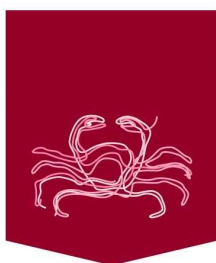


## Zorgpad Melanoom

### Regio Zuid-West Nederland



**EMBRAZE**  
Kankernetwerk



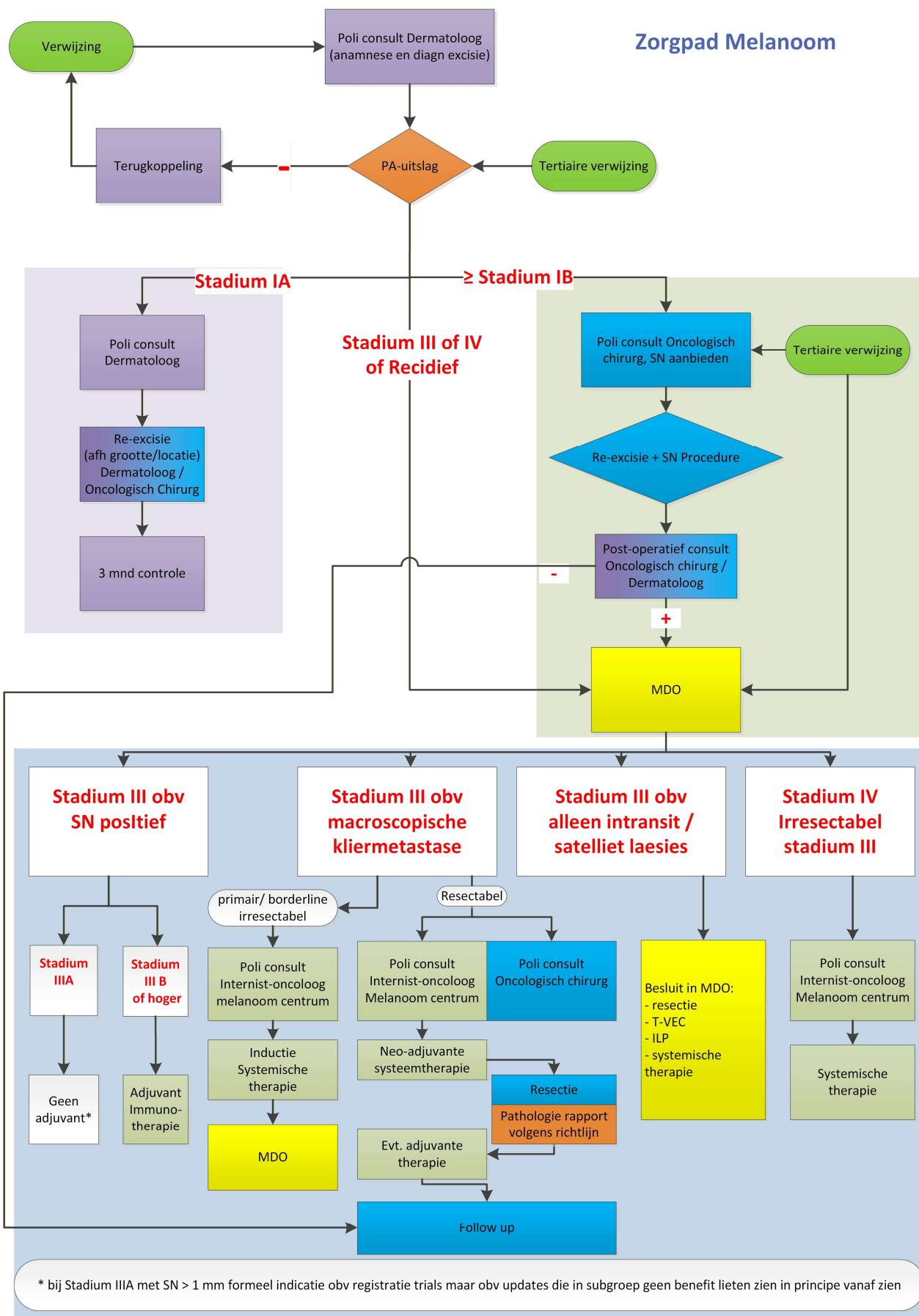
**Opgesteld door:**

Afdelingen Dermatologie, Chirurgie en Interne Oncologie  
van de melanoomcentra Erasmus MC en Amphia Ziekenhuis

Versie April 2026

Uiterste revisie datum April 2028

# Zorgpad Melanoom



\* bij Stadium IIIA met SN > 1 mm formeel indicatie obv registratie trials maar obv updates die in subgroep geen benefit lieten zien in principe vanaf zien

## Inleiding

Er zijn de laatste jaren veel ontwikkelingen op het gebied van het melanoom die invloed hebben op de zorg en de behandeling van patiënten met een melanoom. Deze ontwikkelingen bestaan uit een herziening van de staging, verandering van de locoregionale chirurgische staging en de introductie van neo-adjuvante systemische therapie. Aansluitend aan deze inleiding wordt voor elk stadium melanoom het zorgpad stapsgewijs kort toegelicht.

### *Stadierung van het melanoom*

In 2017 werd de 8<sup>e</sup> editie van de TNM-classificatie gepubliceerd en kort daarna werd deze gevolgd door de 8<sup>e</sup> editie van de AJCC stadierung. Het verschil tussen beide classificaties is dat waar de TNM uitsluitend de categorieën van de T,N en M definieert, de AJCC op basis van de T,N en M stadia risicocategorieën maakt voor stadium I, II, III en IV melanoom. Met ingang van 30 november 2021 is besloten om ook de AJCC 8 te volgen.

### *Re-excisie*

Het doel van een re-excisie is het verbeteren van de lokale controle. Streefmarges van 1 resp. 2 cm bij melanomen met een Breslowdikte van minder of meer dan 2 mm blijven van kracht, met dien verstande dat behoud van functie te allen tijde voorop staat. Vooral voor dunne melanomen (t/m pT2a) is de meerwaarde van een re-excisie beperkt gezien het zeer zeldzaam voorkomen van rest-maligniteit (NB bij een diagnostische excisie met vrije snijranden!). Participatie aan de NORMA 1 en 2 trial kan overwogen worden.

### *Sentinel node procedure*

In verband met een mogelijke indicatie voor adjuvante therapie voor stadium III melanoom is de stadiërende rol van de sentinel node van belang. Deze therapeutische consequentie van een positieve SN is er vooral voor de dikkere primaire melanomen: sinds het DMSCG standpunt is gepubliceerd dat patiënten met een stadium IIIA melanoom geen (standaard) adjuvante therapie meer zullen krijgen, is de therapeutische consequentie van een positieve SN bij een pT1b of pT2a melanoom in principe afwezig. In die patiënten is daarom het gesprek over de meerwaarde van de SN anders, en heeft de DMSCG hierover het standpunt ingenomen dat een SN alleen aangeboden dient te worden na zorgvuldige afweging van baten en lasten ([-2025 DMSCGWIN-O-Standpunten sep 2025](#)).

### *Neo-adjuvante therapie*

Bij patiënten met een stadium III melanoom met macroscopische lymfekliermetastasen, d.w.z. klinisch palpabel of op beeldvorming zichtbaar (met evt daarnaast óók met in-transit of satellietmetastasen), is neo-adjuvante behandeling superieur t.o.v. adjuvante behandeling. Deze patiënten komen in aanmerking voor neo-adjuvante immuuntherapie middels pembrolizumab of ipilimumab + nivolumab. De neo-adjuvante behandeling bestaat uit 2 kuren immuuntherapie vooraf aan de operatie. Afhankelijk van de keuze van behandeling en/of de pathologische respons in het resectiepreparaat kan nog een adjuvante behandeling geïndiceerd zijn, tot maximaal een jaar behandeling in totaal. Het verzoek is om patiënten expliciet te verwijzen naar het MDO van het betreffende melanoomcentrum om een besluit over het behandeltraject te maken.

### *Adjuvante therapie*

Patiënten met een compleet gereseceerd stadium IIIB-D melanoom o.b.v. een positieve sentinel node (SN) procedure of compleet gereseceerd stadium IV melanoom komen in aanmerking voor adjuvante behandeling met immuuntherapie (pembrolizumab of nivolumab) gedurende 1 jaar. Hoewel patiënten met een stadium IIIA >1mm strikt genomen ook in aanmerking komen voor deze adjuvante therapie, maar volgens de landelijk consensus en beschikbare data heeft deze groep patiënten geen baat. Patiënten moeten binnen 12 weken na operatie starten met de adjuvante behandeling. Ook patiënten die geen of een beperkte pathologische response hebben na neoadjuvante behandeling komen in aanmerking voor adjuvante behandeling met immuuntherapie (zie hierboven). Er is geen plaats (meer) voor adjuvante behandeling met BRAF en MEK remmers.

De hierboven genoemde ontwikkelingen benadrukken het belang van een éénsluitende en multidisciplinaire aanpak in de regio. Voor stadium I en II patiënten kan dit zorgpad voor iedere deelnemende zorginstelling een

leidraad voor behandeling vormen. Voor patiënten met stadium III en IV is bespreking in een MDO van een melanoomcentrum; en tijdige verwijzing aangewezen. Daarnaast zorgt deze aanpak ervoor dat alle patiënten daar waar mogelijk kunnen participeren in een wetenschappelijke trial.

#### *MDO*

De melanoomcentra in regio Zuid-West Nederland hebben de volgende kwaliteitseisen aan hun MDO gesteld: Tijdens elk MDO melanoom nemen onderstaande specialisten minimaal deel:

- Dermatoloog
- Oncologisch chirurg
- Internist-oncoloog
- Radiotherapeut-oncoloog
- Radioloog en/of nucleair geneeskundige
- Patholoog

Andere specialisten die -afhankelijk van de besproken casuïstiek- eventueel ook deelnemen aan het MDO:

- Hoofd hals chirurg
- Plastisch chirurg
- Gynaecoloog-oncoloog
- Neuro-oncoloog
- Andere specialisten

#### *Tijdstip MDO melanoom*

Erasmus MC (als onderdeel van het MDO Huidkanker): elke vrijdag 15.00-16.00

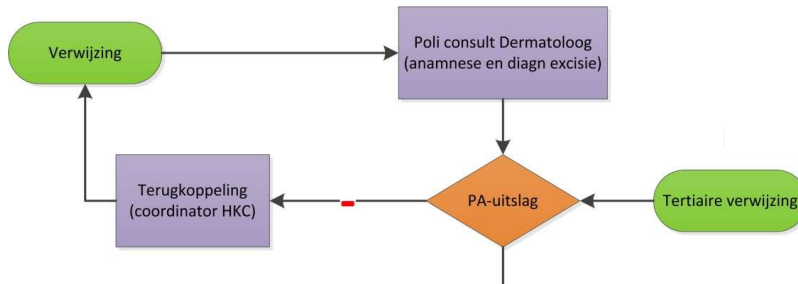
Erasmus MC en Amphia Ziekenhuis: (onderdeel van het MDO immuno-oncologie): elke woensdag 12.30-13.00

Amphia Ziekenhuis: elke vrijdag 15.00-16.00, indien nodig belt Amphia in bij MDO Huidkanker Erasmus MC.

#### *Deelname studies*

Om de zorg van patiënten met melanoom verder te verbeteren, wordt gestreefd naar deelname aan wetenschappelijke onderzoek, zowel klinische studies als translationele studies. Daarnaast zullen patiënten met stadium III/IV worden geregistreerd in de Dutch Melanoma Treatment Registry (DMTR).

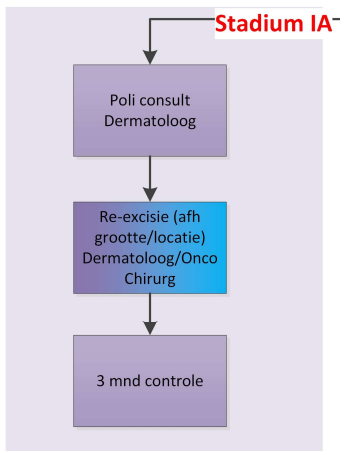
## Toelichting zorgpad Melanoom per fase



## Verwijzing en triage

Het zorgpad melanoom is zo opgezet dat de verwijzer in verschillende fases van de ziekte een patiënt kan verwijzen. Het zorgpad volgt de Nederlandse melanoomrichtlijn en de meeste recente versie van de TNM (8e editie) en de 8e editie van de AJCC.

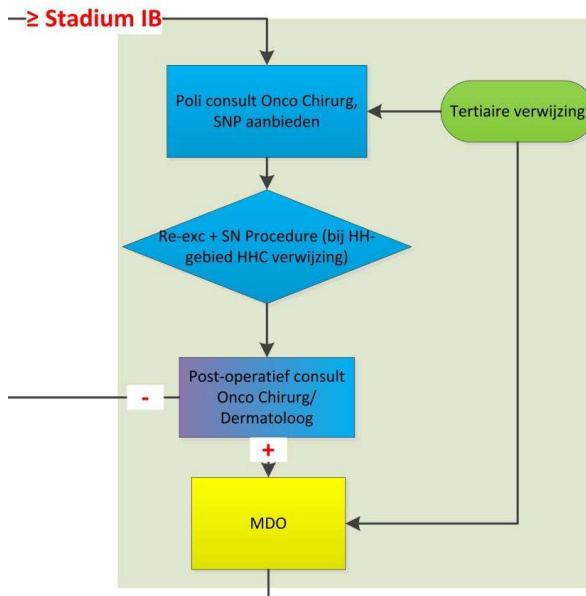
- Patiënten met een voor melanoom verdachte huidlaesie worden, door met name de huisarts, verwezen naar de poli dermatologie in de regio Zuid-west Nederland.
- Bij verdenking op melanoom zal de patiënt binnen 2 weken worden gezien. Indien een sterke verdenking staat aangegeven in de verwijsbrief, dan zal de patiënt binnen 3 werkdagen gezien worden.
- Risicoprofiel van patiënt wordt in kaart gebracht. Bij verdenking FAMMM wordt patiënt doorgestuurd naar de klinische genetica in het Erasmus MC.
- Diagnostiek gebeurt inclusief totale lichaamsinspectie en dermatoscopie. Van tenminste alle verdachte laesies wordt een foto gemaakt en opgeslagen in het EPD. Diagnostische excisie met een marge van 2 mm (bij voorkeur in de richting van het regionale klierstation) of een biopsie bij verdenking lentigo maligna (melanoom) wordt -indien nodig- verricht.
- De uitslag van het histopathologisch onderzoek wordt binnen twee weken op de poli dermatologie met patiënt besproken. Bij histopathologische onduidelijkheid wordt de casus besproken in het regionale melanomenpanel door de patholoog.
- Indien de klinische en/of histologische diagnose geen melanoom is, dan wordt een patiënt met een laag risico ontslagen. Patiënten met een hoog risico op melanoom hebben verdere controles bij de dermatoloog.
- Alle patiënten ontvangen schriftelijke patiënten informatie over naevi en/of melanoom.



## Stadium IA

Patiënt kan via de poli dermatologie komen of via een verwijzing van extern voor een re-excisie

- Patiënt met een histopathologisch bevestigd melanoom krijgt de uitslag op de poli dermatologie en er wordt een re-excisie met bijbehorende marges gepland door in principe de dermatoloog of zo nodig oncologisch chirurg (bij voorkeur binnen 6 weken).
- Patiënten met een lentigo maligna (melanoom) worden in principe behandeld met een excisie volgens Breuninger door de dermatoloog.
- Bij het verwijderen van de hechtingen wordt de uitslag van het histopathologisch onderzoek besproken.
- Controle afspraak over 3 maanden, met PROM meting, waarna in principe ontslag of terugverwijzing naar de huisarts.
- De dermatoloog is de hoofdbehandelaar.



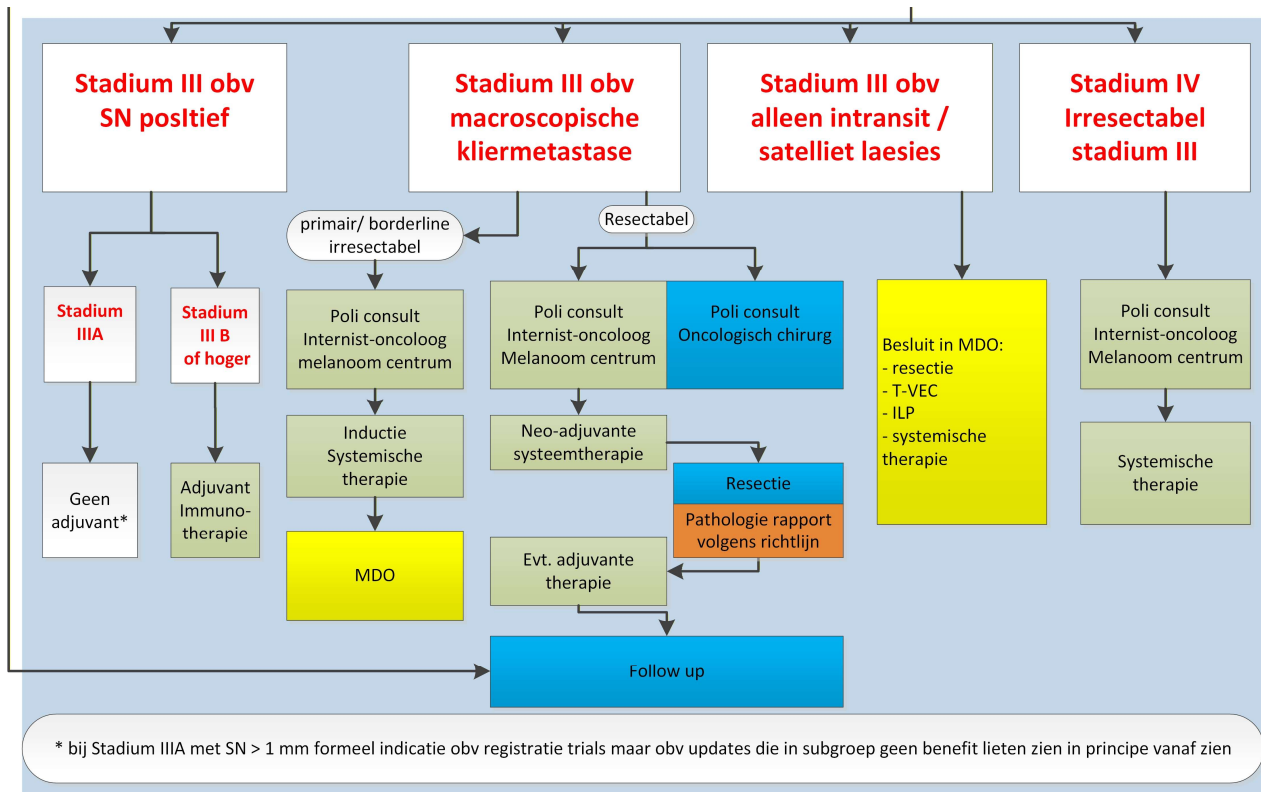
## ≥ Stadium IB

Via de poli oncologische chirurgie (middels interne of externe verwijzing) kan een afspraak gemaakt worden ter bespreking van re-excisie met schildwachtklieprocedure (SNP).

Zie voor de overweging bij dunne primaire melanomen, te weten pT1b of pT2a, de toelichting in de inleiding aan het begin van dit document. Bij deze melanomen dient de SNP zorgvuldig te worden afgewogen gezien het ontbreken van therapeutische consequenties: deze patiënten worden maximaal opgestadieerd naar stadium IIIA bij een positieve SN, en het huidige standpunt is om deze subcategorie patiënten geen adjuvante therapie te geven gezien gebrek aan winst.

Bij een primair melanoom van T2b of hoger (welke een stadium IIIB worden bij positieve SN) is er wel een indicatie voor adjuvante therapie, en heeft een positieve SN dus wel therapeutische consequenties.

- De SNP en histopathologische beoordeling gebeurt volgens de meest recente Nederlandse melanoomrichtlijn.
- Postoperatief consult vindt plaats bij de oncologisch chirurg ongeveer 2 weken na de operatie.
- Indien re-excisie met SNP in het hoofd-hals gebied overweeg overleg/verwijzing naar hoofd-hals centrum.
- Indien SNP negatief dan vindt verdere controle plaats bij de dermatoloog (eventueel afgewisseld met de oncologisch chirurg) volgens schema passend voor het melanoom stadium.
- Indien SNP positief:
  - dan wordt de casus besproken in het MDO huidkanker door de oncologisch chirurg.
  - en adjuvante systemische behandeling wordt overwogen, dan dient een FDG-PET en MRI hersenen te worden verricht. (MRI hersenen evt. via de internist-oncoloog)
  - en adjuvante doelgerichte therapie wordt overwogen, dan kan de BRAF status alvast worden bepaald.
- Dermatoloog en/of oncologisch chirurg zijn hoofdbehandelaar afhankelijk van de SNP status.
- Voor het hoofd-hals gebied is een verwijzing naar een erkend melanoomcentrum gewenst.



## Operabel stadium III melanoom

Patiënt komt met een positieve SN, of met palpabele of op beeldvorming gediagnosticeerde kliermetastase of intransit metastasen / microsattelieten. Iedere patiënt met een melanoom in stadium III wordt in een MDO in een melanoomcentrum (Erasmus MC en/of Amphia) besproken.

Bij een stadium IIIB of hoger wordt altijd een PET-scan of CT thorax-abdomen gemaakt ter stadiering om afstandsmetastasen uit te sluiten. Het routinematig maken van een MRI van de hersenen heeft geen toegevoegde waarde, dit wordt alleen bij klachten geadviseerd.

### Bij positieve SN (microscopische metastasen):

in principe geen aanvullende klierdissectie; de indicatie voor adjuvante systemische therapie dient besproken te worden in het MDO huidtumoren.

- Bij een stadium IIIA melanoom met een positieve SN met een metastase van <1 mm is er geen indicatie voor adjuvante therapie.
- Bij een stadium IIIA melanoom met een positieve SN met een metastase van >1 mm was er o.b.v. de registratietrial een indicatie voor adjuvante therapie. Latere updates van data in deze subgroep lieten echter geen benefit zien in deze groep zodat hier nu in principe vanaf wordt gezien volgens de landelijke consensus.
- Bij een stadium IIIB of hoger met een positieve SN is er een indicatie voor adjuvante immunotherapie met nivolumab of pembrolizumab gedurende 1 jaar na resectie.



Het is belangrijk dat in het gesprek over adjuvante therapie met de patiënt de volgende punten besproken worden: prognose, de aangetoonde winst in ziektevrije overleving en de (nog) niet aangetoonde winst in totale overleving, de belasting van de gekozen behandeling, mogelijke bijwerkingen, waarvan sommigen permanent kunnen zijn, en contra-indicaties. Niet altijd is een adjuvante behandeling ook klinisch gunstig.

Voor aanvang van de adjuvante behandeling zal opnieuw staging plaatsvinden. Vervolgens zal tijdens de behandeling regelmatig beeldvorming worden verricht om daarmee onnodige behandeling bij progressieve ziekte, onnodige blootstelling aan potentiële toxiciteit en onnodige kosten voor de samenleving zoveel als mogelijk te voorkomen. Controle gedurende het eerste jaar van huid en lymfeklieren wordt afgestemd met de verwijzend chirurg en/of dermatoloog.

Afhankelijk van de opgetreden toxiciteit kunnen patiënten ongeveer 3 maanden na de laatste adjuvante behandeling weer worden terugverwezen naar het verwijzend centrum (in principe chirurg) voor reguliere follow-up; zie hiervoor de paragraaf over follow-up hieronder.

- De adjuvante systemische behandeling dient binnen 12 weken na de operatie gestart te worden.
- Voor start van de adjuvante systemische behandeling dient beeldvorming verricht te worden (maximale interval tussen scans en start adjuvante systemische behandeling 8 weken).
- Tijdens de adjuvante behandeling zal elke 12-16 weken een CT-hals-thorax-abdomen worden verricht.

### **Bij palpabele of radiologisch bevestigde (macroscopische) kliermetastasen**

Indien primair irresectabel: overweeg inductie systeemtherapie, verwijs hiervoor naar oncoloog. Hierbij kan gekozen worden voor immuuntherapie (andere dosering dan neo-adjuvant) of bij een BRAF mutatie, BRAF en MEK remmers. De systemische therapie is dus potentieel anders dan bij neo-adjuvant!  
Nadien herbespreken op MDO voor evt. alsnog resectie bij goede respons.

Indien primair resecectabel:

Indicatie voor neo-adjuvante therapie welke besproken dient te worden in het MDO.

- De neo-adjuvante behandeling bestaat bij voorkeur uit 2 kuren ipilimumab+nivolumab a 3 weken (schema volgens de NADINA trial) gevolgd door resectie. Als alternatief, bijvoorbeeld bij kwetsbare patient, is 2 kuren pembrolizumab a 6 weken (schema volgens SWOG S1801 trial) te overwegen.
- Na 2 kuren neo-adjuvante therapie volgt er een herstadiëring, gevolgd door een MDO bespreking, waarna resectie volgt, bij voorkeur 3-4 weken na de laatste kuur immuuntherapie
- Ten tijde van het schrijven van dit document is de afspraak de resectie vooralsnog in een melanoomcentrum te laten plaatsvinden, mede gezien de OMIT trial. Dit zal in de toekomst waarschijnlijk veranderen.
- Eventuele adjuvante systemische therapie zal door de internist-oncoloog met patiënt worden besproken en verschilt per behandeling.
  - Bij ipilimumab+nivolumab neo-adjuvant wordt de adjuvante behandeling bepaald adhv de pathologische respons in het resectiepreparaat:
    - Bij een pathologisch complete respons (pCR; 0% vitale tumorcellen) of bij een near-pCR ( $\leq 10\%$  vitale tumorcellen): geen adjuvante therapie
    - Bij een pathologisch partiële respons ( $>10-50\%$  vitale tumorcellen) of non-respons ( $>50\%$  vitale tumorcellen): adjuvant nivolumab gegeven tot in totaal 1 jaar behandeling.
  - Bij pembrolizumab neo-adjuvant wordt in principe ongeacht de pathologische respons bij goed verdragen van de behandeling nog 6 kuren pembrolizumab a 6 weken adjuvant gegeven.
- Patiënt zal tijdens de systemische therapie worden begeleid en gemonitord op toxiciteit en eventueel recidief door de oncoloog gedurende het eerste jaar.
- Tijdens eventuele adjuvante systemische therapie zal de patiënt ook reguliere controleafspraken bij de dermatoloog hebben ter controle op secundaire huidmaligniteiten.
- Na afronden van de adjuvante systemische behandeling vindt na ongeveer 3 maanden nog eenmalig een

controle plaats bij de internist-oncoloog ter evaluatie van late bijwerkingen. Hierna kan de follow-up in het verwijzend ziekenhuis plaatsvinden door de oncologisch chirurg en de dermatoloog. Vooralsnog is de follow-up na neoadjuvante behandeling hetzelfde als adjuvante behandeling; zie de paragraaf over follow-up hieronder.

## **Uitzonderingssituaties**

### **Stadium III melanoom obv alleen intransit / satellietmetastasen:**

Deze patiënten altijd in het MDO huidtumoren van het Erasmus MC bespreken. Keuze voor behandeling is zeer afhankelijk van de individuele situatie van de patiënt en kan bestaan uit (een combinatie van) resectie, T-VEC, ledemaatperfusie of systeemtherapie (immunotherapie of BRAF MEK remmers).

### **Locoregionale progressie tijdens / na (neo)-adjuvante immunotherapie voor stadium III:**

Altijd bespreken in MDO. Opties zijn afhankelijk van individuele situatie en kunnen bestaan uit zowel lokale therapie (chirurgie, radiotherapie, T-VEC, ledemaatperfusie) of systeemtherapie (opschalen immunotherapie, BRAF-MEK remmers).

## **Follow-up na behandeling voor stadium III melanoom**

We volgen voor de follow-up de aanbevelingen van de landelijke richtlijn melanoom:

[Follow-up bij locoregionaal gemetastaseerd melanoom \(stadium III\) - Richtlijn - Richtlijnen database](#)

Voor de volledigheid kopiëren we hieronder de daar aangegeven schema's:

### Frequentie en duur follow-up van stadium IIIA melanoom, zonder adjuvante systemische therapie

Controleer patiënten met stadium IIIA melanoom zonder indicatie voor adjuvante systemische therapie (met een metastase in de schildwachtklier  $\leq 1$ mm) volgens het MELFO- schema:

- Eerste 2 jaar iedere 4 maanden met alleen onderzoek van het litteken, de regionale lymfeklieren en de huid
- Jaar 3 iedere 6 maanden met alleen onderzoek van het litteken, de regionale lymfeklieren en de huid
- Jaar 4 en 5 iedere 12 maanden met alleen onderzoek van het litteken, de regionale lymfeklieren en de huid
- Daarna op indicatie

### Frequentie en duur follow-up van stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom, zonder adjuvante systemische therapie

Controleer patiënten met stadium IIIB, IIIC en IIID melanoom met contra-indicatie voor immunotherapie of die kiezen om geen adjuvante systemische therapie te ondergaan:

- Eerste 2 jaar iedere 4 maanden met ceCT thorax-abdomen\*
- Jaar 3 iedere 6 maanden zonder beeldvorming
- Jaar 4 en 5 iedere 12 maanden zonder beeldvorming
- Daarna op indicatie

\*Verricht aanvullend ceCT-hals bij patiënten met een primair melanoom in het hoofd-hals gebied.

\*Overweeg PET/CT bij hoog risico op recidief, of vermoeden op recidief in de ledematen.

### Frequentie monitoring van stadium III melanoom, tijdens en na adjuvante systemische therapie:

Controleer patiënten met stadium III melanoom tijdens en na systemische adjuvante therapie:

- Eerste 2 jaar iedere 4 maanden met ceCT thorax-abdomen\*
- Jaar 3 iedere 6 maanden zonder beeldvorming
- Jaar 4 en 5 iedere 12 maanden zonder beeldvorming
- Daarna op indicatie

\*Verricht aanvullend ceCT-hals bij patiënten met een primair melanoom in het hoofd-hals gebied.

\*Overweeg PET/CT tijdens adjuvante systemische therapie, bij hoog risico op recidief of vermoeden op recidief in de ledematen.

## Operabel stadium IV melanoom

In zeldzame gevallen is er sprake van een stadium IV melanoom waarvoor een volledige resectie kan worden verricht, bijv een solitaire huidmetastase op afstand, of een solitaire darmmetastase die wordt verwijderd wegens obstructieve klachten / ileus.

Deze patiënten dienen altijd besproken te worden op een MDO van een melanoomcentrum, indien mogelijk pre-operatief.

De behandelopties zijn erg afhankelijk van de individuele situatie van de patiënt. Naast de resectie zijn er verschillende opties voor systemische therapie, peri-operatief kan neo-adjuvant pembrolizumab (volgens SWOG S1801 trial) of adjuvant nivolumab worden overwogen. Als de resectie lastig of risicovol is kan ook inductietherapie met bijv BRAF + MEK remmers of immuuntherapie overwogen worden. Tenslotte kan er soms ook gekozen worden om deze patiënten te behandelen als irresectabele ziekte.

## Irresectabel stadium III / IV melanoom

Patiënt kan via verschillende interne en externe verwijzers (o.a. oncologie, chirurgie, neurologie etc) komen.

- Iedere patiënt met (hoge verdenking op) een irresectabel stadium III of stadium IV melanoom moet worden overlegd met een oncoloog in het melanoomcentrum
  - Afhankelijk van de situatie kan worden gekozen om patiënt via het MDO in een melanoomcentrum te bespreken danwel met spoed direct met de oncoloog te overleggen.
    - Indien er reeds sprake is van **uitgebreide symptomen van de ziekte (bijv. hersenmetastasen, slechte WHO) of snelle progressie dient met spoed contact opgenomen te worden met een van de internist-oncologen in een melanoomcentrum voor overleg en snelle triage.**
    - Als een multidisciplinaire behandeling overwogen wordt (anders dan alleen systeemtherapie) dient patient sowieso in het MDO in een melanoomcentrum besproken te worden
- In geval van (symptomatische) hersenmetastasen zal patiënt ook in een neuro-oncologisch MDO besproken worden om de meest ideale optie t.a.v. de hersenmetastasen te bespreken.
- Patiënt met histologisch bevestigd inoperabel stadium III of stadium IV melanoom krijgt z.s.m. een afspraak op polikliniek oncologie voor verdere diagnostiek en beleid. BRAF-mutatiestatus wordt direct bepaald.
- Stageringsonderzoek bestaat ten minste uit bloedonderzoek (incl. LDH), diagnostische CT (hals-) thorax-abdomen of FDG-PET en MRI hersenen.
- Teneinde de start van de behandeling te bespoedigen, kan bovenstaande diagnostiek in goed overleg ook al door een verwijzer worden aangevraagd. Dit geldt ook voor de histologische bevestiging middels biopt.
- O.b.v. de uitslagen van de diagnostiek, conditie en wensen van de patiënt zal een eerstelijns behandelvoorstel volgen, globaal bestaande uit de volgende opties:
  - Locoregionale behandeling met T-VEC of met een geïsoleerde extremitateisperfusie (in Erasmus MC)
  - Systemische behandeling met anti-PD1 monotherapie
  - Systemische combinatiebehandeling bestaande uit anti-PD1 en anti-CTLA4 (ipilimumab + nivolumab)
  - Systemische behandeling met een BRAF- en MEK-inhibitor (indien BRAF-mutatie aanwezig)
  - Lokale behandeling, zoals bijv. neurochirurgie of radiotherapie bij hersenmetastase(n)
  - Combinatie van systemische en lokale behandeling
  - Een behandeling in studieverband

- Patiënt zal tijdens de systemische therapie worden begeleid op de polikliniek van de Interne Oncologie in een melanoomcentrum. Tijdens de controles zal de effectiviteit en toxiciteit van de behandeling uitgebreid worden geëvalueerd.
- Tijdens de systemische therapie zal regelmatig beeldvorming en bloedonderzoek worden verricht.
- Bij progressieve ziekte danwel ernstige toxiciteit tijdens eerstelijns systemische therapie zal -indien gewenst en zo mogelijk- tweedelijns systemische therapie worden geïnitieerd.
- Bij oligoprogressie na eerdere respons op systeemtherapie patiënt herbespreken op MDO. Lokale therapie met chirurgie (resectie, T-VEC, ledemaatperfusie) of radiotherapie is dan te overwegen.
- Bij een goede respons op therapie zullen de reguliere controles bij de dermatoloog weer worden verricht.
- De follow-up van patiënten met irresectabel stadium III/IV zal bij de oncoloog plaatsvinden.