

Kopf-Hals-Melanom: niedrige Rezidivrate nach schrittweiser Exzision

Moyer JS et al. Efficacy of Staged Excision With Permanent Section Margin Control for Cutaneous Head and Neck Melanoma. *JAMA Dermatol* 2017; 153: 282 – 288

An lichtexponierten Stellen mit vorgeschädigter Haut und hoher Melanozytendichte ist die okkulte Tumorausbreitung schwer einzuschätzen. Die schrittweise Tumorexzision mit wiederholter Überprüfung der Schnittränder soll die Rezidivrate senken und gleichzeitig ein best mögliches kosmetisches Ergebnis garantieren. Die retrospektive Studie zeigt die Lokalrezidivrate und Risikofaktoren bei Patienten mit einem malignen Melanom der Kopf-Hals-Region auf.

Die Autoren nutzten die Michigan-Melanom-Datenbank, um Patienten mit einer schrittweisen Exzision und formalinfixierter Schnittrandkontrolle zu identifizieren. Die Nachbeobachtungszeit musste mindestens 5 Jahre betragen. Nach der Primärdiagnostik erfolgte die „staged excision“ in Lokalanästhesie. Die Sicherheitsabstände betragen 0,5 cm (Carcinoma in situ) und 1 cm (invasives Karzinom). Falls die histopathologische Kontrolle Tumorausläufer bestätigte, resezierten die Dermatologen positive Areale überwiegend mit einem zusätzlichen Sicherheitsabstand von 0,5 cm.

Von 1997 – 2006 erkrankten 806 Patienten (65 Jahre median) an einem malignen Melanom der Kopf-Hals-Region und erhielten 834 Exzisionen. Die durchschnittliche Nachbeobachtungszeit betrug 9,3 Jahre. Insgesamt traten 17 Lokalrezidive auf. Nach 1, 5 und 10 Jahren betrug die Raten 1,4%, 1,8% und 2,2%. 3 Variablen waren mit einer gesteigerten Rezidivwahrscheinlichkeit assoziiert: die Läsionsfläche, die Lokalisation und eine Immunsuppression.

- Eine Größenzunahme des Melanoms um 50 mm² steigerte die Wahrscheinlichkeit für ein Lokalrezidiv um 9%.

- Verglichen mit anderen Kopf-Hals-Regionen waren periokuläre Läsionen mit einem 12,5-fach gesteigerten Risiko assoziiert. 7 von 17 Rückfällen waren periokulär lokalisiert.
- Kein Patient, der eine Immunsuppression erhalten hatte, bekam ein Lokalrezidiv.

Die definitiven Sicherheitsabstände korrelierten mit der Tumorfläche. Ein weiterer Einflussfaktor war die Tumorinvasivität. Der durchschnittliche Schnittrand betrug bei Carcinomata in situ 9,3 mm und bei invasiven malignen Melanomen 13,7 mm. Nur bei 232 Exzisionen von In-situ-Befunden mit einem Schnittrand <5 mm waren keine Tumorzellen nachweisbar (41,1%).

320 Patienten nahmen an einer Befragung zum kosmetischen Ergebnis teil. 84,7% waren mit dem Resultat sehr zufrieden und 9,4% zufrieden. Das subjektive Operationsergebnis war nicht mit der Rekonstruktionsfläche assoziiert.

FAZIT

Die repetitive histopathologische Kontrolle der Schnittränder gewährleistete anhaltende Remissionen und führte zu einer hohen Patientenzufriedenheit. Die geringe Lokalrezidivrate spricht für die schrittweise Exzidierung maligner Melanome an Kopf und Nacken, so die Autoren. Sie weisen aber besonders darauf hin, dass bei In-situ-Karzinomen der Standardabstand von 5 mm häufig nicht ausreichte. Die Studienergebnisse sollten nach ihrer Ansicht der Referenzpunkt für zukünftige Leitlinien sein.

Dr. med. Susanne Krome, Melle