

Kopf- und Halsmelanom: Studie identifiziert Faktoren für Mohs-Chirurgie

Fix W et al. Melanomas of the head and neck have high – local recurrence risk features and require tissue-rearranging reconstruction more commonly than basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma: A comparison of indications for microscopic margin control prior to reconstruction in 13,664 tumors. *J Am Acad Dermatol* 2021; 85: 409–418. doi:10.1016/j.jaad.2018.11.020

Aufgrund des hohen lokalen Rezidivrisikos empfehlen nationale Leitlinien eine mikrografische Chirurgie nach Mohs (Mohs micrographic surgery, MMS) oder eine umfassende Randbeurteilung mit formalinfixierten, in Paraffin eingebetteten Schnitten (Slow Mohs) bei Basalzell- und Plattenzellkarzinomen (BZK; PZK). Für kutane Melanome hingegen fehlen identifizierte Merkmale für ein hohes lokales Rezidivrisiko sowie Indikationen für die MMS oder Slow Mohs.

Obwohl 25% der Melanome im Kopf- und Halsbereich entstehen, werden nur 4% der Melanome mit MMS behandelt. Dabei liegen die lokalen Rezidivraten von Kopf- und Halsmelanomen nach konventioneller Exzision bei 10% gegenüber weniger als 1% nach MMS und 2% nach Slow Mohs. Um klare Indikationen für MMS und Slow Mohs zu entwickeln, ist die Ermittlung von Merkmalen von Hochrisiko-Lokalrezidiven bei Melanomen notwendig.

Dafür verglichen Wissenschaftler in einer retrospektiven Kohortenstudie die Merkmale mit hohem lokalem Rezidivrisiko und die Häufigkeit der gewebeumgestaltenden Rekonstruktion bei Melanomen im Kopf- und Halsbereich mit derjenigen von BZKs und PZKs. Die Studie schloss alle Patientinnen und Patienten ein, die zwischen 2007 und 2017 mit MMS aufgrund eines Kopf-, Halsmelanoms, BZK (ausschließlich am Kopf oder Hals) oder PZK (ausschließlich am Kopf oder Hals) behandelt wurden. Daten wie Alter, Geschlecht, histologische Diagnose, anatomische Lage, präoperative Tumurlänge und -breite, Rezidivstatus, Länge und

Breite des Defekts nach der MMS, Anzahl der MMS-Schritte (die zur Beseitigung der Läsion erforderlich waren) und die Art der Rekonstruktion wurden zum Zeitpunkt der MMS-Behandlung erfasst.

Tumore galten als rezidivierend, wenn sie zuvor mittels Exzision, Kryochirurgie, Laser oder topischer Behandlung behandelt worden waren. Eine subklinische Ausbreitung war als Notwendigkeit von mehr als einer Stufe der MMS definiert.

- Läsionen bei BZK und PZK wurden mit MMS chirurgisch entfernt und die mikroskopischen Ränder wurden mit Hämatoxylin-Eosin-Färbung im Gefrierschnitt bewertet. Die 1. Stufe der MMS umfasste einen Rand von mindestens 2 mm gesunder Haut um den sichtbaren BZK bzw. PZK. Bei großen oder tief invasiven Tumoren wurden größere Ränder entfernt.
- Melanome wurden mit MMS entfernt und die mikroskopischen Ränder wurden sowohl mit Gefrierschnitt-Hämatoxylin-Eosin-Färbung als auch mit Melanom-Antigen-Immunfärbungen bewertet. Bei Melanoma in situ und invasiven T1a-Melanomen umfasste die 1. Stufe der MMS einen Rand von mindestens 5–6 mm gesunder Haut um den sichtbaren Tumor. Bei Melanomen mit einem Stadium von T1b oder höher wurde ein Rand von mindestens 1 cm gesunder Haut um das sichtbare Melanom herum entfernt – es sei denn, es waren engere Ränder erforderlich, um eine wichtige Anatomie oder Funktion zu erhalten.

Ergebnisse

Insgesamt identifizierte die Studie 8743 BZKs, 3343 PZKs und 1475 Melanome (1065 Melanome in situ und 410 invasive Melanome).

- Im Vergleich zu BZKs bzw. PZKs wiesen Melanome signifikant häufiger Merkmale mit hohem lokalem Rezidivrisiko auf, wie eine signifikant größere präoperativ längste Dimension (2,10 cm [95%-KI 2,02–2,18] vs. 1,30 cm [95%-KI 1,28–1,32], $p < 0,0001$) und eine häufigere subklinische Ausbreitung (31,73% [95%-KI 29,35%–34,10%] vs. 26,52% [95%-KI 25,74%–27,31%], $p < 0,0001$).

- Außerdem waren Melanome eher rezidivierend (5,08% [95%-KI 3,96%–6,21%] vs. 3,91% [95%-KI 3,57%–4,21%], $p = 0,031$) und befanden sich eher auf der Kopfhaut, im nicht-zentralen Teil des Gesichts und am Hals ($p < 0,0001$).
- Bei Melanomen war eine gewebeumgestaltende Rekonstruktion signifikant häufiger erforderlich als bei BZKs und PZKs (44,68% vs. 33,02% [$p < 0,0001$]; OR = 1,98 [$p < 0,0001$]).

FAZIT

Die Studienergebnisse zeigen, dass die anatomische Lage im Kopf- und Halsbereich, die Größe, der Rezidivstatus und die gewebeumgestaltende Rekonstruktion Faktoren sind, die bei Melanomen ein erhöhtes Risiko bei der konventionellen Exzision mit sich bringen können. Diese Faktoren sollten künftige Leitlinien für Melanome als Indikationen für die mikroskopische Randkontrolle mit MMS oder Slow Mohs berücksichtigen, so die Autoren.

Leandra Metzger, Stuttgart