



# Und wenn sie nicht gestorben sind...

*Geschichten aus der Onkologie*



Dr. Heike Thiemeyer

1



## ... dann leben sie noch heute ?!



**Inhalt**

- Malignes Melanom
- Analbeutelkarzinom
- Malignes Lymphom
- Osteosarkom

2




## Es war einmal das maligne Melanom

Melanoma of the dog and cat: consensus and guidelines

3



## Malignes Melanom Übersicht



**MELANOM - ALLGEMEIN**

- Melanozytärer Tumor = benigne oder maligne
- Melanom = **Malignes Melanom**
- Melanozytom = **benigne**

**ORALES MELANOM**

Häufigster Tumor Mundhöhlenschleimhaut (20 % aller malignen Tumoren Kopf-Halsbereich) Gingiva > labialer und bukkaler Mukosa > Gaumen > Zunge


- Pigmenttragendes malignes Melanom (häufig ulzeriert mit zentraler Nekrose)
- Amelanotische Melanome ACHTUNG Diagnosedstellung teils schwierig einige fälschlicherweise niedrig differenzierte Sarkome

**BIOLOGISCHES VERHALTEN**

- Hochmaligne, lokal infiltrativ & destruktives Wachstum (gingivale Tumoren = häufig Infiltration Knochen)
- Ausgeprägte Neigung zur Metastasenbildung: lokoregionale Lymphknoten (mandibulär + retropharyngeal, oft kontralaterale Seite), im Verlauf oft Femmetastasen
- **Prognose** je nach Stadium 3 bis 24 Monate



4



## Malignes Melanom Staging & Diagnose

**To do (staging)**

**Allgemeinuntersuchung**

- Adspektion Maulhöhle - bitte Fotos
- Palpation Ln (CAVE auch kontralaterale Seite)

**Zytologie**

- UV
- Lnn mandibulares

**Bildgebung**

- Röntgen Thorax mind. llf & vid
- Computertomographie - Ausmaß, thorakale lokoregionale Metastasierung (lymphangiographische Darstellung/ sentinel Lymphnode mapping), präoperative Planung

44 We recommend that the size and site of the primary tumor are recorded prior to further intervention to improve communication between colleagues in the event that patient care might be affected.

**Einstufung nach Hahn et al. - WHO**

**Tumor Evaluation (mind. messen, idealerweise CT)**

T1: < 2 cm  
T2: 2 - 4 cm  
T3: > 4 cm

**HINWEIS** Tumordiefe & Infiltration vermutlich prognostisch aber nicht Teil des Schemas

a: M<sup>+</sup> = 3  
b: M<sup>+</sup> = 3

**LymphNode (CAVE Lk mandib. 2-5/ Seite, kontralateral, Lk. Retropharyngeal)**

N0: kein Hinweis auf Metastasen  
N1: histologisch nachgewiesene Metastase  
N2: LK unverschieblich verwaschen

**Metastasen (Lunge >>>> Skelet oder abdominal)**

M0: kein Hinweis  
M1: Metastasen (inkl. nicht regionale LK)

**Stadium I - T1 N0 M0**  
**Stadium II - T2 N0 M0**  
**Stadium III - T1 N1 M0 oder T3 N0 M0**  
**Stadium IV - jede TN, M1**

5



## Malignes Melanom Staging & Diagnose



6

## Malignes Melanom


### Therapie – Ja, Aber...

**CHIRURGIE** Ja, ABER...

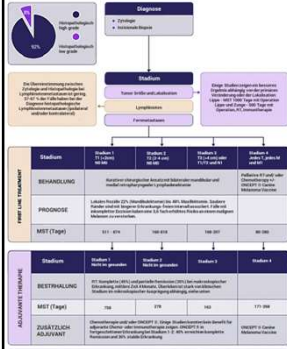
- Weite Resektion (2 cm) **ABER** CAVE Kieferknocheninfiltration
- Zytoreduktion/ exzisionale Biopsie = häufige & rasche Rezidivbildung **ABER** allein nicht ausreichend

**ADJUVANTE THERAPIE** Ja, ABER...

- Strahlentherapie** – durch strahlenbiologische Besonderheiten Melanozyten gute lokoregionale Kontrolle
- Chemotherapie** - zwar wünschenswert **ABER** wenig Chemotherapie-sensitiv
- Immunotherapie** - da „immunogenen Tumoren“
  - xenogene DNA-Vakzine **ABER** nicht zugelassen Deutschland
  - Corynebacterium parvum, L-MTP-PE, Interleukin & Tumornekrosefaktor **ABER** nicht zugelassen und/ oder teuer
  - COX-2 Expression vermutlich erhöht **ABER** Studienlage dünn



7



**Quelle/ modifiziert und übersetzt aus:**


Melanoma of the dog and cat: consensus and guidelines

8

## Malignes Melanom

### „Checker“

Nova Scotia Duck Tolling Retriever  
m \*10.02.2011



9



## Es war einmal das Analbeutelkarzinom

10

## Analbeutelkarzinom

### Übersicht

**ALLGEMEINES**

- oft unilateral
- Initial langsames Wachstum → Infiltration umgebendes Gewebe, Beckenregion
- Je größer, desto schlechter die Prognose > 10 cm<sup>3</sup> - MÜZ 292 Tage
- Schnelle Metastasierung
  - Sublumbale Lymphknoten 50-90% bei Erstvorstellung, teils auch intrapelvine Ln, teils größer als der Primärtumor
  - Später Lungenmetastasen, seltener andere Organe (Leber und Milz)
- Paraneoplastisches Syndrom** (aufgrund PTHrP) **negativ prognostisch** – Hyperkalzämie (PU/PD, Änderungen im Verhalten)

**To do (staging)**

**Rektale Untersuchung**

**Labor**

- großes Blutbild
- ionisiertes Calcium

**Bildgebung**

- Röntgen (Thorax III & vid & Abdomen II)
- Ultraschall Abdomen
- ggf Computertomographie für Ausmaß, thorakale lokoregionale Metastasierung, präoperative Planung

**Zytologie**

- Analbeutel
- ggf Lymphknoten

11

## Analbeutelkarzinom

### Therapie

**Multimodale Therapie (je nach Ausmaß)**


- Chirurgie** des Primärtumors und Resektion von sublumbalen Metastasen
- Palliative Bestrahlungstherapie** des Primärtumors und/oder der (sublumbalen) Metastase(n)
- Chemotherapie:** i. alle 3 Wochen, 5 Applikationen von Carboplatin und/ oder Palladia®

Stage	T (Primärtumor)	N (Lymphknoten Metastase)	M (Fernmetastasen)
I	< 2,5 cm	N0	M0
II	> 2,5 cm	N0	M0
III a	Alle	N1 < 4,5 cm	M0
III b	Alle	N1 > 4,5 cm	M0
IV	Alle	Alle	M1

12


## Analbeutelkarzinom

„Grace“



Schäferhund- Mischling  
wk \*01.05.2014





13








Es war einmal  
das maligne Lymphom



14

## Malignes Lymphom

Übersicht

**LOKALISATIONEN** u.a. multizentrisch, mediastinal, gastrointestinal, kutan, renal, ZNS

- EINTEILUNG** Stadium 1-5, Substage a (*gesund*) oder b (*krank*)
- PROGNOSE** lebenslimitierend, je nach Immunphänotyp; B-Zell Lymphom (CHOP MST 10-12 Monaten); negativ prognostisch: T-Zell Immunphänotyp (hochgradig); Substadium b; **Hyperkalzämie, Vorbehandlung Kortikosteroiden**; Stadium V; komplette Remission wird nicht erreicht
- THERAPIE** u.a. CHOP, Lomustin, LOPP vs. Prednisolon

**To do (staging)**

**GANZ WICHTIG: Aufklärung**

**Zytologie**


- Lymphknoten/ Milz (*PARR*)
- und/ oder Tru Cut
- Biopsie/ Histopathologie

**Labor**

- großes Blutbild inkl. Diff
- ionisiertes Calcium

**Bildgebung**



- Röntgen Thorax II & v/d
- Ultraschall Abdomen







15

## B-Zell Lymphom

„Schnecke“




Mischling  
wk \*16.09.2013

16

## Mediastinales T-Zell Lymphom

Übersicht

- ca. 5 % aller Lymphome, **ausnahmslos high-grade** (> 95 %), i.d.R. aggressiven klinischen Verlauf und ungünstige Prognose
- Mediastinale Lymphadenopathie und/oder Massen Thymus + ggf Pleuraerguss


**SYMPTOME** Tachypnoe, Dyspnoe, Zyanose, Horner-Syndrom, Larynxparalyse, Regurgitation (mit sekundärer Aspirationspneumonie), Husten sowie Leistungsabfall.

**PARANEOPLASTISCH** Hyperkalzämie (DD Thymom) 40-68 % = Polyurie/Polydipsie, Inappetenz & Schwäche. Seltener ödematösen Schwellung Hals, Kopf und ggf Vordergliedmaßen als Ausdruck „kranialen Vena-cava-Syndroms“

**STAGING** (unerlässlich): Blutbild + ionisiertes Calcium + ggf Knochenmark + Bildgebung (Rx, USA, CT)

**DIAGNOSE** Zytologie, Durchflusszytometrie/Immunphänotypisierung und/ oder Histologie



**PROGNOSE** selbst mit CHOP ungünstig (progressionsfreie bzw. mediane Überlebenszeit bei 90-200 bzw. 120-270 Tagen)






17

## Mediastinales T-Zell Lymphom

„Bruno“

Labrador  
mk \*01.04.2017

18



19



20