

31 Malignes Melanom

H. Himmel, H. Wiesinger

Inzidenz

14/100.000 Einwohner (1992 Großraum München)

Prognosefaktoren

- **absolute Tumordicke** (Breslow–Thickness)
- **Tumordurchmesser**>0,76mm Lymphknotenmetastasen 2-3%
- **Tumortyp**- klassische Melanomtypen (80% der MM darin klassifizierbar): [superfiziell spreitendes Melanom (SSM), primär knotiges Melanom (NMM), akrolentiginöses Melanom (ALM), Lentigo-maligna Melanom (LMM)]
- **Tumorlokalisation**: Extremitäten besser als Stamm
- **Geschlecht**: Männer schlechter als Frauen
- **Lymphknotenmetastasierung**: Prognose um 20-50% verschlechtert

Klassifikation

Tabelle 1. Klassifikation des MM [nach AJC (American Joint Committee on Cancer)]

T-Stadium	Tumordurchmesser (Breslow)	Clark-Level
pTis	Melanoma in situ	I
pT1	<0,75mm	II
pT2	0,76-1,5mm	III
pT3a	1,51-3mm	IV
pT3b	3,01-4mm	IV
pT4a	>4mm	V
pT4b	Satelliten bis 2cm	

¹ Kapitel 31
Versionn 1.0
Stand 03/1998

Stadieneinteilung

Tabelle 2. Stadieneinteilung des MM

I	pT12, N0, M0
II	pT3, N0, M0
III	pT4, N0, M0 oder alle pT, N1
IV	jedes T, N, M1

Lymphknotendissektion

Die Lymphknotenmetastasierung ist abhängig von der Tumordicke, und liegt bei MM unter 0,76 mm Tumordicke unter 1%, bei allen übrigen um 20%, wobei Patienten mit bereits klinisch verdächtigen Lymphknoten (LK) inkludiert sind, bei Ausschluss dieser Patienten liegt die Wahrscheinlichkeit einer LK Metastasierung bei 13 % also deutlich niedriger, d.h. dass ein hoher Anteil der Patienten unnötigerweise disseziert wird und eine elektive (=prophylaktische) Lymphknotendissektion (ELND) auch unter Berücksichtigung der hohen Morbidität [Infektion, Serome (25%), Lymphödeme (25%), Hautnekrosen, Nervenfunktionsstörungen] nur bei Untergruppen von Patienten (Orientierung an Tumordicke, Lokalisation und Geschlecht) zur Anwendung kommen sollte, wobei die Erkenntnisse der selektiven (sentinel)Lymphknotenbiopsie (SNB) berücksichtigt werden müssen.

Indikationen zur ELND

Tabelle 3. ELND Indikationen (nach 3)

MM Lokalisation	Tumordicke	
	Männer	Frauen
Kopf, Hals, Stamm (oberhalb Nabel), Akren	1,5-4mm	2,5-4mm
Extremitäten	>2,5-4mm	
bei allen anderen Lokalisationen und Tumordicke >4mm SNB		

SNB (Sentinel node Biopsie, selektive Lymphknotenbiopsie)

Die höchste Trefferquote bezüglich Identifikation und Auffindens des Sentinel (Pfortner) Lymphknotens ergibt sich bei Kombination aus Tc99 Szintigraphie (ungefiltertes Tc99 am Tag vor der Operation, Markierung auf der Haut und intraoperative Lokalisation mit einer Gamma Sonde) und intraoperative Blaufärbung (Injektion von 0,5ml Metylenblaulösung intrakutan auf beiden Seiten des Primärtumors, 5cm Inzision zur Identifikation der ableitenden blaugefärbten Lymphbahn und entlang dieser Präparation bis zum gefärbten Sentinel Node).

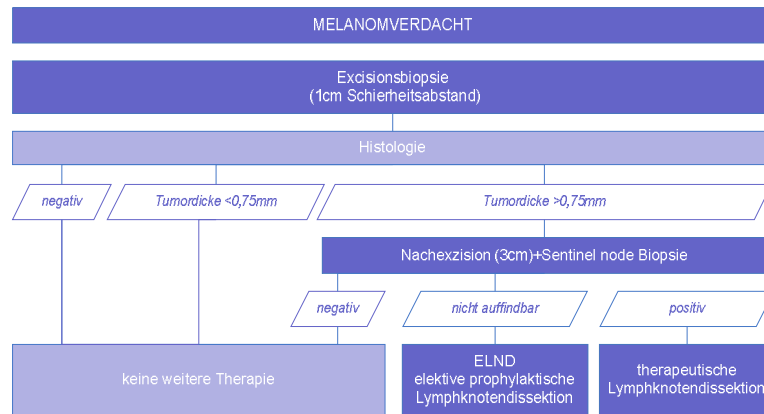


Abb. 1. Management Melanom (eig. Vorgehen)

Literatur

1. Hohenberger W, Göhl J, Altendorf-Hofmann A, Meyer Th (1996) Lymphknotendissektionen beim malignen Melanom. Chirurg 67: 779-787
2. Karakousis C (1994) Die stadienorientierte chirurgische Resektion beim malignen Melanom. Chirurg 65:164-174
3. Stol W, Landthaler M (1994) Klassifikation, Diagnostik und Differentialdiagnostik des malignen Melanoms. Chirurg 65: 145-152