

Spotlight

Korrespondenzadresse

Dr. med. Hanan Adib-Tezer
Oberärztin der Klinik für
Dermatologie und Allergologie
Helios Dr. Horst Schmidt
Kliniken Wiesbaden
Ludwig-Erhard-Straße 100
65199 Wiesbaden
Hanan.Adib-Tezer@
helios-kliniken.de

Diagnostik und Therapie des Melanoms im Wandel der letzten 25 Jahre. Standortbestimmung und Ausblick

▼
Kurzkomentar zu Seite 460

Die rasante Zunahme des Kenntnisstandes zum malignen Melanom hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten zur Entwicklung moderner Methoden der Diagnostik und zielgerichteten Therapien geführt. Diese werden von den Autoren in einer zusammenfassenden Übersichtsarbeit dargestellt. Dabei finden innovative systemische Therapiestrategien und die Selektion von Melanomsubtypen eine besondere Erwähnung. Abgerundet wird die Arbeit durch einen hoffnungsvollen Ausblick auf zukünftige, individualisierte Therapiekonzepte und -kombinationen sowie den Einsatz adjuvanter Systemtherapien bei Risikomelanomen. Mit der computergestützten sequentiellen Dermatoskopie und der konfokalen Lasermikroskopie stehen dem erfahrenen Untersucher zwei apparative, nicht-invasive Methoden zur Früherfassung maligner Melanome zusätzlich zur Verfügung.

Die Sentinel-Lymphonodektomie (SLNE) als prognostisch relevante Methode trägt zur Klassifikation des SLN-Befalls bei. Dabei werden mithilfe der S-Klassifikation die Tumoreindringtiefe und nach der Rotterdam-Klassifikation der maximale Tumordurchmesser dargestellt. Für eine bessere Prognosedifferenzierung wird eine Augsburg-Rotterdam-Klassifikation vorgeschlagen, die die Kriterien beider Einordnungen vereint.

Vemurafenib und Dabrafenib stehen als zielgerichtete Kinaseinhibitoren bei Vorliegen der BRAF-V600-Mutation als First-line-Empfehlung beim fortgeschrittenen metastasierten Melanom zur Verfügung. Durch Kombination der BRAF-Inhibitoren mit einem MEK-Inhibitor, z.B. Trametinib, können Therapieresistenzen, die häufig nach einigen Monaten auftreten, vermieden bzw. hinausgezögert werden.

Als innovative Immuntherapeutika werden der CTLA-4-Antikörper Ipilimumab und die kürzlich zugelassenen PD1-Antikörper Pembrolizumab und Nivolumab erwähnt. Die PD1-Antikörper zeigen ein rascheres Ansprechen bei einem in der Schwere geringeren Nebenwirkungsprofil als Ipilimumab. Eine Kombinationstherapie von Nivolumab mit Ipilimumab konnte in Studien eine weitere Steigerung der Effizienz aufzeigen. Der Artikel stellt eine gute und kritische Übersicht über die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Optionen zum malignen Melanom dar.

Neutrophilenreiches CD30-positives primär kutanes großzellig-anaplastisches T-Zell-Lymphom: Ein Fallbericht mit Literaturbesprechung

▼
Kurzkomentar zu Seite 471

In der vorliegenden Arbeit wird der Fall einer 66-jährigen Patientin mit anamnestic vorbekanntem primär kutanem großzellig-anaplastischem T-Zell-Lymphom dargestellt. Die bisherige Therapie erfolgte chirurgisch. Seit 20 Jahren litt sie an rezidivierenden, gering schmerzhaften, narbig abheilenden knotigen Läsionen. Eine B-Symptomatik hatte bisher nicht bestanden.

Die Vorstellung der Patientin erfolgte aufgrund eines seit 6 Monaten bestehenden, 7 × 10 cm großen, erythematösen, ulzerierten Tumors am Rücken links und einer kleineren knotigen Läsion am Rücken rechts. Es fanden sich disseminiert noch papulonoduläre Läsionen am Stamm. Die laborchemische Diagnostik ergab unauffällige Differenzialblutbild- und Serumparameter ohne Nachweis einer Neutrophilie. Unter der Verdachtsdiagnose eines Rezidivs des vorbekannten T-Zell-Lymphoms wurden mehrere Biopsien aus den Läsionen entnommen. Histologisch zeigte sich eine pseudoepitheliomatöse Hyperplasie der Epidermis. Die Dermis war – bis in tiefere Abschnitte – durchsetzt von einem entzündlichen Infiltrat, bestehend aus großen, polymorphen, lymphoiden Zellen und einigen Histiocyten, die in ein dichtes neutrophiles Infiltrat eingebettet waren. Immunhistochemisch fand sich bei den neoplastischen Zellen eine Expression von CD30. CD3 und CD4 waren partiell positiv. Negativ waren die folgenden Parameter: CD8, granzyme B, CD20, CD56, ALK-1 und EMA. Die Neutrophilen waren für CD15 und Myeloperoxidase, die Histiocyten für CD68 jeweils positiv. In weiteren Spezialfärbungen (PAS, Giemsa, Gram und Ziehl-Neelsen) fanden sich keine Hinweise auf ein infektiöses Geschehen.

Es handelt sich dabei um ein neutrophilenreiches CD30 positives primär kutanes großzellig-anaplastisches T-Zell-Lymphom als eine seltene Variante des primär kutanen großzellig-anaplastischen T-Zell-Lymphoms.

Aufgrund der histologisch ausgeprägten Neutrophilie können die Veränderungen durchaus als primär entzündlich bzw. phlegmonös-abszedierend missinterpretiert werden. Daher sollte diese im Case Report dargestellte seltene Lymphomentität differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen werden.