

Richtlijn Melanoom – 15 concept richtlijnmodules

Voorgelegd aan d.b. sectie Abdominale radiologie

Naam gemandateerd radioloog in de werkgroep: dhr. dr. Q.G. de Lussanet de la Sablonière

Deadline voor autorisatie richting werkgroep: 3-6-2025

Naam modules ter commentaar

- 3.1. Familiaire risicofactoren
- 4.1. pTNM-classificatie en AJCC stadiëring
- 7.1.5. Moleculaire diagnostiek bij locoregionale ziekte (stadium III)
- 7.2.1. Neoadjuvante behandeling stadium III
- 8.1.4. Moleculaire diagnostiek bij gemetastaseerde en irresectabel ziekte (irresectabel stadium III en IV)
- 8.2.2. Behandeling van oligometastase(n) bij stadium IV
- 8.3. Systemische therapie
 - 8.3.1.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV
 - 8.3.1.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV
 - 8.3.2.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV
 - 8.3.2.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV
 - 8.3.3. Doelmatig voorschrijven systemische therapieën
- 9.3. Onbekende primaire tumor melanoom
- 10. Palliatieve zorg
- 11. Ondersteunende zorg
- 12. Organisatie van zorg

Korte toelichting waarin de belangrijkste punten/wijzigingen voor de radiologie beschreven staan

- 3.1. Familiaire risicofactoren:** Welke personen hebben een genetisch verhoogd risico op melanoom en hoe dient periodiek onderzoek bij deze personen plaats te vinden? Grotendeels overgenomen uit het in 2021 herziene hoofdstuk Erfelijk en familiair melanoom in 25 de VKGN-StOET richtlijnen voor erfelijke en familiale tumoren op <https://vkgn.stoet.nl/>
- 4.1. pTNM-classificatie en AJCC stadiëring:** gebruik TNM-systeem 8e editie 2017 en de 8^e AJCC-stadiumindeling versie 2017 (in plaats van 7^e editie)
- 7.1.5. Moleculaire diagnostiek bij locoregionale ziekte (stadium III):** Bespreekt het juiste moment en wijze waarop mutatieanalyse ten behoeve van systeemtherapie bij 5 patiënten met stadium III melanoom dient te worden verricht.
- 7.2.1. Neoadjuvante behandeling stadium III:** Neoadjuvante behandeling met immuuntherapie verbetert de recidief vrije overleving, levert een aanzienlijke gezondheidswinst, en is mogelijk minder belastend voor de patiënt dan adjuvante behandeling (adjuvant was tot 2024 de standaard bij stadium III).
- 8.1.4. Moleculaire diagnostiek bij gemetastaseerde en irresectabel ziekte (irresectabel stadium III en IV):** wat is het juiste moment en wijze waarop mutatieanalyse ten behoeve van systeemtherapie dient te worden verricht.
- 8.2.2. Behandeling van oligometastase(n) bij stadium IV:** geen wijzigingen voor de radiologie; wel indirect belang van beeldvorming opdat een correcte diagnose van oligometastatische ziekte.
- 8.3. Systemische therapie:** geen wijzigingen voor de radiologie; wel indirect belang van goede radiologische stadiering.
- 8.3.1.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV:** geen wijzigingen voor de radiologie.
- 8.3.1.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV:** geen wijzigingen voor de radiologie.

8.3.2.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV: geen wijzigingen voor de radiologie.

8.3.2.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV: geen wijzigingen voor de radiologie.

8.3.3. Doelmatig voorschrijven systemische therapieën: geen wijzigingen voor de radiologie.

9.3. Onbekende primaire tumor melanoom: Bied [18F]FDG-PET/CT aan ten behoeve van het detecteren van de primaire lokalisatie en de stadiëring. (naast anamnese, totale huidinspectie, klinisch onderzoek)

10. Palliatieve zorg: geen wijzigingen voor de radiologie.

11. Ondersteunende zorg: geen wijzigingen voor de radiologie.

12. Organisatie van zorg: geen wijzigingen voor de radiologie.

Discussiepunten of knelpunten bij deze modules tijdens de richtlijnontwikkeling? Ja, toelichting:

3.1. Familiaire risicofactoren: neen

4.1. pTNM-classificatie en AJCC stadiëring: advies om de meest recente editie van het TNM-stadiërings-systeem te gebruiken.

7.1.5. Moleculaire diagnostiek bij locoregionale ziekte (stadium III): Er is een sterke variatie in de uitgebreidheid en gevoeligheid van de moleculaire testen die worden ingezet. Genoemde situatie leidt tot inefficiëntie door vertraging en opnieuw testen bij verwijzing naar een melanoomcentrum. Centralisatie van moleculaire diagnostiek in de melanoomcentra reduceert kosten en doorlooptijden en verbetert uniformiteit en continuïteit van zorg.

7.2.1. Neoadjuvante behandeling stadium III: Wat zijn de indicaties voor neoadjuvante behandeling bij patiënten met een resectabel stadium III melanoom?

8.1.4. Moleculaire diagnostiek bij gemetastaseerde en irresectabel ziekte (irresectabel stadium III en IV): Er is een sterke variatie in de uitgebreidheid en gevoeligheid van de moleculaire testen die worden ingezet binnen Nederland. Genoemde situatie leidt tot inefficiëntie door vertraging en opnieuw testen bij verwijzing naar een melanoomcentrum. Centralisatie van moleculaire diagnostiek in de melanoomcentra reduceert kosten en doorlooptijden en verbetert uniformiteit en continuïteit van zorg.

8.2.2. Behandeling van oligometastase(n) bij stadium IV: Het ontbreken van een consensus over de rol en timing van lokale behandeling alsmede over welke modaliteit het beste kan worden toegepast bij patiënten met op afstand gemetastaseerd melanoom kan leiden tot ongewenste praktijkvariatie en mogelijk suboptimale resultaten voor patiënten. Om deze reden is in deze module het bewijs ter ondersteuning van lokale behandelingen bij patiënten met een op afstand gemetastaseerd melanoom beschreven en worden aanbevelingen gedaan.

8.3. Systemische therapie: Wat is de plaats van systemische therapie in de behandeling van patiënten met irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV melanoom?

8.3.1.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV: Wat is de plaats van systemische therapie in de eerste lijns-behandeling van patiënten met een BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV melanoom?

8.3.1.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV: Wat is de plaats van systemische therapie in de tweede lijns-behandeling van patiënten met een BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV melanoom?

8.3.2.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV: Wat is de plaats van systemische therapie in de eerste lijns-behandeling van patiënten met een BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV melanoom?

8.3.2.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV: Wat is de plaats van systemische therapie in de tweede lijns-behandeling van patiënten met een BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV melanoom?

8.3.3. Doelmatig voorschrijven systemische therapieën: De afgelopen jaren zijn er steeds meer systemische therapieën beschikbaar gekomen voor patiënten met melanoom. Het doelmatig voorschrijven van deze therapieën is van groot belang voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Om die reden richt deze module zich op de doelmatigheid van systemische therapieën voor patiënten met een irresectabel melanoom.

9.3. Onbekende primaire tumor melanoom: Wat is de beste diagnostische strategie bij patiënten met melanoom onbekende tumor lokalisatie. Dit betreft ongeveer 3% van de patiënten die met melanoom presenteren met dus metastase als eerste uiting van de ziekte. Er kan sprake zijn geweest van een huidtumor die na verloop van tijd spontaan is verdwenen of in het verleden verwijderd zonder dat de werkelijke diagnose was gesteld, of een werkelijk 'primaire tumorlokalisatie onbekend'. Informeer de patiënt over het feit dat de prognose van patiënten met een onbekende primaire tumorlokalisatie niet slechter is dan die van patiënten met vergelijkbare metastasen.

10. Palliatieve zorg: Zorg voor duidelijkheid over de taakverdeling en voor goede afstemming en overdracht tussen alle betrokken zorgverleners. Streef naar preventie en behandeling van symptomen en het optimaliseren van de kwaliteit van leven.

11. Ondersteunende zorg: Ondersteunende zorg omvat alle zorg in aanvulling op de medische zorg, die ten goede komt aan de patiënt met een melanoom. Ondersteunende zorg is niet gebonden aan een bepaalde fase in het behandeltraject. Derhalve dient iedere betrokken professional gedurende het gehele zorgtraject alert te zijn op een hulpvraag met betrekking tot ondersteunende zorg. Informeer patiënten over beschikbare informatiebronnen, mogelijkheden van ondersteunende zorg en verwijst bij voorkeur naar een (para-)medische hulpverlener met ervaring in oncologie, en zorg voor regelmatige interdisciplinaire overdracht, ook naar de huisarts.

12. Organisatie van zorg: Bij de organisatie van het behandeltraject van een patiënt met een melanoom, vooral in de stadia III en IV, is het van cruciaal belang dat er voldaan wordt aan specifieke voorwaarden om de best mogelijke zorg te garanderen. Het multidisciplinaire overleg (MDO) speelt hierbij een centrale rol, waarbij deskundigheid vanuit verschillende medische disciplines nauw wordt afgestemd volgens de richtlijnen van het SONCOS normeringsdocument. Dit overleg zorgt ervoor dat alle aspecten van de diagnostiek en behandeling optimaal worden afgestemd, waarbij specialisten zoals dermatologen, chirurgen, internist-oncologen, radiologen, radiotherapeuten, pathologen en gespecialiseerde verpleegkundigen betrokken zijn. Door deze structuur kan een geïntegreerde en patiëntgerichte benadering worden gegarandeerd.

Impact van de richtlijn(modules) op het radiologisch werk

. Heeft deze richtlijn(module) invloed op de radiologische capaciteit?

Zo ja, maak hiervan een inschatting (hoeveel meer of minder onderzoeken, met een specificering van het soort onderzoek, zullen er gaan plaatsvinden?)

3.1. Familiaire risicofactoren: neen, het betreft erfelijkheidsonderzoek en periodieke huidcontrole.

4.1. pTNM-classificatie en AJCC stadiëring: neen, geen significante invloed op de radiologische capaciteit

7.1.5. Moleculaire diagnostiek bij locoregionale ziekte (stadium III): neen, geen significante invloed op de radiologische capaciteit (het betreft moleculaire diagnostiek bij patiënten met stadium III).

7.2.1. Neoadjuvante behandeling stadium III: neen, geen directe invloed op de radiologische capaciteit. Wel (blijvend) belang van goede radiologische (en nucleair geneeskundige) stadiering en responsevaluatie waarvoor separate modules: Verricht na neoadjuvante behandeling en vóór chirurgie een diagnostische CT-thorax en abdomen na intraveneuze contrasttoediening voor het uitsluiten van afstandsmetastasen en het bevestigen van operabiliteit. Concluderend is het aan te bevelen om na neoadjuvante behandeling, na 9-12 weken afhankelijk van het behandelingschema, en vooraf aan chirurgische resectie patiënten te evalueren met anatomische beeldvorming (CT-thorax en abdomen met intraveneuze contrasttoediening) ter detectie van progressieve ziekte.

8.1.4. Moleculaire diagnostiek bij gemetastaseerde en irresectabel ziekte (irresectabel stadium III en IV): geen significante invloed op de radiologische capaciteit.

8.2.2. Behandeling van oligometastase(n) bij stadium IV: geen significante invloed op de radiologische capaciteit.

8.3. Systemische therapie: geen significante invloed op de radiologische capaciteit.

8.3.1.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV: geen significante invloed op de radiologische capaciteit (Advies: overweeg behandeling in studieverband, en individualiseer).

8.3.1.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV: geen significante invloed op de radiologische capaciteit (Advies: overweeg behandeling in studieverband, en individualiseer).

- 8.3.2.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV:** geen significante invloed op de radiologische capaciteit (Advies: overweeg behandeling in studieverband, en individualiseer).
- 8.3.2.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV:** geen significante invloed op de radiologische capaciteit (Advies: overweeg behandeling in studieverband, en individualiseer).
- 8.3.3. Doelmatig voorschrijven systemische therapieën:** geen significante invloed op de radiologische capaciteit (Advies: 1. Overweeg de volgende criteria voor het doelmatig voorschrijven van systemische therapieën voor patiënten met irresectabel melanoom: • effectiviteit; • toxiciteit; • patiëntkarakteristieken; • patiëntvoorkeuren; • kosten. 2. Overweeg patiënten in te delen op basis van de volgende karakteristieken: • BRAF mutatie; • serum LDH; • ECOG performance status; • hersenmetastasen.).
- 9.3. Onbekende primaire tumor melanoom:** Bied [18F]FDG-PET/CT aan ten behoeve van het detecteren van de primaire lokalisatie en de stadiëring.
- 10. Palliatieve zorg:** geen significante invloed op de radiologische capaciteit.
- 11. Ondersteunende zorg:** geen significante invloed op de radiologische capaciteit.
- 12. Organisatie van zorg:** Houd wekelijks een multidisciplinair overleg (MDO) voor de afstemming van diagnostiek en behandeling van patiënten met stadium III/IV melanoom, waarbij deskundigheid volgens het SONCOS normeringsdocument aanwezig is. Dit overleg dient vertegenwoordigd te worden door een chirurg, internist-oncoloog, radioloog/nucleair geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist/physician assistant oncologie.
- . Heeft deze richtlijn (module) invloed op de verdeling van radiologisch werk in Nederland (concentratie en spreiding van zorg) Zo ja, geef aan welke invloed dit naar verwachting zal zijn.**
- 3.1. Familiaire risicofactoren:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL
- 4.1. pTNM-classificatie en AJCC stadiëring:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL
- 7.1.5. Moleculaire diagnostiek bij locoregionale ziekte (stadium III):** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL
- 7.2.1. Neoadjuvante behandeling stadium III:** geen directe invloed. Er blijft belang van radiologische stadiering en follow-up maar dit wordt behandeld in separate modules binnen deze richtlijn; en het advies om een patiënt met resectabel stadium III melanoom te verwijzen -nog voor chirurgie- naar een internist-oncoloog in één van de 14 melanoomcentra om te beoordelen of de patiënt kandidaat is voor neoadjuvante behandeling.
- 8.1.4. Moleculaire diagnostiek bij gemetastaseerde en irresectabel ziekte (irresectabel stadium III en IV):** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL
- 8.2.2. Behandeling van oligometastase(n) bij stadium IV:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL
- 8.3. Systemische therapie:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL.
- 8.3.1.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL.
- 8.3.1.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-V600E/K gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL.
- 8.3.2.1. Eerstelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL.
- 8.3.2.2. Tweedelijnsbehandeling BRAF-wild type gemuteerd irresectabel of gemetastaseerd stadium III/IV:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL.
- 8.3.3. Doelmatig voorschrijven systemische therapieën:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL.
- 9.3. Onbekende primaire tumor melanoom:** behoeft toegang tot [18F]FDG-PET/CT aan ten behoeve van het detecteren van de primaire lokalisatie en de stadiëring.
- 10. Palliatieve zorg:** geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL.

11. Ondersteunende zorg: geen directe invloed op de verdeling van radiologisch werk in NL.

12. Organisatie van zorg: Alle patiënten met een stadium III/IV melanoom dienen in een wekelijks MDO in een aangewezen melanoomcentrum besproken te worden. Bij dit MDO dient deskundigheid voor diagnostiek en behandeling aanwezig te zijn, zoals in SONCOS normeringsdocument. Hierbij dienen de volgende disciplines aanwezig te zijn: • (Plastisch) chirurg • Dermatoloog • Internist-oncoloog • Radioloog/nucleair geneeskundige, • Radiotherapeut-oncoloog • Patholoog, • Verpleegkundig specialist • Case manager en/of oncologieverpleegkundige/physician assistant en eventueel andere verpleegkundigen.

Autorisatiefase *pas invullen tijdens de autorisatiefase*

Hebben er nog relevante veranderingen plaatsgevonden aan de richtlijn(modules) op basis van de commentaarfase?

Toelichting:

Nee.