

Hautkrebs Teil 2. - Das Melanom („schwarzer Hautkrebs“)

Univ.-Prof. Dr. Matthias Schmuth & Ao. Univ.-Prof. Dr. Georg Weinlich

Die weltweite Inzidenz des malignen Melanoms („schwarzer Hautkrebs“) steigt stetig an, insbesondere in der weißen Bevölkerung und in Regionen starker Sonnenexposition. In Europa liegt die Neuerkrankungsrate bei 10-20 pro 100.000, in Australien, wo die höchste Inzidenz zu verzeichnen ist, bei 50-80 pro 100.000 Einwohner. Individuen mit hoher Zahl an Muttermalen oder mit großen Nävi (kongenitale Nävi) sind besonders gefährdet. 5-10 % der Melanome treten in erblich belasteten Familien auf, neben konstitutionellen Faktoren spielt unter den exogenen Einflussgrößen die UV-Belastung eine zentrale Rolle.

In Tirol erhebt das Tumorregister des Institutes für klinische Epidemiologie die Tumordaten, die Häufigkeit (Inzidenz) des Melanoms steht bei Frauen in Tirol bereits an der 2. Stelle aller Tumorerkrankungen, bei den Männern an der 4. Stelle. Im Jahre 2013 wurde bei rund 400 Personen in Tirol ein invasives Melanom diagnostiziert, dazu kommen ca. 300 nicht invasive in-situ-Melanome pro Jahr.

Erfreulicherweise konnte das Stadium, in welchen die primären Melanome diagnostiziert werden, vermutlich auch durch erhöhte Vorsorgeempfehlungen, in den letzten Jahren reduziert werden. Eine niedrigere Tumordicke nach Breslow bei Erstdiagnose ist mit einer besseren Prognose für die Tumorerkrankung assoziiert.

Ca. 90 % aller malignen Melanome kommen derzeit als Primärtumor ohne erkennbare Metastasierung zur ersten Diagnose. Die tumorspezifische 10-Jahres-Überlebensrate im Gesamtkollektiv beträgt derzeit ca. 80 %.

Der Umfang und die Frequenz der Nachsorgeuntersuchungen orientieren sich ähnlich wie das therapeutische Vorgehen an den initialen Tumorparametern bzw. dem Tumorstadium. Die Nachsorge ist in den ersten 3-5 postoperativen Jahren engmaschiger zu gestalten, da 80% der Metastasen in diesem Zeitraum auftreten.

Das maligne Melanom kann sowohl primär über die Lymphe, als auch über den Blutweg streuen. Etwa 2/3 aller Erstmetastasierungen sind zunächst auf das regionäre Lymphabflußgebiet beschränkt.

Bei Fernmetastasierung war die Prognose bisher zumeist infaust, die mediane Überlebenszeit ohne Behandlung betrug nur ca. 6-9 Monate, wobei je nach Organbefall eine erhebliche Variationsbreite vorliegt. Die uns seit einigen Jahren zu Verfügung stehenden neuen Medikamente haben die Prognose für diese Patienten mit Absiedelungen nun deutlich verbessert.

Prinzipielle Indikationen zur systemischen Therapie sind inoperable Rezidivtumoren, inoperable regionäre Metastasen und Fernmetastasen, wobei in den letzten Jahren die zielgerichteten Therapieoptionen (Immuntherapien, „targeted therapy“ oder „checkpoint inhibition“) die klassischen Chemotherapien als Erstlinientherapie abgelöst haben. Bei BRAF-V600-Mutation sollte heute eine Therapie mit einem BRAF-Inhibitor in Kombination mit einem MEK-Inhibitor oder Checkpoint-Inhibitor-therapie (PD1-Monotherapie oder PD1 + CTLA4 Antikörpertherapie) durchgeführt werden, da die Ansprechraten dieser Therapien deutlich höher liegen und damit auch das Überleben verbessert wird. Die Nebenwirkungen dieser äußerst effektiven Therapien sind verhältnismäßig gering.