

Wat is het?

Het melanoom van de huid is een vorm van huidkanker die uitgaat van de pigmentcellen (melanocyten), die overal in de huid voorkomen. In vergelijking met ander soorten huidkanker is het melanoom een agressief groeiende tumor die de neiging heeft relatief snel uit te zaaien.



een nodulair melanoom

Wat zijn melanocyten?

Normale melanocyten beschermen de huid tegen de schadelijke invloed van zonlicht. Wanneer melanocyten in groepjes voorkomen kunnen duidelijke pigmentvlekken zichtbaar zijn: deze pigmentvlekken kennen wij allemaal als moedervlekken.

Net als andere soorten cellen in het lichaam kunnen melanocyten veranderen in kankercellen. Dit kan zowel met melanocyten in moedervlekken gebeuren als met melanocyten elders in de huid.

Wie krijgt melanoom?

Terwijl de meeste vormen van kanker vooral bij ouderen wordt gezien, is het melanoom een tumor die relatief vaak bij jonge patienten wordt gezien. Het is, samen met o.a. leukaemie, een van de belangrijkste soorten kanker die bij jonge mensen voorkomt. Melanoom op de *kinderleeftijd* is overigens uitermate zeldzaam.

Melanoom is soms een familiale ziekte: meerdere leden van een familie of zelfs een gezin hebben melanoom: het is verstandig dat mensen die deel uit maken van een dergelijke familie contact opnemen met een dermatoloog.

Per jaar wordt in Nederland circa 4000 keer een melanoom vastgesteld.

Wat zijn risicofactoren voor melanoom?

De belangrijkste risico factoren zijn:

- Licht huidtype
 - Mensen met een zeer licht huidtype (makkelijk zonverbranding) hebben groter risico op melanoom.
- Zonverbranding op kindertleeftijd
 - Regelmatige zonverbranding vòòr het 5e levensjaar lijkt een verhoogd risico te geven op ontwikkelen van melanoom op latere leeftijd.
- Moedervlekken
 - Sommige moedervlekken hebben een verhoogd risico om te ontaarden in een melanoom. Dit betreft vooral de atypische moedervlekken en zeer grote aangeboren moedervlekken. Zie ook de pagina over moedervlekken.
- Erfelijke aanleg
 - Melanomen kunnen in bepaalde families heel veel voorkomen als gevolg van een genetisch defect. Draggers van dit defect hebben een zéér sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van melanoom.

Op welke verschijnselen kunt u letten?

Melanomen ontstaan vaak in reeds bestaande moedervlekken. De moedervlek ondergaat hierdoor veranderingen. Deze veranderingen kunnen zijn:

- Kleurverandering in de moedervlek
 - Nieuwe donkere elementen of juist lichte ophelderingen zijn verdacht.
- Verandering van vorm van de moedervlek
 - Als de moedervlek een grillige begrenzing krijgt of dikker wordt kan dit betekenen dat zich een melanoom aan het ontwikkelen is.
- Jeuk
- Pijn
- Bloeden

Let wel: niet ál deze verschijnselen hoeven op te treden wanneer een moedervlek verandert in een melanoom!

Als een moedervlek spontaan ontstaat uit melanocyten in de gewone huid ontstaat er een plekje dat aanvankelijk lijkt op een gewone moedervlek. Deze plek kan echter dezelfde verschijnselen gaan geven zoals hierboven beschreven bij de veranderende moedervlek.

Welke soorten melanoom zijn er?

Melanoma in situ

Dit is nog geen melanoom, maar het laatste stadium van verandering voordat een echt melanoom ontstaat. Er is weliswaar al sprake van kankercellen, maar deze zitten nog 'opgesloten' in het bovenste laagje van de huid, de opperhuid (epidermis). Over melanoma in situ is een [aparte folder](#) beschikbaar.

Oppervlakkig spreidend melanoom (superficieel spreidend melanoom)

De meeste melanomen vallen onder deze categorie. Deze melanomen hebben vaak een relatief groot oppervlak, maar groeien nog meestal niet diep in de huid.

Nodulair melanoom

Bij dit type melanoom is er al in een relatief vroeg stadium sprake van een tumor-achtige ophoping van melanoomcellen. Aan de oppervlakte is dit vaak te zien als een donkergrijs of donkerblauw 'bobbeltje' in de moedervlek.

Acrolentigineus melanoom

Dit, in Nederland zeldzame, type wordt gezien aan de handen (vingers/nagels) en voeten (tenen/nagels).

Melanoom van de slijmvliezen

Zeldzaam is het melanoom aan het mondslijmvlies, de binnenzijde van de oogleden en de vagina.

Oogmelanoom

Melanomen kunnen behalve aan de huid en slijmvliezen ook *in* het oog voorkomen. Op dit specifieke melanoom zal hier niet verder worden ingegaan.

Ongepigmenteerd melanoom (amelanotisch melanoom)

Dit is een ongekleurde variant van het gewone melanoom. Het is een berucht type, omdat het niet lijkt op een melanoom en daarom vaak laat ontdekt wordt.

Hoe wordt het melanoom behandeld?

Behandeling (1) – operatieve verwijdering

Wanneer de huisarts vermoedt dat er sprake is van een melanoom zal hij de patient in de regel doorverwijzen naar de dermatoloog. De dermatoloog beoordeelt de verdachte afwijking met het blote oog en vaak ook met een speciaal microscoopje dat op de huid kan worden geplaatst (de 'dermatoscoop'). Wanneer de dermatoloog een melanoom vermoedt zal hij de verdachte plek operatief verwijderen met een marge van enkele millimeters. Foto's van deze ingreep vind U [hier](#).

Het verwijderde stukje huid zal door de patholoog worden onderzocht. Als het inderdaad blijkt te gaan om een melanoom zal de patholoog de dikte van het melanoom meten ('Breslow-dikte'). Uit vele onderzoeken is gebleken dat de dikte van het melanoom de belangrijkste voorspellende factor is voor de prognose: hoe dunner het melanoom hoe beter de overlevingskansen.

Behandeling (2) – operatieve verwijdering litteken

Zodra de dikte van het melanoom bekend is wordt het verdere beleid uitgestippeld.

Bij dunne melanomen (dunner dan 1 millimeter) wordt het oorspronkelijk litteken opnieuw verwijderd, doorgaans met een lapje huid van 1 centimeter breed aan weerszijde van het litteken.

Bij dikkere melanomen (dikker dan 1 millimeter) wordt het litteken meestal met een grotere marge operatief verwijderd.

Behandeling (3) - lymfeklieronderzoek

Zodra de diagnose melanoom zeker is zal de behandelend arts naar de lymfeklieren voelen. Melanomen kunnen zich wanneer zij uitzaaien namelijk nestelen in de lymfeklieren, en wanneer dit reeds heeft plaatsgevonden wordt het verder behandelbeleid hierop aangepast. In de meeste gevallen zullen de verdachte lymfeklieren worden verwijderd voor onderzoek.

Wanneer het een dik melanoom betreft en er worden geen verdikte lymfeklieren gevoeld, wordt soms toch via een speciale techniek onderzocht of er uitzaaiingen hebben plaatsgevonden. Dit heet de poortwachtersklier-procedure. Met dit onderzoek kan de lymfeklier worden opgezocht die het meest waarschijnlijk als eerste aangedaan zou zijn bij uitzaaiing.

Bij melanomen dunner dan 1 mm wordt naast het voelen naar de lymfeklieren meestal geen aanvullend onderzoek naar de lymfeklieren uitgevoerd.

Behandeling (4) – aanvullende behandelingen

Bij verreweg de meeste patiënten bij wie melanoom is geconstateerd is verdere behandeling niet nodig.

Indien er echter toch sprake is van verdere uitzaaiingen van het melanoom kan gekozen worden voor aanvullende behandelingen. Deze kunnen bestaan uit:

- Bestraling
 - Bestraling (radiotherapie) wordt soms gegeven op het huidgebied waar het melanoom is weggehaald en soms ook ter plekke van uitzaaiingen. Kankercellen kunnen bestraling slechter verdragen dan gewone cellen. Geprobeerd wordt de dosis straling zo te kiezen dat de melanoomcellen vernietigd worden terwijl het normale weefsel zo min mogelijk beschadigd raakt.
- Chemotherapie
 - Bij uitgezaaid melanoom wordt soms gekozen voor behandeling met chemotherapie. Voor deze therapie worden cytostatica gebruikt. Dit zijn zeer agressieve medicijnen die de deling van cellen belemmeren. Het wordt in de vorm van pillen of infuus (in de bloedbaan) toegediend en komen dus in het gehele lichaam. Kankercellen (die meestal snel delende cellen zijn) zijn gevoeliger voor cytostatica dan de normale weefsel cellen en zullen daarom eerder worden 'uitgeschakeld' dan de meeste gezonde cellen in het lichaam. Helaas hebben cytostatica veel bijwerkingen (moehed, haaruitval etc.).
- Immunotherapie
 - Immunotherapie is vooralsnog overwegend een experimentele therapie. Er zijn verschillende soorten immunotherapie in ontwikkeling. Meestal betreft het vaccins tegen melanoomcellen of 'opgewerkte' witte bloedcellen die de tumor selectief moeten aanvallen. Immunotherapie wordt in gespecialiseerde centra uitgevoerd. Er zijn inmiddels ook geneesmiddelen ontwikkeld en in Nederland geregistreerd die effectief kunnen zijn bij uitgezaaid melanoom. Het aantal en de grootte van de uitzaaiingen kunnen bij mensen die gevoelig zijn voor het geneesmiddel (soms drastisch) worden teruggebracht. Voor zover bekend kunnen deze middelen alleen een onderdrukking van de tumoren bewerkstelligen en geen volledige genezing van het melanoom.

Controle

Nadat de behandeling is uitgevoerd wordt de patient gedurende 5 tot 10 jaar gecontroleerd. Meestal gebeurt dit door de dermatoloog of door de dermatoloog en chirurg gezamenlijk.

De controles worden in het 1e jaar 3-4x uitgevoerd. Daarna neemt, als zich geen problemen voordoen, de controlefrequentie af.

De controle bestaat uit inspectie van het litteken en het voelen naar de lymfeklieren. Tevens wordt de huid nagekeken op onrustige moedervlekken. In bijzondere situaties zal uitgebreider onderzoek plaatsvinden.

Wat zijn de vooruitzichten?

Een van de eerste dingen die iemand wil weten die met de diagnose 'melanoom' wordt geconfronteerd is: wat zijn mijn overlevingskansen? Voorspellingen zijn moeilijk. Elk geval van melanoom is verschillend en er kunnen vele factoren zijn die de prognose beïnvloeden.

De overlevingskans is sterk afhankelijk van het feit of het melanoom al uitzaaiingen heeft gevormd of niet. Als het melanoom geheel verwijderd is en er zijn geen uitzaaiingen, dan is de prognose 100%, want de patient is genezen. Helaas is nooit met zekerheid te zeggen dat een melanoom *niet* uitgezaaid is op het moment dat het melanoom door de arts wordt verwijderd. Er kunnen al individuele melanoomcellen van de oorspronkelijke tumor losgeraakt zijn, die in de loop van de tijd op andere plaatsen in het lichaam een nieuwe tumor gaan vormen. Deze 'micro'-uitzaaiingen zijn in het begin van de controleperiode vaak moeilijk of niet op te sporen.

Uit grote onderzoeken blijkt steeds opnieuw dat de kans op uitzaaiingen duidelijk toeneemt naarmate het oorspronkelijk melanoom dikker is. Bij 90-95% van de patienten met een melanoom dunner dan 1 mm komt de ziekte niet terug. Naarmate het melanoom dikker wordt neemt het percentage patienten bij wie na 5 jaar nog geen uitzaaiing van het melanoom is gevonden geleidelijk af.

Wanneer er sprake is van uitzaaiingen worden de vooruitzichten ongunstiger.

Voorkómen van melanomen

- Verstandig [zonnen](#)
 - Bij het ontstaan van de meeste melanomen lijkt de zon een rol te spelen. Herhaaldelijke zonverbrandingen, vooral die vóór het 5e levensjaar zijn doorgemaakt, verhogen de kans op latere melanoomontwikkeling. Bescherm huid, en vooral de huid van kinderen, daarom goed tegen zonverbrandingen.
- Zelfcontrole
 - Het melanoom van de huid is een bijzondere kanker omdat hij in een vroeg stadium door de patient zelf kan worden opgemerkt. Wanneer er dus afwijkingen aan de huid zijn die een of meer van de eerder genoemde alarmsymptomen tonen, aarzel dan niet maar neem snel contact op met de huisarts!