

Melanoom

Inleiding

Bij u is (mogelijk) sprake van een melanoom. De dermatoloog heeft dit met u besproken. In deze folder leest u meer over het ontstaan, de onderzoeken en de behandeling van een melanoom.

Melanoom

Melanoom betekent letterlijk: zwart gezwel. Deze vorm van kanker ontstaat uit pigmentcellen (melanocyten) en 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 door in het omliggende weefsel.

Aangezien melanoomcellen zich kunnen verplaatsen, kunnen uitzaaiingen ontstaan naar de lymfeklieren en andere organen. Het risico hierop is afhankelijk van de dikte van het melanoom. Hoe dunner het melanoom, hoe kleiner het risico.

Wereldwijd

Het melanoom komt steeds vaker overal ter wereld voor, vooral 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.

Ontstaan

Kwaadaardige pigmentcellen kunnen in principe overal in de huid ontstaan. Soms ontstaat een melanoom in een al langer bestaande moedervlek. Bijna iedereen heeft moedervlekken. De meeste ontstaan tijdens de puberteit en adolescentie. Moedervlekken kunnen in grootte variëren van enkele millimeters tot enkele centimeters en zijn meestal licht- of donkerbruin.

Het merendeel van de moedervlekken geeft geen enkele risico op een melanoom. Als een melanoom uit een moedervlek ontstaat, is dat in zeldzame gevallen uit een grote aangeboren (= congenitale) moedervlek of anders uit een zogenaamde 'onrustige' moedervlek. Mensen met meerdere 'onrustige' (klinisch atypische) moedervlekken hebben een verhoogde kans op het krijgen van een melanoom. Ook als onrustige moedervlekken in de familie voorkomen en/of andere familieleden een melanoom hebben gehad, is het risico verhoogd. Meer informatie over deze erfelijke vorm van een melanoom staat in de folder van KWF. Zie ook: www.KWF.nl (<http://www.KWF.nl>).

Zonlicht

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 precieze oorzaak verschillen de deskundigen van mening. In het algemeen neemt men aan dat zonverbranding een belangrijke risicofactor is, vooral als dit plaatsvindt voor het twintigste levensjaar. Ook 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 erfelijke aanleg.

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 veelal nog nieuwe (en dus groeiende) moedervlekken krijgen. Een verschijnsel kan dus zijn dat een moedervlek donkerder is geworden of waarin verschillende kleuren zijn ontstaan. Of een moedervlek heeft opeens onregelmatige contouren zoals een grillige rand gekregen. Een melanoom kan er een enkele keer ook uitzien als een bruin/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 treedt er soms pijn of een bloeding op. Ook kan er op die plaats een zweer ontstaan.

Uitzaaiing

Eventuele uitzaaiingen van een melanoom gaan voornamelijk via de lymfebanen in de huid. De lymfebanen monden uit in de lymfeklieren. De lymfeklier waar een eventuele uitzaaiing het eerst terechtkomt wordt de schildwachtklier genoemd. Vermoedelijk worden pas daarna de overige nabijgelegen lymfeklieren (in de 'stations' van de 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.

Diagnose

Op basis van de uiterlijke kenmerken van een melanoom kan een arts een eerste diagnose stellen. De juistheid van een diagnose kan worden vergroot door gebruik van een 'dermatoscoop'. Dit is een soort kleine handmicroscopie wat het bovenste deel van de huid tienmaal vergroot. Als er een redelijke verdenking is op een melanoom, dan moet de afwijking in principe geheel worden verwijderd voor microscopisch onderzoek.

Na microscopisch onderzoek kan de diagnose met grote zekerheid worden gesteld. Voor het vervolg is de meting van de dikte van een melanoom van belang. Uitzaaiingen in de lymfeklieren worden vastgesteld via een punctie of via een echo, of een combinatie van beide technieken.

Behandeling

Een melanoom zal bij voorkeur door middel van een operatie worden verwijderd. Dit gebeurt meestal onder plaatselijk verdoving door een dermatoloog, plastisch chirurg of 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 centimeter. De marge is afhankelijk van de vastgestelde dikte van het melanoom. Als de 'Breslow' dikte kleiner of gelijk is aan 2 millimeter, kan worden volstaan met 1 centimeter marge. Anders wordt een marge van 2 centimeter aanbevolen. Bij de tweede operatie kan een vrij grote wond ontstaan die niet altijd direct te hechten is. 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. Op basis hiervan kan worden vastgesteld of een melanoom volledig is verwijderd.

Schildwachtklieronderzoek

Om eventuele uitzaaiingen naar de dichtstbijzijnde lymfeklieren op te sporen, wordt een kleurstof in de huid ingespoten ter plaatse van het litteken. Hiermee kan de schildwachtklier worden opgespoord, verwijderd en op uitzaaiingen worden onderzocht. Als bij microscopisch onderzoek geen kwaadaardige

cellen in de verwijderde klier worden aangetoond, is de kans op uitzaaiingen in de andere lymfeklieren zeer klein. Als er wel uitzaaiingen worden gevonden in de schildwachtklier, volgt er aanvullende behandeling.

Complicaties

Wanneer een volledig lymfeklierstation (dus niet alleen de schildwachtklier) wordt verwijderd, kunnen er zich zowel op de korte als de lange termijn complicaties voordoen. 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 lymfdrainage (een soort massage) of compressietherapie in combinatie met elastische kousen of zwachtels, zorgt voor een betere lymfe-afvoer waardoor het oedeem afneemt.

Overige behandelingen

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 chemo-, immuno- of radiotherapie. Dit is afhankelijk van de plaats en de uitgebreidheid van de uitzaaiing. Deze behandeling vindt hoofdzakelijk plaats in een onderzoekstudie.

Belangrijk

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

Controle

In geval van dunne melanomen (dikte minder dan 1 millimeter) wordt volgens de meest recente inzichten één maand na behandeling een eenmalig controlebezoek geadviseerd. U krijgt hierbij praktisch en schriftelijk uitleg over zelfonderzoek van de huid en lymfeklieren. Verdere controle kan desgewenst plaatsvinden met begeleiding als aanvulling op zelfcontrole of voor onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

Bij melanomen met een dikte van meer dan 1 millimeter is het advies: een keer per drie maanden een controle in het eerste jaar, een keer per vier maanden in het tweede jaar en een keer per halfjaar in het derde tot en met het vijfde jaar. Voor melanomen met een dikte van meer dan 2 millimeter wordt dit nog aangevuld met een jaarlijkse controle tot tien jaar na de operatie. Bij de controles wordt de hele huid nagekeken en de lymfeklieren gevoeld.

Het maken van röntgenfoto's, echo's of scans is niet zinvol, tenzij er een specifieke reden voor is.

Vooruitzichten

De vooruitzichten van iemand die een melanoom heeft gehad, hangen sterk af van de kans op uitzaaiingen. De kans op uitzaaiingen is weer afhankelijk van de dikte van het melanoom, wat bij het microscopisch onderzoek is vastgesteld. Hoe dunner het melanoom, des te groter is de kans op volledige genezing.

Vragen?

Wij helpen u graag. U kunt contact opnemen met de assistent of uw behandelend specialist.

Polikliniek Dermatologie:
T (076) 595 30 20

Meer lezen over dermatologie in Amphia?

[Ga naar afdeling Dermatologie](https://www.amphia.nl/afdelingen/dermatologie) (<https://www.amphia.nl/afdelingen/dermatologie>)

Meer lezen over oncologie in Amphia?

[Ga naar Oncologisch Centrum: samen tegen kanker](https://www.amphia.nl/afdelingen/oncologisch-centrum-samen-tegen-kanker) (<https://www.amphia.nl/afdelingen/oncologisch-centrum-samen-tegen-kanker>)