

Sieben Regeln für die erfolgreiche Melanomentdeckung

Tipps zur klinischen und dermoskopischen Hautuntersuchung in der Praxis

*Die ärztliche Aufgabe bei der Melanomentdeckung ist klar: Es gilt, kein Melanom zu verpassen und zugleich keine benignen Läsionen unnötig zu exzidieren. In der Fachliteratur wird berichtet, dass Hausärzte 20 bis 40 benigne Läsionen exzidieren, um 1 Melanom zu entdecken, während diese «number needed to excise» bei Dermatologen 5 bis 15 beträgt. Die meisten Melanome sind klinisch bei Anwendung der ABCD-Kriterien und dermoskopisch leicht erkennbar. Aber auch hinter einer unverdächtigen pigmentierten Läsion kann sich ein Melanom verstecken. Um einen solchen «Wolf im Schafspelz» zu entlarven, ist eine Entdeckungsstrategie nötig, die sich auf 7 einfache, praktische Regeln stützen kann, wie Dr. Aimilios Lallas und Kollegen in der Zeitschrift *Dermatology* darlegen (1).*

1. Regel: Sämtliche Läsionen dermoskopisch untersuchen, nicht nur klinisch verdächtige Läsionen. Auch eine klinisch banal wirkende, kleine, symmetrische, stark pigmentierte Läsion kann bereits dermoskopische Melanomkriterien erfüllen. In der Regel zeigen sich dermoskopische Melanomkriterien früher als die klinischen ABCD-Kriterien. Bei Personen mit multiplen pigmentierten Läsionen, die klinisch einen gutartigen Eindruck erwecken, kann sich ein Melanom unerkannt in der Menge verbergen und nur dank dermoskopi-



Abbildung: Pigmentiertes Basalzellkarzinom
(Foto: Dr. Marguerite Krasovec Rahmann)

scher Untersuchung möglichst vieler Nävi zum Vorschein kommen. Das Argument, dass die dermoskopische Untersuchung möglichst aller Läsionen allzu zeitaufwendig sei, lassen die Autoren des Artikels in «Dermatology» nicht gelten. Erfahrene Untersucher würden für eine komplette dermoskopische Hautuntersuchung durchschnittlich nur etwa 2 Minuten mehr Zeit benötigen als ohne Dermoskop, insbesondere wenn ein Handinstrument mit polarisiertem Licht verwendet werde (1).

2. Regel: Personen mit erhöhtem Melanomrisiko sollen sich ausziehen, damit die Haut der gesamten Körperoberfläche untersucht werden kann. Diese Regel sollte zumindest bei folgenden 4 Risikogruppen beachtet werden:

- Personen mit irgendeinem Hautmalignom in der persönlichen Anamnese.
- Personen mit einer positiven Melanom-Familienanamnese (Verwandte ersten Grades).
- Unter 50-Jährige mit mehr als 20 Nävi an den Armen.
- Über 50-Jährige mit chronisch sonnengeschädigter Haut.

3. Regel: Bei Einzelläsionen die 10-Sekunden-Regel beachten. In erfahrenen Händen erlaubt das Dermoskop die Unterscheidung zwischen einem benignen und einem malignen Hauttumor bereits innerhalb von ein paar Sekunden. Gelegentlich kommt es allerdings vor, dass das dermoskopische Muster nicht genügend typisch für eine rasche Entscheidung ist. Wenn die dermoskopische Untersuchung in 10 Sekunden keine eindeutige Diagnose zulässt, ist nach Ansicht der Autoren die Exzision angezeigt.

4. Regel: Wenn multiple atypische Nävi vorhanden sind, die Nävi dermoskopisch vergleichen und Veränderungen durch dermoskopische Verlaufskontrollen erfassen. Wenn eine Person zahlreiche atypische Nävi aufweist, sind meist bei einem beträchtlichen Anteil dermoskopische Auffälligkeiten zu finden. In dieser Situation empfehlen die Autoren, beim Vergleich der Nävi untereinander weniger darauf zu achten, welches die atypischste Läsion ist, sondern vielmehr diejenige Läsion zu suchen, die andere morphologische Charakteristiken aufweist als alle übrigen Läsionen. Wenn die Untersuchung kein schlüssiges Resultat ergibt, sollten Personen mit multiplen atypischen Nävi nach 3 Monaten erneut untersucht werden. Eine

Läsion, die in dieser kurzen Zeit morphologische Veränderungen zeigt, sollte exzidiert werden, weil die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein frühes Melanom handelt, beträchtlich ist. Um auch langsam wachsende Melanome zu erfassen, bei denen morphologische Veränderungen in der Regel erst nach 12 bis 24 Monaten feststellbar werden, sollten bei Personen mit multiplen atypischen Nävi zudem jährliche Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden.

5. Regel: Schwierig interpretierbare noduläre Läsionen exzidieren. Bei nodulären Melanomen sind in der Regel die klassischen ABCD-Kriterien nicht vorhanden. Noduläre Melanome können klinisch leicht mit benignen Tumoren verwechselt werden (z.B. dermale Nävi, vaskuläre Tumoren, Dermatofibrome, seborrhoische Keratosen). Auch die klassischen dermoskopischen Melanomkriterien, die grösstenteils bei superfiziell spreitenden Melanomen beschrieben wurden, können bei nodulären Melanomen fehlen. Zur Abgrenzung gegenüber benignen nodulären Tumoren kann die Blau-Schwarz-Regel beitragen. Wenn blaue und schwarze Farbe in der Läsion vorhanden ist, sollte die Exzision vorgenommen werden. Grundsätzlich empfehlen die Autoren, bei der Untersuchung eines nodulären Tumors nach Kriterien einer benignen Läsion zu suchen. Wenn dabei keine sichere Diagnose eines benignen Tumors möglich ist, sollte die Läsion exzidiert werden.

6. Regel: Klinische und dermoskopische Kriterien kombinieren. Dermoskopische Charakteristiken sollten immer im Kontext mit den anamnestischen Angaben und den klinischen Untersuchungsbefunden interpretiert werden. Als Faustregel kann man sich merken, dass bei benignen Läsionen die klinischen und die dermoskopischen Charakteristiken einigermaßen harmonisieren. Wenn dagegen Diskrepanzen zwischen klinischen und dermoskopischen Befunden bestehen, ist erhöhte Vorsicht am Platz. Wenn Anamnese und klinisches Bild hoch verdächtig sind, sollte die Läsion exzidiert werden, auch wenn melanomspezifische dermoskopische Kriterien fehlen.

7. Regel: Histopathologische mit klinischen und dermoskopischen Informationen kombinieren. Die histopathologische Untersuchung ist zwar der Goldstandard für die Diagnose melanozytärer Läsionen, aber auch nicht völlig frei von Limitationen, technischen Fehlern und subjektiver Falschinterpretation. Beispielsweise kann die histopathologische Interpretation bei Läsionen mit hochgradigen Regressionszeichen schwerfallen. Als Faustregel kann gelten, dass Histopathologieberichte immer im Kontext mit den klinischen und dermoskopischen Informationen interpretiert werden sollten. Bei der Diagnose von Läsionen ohne zufriedenstellende klinisch-histopathologische Übereinstimmung ist Vorsicht geboten. ●

Alfred Lienhard

Referenz:
Lallas A et al. Management rules to detect melanoma. *Dermatology* 2013; 226: 52-60.