

voor grote moeilijkheden geplaatst zien staan, door een verandering van de consistentie van de vaten.

Arnhem, november 1983

B. SPEELBERG  
J.K. VAN DE REE  
W. VAN LOMMEL  
H. MUL

## Hoe ruim moet een melanoom van de huid worden verwijderd?

Onlangs werden diagnostiek en behandeling van het maligne melanoom van de huid uitvoerig in dit tijdschrift besproken. Welvaart besteedde daarbij bijzondere aandacht aan de vraag hoe ruim de chirurgische excisie dient te zijn.<sup>1</sup> Tumordikte en lokalisatie kunnen daarbij, volgens door hem aangehaalde auteurs, bepalend zijn. Ook Rampen en Hulsebosch adviseerden op geleide van deze gegevens een verschil in excisiemarge.<sup>2</sup> Gezien het grote praktische belang van chirurgisch-therapeutische adviezen in dezen wil ik graag wijzen op het duidelijke standpunt van Ackerman en Scheiner,<sup>3</sup> die van mening zijn dat de chirurgische behandeling van het primaire maligne melanoom van de huid – ongeacht lokalisatie of dikte! – niet dient te verschillen van die van willekeurig welke andere primaire maligne tumor van de huid; is de tumor in toto verwijderd (dus zijn de resectievlakken vrij van tumor) dan resulteert verwijderen van méér normale huid niet in betere overleving van de patiënt. Zij stellen dat veel verwarring over de waarde van de „ruime” excisie is veroorzaakt door onzorgvuldige definitie van het begrip „lokaal recidief”. Hieronder dient te worden verstaan het opnieuw ontstaan van een histologisch bevestigd melanoom in of in aansluiting op het oorspronkelijke excisielitteken. Dit dient niet te worden verward met „lokale metastase” of satellietmetastase, dat wil zeggen een metastase binnen 5 cm van de primaire tumorlokalisatie. Een „echt” lokaal recidief is zeldzaam bij een maligne melanoom, *ongeacht de tumordikte*, ook wanneer smalle marges (1-2 cm) werden geëxcideerd.<sup>4,5</sup>

### LITERATUUR

- 1 Welvaart K. Hoe ruim moet een melanoom van de huid worden verwijderd? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1868-70.
- 2 Rampen FHJ, Hulsebosch H-J. Het maligne melanoom van de huid; behandelingsadviezen naar aanleiding van een enquête onder Nederlandse dermatologen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1853-7.
- 3 Ackerman AB, Scheiner AM. How wide and deep is wide and deep enough? A critique of surgical practice in excisions of primary cutaneous malignant melanoma. Hum Pathol 1983; 14: 743-4.
- 4 Breslow A. Prognosis in stage I cutaneous melanoma: tumor thickness as a guide to treatment. In: Ackerman AB, ed. Pathology of malignant melanoma. New York: Masson Publishing USA, 1981.
- 5 Elder DE, Guerry D, Heiberger RM. Optimal resection margin for cutaneous malignant melanoma. Plast Reconstr Surg 1983; 71: 66.

Zwolle, november 1983

J.W. STEFFELAAR

Gaarne wil ik collega Steffelaar bedanken voor zijn aanvulling op mijn artikel. De optimale marge om een melanoom te verwijderen is niet bekend; wanneer echter te smalle marges worden aangehouden (slechts enkele millimeters) zal het risico van een lokaal recidief reëel worden. Ackerman en Scheiner onderschrijven mijn mening dat het verwijderen van meer huid niet zal resulteren in een betere prognose. Ook ik overweeg in mijn artikel dat onderzoek door de patholoog-anatoom van de sneevlakken de verwachting kan bevestigen dat na een krappe excisie de tumor in toto is verwijderd. Men dient zich dan wel te realiseren

dat een volledig onderzoek door de patholoog-anatoom van de sneevlakken vrijwel ondoenlijk is. In tegenstelling tot andere tumoren van de huid hangt het succes van de genezing uitsluitend af van het mes en mag dus niet het risico van een lokaal recidief worden genomen door de tumor te krap te verwijderen.

Leiden, november 1983

K. WELVAART

Het door collega Steffelaar geciteerde werk van Ackerman en Scheiner was nog niet verschenen op het moment dat wij ons artikel ter publikatie aanboden. Wel waren wij al enigszins geïnformeerd over het „duidelijke standpunt” van Ackerman door zijn kritiek bij een commentaar van Day et al. over de chirurgische excisiemarge.<sup>1,2</sup> De argumentatie aangevoerd ten gunste van een krappe excisie is in onze ogen echter te simplistisch. Dat elk melanoom verwijderd zou kunnen worden met een marge van ongeveer 0,5 cm, zoals bij andere maligne huidaandoeningen vaak wordt geadviseerd, zou namelijk betekenen dat het melanoom hetzelfde biologische gedrag toont als het basale-celcarcinoom en het plaveiselcelcarcinoom van de huid. Niets is minder waar.

Terecht wijst collega Steffelaar op het probleem van de satellitosis. Satellietmetastasen zijn lymfogene cutane metastasen in de omgeving van de primaire tumor. De arbitraire grens ligt bij 5 cm; daarbuiten worden ze „intransit”-metastasen genoemd. Vaak zien wij dat, althans in een beginstadium, deze lymfogene uitbreiding beperkt blijft tot het direct aangrenzende huidgebied rondom het melanoom. Een ruime excisie kan in deze gevallen voor de patiënt genezing betekenen; een te krappe excisie kan leiden tot het later ontstaan van loco-regionale cutane metastasen met een geringe kans op definitieve genezing.

Het voorkomen van satellietmetastasen hangt samen met de Breslow-dikte. Day et al. vonden bij microscopisch onderzoek van melanomen < 1 mm dik geen satellietmetastasen, terwijl de frequentie opliep tot 63,5% bij tumoren > 4 mm dik.<sup>3</sup> Een dergelijk verband werd eveneens gevonden door Elder et al.<sup>4</sup> Onlangs hebben ook wij een verband kunnen aantonen tussen tumordikte en satellitosis (Rampen en Rümke, Amsterdam-Rotterdam melanoom-enquête, voorlopige gegevens): 23 van de 137 patiënten met melanomen op de ledematen hadden satellietmetastasen ten tijde van de diagnose, waarbij de frequentie bij tumoren ≤ 1 mm dik 0% bedroeg en bij tumoren > 4 mm dik 26,1%. Omdat de kans op satellietmetastasen dus stijgt bij toenevende dikte van het melanoom lijkt een ruime excisie voor de dikkere tumoren zeker verantwoord. De vraag is alleen: waar leggen wij de grenzen voor de diktecategorieën en voor de excisiemarges? Day et al. leggen deze grenzen bij 0,85 en 1,69 mm dikte, en bij 1,5 en 3 cm voor de excisiemarges, waarbij ook nog de lokalisatie van invloed is.<sup>2</sup> De adviezen van Balch et al. zijn minder gecompliceerd: tot 0,75 mm dikte een tumorvrije marge van 2 cm, daarboven 3-5 cm.<sup>5</sup> De richtlijnen welke wij aanhouden komen in grote lijnen overeen met die van Balch et al., zij het dat wij pas bij 2 mm dikte een ruime excisie adviseren.<sup>7</sup> Misschien ligt deze grens van 2 mm te hoog en zouden ook dunnere melanomen ruim geëxcideerd moeten worden. In de hier genoemde onderzoeken,<sup>4,5</sup> alsook bij onze eigen patiënten ging geen enkel melanoom < 1 mm dik gepaard met satellitosis; daarboven neemt de kans op satellitosis snel toe.

Dat in de tot nu toe verschenen literatuur geen ongunstige invloed van krappe excisies op de prognose kon worden aangetoond is weinig relevant. Waarschijnlijk gaat het hier om zeer subtiele verschillen, zodat reeksen van slechts enkele honderden patiënten te klein zijn om definitieve