

Lymphknoten-Rezidivmetastasen eines Malignen Melanoms – eine interdisziplinäre chirurgische Therapie .

Kira Keller¹, Michael Steffen², Michèle Schneider¹, Akram Gharbi¹, Gregor A. Stavrou¹

¹ Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Kinderchirurgie

² Klinik für Gefäß- u. endovaskuläre Chirurgie

Einleitung

Das Maligne Melanom der Haut ist der Hauttumor mit der höchsten Metastasierungsrate und für mehr als 90% aller Sterbefälle an Hauttumoren verantwortlich. Knapp 15% aller Patienten entwickeln Lymphknotenmetastasen. Früher galt die Prognose bei Auftreten von Metastasen als infaust. In neuerer Zeit gibt es immer mehr Berichte und Evidenz für einen Überlebensvorteil bei radikal chirurgischen Vorgehen.

Patienten/Methodik

Bei dem Patienten wurde 2014 ein malignes Melanom, Typ invasiv knotig, TD nach Breslow 3,7 mm mit Ulzeration an der Hüfte/Oberschenkelaußenseite links diagnostiziert. 2015 wurde bereits eine Lymphknotendissektion links inguinal durchgeführt (pT3b, pN1b, M0). Eine Systemtherapie fand nicht statt. Nun stellte er sich aufgrund einer Schwellung in der Leiste vor. In der nachfolgenden Bildgebung zeigte sich ein faustgroßes Lymphknotenrezidiv eines bekannten malignen Melanoms im Bereich der linken Leiste unter Einbezug der V. femoralis communis sowie fraglich der A. femoralis.

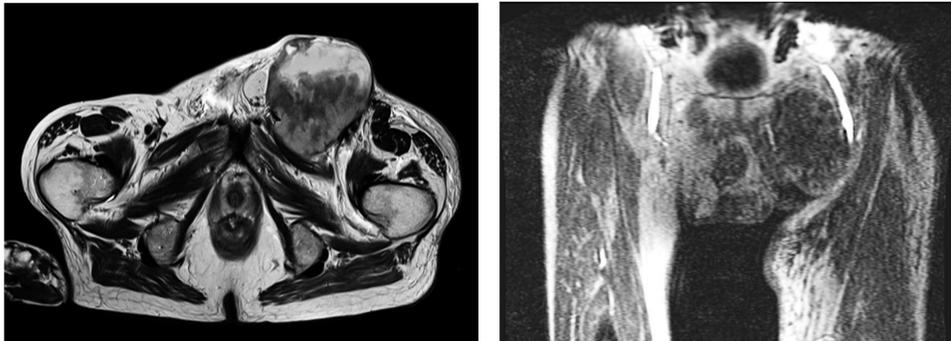


Abb. 1 und 2: präoperatives MRT

Es wurde ein interdisziplinärer chirurgischer Ansatz mit Viszeral- sowie Gefäßchirurgie vorgenommen. Der Patient erhielt eine radikale Lymphadenektomie der linken Leiste mit Resektion des Leistenbandes, der Vena femoralis communis sowie der V. iliaca externa. Weiterhin erfolgte eine Sartoriusplastik zur Gefäßdeckung sowie eine Rekonstruktion des Leistenkanals nach Lichtenstein.

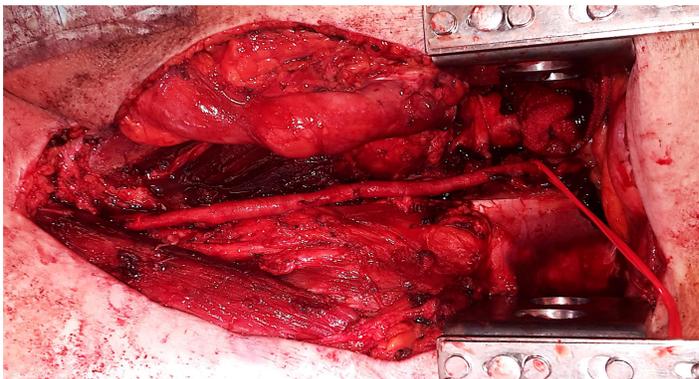


Abb. 3: intraoperativer Situs nach Resektion der Metastase sowie der Venen



Abb. 4: Rekonstruktion mittels Sartoriusplastik sowie nach Lichtenstein

Diskussion

Das maligne Melanom der Haut ist der Hauttumor mit der höchsten Metastasierungsrate und für mehr als 90% aller Sterbefälle an Hauttumoren verantwortlich¹. Es breitet sich vorhersehbar auf die Lymphgefäße und Sentinel-Lymphknoten aus, und wenn dieser betroffen ist, verschlechtert sich die Prognose deutlich². Etwa 15% der Patienten entwickeln im Verlauf Lymphknotenmetastasen^{3,4}.

Der Stellenwert einer elektiven Lymphknotendissektion wird hierbei unterschiedlich bewertet. Retrospektive Studien beschreiben für bestimmte Patientengruppen (männliche Patienten mit Melanom an den Extremitäten und einer Tumordicke zwischen 1,5 und 4,5mm) einen prognostischen Vorteil⁵.

Eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie wird in Betracht gezogen, wenn die Dicke des Primärtumors größer als 1 mm und/oder wenn es bei dünneren Melanomen unerwünschte Eigenschaften gibt. Studien zeigen keinen Unterschied im melanom-spezifischen Überleben zwischen Patienten, die eine Lymphknoten-Biopsie oder eine engmaschige Beobachtung nach positiver Sentinel – Lymphknoten Biopsie erhalten haben, trotz geringer Zahl an nodaler Rezidive nach Lymphknoten - Dissektion^{6,7}.

Bei lymphogener Metastasierung gibt es Daten, die eine vollständige Lymphadenektomie propagieren, obwohl dieses Verfahren seine Risiken birgt und es keine publizierten Daten gibt, die zusätzliche Überlebensvorteile belegen².

In unserem Fall ist das Vorgehen schon auf Grund der lokalen Symptomatik indiziert gewesen.

Ergebnisse

In der histologischen Untersuchung bestätigte sich eine Metastase des malignen Melanoms. Sie konnte in sano mit 1 mm Abstand R0 reseziert werden. Nach komplikationslosem perioperativem Verlauf konnte der Patient nach einer Woche die Klinik verlassen. Es wurde eine adjuvante Chemotherapie mit Nivolumab durchgeführt.

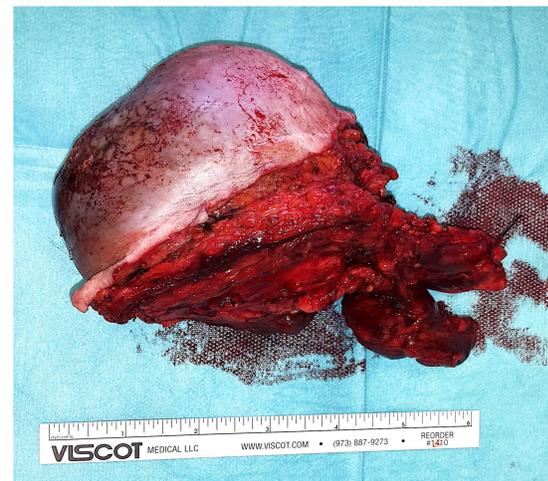


Abb. 5: Resektat

Zusammenfassung

Trotz ausgedehntem Tumorbefall konnte eine RO Resektion erzielt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Manifestationen von Lymphknotenmetastasen eines Melanoms lässt sich kein eindeutiger Standard zur Behandlung finden. Eine Resektion kann angestrebt werden, insbesondere wenn die Metastase klinische Symptomatik zeigt.

Literatur

- 1 S3 Leitlinie Melanom, Version 3.1, Juli 2018
- 2 Eigner D. et al, Complete lymphadenectomy following positive sentinel lymph node biopsy in cutaneous melanoma: a critical review. An Bras Dermatol.2018 Jul-Aug; 93(4): 553–558
- 3 Andrew N. et al., Relationship between age and likelihood of lymph node metastases in patients with intermediate thickness melanoma (1.01-4.00 mm): A National Cancer Database study. AM Acad Dermatol. 2018 Aug 27. S0190-9622(18)32476-9.
- 4 Duarte AF. Et al., Skin cancer healthcare impact: A nation-wide assessment of an administrative database. Cancer Epidemiol. 2018 Oct;56:154-160
- 5 Drepper H et al., Benefit of elective lymph node dissection in subgroups of melanoma patients. Results of a multicenter study of 3616 patients. Cancer. 1993; 72 (3):741-9
- 6 Masoud SJ et al., Sentinel Lymph Node Biopsy and Completion Lymph Node Dissection for Melanoma, Curr Trat Options Oncol. 2018;19(11):55.
- 7 Leiter U et al., Complete lymph node dissection versus no dissection in patients with sentinel lymph node biopsy positive melanoma (DeCOG-SLT): a multicentre, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2016; 17(6):757-767