

dr. Harald Hoekstra

onderzoeker, afdeling Nucleaire Geneeskunde en Moleculaire Beeldvorming (NGMB) UMCG

dr. Eric Deckers

chirurg i.o., afdeling Chirurgie UMCG

dr. ir. Marieke Louwman

epidemioloog, Integraal Kankercentrum Nederland

dr. Alexander van Akkooi

chirurg, Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek

ONACCEPTABELE VERSCHILLEN IN HET TOEPASSEN VAN DE SCHILDWACHTKLIERBIOPSIE

Het onlogische verband tussen woonplaats en stadiëring

Om de stadiëring van een melanoompatiënt te bepalen wordt de schildwachtklierbiopsie gebruikt. Tussen provincies blijken echter opmerkelijke verschillen te bestaan in de mate waarin dit middel wordt toegepast.

SWK-BIOPSIE IN DE LOOP DER JAREN

In 1993 werd de schildwachtklierbiopsie (SWK-biopsie) in Nederland geïntroduceerd als minimaal invasieve ingreep om de stadiëring van patiënten met borstkanker en melanoom te bepalen. In 2001 werd deze ingreep in de CBO-richtlijn Mammacarcinoom opgenomen; pas eind 2019 volgde de richtlijn Melanoom. Hoe verliep in Nederland de richtlijnontwikkeling met betrekking tot de SWK-biopsie bij melanoompatiënten en wordt deze stadiëring nu ook werkelijk toegepast?

In de tweede, herziene richtlijn Melanoom – in 1997 – stond dat SWK-biopsie een veelbelovende methode leek om occulte metastasering in de regionale lymfklieren aan te tonen.¹

De derde versie van deze richtlijn stelde in 2005 voor om de SWK-biopsie te reserveren voor patiënten die zo goed mogelijk geïnformeerd willen zijn over de prognose.² Hoewel in 2010 de SWK-biopsie werd opgenomen in de zevende editie van de AJCC-stadiëring van het melanoom bleef het advies in de vierde herziening van de richtlijn in 2012 de 'schildwachtklierprocedure te reserveren voor patiënten die zo goed mogelijk geïnformeerd willen zijn over hun prognose en [wordt] geadviseerd om de schildwachtklierprocedure als optie te bespreken met patiënten met een melanoom stadium-IB of hoger'.⁴ In 2014 onderschreef slechts 25 procent van de specialisten die patiënten met een melanoom behandelden en 44 procent van de arts-assistenten de stadiëring van het melanoom met een SWK-biopsie.⁵

Daarnaast bleek dat de sociaal-economische status een rol speelde bij het wel of niet uitvoeren van deze stadiërende ingreep.⁶



In 2010 erkende de American Joint Committee on Cancer (AJCC) de SWK-biopsie als middel om de stadiëring van melanoom te bepalen. Maar uit verschillende onderzoeken blijkt dat in Nederland bij slechts de helft van de melanoompatiënten die ervoor in aanmerking kwamen daadwerkelijk een SWK-procedure werd uitgevoerd.⁷⁻¹⁰ Bij 20 procent van hen werd microscopische metastasering in de SWK vastgesteld. Onderzoek over de periode 2010-2016 bevestigt een eerdere bevinding dat er percentueel significant minder SKW-biopsieën werden uitgevoerd bij vrouwen, bij oudere melanoompatiënten en bij patiënten met een melanoom in het hoofdhalsgebied. De sociaal-economische status speelde niet langer een rol bij het wel of niet uitvoeren van deze ingreep.¹⁰ Er werden significant meer SKW-procedures

gedaan in een melanoomcentrum. Opvallend waren de grote verschillen in de toepassing van de SWK-procedures tussen de verschillende provincies, variërend van 37 tot 67 procent (zie *figuur*). In Noord-Nederland was het percentage 74 procent en verschilde daarmee significant van de rest van Nederland (56%, $p < 0,01$).¹⁰ Daarnaast geeft de figuur per provincie de percentages SWK-biopsieën in het hoofdhalsgebied, de romp en de ledematen.

Pro biopsie

De SWK-biopsie bij de stadiëring van melanoompatiënten is een minimaal invasieve procedure die gepaard gaat met een korte- en langetermijnmorbiditeit.^{11,12} De kwaliteit van leven van patiënten die een SWK-biopsie hebben ondergaan, is beter dan die van de normpopulatie.¹³ De vraag is natuurlijk of de biopsie bijdraagt aan een betere overleving. Dit is onderzocht in drie trials. De MSLT I-, MSLT II- en DeCOG-studie hebben laten zien dat de SWK-biopsie geen verbetering geeft van de overleving van melanoompatiënten en dat

Iedere patiënt zou in aanmerking moeten kunnen komen voor een SWK-procedure

de overleving na een aanvullende klierdissectie bij een positieve SWK niet verschilt van een therapeutische klierdissectie indien een regionaal recidief optreedt.¹⁴⁻¹⁶ Zijn deze conclusies nu een reden om af te zien van de SWK-biopsie bij deze patiëntengroep?

Er zijn drie gegronde redenen om bij melanoompatiënten wel degelijk een SWK-procedure uit te voeren. Allereerst zijn er in geval van een positieve SWK sinds kort effectieve adjuvante systemische behandelingen voorhanden die bijdragen aan een verbetering van de overleving. Deze systemische behandelingen zijn waarschijnlijk effectiever bij een geringe 'tumor load'.¹⁷ Ten tweede kan bij een negatieve SWK worden volstaan met minder intensieve poliklinische controles. Daarmee kunnen de



GETTY IMAGES

follow-upkosten van melanoompatiënten in stadium Ib-II met 39 procent worden verminderd.¹⁸ Ten derde – niet onbelangrijk – wil niet iedere patiënt bij wie de diagnose kanker, in dit geval melanoom, wordt gesteld weten wat zijn prognose is en de optimale gecombineerde behandeling krijgen indien deze is geïndiceerd.

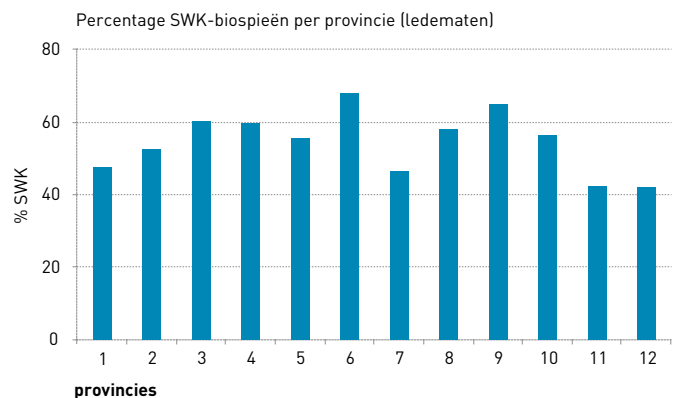
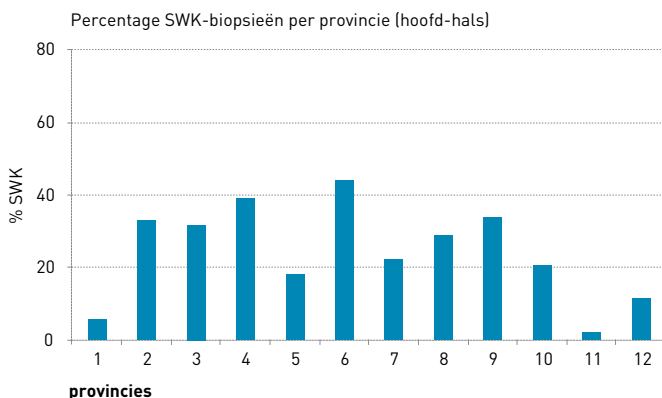
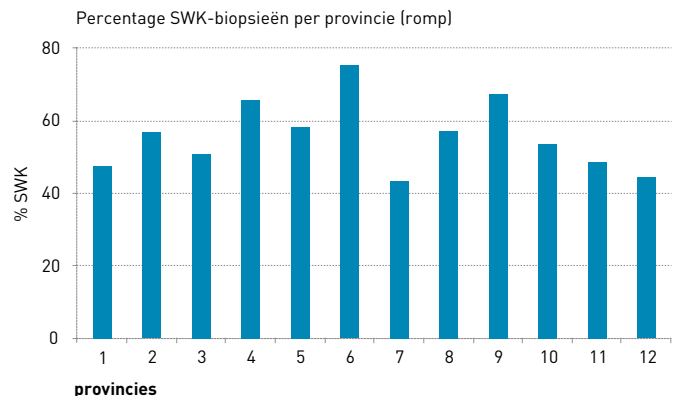
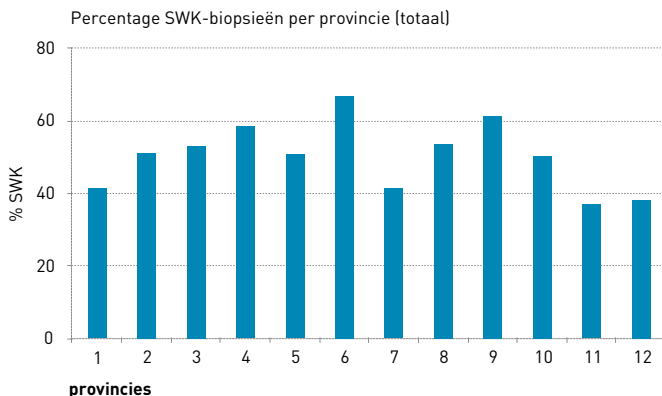
In de laatste update van de richtlijn Melanoom van oktober 2019 wordt nu geadviseerd ‘Een schildwachtklierprocedure bij patiënten met een melanoom van pT1b (8ste AJCC-stadiëring) en hoger te verrichten om patiënten optimaal te stadiëren en te informeren over de prognose, alsmede te bepalen of zij in aanmerking komen voor adjuvante therapie’.¹⁹

Zorgelijk

De laatst beschikbare (ongepubliceerde) data van de Nederlandse Kankerregistratie laten zien dat in 2018 bij slechts 58 procent van de daarvoor in aanmerking komende melanoompatiënten – patiënten met een klinisch stadium IB-II – daadwerkelijk de SKW-procedure

conform de AJCC-stadiëring is toegepast. Het is zeer zorgelijk dat in Nederland nog altijd zeer grote regionale verschillen in de toepassing van de SWK-procedure bestaan. Iedere melanoompatiënt zou ongeacht leeftijd, geslacht en anatomische lokalisatie van het melanoom in aanmerking moeten kunnen komen voor deze minimaal invasieve stadiërende ingreep tenzij er sprake is van een (ernstige) comorbiditeit. Bovendien zou iedere klinisch stadium IB-II-melanoompatiënt besproken dienen te worden in het multidisciplinaire melanoomoverleg zoals recentelijk is geadviseerd in de update van de melanoomrichtlijn 2019. Dan alleen kan er sprake zijn van een optimale en kosteneffectieve multidisciplinaire melanoomzorg.

Schildwachtklierbiopsieën



Percentage schildwachtklierbiopsieën en anatomische locaties per provincie in Nederland.¹⁰ De bijbehorende provincienamen heeft het IKNL helaas niet vrijgegeven.

Covid-19

Door de covid-19-crisis zijn er in Nederland waarschijnlijk duizend melanoomdiagnoses minder gesteld.²⁰ Vermoedelijk worden hierdoor de komende maanden hogere stadia van het melanoom gediagnosticeerd met een slechtere prognose.

Hoe het melanoom te behandelen tijdens covid-19? Gremia als de Nederlands Vereniging voor Heelkunde (NVvH) hebben hiervoor triageafspraken gemaakt. De chirurgische behandeling van T3/T4-melanomen (> 2,0 mm breslowdikte) moet voorrang krijgen op T1/T2-melanomen (≤ 2,0 mm breslowdikte), mits een radicale diagnostische excisie heeft plaatsgevonden. De schildwachtkliebiopsieën en re-excisijs worden, naarmate de middelen

Door covid-19 zijn er zo'n duizend melanoomdiagnoses minder gesteld

schaarser worden, tot maximaal drie maanden uitgesteld. Waar mogelijk vindt de re-excisie en/of schildwachtkliebiopsie onder lokale of locoregionale anesthesie plaats in dagbehandeling.²¹ Er is ook nog een ander initiatief, waarbij een multicenterimplementatiestudie vanuit het Erasmus MC wordt verricht, waarbij een *gene expression profile* (GEP) wordt bepaald op het weefsel van het diagnostisch geëxcideerde melanoom. Gekeken wordt of het melanoom een high- of low-risk-profiel heeft. Behandelaren kunnen deze GEP-uitslag tijdens de pandemie ook gebruiken voor het triëren van patiënten die met voorrang een SWK moeten ondergaan.²² ■

contact

h.j.hoekstra@umcg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

PRAKTIJKPERIKEL

'U WORDT GEBELD'

Het was een doordeweekse dag in de vroege ochtend toen zij op het spreekuur kwam. Ogenscheinlijk gezond, en samen met haar kind. De patiënten die komen op het spreekuur hebben de meest uiteenlopende klachten, maar vaak hebben ze één ding gemeen: Ze zijn ongedocumenteerd.

Ik draaide namelijk spreekuur bij stichting Kruispost, een organisatie die medische en psychosociale zorg verleent aan de meest kwetsbaren van onze samenleving. Hierbij gaat het om onder anderen ongedocumenteerden, onverzekerden en daklozen.

Het is een moeilijke doelgroep, vooral omdat ze vaak geen Nederlands of Engels spreken. Maar deze patiënte kwam voorbereid met een tolk aan de telefoon. Zij vertelde dat de ze sinds zes (!) maanden aan het wachten is op een afspraak voor een hartklepvervangning. De patiënte heeft ondertussen meer klachten gekregen en ieder keer als ze naar het ziekenhuis laat bellen wordt er keurig geantwoord: 'U wordt gebeld voor een afspraak, wegens covid proberen we zoveel mogelijk telefonisch te doen.'

Hier komt echter het grote probleem: de patiënte wordt gebeld op een dagdeel, maar een garantie voor een tijdstip kunnen ze niet geven. Hierdoor kan zij ook geen tolk regelen en begrijpt ze niks van het belletje.

Ik besluit om het ziekenhuis te bellen om duidelijkheid te krijgen. Na eerst de poliassistente, het planbureau en de secretaresse te hebben gesproken, krijg ik toch de arts-assistent aan de lijn. Ik vertel het verhaal, maar het enige wat ik terugkrijg is: 'Wegens covid kunnen we de patiënte niet fysiek zien en wordt ze gebeld om haar toegenomen klachten in kaart te brengen.'

Dat de covid-19-crisis ons heeft gedwongen tot creativiteit en nu veel zorg via (video)bellen kan plaatsvinden is mooi, maar laten we de context van de patiënt hierbij niet uit het oog verliezen. Werkt een telefonische afspraak bij een patiënt die de taal niet spreekt en hierbij niet een tolk 24/7 tot zijn beschikking heeft?

Na wat aandringen is patiënte alsnog fysiek, met tolk, op een poliafspraak gezien.

Ilias Attaye

arts-onderzoeker Vasculaire Geneeskunde Amsterdam UMC, locatie AM

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl