

Hautarzt 2017 · 68:932–934  
<https://doi.org/10.1007/s00105-017-4055-8>  
 Online publiziert: 21. September 2017  
 © Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

**Redaktion**  
 A. Blum, Konstanz  
 R. Hofmann-Wellenhof, Konstanz



**E. Eber · I. Zalaudek · R. Hofmann-Wellenhof**

Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie, Forschungseinheit Teledermatologie, Prävention und innovative diagnostische Verfahren in der Dermatookologie, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

## Rötliche Läsion am Stamm

### Anamnese

#### Anamnese 1

Ein 65-jähriger Patient, der im Gesichtsbereich bereits chronische Lichtschäden aufwies, wurde im Rahmen des Nierentransplantationsscreenings wegen einer neu aufgetretenen rötlichen Läsion in unserer Ambulanz vorgestellt. Der Patient selbst bemerkte die Läsion nicht.

#### Anamnese 2

Eine 59-jährige Patientin kam wegen multipler Nävi zur alljährlichen Routinekontrolle. Die neu aufgetretene rötliche Papel am Rücken rechts war ihr nicht aufgefallen.

### Hautbefund

#### Hautbefund 1

Sternal fand sich eine im Durchmesser etwa 5 mm große, relativ scharf begrenzte gerötete Plaque, die am linken Rand eine Kruste sowie eine randbetonte Schuppung aufwies (■ **Abb. 1**).

#### Hautbefund 2

Im Bereich des Dermatoms TH9 am Rücken rechts zeigte sich eine solitäre, im Durchmesser etwa 5 mm große, scharf begrenzte, rötliche Papel mit glatter Oberfläche (■ **Abb. 2**).

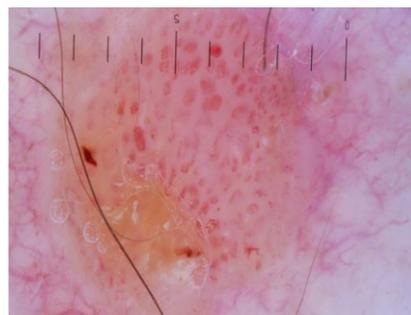
### Dermatoskopie

#### Dermatoskopie 1

Dermatoskopisch zeigte sich eine rötliche Läsion. Es fanden sich vereinzelt Punktgefäße und zahlreiche glomeruläre Gefäße in regelmäßiger Anordnung sowie eine Kruste am linken unteren Rand der Plaque. Außerdem zeigte sich im Randbereich der Läsion eine Schuppung (■ **Abb. 3**).



**Abb. 1** ▲ Klinisches Bild: etwa 5 mm große, relativ scharf begrenzte Plaque mit randständiger Schuppung und Kruste sternal



**Abb. 3** ▲ Dermatoskopisches Bild zu ■ **Abb. 1**: asymmetrische Läsion mit großteils glomerulären Gefäßen in regelmäßiger Anordnung, am linken Rand: Kruste mit Schuppung

#### Dermatoskopie 2

Unter auflichtmikroskopischer Betrachtung zeigte sich eine unpigmentierte, asymmetrische solitäre Papel mit irregulär angeordneten, linear geschlängelten, vereinzelt glomerulären und punktförmigen Gefäßen sowie weißen Streifen (■ **Abb. 4**).



**Abb. 2** ▲ Klinisches Bild: 5 mm große, scharf begrenzte rötliche Papel im Bereich des lateralen Rückens rechts



**Abb. 4** ▲ Dermatoskopisches Bild zu ■ **Abb. 2**: asymmetrische Läsion mit linear geschlängelten, vereinzelt glomerulären Gefäßen und weißen Streifen

## ► Wie lautet Ihre Diagnose?

### Fall 1

Bei diesem Patienten sprachen die im Dermatoskop sichtbaren, regelmäßig angeordneten glomerulären Gefäße und Punktgefäße sowie das Alter des Patienten für einen Morbus Bowen [1]. Die Kruste und die Schuppung wiesen auf eine Irritation hin. Die frühere Therapie von aktinischen Keratosen im Gesicht sowie eine generelle UV-Schädigung der Haut bestärkten diese Verdachtsdiagnose.

### » Diagnose 1: Carcinoma in situ (Morbus Bowen)

Ein amelanotisches Melanom sollte jedoch als Differenzialdiagnose immer in Betracht gezogen werden [1].

Die durch Shaving gewonnene histologische Probe bestätigte den Verdacht eines Carcinoma in situ (Morbus Bowen).

### Fall 2

Das dermatoskopische Bild zeigte verschiedene Gefäßstrukturen (glomeruläre, linear geschlängelten Gefäße und Punktgefäße) ohne erkennbare Anordnung und weiße Streifen und sprach damit für eine maligne Neoplasie [2]. Das Vorkommen von irregulär verzweigten linearen Gefäßen ist nicht typisch für einen Morbus Bowen. Die fehlende Pigmentierung sowie knotige

Beschaffenheit lassen an ein noduläres amelanotisches Melanom denken [1].

### » Diagnose 2: Malignes Melanom: Stadium I, Tumordicke 0,7 mm, Mitosen <1/mm<sup>2</sup>, AJCC 2009 und 2017: T1a

Da aufgrund der Klinik und des dermatoskopischen Befundes keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte, erfolgte eine Totalexzision.

Der Verdacht auf ein amelanotisches Melanom wurde auch histologisch bestätigt. Es erfolgte eine Nachexzision.

### Diskussion

Aufgrund der dermatoskopischen Bilder einer neu aufgetretenen, unpigmentierten, solitären Läsion, die zum Teil Abweichungen von normalen Gefäßstrukturen zeigt, muss differenzialdiagnostisch an eine maligne Neoplasie gedacht werden. Es sollten aufgrund des Gefäßmusters (glomeruläre, linear verzweigte Gefäße sowie Punktgefäße) ein amelanotisches Melanom und ein Morbus Bowen als Differenzialdiagnosen bedacht werden ([1]; **Tab. 1**).

Melanome ohne jegliche Pigmentierung sind selten, sie machen etwa 2–8 % der melanotischen Subtypen aus. Sie werden mit weiblichem Geschlecht, nodulärer Form, einem erhöhten Breslow-In-

dex und schlechter Prognose assoziiert [2]. Da die ABCDE-Regel für diese Art von Melanomen aufgrund ihres rötlichen, meist scharf begrenzten, symmetrischen, nodulären Auftretens nicht geeignet ist, wurde die EFG-Regel (E = Erhabenheit, F = Festigkeit, G = stetige Größenzunahme) eingeführt. Aufgrund des Mangels an Pigmentation stellt v. a. die polymorphe Gefäßmorphologie ein wichtiges Diagnosekriterium dar. Zusätzlich sind weiße Streifen, die nur gut in der polarisierten Dermatoskopie zur Darstellung kommen, ein wichtiger Hinweis auf ein amelanotisches Melanom [2, 3].

### Korrespondenzadresse

ao. Univ. Prof. Dr. R. Hofmann-Wellenhof  
Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie,  
Forschungseinheit Teledermatologie,  
Prävention und innovative diagnostische  
Verfahren in der Dermatooonkologie,  
Medizinische Universität Graz  
Auenbruggerplatz 8, 8036 Graz, Österreich  
rainer.hofmann@medunigraz.at

**Acknowledgements.** Open access funding provided by Medical University of Graz.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** E. Eber, I. Zalaudek und R. Hofmann-Wellenhof geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren. Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben. Im Falle von nicht mündigen Patienten liegt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers vor.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

**Tab. 1** Amelanotisches Melanom vs. Morbus Bowen. (Mod. nach [2, 3])

	Amelanotisches Melanom	Morbus Bowen
Geschlechterverteilung	Frauen > Männer	Männer > Frauen
Alter	Mittleres Lebensalter	>40 Jahre
Pigmentierung	Unpigmentiert	Pigmentiert oder unpigmentiert
Gefäße	Polymorphes, unregelmäßiges Muster: – Linear verzweigte Gefäße – Glomeruläre Gefäße – Punktgefäße	Regelmäßiges Muster – Glomeruläre Gefäße – Punktgefäße
Schuppung	In der Regel nicht vorhanden	Oft vorhanden
Weißer Streifen	Oft vorhanden	In der Regel nicht vorhanden
Sonstiges	Erhöhtes Risiko für Melanomentstehung	Sonnengeschädigte Haut/ aktinische Keratose

## Literatur

1. Jorh RH, Stolz W (2015) Dermoscopy – an illustrated self-assessment guide, 2. Aufl., 5 Sf., 315
2. Zalaudek I (2016) Amelanotic melanoma. In: Zalaudek I, Argenziano G, Giacomel J (Hrsg) Dermatoscopy of non pigmented skin tumors, S 63–67
3. Menzies SW, Kreusch J, Byth K, Pizzichetta MA, Marghoob A, Braun R et al (2008) Dermoscopic evaluation of amelanotic and hypomelanotic melanoma. Arch Dermatol 144(9):1120–1127

Möchten Sie einen Beitrag für die Zeitschrift *Der Hautarzt* einreichen?

Wir freuen uns, dass Sie unsere Zeitschrift *Der Hautarzt* mitgestalten möchten. Um Ihnen bei der Manuskripterstellung behilflich zu sein, haben wir für unsere Autoren Hinweise zusammengestellt, die Sie im Internet finden unter [www.DerHautarzt.de](http://www.DerHautarzt.de) (Für Autoren).



Bitte senden Sie Ihren fertigen Beitrag an:

— **Originalien/Kasuistiken:**

Prof. Dr. Alexander Kapp  
Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie,  
Medizinische Hochschule Hannover,  
OE 6600,  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
[derma@mh-hannover.de](mailto:derma@mh-hannover.de)

— **Übersichten/Wie lautet Ihre Diagnose?**

Prof. Dr. Thomas Ruzicka  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie,  
LMU München  
Anfragen an:  
Prof. Dr. Daniela Bruch-Gerharz  
Hautklinik des Universitätsklinikums  
Düsseldorf, Moorenstr. 5,  
40225 Düsseldorf  
[sdgehrke@googlemail.com](mailto:sdgehrke@googlemail.com)

— **CME Zertifizierte Fortbildung:**

Anfragen an:  
Prof. Dr. Michael Meurer  
Stiftung zur Förderung der Hochschulmedizin  
in Dresden  
Fetscherstraße 74,  
01307 Dresden  
[michael.meurer@uniklinikum-dresden.de](mailto:michael.meurer@uniklinikum-dresden.de)

Prof. Dr. Sonja Ständer  
Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten,  
Universitätsklinikum Münster  
Von-Esmarch-Str. 58  
48149 Münster  
[sonja.staender@uni-muenster.de](mailto:sonja.staender@uni-muenster.de)

Prof. Dr. E. von Stebut-Borschitz  
Klinik für Dermatologie und Venerologie  
Uniklinik Köln  
Kerpenerstr. 62  
50937 Köln  
[Esther.von-Stebut@uk-koeln.de](mailto:Esther.von-Stebut@uk-koeln.de)

Prof. Dr. Rolf-Markus Szeimies  
Klinik für Haut-, Allergie-, Venen- und Umwelterkrankungen,  
Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen,  
Klinikum Vest GmbH,  
Dorstener Str. 151,  
45657 Recklinghausen  
[dermatologie@kk-recklinghausen.de](mailto:dermatologie@kk-recklinghausen.de)

— **In der Diskussion:**

Prof. Dr. Alexander Kapp/  
Prof. Dr. Thomas Werfel  
Klinik für Dermatologie, Allergologie  
und Venerologie,  
Medizinische Hochschule Hannover,  
OE 6600,  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
[derma@mh-hannover.de](mailto:derma@mh-hannover.de)

— **Leserforum:**

Prof. Dr. Hans F. Merk  
[hans.merk@post.rwth-aachen.de](mailto:hans.merk@post.rwth-aachen.de)

— **Dermatoskopie – Fall des Monats:**

Prof. Dr. A. Blum  
Hautarztpraxis Konstanz und Lehrpraxis der  
Medizinischen Fakultät Universität Tübingen  
Augustinerplatz 7  
78462 Konstanz  
[a.blum@derma.de](mailto:a.blum@derma.de)

— **Rezepturtyp für die Praxis aus der Praxis:**

Bitte schreiben Sie bei Fragen und Anregungen an:  
[hautarzt@dac-nrf.de](mailto:hautarzt@dac-nrf.de)