

MALIGNES MELANOM DES HYPOPHARYNX

J. Hädicke, St. Drüg-Skamel, K. Begall
HNO-Klinik,
AMEOS Klinikum Halberstadt

Einleitung:

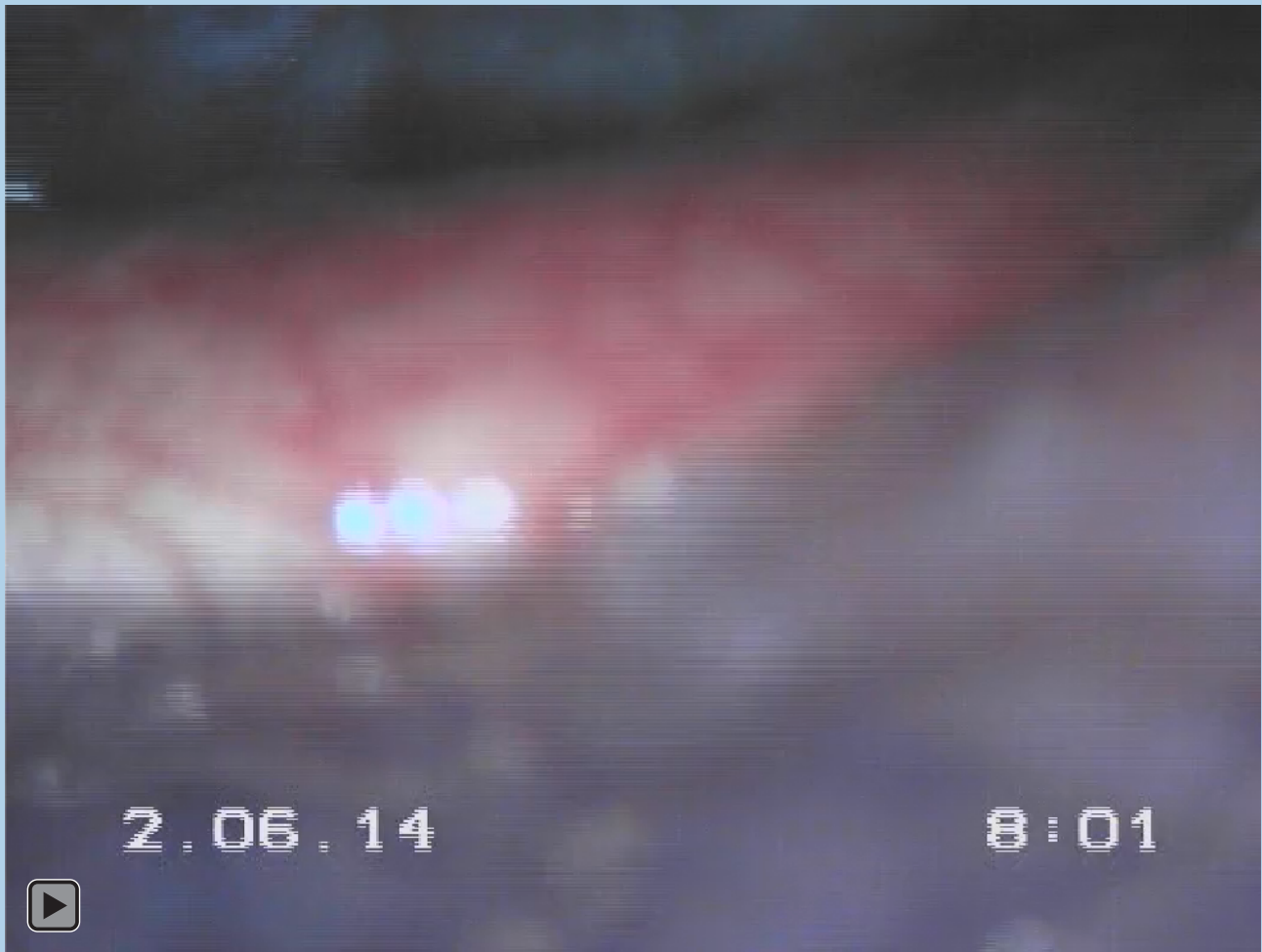
Die Manifestation von malignen Melanomen im Bereich der Schleimhaut des Kopf-Hals-Bereichs ist selten (<1%). Sie finden sich meist im Bereich der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen sowie des Oropharynx.

Kasuistik:

Ein 74-jähriger Patient stellte sich primär mit Epistaxis bei Falithrom-Medikation vor. Nebenbefundlich fiel eine seit 3 Monaten bestehende kloßige Sprache auf. Der Larynx-/Hypopharynxbefund zeigte eine bräunlich-schwarze, zystische Raumforderung von ca. 3 cm Durchmesser, welche an der rechten Pharynxwand gestielt war und den Larynx nahezu verlegte. Unter der Verdachtsdiagnose einer eingebluteten Zyste und der Differentialdiagnose malignes Melanom erfolgte die Exzision der Raumforderung. Die histologische Aufarbeitung ergab ein melanotisches malignes Schleimhautmelanom (PMM). Die Tumordicke konnte aufgrund der zystischen Struktur nicht sicher angegeben werden. Eine R0-Resektion wurde auch nach ausgedehnter Nachresektion nicht erreicht. Die bildgebenden Untersuchungen lieferten keinen Hinweis auf eine Nah-oder Fernmetastasierung. Bei Hochrisiko-PMM wurde eine Interferon-alpha Therapie (3x3 Mio IE für 18 Monate) angeschlossen. Der Patient ist seit einem Jahr Rezidiv frei.

Diskussion:

PMMs des Larynx und Hypopharynx sind extrem selten. Erstsymptome sind eine veränderte Stimme, Dysphagie, Dyspnoe, ggf. eine Blutung. Die Tumoren fallen häufig erst spät auf. Ein einheitliches Staging System hat sich für PMMs bisher nicht etabliert. Die Klassifikation nach der Eindringtiefe und Tumordicke der kutanen Melanome findet hier aufgrund des unterschiedlichen Aufbaus von Haut/ respiratorischem Epithel/ Mukosa keine Anwendung. Für die sinunasalen PMMs korreliert die carTNM Klassifikation am besten mit der Gesamtüberlebensrate der Patienten, wird jedoch nicht regelmäßig verwendet (Tab.). Für PMMs des Larynx/ Pharynx gibt es aktuell kein Klassifikationssystem. In retrospektiven Studien konnte gezeigt werden, dass die klinische Ausdehnung, eine Tumordicke > 5 mm, ein Gefäßeinbruch und Fernmetastasen bei PMMs die Gesamtüberlebensrate beeinflussen. Alter, Geschlecht und Lokalisationsverteilung sind für das Überleben ohne signifikanten Einfluss (Patel et. al. 2002). PMMs sind Hochrisiko-Tumoren. Die kumulierte 5-Jahres-Überlebensrate von ca. 30% macht die ungünstige Prognose der Tumorerkrankung deutlich. Primäre Therapie ist die vollständige Resektion mit 5 mm Randschnittkontrolle (Borst et. al. 2009). Eine elektive neck dissection ist nur bei PMMs der Mundhöhle empfohlen, da bei anderen PMMs keine Prognoseverbesserung nachgewiesen werden konnte (López et al. 2014). Multimodale Therapiemodelle sind nicht ausreichend untersucht und standardisiert. Eine adjuvante Radiatio scheint nur die lokoregionale Kontrolle und nicht das Gesamtüberleben zu verbessern. Eine Verbesserung des tumorfreien



Malignes Melanom des Pharynx in der Videolaryngoskopie

Überlebens konnte nach adjuvanter Gabe von IFN-a2b bei Hochrisiko-PMMs gezeigt werden (Lian et. al. 2013) und wird aktuell auch bei kutanen Melanomen ab Stadium IIb empfohlen. Größere Studien zur Verwendung von IFN-a2b bei PMMs des Kopf-Hals-Bereiches existieren nicht.

Klassifikation PMMs oberer Aerodigestivtrakt nach der 7. Edition der UICC 2009	
T1/2	existieren nicht
T3	Epithel/ Submucosa
T4a	Tiefes Weichgewebe, Knorpel, Knochen, darüber liegende Haut betroffen
T4b	Hirn, Dura, Schädelbasis, untere Hirnnerven, A. Carotis, prävertebraler Raum, mediastinale Strukturen betroffen
Stadium III	T3 N0 M0
Stadium IVA	T4a N0 M0 T3, T4a N1 M0
Stadium IVB	T4b jedes N M0
Stadium IV C	Fernmetastasen