

## Lymphknotenbiopsie bei T1-Melanom?

Bei der Entscheidung für oder wider eine Wächterlymphknotenbiopsie bei klinisch lokalisiertem, dünnem Melanom sollte das Patientenalter stärker berücksichtigt werden, so ein Ärzteteam aus den USA.

Ärzte aus den USA haben die Daten von 8.772 Patienten mit T1-Melanomen retrospektiv analysiert. Für die Analyse wurden nur Patienten mit einer Tumordicke zwischen 0,5 und 1,0 mm berücksichtigt. Bei allen war eine kurative Exzision in Verbindung mit einer Sentinellymphknotenbiopsie (SLNB) vorgenommen worden. 333 (3,8%) erhielten einen positiven Biopsiebefund. Als signifikante Risikofaktoren für einen regionären Lymphknotenbefall erwiesen sich jüngeres Alter (< 40 Jahre: Odds Ratio (OR) 2,04; 40–65 Jahre: OR 1,59), weibliches Geschlecht (OR 1,26), Breslow-Dicke  $\geq 0,76$  mm (OR 1,74), höheres Clark-Level (Level III: OR 2,07; Level IV/V: OR 2,27), Mitosen (OR 1,46) und

Ulzerationen (OR 1,58). In einer Klassifikationsbaumanalyse stellte sich das Alter als wichtiger Indikator für einen Lymphknotenbefall heraus, an dritter Stelle nach Mitosen und Tumordicke.

Bei T1a-Tumoren mit einer Dicke von 0,76–1,0 mm sowie bei T1b-Tumoren mit einer Dicke von 0,5–0,75 oder von 0,76–1,0 mm wurde die Rate positiver SLNB-Befunde mit steigendem Alter durchgängig geringer. Patienten unter 40 Jahren mit T1b-Tumoren von 0,5–0,75 mm hatten zu 5,6% Lymphknotenmetastasen. Geht man davon aus, dass eine SLNB üblicherweise ab einem Risiko von 5% angeboten werden sollte, wäre sie hier also in Betracht zu ziehen, wie die Autoren ausführen. Die SLNB ist jedoch sowohl in

der deutschen als auch in der US-amerikanischen Leitlinie frühestens ab einer Tumordicke von 0,75 mm vorgesehen.

Auf der anderen Seite hatten von den über 65-jährigen Patienten mit T1b-Tumoren mit einer Dicke von 0,76–1,0 mm nur 3,9% einen positiven Biopsiebefund. Für diese Patienten wird in den Leitlinien jedoch die SLNB empfohlen. Die Ärzte halten die Empfehlung daher für „möglicherweise zu großzügig“.

**Fazit:** Die derzeitigen Empfehlungen zur SLNB bei Melanomen mit einer Tumordicke  $\leq 1,0$  mm könnten für junge Patienten zu restriktiv und für alte zu liberal sein. Danach ist das Alter ein wichtiger und unabhängiger Risikofaktor: Je jünger die Patienten, desto häufiger waren regionäre Lymphknotenmetastasen nachzuweisen.

*Dr. Beate Schumacher*

Sinnamon AJ et al. Association Between Patient Age and Lymph Node Positivity in Thin Melanoma. *JAMA Dermatol* 2017; 153: 866–73

## Ein Patient mit einer Menge merkwürdiger Befunde

Ein 52-jähriger Mann litt seit zwei Monaten unter Husten und Belastungsdyspnoe. Er begab sich deswegen in eine pneumologische Ambulanz. Schon seit längerer Zeit war bei ihm eine Panzytopenie bekannt, deren Ursache aber selbst nach einer Knochenmarksbiopsie unklar war. Sein Bruder war verstorben, nachdem er wegen einer aplastischen Anämie eine Knochenmarkstransplantation erhalten hatte.

Bei der körperlichen Untersuchung des Patienten ergaben sich mehrere merkwürdige Befunde, darunter ein Kleinwuchs, dünne, ergraute Haare und fehlende Zähne. Es war aber die Trias aus einer Nageldystrophie (Abb. a), einer Leukoplakie der Zunge (Abb. b) und einer netzartigen Hypopigmentierung am Nacken (Abb. c), die zur klinischen Verdachtsdiagnose einer Dyskeratosis

congenita (Zinsser-Cole-Engman-Syndrom) führte. Dabei handelt es sich um eine erbliche Erkrankung, die durch eine gestörte Funktion der Telomerase hervorgerufen wird.

*Prof. Hermann S. Fieβl*

Kelmenson DA et al. Dyskeratosis congenita. *N Engl J Med* 2017; 376: 1460



a: Nageldystrophie; b: Leukoplakie der Zunge; c: Hypopigmentierung am Nacken