- (20) Karakousis CP: Surgical treatment of malignant melanoma. *Surg Clin North Am* 1996;76:1299-1312.
- (21) Lees VC, Briggs JC: Effect of initial biopsy procedure on prognosis in Stage I invasive cutaneous malignant melanoma: review of 1086 patients. *Br J Surg* 1991;78:1108-1110.
- (22) Leong SP, Steinmetz I, Habib FA, McMillan A, Gans JZ, Allen RE jr, Morita ET, el-Kadi M, Epstein HD, Kashani-Sabet M, Sagebiel RW: Optimal selective sentinel lymph node dissection in primary malignant melanoma. *Arch Surg* 1997;132:666-672.
- (23) Marks R, Jolley D, McCormack C, Dorevitch AP: Who removes pigmented skin lesions? *J Am Acad Dermatol* 1997;36:721-726.
- (24) McKay AJ: Surgical management of malignant melanoma. *Br J Surg* 1997;84:5-7.
- (25) Meissl G: Plastisch-chirurgische Rekonstruktionen nach Melanom Resektion. In Waclawiczek HW, Gebhart W, Manfreda D, Schlag P (eds): *Das Maligne Melanom*. Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 1991, pp 132-133.
- (26) Morton DL, Wen DR, Wong JH, Economou JS, Cagle LA, Storm FK, Foshag LJ, Cochran AJ: Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg* 1992;127:392-399.
- (27) Rettenbacher L, Koller J, Omeiner D, Kassmann H, Galvan G: Selektive regionale Lymphadenektomie beim malignen Melanom mit Hilfe einer Gammasonde. *Acta Med Austriaca* 1997;24:79-80.
- (28) Singluff CL, Stidham KR, Ricci WM, Stanley WE, Seigler HF: Surgical management of regional lymph nodes in patients with melanoma. Experience with 4682 patients. *Ann Surg* 1994;219:120-130.
- (29) Thompson JF, Hunt JA, Shannon KF, Kam PC: Frequency and duration of remission after isolated limb perfusion for melanoma. *Arch Surg* 1997;132:903-907.
- (30) Veronesi U, Cascinelli N: Narrow excision (1 cm margin). A safe procedure for thin cutaneous melanoma. *Arch Surg* 1991;126:438-441.
- (31) Waclawiczek HW, Konrad K, Mandl H, Pichler E, Smola MG, Scharnagl E: *Malignes Melanom der Haut*. In Steindorfer P (eds): *ACO-Manual der chirurgischen Krebstherapie*. Wien-New York, Springer, 1990, pp 155-163.
- (32) Wells KE, Rapaport DP, Cruise CW, Payne W, Albertini J, Berman C, Lyman GH, Reintgen DS: Sentinel lymph node biopsy in melanoma of the head and neck. *Plast Reconstr Surg* 1997;100:591-594.

Aus der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Krankenhaus Oststadt, Hannover, Deutschland

Eingeladener Kommentar zu: „Verbreitung und Standards der chirurgischen Melanomtherapie in Österreich“

A. Berger und A. Kremer

Koller et al. (1) ist für die mühevollen Arbeit, durch eine Fragebogenaktion den aktuellen Stand der Melanomtherapie in Österreich zu erheben, zu danken.

Gerade weil das maligne Melanom der Tumor ist, dessen Inzidenz in den vergangenen Jahren von allen Tumoren am stärksten zugenommen hat und derzeit in westlichen Industrieländern zwischen 10 und 15/100.000 Einwohnern beträgt, ist es notwendig, Daten zu erheben, die einen internationalen Vergleich zulassen, die Defizite in der räumlichen Versorgung und der chirurgischen Therapie aufzeigen und die Ausgangspunkt für einen breiten Konsens bezüglich der zukünftigen Therapiegestaltung sind.

Der Versuch, eine repräsentative Aussage zu machen, veranlaßte die Autoren, 12 plastisch-chirurgische, 13 dermatologische und 118 chirurgische Abteilungen anzuschreiben, von denen 12, 12 und 54 Abteilungen respektive angeben, eine chirurgische Melanomtherapie durchzuführen. Aus diesen Zahlen ist die Versorgungssituation für die Melanomchirurgie in Österreich zu sehen, die eine Überrepräsentation von nichtspezialisierten Abteilungen für Chirurgie im Vergleich zu skandinavischen Ländern oder den USA zeigt, wo die operative Therapie des malignen Melanoms größtenteils an Abteilungen für plastische Chirurgie oder auch spezialisierten Abteilungen für „operative“ Dermatologie durchgeführt wird. Die Rücklaufquote von 75% an chirurgischen Abteilungen, von 92% an dermatologischen oder 100% an plastisch-chirurgischen Abteilungen kann zufällig bedingt sein, könnte jedoch auch Ausdruck eines deutlich geringeren Interesses an dieser Erkrankung sein.

Sicherlich sind, wie die Autoren darstellen, die Ansprüche an die apparative Ausstattung zur primären Melanomtherapie gering, wenn hiermit die Exzision eines kleinen Hauttumors mit Primärverschluß gemeint ist. Bei größeren Tumoren jedoch kommt der primären funktionellen und ästhetischen Defektdenkung nach Tumorresektion eine zentrale Bedeutung zu, an die heute qualitativ hohe Ansprüche zu stellen sind.

Es stimmt verwunderlich, daß 26 der 112 antwortenden Abteilungen (23%) von vornherein einen knapperen Sicherheitsabstand als empfohlen und im Falle eines positiven histologischen Tumorbefundes eine Nachexzision in Kauf nehmen. Dieses Vorgehen muß aus onkologischen Gründen abgelehnt werden, da Sicherheitsabstände nicht aus histopathologischen Beobachtungen einer abnehmenden Tumorzellichte zur Peripherie hin entstanden sind, sondern Empfehlungen darstellen, die sich aus Beobachtungen zur Rezidivhäufigkeit und zur Mortalität zusammensetzen. Die gleiche Kritik richtet sich an die 8 Institutionen, die Inzisionsbiopsien als ein „probates Mittel der Diagnose“ bei Melanomverdacht angeben.

Es wäre im Hinblick auf die didaktischen Konsequenzen der vorgelegten Studie für die gesamte Ärzteschaft interessant herauszufinden, welchem der 3 befragten Fachgebiete die Abteilungen gehäuft angehören, die solche Techniken betreiben und ob die Befürchtung, einen Defekt nicht verschließen bzw. decken zu können, Ursache für ein solches Vorgehen sind. Des weiteren stellt sich die Frage, besteht in der Datenerhebung eine Kongruenz von Abteilungen, die eine „eingeschränkte Melanomtherapie“ angeben und Abteilungen, die Inzisionsbiopsien oder „Minimalexzisionen“ durchführen? Sollte dies der Fall sein, müßten gezielte Informationen an diese Ärzte weitergegeben werden. Bei klinischem Verdacht auf Vorliegen eines malignen Melanoms sollte nach heutigen Erkenntnissen eine Exzisionsbiopsie mit einem Sicherheitsabstand von 1 cm das absolute Minimum darstellen. Nachresektionen schließen sich bei Tumortiefen jenseits von 0,75 mm entsprechend den Empfehlungen der Tumorzentren an.

Es wäre auch interessant herauszuarbeiten, was die Gründe für die zahlenmäßig dokumentierte Unsicherheit bei der Wahl der Resektionstiefe sind und bei welchen Fachabteilungen wiederum diese Unsicherheiten zahlenmäßig gehäuft vorherrschen. Die Resektion der Faszie muß aus onkologischen Gründen, außer bei direkter Tumordinfiltration grundsätzlich abgelehnt werden, da Faszien eine natürliche Barriere, nicht nur für epitheliale Tumoren, darstellen. Ich möchte hier nur auf die Kompartimentresektionen bei Extremitätensarkomen verweisen.

Die aktuellen internationalen Erfahrungen auf dem Gebiet der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie scheinen dieser Technik eine dauerhafte Bedeutung zu verschaffen. Die Autoren weisen zu recht darauf hin, daß sich bei Durchsetzung dieses Verfahrens interessante gesundheitspolitische Aspekte ergeben könnten mit einer technologie- und kostenbedingten Konzentration auf spezialisierte Abteilungen. Hiervon ist eine weitere Erhöhung des Qualitätsstandards zu erwarten, ohne daß notwendigerweise höhere Kosten entstehen, wenn man die Kosten für die Gesamtbehandlung von Melanompatienten betrachtet.

Es würde uns freuen, wenn die detaillierte Aufschlüsselung der Daten insbesondere im Hinblick auf die oben angeführten Diskussionspunkte dazu führen würde, daß die Standards der chirurgischen Behandlung des malignen Melanoms eine noch weitere Verbreitung fänden.

Literatur

- (1) Koller R, Deutinger M, Schickl V, Frey M: Verbreitung und Standards der chirurgischen Melanomtherapie in Österreich. *Acta Chir Austriaca* 1999;31:183-188.