

# Revisie van de landelijke richtlijn ‘Melanoom’

## Revision of the national guideline ‘Melanoma’

L. Veerbeek, W.H.J. Kruit, J.H.W. de Wilt, W.J. Mooi en W. Bergman, namens de multidisciplinaire richtlijnwerkgroep Melanoom

### Samenvatting

De richtlijnwerkgroep Melanoom bracht in augustus 2012 met ondersteuning van het Integraal Kankercentrum Nederland de vierde revisie uit van de richtlijn ‘Melanoom’. Het hoofdstuk ‘screening’ is beter toegespitst op de risicogroepen en alle pathologieparagrafen zijn gebundeld in 1 hoofdstuk. De aanbevelingen voor de ‘indicatie schildwachtprocedure’, het ‘aanvullend onderzoek’ en de ‘follow-up’ zijn evidence-based herzien. Daarnaast zijn de landelijke afspraken met betrekking tot de concentratie van systemische behandeling in de richtlijn opgenomen. Nieuw in de richtlijn zijn de aanbevelingen met betrekking tot signalering en behandeling van vroege en late gevolgen van behandeling.

(*Ned Tijdschr Oncol* 2013;10:206-8)

### Summary

In August 2012, the Melanoma Guideline Committee completed the fourth revision of the Dutch Melanoma Guideline with support of the Comprehensive Cancer Centre the Netherlands (IKNL). The guideline now incorporates recommendations about screening for specific risk groups. Besides, all pathology paragraphs are bundled into 1 chapter. Based on an update of the evidence, the Guideline Committee revised the recommendations about the sentinel node procedure, diagnostic imaging, and follow up. Besides, the national agreement on concentration of systemic treatment is incorporated into the guideline. Recommendations about the signalling and treatment of treatment related symptoms are added to the guideline.

### Inleiding

Melanoom staat in de top 10 van meest voorkomende kankersoorten in Nederland. De incidentie stijgt ieder jaar met ongeveer 4%. De richtlijn ‘Melanoom’ is evidence-based gereviseerd met begeleiding en financiering van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).<sup>1</sup> De richtlijn is bestemd voor alle professionals die betrokken zijn bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met een melanoom van de huid. Onlangs publiceerde het

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) de meer uitgebreide versie van deze samenvatting in het themanummer Dermatologie: Dicht op de huid.<sup>2</sup>

### Bespreking

Het hoofdstuk ‘screening’ is beter toegespitst op de risicogroepen. Er worden 2 risicogroepen onderscheiden: a) patiënten met genmutaties die geassocieerd zijn met een hoog risico op melanoom, en b)

**Auteurs:** mw. dr. L. Veerbeek, gezondheidswetenschapper, afdeling Richtlijnen, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), dhr. dr. W.H.J. Kruit, internist-oncoloog, afdeling Interne Geneeskunde, Erasmus MC-Daniel den Hoed, dhr. prof. dr. J.H.W. de Wilt, chirurg, afdeling Chirurgie, UMC St Radboud, dhr. prof. dr. W.J. Mooi, patholoog, afdeling Pathologie, VU medisch centrum, mw. prof. dr. W. Bergman, dermatoloog, afdeling Dermatologie, Leids Universitair Medisch Centrum. Correspondentie graag richten aan mw. dr. L. Veerbeek, adviseur richtlijnen, IKNL locatie Groningen, Griffieweg 97, 9723 DV, Groningen, tel.: 088 234 55 00, e-mailadres: l.veerbeek@iknl.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: de auteurs ontvingen een onkostenvergoeding van het IKNL voor het opstellen van de richtlijn.

**Trefwoorden:** evidence-based revisie, richtlijn Melanoom

**Key words:** Dutch Melanoma Guideline, evidence based revision

**Tabel 1.** Aanbevelingen na evidence-based revisie.

**Uitgangsvraag: Wat is het effect van de schildwachtklierprocedure bij patiënten met nieuw gediagnosticeerd melanoom met breslowdikte  $\geq 1$  mm op de (ziektevrije) overleving in vergelijking met een 'wait and see'-aanpak?**

Er wordt geadviseerd om de schildwachtklierprocedure te verrichten bij patiënten met een melanoom stadium IB en hoger om patiënten optimaal te stadiëren en te informeren over de prognose.

Er wordt geadviseerd om geen schildwachtklierprocedure te verrichten bij patiënten met een melanoom stadium IA.

De werkgroep is van mening dat kan worden getwijfeld aan de zin van een aanvullende lymfeklierdissectie bij patiënten met kleine ( $<0,1$  mm) of subcapsulair gelegen metastasen in de schildwachtklieren. Daarom kan worden overwogen af te zien van een aanvullende lymfeklierdissectie of patiënten te includeren in een hiervoor bestemd onderzoek.

**Uitgangsvraag: 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?**

Er wordt geadviseerd om bij stadium I, II en IIIA geen routinematig aanvullend afbeeldend onderzoek (CT, PET of PET-CT) uit te voeren.

Er wordt geadviseerd om bij stadium IIIB en IIIC voor een goede stadiëring een volledig afbeeldend onderzoek van borst, buik en bekken (bij voorkeur CT) uit te voeren en dit niet standaard te herhalen.

Er wordt geadviseerd om bij stadium IV voor een goede stadiëring een volledig afbeeldend onderzoek van borst, buik en bekken (bij voorkeur CT) uit te voeren en afhankelijk van het te voeren beleid dit zo nodig te herhalen.

Voor stadiëringsonderzoek wordt geadviseerd om te volstaan met CT in plaats van PET of PET-CT, omdat PET of PET-CT in de meeste gevallen geen meerwaarde heeft.

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

Er wordt geadviseerd om asymptomatische patiënten niet routinematig te screenen op hersenmetastasen.

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

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

Een eenmalig controlebezoek een maand na de behandeling van een primair melanoom. Hierin kan de patiënt zijn vragen stellen en worden geïnstrueerd 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 beste aansluit op het onderliggende wetenschappelijke bewijs.

1<sup>e</sup> jaar: een keer per 3 maanden controle;

2<sup>e</sup> jaar: een keer per 6 maanden controle;

3<sup>e</sup> tot 5<sup>de</sup> jaar: 1 controle per jaar.

Aanvullend onderzoek op indicatie.

**Uitgangsvraag: Is de behandel-effectiviteit hoger naarmate de kanker eerder wordt gedetecteerd?**

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

patiënten met een clustering van meerdere genmutaties of genvarianten die een laag risico geven op melanoom. Voor het geadviseerde screeningsbeleid bij patiënten met hoogrisicogenmutaties is een stroomdiagram ontwikkeld dat het screeningsprotocol inzichtelijk maakt (bron: [www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)). Nieuw in deze richtlijn is dat men spreekt van mogelijk familiair melanoom in de volgende situatie: een familie met 2 eerstegraads verwanten met melanoom, waarvan ten minste 1 jonger dan 40 jaar ten tijde van de diagnose, aanwezigheid van 3 melanomen of meer bij een persoon of een familie met 2 eerstegraads verwanten met melanoom en een familielid met pancreascarcinoom (aan dezelfde kant van de familie).

Alle pathologieparagrafen zijn nu gebundeld in 1 hoofdstuk. Een nieuwe aanbeveling is dat er wordt geadviseerd om zo veel mogelijk pigmentafwijkingen van de huid die om diagnostische redenen worden verwijderd, te fotograferen en de foto's beschikbaar te stellen aan de patholoog. Verder dient in het verslag van de diagnostische excisie voortaan ook de aan- of afwezigheid van intradermale mitotische activiteit te worden vermeld; het clarkniveau hoeft daarentegen niet meer te worden vermeld. In het hoofdstuk diagnostiek zijn de paragrafen 'indicatie

schildwachtklier' en 'aanvullend onderzoek' evidence-based herzien. De aanbevelingen staan samengevat in *Tabel 1*. De landelijke afspraken met betrekking tot de concentratie van systemische behandeling zijn in het hoofdstuk 'Behandeling' opgenomen.<sup>3</sup>

Tot slot is de landelijke richtlijn 'Herstel na kanker' geïntegreerd in de richtlijn, in de vorm van een nieuw hoofdstuk met de titel 'Nazorg en nacontrole'.<sup>3</sup> In dit hoofdstuk wordt de aandacht gevestigd op vroege en late gevolgen van behandeling die kunnen optreden tijdens de behandeling of in het eerste jaar daarna. Het follow-upschema is geïntegreerd in dit hoofdstuk en evidence-based herzien. De Tumor Focus Groep Melanoom (voorheen NMW) heeft met ondersteuning van IKNL het 'Zorgpad Melanoom' ontwikkeld. Samenvattingskaarten van de richtlijn zijn te bestellen op de website van het IKNL: [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl). De toepassing van de richtlijn in de klinische praktijk zal worden geëvalueerd in 2014; de resultaten daarvan worden eind 2014 verwacht.

## Conclusie

De gereviseerde landelijke richtlijn 'Melanoom' brengt verdere nuancering aan in het afzonderlijke beleid voor patiënten met gelokaliseerde ziekte of patiënten met gemetastaseerd melanoom en beoogt daarmee meer zorg op maat te leveren.

*Onlangs publiceerde het NTVG de meer uitgebreide versie van deze samenvatting in het themanummer Dermatologie: Dicht op de huid (www.ntvg.nl/A6136). Samenvatting met toestemming van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.*

## Referenties

1. Richtlijn melanoom. Versie 2.0. Utrecht: IKNL, 2012. Te raadplegen via [www.oncoline.nl/melanoom](http://www.oncoline.nl/melanoom).
2. Veerbeek L, Kruit WH, De Wilt JH, et al. Revisie van de landelijke richtlijn 'Melanoom'. Ned Tijdschr Geneesk 2013;157:A6136. Te raadplegen via [www.ntvg.nl/A6136](http://www.ntvg.nl/A6136).
3. Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. SONCOS, dec 2012. Te raadplegen via [www.soncos.org](http://www.soncos.org).
4. Richtlijn herstel na kanker. Versie 1.0. Utrecht, 2011. Te raadplegen via [www.oncoline.nl/herstel-na-kanker](http://www.oncoline.nl/herstel-na-kanker).

*Ontvangen 1 april 2013, geaccepteerd 24 mei 2013.*

### Multidisciplinaire richtlijnwerkgroep

Naast de auteurs droegen de volgende leden van de multidisciplinaire richtlijnwerkgroep bij aan de revisie van de richtlijn:

dr. C.U. Blank, internist-hemato-oncoloog, NKI-AVL, Amsterdam, dr. W.A.M. Blokk, patholoog, UMC St Radboud, Nijmegen, drs. H.J. van Doorne-Nagtegaal, adviseur, IKNL, Leiden, dr. N.A. Gruis, senior onderzoeker, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, H.W.G. Hamelers-Paulus, secretaresse, IKNL, Maastricht, dr. M.C.C.M. Hulshof, radiotherapeut-oncoloog, AMC, Amsterdam, dr. G.A.M. Krekels, dermatoloog, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven, I.G.M. Meijer-Vlaskamp, verpleegkundig specialist dermatologie, Ziekenhuisgroep Twente, Almelo, dr. H.J. van der Rhee, dermatoloog, HagaZiekenhuis, Den Haag en A. Verbruggen, patiëntenvertegenwoordiger, Stichting Melanoom, Purmerend.