

Das rezidivierende maligne Melanom der Gaumenschleimhaut – ein Fallbericht

Christian Kühn, Patrick Schöne, Jan Rustemeyer

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Plastische Operationen, Klinikum Bremen-Mitte

GESUNDHEIT NORD
KLINIKVERBUND BREMEN

Hintergrund:

Das primäre maligne Melanom (MM) der Mundschleimhaut ist eine Rarität und kommt nur mit einem Anteil von 1,5 bis 2 % an der Gesamtzahl aller Melanome vor. Das klinische Erscheinungsbild kann sehr heterogen sein. Verwechslungen mit anderen benignen Mundschleimhautveränderungen oder Kompromisse an die Radikalität können weitreichende Konsequenzen haben [1-4].

Falldarstellung:

Eine 42 jährige Patientin stellte sich mit der extern gesicherten, histologischen Diagnose eines MM der Gaumenschleimhaut vor. Erstmals war bereits 8 Jahre zuvor ein MM exzidiert worden. Zwei Rezidivoperationen folgten nach 4 und 5 Jahren. Klinisch zeigte sich jetzt ein 1 x 1,5 cm großes Ulcus nach Probeexzision im Bereich des Hartgaumens. Das weitere Tumor- Staging ergab kein Hinweis auf locoregionäre Filiae oder Fernmetastasen. In der Single- Photonen- Emissions- Tomographie zeigte sich jedoch eine Anreicherung im Bereich des Hartgaumens. Operativ erfolgte daraufhin die komplette Entfernung des Hartgaumens mit primärer Rekonstruktion des Defektes mittels eines fasziokutanen Radialistransplantates. Histologisch fanden sich nur noch vereinzelt Zellen des MM ohne Knocheninfiltration, entsprechend einem Stadium I. Im Tumorboard wurde eine adjuvante Therapie für nicht erforderlich gehalten. Ein Jahr nach erfolgter Therapie ist die Patientin rezidivfrei und hat keine funktionellen Defizite beim Sprechen, Schlucken oder Essen.

Schlussfolgerung:

Aufgrund der Rezidivneigung und der Aggressivität des MM der Mundschleimhaut ist ein radikalchirurgisches Vorgehen unbedingt erforderlich. Dadurch entstehende größere Defekte können auch ohne funktionelle Defizite rekonstruiert werden. Daher und um adjuvante Therapieoptionen zu evaluieren, sollte die Behandlung in entsprechend ausgerichteten onkologischen Zentren durchgeführt werden [5,6].

Literatur:

1. Chang AE, Karnell LH, Menck HR (1998) The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84,836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. *Cancer* 83, 1664–1678
2. Francisco ALN, Furlan MV, Peresi PM, Nishimoto IN, Lourenço SV, Pinto C a. L., Kowalski LP, Ikeda MK (2016) Head and neck mucosal melanoma: clinicopathological analysis of 51 cases treated in a single cancer centre and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 45, 135–140
3. Meleti M, Vescovi P, Mooi WJ, van der Waal I (2008) Pigmented lesions of the oral mucosa and perioral tissues: a flow-chart for the diagnosis and some recommendations for the management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 105, 606–616
4. Manolidis S, Donald PJ (1997) Malignant mucosal melanoma of the head and neck: review of the literature and report of 14 patients. *Cancer* 80, 1373–1386
5. Disa JJ, Liew S, Cordeiro PG (2001) Soft-Tissue reconstruction of the face using the folded/multiple skin island radial forearm free flap. *Ann Plast Surg* 47, 612–619
6. Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Werning JW, Villaret DB, Mendenhall NP (2005) Head and neck mucosal melanoma. *Am J Clin Oncol* 28, 626–630

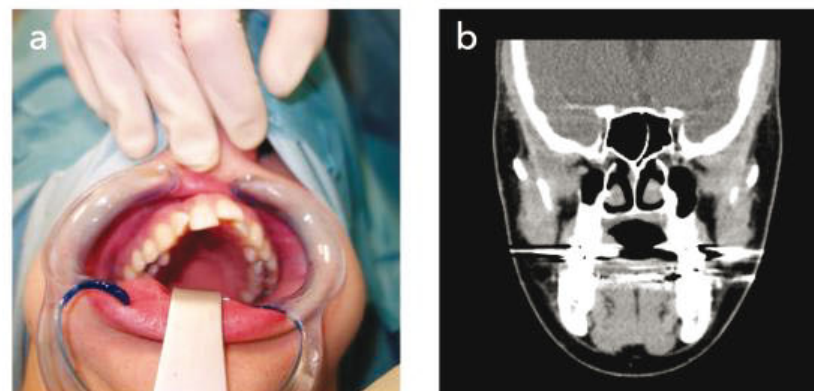


Abb. 1: (a) Präoperativer klinischer Befund und (b) präoperative Computertomographie in coronarer Schichtung ohne sicheren Nachweis von Knocheninfiltration

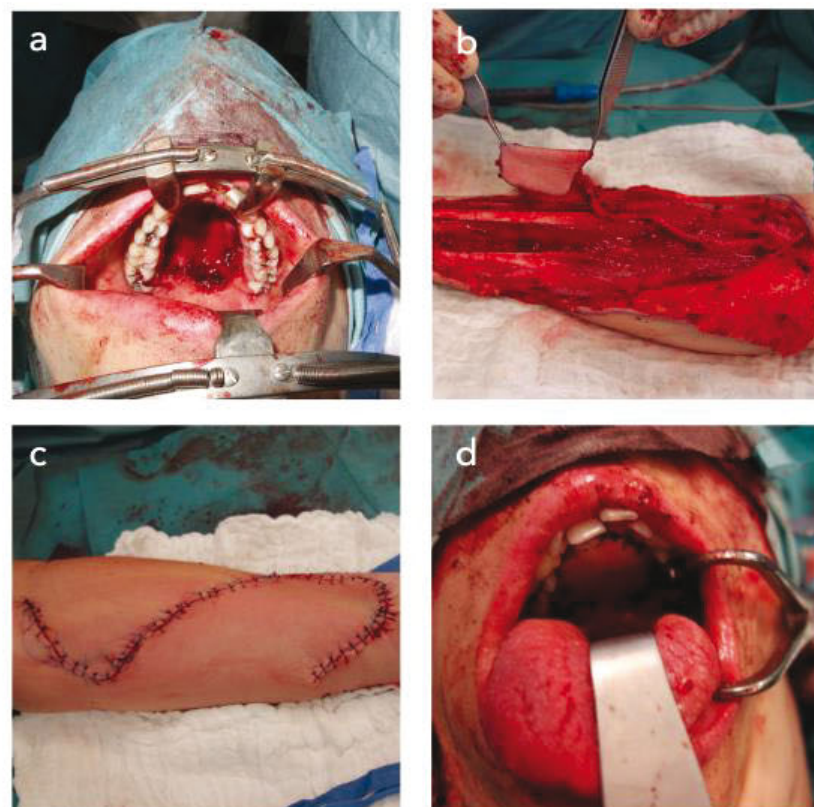


Abb. 2: (a) Intraoperativer Situs mit Resektionsdefekt, (b) Hebung des Radialislappen und (c) Primärer Verschluss am Unterarm (d) Defektrekonstruktion.



Abb. 3: (a) postoperativer Situs nach 14 Tagen und (b) nach 8 Monaten mit einer sichtbaren Metaplasie des Epithels