

Testen Sie Ihr Fachwissen

Test Your Knowledge



Dr. M. O. Bodendorf

Autoren

M. O. Bodendorf¹,
S. B. Sohl²,
U. Reusch¹,
M. Reusch¹,
V. Mielke¹

Institute

¹ Praxis für Dermatologie
und Pathologie, Hamburg
² Hautarztpraxis Dr. Sohl,
Esslingen

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1353596>
Akt Dermatol 2013; 39: 447–448
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Dr. Marc O. Bodendorf
Praxis für Dermatologie
und Pathologie
Tibarg 7–9
22459 Hamburg
m.bodendorf@drmm.de

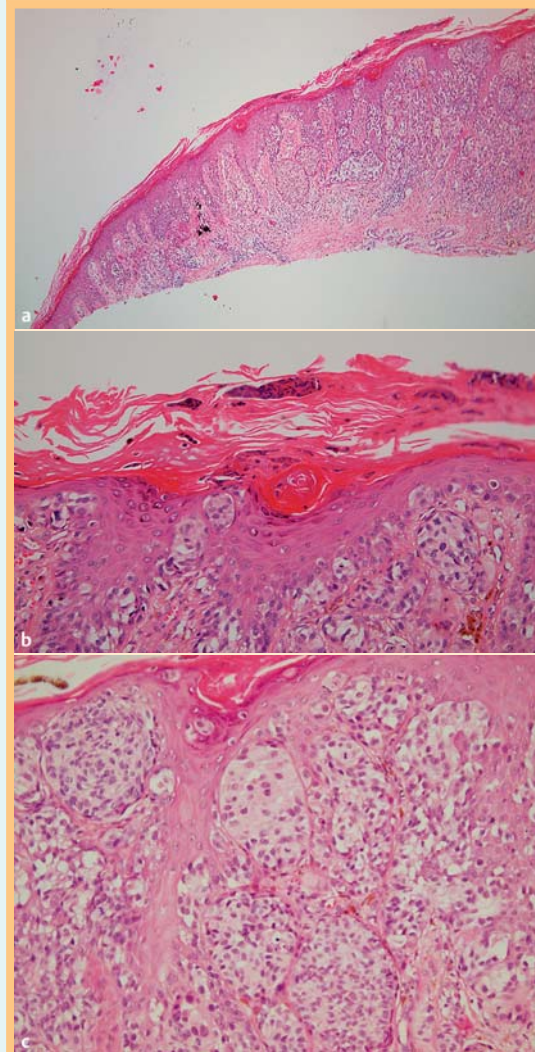


Abb. 1 a Shaveexzidat eines breiten, von der Epidermis ausgehenden Tumors.

b Ausschnitt-verbreitertes Epithel, Pseudofollikel, teilpigmentierte Hyperkeratose.

c Ausschnitt-Vermehrung atypischer, teils pigmentierter Zellen.

Anamnese

▼ Eine 62-jährige Patientin stellte sich mit einer seit unbekannter Zeit bestehenden, symptomlosen, hyperpigmentierten Läsion am linken Unterschenkel vor. Aufgrund des klinischen Charakters wurde unter der Arbeitsdiagnose einer seborrhoischen Keratose eine Shave-Exzision durchgeführt. Dabei bemerkte der Operateur intraoperativ eine ungewöhnlich straffe Konsistenz des Tumors sowie ein festes Anhaften an die darunterliegende und umgebende Haut. Zur Sicherheit führte er in derselben Sitzung eine komplette Exzision des Tumors durch (Histologie nicht dargestellt).

Körperlicher Befund

▼ Im Bereich der linken Wade fand sich ein ca. 12 × 10 mm großer, gering hyperpigmentierter Tumor.

Die Oberfläche erschien verrukös mit Pseudofollikeln sowie einer Kruste. Klassische Hinweise für eine melanozytäre Läsion (Ausbildung von Netzen, Schollen etc.) fanden sich dermatoskopisch nicht.

Histologischer Befund

▼ Flachexzidat eines Tumors mit fokal verruköser Konfiguration, Hyperparakeratose, Serumeinlagerungen, Pseudofollikeln, Vermehrung pleomorpher, z.T. pigmentierter Zellen (siehe **Abb. 1**).

Wie lautet die Diagnose?
Welche Differenzialdiagnosen sind zu berücksichtigen?

(Auflösung nächste Seite)

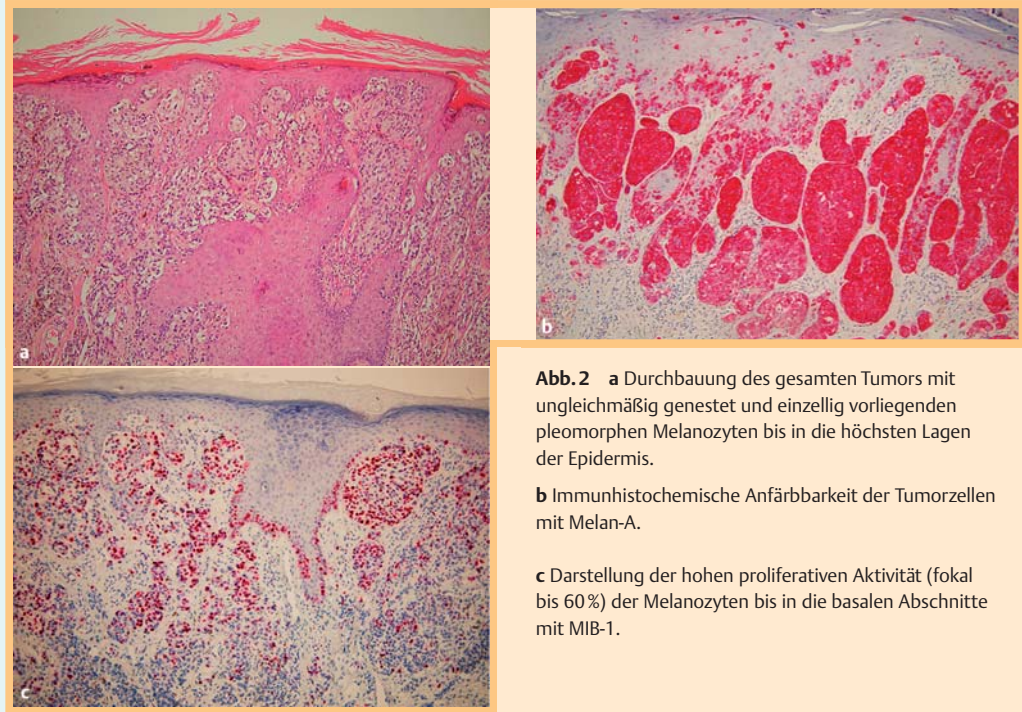


Abb. 2 a Durchbauung des gesamten Tumors mit ungleichmäßig genestet und einzellig vorliegenden pleomorphen Melanozyten bis in die höchsten Lagen der Epidermis.

b Immunhistochemische Anfärbbarkeit der Tumorzellen mit Melan-A.

c Darstellung der hohen proliferativen Aktivität (fokal bis 60%) der Melanozyten bis in die basalen Abschnitte mit MIB-1.

Auflösung



Diagnose: Superfiziell spreitendes, malignes Melanom. Clark-Level IV, maximaler vertikaler Tumordurchmesser nach Breslow: 1,8 mm. Keine Regression, keine Ulzeration, keine Nävus-Assoziation. pTNM-Klassifikation: pT2a Nx Mx.

Kommentar: Der vorliegende Fall zeigt anschaulich, wie ein hochmalignes Melanom klinische Benignitätskriterien einer seborrhoischen Keratose imitieren (verrukos-krustiger Tumor mit Pseudofollikeln) und Malignitätskriterien (Hinweise auf eine melanozytäre Genese, Inhomogenitäten der Pigmentverteilung) verschleiern kann. In solchen Fällen kann die rein optische, dermatoskopische Diagnosestellung selbst erfahrener Kollegen mitunter nicht ausreichen, die Läsion vollständig einzuordnen.

Hieraus folgt die Gefahr einer inadäquaten Diagnostik und Therapie maligner Tumoren, insbesondere beim Einsatz vaporisierender, kauterisierender sowie kryotechnischer Verfahren. Auch die Einsendung multipler Läsionen in einem Gefäß als Sammelhistologie macht unter Umständen eine spätere Lokalisationszuordnung des Tumors unmöglich und resultiert im schlimmsten Fall in der Notwendigkeit zur Nachoperation aller Läsionen.

Besonders hervorzuheben ist die Beobachtung der ungewöhnlichen intraoperativen Haptik des Tumors. Trotz des klinisch unauffälligen Charakters der Läsion hat der behandelnde Kollege auf-

grund dieses für eine seborrhoische Keratose ungewöhnlichen intraoperativen Verhaltens die Sorgfalt walten lassen, gleich eine histologisch kontrollierte Nachresektion zur kompletten Tumorentfernung durchzuführen. Nur so konnte letztlich das Melanom vollständig diagnostiziert und klassifiziert werden.

Grundsätzlich gilt auch, dass bei großer Diskrepanz zwischen klinischer und histologischer Diagnose sowohl der Operateur als auch der Histologe immer die Möglichkeit eines Kollisionstumors in Erwägung ziehen sollten. Hierbei handelt es sich um das zufällige Auftreten verschiedener Läsionen ohne kausalen Zusammenhang an einer Lokalisation. Unter Umständen beurteilt dann der Operateur den optisch augenfälligen Teil der Läsion und der Histologe den lichtmikroskopisch herausragenden Befund. In so einem Fall sollte neben der klinisch-pathologischen Korrelation eine komplette Aufarbeitung des Gewebes nach Durchführung aller notwendigen Spezialfärbungen erfolgen.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die feingewebliche Untersuchung auch vermeintlich klinisch eindeutig benigner entfernter Läsionen überaus sinnvoll ist und zusätzliche Sicherheit bietet. Eine ungewöhnliche Konsistenz und Haptik der Läsion während des Eingriffs (Curretage/Shaving) kann wertvolle Hinweise geben. Solchen Warnsignalen sollte unbedingt Beachtung geschenkt werden und das Gewebe einer histologischen Aufarbeitung zugeführt werden.