

Melanom-Verdacht

10, 23). Nur so kann die Aggressivität des operativen beziehungsweise therapeutischen Vorgehens einschließlich seiner Risiken der Prognose des Tumors optimal angepaßt werden.

Dies ist inzwischen sowohl für die Bemessung des sogenannten „Sicherheitsabstandes“ bei der Entfernung des Primärtumors als auch für die En-bloc-Dissektion und ihre Ausdehnung, für die isolierte Extremitätenperfusion und vor allem für die diskontinuierliche Ausräumung der regionalen Lymphknoten statistisch untermauert (vgl. 13, 31).

Von der Frage ihrer Gefährlichkeit ganz abgesehen, ist die Inzisions- oder gar Nadelbiopsie daher für ein solches „micro staging“ beim malignen Melanom völlig ungeeignet.

Schlußfolgerungen

Die Frage der Biopsietechnik hängt also heute beim Melanom nicht mehr von der möglichen Prognoseverschlechterung durch eine Teilentfernung ab, sondern von der Notwendigkeit, über die Art- und Typenbestimmung des Tumors hinaus auch seine größte Invasionstiefe zu kennen, weil hierdurch Prognose und Therapieplanung maßgeblich bestimmt werden. *Eine exakte Messung der Eindringtiefe ist aber nur nach Entfernung des ganzen Tumors und durch einen darin speziell erfahrenen Histopathologen möglich.* Somit liegt kein Grund vor, die bisherige Verdammung einer absichtlichen Teilentfernung bei Melanomverdacht aufzugeben; oder, um den attraktiven Publikationstitel von Lee (17) aufzugreifen und abzuwandeln: Der springende Punkt beim malignen Melanom ist nicht „to biopsy or not to biopsy“, sondern „how to biopsy“!

Zusammenfassung

Durch einige neuere, vor allem anglo-amerikanische Publikatio-

nen und deren unsorgfältige Zitierung könnte der falsche Eindruck entstehen, daß eine gewöhnliche Inzisionsbiopsie wie bei anderen malignen Tumoren auch beim Melanom der Haut einerseits ungefährlich und andererseits für die Beurteilung ausreichend sei. In Wirklichkeit ist eine (absichtliche) Teilentfernung bei Melanomverdacht trotz gegenteiliger Behauptungen weiterhin als prognostisch dubiös anzusehen. Vor allem reicht sie aber für eine angemessene Therapieplanung nicht aus. Nur durch eine Exzision in toto mit Anfertigung von Stufenschnitten und Bestimmung der Invasionstiefe beziehungsweise des sogenannten Mikrostadiums kann sowohl eine „Überbehandlung“ als auch eine „Unterbehandlung“ vermieden und zugleich die beste Überlebenschance gewährleistet werden.

Literatur

Cady, B.: Changing concepts in malignant melanoma, *Med. Clin. N. Amer.* **59** (1975) 301–308 – Epps, R. L.: Malignes Melanom: Übersicht und Kritik, *extracta dermatologica* **4** (5) (1980) 273–288 – Epstein, E.: Effect of biopsy on the prognosis of melanoma, *J. Surg. Onc.* **3** (1971) 251–255 – Everall, J. D.; Dowd, P. M.: Diagnosis, Prognosis, and Treatment of Melanoma, *Lancet*, August 6 (1977) 286–289 – Heite, H. J.: Epidemiologie und Prognose, in: *Das maligne Melanom der Haut*, ed. F. Weidner und J. Tonak, Perimed Erlangen (1981) 11–26 – Illig, L.; Aigner, K.: Therapie des malignen Melanoms unter besonderer Berücksichtigung der isolierten Extremitätenperfusion. *Dt. Arztebl.* **77** (1980) 2911–2925 – Knutson, C. O.; Hori, J. M.; Spratt, J. S., Jr.: Melanoma. *Current Problems in Surgery* (1971) 1–55 – Paul, E.: Traumatisch induzierte junctionale Aktivität von Naevuszellnaevi, *Arch. Dermatol. Res.* **265** (1979) 23–36 – Tonak, J.; Hermanek, P.; Hornstein, O. P.; Weidner, F.: Therapie des malignen Melanoms der klinischen Stadien I und II. Ergebnisse bei 195 Patienten. *Dt. Med. Wschr.* **01** (1976) 435–440 – Veronesi, U.; Cascinelli, N.: Ergebnisse der WHO International Melanoma Group, in: *Das Melanom der Haut*, Schweizerische Krebsliga (1979)

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. Leonhard Illig
Abteilung für Klinische und
Experimentelle Dermatologie
am Klinikum der
Justus-Liebig-Universität Gießen
Gaffkystraße 14
6300 Gießen

FÜR SIE GELESEN

Phenytoin-Überdosierung: Vorgehen bei Intoxikationen während der Dauerbehandlung

Phenytoinintoxikationen treten relativ häufig aufgrund von iatrogenen oder Patienten-induzierter Überdosierung auf.

Eine systematische Untersuchung der Phenytoinausscheidung von 6 Epilepsiepatienten im Alter von 15–47 Jahren mit klinischen Anzeichen von Phenytoinüberdosierung und einem initialen Phenytoinserumspiegel deutlich über der normalen therapeutischen Breite (40 bis 80 µmol/l) ergab, daß – unabhängig vom Ausgangswert – bei Konzentrationen zwischen 130 und 200 µmol/l 60 bis 72 Stunden nach Absetzen des Präparates die obere Grenze des therapeutischen Wirkspiegels von 80 µmol/l erreicht wird.

Auf der Basis dieser Daten empfehlen die Autoren, bei Patienten mit Symptomen einer Phenytoinintoxikation (Nystagmus, Dysarthrie, Tremor, Ataxie) den akuten Phenytoinserumspiegel zu bestimmen.

Wenn dieser 130 µmol/l übersteigt, sollte das Präparat für 72 bis 84 Stunden abgesetzt und die Einnahme anschließend mit geringerer Dosis fortgesetzt werden.

Falls die Serumkonzentrationen des Antikonvulsivums momentan nicht meßbar sind, ist das Absetzen der Therapie für mindestens 60 Stunden angezeigt und – falls noch klinische Symptome einer Phenytoinintoxikation vorliegen – die Behandlung mit angemessener Dosis fortzusetzen. Dpe

Baird-Lambert, J.; Jäger-Roman, E.; Buchanan, N.: Phenytoin elimination after intoxication during long-term treatment, *Medical Journal of Australia* **2** (1982) 228–229, Dr. Judith Baird-Lambert, Paediatric Pharmacology Unit, Department of Paediatrics, Westmead Centre, Westmead, NSW 2145, Australia