

Bekijk dit bericht in je browser



- [Zorgdomein dermatologische oncologie.](#)
- [Inleiding](#)
- [Speerpunten en innovatieve topics](#)
- [Besluit](#)

Zorgdomein dermatologische oncologie.

De informatie uit alle vorige nieuwsbrieven is ook online beschikbaar op onze website specifiek voor huisartsen:

<https://www.azdelta.be/nl/huisarts/expertisedomeinen/oncologisch-centrum>. De bijhorende zorgpaden worden eveneens vermeld.

Informatie voor patiënten en informatie ivm verwijzingen is te vinden onder zorgdomeinen via <https://www.azdelta.be/nl/discipline/oncologisch-centrum>

Inleiding

In de maandelijkse oncologische nieuwsbrieven worden de 10 zorgdomeinen afzonderlijk toegelicht. De volgende zorgdomeinen zijn in AZ Delta actief: algemene oncologie, dermatologische oncologie, digestieve oncologie, hematologie, hoofd- en halsoncologie, neuro-oncologie, pelviene oncologie, respiratoire oncologie, senologie/borst en urologische oncologie.

Er zijn 2 nieuwsbrieven over het zorgdomein dermatologische oncologie. In een de eerste nieuwsbrief werd **de multidisciplinaire werking** voorgesteld en het **aanbod aan pathologie**, in de actuele tweede brief komen enkele **innovatieve onderwerpen** aan bod.

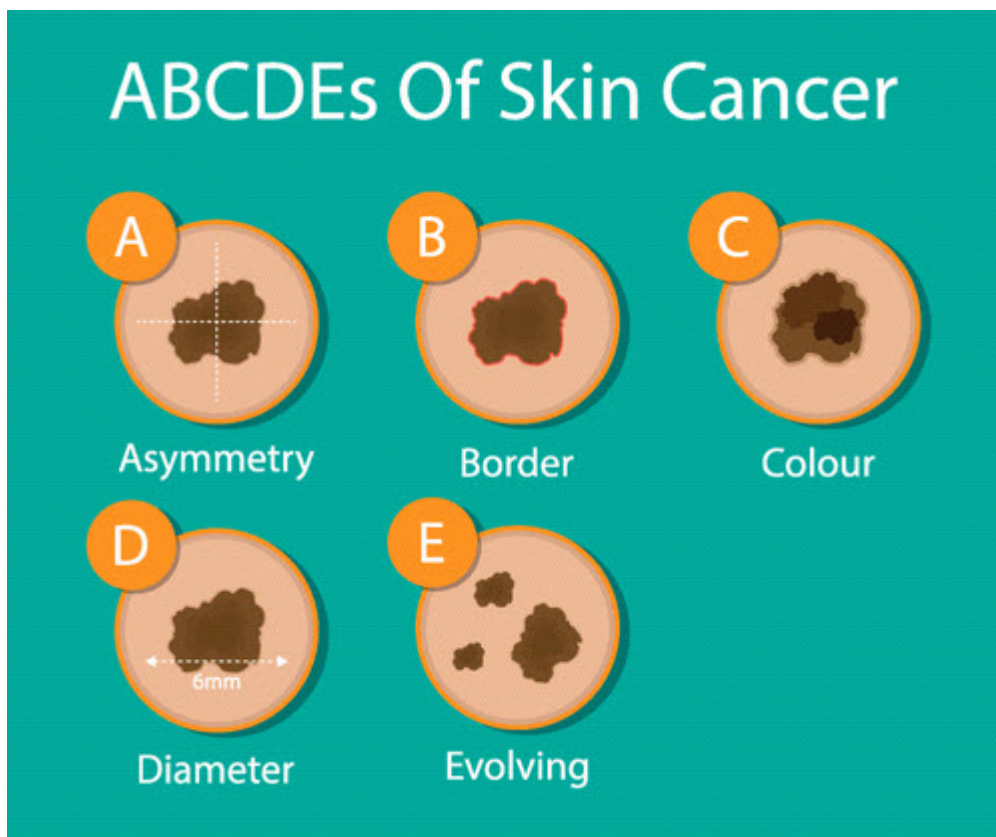


Speerpunten en innovatieve topics

1. Diagnostiek

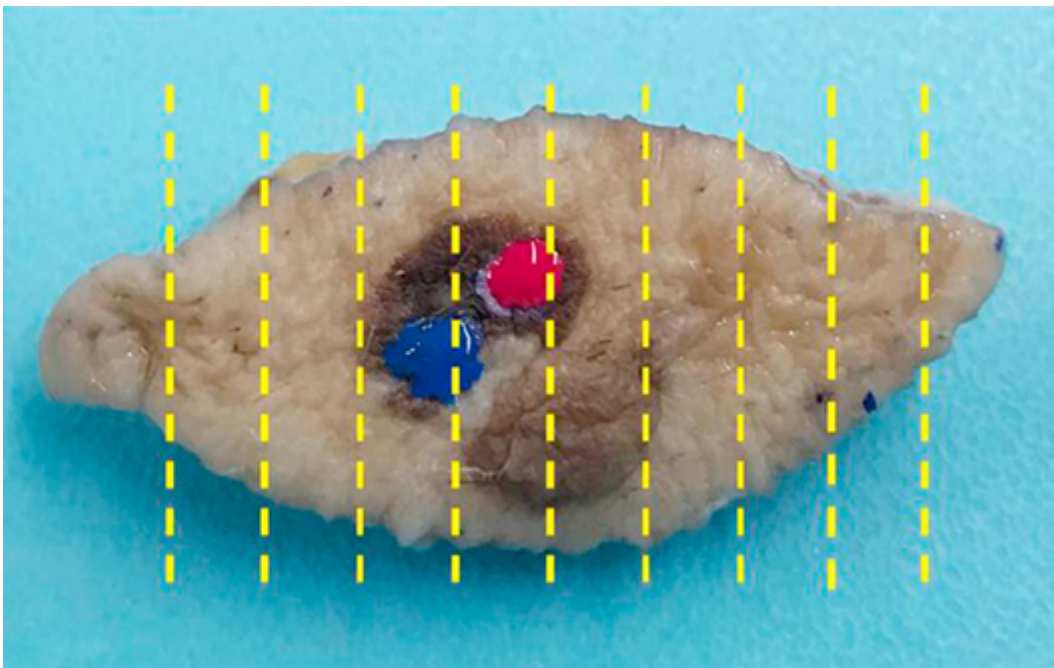
We weten dat de **incidentie** van zowel melanomen als non melanoma skin cancers (NMSC met name baso's en spino's) de laatste jaren **fors** is **toegenomen**. Belangrijk naar overleving bij melanomen toe is een **vroegtijdige diagnose**. Er werden diverse campagnes voor de bevolking op touw gezet en dit heeft zeker geleid tot een grotere bewustwording naar zonblootstelling en het belang van huidinspecties toe.

Zorgverleners in de brede zin van het woord kunnen een steentje bijdragen door de **ABCDE-regel** toe te passen wanneer ze naevi inspecteren. Bij verandering van een naevus is het belangrijk de patiënt te verwijzen.



In de toekomst kan **fotomapping met artificiële intelligentie** een hulp bieden om de dermatoloog te ondersteunen, maar op heden staan deze toestellen nog niet op punt.

Op histopathologisch gebied zijn er meerdere immuunhistochemische markers bijgekomen. We kunnen ook gebruik maken van **dermdotting**, een techniek waarbij door de dermatoloog gekleurde nagellak wordt aangebracht op het meest verdacht deel van een letsel. Op die manier kan de patholoog deze zone gericht microscopisch onderzoeken.



Figuur: dermdotting is toegepast met rode en blauwe nagellak.

Bij het **melanoom** kan, naast een klinisch locoregionaal onderzoek, in functie van het stadium al dan niet een preoperatieve **stagering** met beeldvorming worden uitgevoerd. De indicatiestelling hiertoe ligt niet strikt vast. Een praktisch schema dat kan worden gebruikt: bij een stadium IA (= Breslow < 0.8 mm zonder ulceratie) is geen stagering benodigd. Vanaf stadium IB wordt een echografie van de klierstreek aanbevolen en dit kan tegelijk worden aangevuld met een low dose CT thorax (is actueel te verkiezen boven RX thorax) en echografie abdomen als baseline-onderzoek. Bij klieraantasting kan een PET/CT-scan worden uitgevoerd.

2. Heelkunde

Behandeling bij een positieve schildwachtklierbiopsie

Een volledige klierevidement van alle betrokken lymfeklierstations werd beschouwd als de standaardbehandeling voor patiënten met een positieve schildwachtklierbiopsie. Actueel is het evenwel zo dat de resultaten van twee gerandomiseerde studies **geen aanvullend klierevidement** meer ondersteunen. De specifieke overleving en metastasevrije overleving zijn vergelijkbaar voor een direct uitgevoerd klierevidement in vergelijking met observatie.

Klinisch verdachte regionale klieren

Een **chirurgisch (therapeutisch) klierevidement is de voorkeursbehandeling voor klinisch detecteerbare en pathologisch bewezen regionale klieraantasting**. Deze strategie wordt geassocieerd met een langere ziektevrije overleving bij een subgroep van patiënten. Dit kan ook morbiditeit voorkomen die wordt veroorzaakt door massa-effect van de betrokken klieren of huiddoorbraak. Ongeveer 20 tot 40 procent van de patiënten met klinisch duidelijke (macroscopische, N1b of N2b) aantasting van regionale klierstations zijn in leven 10 jaar na een therapeutisch klierevidement. Met toevoegen van immuuntherapie is de overleving nog duidelijk verder verbeterd.



3. Radiotherapie bij huidtumoren

Hoewel heelkunde de voorkeur geniet voor de meeste huidtumoren, is er soms toch een belangrijke plaats weggelegd voor de radiotherapie.

In sommige gevallen is heelkunde niet mogelijk (bv. gevorderde leeftijd) of aangewezen omwille van de grootte van het letsel, de lokalisatie (bv. ooglid) of het potentieel mutilerend effect van de heelkunde (bv. neusvleugel of oorschelp). In deze gevallen is **primaire radiotherapie** een goed alternatief. Gezien de oppervlakkige ligging veroorzaakt deze bestraling ook meestal weinig toxiciteit. Afhankelijk van de ligging kan ook hypofractionatie toegepast worden waarbij de bestraling op enkele weken tijd toegediend wordt.

Ook bij lokale recidieven of progressie heeft radiotherapie een plaats. Maligne melanoma, Merkelcel carcinoma of sommige spinocellulair epitheliomata kunnen door ulceratie of bloeding lokale problemen veroorzaken. Een korte reeks **palliatieve radiotherapie** kan hierbij voor een lokale controle zorgen.

Bij maligne melanoma kan in de oligometastatische setting zowel craniële als extracraniële **stereotactische bestraling** toegepast worden om langdurige lokale controle te bekomen.



Grote spino scalp voor radiotherapie.



Huid scalp 1 jaar na radiotherapie.

4. Medisch oncologie: systemische therapie

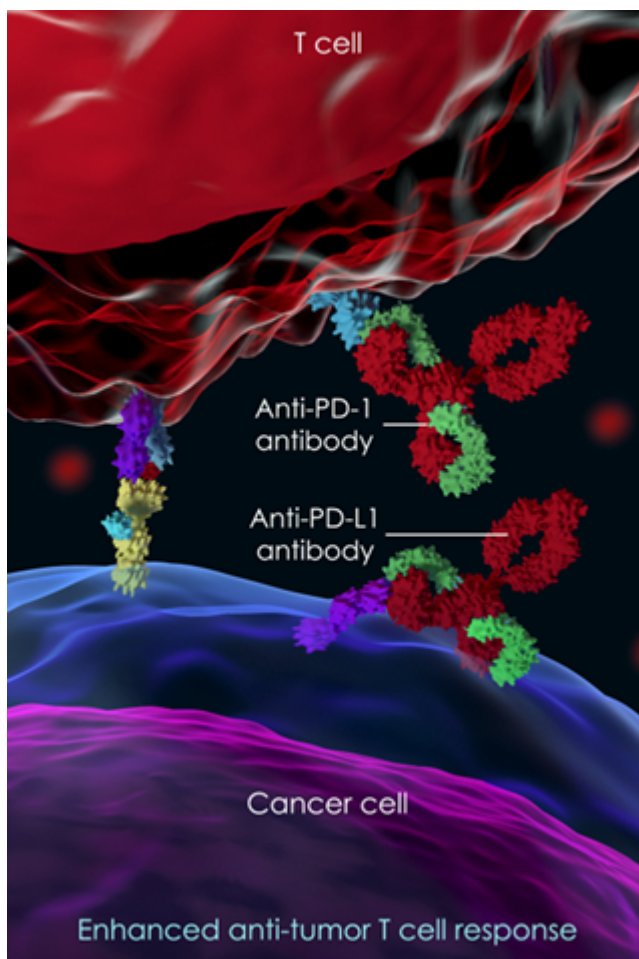
4.1 Maligne melanoom

Gedurende meerdere decennia was de systemische behandeling van het maligne melanoom beperkt tot chemotherapie. De responskans was beperkt alsook de duur van de respons.

In 2012 heeft de immuuntherapie met ipilimumab (Yervoy) zijn intrede gedaan in de klinische praktijk bij het **gemetastaseerd** maligne melanoom. Vanaf 2016 konden de checkpoint-inhibitoren (PD-1 inhibitoren) **Nivolumab (Opdivo)** en **pembrolizumab (Keytruda)** worden gebruikt in de gemetastaseerde setting. Vervolgens werd aangetoond dat met **combinatie immuuntherapie met ipilimumab (Yervoy) en nivolumab (Opdivo)** de kans op een duurzame respons en overleving significant hoger is. Onze voorkeur gaat nu meer en meer uit naar deze combinatie immuuntherapie.

In 2018 werd terugbetaling bekomen bij de klierpositieve melanomen in **adjuvante** setting na een heelkundige resectie gezien dit de curatiekans en de overleving verbetert. Dit kan ook worden toegepast bij een status na resectie van een metastase.

In 2022 zijn er opnieuw **enkele nieuwe indicaties** bijgekomen. De adjuvante immuuntherapie kan nu ook worden aangewend bij het hoog-risico kliernegatief melanoom. Bij melanomen met klinische klier aantasting is er zelfs plaats voor neo-adjuvante immuuntherapie vooraleer een heelkundige resectie wordt uitgevoerd. En bij beperkte metastasering en een status na volledige resectie is nu aangetoond dat nivolumab in combinatie met ipilimumab de curatiekans verhoogt ten opzichte van nivolumab alleen.



Bij melanomen met een BRAFV600 mutatie zijn **BRAF-inhibitoren** (zoals **Tafinlar**) in combinatie met **Mek inhibitoren** (zoals **Mekinist**) effectief. Deze mutatie kan in ons labo moleculaire diagnostiek worden aangetoond via NGS onderzoek.

Bij aanwezigheid van een BRAFv600 mutatie is, in de eerstelijns gemetastaseerde setting, zowel immuuntherapie effectief als de BRAF- en MEK-inhibitoren. Recent is uit vergelijkend onderzoek gebleken dat de **immuuntherapie de voorkeur geniet** gezien dit het meeste kans biedt op een langdurige ziektecontrole en zelfs genezing. Is er evenwel een snelle respons nodig (zoals bvb bij symptomatische hersenmetastasen of bij belangrijke viscerale aantasting met complicaties), dan kan gedurende 8 weken een BRAF- en MEK-inhibitor worden gebruikt met nadien een switch naar immuuntherapie. Ook na falen van immuuntherapie kan Tafinlar en Mekinist worden gebruikt.

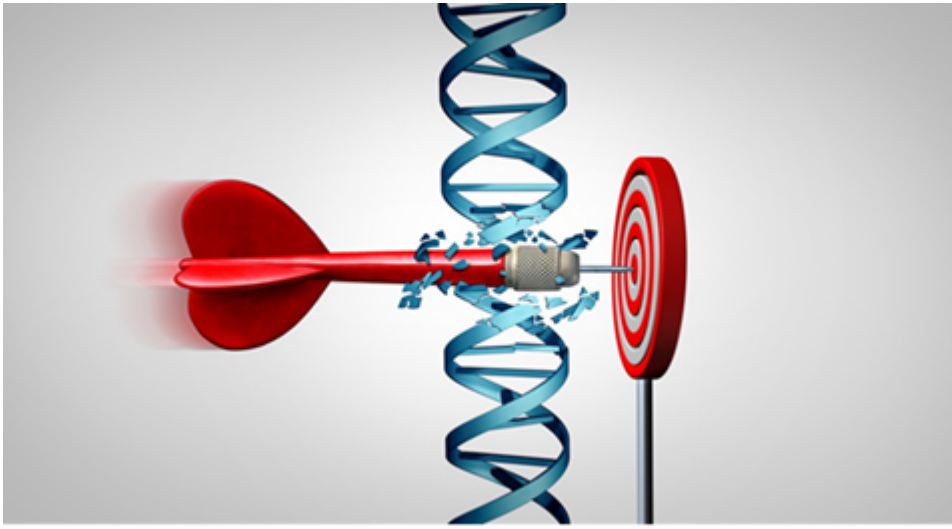
4.2 Spinocellulair carcinoom van de huid

Bij lokaal gevorderde of gemetastaseerde ziekte was er gedurende lange tijd enkel chemotherapie op basis van cisplatin beschikbaar. Er was maar respons bij een beperkt aantal patiënten en typisch van korte duur. Vandaar dat bij veel patiënten deze systemische behandeling, die ook toxisch was, niet werd toegepast.

Immuuntherapie is terugbetaald bij het gemetastaseerd of lokaal gevorderd cutaan plaveiselcelcarcinoom waarbij curatieve chirurgie of curatieve bestraling geen geschikte optie meer is. Cemiplimab (Libtayo^o) is voor ons beschikbaar sedert 2019. Bij 67% van de patiënten wordt respons of ziektecontrole bekomen. Bij optreden van respons is deze in de meeste gevallen duurzaam. Hierdoor is er ook een duidelijke verbetering van de mediane overleving aangetoond.

4.3 Basocellulair carcinoom van de huid

Erivedge (vismodegib) wordt gebruikt voor de behandeling van het **gemetastaseerd** basocellulair carcinoom van de huid alsook voor het **lokaal gevorderd** carcinoom waarbij de behandeling met chirurgie of bestraling niet (meer) geschikt is. Erivedge is een peroraal geneesmiddel dat **doelgericht** werkt als '**hedeghog**'-signaaltransductieremmer. Hierdoor kunnen de kankercellen worden gedood of kan de groei van de kankercellen worden vertraagd of gestopt.



Sinds kort is **Odomzo (sonidegib)**, een andere hedgehog inhibitor op de markt gekomen. Deze medicatie is even effectief en is minder toxisch aan een lagere dosis. De meest frequente neveneffecten zijn haarverlies, smaakstoornissen, misselijkheid en spierkrampen.

Sedert 2021 is **immunotherapie** met Libtayo (cemiplimab) terugbetaald als progressie na of intolerantie aan een hedgehog inhibitor.

Besluit

Binnen het domein van de dermatologische oncologie is er de laatste jaren een zeer snelle vooruitgang. Het multidisciplinair team van artsen van verschillende disciplines met een bijzondere interesse en specialisatie in de dermatologische oncologie zorgt ervoor dat telkens de meest innovatieve en beste nieuwe technieken en expertise kunnen worden aangewend. Hierdoor zullen heel wat patiënten niet alleen langer maar ook kwaliteitsvoller leven. Het ganse team zet zich dagelijks in om dit nog verder te kunnen verbeteren.

Auteurs: dr. Jan Demol, dr. Lorenzo Staelens, dr. Annelies Stockman en dr. Sébastien Strypstein

Met medewerking van de redactieraad: dr. Jan Demol, dr. Birgit Mispelaere, dr. Lorenzo Staelens, dr. Peter Van Haecke en Jelle Bossuyt.

Voor al uw vragen, bemerkingen of suggesties over de werking van het Oncologisch centrum kunt u terecht bij dr. Birgit Mispelaere, coördinator van het oncologisch zorgprogramma.

t 050 23 24 01

e birgit.mispelaere@azdelta.be

AZ Delta vzw | Deltalaan 1 | 8800 Roeselare
051 23 71 11 | info@azdelta.be | azdelta.be



[Disclaimer](#) | [Uitschrijven](#)