



# Onkodermatologie

Dr. B. Somlai

# PRÄKANZEROSEN

## OBLIGATE

1. Keratosen aktinische oder chemische (zB. Arsen, Teer)
2. Xeroderma pigmentosum
3. Cornu cutaneum
4. Leukoplakien

## FAKULTATIVE

1. chronische Entzündungen
2. Narben
3. Rö. Schädigungen
4. Verschiedene Dermatosen  
(zB. Lichen ruber planus, Lichen sclerosus et atrophicus)

# In situ Karzinomen

- Morbus Bowen
- Erythroplasia Queyrat
- Morbus Paget(?)

# Maligne Tumoren der Epidermis

- Basalzellkarzinom
- Spindelzellkarzinom

# Basalzellkarzinom (Basaliom)

- Superficielles Basaliom
- Solides Basaliom
- Pigmentiertes Basaliom
- Sclerodermiformes Basaliom
- Ulzeriertes Basaliom (ulcus rodens)
- Terebriformes Basaliom

# Basalzellkarzinom (Basaliom)

**Ätiologie:** UV Licht

## **Klinik**

- lange Anamnese
- keine Metastase
- lokale Destruktion möglich

# Basalzellkarzinom (Basaliom)

Behandlung: operative Entfernung

Rö-Bestrahlung

Laserbehandlung

Diathermie

Kryotherapie

# Basalzellkarzinom (Basaliom)

Rezidive möglich ( Lokalisation, Histologischer Typ)

# Spindelzellkarzinom (Plattenepithelkarzinom)

- Kurze Anamnese
- Metastasenbildung möglich  
(meistens lymphogene Metastase)

# Spindelzellkarzinom (Plattenepithelkarzinom)

Behandlung des Primertumors: operative Entfernung

Behandlung der Metastasen: op. Entfernung, ev. Chemotherapie

# Malignes Melanom

- Morbidität wächst weltweit in letzten 40 Jahren
- Lebensrisiko (in 2000) in Australien 1:60, USA 1:90
- Tumor keltischen Typs
- Morbidität (in Deutschland 12-14/100 000)

# Klinik des Melanoms

- Lokalisation
- 90% der Tumoren pigmentiert
- Wachstumsfähigkeit
- Metastasierung

# Melanomtypen (histologische)

- Lentigo-maligna-Melanom (LMM)
- Superfiziell spreitendes Melanom (SSM)
- Noduläres Melanom (NM)
- Akrolentiginöses Melanom (ALM)
- Nicht klassifizierbares Melanom

# ABCD Regel

## (Früherkennung des Melanoms)

A - (Asymmetry)

Asymmetrie

B - (Border)

Begrenzung

C - (Color)

Colorierung

D - (Diameter)

Durchmesser

# Prognose

## **Tumordicke (mm) nach Breslow**

- <1,0 mm
- 1,1-2,0 mm
- 2,1-4 mm
- >4 mm

## **die 5-Jahres Überlebensrate**

95-98%  
85%  
70-75%  
ca.50%

# Differencialdiagnosen

- Verschiedene Naevuszellnävi
- Pigmentiertes Basaliom
- Pigmentierte seborrhoische Keratose
- Granuloma pyogenicum
- Thrombosiertes Angiom
- Pigmentiertes Histiocytom
- Seltene adnexiellen Neubildungen (Apokrines Hydrocystom, eccrines Porom usw.)

# Rizikofaktoren

- Tumor der keltischen Abstammung
- Nävi (angeborene, erworbene und atypische)
- schwere Sonnenbrände (in der Kindheit!)
- **UVB- Bestrahlung !**  
(Ozonschicht)



# Behandlung des Primärtumors

- <1mm Tumordicke - 1cm Sicherheitsabstand
- >1mm Tumordicke - 2cm Sicherheitsabstand

# Behandlung der regionären Lymphknoten

- Elektive (prophylaktische) Lymphknoten-  
dissektion?
- Heute: “Sentinel” Lymphknotenbiopsie
- Therapeutische Lymphknotendissektion

# Behandlung der Fernmetastasen

- Chemotherapie (Monotherapie-(Dacarbazin), oder Polychemotherapie)
- Interferon, Interleukin-2
- Chemoimmunotherapie
- Tumorstoffwechsel
- Monoklonale Antikörper

# Früherkennung – die beste Behandlung!!!

# Kaposi-Sarcom

Klassisches Kaposi-Sarcom

Disseminiertes Kaposi-Sarcom bei AIDS