

Merke(I): Nicht jeder Abszess ist ein Abszess!

S. Iso, M. Grob, P. Nussberger

Ein 94jähriger Patient mit Status nach Prostata-Karzinom wurde uns wegen eines Glutealabszesses zugewiesen. Wir fanden einen rötlich-violetten, etwa handtellergrossen, derben, in der Mitte prallelastischen Tumor gluteal links, intradermal liegend, leicht überwärmt, jedoch nicht druckdolent. Unter konservativer Therapie konnte eine Regredienz des Befundes beobachtet werden. Nach Wiederauftreten der Schwellung schritten wir zur operativen Sanierung und wurden durch den histologischen Befund eines Merkel-Zellkarzinoms überrascht.

Das Merkel-Zellkarzinom wurde erstmals durch Toker im Jahre 1972 unter dem Namen «Trabekuläres Karzinom» beschrieben. Der schnell wachsende Tumor ist sehr aggressiv, hat eine hohe Lokalrezidivrate und metastasiert frühzeitig lymphogen. Das Alter bei Erstmanifestation beträgt im Schnitt 75 Jahre. In der Dermatologischen Poliklinik des Kantonsospitals Basel wird ein Merkel-Zellkarzinom etwa ein- bis zweimal pro 25 000 Konsultationen diagnostiziert. Die Tumordiagnose erfolgt

immunhistologisch. Der makroskopische Aspekt des Tumors ist unspektakulär, so dass selten an eine präoperative fotografische Dokumentation gedacht wird, wie folgendes Zitat bestätigt: «Our experience was: you took the lesion out, then found out it was a MCC (Merkel-Zellkarzinom) and it was too late to get a picture.»

Die chirurgische Exzision gilt als goldener Standard. Durch eine grosszügige Entfernung im Gesunden kann das Risiko eines Lokalrezidivs minimiert werden. Eine elektive regionale Lymphknotenentfernung wird empfohlen, um die rückfallfreie Zeit positiv zu beeinflussen. Eine Radiotherapie kommt bei irresektablen Tumoren sowie beim Auftreten von Rezidiven zum Zuge. Aufgrund der postulierten neuroendokrinen Funktion des Merkel-Zellkarzinoms, ähnlich dem kleinzelligen Bronchuskarzinom und Tumoren des APUD-Zellsystems, bietet sich durch eine analoge Chemotherapie ein neuer Therapieansatz mit guten, jedoch kurzandauernden Erfolgen an.

Gemeindespital Riehen,
Chirurgische Abteilung

Korrespondenz:
cand. med. Sibyl Iso
Gemeindespital Riehen
Chirurgische Abteilung
Schützengasse 37
CH-4125 Riehen

sibyl_iso@hotmail.com

Abbildung 1.

Typisch trabekulärer Aufbau in der HE-Färbung; Merkel-Zellkarzinom mit kleinen, basophilen Zellen mit runden Zellkernen, fein verteiltem Chromatin und wenig Zytoplasma. Hohe Mitoserate, Einzelzellnekrosen sind häufig anzutreffen. Ausgeprägtes fibrovaskuläres Netzwerk.

(Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Dr. med. H.-R. Zenklusen, Institut für klinische Pathologie und Zytologie, Dres. Boss und Spichtin, Basel.)

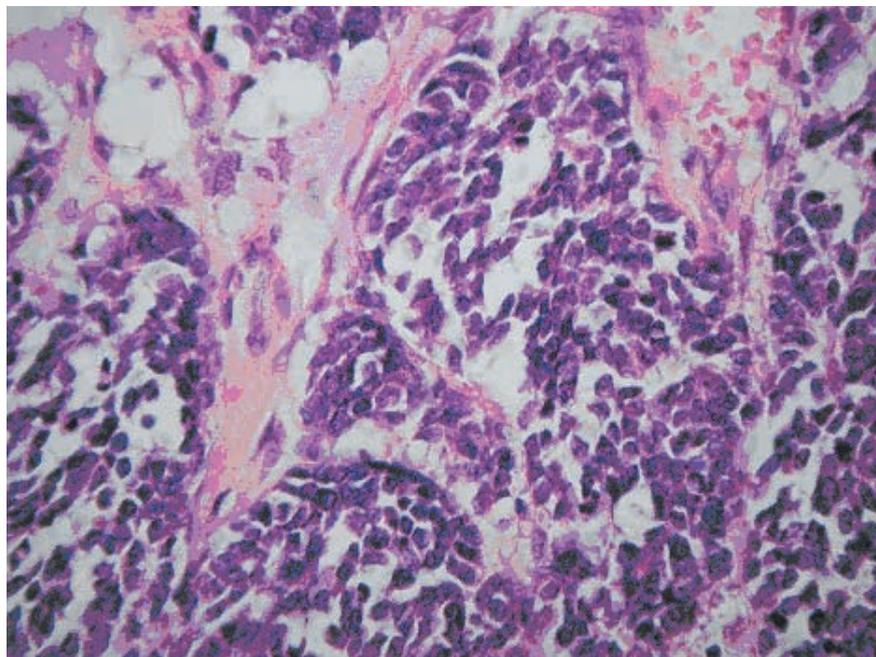
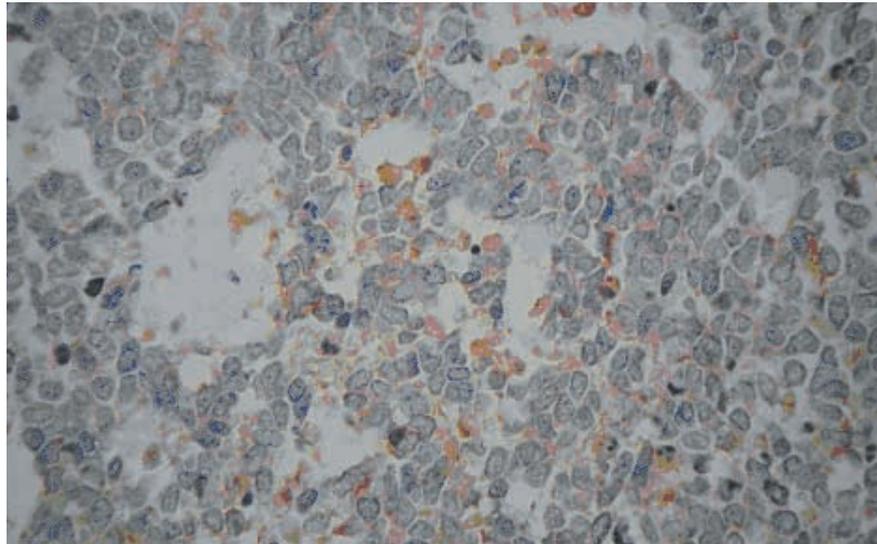


Abbildung 2.

Die Braunverfärbung entspricht der positiven Expression des neuroendokrinen Antigens Chromogranin A. (Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Dr. med. H.-R. Zenklusen, Institut für klinische Pathologie und Zytologie, Dres. Boss und Spichtin, Basel.)

**Abbildung 3.**

Fremdbild: Makroskopische Ansicht eines subkutanen Merkel-Zellkarzinoms einer 85jährigen Frau. (Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Professor Dr. med. M. Mihatsch, Institut für Pathologie, Basel.)

**Literatur**

1 Allen PJ, Zhang ZF, Coit DG. Surgical Management of Merkel Cell Carcinoma. *Annals of Surgery* 1999;229: 97-105.

2 Ott MJ, Tanabe KK, Gadd MA, Stark P, Smith BL, Finkelstein DM. Multimodality Management of Merkel Cell Carcinoma. *Archives of Surgery* 1999;134:388-93.

3 Gollard R, Weber R, Kosty MP, Greenway HT, Massullo V, Humberson C. Merkel Cell Carcinoma. *Cancer* 2000;88:1842-51.