



De chirurgische rol in het stadium I-II melanoom

D.J. Grünhagen

Het adagium bij de behandeling van het melanoom is jaren geweest: snijden, snijden, snijden. Tot het niet meer gaat, de ziekte te uitgebreid is, waarna de oncoloog nog zijn of haar uiterste best mocht doen om best supportive care te leveren. Het zou weinig nieuws zijn als ik u vertel dat dit drastisch is veranderd over de laatste jaren. Zelfs zo sterk, dat momenteel alleen nog gevraagd wordt naar wat dan nog wél de rol van de chirurg is bij de behandeling van het melanoom.

De richtlijn voor behandeling is helder: bij een verdachte naevus volgt een diagnostische excisie met een streefmarge van 2mm. Deze ingreep vindt plaats bij soms de huisarts, meestal de dermatoloog. Chirurgische expertise wordt veelal pas gevraagd bij bevestiging van de diagnose melanoom. De volgende stap is namelijk het re-excideren van het litteken met een streefmarge van 1-2 cm, afhankelijk van de Breslowdikte. Ook een eventuele sentinel node procedure wordt in dit stadium besproken. Op het eerste gezicht zo klaar als een klontje, maar graag neem ik u mee in de oncologische principes die hieraan ten grondslag liggen. Van iedere invasieve ingreep zou je namelijk mogen verwachten dat deze de overleving van de patiënt verbetert, of in ieder geval een verbetering geeft van de lokale controle. In dat licht bezien, staat de rol van een re-excisie momenteel terdege ter discussie.

Maar dan toch de sentinel node. Jarenlang voldeed deze niet aan bovenstaande principes van verbetering van overleving of lokale controle en werd deze ingreep puur stadiërend uitgevoerd. De introductie van adjuvante behandelopties heeft ertoe geleid dat in het geval van een positieve sentinel node de patiënt wordt gestadieerd als stadium III en daarmee kwalificeert voor een therapie met survival benefit, al blijkt deze

vooralsnog vooral op recurrence free-terrein te liggen en zijn nog altijd geen mature overall data bekend. Toch is hier, weliswaar afgeleid en niet direct, een invloed van de chirurgische behandeling op een relevant survival eindpunt gevonden en leek de sentinel node procedure aan een revival begonnen. Totdat de data van adjuvante behandeling in hoog-risico stadium II melanoompatiënten werd gepubliceerd. Dezelfde relatieve winst in beperking van ziekte-terugkeer kan worden bereikt door aanvullende therapie in dit stadium. Daar is geen sentinel node meer voor nodig.

In de voordracht op 9 maart licht ik bovenstaande ontwikkelingen graag toe, maar zal zeker ook kanttekeningen plaatsen bij de ontwikkelingen op het gebied van (toxische!) systemische therapie bij melanoompatiënten in de vroege stadia. De chirurgische rol is zeker nog niet uitgespeeld.

CORRESPONDENTIEADRES

Dirk Grünhagen

E-mail: d.grunhagen@erasmusmc.nl