

Overlevingskans na verwijdering melanoom in eerste lijn

Ierse onderzoekers keken naar het percentage melanomen dat in de eerste lijn werd verwijderd en naar verschillen in de overlevingskans met de tweede lijn. De meeste melanomen worden door de specialist verwijderd. De overlevingskans bij de in de eerste lijn verwijderde melanomen is echter niet slechter.

Uit een database waarin nieuwe gevallen van kanker worden geregistreerd (National Cancer Registry Ireland) zijn

7116 patiënten met een melanoom geselecteerd in de periode 2002-2011. Gegevens over onder andere leeftijd, geslacht, het jaar dat de diagnose 'melanoom' was gesteld, de locatie van excisie, het pathologisch stadium en doodsoorzaak werden verzameld.

De onderzoekers concluderen dat 8,5% van de melanomen werden verwijderd in de eerste lijn, 4,9% van de patiënten in de eerste lijn en 11,1% in de tweede lijn overleed vanwege een melanoom. Dit was, na correctie voor factoren die invloed hebben op de overleving, niet significant verschillend. In de eerste lijn werden meer afwijkingen van de romp en extremiteiten verwijderd. Daarnaast waren ze vaker in een vroeger stadium verwijderd.

De Nederlandse Richtlijn Melanoom (2012) adviseert huisartsen geen verdachte moedervlekken te verwijderen en patiënten binnen vijf werkdagen te verwijzen naar een dermatoloog. Het onderzoek laat echter zien dat huisartsen die deze zorg leveren laagdrempelig een behandeling aan patiënten kunnen bieden bij een verdachte huidafwijking, zónder dat dit een slechtere uitkomst geeft. ■

Adinda Mailuhu

Doherty SM et al., Comparing initial diagnostic excision biopsy of cutaneous malignant melanoma in primary versus secondary care: A study of Irish national data. Eur J Gen Pract 2016;16:1-7.

Meniscuslijden: opereren of oefenen?

Bij patiënten met meniscuslijden hanteren huisartsen volgens de NHG-Standaard een afwachtend beleid. Wanneer de klachten niet verbeteren, kunnen we verwijzen naar de orthopeed. Postoperatief wordt vaak geoefend met de fysiotherapeut. Een nieuwe systematische review en meta-analyse roepen de vraag op of het niet beter is eerst te gaan oefenen, en pas bij falen van deze therapie naar de orthopeed te verwijzen.

De auteurs hielden na hun search en selectie twaalf onderzoeken over die in aanmerking kwamen om het effect van oefentherapie bij meniscuslijden voor en na operatief ingrijpen te onderzoeken. De kwaliteit van de bewijsvoering was laag tot erg laag. De heterogeniteit van de onderzoeken was groot wat betreft de oorzaak van het meniscusletsel, de lokalisatie van het letsel, de duur van bestaan, de toegepaste therapieën en de uitkomstmaten (zoals functionele problemen of pijn).

Bij patiënten met meniscuslijden werd in de meta-analyse geen verschil gevonden tussen oefentherapie en chirurgisch ingrijpen. Na een operatie

bleek het effect van oefentherapie op pijn en functie onduidelijk, met name op de korte termijn (< drie maanden). Geen van de onderzochte oefentherapieën leek superieur aan andere vormen van therapie. Er waren geen onderzoeken die oefentherapie vergeleken met een afwachtend beleid. Door de heterogeniteit en de kwaliteit van de onderzoeken is het nodig meer onderzoek te doen, met name naar het effect van oefentherapie in de eerste lijn.

Bij patiënten die wel hinder ondervinden van (mogelijk) meniscuslijden,

maar geen haast hebben met herstel of opzien tegen een orthopedische ingreep, kan oefentherapie worden aanbevolen. Met de kanttekening dat dit niet gebaseerd is op overtuigend bewijs, maar juist omdat we het eigenlijk gewoon nog niet weten. ■

Sjoerd Hobma

Swart NM, et al. Effectiveness of exercise therapy for meniscal lesions in adults: A systematic review and meta-analysis. J Sci Med Sport 2016;19:990-8.

