

In-situ-Melanom: Weite Exzision ist nicht schlechter als Mohs-Chirurgie

Goldstandard der Therapie von Melanomen in situ ist die vollständige Exzision. Dieser steht die mikrografisch kontrollierte Mohs-Chirurgie gegenüber. Welche der Methoden besser ist, haben Australische und US-amerikanische Dermatologen im Zuge einer retrospektiven Analyse untersucht.

Melanome in situ befinden sich noch im präinvasiven Stadium. Der Tumor ist auf die Epidermis beschränkt, die Basalmembran intakt. Eine ganze Reihe von Behandlungsverfahren ist für In-situ-Melanome vorgeschlagen und untersucht worden, darunter auch konservative, speziell bei Lentigo-maligna-Melanomen. Dazu zählen die Strahlentherapie und der Einsatz von Imiquimod, Azelainsäure und Fluorouracil. Als Einzelmaßnahme kommt das konservative Vorgehen jedoch höchstens in ausgewählten Problemfällen infrage.

Laut der gültigen deutschen S3-Leitlinie zum malignen Melanom ist bei einem Sicherheitsabstand von mehr als 3 mm mit einer Rezidivrate von 0,5 % zu rechnen. Einer weiten Exzisionen steht

die mikrografisch kontrollierte Mohs-Chirurgie mit 3-D-Histologie gegenüber, bei der unter vollständiger Schnitttrandkontrolle so lange exzidiert wird, bis tumorfreies Gewebe erreicht ist.

In einer retrospektiven Analyse wurden nun die Daten von mehr als 24.000 Patienten, deren In-situ-Melanome weit exzidiert wurden (5 mm Abstand), mit den Angaben zu über 4.000 Patienten nach Mohs-Chirurgie verglichen.

Relevante Unterschiede in den Überlebenschancen traten nicht auf. Nach fünf, zehn und 15 Jahren lebten nach weiter Exzision noch 94 %, 86 % und 76 % der Patienten. Bei den mit Mohs-Chirurgie Behandelten betragen die Raten 92 %, 81 % und 73 %. Die Differenzen im Gesamtüberleben waren ebenso we-

nig signifikant wie jene beim krebsspezifischen Überleben.

Welches Exzisionsverfahren in der Behandlung eines Melanoms in situ eingesetzt wird ist in der Praxis allerdings nicht immer frei wählbar. Sicherheitsabstände, wie sie für die weite Exzision zu fordern sind, lassen sich nicht in allen anatomischen Regionen einhalten, ohne erhebliche kosmetische oder funktionelle Einbußen zu verursachen. Solche schwierigen Lokalisationen finden sich an Grenzflächen im Gesicht, an den Ohren, den Fingern und Zehen. Die genannte deutsche Leitlinie spricht sich hier dafür aus, mikroskopisch kontrolliert zu operieren.

Fazit: In-situ-Melanome lassen sich mit weiter lokaler Exzision ebenso gut behandeln wie mit mikroskopisch kontrollierter Chirurgie nach Mohs. Weder das krebsspezifische noch das Gesamtüberleben fallen schlechter aus.

Dr. Robert Bublak

Phan K et al. Mohs micrographic surgery versus wide local excision for melanoma in situ: analysis of a nationwide database. *Int J Dermatol.* 2019; <http://doi.org/c3dx>

Lebensbedrohliches Mitbringsel von der Freigängerkatze

Ein 68-jähriger Patient litt seit zwei Monaten unter zunehmend schmerzhaften Schwellungen an der rechten Halsseite. Wie der Mann berichtete, war den Veränderungen ein einwöchiges



Schmerzhafte, vergrößerte Lymphknoten am Hals.

Fieber vorausgegangen. Bei der Untersuchung zeigten sich im fraglichen Bereich drei große, rote, derbe Lymphknoten. Die serologische Testung mit IgM-Antikörpern ergab einen positiven Befund für Francisella (früher Pasteurella) tularensis (Titer 1:1.280).

Die Kollegen hatten ihren Grund, diese Untersuchung zu veranlassen. Der Patient berichtete, dass zwei Tage vor Beginn seiner Beschwerden seine Hauskatze gestorben war. Das Tier war auch im Freien umhergestreift. Die Ärzte vermuteten eine Zoonose – und konnten mit der Testung die Diagnose kutano-glanduläre Tularämie sichern. Sie leiteten eine vierwöchige Behandlung mit Doxycyclin ein. Nach fünf Tagen wurden die Knoten kleiner, innerhalb von drei Wochen waren sie dann vollständig verschwunden.

Die in Deutschland meldepflichtige Tularämie, die auch als Hasen- oder Nagerpest bezeichnet wird, ist zuletzt 20- bis 50-mal pro Jahr angezeigt worden. Die Letalität der invasiven Erkrankung nach oraler oder inhalativer Infektion liegt trotz Behandlung bei circa 5 %.

Prof. Heinrich Holzgreve

Marks L et al. Glandular tularemia. *N Engl J Med.* 2018; 379: 967