

Een rol voor tandartsen bij verdenking op een melanoom in het aangezicht

Een 78-jarige vrouw werd door haar tandarts verwezen naar een afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie in verband met een aantal grijsblauwe aandoeningen op de processus alveolaris inferior en een aantal huidaandoeningen in het aangezicht. Een van de huidaandoeningen in het aangezicht bleek een melanoom te zijn waarvoor zij een ruime excisie en een schildwacht-klierprocedure onderging. Een volledige anamnese en intra- en extraoraal onderzoek in de mondzorgpraktijk blijken van groot belang te zijn.

Mellema EC, Heuveling DA, Bree R de, Karagozolu KH. Een rol voor tandartsen bij verdenking op een melanoom in het aangezicht

Ned Tijdschr Tandheelkd 2013; 120: 241-244

doi: 10.5177/ntvt.2013.05.12267

Gegeven

Een 78-jarige vrouw werd door haar tandarts verwezen naar de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van een universitair medisch centrum in verband met een aantal grijsblauwe aandoeningen op de processus alveolaris inferior en een aantal huidaandoeningen in het aangezicht.

Anamnese

De patiënt vertelde dat haar tandarts in voorbereiding op een implantologische behandeling een aantal grijsblauwe aandoeningen op de processus alveolaris inferior had opgemerkt, waarvan zij geen last ondervond. Tevens vond haar tandarts het raadzaam om de huidaandoeningen in het aangezicht nader te laten onderzoeken. De huidaandoeningen in het aangezicht waren ongeveer 3 jaar aanwezig en langzaam in omvang toegenomen. De patiënt vond deze 'vlekken' esthetisch storend en wilde ze laten verwijderen. Een van de vlekken op haar linkerwang was sinds kort van kleur veranderd en gaan 'jeuken'. De voorgeschiedenis vermeldde een hypercholesterolaemie, hypertensie en hartritmestoornissen waarvoor de patiënt een pacemaker had. Als medicatie gebruikte zij metoprolol, hydrochloorthiazide en carbasalaatcalcium.

Diagnostiek

Onderzoek toonde een edentate boven- en onderkaak, waarbij op de mucosa van de onderkaak in de regio van de gebitselementen 33-43 een drietal grijsblauwe verkleuringen van ongeveer 1 mm in doorsnede werden gezien. Op de huid van het aangezicht waren diffuus verspreid enkele licht- tot donkerbruine huidaandoeningen zichtbaar, variërend in omvang (afb. 1). De jeukende huidaandoening op de linkerwang was grillig van vorm, onscherp begrensd, bruin-zwart van kleur en ongeveer 1 cm in doorsnede (afb. 2).



Afb. 1. Diffuus verspreid in het aangezicht enkele licht- tot donkerbruine huidaandoeningen.



Afb. 2. Op de linkerwang een onscherp begrensd, bruin-zwarte laesie, grillig van vorm, van ongeveer 1 cm in doorsnede.

Een excisiebiopt van 1 van de grijsblauwe aandoeningen op de mucosa van de processus alveolaris inferior toonde dat hier sprake was een amalgaampigmentatie. Vanwege de klachten en het afwijkende aspect van de huidaandoening op de linkerwang werd besloten hiervan een excisiebiopsie te verrichten. Histopathologisch onderzoek toonde dat sprake was van een superficiael spreidend maligne melanoom met een Breslowdikte van 0,7 mm. Aanvullend onderzoek, waaronder een echografie van het hoofd-halsgebied met echogeleide cytologische puncties en een röntgenopname van de thorax toonden geen aanwijzingen voor regionale en afstandsmetastasen.

Behandeling

De patiënt onderging een ruime excisie van het melanoom en een schildwachtklierprocedure van de hals onder narcose. Het ontstane defect van de huid werd gereconstrueerd met een zogeheten huidverschuivingsplastiek.

Histopathologisch onderzoek toonde dat het melanoom radicaal was verwijderd en gezien de atrofie van de huid en de sterke zonbeschadiging leek het melanoom het meest te passen bij een lentigo maligna melanoom. Histopathologisch onderzoek van de verwijderde schildwachtklier toonde geen aanwijzingen voor (micro)metastasen.

Beschouwing

Na borstkanker en longkanker is huidkanker een van meest voorkomende vormen van kanker in Nederland. In 2010 werden 4.665 nieuwe gevallen van melanomen gediagnosticeerd. De incidentie van melanomen is in de jaren 1989-2009 met gemiddeld 4% per jaar toegenomen, hetgeen grotendeels is de verklaren door de toegenomen blootstelling aan zonlicht. Ongeveer 12-20% van de melanomen ontstaan in het hoofd-halsgebied en minder dan 1% in de mondholte. Risicofactoren voor het ontstaan van melanomen zijn zonverbranding in de kinderjaren, blootstelling aan ultravioletlicht van de zon of van een zonnebank, leeftijd, geslacht en genetische predispositie (Sladden et al, 2009; Godden et al, 2010; Nederlandse Melanoom Werkgroep, 2012.)

Melanomen ontstaan meestal in een reeds bestaande moedervlek. Echter, melanomen kunnen ook *de novo* ontstaan. Moedervlekken kunnen verdacht zijn wanneer sprake is van veranderingen in vorm, bijvoorbeeld een onregelmatige en grillige vorm, het verheven raken van een moedervlek en verandering van kleur, zoals het ontstaan van bepaalde donkerdere delen of juist ophelderingen in de moedervlek. Verder zijn moedervlekken verdacht wanneer sprake is van jeuk, pijn of bloeding (Sladden et al, 2009).

Melanomen worden onderverdeeld in verschillende subgroepen. Het superficiael spreidend melanoom komt het meest frequent voor, namelijk in 75% van de gevallen. Dit type melanoom verspreidt zich in eerste instantie oppervlakkig, waarna er in een later stadium een verhevenheid kan ontstaan, eventueel met ulceratie en bloeding. Het nodulair melanoom (10-15 % van de gevallen) kenmerkt zich door een verhevenheid en een invasieve groei. Het lentigo maligna melanoom komt het minst vaak voor (5-10% van de gevallen). Kenmerkend voor het lentigo maligna melanoom is de langzame groei, waarbij het soms jaren duurt voordat er sprake is van invasieve groei. Het zeldzame acrolentigineus melanoom komt vooral voor op de handpalm, voetzool en nagels. Het amelanotisch melanoom en het desmoplastisch melanoom worden vaak laat ontdekt vanwege de afwezigheid van pigmentatie bij deze melanomen (www.iknl.nl; Nederlandse Melanoom Werkgroep, 2012).

In de omgeving van het melanoom kunnen zogeheten satellietlaesies ontstaan, dat wil zeggen dat lokaal, rondom de primaire laesie, kleinere, soms onzichtbare laesies aanwezig zijn. Het melanoom kan zowel lymfogene als hematogene metastaseren. Melanomen kenmerken zich door een vroegtijdige en agressieve metastasering. Het optreden hiervan wordt vooral bepaald door de dikte van het melanoom volgens Breslow. Dunne melanomen (< 0,75 mm)

metastaseren bijna nooit hematogeen, terwijl de kans hierop bij dikke melanomen (> 4 mm) groot is. Het uitvoeren van standaard aanvullend beeldvormend onderzoek om metastasen op te sporen is controversieel aangezien in de literatuur (nog) geen bewijs is te vinden dat de behandeling hiervan tot een betere prognose leidt. Bij dikke melanomen wordt een disseminatieonderzoek verricht omdat de keuze van behandeling wordt beïnvloed door aan- of afwezigheid van metastasen op afstand. Wel kan behandeling van regionale lymfekliermetastasen de regionale controle en dus de levenskwaliteit positief beïnvloeden. Bij patiënten met een redelijk tot goede prognose wordt daarom vaak wel onderzoek gedaan naar eventuele regionale lymfekliermetastasen en vindt zonodig behandeling hiervan plaats (www.iknl.nl; Nederlandse Melanoom Werkgroep, 2012).

De behandeling van melanomen bestaat uit een ruime excisie. Bij het histopathologisch onderzoek wordt onder meer de Breslowdikte bepaald. Dit is een maat voor de diepte van de tumorgroei en bepaalt de (aanvullende) behandeling en de prognose. Na excisie van een melanoom kan uiteindelijk de definitieve stadiëring plaatsvinden, omdat deze voornamelijk wordt bepaald door de histologische tumordikte (tab. 1). (Gospodarowicz et al, 2009; Balch et al, 2009). Afhankelijk van deze Breslowdikte, zal een excisie plaatsvinden met een bepaalde marge (0,5-2 cm) in verband met mogelijke (micro)satellieten (Sladden et al, 2009; www.iknl.nl; Nederlandse Melanoom Werkgroep, 2012).

Bij patiënten met een melanoom T1bN0M0 en hoger, een melanoom met een tumordikte van $\leq 1,0$ mm met ulceratie of mitosen $\geq 1/\text{mm}^2$, wordt geadviseerd om de schildwachtklierprocedure te verrichten om zo patiënten optimaal te stadiëren en te informeren over de prognose (tab. 1) (Nederlandse Melanoom Werkgroep, 2012). De schildwachtklierprocedure gaat ervan uit dat elke tumor in eerste instantie draineert op 1 of hooguit enkele lymfeklieren, de schildwachtklier(en), en dat de eerste lymfekliermetastase altijd hierin ontstaat. Wanneer rond de primaire tumor een radioactieve stof wordt ingespoten, zal deze via de lymfebanen naar de schildwachtklier worden getransporteerd. Met behulp van scintigrafie en een gammaprobe kan de schildwachtklier worden geïdentificeerd. Peroperatieve injecties met een blauwe kleurstof rond de tumor kunnen de identificatie van de blauw verkleurde schildwachtklier vergemakkelijken. Vervolgens kan de radioactieve en/of blauwe schildwachtklier worden uitgenomen en histopathologisch worden onderzocht. De schildwachtklierprocedure is een nauwkeurige procedure en geeft prognostische informatie (De Bree, 2008; Erman et al, 2012).

Bij patiënten met een primair melanoom of met tumorpositieve lymfeklieren, waarbij curatieve chirurgische behandeling niet mogelijk of niet wenselijk is, wordt radiotherapie toegepast. Andere adjuvante, systemische behandeling zoals chemotherapie of behandeling met interferon- α kan worden toegepast bij metastasen op afstand. Dit zijn echter geen standaard behandelingen en deze vinden alleen in onderzoeksverband plaats (www.iknl.nl; Nederlandse Melanoom Werkgroep, 2012).

Classificatie		
T	Tumordikte (mm)	Ulceratie/mitosen
Tis	n.v.t.*	n.v.t.
T1	≤ 1,0	a: Zonder ulceratie en mitosen < 1/mm ² b: Met ulceratie of mitosen ≥ 1/mm ²
T2	> 1,0 - ≤ 2,0	a: Zonder ulceratie b: Met ulceratie
T3	> 2,0 - ≤ 4,0	a: Zonder ulceratie b: Met ulceratie
T4	> 4,0	a: Zonder ulceratie b: Met ulceratie
N	Aantal kliermetastasen	Mate van aantasting van de lymfeklier
N0	0	n.v.t.
N1	1	a: Micrometastase ¹ b: Macrometastase ²
N2	2-3	a: Micrometastase ¹ b: Macrometastase ² c: In-transitmetastasen of satellieten zonder aangedane lymfeklieren
N3	4 of meer aangedane klieren of conglomeraat van kliermetastasen of in-transitmetastasen en/of satellieten met aangedane klieren	
M	Locatie van de metastasen	Serum**LDH
M0	Geen metastasen op afstand	n.v.t.
M1a	Huid-, subcutane of kliermetastasen op afstand	Normaal
M1b	Longmetastasen	Normaal
M1c	Alle andere viscerale metastasen of elke vorm van metastasering op afstand	Normaal of verhoogd
*niet van toepassing		
**lactaatdehydrogenase		
¹ Micrometastasen gediagnosticeerd na schildwachtklierprocedure of electieve klierdissectie.		
² Macrometastasen gedefinieerd als klinisch detecteerbare lymfekliermetastasen (histologisch bevestigd).		

Tabel 1. TNM-classificatie voor melanoom (Balch et al, 2009).

Vroege diagnostiek en behandeling zijn bepalend voor een betere prognose. Daarnaast zijn de Breslowdikte, wel of geen ulceratie van de tumor en het wel of niet aanwezig zijn van metastasen factoren die in belangrijke mate de prognose bepalen. De prognose is de laatste jaren sterk verbeterd. De vijfjaarsoverleving was 40 jaar geleden ongeveer 50% en is tegenwoordig zo'n 80%. Bij patiënten met een melanoom met een Breslowdikte minder dan 1,5 mm ligt dit ruim boven de 90%. (www.iknl.nl; Nederlandse Melanoom Werkgroep, 2012).

Bij patiënten met een melanoom vanaf stadium IB dient een vervolgperiode van ten minste 5 jaar plaats te vinden. In het eerste jaar wordt geadviseerd dit 1 keer per 3 maanden te doen, in het tweede jaar 1 keer per 6 maanden en daarna 1 keer per jaar (www.iknl.nl; Nederlandse Melanoom Werkgroep, 2012).

Discussie

Behandeling van een melanoom in een vroeg stadium geeft

een aanzienlijk betere prognose. Deze casus laat het belang zien van een volledige anamnese en van intraoraal en extraoraal onderzoek, ook in tandartspraktijken. Soms zijn patiënten angstig om zelf over een vlekje te beginnen, of letten zij zelf niet op vlekken in het aangezicht en zullen daarom niet uit zichzelf naar een huisarts gaan. Voor de periodieke tandheelkundige controle komt een patiënt regelmatig bij een tandarts en zo kan een tumor vroegtijdig worden ontdekt en behandeld, waardoor de overlevingskansen aanzienlijk worden vergroot.

Leermoment

Bij twijfel over een huidandoening in het hoofd-halsgebied dient een patiënt te worden verwezen naar een (medisch) specialist. Hoewel patiënten ook kunnen worden doorgestuurd naar een dermatoloog of een plastisch chirurg, is door de reeds bestaande verwijsrelatie tussen tandarts en kaakchirurg wellicht het meest voor de hand liggend patiënten door te

sturen naar een kaakchirurg met expertise op het gebied van de diagnostiek en behandeling van huid-aandoeningen.

Literatuur

- * Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol* 2009; 27: 6199-6206.
- * Bree R de, Flach GB, Hoekstra OS, Bloemena E, Waal I van der, Leemans CR. Toepassingen van de schildwachtklierprocedure bij mondholte-carcinomen. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2008; 115: 674-677.
- * Erman AB, Collar RM, Griffith KA, et al. Sentinel lymph node biopsy is accurate and prognostic in head and neck melanoma. *Cancer* 2012; 118: 1040-1047.
- * Godden D, Brennan PA, Milne J. Update on melanoma: the present position. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2010; 48: 575-578.
- * Gospodarowicz M, Sobin LH, Wittkeind Ch (eds.). *TNM Classification of Malignant Tumours*. New York: Wiley-Liss, 2009.
- * *Nederlandse Melanoom Werkgroep*. Melanoom, landelijke richtlijn versie 2.0. Intergraal Kankercentrum Nederland, 13-08-2013. <http://www.oncoline.nl/melanoom>.
- * Sladden MJ, Balch C, Barzilai DA, et al. Surgical excision margins for primary cutaneous melanoma. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Oct 7; (4): CD004835.
- * www.iknl.nl. Website van Intergraal Kankercentrum Nederland. Geraadpleegd op 15-10-2012.

Summary

The dentist's role in the case of a suspected facial melanoma

A 78-year-old patient was referred by her dentist to the Department of Oral and Maxillofacial Surgery because of a number of grey-blue lesions on the inferior alveolar ridge and a number of skin lesions in the face. One of the skin lesions proved to be a melanoma, which was treated with a substantial excision and sentinel node procedure. A complete anamnesis and of both intra-oral and extra-oral investigation in the dental practice is very important.

Bron

E.C. Mellema¹, D.A. Heuveling², R. de Bree², K.H. Karagozoglul¹

Uit ¹de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie/Orale pathologie van het Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc)/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en ²de afdeling Keel- Neus- en Oorheelkunde/Hoofd-Halschirurgie van het Vrije Universiteit medisch centrum

Datum van acceptatie: 17 december 2012

Adres: E.C. Mellema, VUmc, postbus 7057, 1007 MB, Amsterdam

ec.mellema@vumc.nl