

## Patienten mit T2a-Plattenepithelkarzinomen profitieren von mikrografischer Chirurgie

Xiong DD et al. Outcomes in Intermediate Risk Squamous Cell Carcinomas Treated with Mohs Micrographic Surgery Compared to Wide Local Excision. *J Am Acad Dermatol* 2020; doi:10.1016/j.aad.2019.12.049

**Die weiterentwickelten Leitlinien für Plattenepithelkarzinome (SCC) der Haut haben die Vorhersagekraft der Stadienzuordnung verbessert, aber immer noch kommen auch in frühen Stadien ungünstige Verläufe vor. Die Arbeitsgruppe um Xiong überprüfte, ob bei einem intermediären Risiko die Operationsmethode Einfluss nimmt. 366 Patienten mit einem primären SCC erhielten einen mikroskopisch kontrollierten Eingriff nach Moh oder eine weite Lokalexzision.**

Die intraoperative und lückenlose Kontrolle des Schnittrandes reduzierte bei SCC in höheren Stadien die Rezidivrate. In die retrospektive Studie wurden nun ausschließlich Patienten mit einem Stadium T2a aufgenommen. Dieses bestand, wenn 1 Hochrisikofaktor vorlag (Durchmesser  $\geq 2$  cm, geringe Differenzierung, perineurale Invasion  $\geq 0,1$  mm, tiefe Invasion). 240 Patienten erhielten eine mikrografische Operation (MMS) und 126 eine weite Lokalexzision (WLE). Die Erkrankten waren durchschnittlich 71,9 Jahre alt, 68,6% waren Männer und 32,5% immunsupprimiert. Die mittlere Nachbeobachtungszeit lag bei 2,8 Jahren (0–13,3 Jahre). Die meisten SCC waren 2–4 cm groß, gut differenziert und infiltrierte tiefere Strukturen als das Fettgewebe nicht. In 6 Fällen lag eine perineurale Invasion und in 1 Fall eine perineurale Invasion  $\geq 0,10$  mm vor. In der MMS-Gruppe waren mehr immunsupprimierte Patienten und Erkrankte mit einem SCC im Maskenbereich als in der WLE-Gruppe (38,7% vs. 20,6% und 21,7% vs. 6,4%). Bei 91,5% der Patienten erfolgte die Stadienzuordnung wegen der Tumorgroße.

Insgesamt kamen 17 Rezidive vor. Dabei handelte es sich um 8 Lokalrezidive (LR), 7 Lymphknotenrezidive (NR) und 2 In-Transit-Rezidive. Fernmetastasen traten nicht auf. Verglichen mit MMS waren Rückfälle insgesamt und LR nach einer WLE 2,7- und 3,3-fach häufiger. In der multivariaten Analyse erhöhten die WLE (OR 4,8; 95%-Konfidenzintervall KI 1,1–21,6;  $p=0,04$ ) und eine Immunsuppression (OR 5,1; 95%-KI 1,1–23,3;  $p=0,03$ ) die Wahrscheinlichkeit für LR signifikant. WLE (OR 7,8, 95%-KI 2,4–25,4;  $p=0,0007$ ), SCC im Maskenbereich (OR 7,3, 95%-KI 2,0–26,9;  $p=0,004$ ) und entdifferenzierte Tumoren (OR 4,7; 95%-KI 1,4–15,4;  $p=0,03$ ) waren mit schlechten Ergebnissen assoziiert (alle Rezidive und krankheitsspezifischer Tod). Der Behandlungstyp beeinflusste die Tumorstorblichkeit nicht signifikant, aber die Krankheitsprogression. In eine Post-hoc-Analyse wurden 41 Rezidivpatienten aufgenommen. Im Vergleich zu den Primärtumoren wiesen die Rückfälle ein 7-fach gesteigertes Rezidivrisiko auf.

### FAZIT

Im Vergleich zur MMS erhöhte die WLE das Rückfallrisiko von Primärtumoren um den Faktor 3,3 und von Rezidiv-SCC um den Faktor 4,8. Die Autoren sprechen der MMS eine definitive Rolle in der Behandlung von Patienten mit einem T2a-Tumor zu. Der Einschluss von immunsupprimierten Erkrankten, die in der MMS-Gruppe häufiger vorhanden waren, unterstreiche die Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

Dr. med. Susanne Krome, Melle