



## Melanoom

### **Wat is een melanoom?**

Melanoom betekent letterlijk: zwart gezwel. Deze vorm van kanker ontstaat uit de pigmentcellen (melanocyten). Pigmentcellen komen vooral voor in de huid. Wanneer pigmentcellen in groepjes bij elkaar liggen, vormen zij een moedervlek. Er is sprake van een melanoom als een groep pigmentcellen is veranderd in kankercellen.

De kwaadaardige cellen groeien na verloop van tijd uit in het omgevende weefsel. Doordat de melanoomcellen zich kunnen verplaatsen, kunnen uitzaaiingen ontstaan naar lymfeklieren en andere organen.

### **Hoe vaak komt het voor?**

Het melanoom komt overal ter wereld steeds vaker voor, met name bij mensen met een blanke huid. In Nederland worden per jaar bijna 3000 nieuwe melanomen ontdekt. Melanomen kunnen op elke leeftijd ontstaan, met een piek tussen de 45 en 60 jaar. Dankzij vroege opsporing is de overlevingskans van mensen met een melanoom de laatste decennia sterk verbeterd.

### **Hoe ontstaat een melanoom?**

Kwaadaardige pigmentcellen kunnen in principe overal in de huid ontstaan. Soms ontstaat een melanoom in een reeds lang bestaande moedervlek. Moedervlekken kunnen in grootte variëren van enkele millimeters tot enkele centimeters en zijn meestal licht- of donkerbruin. Bijna iedereen heeft moedervlekken. De meeste ontstaan tijdens de puberteit en adolescentie. Het merendeel van de moedervlekken geeft geen enkel risico op melanoom. Als een melanoom uit een moedervlek ontstaat, is dat in zeldzame gevallen uit een grote aangeboren (=congenitale) moedervlek of anders uit een "onrustige" moedervlek. Mensen met meerdere zogenaamde "onrustige" ("klinisch atypische") moedervlekken hebben een verhoogde kans op het krijgen van een melanoom. Vooral als deze onrustige moedervlekken in de familie voorkomen of andere familieleden een melanoom hebben gehad, is het risico verhoogd. Aangenomen wordt dat overmatige blootstelling aan zonlicht een risicofactor is bij het ontstaan van een melanoom, net als bij andere vormen van huidkanker. Over de wijze waarop dat precies gebeurt, verschillen de deskundigen van mening. In het algemeen neemt men aan dat zonverbranding een belangrijke risicofactor is, vooral als dit plaatsvindt vóór de leeftijd van 20 jaar. Ook het huidtype speelt een rol. Mensen die snel verbranden in de zon hebben een hoger risico om een melanoom te ontwikkelen. In ongeveer 10% van de gevallen zijn er aanwijzingen voor een erfelijke aanleg.

### **Wat zijn de verschijnselen?**

De reden om een arts te raadplegen is een nieuwe groeiende moedervlek of een bestaande moedervlek die van kleur of vorm is veranderd of in grootte is toegenomen. Dit geldt vooral voor volwassenen, omdat kinderen sowieso nog nieuwe (en dus groeiende) moedervlekken krijgen. Het kan bijvoorbeeld een moedervlek zijn die donkerder is geworden of waarin verschillende

kleuren zijn ontstaan, of een moedervlek die onregelmatige contouren (grillige rand) heeft gekregen. Een melanoom kan er een enkele keer ook uitzien als een bruin-zwart of zwart bultje. Soms is een melanoom deels of geheel pigmentloos (wit-roze) en daardoor moeilijk als zodanig te herkennen. Een melanoom kan in een vroeg stadium jeuk veroorzaken. In een later stadium treden soms pijn of bloeding op, of ontstaat op die plaats een zweer.

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

### **Hoe wordt de diagnose gesteld?**

De diagnose kan door een arts met voldoende ervaring met redelijke zekerheid worden gesteld op de uiterlijke kenmerken. De mate van zekerheid kan worden vergroot als tevens een dermatoscoop wordt gebruikt. Een dermatoscoop is een soort "handmicroscopje", waarmee het bovenste deel van de huid tienmaal vergroot kan worden. Als er een redelijke verdenking is op een melanoom, dan moet de afwijking in principe geheel worden verwijderd voor microscopisch onderzoek. Aan de hand van het microscopisch onderzoek kan de diagnose met grote zekerheid worden gesteld. Voor het verdere beleid is de meting van de dikte van een melanoom van belang. Hoe dikker het melanoom onder de microscoop, des te meer kans op uitzaaiing. Uitzaaiingen in de lymfeklieren worden vastgesteld via een punctie of via een echo, of beide technieken worden gecombineerd.

### **Wat is de behandeling?**

#### **Chirurgie**

Het melanoom zal bij voorkeur door middel van een operatie worden verwijderd. Dit gebeurt meestal onder plaatselijke verdoving door een dermatoloog of (plastisch) chirurg.

Als na verwijdering en microscopisch onderzoek de dikte van het melanoom bekend is, volgt kort daarna een tweede operatie. Rondom het litteken waar het melanoom in eerste instantie is verwijderd, wordt voor de zekerheid nogmaals een stuk huid weggehaald met een marge van 1 of 2 cm. De marge is afhankelijk van de vastgestelde dikte (Breslow-dikte) van het melanoom. Als de Breslow-dikte kleiner of gelijk is aan 2 mm, kan worden volstaan met 1 cm marge, anders wordt een marge van 2 cm aanbevolen. Bij deze tweede operatie kan een vrij grote wond ontstaan, die niet altijd direct kan worden gehecht. In dat geval is een huidtransplantatie nodig om de wond te sluiten. Dit gebeurt gewoonlijk poliklinisch. Op sommige plaatsen van het lichaam (gezicht, handen) is weinig huid "over" en kan een krappere marge worden gehanteerd. Ook dit operatieweefsel wordt weer microscopisch onderzocht en als het goed is, wordt dan vastgesteld dat het melanoom volledig is verwijderd.

#### **Verwijdering van vergrote lymfeklieren**

Om eventuele uitzaaiingen naar de dichtstbijzijnde lymfeklieren op te sporen, kan met behulp van een kleurstof, die wordt ingespoten in de huid ter plaatse van het litteken de schildwachtklier worden opgespoord. Vervolgens kan deze klier worden verwijderd en op uitzaaiingen worden onderzocht. Als bij microscopisch onderzoek geen kwaadaardige cellen in de verwijderde klier worden aangetoond, is de kans op uitzaaiingen in de andere lymfeklieren zeer klein. Als er wel uitzaaiingen worden gevonden in de schildwachtklier, moeten alle lymfeklieren in de directe omgeving worden verwijderd. Het voordeel van deze methode is dat in eerste instantie alleen de schildwachtklier verwijderd hoeft te worden en niet alle klieren. Het schildwachtklieronderzoek is relatief nieuw en in feite nog experimenteel. Het kan wel informatie

geven over de prognose (= verwachte kans op overleven), maar of de overlevingskansen zelf hierdoor echt verbeteren, is nog niet duidelijk. Zolang dat niet is aangetoond, wordt de ingreep in Nederland niet routinematig verricht en zeker niet bij melanomen dunner dan 1mm, of later dan 6 weken na verwijdering van het melanoom.

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

### **Aanvullende behandeling**

Mensen die geopereerd zijn aan een dik melanoom of die vanwege uitzaaiingen naar de lymfeklieren een klieroperatie hebben ondergaan, hebben een verhoogde kans op uitzaaiingen naar andere organen. Er bestaat momenteel geen aanvullende standaardbehandeling met medicijnen om dit risico te verkleinen. Voor de behandeling van uitzaaiingen in andere plaatsen dan de lymfeklieren (bijvoorbeeld via het bloed in organen zoals lever en longen) kan worden gekozen voor chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie, afhankelijk van de plaats en de uitgebreidheid van de uitzaaiing. Ook dergelijke behandelingen vinden hoofdzakelijk plaats in onderzoeksverband.

### **Wat kunt u zelf nog doen?**

Na behandeling van een melanoom is het belangrijk de huid goed in de gaten te houden. Als nieuwe pigmentafwijkingen ontstaan of als bestaande moedervlekken veranderen, is het verstandig de huisarts of dermatoloog te raadplegen. Let ook op huidveranderingen in de omgeving van het operatielitteken. Ook is verstandig te letten op eventuele vergroting van lymfeklieren. Overmatige blootstelling aan zonlicht en vooral zonverbranding moet worden vermeden.

### **Controle door de dermatoloog of chirurg**

In geval van dunne melanomen (met een dikte van minder dan 1 mm) wordt volgens de meest recente inzichten een éénmalig controlebezoek geadviseerd één tot drie maanden na de behandeling van het melanoom. U krijgt hierbij praktisch en schriftelijk uitleg over zelfonderzoek van de huid en lymfeklieren. Verdere controle kan desgewenst plaatsvinden in het kader van begeleiding, als aanvulling op zelfcontrole of ten behoeve van onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

Bij melanomen met een dikte van meer dan 1 mm luidt het advies voor het eerste jaar één keer per drie maanden een controle; voor het tweede jaar één keer per vier maanden en voor het derde tot en met het vijfde jaar één keer per halfjaar. Voor melanomen met een dikte van meer dan 2 mm wordt dit nog aangevuld met jaarlijkse controle tot 10 jaar na de operatie. Bij de controles is het routinematig maken van röntgenfoto's, echo's of scans niet zinvol, tenzij er een speciale reden voor is.

### **Wat zijn de vooruitzichten?**

De vooruitzichten van iemand die een melanoom heeft gehad, hangen sterk af van de kans op het ontstaan van uitzaaiingen. Dit laatste is weer afhankelijk van de dikte van het melanoom, zoals die bij microscopisch onderzoek is vastgesteld: hoe dunner het melanoom, des te groter de kans op volledige genezing. Momenteel is de overlevingskans van alle mensen met een

melanoom in Nederland ongeveer 80%. Bij een uitzaaiing in een lymfeklier is de kans op genezing veel kleiner. Bij uitgebreide uitzaaiingen via het bloed in andere organen is genezing in het algemeen niet meer mogelijk.

Deze folder is een uitgave van de

**Nederlandse Vereniging voor  
Dermatologie en Venereologie**  
[www.huidarts.info](http://www.huidarts.info)

© 2007 Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie  
Aangepast op 1-4-2008

Bij het samenstellen van deze informatie is grote zorgvuldigheid betracht. De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie wijst desondanks iedere aansprakelijkheid af voor eventuele onjuistheden of andere tekortkomingen in de aangeboden informatie en voor de mogelijke gevolgen daarvan.