

Der Wolf im Schafspelz

Amelanotisches akrolentiginöses malignes Melanom als Differenzialdiagnose des diabetischen Fußsyndroms

A. Strölin, Universitäts-Hautklinik, Tübingen

▲ Anamnese

Bei dem Patienten handelte es sich um einen 76-Jährigen in gutem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand. Seit zweieinhalb Jahren weist er eine nicht heilende Wunde an der linken Kleinzeh auf (Abb. 1). Diese wurde bisher konservativ lokal mit verschiedensten Wundauflagen unter der Diagnose diabetisches Fußsyndrom bei bekanntem Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Polyneuropathie, Mikroangiopathie und Makroangiopathie behandelt. Im Verlauf trat ein größtenprogredienter Tumor in der linken Kniekehle auf, zunächst dokumentiert als Verdacht auf Lipom. Aufgrund zunehmender Größe und Ulzeration des Tumors am Knie wurde dort eine Probebiopsie entnommen, die histologisch das Bild einer Metastase eines malignen Melanoms zeigte.

Befunde

Digitus V linker Fuß ödematös geschwollen, komplett ulzeriert mit fibrinösen Belägen, deutliches Umgebungserythem. Am medialen Kniegelenk links zentral ulzerierter, bräunlich-schwärzlicher, derber Tumor, etwa 3 cm im Durchmesser.

Ausgeprägte, derbe, nicht verschiebbare, nicht schmerzhaft Lymphadenopathie inguinal links.

Histologie

Das Korium wird von einem malignen, nicht pigmentierten spindelzelligen Tumor ausgefüllt, der in Strängen mitosereich in die Tiefe wächst. Die Tumorzellen exprimieren S-100 und Melan-A. Tumordicke mindestens 12 mm, mindestens Clark-Level V.

Röntgen Digitus V linker Fuß

Komplette Arrosion des Endgliedes der Großzehe. Osteolytische Läsion im Köpfchen der proximalen Phalanx der Großzehe.

Ganzkörper- und Schädel-CT

Lymphknotenmetastasen links inguinal und iliakal. Keine weiteren Organmanifestationen oder zerebralen Metastasen.

Labor

Tumormarker S-100: 0,151 µg/l (Norm bis 0,100 µg/l), LDH im Normbereich.

Therapie und Verlauf

In Zusammenschau aller Befunde wurde die Diagnose eines metastasierten amelanotischen akrolentiginösen malignen Melanoms gestellt. Daraufhin erfolgte eine operative Therapie mit Amputation der Kleinzehe links am Grundglied und Exzision des Tumors in der linken Kniekehle. Zudem wurde eine iliakale und inguinale Lymphknotenausräumung links durchgeführt. Im Anschluss an die operative Therapie erhielt der Patient eine adjuvante Immuntherapie mit Interferon alpha.

Kommentar

Chronische Wunden sind ein häufiges Problem bei älteren, multimorbiden Patienten. Häufigste Ursachen für die Wundheilungsstörung sind dabei eine chronisch venöse



Abb. 1: Amelanotisches akrolentiginöses malignes Melanom an der Kleinzehe.

Insuffizienz, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit oder ein Diabetes mellitus. Weniger als 10% der chronischen Wunden lassen sich auf andere Ursachen, so zum Beispiel entzündliche Erkrankungen oder Tumoren, zurückführen. Daher ist es eine klinische und auch diagnostische Herausforderung, gerade bei kausal eindeutigen Zusammenhängen seltene Differenzialdiagnosen zu erkennen. In der Vergangenheit sind bereits viele Einzelfälle fehldiagnostizierter Melanome gerade im akralen und subungualen Bereich beschrieben worden (1-4). Das Problem einer Fehldiagnose in diesen Fällen ist vor allem eine Verschlechterung der Prognose durch Verzögerung der Diagnose und damit der Therapie (5).

Daher empfehlen wir generell eine histologische Untersuchung nicht heilender Wunden, speziell in akraler Lokalisation.

Literatur bei der Autorin.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Anke Strölin
Universitäts-Hautklinik
Liebermeisterstraße 25
72076 Tübingen

E-Mail: anke.stroelin@med.uni-tuebingen.de

