pink & blue

Nr. 5

III 1998
Zeitschrift des Zentrums für Dermatopathologie Freiburg

Schriftleitung und
redaktionelle Verantwortung:
Wolfgang Weyers, Carlos Diaz,
Imke Weyers, Susanna Borghi
Druck: pronto Freiburg

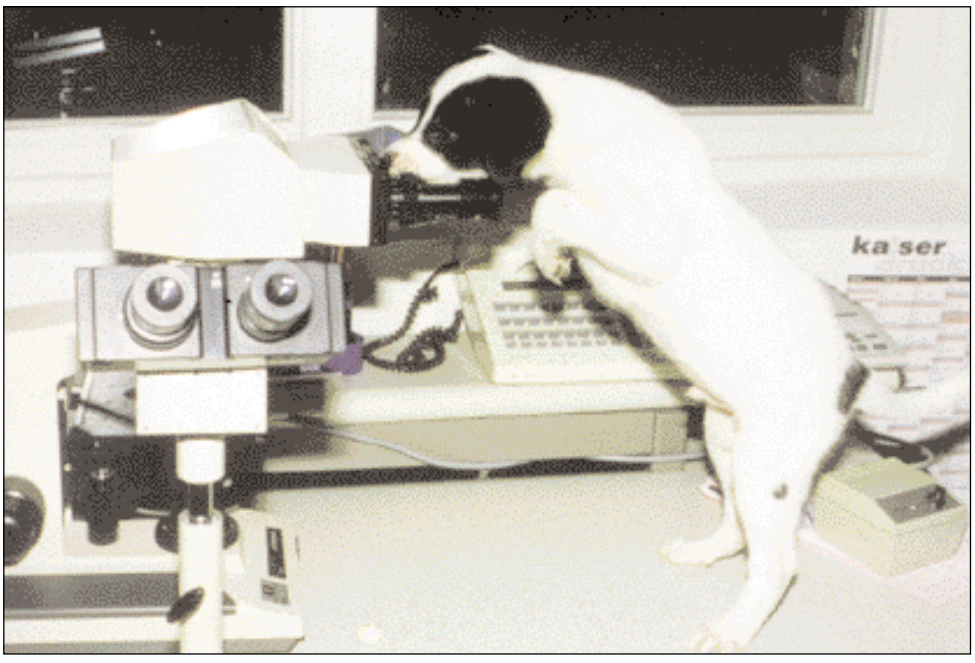
Drei Premieren

Premieren haben ihre eigenen Gesetze: sie fallen aus dem Rahmen, werden besonders beachtet und besonders gründlich vorbereitet. Der sorgfältigen Vorbereitung steht ein Mangel an Routine gegenüber, so daß nicht jede Premiere glänzend ausfällt. In der Regel stellt aber das Neue einer Premiere die spätere Routine in den Schatten. Dies gilt zum Beispiel für das erste Lehrbuch der Dermatohistopathologie, das vor 150 Jahren in Berlin veröffentlicht wurde und an das wir im Abschnitt „Memories“ erinnern wollen.

Eine zweite Premiere betrifft „Pink & Blue“ selber: Wir haben eine neue Rubrik aufgenommen, das „Bilderbuch der Biopsie“. Mit dieser Ergänzung kommen wir einer Anregung von Lesern und Einsendern nach, die sich Informationen über Biopsietechniken und -indikationen wünschten, zum Beispiel über Vor- und Nachteile der Shave-Biopsie, über Laser-induzierte Gewebsartefakte und über die Schnittrandkontrolle bei malignen Tumoren. Obwohl die Hautbiopsie die mit Abstand wichtigste diagnostische Maßnahme in der Dermatologie ist, wird sie in Lehrbüchern nur beiläufig behandelt, und es fehlen Übersichtsarbeiten, die anhand konkreter Beispiele die Grundlagen der Biopsie vermitteln. Die Konsequenzen sind für klinisch tätige Kollegen, Dermatopathologen und Patienten gleichermaßen spürbar, denn eine Biopsie, die

Inhalt:

Zu diesem Heft 1
Was ist das ? 2
Bunt gemischt 2
Bilderbuch der Biopsie 5
Der besondere Fall:
Livedo durch Calciphylaxie 6
Memories 7
Für Sie referiert 9
Das ist es ! 12
Klinische Befunde -
histopathologisch erläutert 12
Dermatologie einmal anders:
Exzision des malignen Melanoms 13

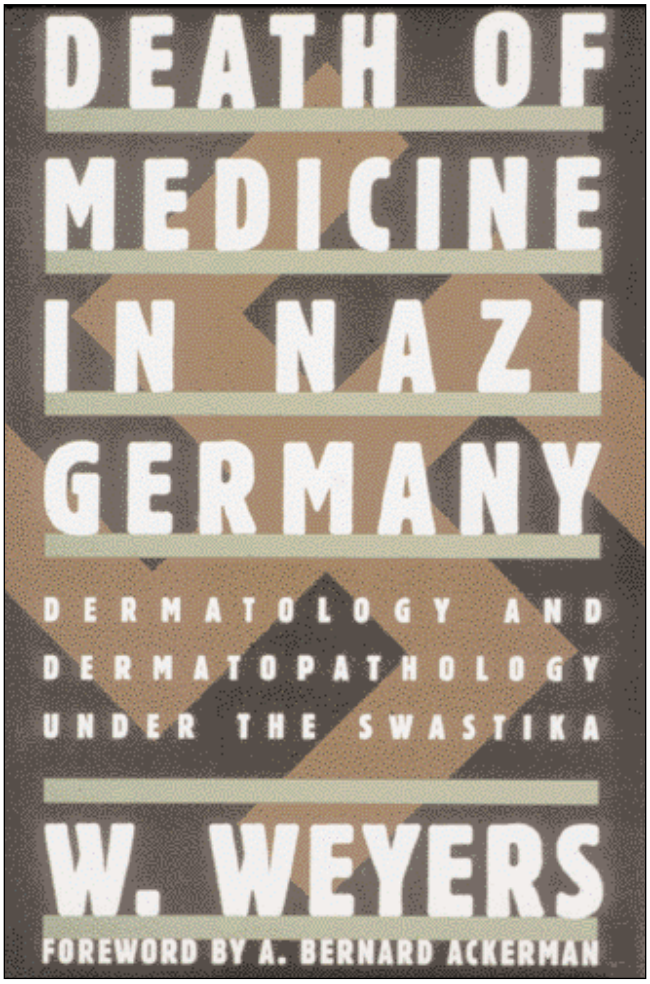


“Der Duft des Melanoms”: Diagnostischer Alltag von Platone.

nicht beurteilt werden kann, nutzt keinem. In „Pink & Blue“ wollen wir dazu beitragen, die Lücken in der Darstellung der Hautbiopsie zu schließen.

Die dritte Premiere betrifft unser Zentrum für Dermatopathologie. Wir haben Zuwachs bekommen, und unser neuen Mitglied heißt Platone. Wie der Name verrät, ist Platone gebürtiger Italiener, seine Vorfahren waren jedoch durchaus gemischt. Dementsprechend versteht Platone eine Vielzahl von Sprachen gleich gut. Er gilt als Denker, dem es gelingt, fast jeden Knochen, an dem er nagt, zu knacken. Platone ist jedoch nicht nur Philosoph, der den Problemen des Lebens mit stoischer Gelassenheit begegnet – er hat auch diagnostische Fähigkeiten, die wir uns für unsere Arbeit am Mikroskop zunutze machen: Platone erschnüffelt Diagnosen! Die Präzision seines Urteils ist erstaunlich: zum Beispiel hat er bei der Differenzierung zwischen Morbus Bowen und Carcinoma in situ noch niemals falsch gelegen! Das gleiche gilt für die Unterscheidung von seborrhoischen Keratosen und Basalzellpapillomen. Platones Spezialgebiet sind allerdings Verknöcherungen, und wir sind sicher, daß er auf diesem Gebiet zu einer echten Autorität werden wird!

Was ist das?



Nachdem die erste Auflage der Geschichte der Dermatologie im Nationalsozialismus rasch vergriffen war, liegt das Buch nun im zweiten Druck vor. „Death of Medicine in Nazi Germany” ist bei Madison Books in den USA erschienen und kostet 18.95$ (Paperback, ISBN 1-56833-122-3) bzw. 49,95$ (Hardcover, ISBN 1-56833-121-5).

Bunt gemischt

Zu den Höhepunkten im Leben der deutschen Dermatologie zählt seit Jahrzehnten die Münchener Fortbildungswoche. Ihren hohen Anspruch und die große Akzeptanz verdankt die Veranstaltung ihrer praktischen Ausrichtung: anstelle von inhaltsleeren Kurzvorträgen, die mehr der Selbstdarstellung des Referenten als der Belehrung des Publikums dienen, werden Schwerpunkte gesetzt und ausführlich besprochen mit dem Ziel, dem Hautarzt bei seiner täglichen Tätigkeit weiterzuhelfen. Nicht immer wird dieses Ziel erreicht, aber in der Regel ist für jeden Teilnehmer etwas dabei, was für ihn neu und praktisch wichtig ist.

Auch bei der letzten Fortbildungswoche vom 26. bis zum 31. Juli war dies der Fall. Mehr als 1300 Teilnehmer – zu etwa gleichen Teilen aus Klinik und Praxis – trafen sich im Münchener Sheraton-Hotel zu Plenarveranstaltungen, 13

Kursen und 24 Mittagsseminaren. In den Hauptvorträgen ging es unter anderem um neue Aspekte in der Anwendung von Medikamenten wie Cyclosporin und Methotrexat, um Behandlungsstrategien bei Pannikulitiden, um die Frage, wann bei allergischer Rhinokonjunktivitis symptomatisch therapiert und wann hyposensibilisiert werden sollte, um Indikation und Durchführung der Thromboseprophylaxe und um häufige Fehler in der Phototherapie.

Neu im Programm der Fortbildungswoche war ein mehrtätiger Histologie-Kurs, an dem neben elf anderen Seminarleitern auch Wolfgang Weyers vom Zentrum für Dermatopathologie Freiburg beteiligt war. In halbstündigem Rhythmus wurden 36 Teilnehmer am Diskussionsmikroskop in die Grundlagen der dermatohistopathologischen Diagnostik eingeführt. Das Spektrum der Themen umfaßte melanozytäre, epitheliale und mesenchymale Tumoren ebenso wie besondere Erscheinungsformen entzündlicher Dermatosen, zum Beispiel die psoriasiforme Dermatitis und die Interface-Dermatitis. Besser als jede Plenarverstaltung dies könnte, vermittelte die intensive Einführung am Mikroskop Grundkenntnisse in der Dermatohistopathologie, die für die praktische klinische Tätigkeit – von der Durchführung von Biopsien bis hin zur Interpretation von Befunden – unverzichtbar sind.

Im Rahmen der Münchener Fortbildungswoche wurde am 26. Juli die Deutsche Dermatologische Akademie gegründet, die paritätisch von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen geführt wird und Fortbildungsaktivitäten auf dem Gebiet der Dermatologie koordinieren soll. Darüberhinaus sollen die Fortbildungsveranstaltungen der Deutschen Dermatologischen Akademie mit Punkten bewertet werden, so daß deren Besuch als Qualitätssicherungsmaßnahme nachgewiesen werden kann, wie dies in den USA schon lange üblich ist.

Apropos USA: Wolfgang Weyers wurde Ende September nach New York gebeten, wo er am Mount Sinai Hospital in einem etwa einstündigen Vortrag auf die Geschichte der Dermatologie im Nationalsozialismus einging, die auch für die amerikanische Dermatologie erhebliche Konsequenzen hatte. Von New York aus ging es nach Nevada, wo er in Reno auf dem 7. Jahreskongreß der American Society of Dermatology zum gleichen Thema sprach. Im Rahmen des Kongresses in Reno wurden darüberhinaus mehrfach aktuelle Probleme der amerikanischen Dermatologie angesprochen. So berichtete der frühere Präsident der American Academy of Dermatology und Leiter der Hautklinik an der University of California in San Francisco, Richard Odom, daß nach dem Zusammenschluß seiner Universität mit der Stanford University allen über 55jährigen die vorzeitige Pensionierung nahegelegt worden sei, was viel über das Interesse der kommerziell betriebenen Kliniken an der Qualität der medizinischen Versorgung aussage. John Marascaldo, ein niedergelassener Dermatologe aus Mississippi, erzählte, er habe bei einem Patienten ein Karzinom entdeckt und entfernt. Die Bezahlung des Eingriffs sei trotz histopathologischer Bestätigung der Diagnose von der Krankenkasse verwehrt worden, da der Patient nicht wegen des Karzinoms in die Praxis gekommen sei. Bei einem anderen Patienten habe er eine solare Keratose am rechten Handrücken entfernt und dies so im Krankenblatt notiert. Wiederum wurde die Bezahlung verweigert, diesmal mit der Begründung, die Lokalisationsangabe sei zu ungenau. Der alten Erfahrung gemäß, daß amerikanische Entwicklungen den deutschen oft nur um wenige Jahre vorausgehen, muß man sich auf gleichartige Argumente vonseiten deutscher Krankenkassen vorbereiten.

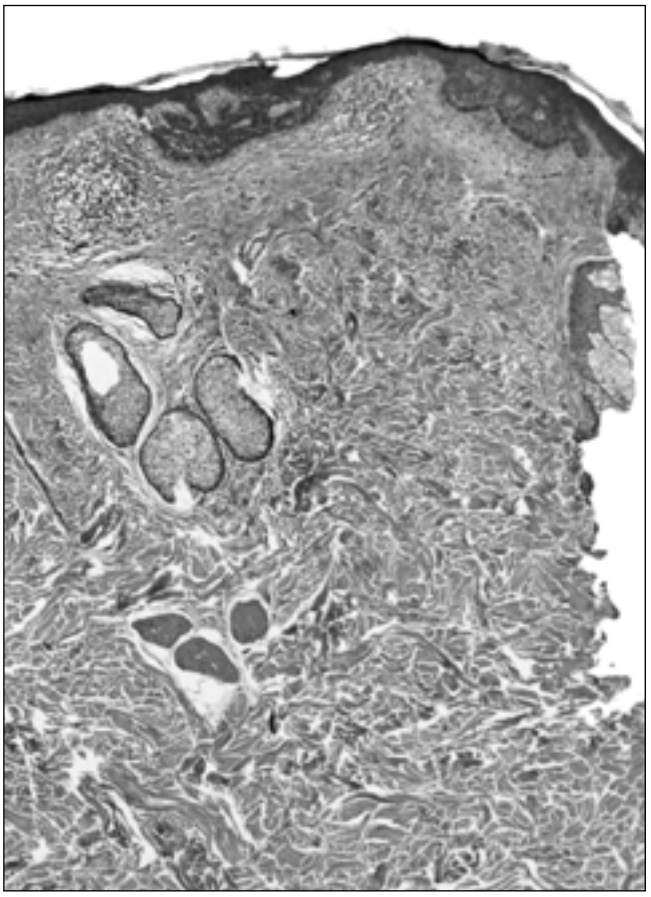
Fröhliche Tafelrunde:
Treffen des Zentrums für Dermatopathologie am Lago Maggiore – v.r.n.l.: Imke Weyers, Carlos Diaz, Christa Kühnl-Petzoldt, Bernard Ackerman, Wolfgang Weyers und ganz links außen die aparte Hand von Susanna Borghi.

Für die amerikanische Armee führte Kligman unter anderem Hauttestungen mit toxischen Substanzen und Studien mit Halluzinogenen wie LSD durch. Bei Testungen von Schädlingsbekämpfungsmitteln wandte er so hohe Dosen an, daß ihm zum Teil vonseiten der chemischen Industrie Aufträge wieder entzogen wurden; zum Beispiel überschritt er bei kutanen Dioxin-Tests an Strafgefangenen die von Tierversuchen abgeleitete Testkonzentration fast um das 500fache. Albert Kligman sah in den Gefangenen nach eigenem Bekunden nur „Acres of Skin", die darauf warteten, bestellt zu werden. „Acres of Skin" ist auch der Titel eines soeben erschienenen Buches von Allen M. Hornblum, das Kligmans Experimente an Kindern und Gefangenen zum Gegenstand hat (Routledge Verlag, New York, London, ISBN 0-415-91990-8).

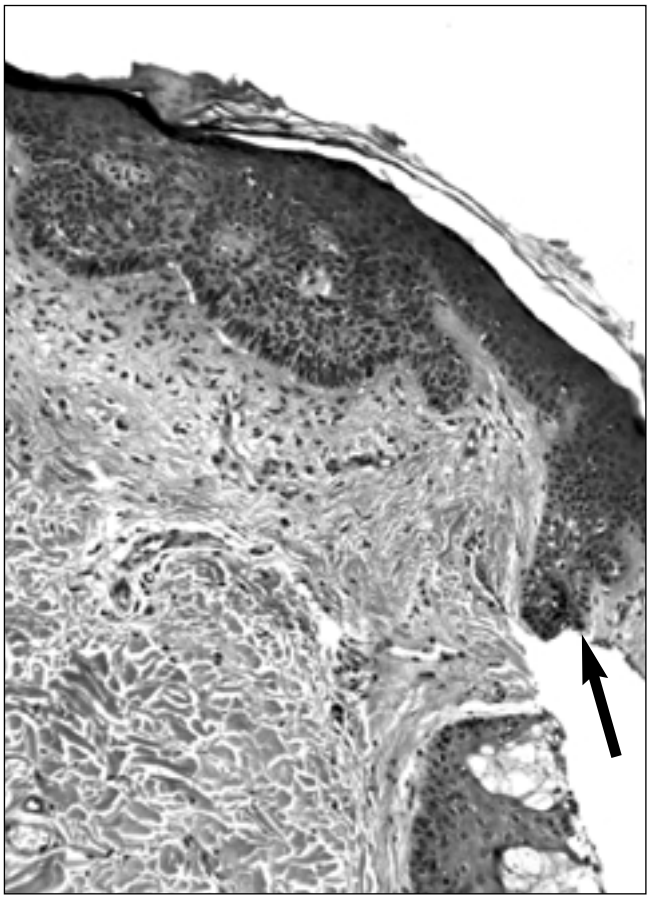
Ein weiteres Thema, das unter amerikanischen Dermatologen derzeit diskutiert wird, sind medizinische Experimente an behinderten Kindern und Gefängnisinsassen, die über viele Jahre hinweg durch Albert Kligman von der University of Pennsylvania in Philadelphia durchgeführt wurden. Kligman, der durch Auftragsstudien für die Industrie zu Reichtum und durch die Einführung von Tretinoin zu Ruhm gelangte, infizierte zum Beispiel behinderte Kinder durch Einreiben von Pilzmaterial in die Kopfhaut, um anschließend die Wirksamkeit von Antimykotica testen zu können, und begründete sein Vorgehen gegenüber Medizinstudenten mit den Worten: *„Diese Kinder sehnen sich so nach Aufmerksamkeit – wenn man ihnen mit dem Hammer auf den Kopf hauen würde, würden sie einen noch dafür lieben."*

Ganz andere Experimente wurden am zweiten Wochenende im Oktober in Norditalien durchgeführt. Ein Treffen des Zentrums für Dermatopathologie Freiburg am Lago Maggiore war Anlaß, umfangreiche Untersuchungen zur Qualität von Pasta und Getränken anzustellen. Gelegentliche Nebenwirkungen wurden im Interesse der Wissenschaft in Kauf genommen. Nach Abschluß dieser Studien wurde auch an anderen Projekten gearbeitet, zum Beispiel am Programm für das 20. Kolloquium der International Society of Dermatopathology im September 1999 in Prag und an einem Vortrag über Paul Gerson Unna, den A. Bernard Ackerman Ende Januar in Hamburg halten wird. Auf all diesen Gebieten wurden Fortschritte erzielt, am eindrucksvollsten waren jedoch die Erfolge auf dem Gebiete der Gastronomie!

Bilderbuch der Biopsie



Exzision eines superfiziellen Basalzell-Karzinoms: für den nur 0,5 mm in die Tiefe reichenden Tumor wurde fast das 40fache (knapp 2 cm) an gesunder Haut geopfert.



Trotz der Größe der Exzision reichen Anteile des Tumors an den lateralen Schnittrand (Pfeil): die vertikale Ausdehnung der Exzision war zu groß, die horizontale zu klein!

Der Ärger über zu kleine Biopsien gehört zum Alltag des Dermatopathologen. Ein paar Präparate sind fast immer dabei, die zu klein sind, um eine verläßliche Diagnose zu gestatten. Aber auch zu große Biopsien können ärgerlich sein, z.B. wenn zur Entfernung flacher epithelialer Tumoren ausgedehnte Exzisionen erfolgen. Am häufigsten ist dies bei superfiziellen Basalzell-Karzinomen der Fall, deren horizontaler Durchmesser oft sehr groß ist, während die Tiefenausdehnung nur Bruchteile von Millimetern beträgt. Bei der Entfernung solcher Basalzell-Karzinome durch Spindel-Exzisionen wird ein Vielfaches des Tumorvolumens an gesunder Haut geopfert und entsprechend große Narben sind die Folge.

Um ein günstigeres Verhältnis von erkrankter zu nicht erkrankter Haut zu erzielen, bietet sich bei superfiziellen Basalzell-Karzinomen als Alternative die Shave-Exzision an, die bei großen Tumoren mit dem Skalpell, bei kleineren mit der scharfen Ringkürette erfolgen kann. Die Narbenbildung ist dabei sehr viel günstiger, da erhalten gebliebene Anteile des Stratum reticulare dem neu einsprossenden Bindegewebe als Matrix dienen und erhaltene Adnexstrukturen zur Reepithelisierung beitragen. Von ihren obersten Anteilen abgesehen, sind Hautanhangsgebilde bei superfiziellen Basalzell-Karzinomen fast immer tumorfrei (im Unterschied zu initialen Plattenepithelkarzinomen und Melanomen). Eine Randbildung zur Tiefe wird schon durch die Unterspritzung des Tumors mit Lokalanästhetica verhindert. Wenn die dadurch entstehende Quaddel flach an der Basis abgetragen wird, ist eine ausreichende Exzision zur Tiefe in der Regel gewährleistet. Eine Randbildung zu den Seiten ist dagegen nicht selten, da die horizontale Ausdehnung des superfiziellen Basalzell-Karzinoms klinisch oft unterschätzt wird. Gerade in dieser Hinsicht bietet aber die Shave-Exzision Vorteile, da der seitliche Exzisionsabstand leichter vergrößert werden kann, als dies bei spindeligen Exzisionen bis ins Fettgewebe der Fall ist. Und auch bei Shave-Exzisionen läßt sich die Vollständigkeit der Tumorentfernung durch histopathologische Schnittrand-Kontrolle sichern.

Der besondere Fall

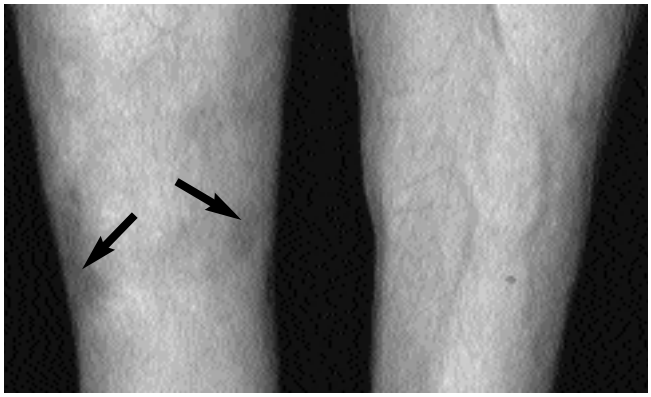
Livedo durch Calciphylaxie

vorgestellt von Petra Pingel-Döring (Lollar) und Imke Weyers (Freiburg)

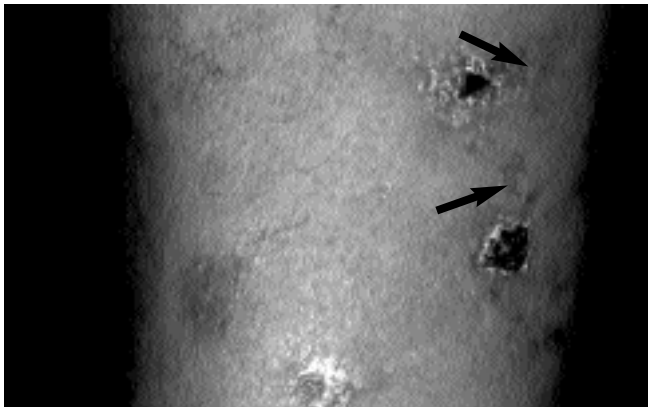
Eine 59jährige Patientin stellte sich wegen seit acht Wochen bestehender Rötungen am rechten Unterschenkel vor, die mit Überwärmung und Schmerzen einhergingen. Anamnestisch gab die Patientin an, vor 26 Jahren postpartal eine rechtsseitige Beinvenenthrombose entwickelt zu haben, ferne bestehe seit 4 Jahren eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz. Die klinische Untersuchung ergab am rechten Unterschenkel in einem umschriebenen, im Durchmesser etwa 20 cm großen Areal unregelmäßig begrenzte, blaß- bis tiefrote Erytheme. Daneben fanden sich fokal weißliche Maculae, vereinzelt Petechien sowie verkrustete Ulcera und kleine atrophische Narben. Diese Befundkonstellation war charakteristisch für die „Livedo-Vasculitis“, bei der die erythematösen Bereiche Folge einer Hyperämie im Randbereich minder durchbluteter Bezirke sind und die weißlichen Verfärbungen und Ulzera Folge von Gefäßverschlüssen.

Die Laboruntersuchungen ergaben Zeichen der Niereninsuffizienz mit sekundärem Hyperparathyreoidismus (Kreatinin 6,5 mg/dl, Ca 2,8 mmol/l, Phosphat 2,3 mmol/l, Parathormon 1268 pmol/l). Ferner wurden Entzündungszeichen (BSG 17/38, CRP 18,9 mg/l), antinukleäre Antikörper (ANA 1:80, anti-SSA pos.) und ein reduzierter Protein-C-Spiegel festgestellt. Histopathologisch fanden sich Thromben in Gefäßen des superfiziellen und tiefen Plexus sowie intravaskuläre Verkalkungen.

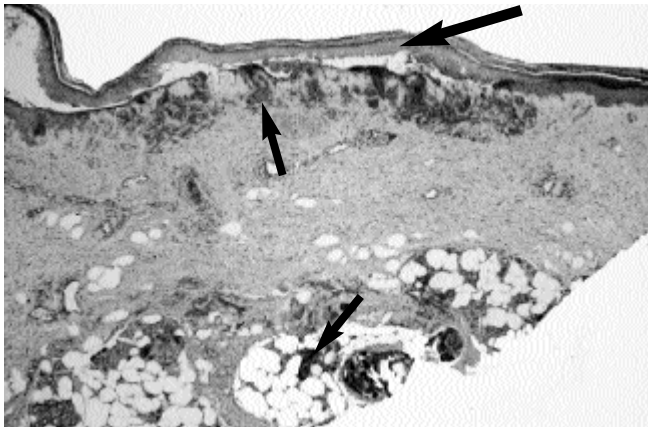
Für akut auftretende Kalkablagerungen im Gewebe wurde 1962 von Selye der etwas unglückliche Begriff „Calciphylaxis“ geprägt, der – analog dem Begriff „Anaphylaxie“ – eine Sensibilisierung des Gewebes gegenüber Kalkniederschlägen andeuten sollte. Mit einer Allergie hat diese „Sensibilisierung“ jedoch nichts zu tun, und die „sensibilisierenden“ Substanzen sind keine Allergene, sondern Regulatoren des Calciumphosphat-Stoffwechsels, insbesondere das Parathormon. Die häufigste Ursache der Calciphylaxie ist ein sekundärer Hyperparathyreoidismus bei chronischer Niereninsuffizienz. Wenn die Niere nicht mehr ausreichend Vitamin-D produziert (fehlende Umwandlung von 25-Cholecalciferol in 1,25-Dihydrocholecalciferol), die enterale Calciumresorption sinkt und der Serumspiegel von Calcium abzufallen droht, wird von der Neben-



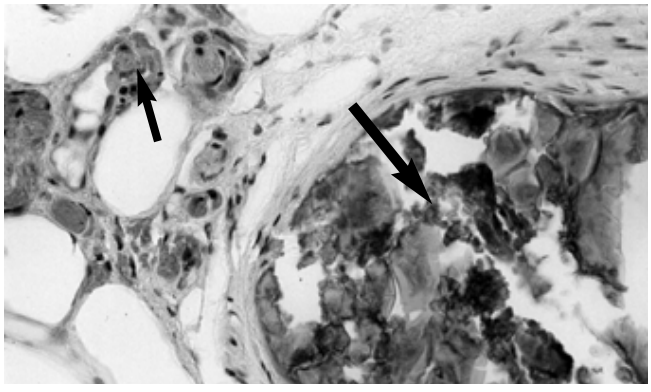
Bizarr konfigurierte und unscharf begrenzte Erytheme am rechten Unterschenkel (Pfeile). Der linke Unterschenkel ist erscheinungsfrei.



An der Innenseite des rechten Unterschenkels sieht man neben blassen, unregelmäßig begrenzten Erythemen (Pfeile) flache, verkrustete Ulcera und kleine atrophische Narben.



Multiple Thromben in dermalen Venolen (kleine Pfeile). Die Anämie führte im betroffenen Bereich zu einer Nekrose der Epidermis und ihrer Ablösung von der Dermis (großer Pfeil).



Zahlreiche Blutgefäße waren durch Kalkablagerungen vollständig verschlossen (großer Pfeil). Am linken Bildrand erneut thrombosierte Venolen (kleiner Pfeil).

schilddrüse vermehrt Parathormon gebildet, das u.a. Calcium aus dem Knochen mobilisiert. Ferner geht die Niereninsuffizienz mit einer reduzierten renalen Phosphatausscheidung und einer Hyperphosphatämie einher. Je höher der Parathormonspiegel und das Calciumphosphat-Produkt, desto eher kommt es zu Kalkablagerungen in Hautgefäßen und damit zum klinischen Bild der Livedo-Vasculitis.

Der gemeinsame Nenner jeder Livedo-Vasculitis sind Gefäßverschlüsse, die durch die unterschiedlichsten Faktoren bedingt sein können. Im Unterschied zu früheren Annahmen liegt eine echte Vasculitis nur selten vor; sehr viel häufiger sind Gerinnungsstörungen. Die hier geschilderte Patientin wies einen reduzierten Protein-C-Spiegel auf, der gut zur Anamnese einer Beinvenenthrombose paßte. Ein Protein-C-Mangel wurde bei der Calciphylaxie schon mehrfach beschrieben. Die einseitige Lokalisation der Hautveränderungen ließ sich durch die zurückliegende Beinvenenthrombose erklären. Eine Strömungsverlangsamung im vorgeschädigten Bein und der Protein-C-Mangel dürften sowohl zu den Kalkablagerungen als auch zur Thrombosierung dermaler Venolen beigetragen haben. Thromben und intravaskuläre Verkalkungen haben sich dann wahrscheinlich gegenseitig verstärkt und gemeinsam das klinische Bild der Livedo-Vasculitis verursacht.

Über eine Livedo auf dem Boden intravasculärer Kalkablagerungen bei Patienten mit Niereninsuffizienz und sekundärem Hyperparathyreoidismus wurde in den letzten Jahren mehrfach berichtet. Die frühzeitige Erkennung und histopathologische Sicherung dieser Komplikation ist wichtig, da innerhalb kurzer Zeit ausgedehnte, schmerzhafte Ulzerationen entstehen können. Gefährdet sind vor allem Frauen nach mehrjähriger Hämodialyse. Therapie der Wahl ist die Parathyreoidektomie, die in der Regel zu einer prompten Besserung der Hautveränderungen führt.

Literatur:

Hafner J, Keusch G, Wahl C et al. Uremic small-artery disease with medial calcification and intimal hyperplasia (so-called calciphylaxis): A complication of chronic renal failure and benefit from parathyroidektomy. J Am Acad Dermatol 1995; 33: 954-962.

Dereure O, Leray H, Barneon G et al. Extensive necrotizing livedo reticularis in a patient with chronic renal failure, hyperparathyroidism and coagulation disorder: regression after subtotal parathyroidectomy. Dermatology 1996; 192: 167-170.

Angelis M, Wong LL, Myers SA, Wong LM. Calciphylaxis in patients on hemodialysis: a prevalence study. Surgery 1997; 122: 1083-1089.

Memories

Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert – 150 Jahre

„Tief ist der Brunnen der Vergangenheit. Sollte man ihn nicht unergründlich nennen?“ Dies fragt Thomas Mann in seinem Roman „Joseph und seine Brüder“ und erläutert, *„daß, je tiefer man schürft, je weiter hinab in die Urwelt des Vergangenen man dringt und tastet, die Anfangsgründe… sich als gänzlich unerlotbar erweisen und vor unserem Senkblei, zu welcher abenteurlichen Zeitenlänge wir seine Schnur auch abspulen, immer wieder und weiter ins Bodenlose zurückweichen.“* Die Vergangenheit bietet *„Scheinhalte und Wegesziele, hinter denen, wenn sie erreicht sind, neue Vergangenheitsstrecken sich auftun,“* aber keinen festen Grund, keinen Ausgangspunkt.

Wie mit der Vergangenheit im allgemeinen, so verhält es sich mit der Vergangenheit der Dermatohistopathologie im besonderen. Auch bei ihr fällt das Senkblei immer tiefer, über Unna, Virchow und Müller hinaus bis ins 18., ins 17. Jahrhundert. Was war der Ausgangspunkt der Dermatohistopathologie? Die anatomischen Studien des Marcello Malpighi? Die makroskopischen Untersuchungen von Querschnitten der Haut durch Jean Astruc und Pierre Rayer? Die Einführung des Begriffes „Dermatopathologie“ durch Seguin Henry Jackson?

Wenn überhaupt von einem Ausgangspunkt der Dermatohistopathologie gesprochen werden kann, wenn unter all den Scheinhalten, die unser Senkblei erreicht, sich einer als halbwegs tragfähig erweist, dann gilt dies für das erste Lehrbuch des Fachgebietes, das im Jahre 1848 unter dem Titel *„Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert“* veröffentlicht wurde. Sein Autor war Gustav Simon, praktizierender Arzt und Privatdozent an der Berliner Universität. Am 2. November 1810 in Berlin geboren, hatte Simon in Berlin und Bonn Medizin studiert. In Bonn hatte er erstmals Kontakt mit Johannes Müller, der dort Physiologie und vergleichende Anatomie lehr-

te. Nach seiner Approbation ließ sich Simon in Berlin nieder, blieb aber wissenschaftlich aktiv, vor allem im Hinblick auf mikroskopische Studien von Hautpräparaten, die er in Müllers *Archiv für Anatomie und Physiologie* veröffentlichte. Zu seinen wichtigsten Beiträgen zählten eine Untersuchung über die Histopathologie von Kondylomen (1839) und eine Studie über die Akne (1842), in der Simon als erster *Demodex folliculorum* beschrieb.

Mit der Unterstützung Johannes Müllers, der inzwischen den Lehrstuhl für Anatomie an der Friedrich-Wilhelm-Universität in Berlin innehatte, wurde Simon 1844 habilitiert und übernahm an der Charité eine Abteilung für Syphilis, die später durch eine eigenständige dermatologische Abteilung ergänzt wurde. Der Einfluß Müllers und seiner vielen Schüler, die die Zell-Lehre und die Zellularpathologie etablierten – darunter Theodor Schwann, Jacob Henle, Robert Remak und Rudolf Virchow – prägte das wissenschaftliche Leben Berlins, und so war es kein Wunder, daß sich die Berliner Dermatologen – im Unterschied zu Ferdinand Hebra in Wien – intensiv mit der Mikroskopie der Haut beschäftigten. Im Jahre 1848 wurden die ersten beiden Bücher zu diesem Thema von zwei Berlinern veröffentlicht: „Beiträge zur Anatomie und Pathologie der menschlichen Haut“ von Felix von Bärensprung und „Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert“ von Gustav Simon.

Die

Hautkrankheiten

durch

anatomische Untersuchungen

erläutert

von

Dr. Gustav Simon,

Privatdocenten an der Universität zu Berlin und practischem Arzte.

Mit 8 Kupfertafeln.

Berlin,

Verlag von G. Reimer.

1848.

Titelblatt des ersten Lehrbuchs der Dermatohistopathologie – publiziert im Jahre 1848 von Gustav Simon.

Schon diesen beiden Titeln ist zu entnehmen, daß von Bärensprungs Buch kaum mehr war als eine ungeordnete Sammlung von „Beiträgen“ zu wenigen Themen, wie Callus, Verruca, Kondylom und Komedo, während Gustav Simon Neuland betrat, indem er versuchte, fast alle Krankheiten der Haut auf dem Boden ihrer mikroskopischen Veränderungen verständlich zu machen. Simon wollte *„ermitteln, welche Bestandtheile des so zusammengesetzten Hautorgans bei den einzelnen Krankheiten desselben sich verändert zeigen und welcher Art diese Veränderungen sind,“* nicht zuletzt mit dem Ziel, *„nachzuweisen, daß viele der von den Schriftstellern aufgestellten Arten und Unterarten unnützer Weise als besondere unterschieden und mit eigenem Namen belegt werden.“* Die Darstellung der mikroskopischen Anatomie sollte dem Studierenden den Zugang zu den Hautkrankheiten ebnen.

Diese Zielsetzung machte eine enge Korrelation von klinischen und histopathologischen Befunden erforderlich. Simon schickte daher *„der Beschreibung der feineren Structurveränderungen eine kurze Schilderung dessen, was man mit bloßem Auge bei den einzelnen Hautleiden wahrnimmt, voraus,“* eine Methode, die in den Lehrbüchern der Dermatopathologie bis heute beibehalten wurde. Eine weitere Methode, die sich bis heute erhalten hat, war die einleitende *„Beschreibung der gesunden Haut“,* die die Voraussetzungen für das Verständnis pathologischer Veränderungen schaffen sollte.

Wie jeder Neubeginn steckte auch das erste Lehrbuch der Dermatopathologie voller Fehler. Da in der Zeit vor Einführung von Lokalanästhetica Biopsien nur selten durchgeführt wurden und die meisten Krankheiten nur ausnahmsweise untersucht werden konnten, waren Simons Erfahrungen begrenzt und seine Erklärungsversuche oft spekulativ. So führte er Schwielen auf eine druckbedingte *„Ausschwitzung von Blutflüssigkeit“* zurück und glaubte, *„indem dies überschüssige Material*

dann wohl zur Bildung von Epidermiszellen verwendet wird, häufen sich letztere in abnormer Menge an und bedingen die beschriebene Hypertrophie der Lederhaut.“ Die Ursache der Schuppenbildung bei der Psoriasis sah er darin, daß *„die eben gebildete Epidermis vermuthlich fortdauernd durch unter ihr sich anhäufende Exsudate wieder von der Lederhaut getrennt wird.“* Und von den Röteln behauptete er, sie seien *„ohne Frage eine modificirte Form von Scharlach,“* die nur *„durch den geringen Umfang der Flecken“* vom gewöhnlichen Bild abweiche, weshalb es unnütz sei, *„diese Modification noch ferner unter einem besonderen Namen aufzuführen.“*

Alle diese Fehleinschätzungen können jedoch Simons Verdienst um die Entwicklung der Dermatohistopathologie nicht schmälern. Sein Buch, das vor 150 Jahren erschien, war eine gelungene Premiere, und sicher hätte Simon selbst noch einiges daran verbessert, hätte er dazu Gelegenheit gehabt. Ihm blieb jedoch wenig Zeit. Schon bald nach Erscheinen der zweiten Auflage seines Buches im Jahre 1851 stellten sich Zeichen der Neurosyphilis ein. Rasch zunehmende Persönlichkeitsveränderungen machten die Einweisung in eine Heilanstalt erforderlich, in der er die letzten Jahre seines Lebens verbrachte. Gustav Simon starb im Alter von 46 Jahren am 11. Mai 1857.

Für Sie referiert

Die „lymphocytic infiltration Jessner-Kanof“ ist keine spezifische Hautkrankheit, sondern eine Variante des diskoiden Lupus erythematosus. Dies war das Ergebnis einer gemeinsamen Studie des Zentrums für Dermatopathologie Freiburg und des Zentrums für Dermatologie und Andrologie der Universität Gießen. Definitionsgemäß soll sich die lymphocytic infiltration vom diskoiden Lupus erythematosus durch das Fehlen epidermaler Veränderungen unterscheiden. In den vergangenen Jahrzehnten wurden weitere Unterschiede postuliert, zum Beispiel hinsichtlich der Infiltratzusammensetzung und der Ablagerung von Immunglobulinen. Eine Untersuchung an 72 Patienten ergab nun, daß Fälle von gesichertem Lupus erythematosus ohne Epidermisbeteiligung (Lupus erythematosus tumidus) nicht von der lymphocytic infiltration abzugrenzen sind, weder in bezug auf klinisches und histopathologisches Bild noch in bezug auf Infiltratzusammensetzung und Verlauf. Bei zwei Patienten, die das klassische Bild der „lymphocytic infiltration“ aufwiesen und keine sonstigen Anhaltspunkte für einen LE erkennen ließen, wurden im weiteren Verlauf typische Herde eines diskoiden LE mit Epidermisbeteiligung festgestellt. Bei Fehlen einer epidermalen Beteiligung heilten die Hautveränderungen unter Therapie mit Corticosteroiden oder Hydroxychloroquin spurlos ab, während bei Patienten mit Epidermisbeteiligung Restveränderungen (wie Atrophie oder Pigmentverschiebungen) zurückblieben. Rezidive waren bei beiden Verlaufsformen häufig. Vor dem Hintergrund dieser Daten erscheint die Diagnose „lymphocytic infiltration“ nicht mehr gerechtfertigt (Weyers et al.: Am J Dermatopathol 1998; 20: 225-232).

Die häufig geäußerte Ansicht, die zirkumskripte und die systemische Sklerodermie seien histopathologisch nicht zu unterscheiden, wurde an der Universität von Puerto Rico überprüft. Obwohl beide Erkrankungen nicht in jedem Fall voneinander abgegrenzt werden konnten, wurden signifikante histopathologische Unterschiede zwischen systemischer Sklerodermie und Morphea festgestellt. Das entzündliche Infiltrat war bei der systemischen Sklerodermie in der Regel geringer ausgeprägt als bei der Morphea, und die Sklerose erstreckte sich im Unterschied zur Morphea nur selten auf das obere Stratum reticulare und nie auf das Stratum papillare. Diese Unterschiede sind nicht nur differentialdiagnostisch wichtig, sondern sprechen auch für eine grundsätzliche Trennung dieser beiden klinisch völlig unterschiedlichen Krankheiten (Torres, Sanchez: Am J Dermatopathol 1998; 20: 242-245).

Der Morbus Pfeifer-Weber-Christian ist keine eigenständige Erkrankung, sondern eine Vermischung von Symptomen unterschiedlicher Fettgewebsentzündungen. In einer Studie aus Rochester, in der 30 Fälle nachuntersucht wurden, die ursprünglich als Morbus Pfeifer-Weber-Christian diagnostiziert worden waren, gelang es, die für dieses Krankheitsbild beschriebene Symptomenkombination von rezidivierenden nodulären Pannikulitiden, Fie-

pronto digital print
Rombach Druck- und Verlagshaus
Lörracher Straße 3
D-79115 Freiburg
Telefon 07 61 - 45 00 - 160
Fax 47 68 - 2 89
ISDN (Leonardo) 47 68 - 3 14
info@pronto.freinet.de

wir sind umgezogen

ab 1.1.99 bieten wir Ihnen unsere Dienstleistungen innerhalb des Rombach Druck- und Verlagshauses an

ber, Lipoatrophie und Lipophagie auf andere, spezifische Erkrankungen zurückzuführen. Zu diesen zählten vor allem Fälle von Erythema nodosum, postphlebitischer Pannikulitis und artefizieller Pannikulitis. Da es heute in der Regel möglich ist, spezifische Diagnosen zu stellen, sollte der Begriff „Morbus Pfeifer-Weber-Christian“ nach Ansicht der Autoren nicht mehr verwendet werden (White, Winkelmann: J Am Acad Dermatol 1998; 39: 56-62).

Wer auf experimentelle Daten warten wollte – jetzt sind sie da! Die alte Erfahrung, daß Injektionen von Lokalanästhetica als weniger schmerzhaft empfunden werden, wenn man zuvor an der Injektionsstelle eine Hautfalte aufwirft und mit den Fingern mehrfach drückt, wurde an der Universität von St. Louis bestätigt. Auf einer Analogskala mußten über 100 Patienten den Grad ihrer Mißempfindung bei der Injektion von Lokalanästhetica angeben; der Vergleich von Lokalanästhetica-Injektionen mit und ohne vorausgehendes Zwicken der Haut ergab einen hochsignifikanten Unterschied. Neben der geringeren Schmerzempfindung hatten die gezwickten Patienten zudem noch den Vorteil, zu wissen, daß sie nicht träumten (Fosko et al.: J Am Acad Dermatol 1998; 39: 74-78).

Eine besondere Erscheinungsform des Dermatofibrosarcoma protuberans wurde vom Zentrum für Dermatopathologie Freiburg beschrieben, und zwar eine Variante, bei der die Tumorzellen über weite Strecken hinweg durch sklerotisches Bindegewebe ersetzt sind. Die Bedeutung dieser als sklerosierendes Dermatofibrosarcoma protuberans bezeichneten Veränderung liegt darin, daß wegen des Fehlens bzw. der geringen Zahl neoplastischer Zellen vor allem bei kleinen Biopsien die Diagnose erheblich erschwert ist. Die Sklerosierung und die damit verbundene Abnahme von Tumorzellen wurden als Regressionsphänomen interpretiert (Diaz et al.: J Cutan Pathol 1998; 25: 440-444). Als weitere Variante des Dermatofibrosarcoma protuberans wurde vom Zentrum für Dermatopathologie Freiburg das Deep Dermatofibrosarcoma protuberans beschrieben, bei dem die Tumorzellen auf die Subkutis begrenzt sind. Auch dieses erstmals beschriebene Phänomen ist wichtig für die histopathologische Differentialdiagnose (Diaz et al.: Histopathology 1998; 32: 552-555).

Als diagnostisches Problem kann sich sowohl klinisch als auch histopathologisch das primär kutane CD30-positive großzellig-anaplatische Non-Hodgkin-Lymphom erweisen. Klinisch deshalb, weil es sich häufig als isolierter, erodierter, exophytischer Knoten präsentiert, der mit einem Granuloma pyogenicum oder einem amelanotischen nodulären Melanom verwechselt werden kann. Histopathologisch deshalb, weil anstelle neoplastischer Lymphozyten nicht selten ein entzündliches Begleitinfiltrat mit Neutro- und Eosinophilie im Vordergrund steht und die dermalen Zellverbände eine pseudokarzinomatöse Epithelhyperplasie induzieren können. Ein solcher Fall wurde vom Zentrum für Dermatopathologie Freiburg exemplarisch vorgestellt. Die korrekte Einordnung ist auch deshalb wichtig, weil die Prognose günstig ist: nach Vollremission, etwa durch kombinierte chirurgische und radiologische Therapie, bleiben drei Viertel der Patienten rezidivfrei (Diaz et al.: Z Hautkr 1998; 73:614-618).

Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, rufen Sie uns an:

Zentrum für Dermatopathologie Freiburg,
Postfach 1268,
79012 Freiburg,
Tel: 07 61-3 16 25
Fax: 07 61-3 97 72
e-mail: Dermpath.Freiburg@t-online.de

Das wirksame Konzept gegen trockene Haut.

Weitere Informationen, Muster und Empfehlungsblocks erhalten Sie bei:

LavaDerma GmbH & Co KG
Die Kosmetik vom Hautarzt
Postfach 5704, 79025 Freiburg
Fax: 07 61-50 8203

Veladerm
DIE KOSMETIK VOM HAUTARZT

Die Veladerm-Duschlotion mit der 3fach-Wirkung:

- Schonende Reinigung ohne Entfettung
- Wasserbindung durch Harnstoff
- Regeneration des Hydrolipidfilms

Veladerm hilft bei

- trockener Haut jeder Genese
- Entfettungsekzemen
- Neurodermitis im Intervall

Die Veladerm-Pflegeserie

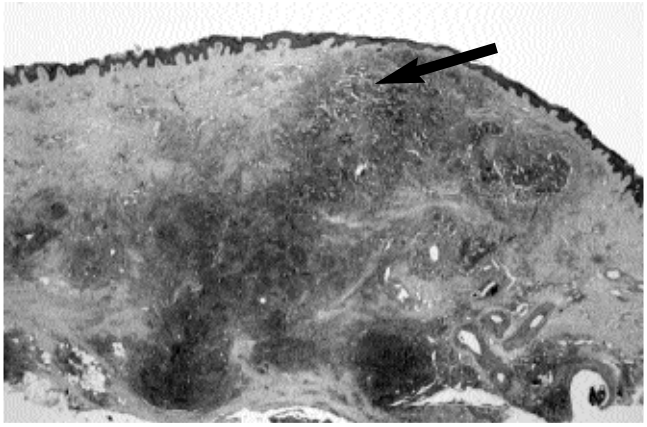
Zur Reinigung:
Veladerm-Duschlotion
Veladerm-Waschcreme-intim
Zur Pflege:
Veladerm-Körperpflege-Lotion
Veladerm-Intensivkur-Creme

In Apotheken erhältlich.

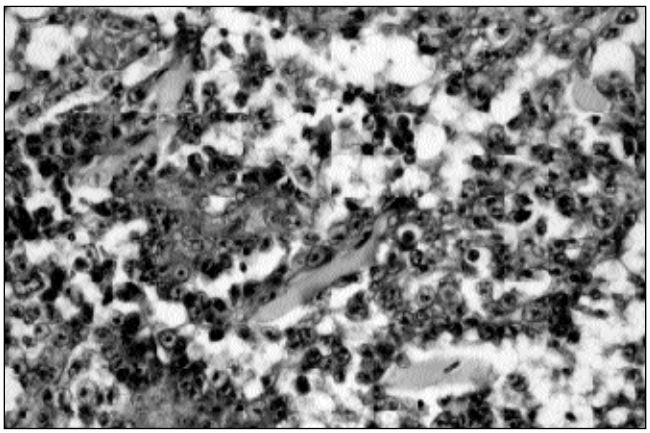
Das ist es !

Es handelt sich um ein Angiosarkom, und es gibt keine klinische Differentialdiagnose! Welcher andere Prozeß ginge mit einer flächenhaften Rötung und Induration sowie mehreren exophytischen Knoten einher? Ein Hämatom mit hämorrhagischen Blasen ist schon wegen der Induration und der scharfen, bizarr konfigurierten Begrenzung nicht möglich. Zudem ist erkennbar, daß es sich bei den exophytischen Anteilen um derbe Knoten und nicht um pralle Blasen handelt. Ein Naevus flammeus ist ebenfalls nicht induriert. Zwar können knotige Veränderungen innerhalb eines Naevus flammeus auftreten – zum einen durch Entwicklung von Hämangiomen, zum anderen durch zunehmende Gefäßerweiterungen im Rahmen der sogenannten „tuberösen Degeneration" –, doch diese Knoten entstehen nicht auf dem Boden eines großflächigen Plaque. Auch die Lokalisation am Unterbauch schließt einen Naevus flammeus mit sekundären Hämangiomen oder tuberöser Degeneration aus. Ein Kaposi-Sarkom ist differentialdiagnostisch ebenfalls auszuschließen. Zwar können sich Kaposi-Sarkome sowohl als Plaques als auch als Knoten präsentieren, aber großflächige Plaques mit multiplen exophytischen Knoten wie im vorliegenden Fall werden beim Kaposi-Sarkom nicht gesehen.

Die Lokalisation am Unterbauch ist für ein Angiosarkom ungewöhnlich. Zumeist treten Angiosarkome am behaarten Kopf oder (in der Regel nach chirurgischer und radiologischer Therapie eines Mamma-Karzinoms) an Extremitäten mit chronischem Lymphödem auf. Die ungewöhnliche Lokalisation des abgebildeten Angiosarkoms erklärt sich aus einer hier erfolgten Radiotherapie. Die Diagnose des Angiosarkoms wurde histopathologisch bestätigt, und auch die schlechte Prognose des Tumors bestätigte sich. Der Patient starb an acht Monate nach Diagnosestellung.



Knotige und diffuse Infiltrate mit stark unterschiedlicher Zelldichte in der gesamten Dermis und in der oberen Subcutis. Schon in der Übersicht sind epidermisnah zahlreiche, zum Teil bizarr konfigurierte Gefäße zu sehen (Pfeil).



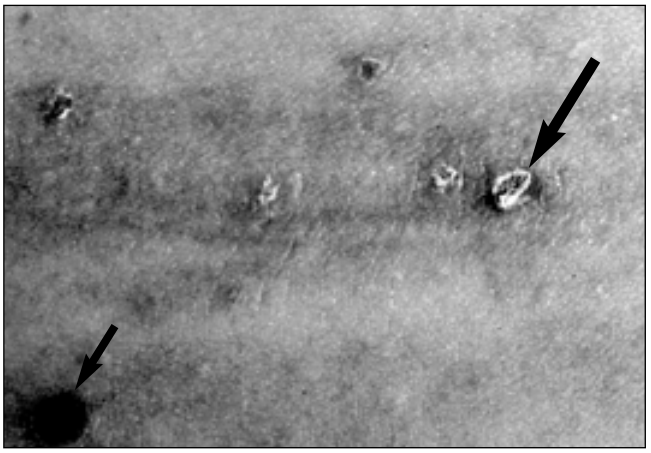
Bei stärkerer Vergrößerung erkennt man plumpe, pleomorphe Endothelzellen mit teilweise hyperchromatischen Kernen und prominenten Nucleoli sowie labyrinthähnliche Gefäßräume. Die Tumorzellen exprimierten den Endothelzellmarker CD 31.

Klinische Befunde - histopathologisch erläutert

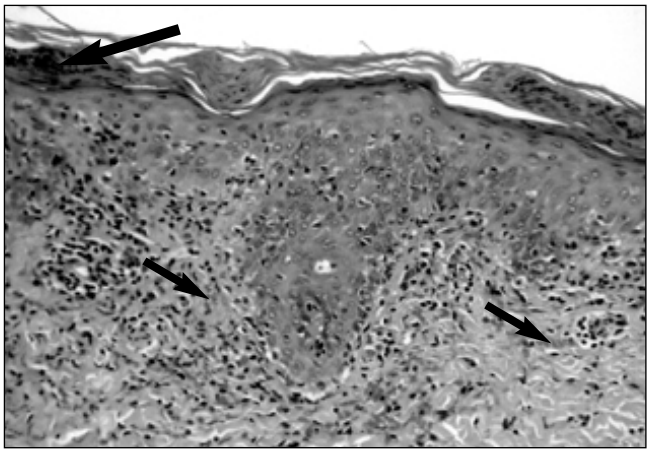
Das Spektrum der Hautveränderungen bei der Pityriasis lichenoides ist groß – es reicht von Ulcera über hämorrhagische Bläschen bis hin zu schuppenden Papeln. Am häufigsten finden sich flache, braun-rötliche Papeln, die teilweise von einer oblatenartigen Schuppe bedeckt werden. Die braun-rötliche Farbe der Efflureszenzen kommt im wesentlichen durch Hämorrhagien zustande: Erythrozytenextravasate sieht man sowohl in der papillären Dermis als auch in der Epidermis. Mit einer Vasculitis hat dies allerdings nichts zu tun. Vasculitiszeichen finden sich bei der Pityriasis lichenoides nur ausnahmsweise und dann auch nur fokal, so daß sie als Epiphänomen aufzufassen sind. Der pathologische Prozeß, der der Piytriasis lichenoides zugrunde liegt, ist eine Interface-Dermatitis, d.h. eine durch Lymphozyten hervorgerufene Schädigung der Epidermis, die mit einer Schwellung basal gelegener Keratino-

zyten und einzelnen Keratinozyten-Nekrosen einhergeht. Die epidermalen Veränderungen führen bei der Pityriasis lichenoides im weiteren Verlauf zur Entwicklung langgestreckter Parakeratose-Hügel, die der klinisch wahrnehmbaren Schuppe entsprechen.

Die Kombination von Interface-Dermatitis, Erythrozytenextravasaten und langgestreckten Parakeratosehügeln ist für die Pityriasis lichenoides diagnostisch. Nicht immer sind jedoch all diese Zeichen vorhanden. Hämorrhagien finden sich vornehmlich in frischen Effloreszenzen, Parakeratosehügel in späteren Stadien. In der Vergangenheit wurden daher akute und chronische Formen der Pityriasis lichenoides als eigenständige Krankheitsbilder scharf voneinander abgegrenzt. Tatsächlich handelt es sich jedoch um ein Spektrum, das weder morphologisch noch biologisch eine Einteilung in die klassischen Kategorien der Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta und der Pityriasis lichenoides chronica zuläßt. Frühere Angaben, nach denen die akute Variante einen heftigen, aber kurzen, und die chronische einen milden, aber langfristigen Verlauf nehmen soll, konnten in jüngeren Studien nicht bestätigt werden (z.B. Gelmetti et al.: J Am Acad Dermatol 1990; 23: 473-478). Zudem finden sich akute und chronische Läsionen häufig gleichzeitig beim selben Patienten. Neben der Morphe der Effloreszenzen und ihrer symmetrischen Verteilung mit Schwerpunkt am Rumpf ist gerade das polymorphe Bild, das durch Veränderungen in unterschiedlichen Entwicklungsstadien bedingt ist, ein wichtiges Kriterium für die klinische Diagnose der Piytraisis lichenoides.



Multiple Papeln in unterschiedlichen Entwicklungsstadien, teilweise rötlich braun und nicht schuppend (kleiner Pfeil), teilweise kaum gerötet und von einer großen, festhaftenden Schuppe bedeckt (großer Pfeil). Die Polymorphie der Effloreszenzen ist ein wichtiges Kriterium für die klinische Diagnose der Pityriasis lichenoides.



Histopathologisch sieht man ein bandförmiges Lymphozyteninfiltrat in der oberen Dermis, eine Schwellung von Keratinozyten in der Basalzellschicht, reichlich Erythrozytenextravasate (kleine Pfeile) und langgestreckte Parakeratosehügel. Ein weiterer typischer Befund sind neutrophile Granulozyten innerhalb der Hornschicht (großer Pfeil).

Dermatologie - einmal anders

Exzision des malignen Melanoms

Wenn einer Haus baut und möchte einen weitläufigen Keller, dann gräbt er entsprechend weit. Will er einen tiefen Keller, etwa für mehrere Kellergeschosse und eine zusätzliche Tiefgarage, dann gräbt er entsprechend tief. So *einfach* ist das!

Jedenfalls in der Architektur. In der Medizin scheint es nicht immer so einfach zu sein. Beim malignen Melanom zum Beispiel gräbt man um so weiter, je tiefer das Melanom eingedrungen ist. Die horizontale Ausdehnung der Exzision wird von der vertikalen Ausdehnung des Tumors abhängig gemacht. Das ist nicht *einfach* zu verstehen. Aber es ist *einfach* zu erklären: es ist *einfach* Quatsch!

Warum aber wird ein Prinzip, dessen grundlegender Mangel an Logik jedem Kind einleuchten sollte, dennoch propagiert? Warum wird, auch wenn der empfohlene Exzisionsabstand für Melanome allmählich kleiner wird, weltweit am Grundsatz „je tiefer, desto weiter“ festgehalten? Warum empfiehlt zum Beispiel die „Kommission malignes Melanom der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft“

für Melanome mit einer vertikalen Ausdehnung von <=1mm einen horizontalen Exzisionsabstand von 1 cm und für Melanome mit einer Dicke von >1 mm einen Exzisionsabstand von 3 cm (Hautarzt 1994; 45: 285)?

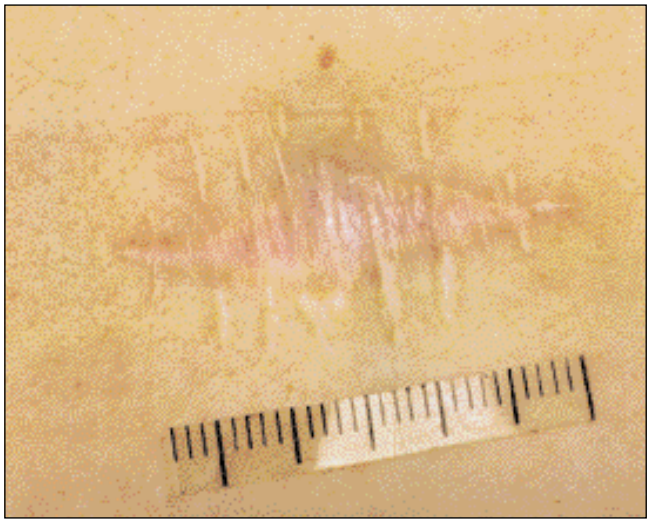
Wie so oft liegt die Ursache eines irrationalen Konzeptes in der Vergangenheit: in der unkritischen Übernahme und Fortführung von Strategien, die auf Voraussetzungen beruhen, die inzwischen längst als falsch erkannt sind (s. Weyers W, Dermatopathol Pract Concept 1997; 3: 238-246). Für das Konzept der weiten Exzision maligner Melanome hatte eine dieser falschen Voraussetzungen besondere Bedeutung: die Annahme, Rezidiv sei Rezidiv. Das erneute Wachstum eines unvollständig entfernten Melanoms und das Auftreten von Metastasen in der Tumorumgebung wurden jahrzehntelang nicht unterschieden, sondern fanden als *„Lokalrezidiv“* gemeinsam Eingang in statistische Erhebungen. In Wirklichkeit sind unvollständig entfernte Primärtumoren, wenn sie erneut auffällig werden, in der Regel sehr dünn und haben eine entsprechend gute Prognose, während Satellitenmetastasen eine allgemeine Metastasierung anzeigen und eine sehr schlechte Prognose aufweisen – die 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei weniger als 40%. Da beide Phänomene nicht unterschieden wurden, wurde die Prognose von unvollständig entfernten Primärtumoren als zu schlecht und die von Satellitenmetastasen als viel zu gut eingeschätzt. Dies hatte zur Folge, daß weite Sicherheitsabstände sinnvoll erschienen, zum einen, um die als sehr gefährlich geltende Persistenz eines Primärtumors mit allen Mitteln auszuschließen, und zum anderen, um Satellitenmetastasen zu erfassen, von deren Entfernung man sich irrigerweise erhoffte, eine weitergehende Metastasierung verhindern zu können. Und so galt viele Jahre lang die Devise: *„Lieber eine große Narbe als ein kleiner Grabstein.“*

Von den Exzisionen mit exzessivem Sicherheitsabstand rückte man ab, als man erkannte, daß die Prognose des Melanoms wesentlich von der Tumordicke bestimmt wird. Alexander Breslow stellte 1970 fest, daß Melanome mit einer Tumordicke unter 0,76 mm eine exzellente Prognose aufweisen, und forderte, bei solch dünnen Melanomen auf eine elektive Lymphknotendissektion zu verzichten. Sieben Jahre später empfahl er darüberhinaus eine Reduktion des Exzisionsabstandes. Zwar bewahrte Breslow dadurch weltweit viele Tonnen gesunder Haut vor der überflüssigen Entfernung, machte jedoch einen logischen Fehler, indem er den Exzisionsabstand von der Prognose eines Melanoms abhängig machte. Der für die Wahl des Exzisionsabstandes entscheidende Parameter ist jedoch nicht die Prognose (d.h. die Wahrscheinlichkeit einer Metastasierung), sondern die Wahrscheinlichkeit einer Persistenz des Primärtumors. Allein der Umstand, daß unvollständig entfernte Primärtumoren und Satellitenmetastasen nicht auseinandergehalten wurden, verlieh dem Breslow'schen Junktim seine Glaubwürdigkeit: je dicker der Primärtumor, desto mehr „Lokalrezidive“ wurden registriert, denn nur bei dicken Primärtumoren traten Satellitenmetastasen auf.

Wäre es aber nicht sinnvoll, durch eine weite Exzision neben dem Primärtumor gleich noch klinisch inapparente Satellitenmetastasen zu entfernen? Im Prinzip ja. Wenn da welche wären! Tatsächlich aber sind Metastasen in unmittelbarer Nähe des Primärtumors sehr selten – ihre Inzidenz wird selbst bei dicken Melanomen auf weniger als 5% geschätzt. Darüberhinaus läßt sich ihre Lokalisation nicht vorhersagen. Metastasen sind nun einmal bösartig und halten sich nicht an die Klassifikationen des Menschen. In einem Abstand von 6 cm treten sie ebenso gerne auf wie in Abständen von 4, 3 oder 2 cm. Man soll also (den Empfehlungen der DDG zufolge) bei über 2 mm dicken Melanomen allseits 3 cm gesunde Haut exzidieren, um klinisch inapparente Metastasen zu entfernen, die dort mit weit über 90%er Wahrscheinlichkeit ohnehin nicht sind und deren Entfernung, selbst wenn sie dort wären, keinen prognostischen Vorteil brächte? Welchem Patienten will man das erklären?

Anders verhält es sich mit dem Ziel, den Primärtumor vollständig zu entfernen. Manche Melanome haben eine weit größere horizontale Ausdehnung, als dies klinisch zu erwarten wäre, und in solchen Fällen kann ein großer Exzisionsabstand von Vorteil sein. Notwendig ist er aber nicht! Erweist sich ein Melanom als größer als erwartet und findet sich histopathologisch an den Schnitträndern, dann muß man eben nachexzidieren. Das mag ärgerlich sein, dem Patienten wird dadurch aber nicht geschadet (das Märchen von einer Prognoseverschlechterung durch unvollständige Exzision ist längst widerlegt!). Zudem läßt sich die Ausdehnung maligner Melanome in der Regel klinisch recht gut abzuschätzen. Und wenn man (was stets erfolgen sollte!) die Vollständigkeit der Exzision durch eine sorgfältige Kontrolle der Schnitträndern histopathologisch überprüft,

Dermatop®
BODY-ART GALERIE
Hoechst Marion Roussel
Hoechst



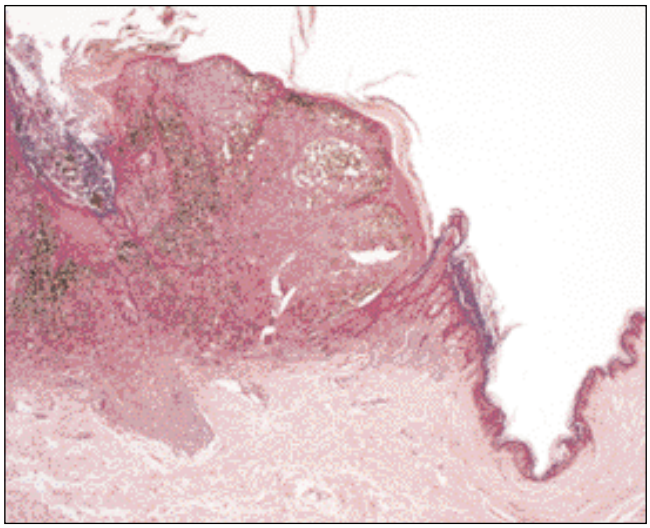
6 cm lange Narbe nach Exzision eines fortgeschrittenen malignen Melanoms. Das Melanom wurde bereits klinisch diagnostiziert und mit Abstand in toto entfernt. Die Therapie war ausreichend.

Für den Patienten keine Bagatelle: Um den Therapieschemata der DDG zu entsprechen, müssen Melanome mit einer Dicke >1 mm mit einem Sicherheitsabstand von 3 cm exzidiert werden. Bei einem im Durchmesser 2 cm großen Melanom bedeutet dies einen 8 cm großen Defekt, der eine plastische Deckung unvermeidlich macht.

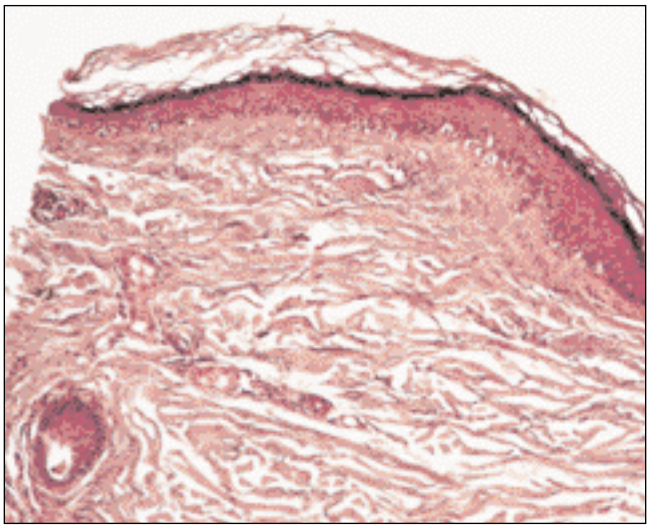
dann ist die Persistenz von Anteilen des Primärtumors zuverlässig zu verhindern.

Es könnte alles so einfach sein: für Ärzte und Patienten! Tatsächlich aber werden selbst in Fällen, in denen Melanome mit großem Abstand in toto exzidiert wurden, ausgedehnte Nachexzisionen vorgenommen, nur um den starren Therapieschemata der DDG gerecht zu werden. Obwohl in solchen Fällen aus der Untersuchung der Erstexzision klar hervorgeht, daß keine Tumoranteile mehr vorhanden sein können, werden die großen Narben nochmals exzidiert und erneut zur histopathologischen Untersuchung eingesandt, die dann natürlich nichts ergibt als: eine Narbe! Durch dieses irrationale Vorgehen haben sich die Dermatopathologen zu den profundesten Narbenkennern der gesamten Humanpathologie entwickelt!

Wenn man sich zum Ziel setzt, Narben zu begutachten, dann muß man an den Empfehlungen zur Melanomexzision festgehalten. Wenn das Ziel dagegen heißt, Patienten vernünftig zu betreuen, dann wird es Zeit, daß auch in der Melanomchirurgie das Mindestmaß an Logik Einzug hält, ohne das kein Keller gegraben



Dieses fortgeschrittene Melanom ist scharf begrenzt und wurde mit Abstand in toto exzidiert. Wegen der Tumordicke von 2,2 mm ist es nicht unwahrscheinlich, daß bereits klinisch inapparente lymphogene oder hämatogene Metastasen vorliegen. Trotz der bereits vollständigen Entfernung des Primärtumors werden in vielen Kliniken ausgedehnte Nachexzisionen durchgeführt, die histopathologisch nichts als eine Narbe zeigen. Die Prognose wird dadurch nicht verbessert.



Dieses Melanom wurde nicht vollständig entfernt. Trotz der geringen Tumordicke (0,4 mm im zentralen Anteil, der eindeutige histopathologische Zeichen eines malignen Melanoms aufwies) erreicht die intraepidermale Proliferation atypischer Melanozyten die seitlichen Schnittränder. Eine Nachexzision ist erforderlich. Nach vollständiger Exzision ist die Prognose des Melanoms ausgezeichnet, da wegen der geringen Tumordicke Metastasen nicht zu erwarten sind.