

## Definition

Der schwarze Hautkrebs (Malignes Melanom) ist der bösartigste Tumor der Haut. Er geht von den pigmentbildenden Zellen der Haut (Melanozyten) aus und kann sich sowohl auf gesunder Haut als auch aus einem bestehenden Muttermal entwickeln. Klinisch und feingeweblich lassen sich die folgenden 4 Melanomtypen unterscheiden:

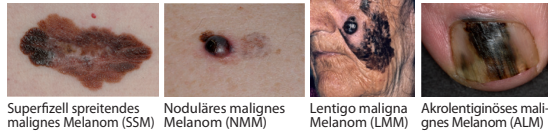


Abb. 1:  
Klinische Typen des malignen Melanoms (SSM, NMM, LMM, ALM)

## Häufigkeit, Ursachen, Symptome

Weltweit ist die Erkrankungshäufigkeit des Melanoms ansteigend, insbesondere in der hellhäutigen Bevölkerung und in Ländern mit starker Sonneneinstrahlung (z. B. Australien, Teile der USA). In Deutschland werden jährlich ca. 12.000 Melanome neu diagnostiziert. Das durchschnittliche Erkrankungsalter beträgt 56 Jahre. Als Hauptursache für die Entstehung des Melanoms wird die ultraviolette Strahlung des Sonnenlichtes und künstlicher Licht-

# Hautmelanom, bösartig

< C 43 >

## Schwarzer Hautkrebs

quellen (Solarium) angenommen. Vor allem intensive Sonnenbäder, Sonnenbrände in der Kindheit und ein heller Hauttyp scheinen wichtige Risikofaktoren zu sein. Darüber hinaus weisen Menschen mit einer hohen Anzahl (mehr als 50) oder mit veränderten (atypischen) Muttermalen ein erhöhtes Melanomrisiko auf. Erbliche Ursachen sind für die seltenen familiären Melanome bedeutsam.

Der schwarze Hautkrebs ist als braun-schwarz pigmentierter Fleck oder Knoten an der Hautoberfläche zu erkennen. Meist bestehen Wachstumstendenz und Unregelmäßigkeiten in der Form (Asymmetrie) und Pigmentierung. Allerdings kann sich ein Melanom auch rötlich ohne Pigmentbildung (amelanotisch) darstellen. Der Durchmesser beträgt meist mehr als 5 mm. Es kann überall an der Haut, aber auch an den Schleimhäuten, dem behaarten Kopf, den Nägeln und am Auge (Regenbogenhaut, Netzhaut) auftreten. Im Anfangsstadium ist das Melanom schwer von einem gewöhnlichen Muttermal zu unterscheiden. Oft bestehen keinerlei Beschwerden. Blutung und Entzündung sind häufig bereits Zeichen für einen fortgeschrittenen Tumor.

## Diagnostik

Beim malignen Melanom hängt die Prognose maßgeblich von der histologisch bestimmbaren Dicke des Primärtumors (nach Breslow) sowie dem Auftreten von Lymphknoten- oder Organmetastasen ab. Bei einer Tumordicke von weniger als 1 mm liegt das 5-Jahres-Überleben bei mehr als 90%, bei einer Tumordicke von mehr als 4 mm nur noch bei 40%. Um eine möglichst hohe Heilungschance zu erzielen, ist die Früherkennung, z. B. im Rahmen des Hautkrebs-Screenings, die derzeit wichtigste diagnostische Maßnahme. Die hautfachärztliche Beurteilung des klinischen Bildes mit den sog. ABCD-Kriterien (Asymmetrie, unregelmäßige Begrenzung, ungleichmäßiges Colorit, Durchmesser mehr als 5mm) und die Auflichtmikroskopie ermöglichen die Diagnosestellung.

Zur Ausbreitungsdiagnostik dienen die operative Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (s.u.), bildgebende Verfahren (Ultraschall der Lymphknoten und des Oberbauchs, Röntgen der Lungen, im Einzelfall zusätzliche CT-Untersuchungen), sowie Blutuntersuchungen (z. B. Tumormarker S100).

## Therapie

Bei Melanomverdacht erfolgt die vollständige operative Entfernung des Tumors. Anschließend werden die Diagnose feingeweblich gesichert und die Tumordicke bestimmt. Bestätigt sich der

Tumorverdacht, wird mit einem Sicherheitsabstand von 1 – 2 cm nachoperiert und der Wunddefekt ggf. durch plastische Rekonstruktion verschlossen. Ab einer Tumordicke von 1 mm wird zusätzlich eine Gewebeprobe des Schildwächter-Lymphknotens (Sentinel-Lymphknoten-Biopsie) empfohlen, wobei der erste im Lymphabflussgebiet des Melanoms liegende Lymphknoten entfernt wird. Bei Nachweis von Tumorzellen im Sentinel-Lymphknoten wird aktuell die vollständige Lymphknotenentfernung der entsprechenden Region (Dissektion) empfohlen. Ob hierdurch jedoch die Heilungschance erhöht wird, ist derzeit nicht gesichert. Lymphknoten- und Organmetastasen werden operativ vollständig entfernt, wenn dies bei vertretbarem Risiko für den Patienten möglich erscheint (Ziel: Tumorfreiheit).

Medikamentöse Therapien umfassen die vorbeugenden (adjunktiven) Immuntherapien mit Interferon  $\alpha$  und die lindernden (palliativen) Chemotherapien bei inoperabler Metastasierung. Zusätzlich wird die Strahlentherapie in besonderen Situationen (z. B. Einzeitkonvergenzbestrahlung bei Hirnmetastasen) eingesetzt. Die Melanom-Nachsorge erfolgt 10 Jahre in 3-monatigen bis jährlichen Abständen in Abhängigkeit vom Tumorstadium. Ist in dieser Zeit kein Rezidiv aufgetreten, gehen wir von einer Heilung aus, auch wenn sehr selten eine „Spätmetastasierung“ nach längeren Zeiträumen vorkommen kann.

Autor: Hedwig Stanisz & Dr. med. Knuth Rass

