

Anhand von Befunden aus der Hautarztpraxis

Dermatoskopie bei der Hautkrebsvorsorge

Alicia Siebold, Thomas Brinkmeier

Die Dermatoskopie geht zurück auf eine von Johann Saphier im Jahr 1920 beschriebene optische Technik, die heutzutage gerade in der Früherkennung pigmentierter Hautveränderungen eine herausragende diagnostische Rolle spielt. Dabei hat sich das Dermatoskop regelrecht zum „Stethoskop für den Hautarzt“ entwickelt. Auch für Hausärzte, Allgemeinmediziner und Internisten, die sich bei der Hautkrebsvorsorge engagieren, ist das Dermatoskop ein hilfreiches Werkzeug. Der diagnostische Nutzen der Dermatoskopie hängt aber wesentlich von der Erfahrung und dem Training des Untersuchers ab. In den letzten Jahren gab es eine Publikationsflut zum Einsatz der Dermatoskopie auch bei nicht-pigmentierten Neoplasien und entzündlichen Dermatosen. Längst nicht jeder histologisch gesicherte Dermatoskopiebefund aus dem Praxisalltag entspricht dabei dem Kriterienkatalog des publizierten Archetyps. So steht die Befundinterpretation im Spannungsfeld von Musteranalyse und Metaphorik, wobei diese Ansätze als Pole einer pragmatisch orientierten, rationalen Diagnostik angesehen werden können.

Nachfolgend finden Sie einige Befunde, die der Sprechstunde einer Hautarztpraxis entstammen und kurz kommentiert werden sowie eine knappe Zusammenfassung der bereits bekannten Evaluationskriterien der jeweiligen pigmentierten und nicht-pigmentierten Läsion. Alle Abbildungen sind dem frei zugänglichen Online-Informationspor-

tal WIKIDERM entnommen und können dort durch die integrierte Zoomfunktion auch vergrößert betrachtet werden.

Aktinische Keratose

Dermatoskopisch imponiert die nicht-pigmentierte aktinische Keratose im Gesicht mit kreisförmig um die Haarfollikelöffnungen

angeordneten Rötungen, das sogenannte Erdbeermuster („strawberry pattern“) bzw. am Körper mit einem flächigen Erythem oder Punktgefäßen. Gelegentlich können mit polarisiertem Licht vier kleine, quadratisch angeordnete weiße Punkte gesehen werden, die wegweisend für die Diagnose sind.

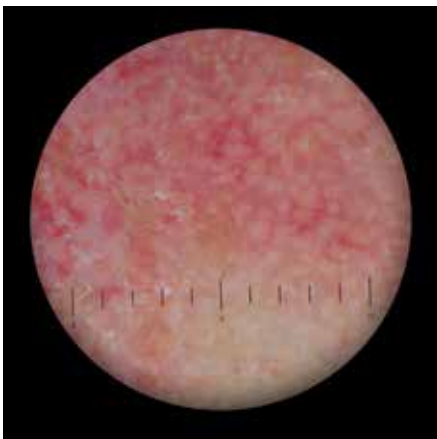


Abb. 1: „Klassischer Typ“ der nicht-pigmentierten fazialen aktinischen Keratose mit dem sog. „Erdbeermuster“.

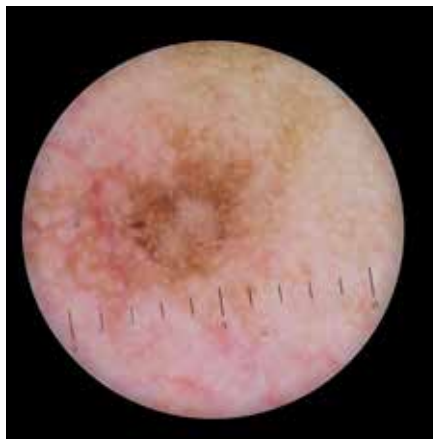


Abb. 2: Pigmentierte aktinische Keratose mit Kreis muster und zentralem strukturlosem Areal (Frühstadium).

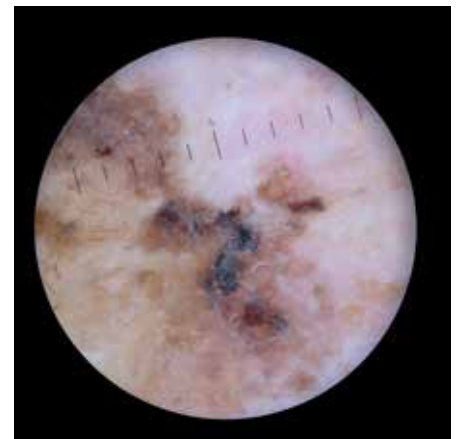


Abb. 3: Pigmentierte aktinische Keratose mit weißlich-gräulicher bis dunkelbrauner Farbgebung und strukturlosem Muster (fortgeschrittenes Stadium).



Abb. 4: Klassischer Morbus Bowen mit Hyperkeratose und „Gefäßstraßen“.

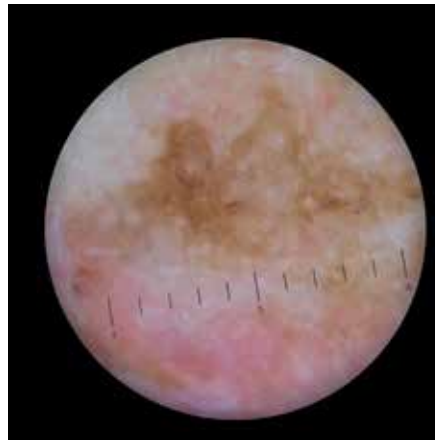


Abb. 5: Pigmentierter Morbus Bowen mit strukturlosem braunem Muster. Gewundene, gebündelte Gefäße fehlen.

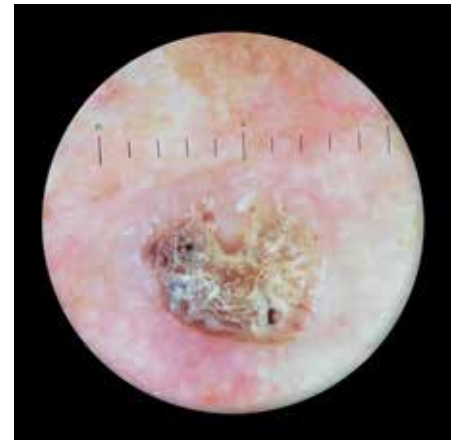


Abb. 6: Hochdifferenziertes Plattenepithelkarzinom mit blutig tingierten, kompakten Hornmassen.

Die pigmentierte aktinische Keratose zeigt hingegen ein anderes dermatoskopisches Bild. Sie kommt grundsätzlich in allen Formen der Musteranalyse zur Darstellung (Linien, Punkte, Schollen, Kreise, Pseudopo-

dien und Strukturlosigkeit); am häufigsten weist sie jedoch das Punkt- oder Kreismuster sowie das strukturlose Muster auf. Die Farben reichen von grau bis braun.

Morbus Bowen

Der nicht-pigmentierte Morbus Bowen imponiert als monomorphe Hautveränderung mit knäuelig gewundenen Gefäßen,



Abb. 7: Entdifferenziertes Plattenepithelkarzinom auf stark vaskularisiertem Grund mit Einblutung im Keratinpfropf und Gefäßpolymorphie.

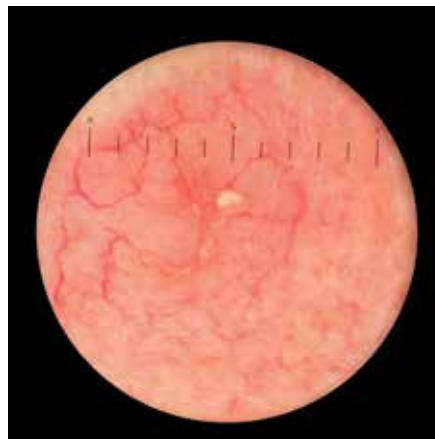


Abb. 8: Noduläres Basalzellkarzinom mit verzweigten Gefäßen und kleiner zentraler Ulzeration.

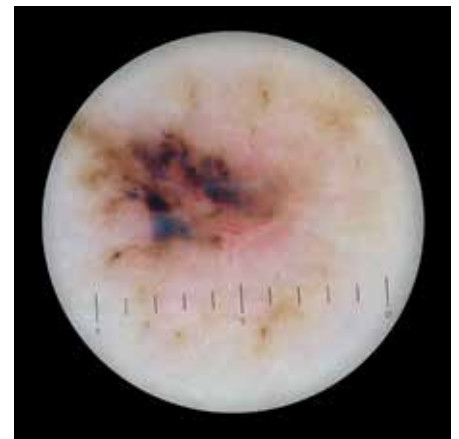


Abb. 9: Pigmentiertes Basalzellkarzinom mit schwärzlich-gräulichen Schollen und Punkten sowie verzweigten, geschlängelten Gefäßen. Bei 7 Uhr sind diskrete radiale Linien in der Peripherie zu sehen.

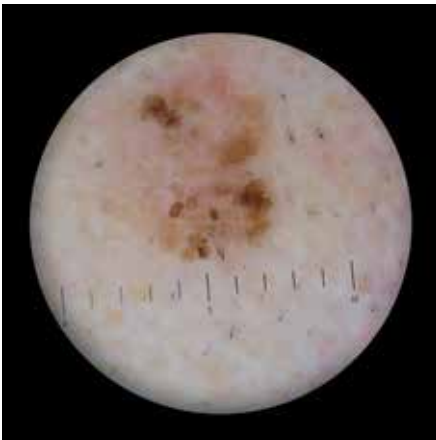


Abb. 10: Pigmentiertes Basalzellkarzinom mit pathognomonischem Ahornblattmuster.

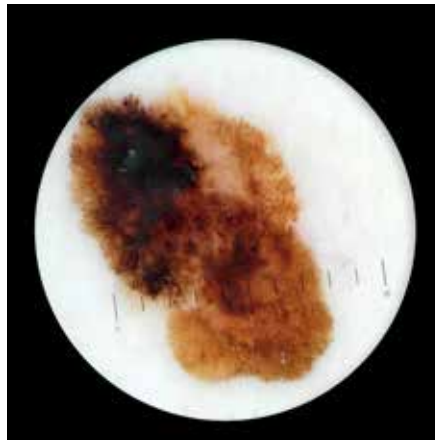


Abb. 11: Superfiziell spreitendes, malignes Melanom an der Flanke (SSM, Tumordicke 0,5 mm).



Abb. 12: Lentigo-maligna-Melanom an der Wange (SSM, Tumordicke 0,9 mm).

seltener mit Punktgefäßen, meistens in linearer Anordnung.

Die deutlich seltenere pigmentierte Form des Morbus Bowen weist hingegen ein strukturloses braunes Muster oder eine Kombination von grauen oder braunen Punkten auf, die in der Peripherie häufig linear angeord-

net sind. Im Bereich der strukturlosen Areale können ebenfalls knäuelig gebündelte Gefäße gefunden werden.

Plattenepithelkarzinom

Im Gegensatz zu den In-situ-Karzinomen sind die fortgeschrittenen invasiven Platten-

epithelkarzinome praktisch nie pigmentiert. Hochdifferenzierte Formen zeigen meist hämorrhagisch durchsetzte Keratinmassen und weißliche, strukturlose Areale. Gelegentlich können weiße Schollen und weiße Kreise gesehen werden. Gerade bei den



Abb. 13: Superfiziell spreitendes, malignes Melanom am Malleolus mit Polychromasie (SSM, Tumordicke 1,7 mm).

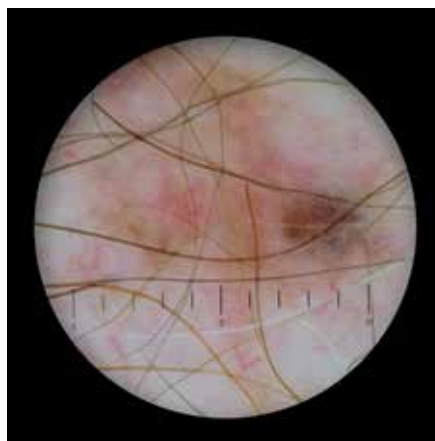


Abb. 14: Melanoma in situ an der Schläfe mit spekter Gefäßpolymorphie, irregulärer Pigmentierung und Regressionszeichen (weißes strukturloses Areal bei 2 Uhr).



Abb. 15: Amelanotisches malignes Melanom am Unterschenkel mit fokaler Restpigmentierung, Gefäßreichtum und weißen Linien.

WIKIDERM – Netzwerk Haut

www.wikiderm.de

„Kostenlos informieren – kompetent kommentieren ... schnell, konkret, kompakt und kollegial“, so lauten die Leitgedanken zum Online-Portal www.wikiderm.de. Das Hautlexikon ist das einzige frei zugängliche, aber administrativ kontrollierte deutschsprachige Wiki in der Dermatologie.

Charakteristika sind Bedienungsfreundlichkeit und Schnelligkeit des Informationszugriffs (u. a. mit einer globalen und stichwortinternen Suchmaske), Aktualität, Bebilderung mit Zoomfunktion, eine Kommentarfunktion für registrierte Benutzer, ein Verzeichnis von Differenzialdiagnosen und der Therapieschwerpunkt. Die Enzyklopädie richtet sich primär an Hautärzte, ferner an dermatologisch Interessierte anderer Fachrichtungen wie Allgemeinmediziner, Internisten, Pädiater, Gynäkologen, Urologen, Histopathologen und HNO-Ärzte.



schlecht differenzierten Formen lässt sich häufig eine Gefäßpolymorphie entdecken.

Basalzellkarzinom

Das an den behaarten Körperregionen auftretende nicht-pigmentierte Basalzellkarzinom zeigt sich als monomorphe bzw. polymorphe Hautläsion mit verzweigten, geschlängelten („arborisierenden“) Gefäßen, teils erosiv oder ulzeriert. Bei den oberflächlichen Tumoren fehlt das beschriebene Gefäßmuster. Hier imponieren unverzweigte, geschlängelte Gefäße und knäuelig gewundene Gefäße.

Für das pigmentierte Basalzellkarzinom sind blaue, graue und braune ungleich große Schollen und Punkte typisch. Ferner findet man zum Teil weiße, strukturlose Zonen, blattartige Strukturen und radiale Linien in der Peripherie. Wenn die radialen Linien zu einem gemeinsamen Zentrum konvergieren, werden sie auch als Speichenrad („spoke wheel“) bezeichnet. Das Gefäßmuster ent-

spricht der nicht-pigmentierten Form, wobei erneut zwischen dem knotigen und superfiziellen Typ des Basalzellkarzinoms unterschieden werden muss.

Malignes Melanom

Das **klassische maligne Melanom** ist durch Muster- und Farbvariationen gekennzeichnet und zeigt in der Regel mindestens ein zusätzliches Melanomkriterium. Neben exzentrisch gelegenen, strukturlosen Arealen jeder Farbe lassen sich graue Linien, Kreise, Punkte oder Schollen identifizieren, letztere oft auch schwärzlich in der Peripherie. Ferner können Pseudopodien oder radiale Linien am Rand, weiße und dicke retikuläre Linien sowie polymorphe Gefäße entdeckt werden. Die Pseudopodien und peripheren radialen Linien treten dabei nicht im gesamten Umfang auf.

Die Musteranalyse lässt sich auch auf die akrale Haut und Läsionen des Gesichtes übertragen. An den Akren finden sich häufig

parallele Linien auf den Hautleisten. Im Gesicht weisen pigmentierte graue Kreise auf ein **In-situ-Melanom** hin. Bei fortgeschrittenen Melanomen verschwinden die hypopigmentierten Follikelöffnungen.

Ein **akrolentiginöses malignes Melanom** hält sich hingegen nicht an die klassische Musteranalyse des malignen Melanoms. Ein malignes Melanom im Bereich der Nägel kann vorliegen, wenn eine Pigmentierung vom proximalen bis zum distalen Ende der Nagelplatte reicht. Die parallel angeordneten Linien sind unterschiedlich gefärbt, die Abstände zwischen den Linien sind ungleich groß und der strenge Parallelismus ist teilweise aufgehoben. Häufig findet man ferner das Mikro-Hutchinson-Zeichen mit einer Pigmentierung der Kutikula. Erst bei fortgeschrittenen Melanomen werden diese Pigmentierungen im Bereich des proximalen Nagelfalzes sichtbar.

Die Einordnung des **amelanotischen Melanoms** gestaltet sich insgesamt schwierig. Gerade bei atypisch imponierenden pinkfarbenen Läsionen sollte ein amelanotisches Melanom immer mit in die differenzialdiagnostischen Überlegungen eingeschlossen werden. Dermatoskopisch finden sich in den meisten Fällen amelanotischer Melanome kleine, oft peripher gelegene Pigmentreste.

Literatur bei den Verfassern.

Erstmals veröffentlicht im niedergelassenen Arzt, Ausgabe 11/2016, WPV Verlag GmbH.

Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Brinkmeier
Hautärztliche Gemeinschaftspraxis
Dres. Brinkmeier, Kurte, Rabenhorst
Markt 4, 44137 Dortmund
E-Mail: dr.t.brinkmeier@web.de
www.hautarzt-dortmund.de