

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.¹ 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.² Gezien het grote praktische belang van chirurgisch-therapeutische adviezen in dezen wil ik graag wijzen op het duidelijke standpunt van Ackerman en Scheiner,³ 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 excisieletteken. 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.^{4,5}

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.^{1,2} 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.³ Een dergelijk verband werd eveneens gevonden door Elder et al.⁴ 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.² De adviezen van Balch et al. zijn minder gecompliceerd: tot 0,75 mm dikte een tumorvrije marge van 2 cm, daarboven 3-5 cm.⁵ 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.⁷ Misschien ligt deze grens van 2 mm te hoog en zouden ook dunnere melanomen ruim geëxcideerd moeten worden. In de hier genoemde onderzoeken,^{4,5} 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

conclusies toe te laten. Verder zijn de hier geschetste criteria van satellitosis en in-transit-metastasering onvoldoende in de literatuur over dit onderwerp verwerkt.

Het maligne melanoom van de huid moet worden gezien als een satellietvormende tumor waarvan het loco-regionale recidiefpercentage wellicht kan worden teruggebracht door een „voldoende ruime” excisie, dit op geleide van de tumordikte. Een krappe excisie voor *alle* melanomen, ongeacht de tumordikte, zoals Ackerman en Scheiner adviseren,¹ brengt daarentegen extra gevaren met zich mee, zodat hun standpunt onzes inziens geen navolging verdient.

LITERATUUR

- ¹ Ackerman AB. Malignant melanoma margins. *N Engl J Med* 1982; 307: 440.
- ² Day CL, Mihm MC, Sober AJ, Fitzpatrick TB, Malt RA. Narrower margins for clinical stage I malignant melanoma. *N Engl J Med* 1982; 306: 479-82.
- ³ Day CL, Harrist TJ, Gorstein F, et al. Malignant melanoma: prognostic significance of „microscopic satellites” in the reticular dermis and subcutaneous fat. *Ann Surg* 1981; 194: 108-11.
- ⁴ Elder DE, Guerry D, Heiberger RM, et al. Optimal resection margin for cutaneous malignant melanoma. *Plast Reconstr Surg* 1983; 71: 66-72.
- ⁵ Balch CM, Murad TM, Soong S-J, Ingalls AL, Richards PC, Maddox WA. Tumor thickness as a guide to surgical management of clinical stage I melanoma patients. *Cancer* 1979; 43: 883-8.
- ⁶ 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.

Amsterdam, november 1983

F.H.J. RAMPEN
H-J. HULSEBOSCH

Pancreasprikkeling door oxyfenbutazon (Tanderil)

In het artikel van de collegae Versteegh, Vijverberg en Van Dijk over pancreasprikkeling door oxyfenbutazon (Tanderil) werd een patiënt beschreven, van wie wordt vermeld dat zij een vrij ernstige vorm van psoriasis had. Na het begin van de behandeling met oxyfenbutazon (Tanderil) en chloroquine (Nivaquine) wegens gewrichtsklachten zou volgens patiënte een verergering van de huidafwijking zijn ontstaan.¹

Omdat hierop in het artikel niet wordt teruggekomen, lijkt het mij gewenst erop te wijzen dat het gebruik van antimalariamiddelen als chloroquine bij patiënten met psoriasis niet zonder risico is. In de jaren vijftig en zestig is in de literatuur een aantal casuïstische mededelingen verschenen over verergering van psoriasis tijdens behandeling met chloroquine, waarbij in sommige gevallen een erythrodermie ontstond. Zelf heb ik jaren geleden het drama meegemaakt van een patiënte met uitgebreide psoriasis, bij wie tijdens behandeling met chloroquine een hevige exacerbatie in de vorm van gegeneraliseerde psoriasis pustulosa ontstond, gepaard gaande met hoge koorts. Orale behandeling hiervan met cortison leidde tot het ontstaan van miliaire tuberculose, waaraan patiënte uiteindelijk overleden is.

In Meyler's side-effects of drugs wordt vermeld dat actieve psoriasis door antimalariamiddelen kan worden verergerd en dat psoriasis kan worden geprovoceerd bij patiënten met psoriasis in de voorgeschiedenis.² Baker en Wilkinson adviseren geen antimalariamiddelen aan patiënten met psoriasis voor te schrijven.³ Dit advies, dat ik geheel onderschrijf, lijkt belangrijk genoeg om er op deze plaats de aandacht op te vestigen.

LITERATUUR

- ¹ Versteegh MIM, Vijverberg PLM, Dijk HA van. Pancreasprikkeling door oxyfenbutazon (Tanderil). *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1924-5.
- ² Dukes MNG, ed. Meyler's side-effects of drugs. Vol 9. Amsterdam: Excerpta Medica, 1980.
- ³ Baker H, Wilkinson DS. Psoriasis. In: Textbook of dermatology. 3rd ed. Rook AJ, Wilkinson DS, Ebling FJG, eds. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1979: 1315-67.

Amsterdam, oktober 1983

E. VAN DIJK

Coloncarcinoom na cholecystectomie

Naar aanleiding van het artikel „Coloncarcinoom na cholecystectomie” van collegae J. Dees en O.T. Terpstra zou ik gaarne de volgende opmerking willen maken. Het effect van cholecystectomie op het volume en de samenstelling van de gal is bij de hond uitvoerig onderzocht.^{1 2} Bij de nuchtere hond werd een galstroom uit de papil van Vater waargenomen, die varieerde tussen 9,6 en 11,2 ml/uur.¹ Een half uur na de voeding steeg de galstroom tot ongeveer 25 ml/uur. Gedurende drie uur na voeding bleef de galproductie op dit niveau en tijdens deze periode werden contracties van de galblaas waargenomen, zich uitend in sterke stijging van de concentratie van galzure zouten in de gal. Na cholecystectomie was de stijging van de galproductie wat het volume betreft identiek. De stijging van de galzure zouten in de gal ontbrak dan echter.¹

Deze bevindingen zijn in tegenspraak met het gestelde in bovengenoemd artikel, waarin staat dat de gal uit de lever bij een intacte galblaas, buiten de voeding om, volledig naar de galblaas stroomt en dat slechts weinig gal de darm bereikt. Mijn vraag aan de auteurs is welke aanwijzingen er zijn dat de situatie bij de mens zo verschilt van die bij de hond.

LITERATUUR

- ¹ Nahrwold DL, Grossmann MI. Effect of cholecystectomy on bile flow and composition in response to food. *Am J Surg* 1970; 119: 30-4.
- ² Nahrwold DL, Rose RC. Changes in hepatic bile secretion following cholecystectomy. *Surgery* 1976; 80: 178-82.

Enschede, september 1983

E.W. KUMMER

De huidige plaats van het röntgenologische onderzoek voor de diagnostiek van galblaasziekten.

In het Caput Selectum over de huidige plaats van het röntgenologische onderzoek voor de diagnostiek van galblaasziekten¹ komen de auteurs tot de conclusie dat twee niet-röntgenologische methoden, te weten de echografie en de scintigrafie veelal de voorkeur verdienen. Deze conclusie wordt in de literatuur vrijwel unaniem onderschreven. Teleurstellend is het voorbeeld (fig. 6) dat de auteurs geven van het waardevolle scintigrafische onderzoek. De afbeelding toont een afwijkend beeld. Dat de galblaas na 35 minuten zichtbaar wordt, staat in het onderschrift, maar is niet op de afbeelding waar te nemen. Wellicht was deze tekortkoming vermeden indien de auteurs een deskundige op het betrokken gebied, bijvoorbeeld een nucleair geneeskundige, hadden geraadpleegd en niet hadden volstaan met het in dank aanvaarden van een ter beschikking gestelde afbeelding.