en diagnostische instrumenten worden ingezet voor specifieke klachten. Voor deze instrumenten wordt verwezen naar de [richtlijn](#) Oncologische revalidatie (IKNL, 2011).

Zelfmanagement

Hernieuwde tumoruitgroei wordt in de helft van de gevallen door de patiënt zelf opgemerkt [Jillella 1995, Garbe 2003⁹⁶; Poo-Hwu, 1999; Ruark 1993; Baughan 1993; Hofmann 2002; DiFronzo 2001; Kittler 2002¹⁴⁴]. Uit één van deze onderzoeken bleek dat patiënten met een recidief, dat werd ontdekt bij controle

door de arts, een overlevingspercentage hadden dat 5,8% beter was dan wanneer patiënten hun recidief zelf hadden ontdekt [Poo-Hwu, 1999]. In een tweede onderzoek werd echter een tegenovergestelde trend gevonden [Ruark 1993]. Twee andere onderzoeken lieten geen verschil zien [Baughan 1993; Hofmann 2002]. Ook een volgend primair melanoom wordt nogal eens door de patiënt ontdekt [Garbe 2003⁹⁶], waarbij de breslowdikte ongeveer de helft bedraagt van het eerste melanoom [DiFronzo 2001; Kittler 2002¹⁴⁴]. Wellicht kunnen patiënten hun recidief nog vroeger opsporen wanneer zij daartoe worden geïnstrueerd. Zorgprofessionals hebben de belangrijke taak de patiënt te ondersteunen in dit 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 (zie [Bijlage 17](#), voorbeeld nazorgplan melanoom) en verwijzingen naar betrouwbare bronnen voor informatie (bijvoorbeeld patiëntenfolder Stichting Melanoom en van KWF) [Hoffman 2006]. Bij de patiëntenvereniging kan men terecht voor lotgenotencontact (www.stichtingmelanoom.nl).

Behandeling

Naast de standaardbegeleiding, zoals voorlichting, steun en advies bij zelfmanagement, zijn verschillende behandelingen voor specifieke lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van kanker effectief gebleken. Indien zich lymfoedeem voordoet, dient de patiënt te worden verwezen naar een huidtherapeut voor lymfedrainage en eventueel aanmeten van een therapeutisch elastische kous. Naast behandeling van specifieke klachten zijn psychologische behandeling en oncologische revalidatie in te zetten bij klachten en ter verbetering van de kwaliteit van leven. In de [richtlijn](#) Oncologische revalidatie [IKNL, 2011], zijn beslisbomen opgenomen voor de verwijzing en revalidatie bij specifieke klachten. De [blauwdruk](#) Kanker en Werk [NVAB, 2009] geeft aanbevelingen voor arbeidsintegratie.

Heroverweging na een jaar

Gemiddeld genomen nemen algemene klachten en klachten van distress af in de loop van een tot twee jaar [Stanton 2006; Parker, 2007]. Het advies is dan ook om een jaar na afronding van de primaire kankerbehandeling de systematiek van signalering en nazorg ten aanzien van restklachten te heroverwegen en zo mogelijk af te sluiten. Zo nodig kan dit leiden tot een deelscenario: gedeeltelijke voortzetting van nazorg of tot verwijzing.

Individueel nazorgplan

Het advies van de Gezondheidsraad is om na afloop van de kankerbehandeling voor patiënten met melanomen stadium IB en hoger een nazorgplan te maken, dat ter beschikking komt van de patiënt, de huisarts en andere betrokken partijen. Het nazorgplan bevat op zijn minst informatie over:

- lichamelijke en psychosociale gevolgen van ziekte en behandeling
- de wenselijkheid en inrichting van de nazorg
- het moment van heroverweging
- blijvende aandachtspunten

Het individuele nazorgplan is tumorspecifiek gemaakt voor melanoom en is opgenomen in [Bijlage 17](#). Een herziening van het nazorgplan kan nodig zijn indien nieuwe gegevens bekend zijn over de (late) gevolgen van kanker en als zich nieuwe zorgvragen voordoen. Bijvoorbeeld het moment van heroverweging van de nazorg, een jaar na afronding van de primaire behandeling.

Detectie nieuwe kankermanifestaties

Aanbevelingen:

Uitgangsvraag

Op welke termijn kunnen nieuwe kankermanifestaties (lokale of regionale recidieven, afstandsmetastasen dan wel tweede primaire tumoren) optreden?

Aanbevelingen

Er wordt geadviseerd om bij patiënten met melanomen t/m stadium IA als volgt aandacht te besteden aan de instructie voor zelfonderzoek:

een eenmalig controlebezoek een maand na de behandeling van een primair melanoom. Hierin kan de patiënt zijn vragen stellen en geïnstrueerd worden voor zelfonderzoek. Er wordt aan de patiënt uitgelegd dat er geen bewijs voorhanden is waaruit blijkt dat regelmatige controle tot een betere kans op overleving leidt, maar dat bij klachten steeds een afspraak op korte termijn kan worden gemaakt.

Schriftelijke instructie voor zelfonderzoek en schriftelijke contactinformatie in geval van ontdekken verdachte afwijking meegeven.

Er wordt geadviseerd om bij patiënten met melanomen vanaf stadium IB het onderstaande schema te volgen dat het best aansluit op het onderliggende wetenschappelijke bewijs.

1e jaar: een keer per drie maanden controle;

2e jaar: een keer per zes maanden controle;

3e tot 5de jaar: één controle per jaar.

Aanvullend onderzoek op indicatie.

Literatuurbespreking:

Recidief melanoom (Evidence based tekst, uitgangsvraag 13.1: termijn van optreden)

Eén grote (n=33.384) cohort studie berekende het aantal patiëntjaren dat nodig is om één recidief te vinden, op verschillende tijdstippen na de primaire behandeling (tabel 1) [Leiter, Buettner 2011¹⁵⁷]. Voor AJCC stadium IA was het aantal patiëntjaren, nodig om één recidief te vinden, redelijk constant over tien jaar follow-up en hoog (steeds boven de 115 patiëntjaren). Voor AJCC stadia Ib, II en III werden steeds minder recidieven gevonden naarmate de follow-up tijd vorderde, maar bleef het aantal gevonden recidieven per patiëntjaren hoog. (Zie hoofdstuk [TNM classificatie](#))

Tabel 1 Incidentie van recidieven per patiëntjaren observatie, op verschillende tijdstippen na primaire behandeling (Leiter, Buettner et al. 2011¹⁵⁷)

AJCC stadium	Aantal jaren na primaire behandeling			
	1	3	5	10
IA	1/152	1/167	1/167	1/115
IB	1/37	1/40	1/58	1/67
II	1/7	1/13	1/23	1/79
III	1/3	1/10	1/14	1/47

Afkortingen: AJCC: American Joint Committee on Cancer

In de studie van Bernengo et al. werd beschreven dat de incidentie van recidieven op afstand laag was (ongeveer 1/100 patiënten) en zo bleef gedurende een follow-up van meer dan twintig jaar [Bernengo 2005²⁹¹]. De incidentie van lokale recidieven lag in het eerste jaar hoog (ongeveer 1/6 patiënten) en daalde naar ongeveer 1/20 patiënten in het vijfde jaar om gedurende meer dan twintig jaar lager dan 1/20 patiënten te blijven. In deze analyse werd geen onderscheid gemaakt naar stadiering.

Vier studies beschreven het percentage recidieven dat binnen een bepaalde tijdsperiode werd gevonden (tabel 2) [Bernengo 2005²⁹¹; Francken 2008²⁹⁵; Romano 2010³¹⁷; Hohnheiser 2011³⁰²]. Uit deze studies komt naar voren dat meer dan twee-derde van alle recidieven binnen vijf jaar na de primaire behandeling werd gevonden, behalve voor AJCC stadium IA. In één studie die patiënten met stadium IA evalueerde werd de helft van alle (zeldzame) recidieven binnen vijf jaar na primaire behandeling gevonden en de helft van zes tot tien jaar na primaire behandeling [Francken, Accortt et al. 2008²⁹⁵]. Het percentage recidieven van alle recidieven wat binnen vijf jaar wordt gevonden is een overschatting in studies met een relatief korte follow-up [Francken 2008²⁹⁵; Romano 2010³¹⁷].

Tabel 2 Percentage recidieven (van alle gevonden recidieven) per tijdsperiode na primaire behandeling

Studie	N (% met recidief)	Follow-up	AJCC stadia	% recidieven van alle gevonden recidieven			
				≤ 5 jaar	6-10 jaar	11-15 jaar	16-20 jaar
(Bernengo, Quaglini et al. 2005) ²⁹¹	3174 (43%)	Mediaan 10 jaar	I 54%, II 46%	77%	12%	5%	7%
(Francken, Accortt et al.)	4748 (19%)	Mediaan 6 jaar	IA 39% IB 30%	50% # 68% #	50% # 32% #	N.a.	N.a.

2008) ²⁹⁵			IIA 16%	74% #	26% #	N.a.	N.a.
			IIB 11%	83% #	17% #	N.a.	N.a.
			IIC 4%	88% #	12% #	N.a.	N.a.
(Hohnheiser, Gefeller et al. 2011) ³⁰²	2487 (21%)	Mediaan 13 jaar	I 52%, II 23%, III 8%*	82%	12%	7%	-
(Romano, Scordo et al. 2010) ³¹⁷	340 (100%)	Mediaan 6 jaar	IIIA 28%	92% #	Na	N.a.	N.a.
			IIIB 46%	98% #	Na	N.a.	N.a.
			IIIC 26%	100% #	Na	N.a.	N.a.

Data afgelezen uit recidief-vrije overlevingscurven

*cijfers van de Union for International Cancer Control (IUCC) stadiëring

Als percentages niet tot 100% optellen, dan komt dat door afrondingsverschillen

Afkortingen: AJCC: American Joint Committee on Cancer

N.a.: niet afgelezen wegens zeer kleine aantallen patiënten

Eén studie beschreef het percentage recidieven per tijdseenheid bij een dikte van de primaire tumor ≤ 1 mm [Bernengo 2005]. Tot en met het vijfde jaar na primaire behandeling werden 43% van alle recidieven gevonden, van zes tot tien jaar 14%, van elf tot vijftien jaar 21% en van zestien tot twintig jaar ook 21%. In de twee studies die late recidieven beschreven (recidieven die tien jaar of langer na de primaire behandeling optreden) werden bij 0,7-1,1% van de patiënten late recidieven gevonden [Leman2003; Hansel 2010]. In deze studies werden alleen patiënten met een follow-up van tien jaar of langer geïnccludeerd, wanneer de gemiddelde follow-up relatief kort was, bijvoorbeeld elf of twaalf jaar, dan zijn de genoemde percentages een onderschatting van de werkelijke late recidieven. De gemiddelde follow-up werd niet beschreven.

Tweede melanoom

De incidentie van een tweede melanoom werd in drie studies beschreven [McCaul 2008; Bradford 2010; Leiter 2011]. Na het eerste jaar na primaire behandeling was de incidentie vrij constant en laag (steeds lager dan 1/166 persoonsjaren). De in het eerste jaar gevonden hogere incidentie kan verklaard worden door het begin van screening. Zie voor behandeling van een tweede melanoom, [hoofdstuk Behandeling](#).

Tabel 3 Incidentie van een tweede melanoom per tijdperiode na primaire behandeling

Study	Setting	N	Aantal jaren na primaire behandeling					
			≤ 1	3	(1-)5	(5-)10	10-20	>20
(Bradford, Freedman et al. 2010)	United States	89.515	1/158	-	1/261	1/287	1/310	1/299
(Leiter, Buettner et al. 2011)	Germany, Austria, Switzerland	33.384	1/122	1/769	1/526	1/1000	-	-
(McCaul, Fritschi et al. 2008)	Australia	52.997	1/79	1/166				

Conclusies:

Er zijn aanwijzingen dat de incidentie van recidieven bij AJCC stadium IA melanomen laag is en constant gedurende follow-up, met minder dan een recidief per 100 patiëntenjaren.

[Niveau 3](#), C: Leiter 2011³⁰⁹

Er zijn aanwijzingen dat de incidentie van recidieven in de AJCC stadia IB, II en III hoog is (meer dan een recidief per 40 patiëntenjaren in het eerste jaar na primaire behandeling) en langzaam afneemt gedurende de follow-up.

[Niveau 3](#), C: Leiter 2011³⁰⁹

Er zijn aanwijzingen dat meer dan tweederde van alle recidieven in de eerste vijf jaar na de primaire behandeling wordt gevonden, (behalve bij AJCC stadium IA)

[Niveau 3](#), C: Bernengo 2005²⁹¹, Francken 2008²⁹⁵, Romano 2010³¹⁷, Hohnheiser 2011³⁰²

Er zijn aanwijzingen dat de incidentie van tweede melanomen, vanaf het tweede jaar na de behandeling

van een eerste melanoom, vrij constant en laag is, met minder dan één gevonden tweede melanoom per 166 patiëntenjaren.

[Niveau 3](#), C: Mc Caul 2008; Bradford 2010; Leiter 2011

Behandeling

Aanbevelingen:

Zie aanbevelingen hoofdstuk 'Diagnostiek en behandeling lokaal/locoregionaal recidief'.

Literatuurbespreking:

Zie literatuurbespreking hoofdstuk 'Diagnostiek en behandeling lokaal/locoregionaal recidief'.

Conclusies:

Zie conclusies hoofdstuk 'Diagnostiek en behandeling lokaal/locoregionaal recidief'.

Overwegingen:

Zie Overwegingen hoofdstuk 'Diagnostiek en behandeling lokaal/locoregionaal recidief'.

Vroegdetectie

Aanbevelingen:

Er is geen overtuigend bewijs voor een overlevingsvoordeel geassocieerd met vroegtijdige detectie van afstandsmetastasen na behandeling van een primair melanoom.

Literatuurbespreking:

Behandeling van vroegtijdig gedetecteerde nieuwe kankermanifestaties, bijv. op basis van strikte follow-up, werd niet in een gerandomiseerde studie vergeleken met behandeling van laattijdig gedetecteerde nieuwe kankermanifestaties, bijv. op basis van klinische tekenen of symptomen. Sinds 2002 werden zes observationele studies gepubliceerd die een idee geven van het verschil in overleving tussen vroegtijdig en laattijdig gedetecteerde nieuwe kankermanifestaties.

Eén prospectieve studie [Francken 2007²⁹⁴] en twee retrospectieve studies [Hofmann 2002³⁰¹, Meyers 2009³¹³]. vonden geen overlevingsverschil tussen nieuwe kankermanifestaties gedetecteerd door de patiënt zelf enerzijds en de arts of beeldvorming anderzijds, of tussen symptomatische en asymptomatische nieuwe kankermanifestaties. Deze drie studies vertoonden echter belangrijke methodologische beperkingen, wat de bevindingen weinig betrouwbaar maakt. Geen van deze studies rapporteerde de exacte overlevingscijfers of voerde een risicocorrectie uit. Met lead-time bias werd geen rekening gehouden. Bovendien werden uiteenlopende in- en exclusiecriteria gehanteerd. Zo includeerden Meyers et al. enkel stadium II en III patiënten [Meyers 2009³¹³], terwijl Francken et al [Francken 2007²⁹⁴] en Hofmann et al [Hofmann 2002³⁰¹]. ook een aanzienlijk aantal stadium I patiënten includeerden. Hofmann et al. gaven geen duidelijke definitie van de verschillende detectiewijzen.

Drie studies vonden wel significante overlevingsverschillen, maar vergeleken telkens andere patiëntengroepen. Dit maakt een vergelijking tussen deze drie studies moeilijk.

In een prospectieve studie volgden Garbe et al. patiënten met stadium I-IV melanoom gedurende vijftientig maanden [Garbe 2003²⁹⁶]. In 46 en 12 patiënten met een stadium I-III melanoom werd respectievelijk een tweede primaire tumor of recidief vastgesteld. Vroegtijdige detectie werd door de auteurs gedefinieerd op basis van ziektekenmerken: orgaan- of lymfekliermetastasen van hoogstens 2 cm, minder dan tien aangetaste lymfeklieren, en een indicatie voor chirurgie met curatief opzet. De 3-jaarsoverleving was significant beter in patiënten met een vroegtijdige detectie (stadium I/II: 76% vs. 38%, $p < 0.0001$; stadium III: 60% vs. 18%, $p < 0.0001$) [Garbe 2003²⁹⁶]. Ook de 10-jaarsoverleving was significant beter in de groep met vroegtijdige detectie, ook na correctie voor lead-time bias (41% vs. 26%) [Leiter 2010³⁰⁸]. Een selectiebias kan in deze studie desondanks niet uitgesloten worden. Bij patiënten die

intensief gevolgd werden met beeldvorming kan een deel van de recidieven ontdekt zijn in een vroegtijdig stadium.

Twee andere retrospectieve studies werden gepubliceerd door onderzoekers van het Memorial-Sloan Kettering Cancer Center. Moore Dalal et al. volgden 1062 patiënten met een stadium I en II melanoom die een schildwachtklierbiopsie ondergingen [Moore Dalal 2008³¹⁴]. Hiervan werd bij 203 patiënten een recidief vastgesteld. Patiënten bij wie het recidief werd vastgesteld door zelfonderzoek hadden een significant betere overleving (mediaan 37 maanden) dan patiënten bij wie het recidief werd vastgesteld op basis van symptomen (7 maanden), door lichamelijk onderzoek door een arts (29 maanden), of door beeldvorming (9 maanden). Romano et al. volgden 340 patiënten met een stadium III melanoom die een recidief kregen na een curatieve behandeling [Romano 2010³¹⁷]. Patiënten met een symptomatisch recidief (nieuwe tumor door patiënt vastgesteld of nieuwe symptomen) hadden een significant slechtere overleving dan patiënten bij wie het recidief werd vastgesteld door lichamelijk onderzoek door een arts of beeldvorming (RR 0.67, 95%BI 0.50-0.88, $p=0.004$).

Conclusies:

Er is geen overtuigend bewijs voor een overlevingsvoordeel geassocieerd met vroegtijdige detectie van afstandsmetastasen na behandeling van een primair melanoom.

[Niveau 2](#), B: Francken 2007²⁹⁴, Hofmann 2002³⁰⁰, Meyers 2009³¹³, Garbe 2003, Moore Dalal 2008³¹⁴, Romano 2010³¹⁷

Diagnostiek

Aanbevelingen:

Zie Aanbeveling hoofdstuk 'Diagnostiek lokaal/locoregonaal recidief'.

Literatuurbespreking:

Zie literatuurbespreking hoofdstuk 'Diagnostiek lokaal/locoregonaal recidief'.

Conclusies:

Zie Conclusies hoofdstuk 'Diagnostiek lokaal/locoregonaal recidief'

Overwegingen:

Zie Overwegingen hoofdstuk 'Diagnostiek lokaal/locoregonaal recidief'

Evaluatie medisch handelen

Aanbevelingen:

De kwaliteit van de medische zorg kan geëvalueerd worden onder voorwaarden en met expliciete voorlichting en toestemming van de patiënt.

De effectiviteit en kwaliteit van de oncologische zorg kan samen met de wetenschappelijke verenigingen en andere betrokken partijen op systematische wijze geëvalueerd worden.

Literatuurbespreking:

Het rapport van de Gezondheidsraad²⁹⁷ (2007) beschrijft dat de evaluatie van de medische zorg vaak wordt genoemd als doelstelling van nazorg. Deze doelstelling komt de individuele patiënt slechts indirect ten goede. De kwaliteit van de medische zorg kan geëvalueerd worden onder voorwaarden. De richtlijn [Herstel na kanker](#) [IKNL 2011] beveelt aan dat indien de nazorg benut wordt voor de evaluatie van het medisch handelen, dit enkel met expliciete voorlichting en informed consent van de patiënt kan gebeuren.

Daarbij wordt voor de evaluatie van het medisch handelen een systematische aanpak aanbevolen.

Effectiviteit en kwaliteit van de oncologische zorg kan systematisch geëvalueerd worden samen met de wetenschappelijke verenigingen, betrokken partijen en beschikbare databases. Indicatoren om de kwaliteit van kankerzorg te toetsen en te verbeteren dienen op landelijk niveau gemaakt te worden.

Zwangerschap, hormonale anticonceptiva en hormonale substitutiemiddelen

Literatuurbespreking:

Melanomen die tijdens de zwangerschap ontstaan, zijn gemiddeld dikker dan die welke erbuiten optreden [Travers 1995²⁶⁰]. Als oorzaken hiervan worden het veranderde hormonale evenwicht en de invloed van tijdens de zwangerschap optredende groeifactoren genoemd. Ook zouden melanomen tijdens de zwangerschap later worden ontdekt. Er zijn echter geen aanwijzingen dat zwangerschap op zich de prognose van patiënten met melanoom, mits gecorrigeerd voor dikte, ongunstig beïnvloedt [Mackie 1991¹⁶²; Daryanani 2003⁶²]. Zwangerschap hoeft dan ook niet te worden ontraden. Hetzelfde geldt voor het gebruik van hormonale anticonceptiva en van hormonale substitutiemiddelen [Holly 1994¹²²; Holly 1995¹²³].

De adviezen bij kinderwens van een patiënt (zowel van een vrouw als van een man) die behandeld is voor een melanoom wijken in principe, zoals uit bovengenoemde blijkt, niet af van die welke men zou geven bij andere maligniteiten. Ze berusten op de overlevingskans die berekend kan worden op grond van het (micro-)stadium van het behandelde melanoom, waarbij ook het interval tussen de verwijdering van het melanoom en de zwangerschap meespeelt. Het is in deze gevallen aan de patiënt of het echtpaar om, veelal in overleg met de arts, te besluiten welk overlijdensrisico men bewust wil dragen.

Organisatie van zorg

Literatuurbespreking:

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Maximaal aanvaardbare wachttijden

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat bij verdenking door de huisarts op een melanoom de patiënt binnen twee weken gezien dient te worden door een dermatoloog of chirurg. De mate van verdenking is hierbij ook van belang, een overduidelijk/gevorderd melanoom moet binnen enkele dagen gezien worden door een dermatoloog of chirurg.

De werkgroep is van mening dat het gesprek over de diagnose bij voorkeur plaats dient te vinden binnen twee weken na de diagnostische excisie; indien eerder mogelijk is dit qua patiëntvriendelijkheid aan te bevelen.

De werkgroep is van mening dat de excisie en re-excisie (in combinatie met de schildwachtklieprocedure indien geïndiceerd) beide bij voorkeur plaats dienen te vinden binnen zes weken na het eerste bezoek, maar om psychologische redenen liefst eerder.

De werkgroep is van mening dat het signaleren van psychosociale zorgbehoeften/ zorgbehoeften (aanbevolen instrument de Lastmeter) plaats dient te vinden ongeveer zes weken na het gesprek over de diagnose maar ook kan samenvallen met het eerste follow-up bezoek na drie maanden. (Zie [richtlijn](#) Detecteren behoefte aan psychosociale zorg, www.oncoline.nl).

Aanvullende aanbevelingen voor patiënten met melanoom vanaf stadium III

De werkgroep is van mening dat er afspraken gemaakt dienen te worden over de taakverdelingen voor de nazorg, die geboden wordt in het ziekenhuis, de eerste- of derdelijns- instellingen.

De werkgroep is van mening dat er bij de afronding van de primaire behandeling voor de nazorg een vaste contactpersoon voor iedere patiënt aangesteld dient te worden en dat de patiënt de contactgegevens krijgt van deze contactpersoon. Breng de huisarts op de hoogte.

De werkgroep is van mening dat de patiënt geïnformeerd dient te worden over wie de vaste contactpersoon in de nazorg voor hem is. Zorg voor regelmatige (interdisciplinaire) overdracht van informatie, zeker ook naar de huisarts, bijv. via het nazorgplan van de patiënt.

Overwegingen:

Stichting Melanoom heeft een document kwaliteitscriteria vanuit het patiënten perspectief opgesteld. Daarin staat vermeld dat patiënten met een verdachte moedervlek het liefst binnen vijf werkdagen gezien worden door een dermatoloog. Eén van de andere kwaliteitscriteria van Stichting Melanoom stelt dat huisartsen geen moedervlekken verwijderen. De werkgroep vindt dat huisartsen wel moedervlekken mogen verwijderen, mits dit volgens de richtlijn gebeurt en de huisarts het weefsel opstuurt voor histologisch onderzoek.

Het gesprek over de psychosociale gevolgen (onderzoek m.b.v. de Lastmeter) zou door een verpleegkundig specialist, dermatologieverpleegkundige of oncologieverpleegkundige gedaan kunnen worden.

Er wordt geadviseerd een individueel nazorgplan op te stellen voor patiënten met stadium IB en hoger (zie voorbeeld in [Bijlage 17](#)).

Multidisciplinair overleg (MDO) voor stadium III en IV melanoom

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat melanoom patiënten met stadium III en IV in een MDO dienen te worden besproken óf op een aparte multidisciplinaire werkgroep voor melanoompatiënten óf op de algemene oncologie bespreking, maar dan na raadplegen van een melanoomexpert werkzaam in een melanoom centrum. De bedoeling is om tot optimale behandelresultaten te komen en patiënten de mogelijkheid te geven mee te doen aan klinische trials.

De werkgroep is van mening dat de multidisciplinaire bespreking of algemene oncologiebespreking bij voorkeur plaatsvinden eenmaal per week en minimaal eenmaal per twee weken. Deze multidisciplinaire bespreking betreft de definitieve stadiëring, de bij het stadium passende keuze van behandeling alsook beslissingen die dienen te worden genomen ten aanzien van een (eventuele) vervolgbehandeling. Tijdens het MDO dient achtereenvolgens aan de orde te komen: algemene anamnese, speciële anamnese, lichamelijk onderzoek; aanvullend onderzoek: radiologie, laboratorium en eventueel PET en ander isotopenonderzoek (bijvoorbeeld botsintigrafie); beoordeling of nadere diagnostiek noodzakelijk is, indien dat van belang is voor de beslissing over de behandeling; de stadiëring, wanneer deze compleet is a) aanbevolen behandeling passend bij melanoom in het gevonden stadium, b) voorstel voor deze patiënt; eventuele afwijkingen van de behandelrichtlijn en redenen daarvoor c) relevant klinisch wetenschappelijk onderzoek en eventueel deelname daaraan.

De werkgroep is van mening dat bij het MDO in elk geval aanwezig dienen te zijn de behandelaar en alle relevante specialisten. Er dient altijd een (oncologisch) chirurg en een klinisch oncoloog aanwezig te zijn en bij voorkeur een oncologie verpleegkundige of verpleegkundig specialist, die (evt. in plaats van de behandelaar) voor de patiënt als casemanager kan optreden.

Overwegingen:

Soms is in het MDO een KNO-arts of plastisch chirurg gewenst of zal de patiënt in een hoofd/hals team worden besproken. Soms is overleg met een radiotherapeut nodig. De huisarts van de patiënt wordt in principe uitgenodigd bij de bespreking aanwezig te zijn.

Het MDO voor patiënten met stadium III en IV vindt bij voorkeur plaats in of met een "melanoom expertisecentrum". Hierbij is teleconferencing mogelijk. Melanoomcentra voor gevorderd melanoom zouden de reeds bestaande centra kunnen zijn: de UMC's, Het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis en Erasmus MC-Daniel den Hoed.

Organisatie van zorg

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat er afspraken gemaakt moeten worden over de taakverdelingen voor de nazorg, die geboden wordt in het ziekenhuis, de eerste- of derdelijns- instellingen. Overweeg een grotere rol van de huisarts in de nazorg.

De werkgroep is van mening dat ervoor gezorgd moet worden dat bij de afronding van primaire behandeling voor de nazorg een vaste contactpersoon voor iedere patiënt aangesteld wordt. Spreek dit multidisciplinair af in het team en met de huisarts.

De werkgroep is van mening dat de patiënt geïnformeerd moet worden over wie de vaste contactpersoon in de nazorg voor hem is. Leg dit vast in het nazorgplan voor de patiënt.

De werkgroep is van mening dat ervoor gezorgd moet worden dat er een regelmatige interdisciplinaire overdracht van informatie, zeker ook naar de huisarts, bijv. via het nazorgplan van de patiënt.

De werkgroep is van mening dat er bij de verbetering van de nazorg een herinrichting van het gehele oncologische zorgproces met het oog op doelmatigheid in overweging moet worden genomen.

Literatuurbespreking:

Nazorg is samenwerken en coördinatie is vereist

Oncologische zorg is bij uitstek multidisciplinaire zorg, die voor de herstelfase deels vanuit de kliniek en deels in de eerste- of derdelijns- instellingen geboden wordt. Er blijkt geen eenduidig bewijs voor de beste taakverdeling (nazorg aangeboden door de specialist, een verpleegkundig specialist of huisarts) en aanpak in de nazorg (persoonlijke en telefonische consulten). De behoeften van patiënten blijken ook divers. KWF Kankerbestrijding pleit in het [rapport](#) 'Nazorg bij kanker: de rol van de eerstelijns' (2011) voor een grotere rol van de huisarts in de oncologische nazorg. De gedachte is dat voor de vele comorbiditeiten bij de (steeds ouder wordende) kankerpatiënt een generalistische aanpak boven een specialistische aanpak prevaleert.

De Gezondheidsraad geeft aan dat de nazorg na de behandeling wegens kanker beter moet worden gecoördineerd. Dit sluit aan bij de aanbevelingen van de Inspectie van de Gezondheidszorg voor de kwaliteit van de oncologische zorgketen [IGZ 2009²¹⁴]. De behandelaar en overige hulpverleners spreken bij de afronding van de tumorgerichte behandeling onderling en met de patiënt af wie de coördinatie van de (continuïteit van) nazorg op zich neemt. Het nazorgplan voor de patiënt kan fungeren als middel voor de overdracht van zorg tussen de zorgverleners betrokken in de oncologische zorglijn.

Herinrichting biedt kansen

De Gezondheidsraad [2008] stelt dat er in de oncologische nazorg kansen zijn voor meer doelmatigheid door taakherschikking te combineren met een verandering in inrichting van het zorgproces.

Palliatieve zorg

Literatuurbespreking:

In de palliatieve fase kan het detecteren van behoefte aan psychosociale zorg en het zo nodig verlenen van psychosociale zorg de kwaliteit van leven (ook doen) verbeteren. In de [richtlijn](#) Detecteren behoefte psychosociale zorg (Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO), 2009) wordt een signaleringsinstrument (de Lastmeter) aanbevolen. Signalering van klachten dient bij voorkeur eens in de drie maanden plaats te vinden. Zie verder richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg. Om te bepalen of oncologische revalidatie een geschikte interventie is voor de patiënt met klachten kan de Lastmeter aangevuld worden met de Visual Analog Scale (VAS) vermoeidheidslijst en de Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK). Er zijn speciale oncologische revalidatieprogramma's die gericht zijn op de ziektegerichte en symptoomgerichte fasen van palliatie. In het revalidatieprogramma staan de persoonlijke doelen en voorkeuren van de patiënt (en zijn naasten) centraal. Er kan gestreefd worden naar preventie en behandeling van symptomen enerzijds en optimaliseren van de kwaliteit van leven anderzijds. Het streven naar behoud van fysieke functies zoals traplopen kan hierin essentieel zijn. Voor patiënten die gaandeweg door progressieve ziekte „uit het programma vallen“ is het aan te raden een beperktere versie van het aanbod thuis te faciliteren om ook in de terminale fase van de effecten van bekrachtiging in wat nog wel kan (empowerment) te kunnen profiteren. Zie verder de richtlijn Oncologische revalidatie (IKNL 2010). Voor de richtlijnen palliatieve zorg zie www.pallialine.nl.

Referenties

1 - Agarwala S

Agarwala S.S. (2009) Current systemic therapy for metastatic melanoma. [Expert Rev Anticancer Ther 9: 587-95.](#)

2 - Agrawal S

Agrawal S, Kane JM, Guadagnolo BA et al. The benefits of adjuvant radiation therapy after therapeutic lymphadenectomy for clinically advanced, high-risk, lymph node –metastatic melanoma. [Cancer 2009;115:5836-44.](#)

3 - Van Akkooi ACJ

Van Akkooi ACJ, De Wilt JHW, Verhoef C, Schmitz PIM, Van Geel AN, Eggermont AMM et al. Clinical Relevance of Melanoma Micrometastases (<0.1mm) in Sentinel Nodes: are these nodes to be considered negative? [Ann Oncol 2006;17:1578-85.](#)

4 - van Akkooi ACJ

van Akkooi ACJ, Nowecki ZI, Voit C, Schaefer-Hesterberg G, Michej W, De Wilt JHW, et al. Sentinel node tumor burden according to the rotterdam criteria is the most important prognostic factor for survival in melanoma patients. A multicenter study in 388 SN positive patients. [Ann Surg 2008; 248:949-55.](#)

5 - Ali L

Ali L, Helm T, Cheney R, Conroy J, Sait S, Guitart J, et al. Correlating array comparative genomic hybridization findings with histology and outcome in spitzoid melanocytic neoplasms, [Int J Clin Exp Pathol. 2010;3:593-9.](#)

6 - Ang KK

Ang KK, Byers RM, Peters LJ, Maor MH, Wendt CD, Morrison WH, Byers RM, Peters LJ et al. Regional radiotherapy as adjuvant treatment for head and neck malignant melanoma. Preliminary results. [Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990;116:169-72.](#)

7 - Armstrong BK

Armstrong BK. Epidemiology of malignant melanoma: intermittent or total accumulated exposure to the sun? [J Dermatol Surg Oncol 1988; 14: 835-49.](#)

8 - Atkins MB

Atkins MB, Lotze MT, Dutcher JP, Fisher RI, Weiss G, Margolin K et al. High-dose recombinant interleukin 2 therapy for patients with metastatic melanoma: analysis of 270 patients treated between 1985 and 1993. [J Clin Oncol 1999;17:2105-16.](#)

9 - Autier P

Autier P, Doré JF. Influence of sunexposures during childhood and during adulthood on melanoma risk. [Int J Cancer 1998; 77: 533-7.](#)

10 - Badgwell BD

Badgwell BD, Pierce C, Broadwater JR, Westbrook K, Korourian S, Davis D, Hiatt K, Lee J, Cheung WL, Klimberg VS: Intraoperative sentinel lymph node analysis in melanoma, [J Surg Oncol 2011;103:1-5.](#)

11 - Bafounta ML

Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, et al. Is dermoscopy ((epiluminescende microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. [Arch Dermatol 2001; 137: 1343-50.](#)

12 - Balch CM

Balch CM. Surgical management of regional lymph nodes in cutaneous melanoma. [J Am Acad Dermatol 1980;3:511-24.](#)

13 - Balch CM

Balch CM, Ross MI. Sentinel lymphadenectomy for melanoma – is it a substitute for elective lymphadenectomy? [Ann Surg Oncol 1999;6:416-7.](#)

14 - Balch CM

Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, et al. Prognostic factors analysis of 17.600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer Melanoma Staging System. [J Clin Oncol 2001 ;19:3622-34.](#)

15 - Balch CM

Balch CM, Soong S-J, Smith T, et al. Long-term results of a prospective surgical trial comparing 2 cm vs. 4 cm excision margins for 740 patients with 1-4 mm melanomas. [Ann Surg Oncol 2001 ;8:101-8.](#)

16 - Balch CM

Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, et al. Final version of the American Joint Staging Committee on Cancer Staging System for cutaneous melanoma. [J Clin Oncol 2001 ;19:3635-48.](#)

17 - Balch CM

Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ et al. Final version of 2009 AJCC Melanoma staging and classification. [J. Clin. Oncol. 2009; 27:6199-6206.](#)

18 - Ballo MT

Ballo MT, Strom EA, Zagars GK, Bedikian AY, Prieto VG, Mansfield PF, Lee JE, Gershenwald JE, Ross MI. Adjuvant irradiation for axillary metastases from malignant melanoma. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002;52:4:964-972.](#)

19 - Ballo MT

Ballo MT, Ross MI, Cormier JN, Myers JN, Lee JE, Gershenwald JE, et al. Combined modality therapy for patients with regional nodal metastases from melanoma. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006;64\(1\):106-113.](#)

20 - Barth A

Barth A, Morton DL. The role of adjuvant therapy in melanoma management. [Cancer 1995;75:726-34.](#)

21 - Bassères N

Bassères N, Grob JJ, Richard MA, Thirion X, Zarour H, Noe C, et al. Cost-effectiveness of surveillance of stage I melanoma. A retrospective appraisal based on a 10-year experience in a dermatology department in France. [Dermatology 1995; 191:199-203.](#)

22 - Bastiaannet E

Bastiaannet E, Wobbes, T., Hoekstra, O.S., et al. Prospective Comparison of [18F]Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography and Computed Tomography in patients with palpable lymph node metastases: Diagnostic accuracy and impact on treatment. [Journal of Clinical Oncology. 2009;27\(28\): 4774-80.](#)

23 - Bataille V

Bataille V, Boniol M, de Vries E, Severi G, Brandberg Y, Sasieni P, Cuzick J, Eggermont AM, Ringborg U, Grivvergne AR, Coebergh JW, Chignol MC, Dore JF, Autier P. A multicenter epidemiological study on sunbed use and cutaneous melanoma in Europe. [Eur J Cancer 2005; 41: 2141-2149.](#)

24 - Bauer J

Bauer J, Metzler G, Rassner G, Garbe C, Blum A. Dermatoscopy turns histopathologists's attention to the suspicious area in melanocytic lesions. [Arch Dermatol. 2001;137: 1338-40.](#)

25 - Berrino F

Berrino F, Capocaccia R, Coleman MP, et al. Survival of cancer patients in Europe: the Eurocare -3 study. In: [Ann Oncol 2003;14\(suppl 5\):v96.](#)

26 - Bibault JE

Bibault JE, Dewas S, Mirabel X, Mortier L, Penel N, Vanseymortier L, et al. E. [Adjuvant radiation therapy in metastatic lymph nodes from melanoma.](#) Radiat Oncol 2011;6:12-21.

27 - Binder M

Binder M, Puspoeck-Schwarz M, Steiner A, et al. Epiluminescence microscopy of small pigmented

lesions: Short-term formal training improves the diagnostic performance of dermatologists. [J Am Acad Dermatol 1997;36:197-202.](#)

28 - [Bishop DT](#)

Bishop DT, et al., Genome-wide association study identifies three loci associated with melanoma risk. [Nat Genet. 2009 Aug; 41\(8\):920-5.](#)

29 - [Bishop DT](#)

Bishop DT, Geographical variation in the penetrance of CDKN2A mutations for melanoma. [J Natl. Cancer Inst. 2002; 94\(12\):894-903.](#)

30 - [Blaheta HJ](#)

Blaheta HJ, Schittek B, Breuninger H, Garbe C: Detection of micrometastasis in sentinel lymph nodes of patients with primary cutaneous melanoma, Recent Results [Cancer Res 2001. 158:137-146.](#)

31 - [Blaheta HJ](#)

Blaheta HJ, Schittek B, Breuninger H, Sotlar K, Ellwanger U, Thelen MH, et al. Detection of melanoma micrometastasis in sentinel nodes by reverse transcription-polymerase chain reaction correlates with tumor thickness and is predictive of micrometastatic disease in the lymph node basin, [Am J Surg Pathol 1999. 23:822-8.](#)

32 - [Boon A](#)

Boon A. J. Response to: 'Malignant melanoma re-excision specimens: is there a need for histopathological analysis?' McGoldrick et al., [J Plast Reconstr Aesthet Surg 2008; 61:1246.](#)

33 - [Brady MS](#)

Brady MS, Akhurst T, Spankneber K, et al. Utility of preoperative [18F]Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography scanning in high-risk melanoma patients. [Annals of Surgical Oncology. 2006;13 \(4\): 525-532.](#)

34 - [Braun RP](#)

Braun RP, Rabinovitz H, Tzu JE, Marghoob AA. Dermoscopy Research-an update. [Semin Cutan Med Surg 2009; 28: 165-71.](#)

35 - [Busam KJ](#)

Busam KJ, Pulitzer M: Sentinel lymph node biopsy for patients with diagnostically controversial Spitzoid melanocytic tumors?, [Adv Anat Pathol 2008. 15:253-62.](#)

36 - [Cameron DA](#)

Cameron DA, Cornbleet MC, MacKie RM, et al. Adjuvant interferon alpha in high-risk melanoma: The Scottish study. [Br J Cancer 2001;84:1146-9.](#)

37 - [Cascinelli N](#)

Cascinelli N, Belli F, Santinami M, et al. Sentinel lymph node biopsy in cutaneous melanoma: the WHO melanoma program experience. [Ann Surg Oncol 2000;7:469-74.](#)

38 - [Cascinelli N](#)

Cascinelli N, Belli F, Mackie RM, et al. Effect of long-term adjuvant therapy with interferon-alpha2a in patients with regional node metastases from cutaneous melanoma: A randomized trial. [Lancet 2001;358:866-9.](#)

39 - [Cerroni L](#)

Cerroni L, Barnhill R, Elder D, Gottlieb G, Heenan P, Kutzner H, et al. Melanocytic tumors of uncertain malignant potential: results of a tutorial held at the XXIX Symposium of the International Society of Dermatopathology in Graz, October 2008, [Am J Surg Pathol 34:314-26.](#)

40 - [Chang DT](#)

Chang DT, Amdur RJ, Morris CG, Mendenhall WM. Adjuvant radiotherapy for cutaneous melanoma: Comparing hypofractionation to conventional fractionation. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006;66:1051-5.](#)

41 - Chapman PB

Chapman PB, Parkinson DR, Kirkwood JM. Biologic therapy. In: Cutaneous melanoma. 3rd ed. Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong SJ (eds). QMP Inc, 1998:419-36.

42 - Chapman PB

Chapman PB, Einhorn LH, Meyers ML, et al. Phase III multicenter randomized trial of the dartmouth regimen versus dacarbazine in patients with metastatic melanoma. [J Clin Oncol 1999;17:2745-51](#).

43 - Chapman PB

Chapman PB, Hauschild A, Robert C, Haanen JB, Ascierto P, Larkin J, et al. BRIM-3 Study Group. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. [N Engl J Med. 2011 Jun 30;364\(26\):2507-16](#). Epub 2011 Jun 5.

44 - Ch'ng S

Ch'ng S, Pinna A, Ioannou K, Juszczak K, Shannon K, Clifford A, Uren R, Clark JR. Assessment of second tier lymph nodes in melanoma and implications for extent of elective neck dissection in metastatic cutaneous malignancy of the parotid. [Head Neck](#). 2012 Jan 31. doi: 10.1002/hed.22948. [Epub ahead of print].

45 - Cho E

Cho E, Rosner BA, Feskanich D, Colditz GA. Risk factors and individual probabilities of melanoma for whites. [J Clin oncol 2005;23:2669-75](#).

46 - Clark GS

Clark GS, Pappas-Politis EC, Cherpelis BS, et al. Surgical management of melanoma in situ on chronically sun-damaged skin. [Cancer Control 2008;15:216-24](#).

47 - Clary BM

Clary BM, Brady MS, Lewis JJ, Coit DG. Sentinel lymph node biopsy in the management of patients with primary cutaneous melanoma: review of a large single-institutional experience with an emphasis on recurrence. [Ann Surg 2001;233:250-8](#).

48 - Cochran AJ

Cochran AJ, Wen DR, Morton DL: Occult tumor cells in the lymph nodes of patients with pathological stage I malignant melanoma. An immunohistological study, [Am J Surg Pathol 1988, 12:612-8](#).

49 - Cochran AJ

Cochran AJ, Balda BR, Starz H, et al. The Augsburg Consensus. Techniques of lymphatic mapping, sentinel lymphadenectomy, and completion lymphadenectomy in cutaneous malignancies. [Cancer 2000;89:236-41](#).

50 - Cochrane DB

Cochrane DB. Systemic treatments for metastatic cutaneous melanoma. Cochrane Database [Syst Rev 2000;CD001215](#).

51 - Cohn-Cedermark G

Cohn-Cedermark G, Rutqvist LE, Andersson R, et al. Long term results of a randomized study by the Swedish Melanoma Study Group on 2-cm versus 5-cm resection margins for patients with cutaneous melanoma with a tumor thickness of 0.8-2.0 mm. [Cancer 2000;89:1495-501](#).

52 - Collas H

Collas H, Delbarre M, Preville PA de, Courville P, Neveu C, Dompmartin A, et al. Evaluation of the diagnosis of pigmented tumors of the skin and factors leading to a decision to excise. Dermatologists of the Postgraduate Association of Haute-Normandie. [Ann Dermatol Venereol 1999;126:494-500](#).

53 - Cook MG

Cook MG, Di Palma S: Pathology of sentinel lymph nodes for melanoma, [J Clin Pathol 2008, 61:897-902](#).

54 - Cook MG

Cook MG, Green MA, Anderson B, Eggermont AM, Ruiter DJ, Spatz A, et al.: The development of optimal

pathological assessment of sentinel lymph nodes for melanoma, [J Pathol 2003, 200:314-319.](#)

55 - Cordova A et al.

Cordova A et al., 18 Fluoro-2-deoxy-D-glucose-positron emission tomography (FDG-PET) imaging versus sentinel lymph node biopsy (SLNB) in the staging of cutaneous melanoma in AJCC stage I and II. *Chirurgia*. 2006 (of Publication: Jun 2006): p. 19 (3) (pp 189-191).

56 - Creagan ET

Creagan ET, Dalton RJ, Ahmann DL, et al. Randomized surgical adjuvant clinical trial of recombinant interferon-alfa-2a in selected patients with malignant melanoma. [J Clin Oncol 1995;13:2776-83.](#)

57 - Creagan ET

Creagan ET, Suman VJ, Dalton RJ, et al. Phase III clinical trial of the combination of cisplatin, dacarbazine, and carmustine with or without tamoxifen in patients with advanced malignant melanoma. [J Clin Oncol 1999;17:1884-90.](#)

58 - Creager AJ

Creager AJ, Shiver SA, Shen P, Geisinger KR, Levine EA: Intraoperative evaluation of sentinel lymph nodes for metastatic melanoma by imprint cytology, [Cancer 2002, 94:3016-22.](#)

59 - Curtin JA

Curtin JA, Fridlyand J, Kageshita T, Patel HN, Busam KJ, Kutzner H, et al. Distinct sets of genetic alterations in melanoma. *N Engl J Med*. 2005 Nov 17;353(20):2135-47.

60 - Cust AE

Cust AE, Armstrong BK, Goumas C, Jenkins MA, Schmid H, Hopper JL, et al. Sunbed use during adolescence and early adulthood is associated with increased risk of early-onset melanoma. [Int J Cancer. 2011; 128: 2425-35.](#)

61 - Da Forno PD

Da Forno PD, Pringle JH, Fletcher A, Bamford M, Su L, Potter L, Saldanha G: BRAF, NRAS and HRAS mutations in spitzoid tumours and their possible pathogenetic significance, [Br J Dermatol 2009, 161:364-72.](#)

62 - Daryanani D

Daryanani D, Plukker JTh, Hullu de JA, Kuiper H, Nap RE, Hoekstra HJ. Pregnancy and early stage melanoma. [Cancer 2003;97:2248-53.](#)

63 - Day CL

Day CL, Harrist TJ, Gorstein F, Sober AJ, Lew RA, Friedman RJ, et al. Malignant melanoma. Prognostic significance of 'microscopic satellites' in the reticular dermis and subcutaneous fat. [Ann Surg 1981;194:108-12.](#)

64 - Demenais F

Demenais F, et al., Association of MC1R variants and host phenotypes with melanoma risk in CDKN2A mutation carriers: a GenoMEL study. [J Natl Cancer Inst. 2010; 102\(20\):1568-83.](#)

65 - Dessureault S

Dessureault S, Soong SJ, Ross MI, et al. Improved staging of node-negative patients with intermediate to thick melanomas (>1 mm) with the use of lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy. [Ann Surg Oncol 2001;8:766-70.](#)

66 - Dewar DJ

Dewar DJ, Newell B, Green MA, Topping AP, Powell BW, Cook MG: The microanatomic location of metastatic melanoma in sentinel lymph nodes predicts nonsentinel lymph node involvement, [J Clin Oncol 2004, 22:3345-3349.](#)

67 - van Dijk MC

van Dijk MC, Bernsen MR, Ruiter DJ: Analysis of mutations in B-RAF, N-RAS, and H-RAS genes in the differential diagnosis of Spitz nevus and spitzoid melanoma, [Am J Surg Pathol 2005, 29:1145-1151.](#)

68 - Eggermont AMM

Eggermont AMM, Suciú S, Ruka A, et al. Analysis of the EORTC Melanoma Group 18952 randomized trial on 2 intermediate dose schedules of IFN-alpha2b compared with observation in 1388 patients with high risk melanoma stages IIB-III. *Eur J Cancer* 2003;39:S319.

69 - Eggermont AMM

Eggermont AMM, Geel AN van, Wilt JHW de, Hagen TLM ten. The role of isolated limb perfusion for melanoma confined to the extremities. [Surg Clin North Am 2003;83:371-84.](#)

70 - Eggermont AM

Eggermont AM, Kirkwood JM. Re-evaluating the role of dacarbazine in metastatic melanoma: what have we learned in 30 years? [Eur J Cancer. 2004 Aug;40\(12\):1825-36. Review](#)

71 - Eggermont AM

Eggermont AM, Suciú S, MacKie R, Ruka W, Testori A, Kruit W, et al. EORTC Melanoma Group. Post-surgery adjuvant therapy with intermediate doses of interferon alfa 2b versus observation in patients with stage IIB/III melanoma (EORTC 18952): randomised controlled trial. [Lancet. 2005 Oct 1;366\(9492\):1189-96.](#)

72 - Eggermont AM

Eggermont AM, Suciú S, Santinami M, Testori A, Kruit WH, Marsden J, et al. EORTC Melanoma Group. Adjuvant therapy with pegylated interferon alfa-2b versus observation alone in resected stage III melanoma: final results of EORTC 18991, a randomised phase III trial. [Lancet. 2008 Jul 12;372\(9633\):117-26.](#)

73 - Elder DE

Elder DE, Xu X. The approach to the patient with a difficult melanocytic lesion. [Pathology 2004; 36\(5\): 428-34.](#)

74 - Engen van

Engen van, Grunsvan van AC, Dijk van MC, Ruiter DJ, Klaasen A, Mooi WJ, Blokk WA. HRAS-mutated Spitz tumors: A subtype of Spitz tumors with distinct features, [Am J Surg Pathol 2010;34:1436-41.](#)

75 - El Ghissassi F

El Ghissassi F, Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Bouvard V, et al.; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. A review of human carcinogens--part D: radiation. [Lancet Oncol. 2009; 10: 751-2.](#)

76 - Essner R

Essner R, Conforti A, Kelley MC, et al. Efficacy of lymphatic mapping, sentinel lymphadenectomy, and selective complete lymph node dissection as a therapeutic procedure for early-stage melanoma. [Ann Surg Oncol 1999;6:442-9.](#)

77 - Estourgie SH

Estourgie SH, Nieweg OE, Valdés Olmos RA, Kroon BBR. A review and evaluation of sentinel node biopsies in 250 patients with cutaneous melanoma with a median follow up of six years. [Ann Surg Oncol 2003;10:681-8.](#)

78 - Eton O

Eton O, Legha SS, Bedikian AY, Lee JJ, Buzaid AC, Hodges C, et al. Sequential biochemotherapy versus chemotherapy for metastatic melanoma: results from a phase III randomized trial. [J Clin Oncol 2002;20:2045-52.](#)

79 - van Everdingen JJE

van Everdingen JJE, van der Rhee HJ, Koning CCE et al. Richtlijn 'Melanoom' (3e herziening) [Ned Tijdschr Geneesk. 2005;149:1839-43.](#)

80 - Facey K.

Facey K., Bradbury I, Laking G, Payne E. Overview of the clinical effectiveness of positron emission

tomography imaging in selected cancers. [Health Technology Assessment. 2007;11\(44\).](#)

81 - Falkson CI

Falkson CI, Ibrahim J, Kirkwood JM, et al. Phase III trial of dacarbazine versus dacarbazine with interferon alpha-2b versus dacarbazine with tamoxifen versus dacarbazine with interferon alpha-2b and tamoxifen in patients with metastatic malignant melanoma: an Eastern Cooperative Oncology Group study. [J Clin Oncol 1998;16:1743-51.](#)

82 - Fargnoli MC

Fargnoli MC, Gandini S, Peris K, Maisonneuve P, Raimondi S. MC1R variant increase melanoma risk in families with CDKN2A mutations: a meta-analysis. [Eur J Cancer. 2010; 46: 1413-20.](#)

83 - Fears TR

Fears TR, DuPont Guerry IV, Pfeifer RM, Sagebiel RW, Elder DE, Halpern A et al. Identifying individuals at high risk of melanoma: a practical predictor of absolute risk. [J Clin Oncol 2006; 24:3590-6.](#)

84 - Ferrara G

Ferrara G, Argenyi Z, Argenziano G, Cerio R, Cerroni L, et al. The Influence of Clinical Information in the Histopathologic Diagnosis of Melanocytic. [PLoS One. 2009;4\(4\):e5375. Epub 2009 Apr 30.](#)

85 - Ferrara G

Ferrara G, Argenziano G, Cerroni L, Cusano F, Di Blasi A, et al. A pilot study on combined dermoscopic-pathological approach to the telediagnosis of melanocytic skin neoplasms. [J Telemed Telecare. 2004;10: 34-8.](#)

86 - Ferrara G

Ferrara G, Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Di Blasi A, et al. The spectrum of Spitz nevi: a clinicopathologic study of 83 cases. [Arch Dermatol. 2005;141: 1381-7.](#)

87 - Ferrara G

Ferrara G, Zalaudek, Argenziano G (2008) Lentiginous melanoma: a distinctive clinicopathological entity. [Histopathology. 2008; 52: 523-5.](#)

88 - Finkelstein SE

Finkelstein SE, Carrasquillo JA, Hoffman JM et al. A prospective analysis of positron emission tomography and conventional imaging for detection of stage IV metastatic melanoma in patients undergoing metastasectomy. [Ann Surg Oncol. 2004;11\(8\):731-8.](#)

89 - Flaherty KT

Flaherty KT, Puzanov I, Kim KB, et al. Inhibition of mutated, activated BRAF in metastatic melanoma. [NEJM 2010; 363:809-19.](#)

90 - Fogarty GB

Fogarty GB, Tartaglia C. The Utility of Magnetic Resonance Imaging in the Detection of Brain Metastases in the Staging of Cutaneous Melanoma. [Clinical Oncology, 2006\(of Publication: May 2006\): p. 18 \(4\) \(pp 360-362\). 2006.](#)

91 - Fortes et al.

Fortes et al., Identifying individuals at high risk of melanoma: a simple tool. [Eur J Cancer Prev 2010; 19:393-400.](#)

92 - Fraker DL

Fraker DL, Alexander MR, Ross M, et al. A phase III trial of isolated limb perfusion for extremity melanoma comparing melphalan alone versus melphalan plus tumor necrosis factor (TNF) plus interferon gamma (IFN). [Ann Surg Oncol 2002;9:s8.](#)

93 - Gandini et al

Gandini et al. Meta-analysis for risk factors for cutaneous melanoma: I Common and atypical nevi. [Eur J Cancer 2005; 41:28-44.](#)

94 - Gandini S

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. [Eur J Cancer 2005; 41:45-60.](#)

95 - Gandini et al

Gandini et al. Meta-analysis for risk factors for cutaneous melanoma: III: Family history, actinic damage and phenotypic factors. [Eur J Cancer 2005; 41: 2040-2059.](#)

96 - Garbe C

Garbe C, Radny P, Linse R, Dummer R, Gutzmer R, Ulrich J, et al. Adjuvant low-dose interferon {alpha}2a with or without dacarbazine compared with surgery alone: a prospective-randomized phase III DeCOG trial in melanoma patients with regional lymph node metastasis. [Ann Oncol. 2008 Jun;19\(6\):1195-201.](#) Epub 2008 Feb 14.

97 - Gershenwald JE

Gershenwald JE, Colome MI, Lee JE, et al. Patterns of recurrence following a negative sentinel lymph node biopsy in 243 patients with stage I or II melanoma. [J Clin Oncol 1998;16:2253-60.](#)

98 - Gershenwald JE

Gershenwald JE, Andtbacka RH, Prieto VG, Johnson MM, Diwan AH, Lee JE, et al. Microscopic tumor burden in sentinel lymph nodes predicts synchronous nonsentinel lymph node involvement in patients with melanoma, [J Clin Oncol 2008, 26:4296-303.](#)

99 - Gillgren P

Gillgren P, Drzewiecki KT, Niin M, Gullestad HP, Hellborg H, Månsson-Brahme E, Ingvar C, Ringborg U. 2-cm versus 4-cm surgical excision margins for primary cutaneous melanoma thicker than 2 mm: a randomised, multicentre trial. [Lancet. 2011 Nov 5;378\(9803\):1635-42.](#) Epub 2011 Oct 23. Erratum in: [Lancet. 2011 Nov 5;378\(9803\):1626.](#)

100 - Goldstein AM

Goldstein AM, et al. High-risk melanoma susceptibility genes and pancreatic cancer, neural system tumors, and uveal melanoma across GenoMEL. [Cancer Res. 2006;66\(20\):9818-28.](#)

101 - Govindarajan A

Govindarajan A, Ghazarian DM, McCreedy DR, Leong WL: Histological features of melanoma sentinel lymph node metastases associated with status of the completion lymphadenectomy and rate of subsequent relapse, [Ann Surg Oncol 2007, 14:906-12.](#)

102 - Grob JJ

Grob JJ, Dreno B, Chastang C, et al. Randomised trial of interferon-2a as adjuvant therapy in resected primary melanoma thicker than 1.5 mm without clinically detectable node metastases. [Lancet 1998;351:1905-10.](#)

103 - Guitera P

Guitera P, Menzies SW. State of the art of diagnostic technology for early-stage melanoma. [Expert Rev Anticancer Ther 2011; 11\(5\): 715-23 Expert Reviews.](#)

104 - Gulec SA

Gulec SA, Faries MB, Lee CC, Kirgan D et al. The role of fluorine-18 deoxyglucose positron emission tomography in the management of patients with metastatic melanoma: impact on surgical decision making. [Clin Nucl Med. 2003;28\(12\):961-5.](#)

105 - Gutzmer R

Gutzmer R, Kaspari M, Brodersen JP, Mommert S, Volker B, Kapp A, et al. Specificity of tyrosinase and HMB45 PCR in the detection of melanoma metastases in sentinel lymph node biopsies, [Histopathology 2002, 41:510-8.](#)

106 - Gutzmer R

Gutzmer R, Al Ghazal M, Geerlings H, Kapp A. Sentinel node biopsy in melanoma delays recurrence but does not change melanoma-related survival: a retrospective analysis of 673 patients. [British Journal of](#)

[Dermatology 2005;153\(6\):1137-41.](#)

107 - [De Gruijl F](#)

De Gruijl F. Signaleringscommissie Kanker van de Nederlandse Kankerbestrijding/Koningin Wilhelmina Fonds (KWF Kankerbestrijding). [De relatie tussen kanker, zonnestraling en vitamine D](#). 2010, ISBN 978-90-71229-21-3.

108 - [Haigh PI](#)

Haigh PI, DiFronzo LA, McCready DR. Optimal excision margins for primary cutaneous melanoma: a systematic review and meta-analysis. [Can J Surg 2003;46:419-26.](#)

109 - [Hancock BW](#)

Hancock BW, Wheatley K, Harrison G, et al. Adjuvant interferon in high-risk melanoma: The Aim High Study – United Kingdom Coordinating Committee on Cancer Research randomised study adjuvant low-dose extended-duration interferon alfa-2a in high-risk resected malignant melanoma. [J Clin Oncol 2004;22:53-61.](#)

110 - [Hansson J](#)

Hansson J, Bergenmar M, Hofer PA, Lundell G, Mansson-Brahme E, Ringborg U et al. Monitoring of kindreds with hereditary predisposition for cutaneous melanoma and dysplastic nevus syndrome: results of a Swedish preventive program. [J. Clin. Oncol. 2007;25: 2819-24.](#)

111 - [Harinck F et al](#)

Harinck F et al. Is early diagnosis of pancreatic cancer fiction? Surveillance of individuals at high risk for pancreatic cancer. [Dig.Dis. 2010; 28: 670-8.](#)

112 - [Harlow SP](#)

Harlow SP, Krag DN, Ashikaga T, et al. Gamma probe guided biopsy of the sentinel node in malignant melanoma: a multicentre study. [Melanoma Res 2001;11:45-55.](#)

113 - [Harvell JD](#)

Harvell JD, Kohler S, Zhu S, Hernandez-Boussard T, Pollack JR, van de Rijn M: High-resolution array-based comparative genomic hybridization for distinguishing paraffin-embedded Spitz nevi and melanomas, [Diagn Mol Pathol 2004, 13:22-25.](#)

114 - [Heaton KM](#)

Heaton KM, Sussman JJ, Gershenwald JE, et al. Surgical margins and prognostic factors in patients with thick (> 4mm) primary melanoma. [Ann Surg Oncol 1998;5:322-8.](#)

115 - [Henderson MA](#)

Henderson MA, Burmeister b, Thompson JF, Di Iulio J, Fisher R, Hong A, et al. Adjuvant radiotherapy and regional lymph node field control in melanoma patients after lymphadenectomy: Results of an intergroup randomized trial (ANZMTG 01.02/TrOG 02.01). [J Clin Oncol. 2009 \(jun 20\), vol 27 \(18S\).](#)

116 - [Héry C](#)

Héry C, Tryggvadottir L, Sigurdsson T, Olafsdottir E, Sigurgeirsson B, Jonasson JG, et al. A melanoma epidemic in Iceland Am. J, [Epidemiol 2010;172:762-767.](#)

117 - [Hille ET](#)

Hille ET, van Duijn E, Gruis NA, Rosendaal FR, Bergman W, Vandenbroucke JP. Excess cancer mortality in six Dutch pedigrees with the familial atypical multiple mole – melanoma syndrome from 1830-1994. [J Invest Dermatol 1998; 110:788-92.](#)

118 - [Hocevar M et al](#)

Hocevar M et al. The role of preoperative ultrasonography in reducing the number of sentinel lymph node procedures in melanoma. [Melanoma Research. 2004\(of Publication: Dec 2004\): p. 14 \(6\) \(pp 533-6\), 2004](#)

119 - [Hochberg M](#)

Hochberg M, Lotem M, Gimon Z, Shiloni E, Enk CD: Expression of tyrosinase, MIA and MART-1 in sentinel lymph nodes of patients with malignant melanoma, [Br J Dermatol 2002, 146:244-249.](#)

120 - Hodi FS

Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, et al. Improved Survival with Ipilimumab in Patients with Metastatic Melanoma. [N Engl J Med 2010; 363:711-23](#).

121 - Hollestein LM

Hollestein LM, van den Akker SA, Nijsten T, Karim-Kos HE, Coebergh JW, de Vries E. Trends of cutaneous melanoma in The Netherlands: increasing incidence rates among all Breslow thickness categories and rising mortality rates since 1989. [Ann Oncol. 2011 May 4](#). [Epub ahead of print].

122 - Holly EA

Holly EA, Cress RD, Ahn DK. Cutaneous melanoma in women: ovulatory life, menopause, and use of exogenous estrogens. [Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1994;3:661-8](#).

123 - Holly EA

Holly EA, Cress RD, Ahn DK. Cutaneous melanoma in women. III Reproductive factors and oral contraceptive use. [Am J Epidemiol 1995;141:943-50](#)

124 - Hsueh EC

Hsueh EC, Essner R, Foshag LJ, Ollila DW, Gammon G, O'Day SJ, et al. Prolonged survival after complete resection of disseminated melanoma and active immunotherapy with a therapeutic cancer vaccine. [J Clin Oncol 2002;20:4549-54](#)

125 - Huncharek M

Huncharek M, Caubet JF, McGarry R. Single-agent DTIC versus combination chemotherapy with or without immunotherapy in metastatic melanoma: a meta-analysis of 3273 patients from 20 randomized trials. [Melanoma Res 2001;11:75-81](#)

126 - Hwu WJ

Hwu WJ, Balch CM, Houghton AN. Diagnosis of stage IV disease. Cutaneous melanoma. Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong SJ (eds). 2003:523-46.

127 - Iagaru A

Iagaru A, Quon A, Johnson D et al. 2-Deoxy -2-[18F]Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography / Computd Tomography in the management of melanoma. [Molecular Imaging and Biology. 2006;9: 50-7](#).

128 - International Ag

International Ag. Internationale Agency for Research on Cancer Working Group on artificial ultraviolet light and skin cancer. [The association of use of sunbeds with cutaneous melanoma and other skin cancers: a systematic review](#). IARC Rapport, Lyon, 2006.

129 - Izickson L

Izickson L, Sober AJ, Mihm MC Jr, Zembowicz A. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratosis: analysis of 9204 cases. [Arch Dermatol 2002;138:1562-66](#).

130 - Johnson R

Johnson R, Sviland L. Is extensive histological examination of wide excision specimens necessary following a diagnosis of emlanoma? [Histopathology 1998; 32: 379-80](#).

131 - Kammula US

Kammula US, Ghossein R, Bhattacharya S, Coit DG: Serial follow-up and the prognostic significance of reverse transcriptase-polymerase chain reaction--staged sentinel lymph nodes from melanoma patients, [J Clin Oncol 2004, 22:3989-3996](#).

132 - Kapteijn BAE

Kapteijn BAE, Nieweg OE, Valdés Olmos RA, et al. Reproducibility of lymphoscintigraphy for lymphatic mapping in patients with cutaneous melanoma. [J Nucl Med 1996;37:972-5](#).

133 - Karakousis CP

Karakousis CP, Velez A, Driscoll DL, Takita H. Metastasectomy in malignant melanoma. [Surgery](#)

[1994;115:295-302.](#)

134 - Karim-Kos HE

Karim-Kos HE, de Vries E, Soerjomataram I, et al. Recent trends of cancer in Europe: a combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. [Eur J Cancer. 2008 Jul;44\(10\):1345-89. Epub 2008 Feb 14.](#)

135 - Kefford et al

Kefford et al. Phase I/II study of GSK2118436, a selective inhibitor of oncogenic mutant BRAF kinase, in patients with metastatic melanoma and other solid tumors. [J Clin Oncol 28:15s, 2010 \(suppl; 2010 ASCO Annual Meeting abstr 8503\)](#)

136 - Keilholz U

Keilholz U, Goey SH, Punt CJ, Proebstle TM, Salzmann R, Scheibenbogen C, et al. Interferon alfa-2a and interleukin-2 with or without cisplatin in metastatic melanoma: a randomized trial of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Melanoma Cooperative Group. [J Clin Oncol 1997;15:2579-88.](#)

137 - Kell M

Kell M.R et al. PET CT imaging in patients undergoing sentinel node biopsy for melanoma. [European Journal of Surgical Oncology. 2007](#)(of Publication: Sep 2007): p. 33 (7) (pp 911-913), 2007.

138 - Kelly JW

Kelly JW, Sagebiel RW, Calderon W, Murillo L, Dakin RL, Blois MS. The frequency of local recurrence and microsatellites as a guide to reexcision margins for cutaneous malignant melanoma. [Ann Surg 1984;200:759-63](#)

139 - Khayat D

Khayat D, Rixe O, Martin G, et al. Surgical margins in cutaneous melanoma (2 cm versus 5 cm for lesions measuring less than 2.1 mm thick). Long-term results of a large European multicentric phase III study. [Cancer 2003;97:1941-6.](#)

140 - Kirkwood JM

Kirkwood JM, Ibrahim JG, Sondak VK, et al. High- and low-dose interferon alfa-2b in high-risk melanoma: First analysis of intergroup trial E1690/S9111/C9190. [J Clin Oncol 2000;18:2444-59.](#)

141 - Kirkwood JM

Kirkwood JM, Strawderman MH, Ernstoff MS, et al. Interferon-2b adjuvant therapy of high-risk resected cutaneous melanoma: The Eastern Cooperative Oncology Group Trial EST 1684. [J Clin Oncol 1996;14:7-17.](#)

142 - Kirkwood JM

Kirkwood JM, Ibrahim JG, Sosman JA, et al. High-dose interferon alfa-2b significantly prolongs relapse-free and overall survival compared with the GM2-KLH/QS-21 vaccine in patients with resected stage IIB-III melanoma: Results of intergroup trial E1694/S9512/C509801. [J Clin Oncol 2001;19:2370-80.](#)

143 - Kirkwood JM

Kirkwood JM, Ibrahim J, Lawson DH, et al. High-dose interferon alfa-2b does not diminish antibody response to GM2 vaccination in patients with resected melanoma: Results of the multicenter ECOG phase II trial E 2696. [J Clin Oncol 2001;19\(5\):430-6.](#)

144 - Kittler H

Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, et al. Diagnostic accuracy of dermoscopy. [Lancet oncol 2002; 3: 159-65.](#)

145 - Klaase JM

Klaase JM, Kroon BB, Geel AN van, Eggermont AM, Franklin HR, Hart AA. Prognostic factors for tumor response and limb recurrence-free interval in patients with advanced melanoma of the limbs treated with regional isolated perfusion with melphalan. [Surgery 1994;115:39-45.](#)

146 - Kleeberg UR

Kleeberg UR, Suciú S, Brocker EB, Ruiter DJ, Chartier C, Lienard D, et al. EORTC Melanoma Group in cooperation with the GERMAN CANCER SOCIETY (DKG). Final results of the EORTC 18871/DKG 80-1 randomised phase III trial. rIFN-alpha2b versus rIFN-gamma versus ISCADOR M versus observation after surgery in melanoma patients with either high-risk primary (thickness >3 mm) or regional lymph node metastasis. [Eur J Cancer 40 \(3\): 390-402, 2004.](#)

147 - Klode J et al

Klode J et al. Sentinel lymph node excision and PET-CT in the initial stage of malignant melanoma: A retrospective analysis of 61 patients with malignant melanoma in American joint committee on cancer stages I and II. [Dermatologic Surgery, 2010](#)(of Publication: April 2010): p. 36 (4) (pp 439-45), 2010.

148 - Koopal SA

Koopal SA, Tiebosch AT, Albertus Piers D, Plukker JT, Schraffordt et al: Frozen section analysis of sentinel lymph nodes in melanoma patients, [Cancer 2000, 89:1720-1725.](#)

149 - Koskivuo I

Koskivuo I, Talve L, Vihinen P, Maki M, Vahlberg T, Suominen E. Sentinel lymph node biopsy in cutaneous melanoma: a case-control study. [Annals of Surgical Oncology 2007;14\(12\):3566-74](#)

150 - Kovalyshyn I

Kovalyshyn I, Braun R, Marghoob A. Congenital melanocytic naevi. [Australas J Dermatol 2009; 50: 231-40; quiz 241-2.](#)

151 - Krengel S

Krengel S, Hauschild A, Schäfer T. Melanoma risk in congenital melanocytic naevi: a systematic review. [BR J Dermatol 2006; 155: 1-8.](#)

152 - Krug B et al

Krug B et al. Role of PET in the initial staging of cutaneous malignant melanoma: systematic review. [Radiology, 2008](#)(of Publication: Dec 2008): p. 249 (3) (pp 836-844), 2008.

153 - Lazovich D

Lazovich D, Isaksson Vogel R, Berwick M. Indoor tanning and risk of melanoma: a case-control study in a highly exposed population. [Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010; 19: 1557-1568.](#)

154 - Leachman SA

Leachman SA, Carucci J, Kohlmann W, Banks KC, Asgari MM, Bergman W, et al. Selection criteria for genetic assessment of patients with familial melanoma. [J Am Acad Dermatol. 2009; 61: 677-84.](#)

155 - Lee JB

Lee JB, Hirokawa D. Dermatoscopy: Facts and controversias. [Clin Dermatol 2010; 28: 303-310.](#)

156 - Lee RJ

Lee RJ, Gibbs JF, Proulx GM, et al. Nodal basin recurrence after lymph node dissection for melanoma: implications for adjuvant radiotherapy. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000;46:467-74](#)

157 - Leiter U

Leiter U, Buettner PG, Bohnenberger K, Eigentler T, Meier F, Moehrl M, et al. Sentinel lymph node dissection in primary melanoma reduces subsequent regional lymph node metastasis as well as distant metastasis after nodal involvement. [Annals of Surgical Oncology 2010;17\(1\):129-37](#)

158 - Lens MB

Lens MB, Dawes M, Newton-Bishop JA, Goodacre T. Tumour thickness as a predictor of occult lymph node metastases in patients with stage I and II melanoma undergoing sentinel lymph node biopsy. [Br J Surg 2002;89:1223-7.](#)

159 - Lens MB

Lens MB, Dawes M, Goodacre T, Newton Bishop JA. Excision margins in the treatment of primary cutaneous melanoma. A systematic review of randomized controlled trials comparing narrow versus wide

excision. [Arch Surg 2002;137:1101-5.](#)

160 - [Lens MB](#)

Lens MB, Dawes M. Interferon-alfa therapy for malignant melanoma: A systematic review of randomized controlled trials. [J Clin Oncol 2002;20:1818-25.](#)

161 - [MacKie](#)

MacKie, Fleming C, McMahon AD, et al. The use of the dermatoscope to identify early melanoma using the three-colour test. [Br J Dermatol 2002; 146: 481-4.](#)

162 - [Mackie RM](#)

Mackie RM, Bufalino R, Morabito A, et al. Lack of effect of pregnancy on outcome of melanoma. [Lancet 1991;i:653-5.](#)

163 - [Mackie RM](#)

Mackie RM, Cascinelli N, Ross MI, Santinami M, McCarthy WH. Clinical management of melanoma. WHO Melanoma Programme. WHO Melanoma Programme Publications, 1996.

164 - [Mahmood MN](#)

Mahmood MN, Lee MW, Linden MD, Nathanson SD, Hornyak TJ, Zarbo RJ: Diagnostic value of HMB-45 and anti-Melan A staining of sentinel lymph nodes with isolated positive cells, [Mod Pathol 2002, 15:1288-93.](#)

165 - [Mangas C](#)

Mangas C, Hilari JM, Paradelo C, Rex J, Fernandez-Figueras MT, Fraile M, Alastrue A, et al.: Prognostic significance of molecular staging study of sentinel lymph nodes by reverse transcriptase-polymerase chain reaction for tyrosinase in melanoma patients, [Ann Surg Oncol 2006, 13:910-8.](#)

166 - [Marks R](#)

Marks R, Whiteman D. Sunburn and melanoma: how strong is the evidence? [BMJ 1994; 308:75-6.](#)

167 - [Marsden JR](#)

Marsden JR, Newton-Bishop JA, Burrows L, Cook M, Corrie PG, Cox NH, et al: Revised UK guidelines for the management of cutaneous melanoma 2010, [J Plast Reconstr Aesthet Surg 2010, 63:1401-19.](#)

168 - [Martin HM et al](#)

Martin HM et al. Malignant melanoma re-excision specimens – how many blocks? [Histopathology 1998; 32: 362-7.](#)

169 - [Masri GD](#)

Masri GD, Clark WH Jr., Guerry D, Halpern A, Thompson CJ, Elder DE. Screening and surveillance of patients at high risk for malignant melanoma result in detection of earlier disease. [J. Am. Acad. Dermatol. 1990; 22:1042-8.](#)

170 - [Mayer J](#)

Mayer J. Systematic review of the diagnostic accuracy of dermatoscopy in detecting malignant melanoma. [Med J Aust 1997; 167: 206-10](#)

171 - [McGoldrick et al](#)

McGoldrick et al. Malignant melanoma re-excision specimens: is there a need for histopathological analysis? [J Plast Reconstr Aesthet Surg 2008; 61:983-4.](#)

172 - [Messina JL](#)

Messina JL, Glass LF, Cruse CW, Berman C, Ku NK, Reintgen DS: Pathologic examination of the sentinel lymph node in malignant melanoma, [Am J Surg Pathol 1999, 23:686-90.](#)

173 - [Meyskens FL](#)

Meyskens FL, Liu PY, Tuthill RJ, et al. Randomized trial of vitamin A versus observation as adjuvant therapy in high-risk malignant melanoma: a Southwest Oncology Group study. [J Clin Oncol 1994;12:2060-5.](#)

174 - Middleton M

Middleton M, Grob JJ, Aaronson N, Fierlbeck G, Tilgen W, Seiter S, et al. Randomized phase III study of temozolomide versus dacarbazine in the treatment of patients with advanced metastatic malignant melanoma. [J Clin Oncol 2000;18:158-66. Erratum in: J Clin Oncol 2000;18:2351.](#)

175 - Mocellin S

Mocellin S, Pasquali S, Rossi CR, et al. Interferon alpha adjuvant therapy in patients with high-risk melanoma: a systematic review and meta-analysis. [J Natl Cancer Inst 2010;102:493-501.](#)

176 - Moehrle M

Moehrle M, Dietz K, Garbe C, Breuninger H. Conventional histology vs three-dimensional histology in lentigo maligna melanoma. [Br J Dermatol 2006;154:453-9](#)

177 - Morton DL

Morton DL, Wen D, Wong JH, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. [Arch Surg 1992;127:392-9.](#)

178 - Morton DL

Morton DL, Bostick PJ. Will the true sentinel node please stand? [Ann Surg Oncol 1999;6:12-4.](#)

179 - Morton DL

Morton DL, Thompson JF, Essner R, et al. Validation of the accuracy of intraoperative lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for early-stage melanoma: a multicenter trial. Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial Group. [Ann Surg 1999;230:453-63.](#)

180 - Morton DL

Morton DL, Cochran AJ, Thompson JF, Elashoff R, Essner R, Glass EC, et al. Sentinel node biopsy for early-stage melanoma: accuracy and morbidity in MSLT-I, an international multicenter trial. [Annals of Surgery 2005;242\(3\):302-11.](#)

181 - Morton DL

Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, Mozzillo N, Elashoff R, Essner R, et al. Sentinel-node biopsy or nodal observation in melanoma. [N. Engl. J. Med 2006;355\(13\):1307-17.](#)

182 - Newton Bishop JA

Bishop JA, Corrie PG, Evans J, Gore ME, Hall PN, Kirkham N, et al. UK guidelines for the management of cutaneous melanoma. [Br J Plast Surg 2002;55:46-54.](#)

183 - Ng AK

Ng AK, Jones WO, Shaw JH. Analysis of local recurrence and optimizing excision margins for cutaneous melanoma. [Br J Surg 2001;88:137-42.](#)

184 - Nieweg OE

Nieweg OE, Jansen L, Kroon BBR. Technique of lymphatic mapping and sentinel node biopsy for melanoma. [Eur J Surg Oncol 1998;24:520-4.](#)

185 - Nieweg OE

Nieweg OE, Jansen L, Tanis PJ, Vries JDH de, Kroon BBR. Verbeterde prognose van melanoma cutis door schildwacht- klierprocedure is nog niet aangetoond. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2001;11:246-8.

186 - Nieweg OE

Nieweg OE. A response to Lee M. Ellis's editorial: A perspective on sentinel lymph node biopsy in colorectal cancer: the race between surgical technology and molecular oncology. [Ann Surg Oncol 2001;8:271.](#)

187 - Nieweg OE

Nieweg OE, Tanis PJ, Rutgers EJT. Summary of the second international sentinel node conference. [Eur J Nucl Med 2001;28:646-9](#)

188 - Nieweg OE

Nieweg OE, Tanis PJ, Kroon BBR. The definition of a sentinel node. [Ann Surg Oncol 2001;9:538-41.](#)

189 - NIH

NIH, Consensus Conference. Diagnosis and treatment of early melanoma. [JAMA 1992;268:1314-9.](#)

190 - Veronesi U

Veronesi U, Cascinelli N. Narrow excision (1-cm margin). A safe procedure for thin cutaneous melanoma. [Arch Surg 1991;126:438-41.](#)

191 - Orfanos CE

Orfanos CE, Jung EG, Rassner G, Wolff HH, Garbe C. Stellungnahme und Empfehlungen der Kommission malignes Melanom der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zur Diagnostik, Behandlung und Nachsorge des malignen Melanoms der Haut. [Hautarzt 1994;45:285-91.](#)

192 - Otley CC

Otley CC, Zitelli JA. Review of sentinel lymph node biopsy and systemic interferon for melanoma: promising but investigational modalities. [Dermatol Surg 2000;26:177-80.](#)

193 - Overgaard J

Overgaard J, von der Maase H, Overgaard M. A randomized study comparing two high-dose per fraction radiation schedules in recurrent or metastatic malignant melanoma. [Int J Radiat Oncol Biol Phys 1985;11:1837-1839.](#)

194 - Overgaard J

Overgaard J, Gonzales Gonzales D, Hulshof MC, Arcangeli G, Dahl O, Mella O, et al. Randomised trial of hyperthermia as adjuvant to radiotherapy for recurrent or metastatic malignant melanoma. [Lancet.1995;345:540-3.](#)

195 - Overgaard J

Overgaard J, Gonzalez Gonzalez D, Hulshof MC, Arcangeli G, Dahl O, et al. Hyperthermia as an adjuvant to radiation therapy of recurrent or metastatic malignant melanoma. A multicentre randomized trial by the European Society for Hyperthermic Oncology. 1996. [Int J Hyperthermia 2009; 25\(5\): 323-34.](#)

196 - Palmieri G

Palmieri G, Ascianto PA, Cossu A, Mozzillo N, Motti ML, Satriano SM, et al.: Detection of occult melanoma cells in paraffin-embedded histologically negative sentinel lymph nodes using a reverse transcriptase polymerase chain reaction assay, [J Clin Oncol 2001, 19:1437-43.](#)

197 - Patel NG et al

Patel NG et al. Malignant melanoma re-excision specimens: the need for analysis.J. [Plast Reconstr Aesth Surg 2010; 63: e653-4.](#)

198 - Patel et al

Patel et al. Ann Oncol, 2009 suppl

199 - Pehamberger H

Pehamberger H, Soyer P, Steiner A, et al. Adjuvant interferon α -2a treatment in resected primary stage II cutaneous melanoma. [J Clin Oncol 1998;16:1425-9.](#)

200 - Pfannenbergh C

Pfannenbergh C, Aschoff P, Schanz S et al. Prospective comparison of [18F]Fluorode-oxyglucose Positron Emission Tomography, Computed Tomography and whole-body magnetic resonance imaging in staging of advanced malignant melanoma. [European Journal of Cancer 2007;43: 557-64.](#)

201 - Pijpers R

Pijpers R, Borgstein PJ, Meijer S, Hoekstra OS, Hattum LH van, Teule GJ. Sentinel node biopsy in melanoma patients: dynamic lymphoscintigraphy followed by intraoperative gamma probe and vital dye guidance. [World J Surg 1997 Oct;21\(8\):788-92; discussion 793](#)

202 - Pirard D

Pirard D, Heenen M, Melot C, Vereecken P. Interferon alpha as adjuvant postsurgical treatment of melanoma: a meta-analysis. [Dermatology. 2004;208\(1\):43-8.](#)

203 - Van der Ploeg AP

Van der Ploeg AP, Van Akkooi AC, Rutkowski P, Nowecki ZI, Michej W, Mitra A, et al. Prognosis in patients with sentinel node-positive melanoma is accurately defined by the combined Rotterdam tumor load and Dewar topography criteria, [J Clin Oncol 2011, 29:2206-14.](#)

204 - Van der Ploeg IM

Van der Ploeg IM, Kroon BB, Antonini N, Valdes Olmos RA, Nieweg OE: Comparison of three micromorphometric pathology classifications of melanoma metastases in the sentinel node, [Ann Surg 2009, 250:301-4.](#)

205 - Van der Ploeg AP

Van der Ploeg AP, van Akkooi AC, Schmitz PI, van Geel AN, de Wilt JH, Eggermont AM, Verhoef C. Therapeutic surgical management of palpable melanoma groin metastases: superficial or combined superficial and deep groin lymph node dissection. [Ann Surg Oncol. 2011 Nov;18\(12\):3300-8. Epub 2011 May 3.](#)

206 - Van Poll D

Van Poll D, Thompson JF, Colman MH, McKinnon JG, Saw RPM, Stretch JR, et al. A sentinel node biopsy does not increase the incidence of in-transit metastasis in patients with primary cutaneous melanoma. [Annals of Surgical Oncology 2005;12\(8\):597-608.](#)

207 - Price HN

Price HN, Schaffer JV. Congenital melanocytic nevi-when to worry and how to treat: Facts and controversies. [Clin Dermatol 2010; 28: 293-302.](#)

208 - Prieto VG

Prieto VG. Sentinel lymph nodes in cutaneous melanoma: handling, examination, and clinical repercussion, [Arch Pathol Lab Med 2010;134:1764-9.](#)

209 - Psaty EL

Psaty EL, Scope A, Halpern AC, Marghoob AA. Defining the patient at risk for melanoma. [Intern J Dermatol 2010;49:362-76.](#)

210 - Punt CJA

Punt CJA, Eggermont AMM. Adjuvant interferon-alpha for melanoma revisited: News from old and new studies. [Ann Oncol 2001;12:1663-6](#)

211 - Que´reux et al

Que´reux et al. Creation and test of a questionnaire for self-assessment of melanoma risk factors. [Eur J Cancer Prev 2010; 19:48-54.](#)

212 - Raimondi S

Raimondi S, Sera F, Gandini S, et al. MC1R variants, melanoma and red hair color phenotype: a meta-analysis. [Int J Cancer. 2008; 122\(12\):2753-60.](#)

213 - Rajpar S

Rajpar S, Marsden JR. Imiquimod in the treatment of lentigo maligna. [Br J Dermatol 2006;155:653-6.](#)

214 - IGZ

[IGZ. rapport](#). Rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Onderzoek naar de kwaliteit van de oncologische zorgketen voor patiënten die worden behandeld met radiotherapie. Den Haag, maart 2009

215 - Reinhardt MJ

Reinhardt MJ, Joe AY, Jaeger U et al. Diagnostic performance of whole body dual modality 18F-FDG PET/CT imaging for N- and M-staging of malignant melanoma: experience with 250 consecutive patients.

[Journal of Clinical Oncology. 2006; 24 \(7\): 1178-86.](#)

216 - [Reintgen D](#)

Reintgen D, Cruse CW, Wells K, et al. The orderly progression of melanoma nodal metastases. [Ann Surg 1994;220:759-67.](#)

217 - [van der Rhee JI](#)

van der Rhee JI, de Snoo FA, Vasen HF, et al. Effectiveness and causes for failure of surveillance of CDKN2A-mutated melanoma families. [J Am Acad Dermatol. 2011 Aug;65\(2\):289-96. Epub 2011 May 12.](#)

218 - [van der Rhee JI](#)

van der Rhee JI, Krijnen P, Gruis NA, de Snoo FA, Vasen HF, Putter H, Kukutsch NA, Bergman W. Clinical and histologic characteristics of malignant melanoma in families with a germline mutation in CDKN2A. [J Am Acad Dermatol. 2011 Aug;65\(2\):281-8. Epub 2011 May 12.](#)

219 - [Riber-Hansen R](#)

Riber-Hansen R, Nyengaard JR, Hamilton-Dutoit SJ, Steiniche T: The nodal location of metastases in melanoma sentinel lymph nodes, [Am J Surg Pathol 2009. 33:1522-8.](#)

220 - [Rice ZP](#)

Rice ZP, Weiss FJ, DeLong LK, Curiel-Lewandrowski, Chen SC. Utilization and rationale for the implementation of Total body (digital) photography as an adjunct screening measure for melanoma. [Melanoma Research 2010; 20: 417-21.](#)

221 - [Van Rijk MC et al.](#)

Van Rijk MC et al., Ultrasonography and fine-needle aspiration cytology in the preoperative evaluation of melanoma patients eligible for sentinel node biopsy. [Ann Surg Oncol. 2006 Nov13;\(11\):1511-6.](#)

222 - [Robbins KT](#)

Robbins KT, Clayman G, Levine PA, Medina J, Sessions R, Shaha A, Som P, Wolf GT. Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. [Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002 ;128:751-8.](#)

223 - [Robert C](#)

Robert C, Thomas L, Bondarenko, O'Day S, Weber J, Garbe K, et al. (2011) Ipilimumab plus dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma. [N Eng J Med Jun 5](#) [Epub ahead of print]

224 - [Römer W](#)

Römer W, Nörmayr A, Fiedler E et al . Retrospective interactive rigid fusion of 18F-FDG PET and CT. [Nuklearmedizin. 2006;45: 88-95.](#)

225 - [Roozendaal GK](#)

Roozendaal GK, Vries JDH de, Poll D van, et al. Sentinel nodes outside lymph node basins in melanoma patients. [Br J Surg 2001;88:305-8.](#)

226 - [Roozendaal GK](#)

Roozendaal GK, de Vries JDH de, Poll D van, Jansen L, Schraffordt Koops H, et al. Sentinel nodes outside lymph node basins in melanoma patients. [Br J Surg 2000;88:305-8.](#)

227 - [Rosenberg SA](#)

Rosenberg SA, Yang JC, Schwartzentruber DJ, Hwu P, Marincola FM, Topalian SL, et al. Prospective randomized trial of the treatment of patients with metastatic melanoma using chemotherapy with cisplatin, dacarbazine, and tamoxifen alone or in combination with interleukin-2 and interferon alfa-2b. [J Clin Oncol 1999;17:968-75.](#)

228 - [Salerni G](#)

Salerni G, Carrera C, Lovatto L, Puig-Butille JA, Badenas C, Plana E, et al. Benefits of total body photography and digital dermatoscopy in the early diagnosis of melanoma in patients at high risk for melanoma. [J Am Acad Dermatol. 2012 Jul;67\(1\):e17-27. Epub 2011 Jun 16..](#)

229 - Sanki A et al.

Sanki A et al., Targeted high-resolution ultrasound is not an effective substitute for sentinel lymph node biopsy in patients with primary cutaneous melanoma. [J Clin Oncol 2009\(Nov\) 27\(33\):5614-9.](#)

230 - Sause WT

Sause WT, Cooper JS, Rush S et al. Fraction size in external beam radiation beam therapy in the treatment of melanoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;20:429-32.

231 - Scheri RP

Scheri RP, Essner R, Turner RR, Ye X, Morton DL: Isolated tumor cells in the sentinel node affect long-term prognosis of patients with melanoma, [Ann Surg Oncol 2007, 14:2861-6.](#)

232 - Schmid-Wendtner MH

Schmid-Wendtner MH, Brunner B, Konz B et al. Fractionated radiotherapy of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma in 64 patients. [J Am Acad Dermatol 2000;43:477-82.](#)

233 - Schraffordt Koops H

Schraffordt Koops H, Vaglini M, Suci S, et al. Prophylactic isolated limb perfusion for localized, high-risk limb melanoma: results of a multicenter randomized phase III trial. European Organization for Research and Treatment of Cancer Malignant Melanoma Cooperative Group Protocol 18832, World Health Organization Melanoma Programme Trial 15. [J Clin Oncol 1998;16:2906-12.](#)

234 - Scolyer RA

Scolyer RA, Murali R, McCarthy SW, Thompson JF: Histologically ambiguous ("borderline") primary cutaneous melanocytic tumors: approaches to patient management including the roles of molecular testing and sentinel lymph node biopsy, [Arch Pathol Lab Med. 2010;134:1770-7.](#)

235 - Shidham VB

Shidham VB, Qi D, Rao RN, Acker SM, Chang CC, Kampalath B, et al. Improved immunohistochemical evaluation of micrometastases in sentinel lymph nodes of cutaneous melanoma with 'MCW melanoma cocktail'--a mixture of monoclonal antibodies to MART-1, Melan-A, and tyrosinase, [BMC Cancer 2003, 3:15.](#)

236 - Shidham VB

Shidham VB, Qi DY, Acker S, Kampalath B, Chang CC, George V, et al: Evaluation of micrometastases in sentinel lymph nodes of cutaneous melanoma: higher diagnostic accuracy with Melan-A and MART-1 compared with S-100 protein and HMB-45, *Am J Surg Pathol* 2001, 25:1039-46.

237 - Shivers SC

Shivers SC, Li W, Lin J, Stall A, Stafford M, Messina J, Get al: The clinical relevance of molecular staging for melanoma, *Recent Results Cancer Res* 2001, 158:187-99.

238 - Shivers SC

Shivers SC, Wang X, Li W, Joseph E, Messina J, Glass LF, et al.: Molecular staging of malignant melanoma: correlation with clinical outcome, [JAMA 1998, 280:1410-5.](#)

239 - Shivers SC

Shivers SC, Wang X, Li W, et al. Molecular staging of malignant melanoma: correlation with clinical outcome. [JAMA 1998;280:1410-5.](#)

240 - Siesling S

Siesling S, Visser O, Luth TK, et al. Volwassen kankerpatiënten overleven langer in Nederland 5-jaarsoverleving 12% toegenomen tussen 1989-1993 en 2004-2008. [Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A3169.](#)

241 - Singh B et al.

Singh B et al., Preoperative 18F-FDG-PET/CT imaging and sentinel node biopsy in the detection of regional lymph node metastases in malignant melanoma. [Melanoma Research, 2008](#)(of Publication: October 2008): p. 18 (5) (pp 346-352), 2008.

242 - Skin Neoplasms

Skin Neoplasms. PLoS ONE 4(4): e5375. doi:10.1371/journal.pone.0005375.

243 - Soo V

Soo V, Shen P, Pichardo R, Azzazy H, Stewart JH, Geisinger KR, Levine EA: Intraoperative evaluation of sentinel lymph nodes for metastatic melanoma by imprint cytology, [Ann Surg Oncol 2007, 14:1612-7.](#)

244 - Sladden MJ

Sladden MJ, Balch C, Barzilai DA, Berg D, Freiman A, Handiside T, et al. JF. Surgical excision margins for primary cutaneous melanoma. [Cochrane Database Syst Rev. 2009 \(4\):CD004835](#)

245 - de Snoo FA

de Snoo FA, Bishop T, Bergman W, van Leeuwen I, van der Drift C, van Nieuwpoort FA, et al. Increased risk of cancer other than melanoma in CDKN2A founder mutation positive melanoma families. [Clin Cancer Res. 2008; 14: 7151-7.](#)

246 - Soong S

Soong S, Ding S, Coit D, Balch CM, Gerschenwald JE, Thompson JF et al. Predicting Survival outcome of localized melanoma: an electronic prediction tool based on the AJCC melanoma database. [Ann Surg Oncol 2010;2010 Aug;17\(8\):2006-14.](#)

247 - Jeffrey A. Sosman

Sosman, M.D., Kevin B. Kim, M.D., Lynn Schuchter, M.D., Rene Gonzalez, M.D., Anna C. Pavlick, et al. Survival in BRAF V600–Mutant Advanced Melanoma Treated with Vemurafenib. [N Engl J Med 2012; 366:707-714, February 23, 2012.](#)

248 - Starz H

Starz H, Siedlecki K, Balda BR. Sentinel lymphonodectomy and s-classification: a successful strategy for better prediction and improvement of outcome of melanoma. [Annals of surgical oncology: the official journal of the Society of Surgical Oncology 2004;11 \(3 Suppl\):162S-8S.](#)

249 - Starz H

Starz H, Balda BR, Kramer KU, Buchels H, Wang H: A micromorphometry-based concept for routine classification of sentinel lymph node metastases and its clinical relevance for patients with melanoma, [Cancer 2001, 91:2110-21.](#)

250 - Stojadinovic A

Stojadinovic A, Allen PJ, Clary BM, Busam KJ, Coit DG: Value of frozen-section analysis of sentinel lymph nodes for primary cutaneous malignant melanoma, [Ann Surg 2002, 235:92-8.](#)

251 - Strobbe LJA

Strobbe LJA, Hart AAM, Rümke Ph, Israels SP, Nieweg OE, Kroon BBR. Topical dinitrochlorobenzene combined with systemic dacarbazine in the treatment of recurrent melanoma. [Melanoma Research 1998;7:507-12.](#)

252 - Strojan P

Strojan P, Jancar B, Cemazar M, Perme MP, Hocevar M. Melanoma metastases to the neck nodes: role of adjuvant irradiation. [Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2010 Jul 15;77\(4\):1039-45.](#)

253 - Sumner WE 3rd

Sumner WE 3rd, Ross MI, Mansfield PF, et al. Implications of lymphatic drainage to unusual sentinel lymph node sites in patients with primary cutaneous melanoma. [Cancer 2002;95:354-60.](#)

254 - Swetter S

Swetter S, Carroll LA., Johnson DL et al. Positron Emission Tomography is superior to Computd Tomography for metastatic detection in melanoma patients. [Annals of Surgical Oncology. 2002;9 \(7\): 646-53.](#)

255 - Tanis PJ

Tanis PJ, Hart AAM, Nieweg OE, Kroon BBR. The illusion of a learning phase for lymphatic mapping. [Ann](#)

[Surg Oncol 2002;9:142-7.](#)

256 - Thomas JM

Thomas JM. Sydney Melanoma Unit patients in breach of multicentre selective lymphadenectomy trial protocol? (2). [ANZ Journal of Surgery 2006;76 \(11\):1038-9.](#)

257 - Thomas JM

Thomas JM, Newton-Bishop JA. Surgical margin excision width in high risk (minimum depth 2 mm) cutaneous malignant melanoma: A randomized trial of 1 cm versus 3 cm excision margins in 900 patients. *Proc Am Assoc Clin Oncol* 2002;1358:34a.

258 - Thomas JM

Thomas JM. Concerns relating to the conduct and statistical analysis of the Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial (MSLT-1) in patients with melanoma. [Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery: JPRAS 2009;62\(4\):442-6.](#)

259 - Thompson JF

Thompson JF, Uren RF. What is a 'sentinel' lymph node? [Eur J Surg Oncol 2000;26:103-4.](#)

260 - Travers RL

Travers RL, Sober SJ, Berwick M, et al. Increased thickness of pregnancy-associated melanoma. [Br J Dermatol 1995;132:876-83.](#)

261 - Uren RF

Uren RF, Thompson JF, Howman-Giles R. Sentinel nodes. Interval nodes, lymphatic lakes, and accurate sentinel node identification. [Clin Nucl Med 2000;25:234-6.](#)

262 - US

US, Preventive Services Taskforce. Screening for skin cancer: recommendations and rationale. [Am J Prev Med 2001;20:44-6.](#)

263 - Vasen HF

Vasen HF, Bergman W, van Haeringen A, Scheffer E, van Slooten EA. The familial dysplastic nevus syndrome. Natural history and the impact of screening on prognosis. A study of nine families in the Netherlands. [Eur. J. Cancer Clin. Oncol. 1989; 25: 337-41.](#)

264 - Vasen HF

Vasen HF, Gruis NA, Frants RR, van Der Velden PA, Hille ET, Bergman W. Risk of developing pancreatic cancer in families with familial atypical multiple mole melanoma associated with a specific 19 deletion of p16 (p16-Leiden). [Int. J. Cancer. 2000; 87\(6\):809-11.](#)

265 - Vasen HF

Vasen HF, et al., Magnetic Resonance Imaging Surveillance Detects Early-Stage Pancreatic Cancer in Carriers of a p16-Leiden Mutation. [Gastroenterology. 2011;140\(3\):850-6.](#)

266 - Veenhuizen KC

Veenhuizen KC, Wit PE de, Mooi WJ, Scheffer E, Verbeek AL, Ruiters DJ. Quality assessment by expert opinion in melanoma pathology: experience of the pathology panel of the Dutch Melanoma Working Party. [J Pathol 1997;182:266-72.](#)

267 - Veerbeek L

Veerbeek L, van de Poll-Franse LV, Bekkenk MW, et al. Betere navolging van de richtlijn 'Melanoom'. [Ned Tijdschr Geneesk. 2010;154:A858.](#)

268 - Veit-Haibach P

Veit-Haibach P, Vogt FM, Jablonka R et al. Diagnostic accuracy of contrast-enhanced FDG-ET/CT in primary staging of cutaneous malignant melanoma." [Eur J Nucl Med Mol. 2009; Imaging 36: 1910-8.](#)

269 - Veronesi U

Veronesi U, Adamus J, Aubert C, et al. A randomized trial of adjuvant chemotherapy and immunotherapy in

cutaneous melanoma. [N Engl J Med 1982;307:913-6.](#)

270 - Veronesi U

Veronesi U, Cascinelli N. Narrow excision (1 cm margin) – a safe procedure for thin cutaneous melanoma. [Arch Surg 1991;126:438-41.](#)

271 - Viros A

Viros A, Fridlyand J, Bauer J, Lasithiotakis K, Garbe C, et al. Improving Melanoma Classification by Integrating Genetic and Morphologic Features. [PLoS Med. 2008 Jun 3;5\(6\):e120.](#)

272 - Voit C et al

Voit C et al. Ultrasound morphology criteria predict metastatic disease of the sentinel nodes in patients with melanoma. Journal of clinical oncology. [J Clin Oncol. 2010 Feb 10;28\(5\):847-52. Epub 2010 Jan 11.](#)

273 - Vries E de

Vries E de, Schouten LJ, Visser O, Eggermont AAM, Coebergh JW and the working group of Regional Cancer Registries. Rising trends in the incidence of and mortality from cutaneous melanoma in the Netherlands: a northwest to southeast gradient? [Eur J Cancer 2003;39:1439-46.](#)

274 - Vries E de

Vries E de, Bray F, Coebergh JWW, Parkin DM. Changing epidemiology of malignant cutaneous melanoma in Europe 1953-1997: rising trends in incidence and mortality, but recent stabilizations in western Europe and decreases in Scandinavia. [Int J Cancer 2003;107:119-26.](#)

275 - Vries E de

Vries E de, Poll-Franse LV van de, Louwman WJ, Gruijl FR de, Coebergh JW. Predictions of skin cancer incidence in the Netherlands up to 2015. [Br J Dermatol. 2005 Mar;152\(3\):481-8.](#)

276 - Vries E de

Vries E de, Houterman S, Janssen-Heijnen ML, Nijsten T, van de Schans SA, Eggermont AM, Coebergh JW. Up-to-date survival estimates and historical trends of cutaneous malignant melanoma in the south-east of The Netherlands. [Ann Oncol. 2007 Jun;18\(6\):1110-6. Epub 2007 Apr 13.](#)

277 - Vuylsteke RJCLM

Vuylsteke RJCLM, Leeuwen PAM van, Staius Muller MG, Gietema HA, Kragt DR, Meijer S. Clinical outcome of stage I/II melanoma patients after selective sentinel lymph node dissection: long-term follow-up results. [J Clin Oncol 2003;21:1057-65.](#)

278 - Wagner JD

Wagner JD, Gordon MS, Chuang TY, et al. Predicting sentinel and residual lymph node basin disease after sentinel lymph node biopsy for melanoma. [Cancer 2000;89:453-62.](#)

279 - Walling HW

Walling HW, Scupham RK et al. Staged excision versus Mohs micrographic surgery for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. [J Am Acad Dermatol 2007;57:659-64.](#)

280 - Weinstock MA

Weinstock MA, Sober AJ. The risk of progression of lentigo maligna to lentigo maligna melanoma. 1987 [Br. J. Dermatol 116\(3\): 303-310.](#)

281 - Wheatley K

Wheatley K, Ives N, Hancock B, Gore M, Eggermont A, Suci S. Does adjuvant interferon-alpha for high-risk melanoma provide a worthwhile benefit? A meta-analysis of the randomised trials. [Cancer Treat Rev. 2003; 29: 241–52.](#)

282 - Whiteman D

Whiteman D, Green A. Melanoma and Sunburn. [Cancer Causes Control. 1994 Nov;5\(6\):564-72.](#)

283 - Whiteman DC

Whiteman DC. Testing the divergent pathway hypothesis for melanoma: recent findings and future

challenges. [Expert Rev Anticancer Ther 2010; 10: 615-8.](#)

284 - De Wilt JHW

De Wilt JHW, van Akkooi ACJ, Verhoef C, Eggermont AMM. Detection of melanoma micrometastases in sentinel nodes; the cons. [Surg Oncol 2008; 17:175-81.](#)

285 - Wolff T

Wolff T, Tai E and Miller T. Screening for skin cancer: an update of the evidence for the US Preventive Services Taskforce. [Ann Int Med 2009;150:194-8.](#)

286 - Wood TF

Wood TF, DiFronzo LA, Rose DM, Haigh PI, Stern SL, Wanek L, et al. Does complete resection of melanoma metastatic to solid intra- abdominal organs improve survival? [Ann Surg Oncol 2001;8:658-62.](#)

287 - Xing Y et al

Xing Y et al. Contemporary diagnostic imaging modalities for the staging and surveillance of melanoma patients: a meta-analysis. [J Natnl Canc Inst 2011;103\(2\):129-42.](#)

288 - Yu LL

Yu LL, Flotte TJ, Tanabe KK, Gadd MA, Cosimi AB, Sober AJ, Mihm MC, Jr., Duncan LM: Detection of microscopic melanoma metastases in sentinel lymph nodes, [Cancer 1999. 86:617-27.](#)

289 - Zalaudek I

Zalaudek I, Argenziano G, Ferrara G, Soyer HP, Corona R, et al. Clinically equivocal melanocytic skin lesions with features of regression: a dermoscopic-pathological study. [Br J Dermatol. 2004;150: 64–71.](#)

290 - Baughan CA

Baughan CA, Hall VL, Leppard BJ, Perkins PJ. Follow-up in stage I cutaneous malignant melanoma: an audit. [Clin Oncol \(R Coll Radiol\). 1993;5\(3\):174-80.](#)

291 - Bernengo

Bernengo, M. G., P. Quaglino, et al. (2005). Time course and pattern of first relapse in stage I-II primary cutaneous melanoma: A multivariate analysis of disease-free survival in 3174 patients followed-up at the Turin Melanoma Centre from 1975 to 2004. [G Ital Dermatol Venereol 140\(3\): 191-200.](#)

292 - Bradford

Bradford, P. T., D. M. Freedman, et al. (2010). "Increased risk of second primary cancers after a diagnosis of melanoma." [Arch Dermatol 146\(3\): 265-272.](#)

293 - DiFronzo LA

DiFronzo LA, Wanek LA, Morton DL. Earlier diagnosis of second primary melanoma confirms the benefits of patient education and routine postoperative follow-up. [Cancer 2001;91:1520-4.](#)

294 - Francken AB

Francken AB, Shaw HM, Accortt NA, Soong S-J, Hoekstra HJ, Thompson JF. Detection of first relapse in cutaneous melanoma patients: implications for the formulation of evidence-based follow-up guidelines. [Ann Surg Oncol. 2007;14\(6\):1924-33.](#)

295 - Francken

Francken, A. B., N. A. Accortt, et al. (2008). "Follow-up schedules after treatment for malignant melanoma." [Br J Surg 95\(11\): 1401-1407.](#)

296 - Garbe C

Garbe C, Paul A, Kohler-Spath H, Ellwanger U, Stroebel W, Schwarz M, et al. Prospective evaluation of a follow-up schedule in cutaneous melanoma patients: recommendations for an effective follow-up strategy. [J Clin Oncol. 2003;21\(3\):520-9.](#)

297 - Gezondheidsraad

Gezondheidsraad. [Nacontrole in de oncologie](#). Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/10.

298 - Hansel

Hansel, G., J. Schonlebe, et al. (2010). "Late recurrence (10 years or more) of malignant melanoma in south-east Germany (Saxony). A single-centre analysis of 1881 patients with a follow-up of 10 years or more." [J Eur Acad Dermatol Venereol 24\(7\): 833-836.](#)

299 - Hoffman B

Hoffman B, Stovall E. Survivorship perspective and advocacy. [J Clin Oncol. 2006; 24\(32\): 5154-9.](#)

300 - Hofmann U

Hofmann U, Szedlak M, Rittgen W, Jung EG, Schadendorf D. Primary staging and follow-up in melanoma patients – monocenter evaluation of methods, costs and patient survival. [Br J Cancer 2002;87:151-7.](#)

301 - Hofmann U

Hofmann U, Szedlak M, Rittgen W, Jung EG, Schadendorf D. Primary staging and follow-up in melanoma patients--monocenter evaluation of methods, costs and patient survival. [Br J Cancer. 2002;87\(2\):151-7.](#)

302 - Hohnheiser

Hohnheiser, A. M., O. Gefeller, et al. (2011). "Malignant melanoma of the skin: long-term follow-up and time to first recurrence." [World J Surg 35\(3\): 580-589.](#)

303 - Jansen L

Jansen L, Nieweg OE, Peterse JL, Hoefnagel CA, Valdés Olmos RA, Kroon BBR. Reliability of sentinel lymph node biopsy for staging melanoma. [Br J Surg 2000;87:484-9.](#)

304 - Jillella A

Jillella A, Mani S, Nair B, Poo WJ, Bologna J, Ariyan S, et al. The role for close follow-up of melanoma patients with AJCC stages I-III: a preliminary analysis. [Proc ASCO 1995;14:413.](#)

305 - Kahle B

Kahle B, Hoffend J, Wacker J, Hartschuh W. Preoperative ultrasonographic identification of the sentinel lymph node in patients with malignant melanoma. [Cancer. 2003 Apr 15;97\(8\):1947-54.](#)

306 - Khlat M

Khlat M, Vail A, Parkin DM, Green A. Mortality from melanoma in migrants to Australia: variation by age at arrival and duration of stay. [Am J Epidemiol 1992 ;135:1103-13.](#)

307 - Kittler H

Kittler H, Weitzdorfer R, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Compliance with follow-up and prognosis among patients with thin melanomas. [Eur J Cancer 2001;37:1504-9.](#)

308 - Leiter U

Leiter U, Buettner PG, Eigentler TK, Forschner A, Meier F, Garbe C. Is detection of melanoma metastasis during surveillance in an early phase of development associated with a survival benefit? [Melanoma Res. 2010;20\(3\):240-6.](#)

309 - Leiter

Leiter, U., P. G. Buettner, et al. (2011). "Hazard rates for recurrent and secondary cutaneous melanoma: An analysis of 33,384 patients in the German Central Malignant Melanoma Registry." [J Am Acad Dermatol. 2012 Jan;66\(1\):37-45. Epub 2011 Jun 23.](#)

310 - Leman

Leman, J. A. and R. M. Mac Kie (2003). "Late (> 10 years) recurrence of melanoma: the Scottish experience." [Br J Dermatol 148\(2\): 372-373.](#)

311 - Lock-Andersen J

Lock-Andersen J, Drzewiecki KT, Wulf HC. Eye and hair colour, skin type and constitutive skin pigmentation as risk factors for basal cell carcinoma and cutaneous melanoma. A Danish case control study. [Acta Derm Venereol 1999;79:74-80.](#)

312 - McCaul

McCaul, K. A., L. Fritschi, et al. (2008). "The incidence of second primary invasive melanoma in Queensland, 1982-2003." [Cancer Causes Control 19\(5\): 451-458.](#)

313 - Meyers MO

Meyers MO, Yeh JJ, Frank J, Long P, Deal AM, Amos KD, et al. Method of detection of initial recurrence of stage II/III cutaneous melanoma: analysis of the utility of follow-up staging. [Ann Surg Oncol. 2009;16\(4\):941-7.](#)

314 - Moore Dalal K

Moore Dalal K, Zhou Q, Panageas KS, Brady MS, Jaques DP, Coit DG. Methods of detection of first recurrence in patients with stage I/II primary cutaneous melanoma after sentinel lymph node biopsy. [Ann Surg Oncol. 2008;15\(8\):2206-14.](#)

315 - Parker PA

Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen-Engquist K, Cohen L, Gritz ER, Wei QX, Robb GL. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. [Ann Surg Oncol. 2007;14\(11\): 3078-89.](#)

316 - Poo-Hwu WJ

Poo-Hwu WJ, Ariyan S, Lamb L, Papac R, Zelterman D, Hu GL, et al. Follow-up recommendations for patients with American Joint Committee on Cancer Stages I-III malignant melanoma. [Cancer 1999;86:2252-8.](#)

317 - Romano E

Romano E, Scordo M, Dusza SW, Coit DG, Chapman PB. Site and timing of first relapse in stage III melanoma patients: implications for follow-up guidelines. [J Clin Oncol. 2010;28\(18\):3042-7.](#)

318 - Ruark DS

Ruark DS, Shaw HM, Ingvar C, McCarthy WH, Thompson JF. Who detects the first recurrence in stage I cutaneous malignant melanoma: patient or doctor? [Melanoma Research 1993\(suppl 1\):44.](#)

319 - Stanton AL

Stanton AL. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. [J Clin Oncol. 2006; 24\(32\): 5132-7.](#)

320 - Vestergaard ME

Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. [Br J Dermatol. 2008 Sep;159\(3\):669-76. Epub 2008 Jul 4.](#)

321 - Amanuel B

Amanuel B, Grieu F, Kular J, et al. Incidence of BRAF p.Val600Glu and p.Val600Lys mutations in a consecutive series of 183 metastatic melanoma patients from a high incidence region. [Pathology. 2012;44:357-9.](#)

322 - Ascierto PA

Ascierto PA, Kirkwood JM, Grob JJ, et al. The role of BRAF V600 mutation in melanoma. [Journal of translational medicine. 2012;10:85.](#)

323 - Aukema TS

Aukema TS, Valdés Olmos RA, et al. Utility of preoperative 18F-FDG PET/CT and brain MRI in melanoma patients with palpable lymph node metastases. [Ann Surg Oncol. 2010: 2773-8.](#)

324 - Aukema TS

Aukema TS, Valdes Olmos RA, Korse CM, et al. Kroon BB, Wouters MW, Vogel WV, et al. Utility of FDG PET-CT and brain MRI in melanoma patients with increased serum S-100B level during follow-up. [Ann Surg Oncol. 2010;17:1657-61.](#)

325 - Balch CM

Balch CM, Ross MI. Sentinel lymphadenectomy for melanoma – is it a substitute for elective lymphadenectomy? [Ann Surg Oncol. 1999;6:416-7.](#)

326 - [Bastiaannet E](#)

Bastiaannet E, Wobbes, T., Hoekstra, O.S., et al. Prospective Comparison of [18F]Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography and Computed Tomography in patients with palpable lymph node metastases: Diagnostic accuracy and impact on treatment. [JCO. 2009;27: 4774-80.](#)

327 - [Bastian BC](#)

Bastian BC. The molecular pathology of melanoma: an integrated taxonomy of melanocytic neoplasia. [Annu Rev Pathol. 2014;9:239-71.](#)

328 - [Bouwhuis MG](#)

Bouwhuis MG, Suci S, Kruit W, et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Melanoma Group. Prognostic value of serial blood S100B determinations in stage IIB-III melanoma patients: a corollary study to EORTC trial 18952. [Eur J Cancer. 2011;47:361-8.](#)

329 - [Brady MS](#)

Brady MS, Akhurst T, Spankneber K, et al. Utility of preoperative [18F]Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography scanning in high-risk melanoma patients. [Ann Surg Oncol. 2006;13: 525-532.](#)

330 - [Bronstein Y](#)

Bronstein Y, Ng CS, Rohren E, et al. PET/CT in the management of patients with stage IIIC and IV metastatic melanoma considered candidates for surgery: evaluation of the additive value after conventional imaging. [AJR Am J Roentgenol. 2012;198:902-8.](#)

331 - [Calista D](#)

Calista D, Vitali P, Arcangeli F. Sentinel lymph node biopsy or nodal observation in melanoma: study of an Italian series. *Giornale italiano di dermatologia e venereologia : organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia. G Ital Dermatol Venereol.* 2013; 148: 299-305.

332 - [Cameron DA](#)

Cameron DA, Cornbleet MC, MacKie RM, et al. Adjuvant interferon alpha in high-risk melanoma: The Scottish study. [Br J Cancer. 2001;84:1146-9.](#)

333 - [Chapman PB](#)

Chapman PB, Hauschild A, Robert C, et al. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. [N Engl J Med. 2011;364:2507-16.](#)

334 - [Clary BM](#)

Clary BM, Brady MS, Lewis JJ, et al. Sentinel lymph node biopsy in the management of patients with primary cutaneous melanoma: review of a large single-institutional experience with an emphasis on recurrence. [Ann Surg. 2001;233:250-8.](#)

335 - [Cochrane DB](#)

Cochrane DB. Systemic treatments for metastatic cutaneous melanoma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;CD001215.

336 - [Colombino M](#)

Colombino M, Capone M, Lissia A, et al. BRAF/NRAS mutation frequencies among primary tumors and metastases in patients with melanoma. [J Clin Oncol. 2012;30:2522-9.](#)

337 - [Colombino M](#)

Colombino M, Lissia A, Capone M, et al. Heterogeneous distribution of BRAF/NRAS mutations among Italian patients with advanced melanoma. *Journal of translational medicine.* [J Transl Med. 2013;11:202.](#)

338 - [Cordova A et al.](#)

Cordova A et al. 18 Fluoro-2-deoxy-D-glucose-positron emission tomography (FDG-PET) imaging versus sentinel lymph node biopsy (SLNB) in the staging of cutaneous melanoma in AJCC stage I and II. *Chirurgia* 2006 (of Publication: Jun 2006): p.19(189-191).

339 - da Rocha Dias S

da Rocha Dias S, Salmonson T, van Zwieten-Boot B, et al. The European Medicines Agency review of vemurafenib (Zelboraf(R)) for the treatment of adult patients with BRAF V600 mutation-positive unresectable or metastatic melanoma: Summary of the scientific assessment of the Committee for Medicinal Products for Human Use. [Eur J Cancer. 2013;49:1654-61.](#)

340 - Dellestable P

Dellestable P, Granel-Brocard F, Rat AC, et al. [Impact of whole body magnetic resonance imaging (MRI) in the management of melanoma patients, in comparison with positron emission tomography/computed tomography (PET/CT) and CT]. [Ann Dermatol Venereol. 2011;138:377-83.](#)

341 - Egberts F

Egberts F, Hitschler WN, Weichenthal M, et al. Prospective monitoring of adjuvant treatment in high-risk melanoma patients: lactate dehydrogenase and protein S-100B as indicators of relapse. [Melanoma Res. 2009;19:31-5.](#)

342 - Eggermont AMM

Eggermont AMM, Chiarion-Sileni V, Grob JJ, et al. Adjuvant ipilimumab versus placebo after complete resection of high-risk stage III melanoma (EORTC 18071): a randomised, double-blind, phase 3 trial. [Lancet Oncol. 2015;16:522-30](#)

343 - Essner R

Essner R, Conforti A, Kelley MC, et al. Efficacy of lymphatic mapping, sentinel lymphadenectomy, and selective complete lymph node dissection as a therapeutic procedure for early-stage melanoma. [Ann Surg Oncol. 1999;6:442-9.](#)

344 - Estourgie SH

Estourgie SH, Nieweg OE, Valdés Olmos RA, et al. A review and evaluation of sentinel node biopsies in 250 patients with cutaneous melanoma with a median follow up of six years. [Ann Surg Oncol. 2003;10:681-8.](#)

345 - Etchebehere EC

Etchebehere EC, Romanato JS, Santos AO, et al. Impact of [F-18] FDG-PET/CT in the restaging and management of patients with malignant melanoma. [Nucl Med Commun. 2010;31:925-30.](#)

346 - Finkelstein SE

Finkelstein SE, Carrasquillo JA, Hoffman JM et al. A prospective analysis of positron emission tomography and conventional imaging for detection of stage IV metastatic melanoma in patients undergoing metastasectomy. [Ann Surg Oncol. 2004;11:731-8.](#)

347 - Flaherty L

Flaherty L, Hamid O, Linette G, et al. A single-arm, open-label, expanded access study of vemurafenib in patients with metastatic melanoma in the United States. [Cancer Journal. 2014;20:18-24.](#)

348 - Fogarty GB

Fogarty GB, Tartaglia C. The Utility of Magnetic Resonance Imaging in the Detection of Brain Metastases in the Staging of Cutaneous Melanoma. *Clinical Onc.* 2006;18:360-2.

349 - Gonzalez D

Gonzalez D, Fearfield L, Nathan P, et al. BRAF mutation testing algorithm for vemurafenib treatment in melanoma: recommendations from an expert panel. [Br J Dermatol. 2013;168:700-7](#)

350 - Greaves WO

Greaves WO, Verma S, Patel KP, et al. Frequency and Spectrum of BRAF Mutations in a Retrospective, Single-Institution Study of 1112 Cases of Melanoma. [J Mol Diagn. 2013;15:220-6.](#)

351 - Gutzmer R

Gutzmer R, Al Ghazal M, Geerlings H, et al. Sentinel node biopsy in melanoma delays recurrence but does not change melanoma-related survival: a retrospective analysis of 673 patients. [Brit J Derm. 2005;153:1137-41.](#)

352 - Halait H

Halait H, Demartin K, Shah S, et al. Analytical performance of a real-time PCR-based assay for V600 mutations in the BRAF gene, used as the companion diagnostic test for the novel BRAF inhibitor vemurafenib in metastatic melanoma. [Diagn Mol Pathol. 2012;21:1-8.](#)

353 - Harlow SP

Harlow SP, Krag DN, Ashikaga T, et al. Gamma probe guided biopsy of the sentinel node in malignant melanoma: a multicentre study. [Melanoma Res. 2001;11:45-55.](#)

354 - Heidorn SJ

Heidorn SJ, Milagre C, Whittaker S, et al. Kinase-dead BRAF and oncogenic RAS cooperate to drive tumor progression through CRAF. [Cell. 2010;140:209-21.](#)

355 - Hocevar M

Hocevar M, Bracho M, Pogacnik A, et al. The role of preoperative ultrasonography in reducing the number of sentinel lymph node procedures in melanoma. [Melanoma Res. 2004;14:533-6.](#)

356 - Iagaru A

Iagaru A, Quon A, Johnson D, et al. 2-Deoxy-2-[F-18]fluoro-D-glucose positron emission tomography/computed tomography in the management of melanoma. [Mol Imaging Biol. 2007;9:50-7.](#)

357 - Jouvet JC

Jouvet JC, Thomas L, Thomson V, et al. Whole-body MRI with diffusion-weighted sequences compared with 18FDG PET-CT, CT and superficial lymph node ultrasonography in the staging of advanced cutaneous melanoma: a prospective study. [J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28:176-85.](#)

358 - Kahle B

Kahle B, Hoffend J, Wacker J, et al. Preoperative ultrasonographic identification of the sentinel lymph node in patients with malignant melanoma. [Cancer. 2003;97:1947-54.](#)

359 - Kapteijn BAE

Kapteijn BAE, Nieweg OE, Valdés Olmos RA, et al. Reproducibility of lymphoscintigraphy for lymphatic mapping in patients with cutaneous melanoma. [J Nucl Med. 1996;37:972-5.](#)

360 - Kell MR

Kell MR, Ridge JA, Joseph N, et al. PET CT imaging in patients undergoing sentinel node biopsy for melanoma. [Eur J Surg Oncol. 2007;33:911-3.](#)

361 - Klein O

Klein O, Clements A, Menzies AM, et al. BRAF inhibitor activity in V600R metastatic melanoma. [Eur J Cancer. 2013;49:1073-9](#)

362 - Klode J

Klode J, Dissemond J, Grabne S, et al. Sentinel lymph node excision and PET-CT in the initial stage of malignant melanoma: A retrospective analysis of 61 patients with malignant melanoma in American joint committee on cancer stages I and II. [Dermatologic Surg. 2010;36:439-45.](#)

363 - Koskivuo I

Koskivuo I, Talve L, Vihinen P, et al. Sentinel lymph node biopsy in cutaneous melanoma: a case-control study. [Ann Surg Oncol. 2007;14:3566-74](#)

364 - Krug B

Krug B, Crott R, Lonneux M, et al. Role of PET in the initial staging of cutaneous malignant melanoma: systematic review. [Radiology. 2008;249:836-844.](#)

365 - Krug B

Krug B, Pirson AS, Crott R, et al. The diagnostic accuracy of 18F-FDG PET in cutaneous malignant melanoma. [Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2010;37:1434-5.](#)

366 - Kudchadkar RR

Kudchadkar RR, Smalley KS, Glass LF, et al. Targeted therapy in melanoma. [Clin Dermatol. 2013;31:200-8.](#)

367 - Kwong LN

Kwong LN, Davies MA. Targeted therapy for melanoma: rational combinatorial approaches. [Oncogene. 2014 2;33:1-9](#)

368 - Laurent V

Laurent V, Trausch G, Bruot O, et al. Comparative study of two whole-body imaging techniques in the case of melanoma metastases: advantages of multi-contrast MRI examination including a diffusion-weighted sequence in comparison with PET-CT. [Eur J Radiol. 2010;75:376-83.](#)

369 - Leiter U

Leiter U, Buettner PG, Bohnenberger K, et al. Sentinel lymph node dissection in primary melanoma reduces subsequent regional lymph node metastasis as well as distant metastasis after nodal involvement. [Ann Surg Oncol. 2010;17:129-37.](#)

370 - Long GV

Long GV, Wilmott JS, Capper D, et al. Immunohistochemistry is highly sensitive and specific for the detection of V600E BRAF mutation in melanoma. [Am J Surg Pathol. 2013;37:61-5.](#)

371 - Lovly CM

Lovly CM, Dahlman KB, Fohn LE, et al. Routine multiplex mutational profiling of melanomas enables enrollment in genotype-driven therapeutic trials. [PLoS One. 2012;7:e35309.](#)

372 - Luke JJ

Luke JJ, Hodi FS. Vemurafenib and BRAF inhibition: a new class of treatment for metastatic melanoma. [Clin Cancer Res. 2012;18:9-14.](#)

373 - McArthur GA

McArthur GA, Chapman PB, Robert C, et al. Safety and efficacy of vemurafenib in BRAF(V600E) and BRAF(V600K) mutation-positive melanoma (BRIM-3): extended follow-up of a phase 3, randomised, open-label study. [Lancet Oncol. 2014;15:323-32.](#)

374 - McClain SE

McClain SE, Shada AL, Barry M, et al. Outcome of sentinel lymph node biopsy and prognostic implications of regression in thin malignant melanoma. [Melanoma res. 2012; 22: 302-9.](#)

375 - Menzies AM

Menzies AM, Long GV, Murali R. Dabrafenib and its potential for the treatment of metastatic melanoma. [Drug Design, Development and Therapy. 2012;6:391-405.](#)

376 - Morton DL

Morton DL, Bostick PJ. Will the true sentinel node please stand? [Ann Surg Oncol. 1999;6:12-4.](#)

377 - Morton DL

Morton DL, Cochran AJ, Thompson JF, et al. Sentinel node biopsy for early-stage melanoma: accuracy and morbidity in MSLT-I, an international multicenter trial. [Annals of Surgery. 2005; 242: 302-11](#); discussion 11-3.

378 - Morton DL

Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, et al. Final trial report of sentinel-node biopsy versus nodal observation in melanoma. N. [Eng. J. Med. 2014; 370: 599-609.](#)

379 - Morton DL

Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, et al. Sentinel-node biopsy or nodal observation in melanoma. N Engl J Med. 2006;355:1307-17. Erratum in: [N Eng J Med. 2006;355:1944](#)

380 - Morton DL

Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, et al.; MSLT Group. Final trial report of sentinel-node biopsy versus nodal observation in melanoma. [N Engl J Med. 2014;370:599-609.](#)

381 - Morton DL

Morton DL, Wen D, Wong JH, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. [Arch Surg. 1992;127:392-9.](#)

382 - Nieweg OE

Nieweg OE, Jansen L, Kroon BBR. Technique of lymphatic mapping and sentinel node biopsy for melanoma. [Eur J Surg Oncol. 1998;24:520-4.](#)

383 - Nieweg OE

Nieweg OE, Jansen L, Tanis PJ, et al. Verbeterde prognose van melanoma cutis door schildwacht-klierprocedure is nog niet aangetoond. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol.* 2001;11:246-8.

384 - Peric B

Peric B, Zagar I, Novakovic S, et al. Role of serum S100B and PET-CT in follow-up of patients with cutaneous melanoma. *BMC Cancer.* 2011;11:328.

385 - PfannenberG C

PfannenberG C, Aschoff P, Schanz S, et al. Prospective comparison of [18F]Fluorode-oxyglucose Positron Emission Tomography. Computed Tomography and whole-body magnetic resonance imaging in staging of advanced malignant melanoma. [Eur J Cancer 2007;43: 557-64.](#)

386 - Pfluger T

Pfluger T, Melzer HI, Schneider V, et al. PET/CT in malignant melanoma: contrast-enhanced CT versus plain low-dose CT. [Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2011;38:822-31.](#)

387 - Pijpers R

Pijpers R, Borgstein PJ, Meijer S, et al. Sentinel node biopsy in melanoma patients: dynamic lymphoscintigraphy followed by intraoperative gamma probe and vital dye guidance. [World J Surg. 1997;21:788-92; discussion 793](#)

388 - Reinhardt MJ

Reinhardt MJ, Joe AY, Jaeger U et al. Diagnostic performance of whole body dual modality 18F-FDG PET/CT imaging for N- and M-staging of malignant melanoma: experience with 250 consecutive patients. [J Clin Onol. 2006;24:1178-86.](#)

389 - Reintgen D

Reintgen D, Cruse CW, Wells K, et al. The orderly progression of melanoma nodal metastases. [Ann Surg. 1994;220:759-67.](#)

390 - Römer W

Römer W, Nörmayr A, Fiedler E, et al. Retrospective interactive rigid fusion of 18F-FDG PET and CT. [Nuklearmedizin. 2006;45:88-95.](#)

391 - Roozendaal GK

Roozendaal GK, Vries JDH de, Poll D van, et al. Sentinel nodes outside lymph node basins in melanoma patients. [Br J Surg. 2001;88:305-8.](#)

392 - Rubinstein JC

Rubinstein JC, Sznol M, Pavlick AC, et al. Incidence of the V600K mutation among melanoma patients with BRAF mutations, and potential therapeutic response to the specific BRAF inhibitor PLX4032. [Journal Transl Med. 2010;8:67.](#)

393 - Saint-Jean M

Saint-Jean M, Quereux G, Nguyen JM, et al. Is a single BRAF wild-type test sufficient to exclude melanoma patients from vemurafenib therapy? [J Invest Dermatol. 2014;134:1468-70.](#)

394 - Sanki A

Sanki A, Uren RF, Moncrieff M, et al., Targeted high-resolution ultrasound is not an effective substitute for sentinel lymph node biopsy in patients with primary cutaneous melanoma. [J Clin Oncol. 2009;27:5614-9.](#)

395 - [Satzger I](#)

Satzger I, Meier A, Hoy L, et al. Sentinel node dissection delays recurrence and prolongs melanoma-related survival: an analysis of 673 patients from a single center with long-term follow-up. [Ann Surg Oncol. 2011; 18: 514-20.](#)

396 - [Sosman JA](#)

Sosman JA, Kim KB, Schuchter L, et al. Survival in BRAF V600-mutant advanced melanoma treated with vemurafenib. [N Engl J Med. 2012;366:707-14.](#)

397 - [Speijers MJ](#)

Speijers MJ, Bastiaannet E, Sloot S, et al. Tumor Mitotic Rate Added to the Equation: Melanoma Prognostic Factors Changed? : A Single-Institution Database Study on the Prognostic Value of Tumor Mitotic Rate for Sentinel Lymph Node Status and Survival of Cutaneous Melanoma Patients. [Ann Surg Oncol. 2015;22:2978-87](#)

398 - [Starz H](#)

Starz H, Balda BR. Benefit of sentinel lymphadenectomy for patients with nonulcerated cutaneous melanomas in the Breslow range between 0.76 and 1 mm: a follow-up study of 148 patients. [Int J Cancer. 2007;121:689-93.](#)

399 - [Starz H](#)

Starz H, Siedlecki K, Balda BR. Sentinel lymphonodectomy and s-classification: a successful strategy for better prediction and improvement of outcome of melanoma. [Ann Surg Oncol. 2004;11:162S-8S.](#)

400 - [Stones CJ](#)

Stones CJ, Kim JE, Joseph WR, et al. Comparison of responses of human melanoma cell lines to MEK and BRAF inhibitors. [Frontiers in Genetics. 2013;4:66.](#)

401 - [Strobel K](#)

Strobel K, Skalsky J, Kalff V, et al. Tumour assessment in advanced melanoma: value of FDG-PET-CT in patients with elevated serum S-100B. [Eur J Nucl Med Mol Imaging 2007;34:1366-75.](#)

402 - [Subesinghe M](#)

Subesinghe M, Marples M, Searsbrook AF, et al. Clinical impact of 18F-FDG PET-CT in recurrent stage III/IV melanoma: a tertiary centre Specialist Skin Cancer Multidisciplinary Team (SSMDT) experience. [Insight Imaging. 2013;4:701-709.](#)

403 - [Sumner WE 3rd](#)

Sumner WE 3rd, Ross MI, Mansfield PF, et al. Implications of lymphatic drainage to unusual sentinel lymph node sites in patients with primary cutaneous melanoma. [Cancer. 2002;95:354-60.](#)

404 - [Swetter S](#)

Swetter S, Carroll LA., Johnson DL, et al. Positron Emission Tomography is superior to Computed Tomography for metastatic detection in melanoma patients. [Ann Surg Oncol. 2002;9:646-53.](#)

405 - [Tanis PJ](#)

Tanis PJ, Hart AAM, Nieweg OE, et al. The illusion of a learning phase for lymphatic mapping. [Ann Surg Oncol. 2002;9:142-7.](#)

406 - [Thompson JF](#)

Thompson JF, Uren RF. What is a 'sentinel' lymph node? [Eur J Surg Oncol. 2000;26:103-4.](#)

407 - [Uren RF](#)

Uren RF, Thompson JF, Howman-Giles R. Sentinel nodes. Interval nodes, lymphatic lakes, and accurate sentinel node identification. [Clin Nucl Med. 2000;25:234-6.](#)

408 - [Van Akkooi ACJ](#)

Van Akkooi ACJ, De Wilt HW, Verhoef C, et al. Clinical Relevance of Melanoma Micrometastases (<0.1mm) in Sentinel Nodes: are these nodes to be considered negative? [Ann Oncol. 2006;17:1578-85.](#)

409 - Van der Ploeg AP

Van der Ploeg AP, Haydu LE, Spillane AJ, et al. Outcome following sentinel node biopsy plus wide local excision versus wide local excision only for primary cutaneous melanoma: analysis of 5840 patients treated at a single institution. [Ann Surg. 2014;260:149-57.](#)

410 - Van Poll D

Van Poll D, Thompson JF, Colman MH, et al. A sentinel node biopsy does not increase the incidence of in-transit metastasis in patients with primary cutaneous melanoma. [Ann Surg Oncol. 2005;12:597-608.](#)

411 - Van Rijk MC

Van Rijk MC, Teertstra HJ, Peterse JL, et al. Ultrasonography and fine-needle aspiration cytology in the preoperative evaluation of melanoma patients eligible for sentinel node biopsy. [Ann Surg Oncol. 2006;11:1511-6.](#)

412 - Veit-Haibach P

Veit-Haibach P, Vogt FM, Jablonka R, et al. Diagnostic accuracy of contrast-enhanced FDG-PET/CT in primary staging of cutaneous malignant melanoma. [Eur J Nucl Med Mol. 2009;36:1910-8.](#)

413 - Voit C

Voit C, van Akkooi AC, Schäfer-Hesterberg G, et al. Ultrasound morphology criteria predict metastatic disease of the sentinel nodes in patients with melanoma. [J Clin Oncol. 2010;28:847-52.](#)

414 - Vuylsteke RJCLM

Vuylsteke RJCLM, Leeuwen PAM van, Staius Muller MG, et al. Clinical outcome of stage I/II melanoma patients after selective sentinel lymph node dissection: long-term follow-up results. [J Clin Oncol. 2003;21:1057-65.](#)

415 - Wagner JD

Wagner JD, Gordon MS, Chuang TY, et al. Predicting sentinel and residual lymph node basin disease after sentinel lymph node biopsy for melanoma. [Cancer. 2000;89:453-62.](#)

416 - Whiteman DC

Whiteman DC, Pavan WJ, Bastian BC. The melanomas: a synthesis of epidemiological, clinical, histopathological, genetic, and biological aspects, supporting distinct subtypes, causal pathways, and cells of origin. [Pigment Cell Melanoma Res. 2011;24:879-97.](#)

417 - Wieder HA

Wieder HA, Tekin G, Rosenbaum-Krumme S, et al. 18FDG-PET to assess recurrence and long term survival in patients with malignant melanoma. [Nuklearmedizin. 2013;52:198-203.](#)

418 - Xing Y

Xing Y, Bronstein Y, Ross MI, et al. Contemporary diagnostic imaging modalities for the staging and surveillance of melanoma patients: a meta-analysis. [J Natl Cancer Inst. 2011;103:129-42.](#)

420 - Yancovitz M

Yancovitz M, Litterman A, Yoon J, et al. Intra- and inter-tumor heterogeneity of BRAF(V600E) mutations in primary and metastatic melanoma. [PLoS One. 2012;7:e29336.](#)

421 - Yang H

Yang H, Higgins B, Kolinsky K, et al. RG7204 (PLX4032), a selective BRAFV600E inhibitor, displays potent antitumor activity in preclinical melanoma models. [Cancer Res. 2010;70:5518-27.](#)

Bijlagen

1. Betrokken en autoriserende verenigingen

Initiatief

Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)
Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)

Organisatie

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)

Betrokken verenigingen

Nederlandse Internisten Vereeniging (NIV)
Nederlandse Melanoom Werkgroep (NMW)
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie (NVDV)
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)
Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)
Leven met Kanker beweging - Stichting Melanoom

2. Financiering

Deze modules zijn gefinancierd door de:

- Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten (SKMS)
- Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)

De inhoud van de modules is niet beïnvloed door de financierende instanties.

3. Procesbegeleiding en verantwoording

IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) is het kennis- en kwaliteitsinstituut voor professionals en bestuurders in de oncologische en palliatieve zorg. IKNL draagt bij aan het verbeteren van de zorg rond kanker door het verzamelen van gegevens, het opstellen van richtlijnen, het bewaken van kwaliteit en het faciliteren van samenwerkingsverbanden. Ons doel is de beste zorg voor iedere patiënt.

IKNL werkt aan multidisciplinaire richtlijnontwikkeling voor de oncologische en palliatieve zorg. Naast het reviseren van richtlijnen faciliteert IKNL ook het onderhoud, het beheer, de implementatie en de evaluatie van deze richtlijnen. Een implementatie- en evaluatieplan wordt gepubliceerd indien de richtlijn geautoriseerd beschikbaar is.

De kwaliteit van ontwikkelen, implementeren en evalueren van evidence en consensus based richtlijnen waarborgt IKNL door aan te sluiten bij de criteria opgesteld in de Richtlijn voor Richtlijnen (maart 2012), AGREE II en de Medisch specialistische richtlijnen 2.0.

4. Werkgroepleden 2012 en revisie 2016

Werkgroepleden 2016 Mw. Dr. A.H. Brouwers, nucleair geneeskundige UMCG (voorzitter)

Dr. A. van Akkooi, oncologisch chirurg NKI, voorzitter TFG Melanoom

Mw. Dr. W.A.M. Blokk, patholoog Radboud UMC

Drs. C.W.J. Ebben, procesbegeleider IKNL

Mw. Dr. A. Fioole-Bruining, radioloog, NKI

Mw. Dr. P.J.T.A. Groenen, Klinisch moleculair bioloog in de pathologie, Radboud UMC

Mw. Dr. N.A. Gruis, ervaringsdeskundige, Stichting Melanoom/Leven met Kanker beweging

Mw. Dr. E.R.M. de Haas, dermatoloog, Erasmus MC

Mw. H.W.G. Hamelers-Paulus, secretaresse IKNL

Mw. dr. O. van der Hel, literatuuronderzoeker IKNL

Prof. dr. H.J. Hoekstra, oncologisch chirurg, UMCG

Prof. dr. O.S. Otto Hoekstra, nucleair geneeskundige VUmc

Dr. W.H.J. Kruit, internist/oncoloog Erasmus MC

Prof. dr. W.J. Mooi, patholoog VUmc

Drs. R. Vernooij, literatuuronderzoeker IKNL

Werkgroepleden 2012

Mw. prof. dr. W. Bergman, dermatoloog Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, voorzitter
Dr. C.U. Blank, internist-oncoloog Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
Mw. dr. W.A.M. Blokk, patholoog, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
Mw. drs. H.J. van Doorne-Nagtegaal, adviseur netwerken IKNL, Leiden, procesbegeleiding
Mw. dr. N.A. Gruis, senior onderzoeker en Universitair hoofddocent, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, voorzitter
Stichting Melanoom, Purmerend
Mw. H.W.G. Hamelers-Paulus, secretaresse IKNL, Maastricht, secretariële ondersteuning
Dr. M.C.C.M. Hulshof, radiotherapeut-oncoloog AMC, Amsterdam
Mw. dr. G.A.M. Krekels, dermatoloog Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
Dr. W.H.J. Kruit, internist-oncoloog, Erasmus MC - Daniel den Hoed Rotterdam, voorzitter Nederlandse Melanoom Werkgroep
Mw. I.G.M. Meijer-Vlaskamp, verpleegkundig specialist dermatologie, Ziekenhuisgroep Twente, locatie Almelo
Prof. dr. W.J. Mooi, patholoog, VU Medisch Centrum, Amsterdam
Dr. H.J. van der Rhee, dermatoloog, HagaZiekenhuis, Den Haag
Mw. dr. L. Veerbeek, adviseur richtlijnen IKNL, Groningen, procesbegeleiding
Mw. A. Verbruggen, patiëntenvertegenwoordiger, Stichting Melanoom, Purmerend
Prof. dr. J.H.W. de Wilt, chirurg, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen

Nederlandse Melanoom Werkgroep (NMW):

Dr. A.C.J. van Akkooi, chirurg i.o. Erasmus MC, Rotterdam
Mw. prof. dr. W. Bergman, dermatoloog Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Dr. C.U. Blank, internist-oncoloog Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
Mw. dr. W.A.M. Blokk, patholoog, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
Mw. M.M. de Boer-Dennert, senior adviseur netwerken IKNL, Rotterdam, ambtelijk secretaris
Prof. dr. J.W.W. Coebergh, sectorhoofd Onderzoek IKZ, Eindhoven
Dr. R. van Doorn, dermatoloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Dr. A.J.M. van den Eertwegh, internist-oncoloog, VU Medisch Centrum, Amsterdam
Dr. J.J.E. van Everdingen, dermatoloog, adviseur patiënteninformatie Orde van Medisch Specialisten, Utrecht
Mw. dr. N.A. Gruis, senior onderzoeker en Universitair hoofddocent, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, voorzitter Stichting Melanoom, Purmerend
Prof. dr. H.J. Hoekstra, chirurg-oncoloog Universitair Medisch Centrum, Groningen
Dr. M.C.C.M. Hulshof, radiotherapeut-oncoloog AMC, Amsterdam
Mw. dr. M.J. Jager, oogarts Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Dr. W.M.C. Klop, hoofd-halschirurg Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
Mw. dr. G.A.M. Krekels, dermatoloog Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
Dr. W.H.J. Kruit, internist-oncoloog, Erasmus MC - Daniel den Hoed, Rotterdam, voorzitter Nederlandse Melanoom Werkgroep
Mw. dr. N.A. Kukutsch, dermatoloog Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Prof. dr. G.P.M. Luyten, oogarts Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Dr. H. Martijn, radiotherapeut Catharina Ziekenhuis, Eindhoven
Drs. K. Meijer, verpleegkundig specialist chirurgie Universitair Medisch Centrum, Groningen
Prof. dr. W.J. Mooi, patholoog, VU Medisch Centrum, Amsterdam
Dr. O.E. Nieweg, chirurg Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
Mw. L.M.Th. Sterk, patholoog Diaconessenhuis, Leiden
Mw. dr. G.N. Relyveld, dermatoloog Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam
J.P.W. van der Veen, dermatoloog AMC, Amsterdam
Mw. dr. L. Veerbeek, adviseur richtlijnen IKNL, Groningen, procesbegeleiding
Mw. dr. E. de Vries, epidemioloog Erasmus MC, Rotterdam
Mw. L.M. de Widt-Levert, chirurg Waterland Ziekenhuis, Purmerend
Mw. dr. L.A.E. Woerdeman, plastisch chirurg Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Amsterdam

5. Samenstelling en onafhankelijkheid werkgroep

Richtlijn 2012

Alle werkgroepleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke verenigingen en hebben daarmee het mandaat voor hun inbreng. Bij de samenstelling van de werkgroep is getracht rekening te houden met landelijke spreiding, inbreng van betrokkenen uit zowel academische als algemene ziekenhuizen/instellingen en vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen en disciplines. De patiëntenvereniging is eveneens vertegenwoordigd door middel van afvaardiging van de voorzitter van de patiëntenvereniging Stichting Melanoom.

De volgende disciplines zijn in de werkgroep vertegenwoordigd: chirurgie, dermatologie, interne-geneeskunde, pathologie, verpleegkunde en radiotherapie.

Het literatuuronderzoek en het opstellen van de concept teksten is uitgevoerd door Dr. J. Vlayen (bureau ME-TA), Mw Dr. A. van den Bruel (bureau ME-TA), Mw. drs. Y. Smit (onafhankelijk onderzoeker) en Mw. drs. H.J. van Doorne-Nagtegaal (IKNL). Medewerkers van het IKNL waren verantwoordelijk voor de procesbegeleiding en secretariële ondersteuning. Mw. dr. E. de Vries en Prof. dr. J.W.W. Coebergh waren als inhoudelijk experts bij de paragraaf Epidemiologie betrokken.

Revisie 2016

Deze werkgroepleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke en hebben daarmee het mandaat voor hun inbreng.

Om de beïnvloeding van de richtlijnontwikkeling of formulering van de aanbevelingen door conflicterende belangen te minimaliseren zijn de leden van de werkgroep gemandateerd door de wetenschappelijke verenigingen.

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij de afronding van het richtlijn traject een belangenverklaring ingevuld. Hiermee geven de werkgroepleden aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn.

6. Methodieken

De EBRO-methodiek

Opbouw Elke module van de richtlijn is volgens een vast stramien opgebouwd: de uitgangsvraag en aanbevelingen, de onderbouwing (samenvatting literatuur, referentielijst, conclusies en evidence tabellen), de overwegingen en de verantwoording. Voor het evidence based uitwerken van vragen rondom diagnostische interventie hanteren we de EBRO-methodiek, voor therapeutische interventies de GRADE methodiek.

De antwoorden op de uitgangsvragen (derhalve de aanbevelingen in deze richtlijn) zijn voor zover mogelijk gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek.

Selectie

Aanbevelingen werden gebaseerd op 'beste evidence' en daarom werd naast selectie op relevantie tevens geselecteerd op bewijskracht. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de volgende hiërarchische indeling van studiedesigns gebaseerd op bewijskracht:

1. Meta-analyses en systematische reviews;
2. Gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's);
3. Niet gerandomiseerde gecontroleerde studies (CCT's).

Waar deze niet voorhanden waren werd verder gezocht naar vergelijkend cohortonderzoek.

Critical appraisal

De geselecteerde artikelen zijn vervolgens beoordeeld op de kwaliteit van het onderzoek door middel van het invullen van de checklist critical appraisal. Hierbij is het wetenschappelijk bewijs beoordeeld op vertekening (bias) en gegradeerd naar mate van bewijs. In de laatste kolom van de evidence tabellen wordt een samenvatting gegeven van de critical appraisal. De mate van bewijskracht en het niveau van bewijs zijn in de conclusies van de verschillende hoofdstukken of paragrafen weergegeven. De belangrijkste literatuur waarop de conclusies zijn gebaseerd, is daarbij vermeld.

Indeling van onderzoeksresultaten naar mate van bewijskracht

Tabel 1. Diagnostische tests

Indeling van onderzoeksresultaten naar mate van bewijskracht

<u>A1</u>	<u>Onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgd goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische test.</u>
<u>A2</u>	<u>Onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruik gemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test, en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multiple, diagnostische test een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie.</u>
<u>B</u>	<u>Vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en van de onderzochte populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A1 en A2 staan genoemd.</u>
<u>C</u>	<u>Niet-vergelijkend onderzoek</u>
<u>D</u>	<u>Mening van deskundigen (bijvoorbeeld werkgroepleden)</u>

Tabel 2. Niveau van bewijskracht van de conclusie op basis van het aan de conclusie ten grondslag liggend bewijs

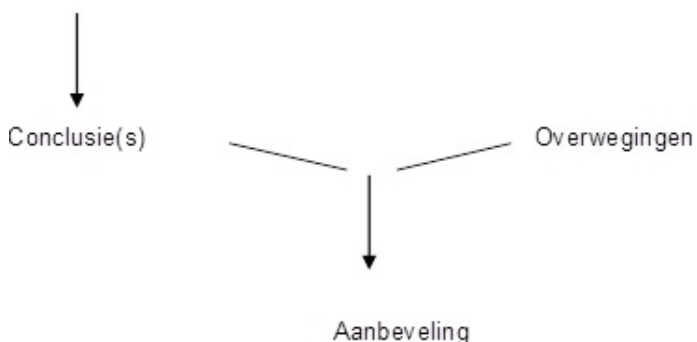
<u>Niveau van bewijs</u>	<u>Conclusie gebaseerd op</u>	<u>Formulering</u>
<u>1</u>	<u>Eén systematische review (A1) of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2</u>	<u>Het is aangetoond dat...</u>
<u>2</u>	<u>Ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B</u>	<u>Het is aannemelijk dat...</u>
<u>3</u>	<u>Eén onderzoek van niveau A2, B of C</u>	<u>Er zijn aanwijzingen dat...</u>
<u>4</u>	<u>Mening van deskundigen (bijvoorbeeld de werkgroepleden)</u>	<u>De werkgroep is van mening dat...</u>

Methode voor het formuleren van 'Overwegingen'

Naast de evidence uit de literatuur (conclusie) zijn er andere overwegingen die meespelen bij het formuleren van de aanbeveling. Deze aspecten worden beschreven onder het kopje 'Overwegingen' in de richtlijntekst. Bij de Overwegingen wordt de conclusie (op basis van de literatuur) door de werkgroep leden geplaatst in de context van de dagelijkse praktijk en maken zij een afweging van de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties. Vervolgens stellen werkgroepleden door middel van discussie (consensusmethode) gezamenlijk de aanbevelingen op. De uiteindelijk geformuleerde aanbeveling is het resultaat van de conclusie(s) in combinatie met deze overwegingen.

Per uitgangsvraag:

Samenvatting literatuur



Voor het gestructureerd en transparant beschrijven van de overwegingen en aanbevelingen is een checklist 'overwegingen' en een checklist 'formuleren van aanbevelingen' opgesteld.

Checklist 'overwegingen'

Eén of meerdere conclusies leidt c.q. leiden tot één aanbeveling. Vul per aanbeveling één checklist 'overwegingen' in. Maak een link naar de ingevulde checklist in het tabblad 'overwegingen' van het betreffende onderwerp.

Als een bepaald diagnostisch instrument of bepaalde behandeling niet werkzaam is dient geen gebruik gemaakt te worden van dit diagnostisch instrument of deze behandeling. Overwegingen zijn dan niet bijdragend en worden niet beschreven.

Items	A) Wordt het item meegewogen in het opstellen van de concept aanbeveling?	B) Van de geselecteerde items aangeven welk effect het heeft op de concept aanbeveling
1. Klinische relevantie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Versterkt <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Verzwakt, blijft dezelfde richting <input type="checkbox"/> Verzwakt, verandert van richting
2. Veiligheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Versterkt <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Verzwakt, blijft dezelfde richting <input type="checkbox"/> Verzwakt, verandert van richting
3. Patiënten perspectief	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Versterkt <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Verzwakt, blijft dezelfde richting <input type="checkbox"/> Verzwakt, verandert van richting
4. Professioneel perspectief	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Versterkt <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Verzwakt, blijft dezelfde richting <input type="checkbox"/> Verzwakt, verandert van richting
5. Kosten effectiviteit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Versterkt <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Verzwakt, blijft dezelfde richting <input type="checkbox"/> Verzwakt, verandert van richting
6. Organisatie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Versterkt <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Verzwakt, blijft dezelfde richting <input type="checkbox"/> Verzwakt, verandert van richting
7. Maatschappij	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Versterkt <input type="checkbox"/> Neutraal <input type="checkbox"/> Verzwakt, blijft dezelfde richting <input type="checkbox"/> Verzwakt, verandert van richting

Beschrijving welke aspecten van de geselecteerde items 'overwegingen' van belang zijn en hoe:

1. Klinische relevantie:	...
2. Veiligheid:	...
3. Patiënten perspectief:	etc
4. Professioneel perspectief:	
5. Kosteneffectiviteit:	
6. Organisatie:	
7. Maatschappij:	

Uitleg items checklist 'overwegingen'

1. Klinische relevantie: bepalen door professionals en evt. literatuuronderzoek

- Sterkte van het effect vergeleken met geen interventie
- Consistentie van het beschikbare bewijs uit de verschillende studies
- Generaliseerbaarheid
- *Voorbeeld: een bepaalde behandeling kan een significante verbetering van symptomen geven die patiënten echter niet als zodanig ervaren, dus klinisch niet relevant.*

2. Veiligheidsissues: bepalen door professionals en evt. literatuuronderzoek

- Bijwerkingen, risico's of complicaties op korte en lange termijn
- Gebruik bij co-morbiditeit / gelijktijdig gebruik medicatie en/of interventie
- *Voorbeeld: fysieke comorbiditeit kan bepaalde behandelingen uitsluiten.*

3. Patiënten perspectief: bepalen door professionals, patiënten en eventueel literatuuronderzoek

- Voorkeuren / te verwachten compliance / te verwachten tevredenheid / kwaliteit van leven
- *Voorbeeld: diagnostiek of behandeling waarvoor minder ziekenhuisbezoek nodig is; behandeling die makkelijker toe te dienen is; behandeling die sneller effect laat zien.*

4. Professioneel perspectief: bepalen door professionals

- Kennis en ervaring met technieken/therapie
- Risico's die professional loopt bij het toepassen van de interventie / tijdbesparing of het verlies aan tijd door het invoeren van de interventie
- Houding, normen en waarden van de professional
- *Voorbeeld: een nieuwe techniek die nog niet alle professionals beheersen.*

5. Kosteneffectiviteit: bepalen door professionals, indien gewenst en mogelijk kosteneffectiviteitsanalyse door expert

- Kosteneffectiviteit in verhouding tot bestaande ingrepen/behandelingen voor deze ziekte

6. Organisatorische factoren: bepalen door professionals

- De beschikbaarheid/aanwezigheid van faciliteiten & medicijnen
- De wijze waarop de organisatie van de zorg aangeboden dient te worden / grootte van de verandering in het organisatie-zorgproces / infrastructuur voor implementatie
- *Voorbeeld: een bepaalde diagnostiek of behandeling kan alleen in bepaalde centra worden uitgevoerd in verband met de aanwezigheid van faciliteiten zoals een PET scan.*

7. Maatschappelijke factoren: bepalen door professionals

- Vergoeding door verzekeraars / Industriële belangen / Ethische overwegingen / Juridische overwegingen / Politieke en strategische consequenties
- *Voorbeeld: indien twee behandelingen even effectief zijn waarvan één behandeling wordt vergoed, zal deze laatste behandeling worden aanbevolen.*

Checklist formuleren van aanbevelingen

Niveau van bewijs conclusie	Effect overwegingen op concept aanbeveling	Classificatie aanbeveling	Formulering aanbeveling
1 of 2 Hoge mate van bewijs	Versterkt concept aanbeveling of is neutraal	Sterke aanbeveling	Er dient
1 of 2 Hoge mate van bewijs	Verzwakt concept aanbeveling	Aanbeveling	Er wordt geadviseerd
3 of 4 Lage mate van bewijs	Versterkt concept aanbeveling of is neutraal	Aanbeveling	Er wordt geadviseerd
3 of 4 Lage mate van bewijs	Verzwakt concept aanbeveling	Geen aanbeveling	Er kan geen aanbeveling worden gegeven. Optioneel: de werkgroep is van mening dat

Methode voor het formuleren van aanbevelingen

In de praktijk kunnen er per uitgangsvraag meerdere conclusies zijn, met verschillend niveau van bewijs. Indien er meerdere conclusies bij de uitgangsvraag zijn geformuleerd is het van belang de conclusies te prioriteren. Het niveau van bewijs van de conclusie die het meest van belang is voor het formuleren van de

aanbeveling wordt meegenomen in de checklist 'formuleren van aanbevelingen'.

De GRADE-methodiek

Opbouw

Elke module van de richtlijn is volgens een vast stramien opgebouwd: de uitgangsvraag en aanbevelingen, de onderbouwing (samenvatting literatuur, referentielijst, conclusies en evidence tabellen), de overwegingen en de verantwoording. Voor het evidence based uitwerken van vragen rondom therapeutische interventies hanteren we de GRADE methodiek, voor alle overige uitgangsvragen de EBRO methodiek.

De antwoorden op de uitgangsvragen (derhalve de aanbevelingen in deze richtlijn) zijn, voor zover mogelijk, gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek.

Selectie

Naast de selectie op relevantie werd tevens geselecteerd op bewijskracht. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de volgende hiërarchische indeling van studiedesigns gebaseerd op bewijskracht:

- 1. Gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's)
- 2. Niet gerandomiseerde gecontroleerde studies (CCT's)

Waar deze niet voorhanden waren werd verder gezocht naar vergelijkend cohortonderzoek.

Critical appraisal

De kwaliteit van bewijs wordt weergegeven in vier categorieën: hoog, matig, laag en zeer laag. RCT's starten hoog en observationele studies starten laag. Vijf factoren verlagen de kwaliteit van de evidentie (beperkingen in onderzoeksoptzet, inconsistentie, indirectheid, imprecisie, publicatie bias) en drie factoren kunnen de kwaliteit van de evidentie verhogen (sterke associatie, dosis-respons relatie, plausibele (residuele) confounding) (zie tabel 1).

Tabel 1. GRADE-methodiek voor het graderen van bewijs

Quality of evidence	Study design	Lower if *	Higher if *
High (4)	Randomized trial	Study limitations -1 Serious -2 Very serious	Large effect + 1 Large + 2 Very large
Moderate (3)			
Low (2)	Observational study	Inconsistency -1 Serious -2 Very serious	Dose response + 1 Evidence of a gradient All plausible confounding + 1 Would reduce a demonstrated effect, or + 1 Would suggest a spurious effect when results show no effect
Very low (1)			
		Indirectness -1 Serious -2 Very serious	
		Imprecision -1 Serious -2 Very serious	
		Publication bias -1 Likely -2 Very likely	

Algehele kwaliteit van bewijs

Omdat het beoordelen van de kwaliteit van bewijs in de GRADE-benadering per uitkomstmaat geschiedt, is er behoefte aan het bepalen van de algehele kwaliteit van bewijs. Zowel voor als na het literatuuronderzoek wordt door de richtlijnwerkgroep bepaald welke uitkomstmaten cruciaal, belangrijk en niet belangrijk zijn.

Het niveau van de algehele kwaliteit van bewijs wordt in principe bepaald door de cruciale uitkomstmaat met de laagste kwaliteit van bewijs. Als echter de kwaliteit van het bewijs verschilt tussen de verschillende cruciale uitkomstmaten zijn er twee opties:

a. De uitkomstmaten wijzen in verschillende richtingen (zowel gewenst als ongewenste effecten) of de balans tussen gewenste en ongewenste effecten is onduidelijk, dan bepaalt de laagste kwaliteit van bewijs van de cruciale uitkomstmaten de algehele kwaliteit van bewijs;

b. De uitkomstmaten in dezelfde richting wijzen (richting gewenst of richting ongewenst effecten), dan bepaalt de hoogste kwaliteit van bewijs van de cruciale uitkomstmaat dat op zichzelf voldoende is om de interventie aan te bevelen de algehele kwaliteit van bewijs.

Tabel 2. Formulering conclusies op basis van kwaliteit van bewijs per uitkomstmaat

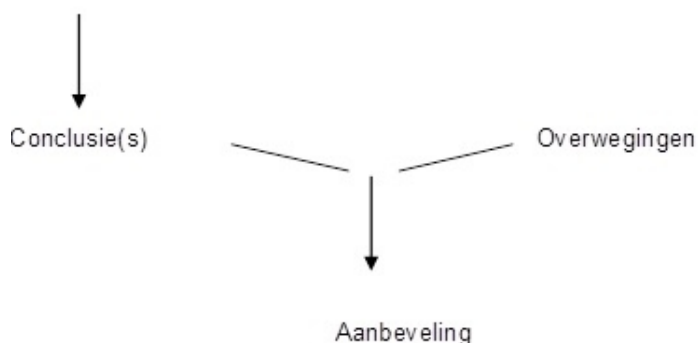
Kwaliteit van bewijs	Interpretatie	Formulering conclusie
Hoog	Er is veel vertrouwen dat het werkelijk effect dicht in de buurt ligt van de schatting van het effect.	Er is bewijs van hoge kwaliteit dat... <i>(Referenties)</i>
Matig	Er is matig vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijk effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.	Er is bewijs van matige kwaliteit dat... <i>(Referenties)</i>
Laag	Er is beperkt vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.	Er is bewijs van lage kwaliteit dat... <i>(Referenties)</i>
Zeer laag	Er is weinig vertrouwen in de schatting van het effect: het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect.	Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat... <i>(Referenties)</i>
Formulering algehele kwaliteit van bewijs: hoog/matig/laag/zeer laag		

Methode voor het formuleren van 'Overwegingen'

Naast de evidence uit de literatuur (conclusies) zijn er andere overwegingen die meespelen bij het formuleren van de aanbeveling. Deze aspecten worden besproken onder het kopje 'Overwegingen' in de richtlijntekst. Hierin worden de conclusies (op basis van de literatuur) geplaatst in de context van de dagelijkse praktijk en vindt een afweging plaats van de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties. De uiteindelijk geformuleerde aanbeveling is het resultaat van de conclusie(s) in combinatie met deze overwegingen.

Per uitgangsvraag:

Samenvatting literatuur



Tabel 3. Van bewijs naar aanbeveling

Algehele kwaliteit van bewijs	hoog / matig / laag / zeer laag	
	Beslissing ¹	Toelichting
1. Kwaliteit van het bewijs Is de algehele kwaliteit van bewijs hoog?	ja nee of onduidelijk	...

- Bespreken effectiviteit in relatie tot bijwerkingen en complicaties in het licht van de kwaliteit van bewijs, de precisie van de effectgrootte en minimaal klinisch relevant geacht voordeel.
- Sterkte van het effect vergeleken met geen interventie.
- Aanwezigheid van comorbiditeit.
- Klinisch niet relevantie van het effect.

3. Patiëntenperspectief

Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van patiënten bij het afwegen van de voor- en nadelen van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

4. Professioneel perspectief

Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van professionals ten aanzien van de toepasbaarheid van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

Toelichting:

- Kennis en ervaring met technieken/therapieën.
- Risico's die professional loopt bij het toepassen van de interventie.
- Verwachte tijdbesparing.
- Verlies aan tijd door het invoeren van de interventie.

N.B.: de hierna volgende factoren (5, 6 en 7) alleen evalueren als een positief geformuleerde aanbeveling wordt overwogen! Een positief geformuleerde aanbeveling is een aanbeveling waarbij een bepaalde interventie wel 'dient' plaats te vinden (sterk) of wel 'kan worden overwogen' (zwak/conditioneel). Als dat daarentegen juist niet het geval is, is sprake van een negatief geformuleerde aanbeveling.

5. Middelenbeslag

Hoe minder middelen er worden gebruikt (m.a.w. hoe lager de kosten van een interventie zijn vergeleken met de beschouwde alternatieven en andere kosten gerelateerd aan de interventie), des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke aanbeveling. Hoe meer onzekerheid over het middelenbeslag, des te waarschijnlijker wordt een conditionele aanbeveling.

6. Organisatie van zorg

Hoe meer onzekerheid of de geëvalueerde interventie daadwerkelijk op landelijke schaal toepasbaar is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- De beschikbaarheid/aanwezigheid van faciliteiten & medicijnen.
- De wijze waarop de organisatie van de zorg aangeboden dient te worden/grootte van de verandering in de organisatie-zorgproces/infrastructuur voor implementatie.
- Voorbeeld: een bepaalde diagnostiek of behandeling kan alleen in bepaalde centra worden uitgevoerd in verband met de aanwezigheid van faciliteiten zoals een PET scan.

7. Maatschappelijk perspectief

(Juridische overwegingen/ethische overwegingen/industriële belangen/vergoeding door verzekeraars/politieke en strategische consequenties)

Hoe groter de onzekerheid hierover is, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- Indien twee behandelingen even effectief zijn waarvan één behandeling wordt vergoed, zal deze laatste behandeling mogelijk de voorkeur hebben.

Methode voor het formuleren van aanbevelingen

GRADE kent twee soorten aanbevelingen: sterke aanbevelingen of conditionele (zwakke) aanbevelingen. De sterkte van aanbevelingen reflecteert de mate van vertrouwen waarin - voor de groep patiënten waarvoor de aanbevelingen zijn bedoeld - de gewenste effecten opwegen tegen de ongewenste effecten.

Formulering:

- Sterke aanbevelingen: Er dient.... te worden gegeven/gedaan.
- Zwakke/conditionele aanbevelingen: Overweeg..... te geven/te doen.

7. Juridische betekenis van de richtlijnen

De richtlijn bevat aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor het wenselijk is dat in het belang van de patiënt van de richtlijn wordt afgeweken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepassing van de richtlijnen in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de behandelende arts.

8. Inclusiecriteria

Studies: (meta-analyses, systematische reviews, RCT's, observationele studies) meta-analyses, systematische reviews, RCT's, observationele studies (cohort studies)

Databases: Medline, Embase, Cochrane

Taal: Engels, Nederlands, Duits

Periode (vanaf tot): 2009-2014 (muv stadium III en IV: 2011-2014)

9. Module Detectie nieuwe manifestaties, uit de richtlijn Herstel na Kanker

Uitgangsvragen

De volgende uitgangsvragen dienen per tumorsoort beantwoord te worden:

- Op welke termijn kunnen nieuwe kankermanifestaties (lokale of regionale recidieven, afstandsmetastasen dan wel tweede primaire tumoren) optreden?
- Bestaat er voor deze kankermanifestaties effectieve behandeling, en is de behandel-effectiviteit hoger naarmate de kanker eerder wordt gedetecteerd?
- Welke diagnostiek is het meest geschikt om behandelbare nieuwe kankermanifestaties vroeg en accuraat te diagnosticeren?
- Welk scenario voor vroege detectie is op grond van deze overwegingen aangewezen?

Zoekstrategieën

Het oordeel over de onderbouwing van de onderscheiden doelen van nacontrole wordt geleverd op basis van wetenschappelijke evidentie en aanvullende overwegingen. Medische wetenschappelijke evidentie wordt gezocht via het daarvoor beschikbare internet zoekmachines, zoals PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/). Uit het oogpunt van doelmatigheid en accuratesse wordt gebruik gemaakt van een systematisch opgebouwde zoektekst. Die zoektekst bevat, afhankelijk van het te onderbouwen aspect, combinaties van 2 of meer van de volgende zes elementen:

- het type kanker
- de nacontrole
- het gezochte (bijvoorbeeld recidieven en metastasen)
- de gebruikte diagnostiek (zowel routinematige diagnostiek als de verificatiediagnostiek die daar eventueel op volgt)
- de behandeling (van de gevonden afwijkingen, hetzij somatisch, psychisch of sociaal)
- de beoogde (of te vermijden) uitkomst

Niveaus van bewijs (levels of evidence)

De hieronder weergegeven schaal gebaseerd op die van Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) is aangepast voor de Richtlijn Nacontrole bij kanker en dient gehanteerd te worden voor het beoordelen van de bewijskracht [Gezondheidsraad].

Categorie	Type onderzoek	Bevinding	CBO-equivalent
1	Niet-vergelijkend onderzoek	Bewezen <i>lead time effect</i>	Level C
2	(of onderzoek waarbij de vergelijking niet betrekking heeft op verschillende vormen van nacontrole)	Idem als 1, in combinatie met bewijs dat behandeling in eerder stadium leidt tot betere overleving na behandeling	Level C
3		Idem als 2, met betere overleving berekend vanaf initiële diagnose	Level C

4	Vergelijkend onderzoek: RCT Idem als 3 van matige kwaliteit of niet-gerandomiseerde vergelijking tussen verschillende vormen van nacontrole	Level B
5	Vergelijkend onderzoek: RCT Idem als 3 van goede kwaliteit en omvang	Level A2
6	Vergelijkend onderzoek: SR Idem als 3 van tenminste 2 RCT's van goede kwaliteit en omvang	Level A1
7	Vergelijkend onderzoek: SR Idem als 3, in combinatie met van tenminste 2 RCT's van goede kwaliteit en omvang	- aangetoonde acceptabele kosteneffectiviteitsverhouding

Het structureren van bewijs

Per uitgangsvraag wordt nagegaan welke wetenschappelijke onderbouwing voorhanden is en wat de kwaliteit daarvan is. Vervolgens wordt per onderdeel een concrete aanbeveling gedaan voor de praktische vormgeving van het betreffende aspect van nacontrole. De combinatie van al deze deelaanbevelingen leidt tot het totale programma van nacontrole. Het programma van nacontrole wordt per tumorsoort opgenomen in de desbetreffende landelijke richtlijn. Dit programma van nacontrole wordt tevens ingevuld in het nazorgplan.

Op de vraag, hoe hoog het bewijs moet zijn dat deze detectie tot winst in duur of kwaliteit van leven leidt om vroegtijdige detectie van nieuwe manifestaties uit te voeren, kan geen eenduidig antwoord worden gegeven. De landelijke richtlijnwerkgroep moet bepalen met welke mate van bewijs men genoeg neemt. De werkgroep zoekt naar de hoogste vorm van bewijs en als deze er niet is, bepaalt de werkgroep of ze met minder bewijs het belang hoog genoeg acht om vroegtijdige detectie van nieuwe manifestaties programmatisch uit te voeren. Hierbij dient stralingsrisico, kans op complicaties, kosten en tijd/capaciteit in overweging genomen te worden. Het verdient wel aanbeveling dat de landelijke richtlijnwerkgroepen hierbij een en ander met elkaar afstemmen, zodat de uitspraken naar aanleiding van de literatuur en de interpretatie daarvan enigszins met elkaar overeenkomen.

10. Uitgangsvragen 2012

Uitgangsvragen 2012

1. Heeft screening op huidmelanoom zin?
2. Welke stadiumindeling voor melanoom wordt in Nederland geadviseerd?
3. Verhoogt dermatoscopie de accuratesse van de klinische diagnose?
4. Pathologisch onderzoek diagnostische excisie.
5. Wat is het effect van de schildwachtklier procedure bij patiënten met nieuw gediagnosticeerd melanoom met breslowdikte ≥ 1 mm op de (ziekevrije) overleving in vergelijking met een 'wait and see' aanpak?
6. Op welke wijze dient pathologisch onderzoek van de schildwachtklier te worden uitgevoerd?
7. Wat is het effect en de diagnostische accuratesse van beeldvormend onderzoek naar metastasen bij patiënten met nieuw gediagnosticeerd melanoom stadium I-II op de overleving in vergelijking met een 'wait and see' aanpak?
8. Wat is het verschil in diagnostische accuratesse en therapeutische impact voor de vaststelling van metastasen tussen PET en CT bij patiënten met een bewezen melanoom van de huid?
9. Wat is de aanbevolen marge van therapeutische re-excisie van een primair melanoom?
10. Pathologisch onderzoek van re-excisie preparaten huid.
11. Wat zijn de indicaties voor adjuvante radiotherapie na lymfeklierdissectie?
12. Is er een systemische adjuvante therapie die bewezen effectief is voor een patiënt met een melanoom met prognostisch ongunstige kenmerken?
13. Welke systemische therapie heeft de voorkeur bij de behandeling van het melanoom met uitzaaiingen op afstand?
14. Wat is de adequate follow-up na een (primair) melanoom?
15. Beleid bij behandeling stadium III melanoom.
16. Omschrijving van de populatie die preventieve controle behoeft vanwege een verhoogd risico op

melanoom [Gandini et al, 2005⁹⁵].

17. Hoofdstuk over lentigo maligna: er blijkt nog veel overbehandeling voor deze variant van het melanoom.
18. Procedure bij moeilijk te interpreteren PA-uitslagen.
19. Rol Multidisciplinair overleg (MDO) bij diagnosticeren melanoom.
20. Maximaal aanvaardbare wachttijden in het diagnostisch en therapeutisch traject.

Subvragen bij uitgangsvraag 14:

- 14.1 Op welke termijn kunnen nieuwe kankermanifestaties (lokale of regionale recidieven, afstandsmetastasen dan wel tweede primaire tumoren) optreden?
- 14.2 Is de behandel-effectiviteit hoger naarmate de kanker eerder wordt gedetecteerd?

11. *Uitgangsvragen 2016*

1. Bij patiënten met melanoom stadium III en IV (primair dan wel recidief) die in aanmerking komen voor in opzet curatieve/lokale behandeling, welke diagnostische test - 18F-FDG PET/IdCT (Id: lowdose), ceCT (ce: contrast enhanced) of WB-MRI (WB: whole body) - resulteert in de meest accurate opsporing van metastasen?
2. Is het kosteneffectief om voor patiënten met stadium IIIB of IIIC melanoom een diagnostische PET-dxCT in te zetten, berekend met behulp van scenario-analyses, met betrekking tot het percentage (true-positive) upstaging (stadium III naar IV) en het percentage correcte verandering in behandeling ten opzichte van de kosten? **NB: module niet gepubliceerd in verband met snelle ontwikkelingen op het gebied van systemische therapie.**
3. Bij patiënten met melanoom stadium II-IV die in opzet curatief behandeld zijn, welke diagnostische test -18F-FDG-PET-CT, contrast enhanced CT, whole body MRI of S100B bepaling - resulteert in de meest accurate opsporing van metastasen in de follow-up?
4. Wat is het juiste moment en wijze waarop mutatieanalyse ten behoeve van gerichte systeemtherapie bij patiënten met inoperabel stadium III melanoom en melanoom stadium IV dient te worden verricht?
5. Bij patiënten met stadium 3 inoperabel of stadium 4 melanoom leidt het geven van ipilimumab versus het geven van BRAF remmers (oa vemurafenib) en/of dacarbazine tot een hogere overleving? **NB: module niet gepubliceerd in verband met snelle ontwikkelingen op het gebied van systemische therapie.**
6. Wat is het effect van de schildwachtklierprocedure, indien positief gevolgd door complementerende lymfklierdissectie, bij patiënten met een nieuw gediagnostiseerd melanoom (dun, gemiddeld en/of dik) op de overleving (5- en/of 10-jaars, algehele, (locoregionale) ziektevrije overleving) in vergelijking met 'nodale observatie'?

12. *Literatuursearches*

[Literatuursearches - Richtlijn 2012](#)

Literatuursearches - Revisie 2016

[PICO 1](#)

[PICO 2](#)

[PICO 3](#)

13. *Evidence tabellen*

Richtlijn 2012

Evidence tabellen

Revisie 2016

[Evidence tabel PICO 1](#)

[Evidence tabel PICO 2](#)

[Evidence tabel PICO 3](#)

14. *Wetenschappelijke onderbouwing richtlijn 2012*

Elk hoofdstuk van de richtlijn is volgens een vast stramien opgebouwd, namelijk aanbevelingen, literatuurbespreking, conclusies, Overwegingen. De antwoorden op de uitgangsvragen (zie Bijlage 8)

(derhalve de aanbevelingen in deze richtlijn) zijn voor zover mogelijk gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek.

Zoekstrategie

Voor uitgangsvraag 5, 7 en 13 werd gezocht in de databases Medline, Embase en de Cochrane database of systematic reviews naar artikelen in het Engels en Nederlands.

Voor iedere vraag werd een aparte zoekstrategie gebruikt.

Voor de andere uitgangsvragen werd geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd maar werd gerefereerd naar studies die door de werkgroepleden zelf werden aangedragen.

Selectie

Aanbevelingen werden gebaseerd op 'beste evidence' en daarom werd naast selectie op relevantie tevens geselecteerd op bewijskracht. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de volgende hiërarchische indeling van studiedesigns gebaseerd op bewijskracht:

meta-analyses en systematische reviews

gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's)

gecontroleerde studies (CT's)

Waar deze niet voorhanden waren werd verder gezocht naar vergelijkend cohortonderzoek, vergelijkende patiënt controle-onderzoeken of niet-vergelijkend onderzoek.

Critical appraisal

De geselecteerde artikelen zijn vervolgens beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijs. De mate van bewijskracht en niveau van bewijs zijn in de conclusies van de verschillende hoofdstukken weergegeven. De belangrijkste literatuur waarop de conclusies zijn gebaseerd is daarbij vermeld.

Oorspronkelijke richtlijn versus revisie

Omdat deze richtlijn teksten bevat uit zowel de richtlijn uit het jaar 2005 als uit de revisie van de richtlijn in het jaar 2011 staat bij elke paragraaf weergegeven wat voor soort tekst het betreft:

Evidence based tekst tot het jaar 2011: hierbij is een systematisch literatuuronderzoek verricht voor een bepaalde uitgangsvraag.

De tekst naar aanleiding van dit literatuuronderzoek is nieuw of verwerkt in de evidence based tekst uit het jaar 2005.

Consensus based tekst tot het jaar 2011: hierbij is geen systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Er wordt naar studies gerefereerd die door de werkgroepleden zelf zijn aangedragen.

Redactionele update tot het jaar 2011: hierbij is de tekst uit het jaar 2005 behouden en alleen redactioneel geactualiseerd. Er is geen nieuw systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd.

15. Indeling onderzoeksresultaten naar mate van bewijskracht Richtlijn 2012

Tabel 1: Niveau van bewijskracht van de conclusie op basis van het aan de conclusie ten grondslag liggend bewijs

Niveau van bewijs	Conclusie gebaseerd op	Formulering
1	Eén systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2	Het is aangetoond dat...; men dient..
2	Tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B	Het is aannemelijk dat...; men zou...moeten...
3	Eén onderzoek van niveau A2, B of C	Er zijn aanwijzingen dat...; men kan...
4	Mening van deskundigen (bijvoorbeeld de werkgroepleden)	De werkgroep is van mening dat...

Tabel 2: Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

Voor artikelen betreffende interventie	
A1	Systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
A2	Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en met voldoende omvang en consistentie.

B	Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd: vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek)
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van deskundigen (bijvoorbeeld de werkgroepleden)

Voor artikelen betreffende diagnostiek	
A1	Onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests
A2	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruik zijn gemaakt van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multipelle, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie
B	Vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

16. Tabellen 'Overwegingen' Richtlijn 2012

[Tabellen](#) 'Overwegingen'

17. Actualisatie

Voorwaarden voor revisie en beoordelingsfrequentie zijn vastgelegd in de richtlijn. De geldigheidstermijn voor de richtlijn (maximaal vijf jaar na vaststelling) wordt vanuit het IKNL bewaakt. Om verscheidene redenen kan actualisatie eerder dan beoogd nodig zijn. Zo nodig zal de richtlijn tussentijds op onderdelen worden bijgesteld.

18. Houderschap richtlijn

De houder van de richtlijn moet kunnen aantonen dat de richtlijn zorgvuldig en met de vereiste deskundigheid tot stand is gekomen. Onder houder wordt verstaan de verenigingen van beroepsbeoefenaren die de richtlijn autoriseren.

Integraal Kankercentrum Nederland draagt zorg voor het beheer en de ontsluiting van de richtlijn.

19. Verantwoording

Het Integraal Kankercentrum Nederland bevordert dat mensen met kanker en hun naasten zo dicht mogelijk bij huis toegang hebben tot een samenhangend en kwalitatief verantwoord zorgaanbod. Het Integraal Kankercentrum Nederland is opgericht om behandeling, zorg en klinisch onderzoek binnen de oncologie te verbeteren. Daarnaast heeft het een taak in het opzetten en ondersteunen van netwerken voor palliatieve zorg.

Het Integraal Kankercentrum Nederland werkt aan multidisciplinaire richtlijnontwikkeling voor de oncologische en palliatieve zorg. Naast deze ontwikkeling van richtlijnen faciliteert het Integraal Kankercentrum Nederland ook het onderhoud, het beheer, de implementatie en de evaluatie van deze richtlijnen.

De leidraad voor de ontwikkeling van de richtlijnen voor oncologische en palliatieve zorg is het AGREE instrument. Dit instrument is gemaakt voor de beoordeling van bestaande, nieuwe en herziene richtlijnen. Het AGREE Instrument beoordeelt zowel de kwaliteit van de verslaglegging als de kwaliteit van bepaalde aspecten van de aanbevelingen. Het beoordeelt de kans dat een richtlijn zijn gewenste doel zal behalen, maar niet de daadwerkelijke impact op patiëntuitkomsten.

Het AGREE Instrument is opgebouwd uit 23 items verdeeld over zes domeinen. Elk domein beslaat een aparte dimensie van kwaliteit van richtlijnen, namelijk:
Onderwerp en doel betreft het doel van de richtlijn de specifieke klinische vragen waarop de richtlijn een antwoord geeft en de patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is.
Betrokkenheid van belanghebbenden richt zich op de mate waarin de richtlijn de opvattingen van de beoogde gebruikers weerspiegelt.
Methodologie hangt samen met het proces waarin bewijsmateriaal is verzameld en samengesteld en met de gebruikte methoden om aanbevelingen op te stellen en te herzien.
Helderheid en presentatie gaat over het taalgebruik en de vorm van de richtlijn.
Toepassing houdt verband met de mogelijke organisatorische, gedragsmatige en financiële consequenties van het toepassen van de richtlijn.
Onafhankelijkheid van de opstellers betreft de onafhankelijkheid van de aanbevelingen en erkenning van mogelijke conflicterende belangen van leden van de werkgroep.

20. Implementatie en evaluatie

Implementatie Bij het ontwikkelen van de richtlijnen wordt rekening gehouden met de uitvoerbaarheid van de richtlijn. Daarbij wordt gelet op bevorderende of belemmerende factoren. Om het gebruik in de dagelijkse praktijk te bevorderen wordt in principe een samenvattingskaart gemaakt. Daarnaast wordt de richtlijn gepubliceerd op Oncoline en/of Pallialine (de richtlijnwebsites van het IKNL). Tevens wordt de richtlijn verspreid onder de professionals via de (wetenschappelijke) verenigingen en de werkgroepen van het Integraal Kankercentrum Nederland.

Evaluatie

In principe worden tijdens het ontwikkelen van de richtlijn indicatoren voor de evaluatie van de aanbevelingen in de richtlijn opgesteld. Door middel van een documentatieproject kan met behulp van deze indicatoren worden vastgesteld in hoeverre de richtlijn wordt nageleefd. De informatie uit het documentatieproject vormt input bij de revisie van richtlijn.
Om het behandelresultaat kwalitatief hoog te houden is het nodig de richtlijn regelmatig te monitoren en te evalueren. Hierbij kunnen ziektespecifieke kwaliteitsindicatoren als meetsysteem worden gebruikt. Daarbij wordt voor de evaluatie van het medisch handelen een systematische aanpak aanbevolen. Effectiviteit en kwaliteit van de oncologische zorg kan systematisch geëvalueerd worden samen met de wetenschappelijke verenigingen, betrokken partijen en beschikbare databases. Indicatoren om de kwaliteit van kankerzorg te toetsen en te verbeteren dienen op landelijk niveau gemaakt te worden.

Indicatoren op basis van de richtlijn

Een van de manieren om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de gezondheidszorg is het gebruik van indicatoren. Een indicator is een meetbaar element van de praktijkvoering en heeft een signalerende functie met betrekking tot de geleverde kwaliteit.
Indicatoren staan niet op zichzelf, maar zijn gerelateerd aan een doelstelling die men wil bereiken. Zij kunnen worden gebruikt voor zowel interne sturing als externe verantwoording.
Interne indicatoren zijn net als richtlijnen opgesteld en verzameld voor en door de zorgverleners zelf, gericht op verbetering van het eigen medisch handelen. Om indicatoren te ontwikkelen kan goed gebruik worden gemaakt van bestaande richtlijnen. Andersom kunnen indicatoren een hulpmiddel zijn om te evalueren in hoeverre de aanbevelingen in een richtlijn worden nageleefd.
Externe indicatoren zijn gericht op controle en vergelijking, en zijn meer van toepassing op patiënten en consumenten, zorgverzekeraars en de inspectie.
De noodzaak om het gebruik van indicatoren als maat voor de geleverde kwaliteit in de gezondheidszorg te bevorderen, is op de Leidschendamconferentie 2000 door alle deelnemende partijen onderschreven. Continue interne verbetering en extern verantwoording afleggen over het kwaliteitsbeleid t.a.v. patiënten laat zien dat de medische beroepsgroep zich actief inzet om de zorg voor patiënten voortdurend aan te passen en een zo hoog mogelijk niveau na te streven.

Soorten indicatoren

Er zijn drie soorten indicatoren:

- structuurindicatoren (voldoen aan de voorwaarden voor goede zorg: voldoende handen aan het bed, geschikte apparatuur, goede procedures en afspraken, aanwezigheid van protocollen)
- procesindicatoren (deze zeggen iets over het verloop van het zorgproces: doorstroomtijden, samenwerking, voorschrijfbeleid, toepassing van protocollen)
- resultaatindicatoren (is de zorg effectief, veilig, doelmatig, tijdig, en vooral patiëntgericht?)

Resultaatindicatoren laten zien of de zorg voor patiënten het juiste niveau heeft. Als dit niet zo is, kunnen proces- en structuurindicatoren ons helpen om te ontdekken op welke gebieden verbetering noodzakelijk is.

Als interne en externe indicatoren door elkaar worden gebruikt, ontstaan problemen. Patiënten en consumenten hebben in het algemeen niet zoveel aan die resultaatindicatoren als ze de context niet kennen. Wat zegt een complicatiepercentage van 1,5?

Als dergelijke cijfers naar buiten worden gebracht, moeten ze betrouwbaar en valide zijn en gecorrigeerd zijn voor allerlei invloeden (zoals leeftijd, comorbiditeit, patiëntselectie). Als dat niet gebeurt, ontstaan veel misverstanden en worden de cijfers door onwetendheid verkeerd geïnterpreteerd. Dat heeft weer tot gevolg dat de medewerking om de cijfers boven tafel te krijgen daalt of dat ze zelfs verkeerd worden aangeleverd.

Wil een indicator geschikt zijn om een aspect van kwaliteit te meten, dan moet deze aan een aantal eisen voldoen. Een geschikte indicator is in het algemeen relevant voor het klinisch handelen, geeft aanleiding tot verbeteracties, is voldoende specifiek en sensitief, gemakkelijk meetbaar, snel beschikbaar en breed toepasbaar.

Er zijn in Nederland drie onderzoeken gedaan naar de implementatie van de richtlijn voor melanoom van de huid. De parameters die hier voor zijn gebruikt, hadden al het karakter van interne indicatoren. In 2007 werd de navolging van de richtlijn geëvalueerd met 464 melanoom patiënten uit de IKZ en IKNL-Leiden regio's. Hieruit bleek dat 85% van de invasieve melanomen in twee sessies behandeld was. Voor 86% van de therapeutische excisies was de excisiemarge ruim genoeg. De marge, de breslowdikte en de aan- of afwezigheid van ulceratie werden vermeld in het pathologieverslag voor respectievelijk 64%, 97% en 77% van de diagnostische excisies. Geconcludeerd werd dat ten opzichte van de vorige richtlijnevaluatie in 2001 het excisiebeleid verbeterd was. Verbetering van de rapportage in het pathologieverslag verdiende aanbeveling [267].

Indicator ontwikkeling

Op basis van de belangrijkste (geprioriteerde) aanbevelingen worden indicatoren opgesteld met behulp van de RAND Modified Delphi methode. Dit is een onderzoeksmethode waarbij de meningen van een groot aantal experts wordt gevraagd ten aanzien van een onderwerp waar geen consensus over bestaat. Door de antwoorden van de andere experts terug te koppelen wordt in een aantal rondes geprobeerd tot consensus te komen. De indicatoren moeten meetbaar zijn en verbeterpotentieel hebben.

Patiënt preferenties

Het opstellen van patiëntpreferenties door het patiëntenplatform de Stichting Melanoom helpt bij het duidelijk maken welke kwaliteiten patiënten verwachten aan te treffen bij de arts en welke verwachtingen de patiënt mag hebben van de logistiek van het behandeltraject (zie ook maximaal aanvaardbare wachttijden).

De patiëntenorganisatie Stichting Melanoom heeft door tussenkomst van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) de kwaliteit van zorg met betrekking tot melanoom beoordeeld. Op grond hiervan zijn, vanuit het perspectief van de patiënt met melanoom, de meningen en wensen samengevat in het boekje: Kwaliteitscriteria voor de zorg. In het boekje zijn de kwaliteitscriteria ingedeeld naar fasen van het (ziekte)proces dat een patiënt met een melanoom doorloopt of kan doorlopen. Daaraan voorafgaand wordt een aantal algemene kwaliteitscriteria beschreven die gelden in alle fasen voor alle betrokken disciplines.

Evaluatie als nazorg

Het rapport van de Gezondheidsraad [2007] beschrijft dat de evaluatie van de medische zorg vaak wordt genoemd als doelstelling van nazorg. Deze doelstelling komt de individuele patiënt slechts indirect ten goede. De kwaliteit van de medische zorg kan geëvalueerd worden onder voorwaarden. De richtlijn Herstel na kanker (IKNL, 2011) beveelt aan dat indien de nazorg benut wordt voor de evaluatie van het medisch handelen, dit enkel met expliciete voorlichting en informed consent van de patiënt kan gebeuren.

21. Format nazorgplan melanoom

Format nazorgplan melanoom

22. Kennislacunes Richtlijn 2012

Bij de ontwikkeling van evidence based richtlijnen ontstaat inzicht op deelonderwerpen waarvoor onvoldoende evidence aanwezig is. Daar waar onvoldoende bewijs beschikbaar is, worden deze 'uncertainties' (kennislacunes) gedocumenteerd door de werkgroepleden. De bundeling van deze kennishiaten op nationaal en international niveau kan richting geven aan de onderzoeksagenda. Met het verschijnen van de publicatie 'Richtlijn voor richtlijnen' (april 2011) van de Regieraad is het verzamelen van deze kennishiaten een criterium geworden van goede richtlijnontwikkeling. Hieronder staan per onderdeel van de richtlijn de kennislacunes kort beschreven.

Uitgangsvraag	Hoofdstuk	Kennislacune
	H2: Preventie	1. Bestaat er verband tussen vitamine D deficiëntie en initiatie of progressie van melanoom? 2. Zo ja, hoe?
1: Heeft screening op huidmelanoom zin?	H3: Screening	1. Wat is het nut van systematisch bevolkingsonderzoek op melanoom en andere frequent voorkomende vormen van huidkanker (in termen van overlevingswinst en kosten-effectiviteit) voor de gehele bevolking? 2. Hoe groot is de belasting voor de pigmented lesion clinics in Nederland, wanneer systematisch alle mensen met risicofactoren voor melanoom periodiek gescreend zullen worden? 3. Kan periodieke screening worden vervangen door instructie voor zelfonderzoek? 4. Hoe ziet een kosten-effectieve screeningsmethode er uit qua frequentie, beginleeftijd, gebruik van digitale fotografie, patiënteninstructie en bemensing?
2: Welke stadiumindeling voor melanoom wordt in Nederland geadviseerd?	H4: TNM classificatie	1. Welke stadiumindeling krijgen patiënten bij wie geen schildwachtklierprocedure is uitgevoerd?
3: Verhoogt dermatoscopie de accuratesse van de klinische diagnose?	H5: Diagnostiek	1. Wat is het nut van geavanceerde digitale foto-databases voor moedervlekken (mole-mapping) bij patiënten met risicofactoren voor melanoom)in termen van overlevingswinst en kosteneffectiviteit?
4: Pathologisch onderzoek diagnostische excisie	H8: Pathologie	1. Worden er meer melanomen histologisch gediagnostiseerd die anders gemist zouden worden, wanneer de klinische foto's voor de patholoog ter inzage beschikbaar zijn? 2. Kan dit omgekeerd ook tot overdiagnose leiden?
5: Wat is de indicatie voor de sentinel node-procedure?	H5: Diagnostiek	1. In hoeverre hebben schildwachtklierpositieve patiënten overlevingsvoordeel bij een aanvullende lymfeklierdissectie? (afwachten resultaten MSLT II) . 2. Bij welke mate van micro-aantasting van de schildwachtklier is een aanvullende lymfklierdissectie zeker wel of juist niet geïndiceerd? 3. Kan de indicatie voor schildwachtklier onderzoek worden vernauwd door gebruik van andere prognostische factoren (klinisch dan wel histochemisch)? 4. Kan de schildwachtklierprocedure overbodig worden gemaakt door gebruik van niet-invasieve prognostische factoren? 5. Hoe snel na de diagnostische excisie dient de schildwachtklierprocedure te worden uitgevoerd? 6. Als de re-excisie al gebeurd is, is het dan nog

<p>6: Op welke wijze dient pathologisch onderzoek van de sentinel node te worden uitgevoerd?</p>	<p>H8: Pathologie</p>	<p>zinnig een schildwachtklieronderzoek te doen? 7. Na hoeveel tijd heeft het überhaupt geen zin meer een schildwachtklierprocedure uit te voeren? 8. Is er een bovengrens van de breslowdikte aan te geven waarboven een schildwachtklierbiopsie geen zin heeft in verband met de grote kans op hematogene metastasen? 9. Is het zinvol voorafgaand aan de schildwachtklier biopsie een lymfklierecho te verrichten? 1. Bestaat er verband tussen de grootte en locatie van schildwachtkliermetastasen, de infiltratiediepte van de metastase gemeten vanaf het kapsel en overleving (afwachten resultaten MINITUB)? 2. Bestaat er verband tussen de grootte en locatie van schildwachtkliermetastasen, de infiltratiediepte van de metastase gemeten vanaf het kapsel en additionele positieve lymfklieren in de gevolgde complete lymfklierdissectie (afwachten resultaten MINITUB)? 3. Hoe zou een internationaal aanvaard protocol voor de wijze van macroscopische pathologische bewerking van een schildwachtklier bij melanoom eruit moeten zien?</p>
<p>7: Heeft het verrichten van aanvullend onderzoek (anders dan het sentinel node-onderzoek) na diagnose van een gelokaliseerd (AJCC-stadium I en II) melanoom invloed op de prognose?</p>	<p>H5: Diagnostiek</p>	<p>1. Wat is de waarde van het routinematig uitvoeren van een MRI, CT scan of PET/CT voor de prognose bij stadium I en II patiënten? 2. Zijn er omstandigheden waar aanvullende beeldvorming bij stadium I en II patiënten is geïndiceerd? 3. Wat is de waarde van routinematige echografie van de lymfklierstations bij stadium I en II patiënten? 4. Hoe cruciaal is de expertise van de radiodiagnost bij echografie van pathologisch vergrote lymfklieren?</p>
<p>8: Wat is de aanbevolen marge van therapeutische re-excisie van een primair melanoom?</p>	<p>H6: Behandeling</p>	<p>1. Wat zijn adequate (minimale) re-excisiemarges in termen van overlevingswinst? 2. Wat zijn adequate (minimale) re-excisiedieptes (al dan niet met medeneming van de fascie) in termen van overlevingswinst?</p>
<p>9: Pathologisch onderzoek van re-excisie preparaten huid</p>	<p>H8: Pathologie</p>	<p>1. Is het achterwege laten van pathologisch onderzoek van re-excisie preparaten toegestaan bij in eerste opzet al radicaal verwijderde melanomen?</p>
<p>10: Wat zijn de indicaties voor adjuvante radiotherapie na lymfeklierdissectie?</p>	<p>H12 Behandeling lokaal/locoregionaal recidief</p>	
<p>11: Is er een systemische adjuvante therapie die bewezen effectief is voor een patiënt met een melanoom met prognostisch ongunstige kenmerken?</p>	<p>H6: Behandeling</p>	<p>1. Kan de overleving van stadium II en stadium III melanoompatiënten worden verbeterd met adjuvante therapieën?</p>
<p>12: Welke systemische therapie heeft de voorkeur bij de</p>	<p>H6: Behandeling</p>	<p>1. Hoe is de overleving van stadium IV melanoompatiënten na behandeling met Vemurafenib en Ipilimumab?</p>

behandeling van het melanoom met uitzaaiingen op afstand?		<ol style="list-style-type: none"> 2. Wat is het optimale doseringsschema? 3. Zijn er combinaties mogelijk met verlengde overleving? 4. Zijn er maatregelen mogelijk ter beperking van de bijwerkingen?
13: Wat is de adequate follow-up na een (primair) melanoom?	H9 Nazorg en nacontrole	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welke patienten behoren tot de risicogroep voor een volgend primair melanoom? 2. Wat is een kosten efficiënt follow-up schema? Kan instructie voor zelfonderzoek follow-up bezoeken vervangen? 3. Hoe zijn de patient preferenties op gebied van follow-up? 4. Kunnen metastasen in een vroeger stadium ontdekt (bijvoorbeeld door aanvullende beeldvorming/echo), beter behandeld worden en leiden tot een langere overleving? 5. Wat levert de toepassing van de Lastmeter Richtlijn op voor melanoompatienten met stadium I en II melanoom met een uitstekende prognose?
14: Beleid bij behandeling stadium III melanoom	H6: Behandeling	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kan de overleving van stadium III melanoompatienten (relevant) worden verbeterd?
15: Omschrijving van de populatie die preventieve controle behoeft vanwege een verhoogd risico op melanoom	H2: Preventie	<p>Zie onder screening)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoe groot is de belasting voor de pigmented lesion clinics in Nederland, wanneer systematisch alle mensen met risicofactoren voor melanoom periodiek gescreend zullen worden? 2. Kan periodieke screening worden vervangen door instructie voor zelfonderzoek? 3. Hoe ziet een kosten-effectieve screeningsmethode er uit qua frequentie, beginleeftijd, gebruik van digitale fotografie, patienteninstructie en bemensing? 4. Zijn er voldoende argumenten om aan te nemen dat families zonder aantoonbare CDKN2A mutaties een lager melanoom risico hebben? Geldt dit ook voor het risico op pancreascarcinoom? 5. Zijn er voldoende argumenten om in 2-case families geen indicatie te stellen voor periodieke screening?
16: Hoofdstuk over lentigo maligna: er blijkt nog veel overbehandeling voor deze variant van het melanoom	H6: Behandeling	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wat is de optimale behandeling voor Lentigo Maligna? 2. Zijn er indicaties voor behandeling met imiquimod? 3. Moet een Lentigo Maligna altijd behandeld worden?
17: Procedure bij moeilijk te interpreteren PA-uitslagen	H8: Pathologie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Is de diagnose MELTUMP en STUMP nog verder te versmallen door middel van aanvullend weefselonderzoek?
18: Rol Multidisciplinair overleg (MDO) bij diagnosticeren melanoom	H10 Organisatie van zorg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welke samenstelling is gewenst voor het MDO van melanoom stadium III? 2. Kan bij stadium III worden volstaan met consulteren van een melanoomexpert werkzaam in een melanoomcentrum? 3. Welke basissamenstelling is gewenst voor het MDO van melanomen stadium IV? Wie bepaalt welke aanvullende specialisten moeten worden uitgenodigd voor het MDO van een bepaalde patient? 4. Moeten melanomen in het hoofd-halsgebied

19: Maximaal
aanvaardbare
wachtijden in het
diagnostisch en
therapeutisch traject

H10 Organisatie van
zorg

(ook nog) worden besproken in een
Hoofd-HalsTeam? Of alleen op indicatie gesteld
door het MDO?
1. Wat zijn aanvaardbare toegangstijden en
wachtijden, vanuit medisch perspectief en vanuit
patiëntenperspectief?
2. Wat is de meerwaarde van het patientennazorg
plan, kan dat niet efficiënter?

23. Referenties

[Referenties 2012](#)

Referenties 2016

Referenties [Rol PET/CT in de diagnostiek](#)

Referenties [Rol PET/CT in de follow-up](#)

Referenties [BRAF gen mutatie](#)

24. TNM 7

In 2009 werd een nieuwe AJCC classificatie en stadiëring gepubliceerd op grond van gegevens van meer dan 30.000 patiënten met stadium I, II, en III melanomen en bijna 8.000 patiënten met stadium IV melanomen, verzameld gedurende 20 jaar in 17 grote melanoomcentra, verspreid over de wereld [Balch 2009]. De nieuwe stadiëring werd reeds begin 2010 geëffectueerd in de Verenigde Staten.

In Tabel 1 staat de TNM-classificatie weergegeven en in Tabel 2 de AJCC stadiumindeling [Balch 2009¹⁷]. Figuur 1 uit de publicatie van de nieuwe stadiëring is illustratief voor de overleving van de verschillende stadia [Balch 2009¹⁷].

Nieuw in de classificatie is het gebruik van de mitose-index bij T1a en T1b (primaire melanomen met een breslowdikte van 1mm of minder). Deze mitose-index bleek aanvullende prognostische informatie op te leveren in de multivariaatanalyse, daarbij het niveau volgens Clark voorbijstrevend. Het clarkniveau is daarom verdwenen uit de classificatie. Het vinden van één mitose in de dermale component van een melanoom betekent voor de stadiumindeling tenminste stadium T1b.

Een belangrijk ander verschil is de definitie van de mate van aantasting van de lymfklieren in de stadia N1 en N2. In stadium N1a en stadium N2a betreft dit micrometastasen, zoals vastgesteld kunnen worden middels de schildwachtklierprocedure. Dit betekent dat voor een volledige stadiëring de schildwachtklierprocedure moet zijn uitgevoerd, want dat is de enige manier om eventuele micrometastasen te vinden. Patiënten met één kleine metastase in één schildwachtklier worden nu ingedeeld in de classificatie bij N1 en komen uiteindelijk in stadium III terecht. De schildwachtklierprocedure wordt aanbevolen bij patiënten met stadium IB of hoger. Zie verder 'indicatie schildwachtklierprocedure'.

Tabel 1 TNM-classificatie voor melanoom [Balch 2009¹⁷].

Classificatie	Tumordikte (mm)	Ulceratie/mitosen
T		
Tis	n.v.t.	n.v.t.
T1	≤ 1.0	a: Zonder ulceratie en mitosen < 1/mm ² b: Met ulceratie of mitosen ≥ 1/mm ²
T2	>1.0-2.0	a: Zonder ulceratie b: Met ulceratie
T3	2.0-4.0	a: Zonder ulceratie b: Met ulceratie
T4	≥ 4.0	a: Zonder ulceratie b: Met ulceratie
N	Aantal kliermetastasen	Mate van aantasting van de lymfklier
N0	0	NVT
N1	1	a: Micrometastase ¹ b: Macrometastase ²
N2	2-3	a: Micrometastase ¹ b: Macrometastase ² c: In transit metastasen of satellieten zonder aangedane lymfklieren

N3	4 of meer aangedane klieren, of conglomeraat van klier-metastasen of in-transit metastasen en / of satellieten met aangedane klieren	
M	Lokatie van de metastasen	Serum LDH
M0	Geen metastasen op afstand	NVT
M1a	Huid-, subcutane of kliermetastasen op afstand	Normaal
M1b	Long metastasen	Normaal
M1c	Alle andere viscerale metastasen of elke vorm van metastasering op afstand	Normaal verhoogd

Afkortingen: NVT, niet van toepassing; LDH, lactaatdehydrogenase.

¹Micrometastasen gediagnostiseerd na schildwachtklierprocedure of electieve klierdissectie.

²Macrometastasen gedefinieerd als klinisch detecteerbare lymfkliermetastasen (histologisch bevestigd).

Tabel 2 Stadiëring voor Melanoom [Balch 2009¹⁷].

Klinische stadiëring ¹				Pathologische stadiëring ²			
AJCC	T	N	M	AJCC	T	N	M
0	Tis	N0	M0	0	Tis	N0	M0
IA	T1a	N0	M0	IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0	IB	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0		T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0	IIA	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0		T3a	N0	M0
IIB	T3b	N0	M0	IIB	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0		T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0	IIC	T4b	N0	M0
	Alle T	N > N0	M0		III A	T1-4a	N1a
III					T1-4a	N2a	M0
				III B	T1-4b	N1a	M0
					T1-4b	N2a	M0
					T1-4a	N1b	M0
					T1-4a	N2b	M0
					T1-4a	N2c	M0
				III C	T1-4b	N1b	M0
					T1-4b	N2b	M0
IV					T1-4b	N2c	M0
					Alle T	N3	M0
	Alle T	Alle N	M1	IV	Alle T	Alle N	M1

Klinische stadiëring: histologie van het primaire melanoom en klinisch onderzoek naar metastasen.

Pathologische stadiëring: histologie van het primaire melanoom en histologische informatie over de regionale lymfklieren na schildwachtklierprocedure en eventuele completerende lymfadenectomie.

Conclusie

Het is aangetoond dat de in 2009 gepubliceerde AJCC-stadiumindeling van het melanoom resulteert in een verbeterde onderverdeling in prognostische subgroepen ten opzichte van eerder gehanteerde melanoom-stadiumindelingen. [Niveau 1, A1: Balch 2009¹⁷](#)

Aanbevelingen

De nieuwe stadiëring wordt bij voorkeur overal op 1 juli 2012 ingevoerd in alle ziekenhuizen en

kankerregistraties. De datum van ingang moet in elk geval worden genoteerd, voor onderlinge vergelijkbaarheid. Er is een registratiemogelijkheid nodig om aan te geven of bij de patiënt wel of geen schildwachtlierprocedure is uitgevoerd. Patiënten klinisch zonder palpabele metastasen worden genoteerd als cN0 en na een negatieve schildwachtlierprocedure als pN0. Patiënten zonder palpabele metastasen bij wie geen schildwachtlierprocedure wordt verricht worden ook genoteerd als cN0. Bij patiënten met klinisch stadium I/II melanoom, die afzien van een schildwachtlierprocedure, kan voor de prognose gebruik worden gemaakt van de overlevingsgrafieken van de AJCC groep bereikbaar via internet: <http://www.melanomaprognosis.org/> [Soong 2010²⁴⁶].

Notities

Indeling van de onderbouwing naar de mate van bewijskracht

Voor artikelen betreffende interventie	
A1	systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van de afzonderlijke onderzoeken consistent zijn;
A2	gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerd, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
B	gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek);
C	niet-vergelijkend onderzoek;
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Voor artikelen betreffende diagnostiek	
A1	onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests;
A2	onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruik zijn gemaakt van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multipele, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie;
B	vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd;
C	niet-vergelijkend onderzoek;
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van bewijs van de conclusies	
1	ten minste één systematische review (A1) of twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2;
2	ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B;
3	ten minste één onderzoek van niveau A2, B of C;
4	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

