

Basalzellkarzinom: moderne Therapiemethoden für beste Ergebnisse

Von Claudia Jäger

Keywords: Basaliom, Basalzellkarzinom, Ambulantes Operieren, Schnellschnitt, Gefrierdiagnostik, Hautkrebs, mikrographisch kontrollierte Chirurgie (MKC)
Basalzellkarzinome, die häufigsten malignen Hauttumore, können durch operative Entfernung geheilt werden. Durch die feingewebliche Untersuchung wird sichergestellt, dass der Tumor vollständig entfernt wurde. Bei ausgedehnten Befunden oder im Gesicht muss die vollständige Entfernung oft vor der Defektdeckung sichergestellt sein, dies erfolgt mit Hilfe der mikroskopisch kontrollierten Chirurgie (MKC). Dazu ist eine zweizeitige Operation mit temporärer Defektdeckung notwendig. Mit Hilfe der Schnellschnitt-Kryo-Technik, die in der Praxis der Autorin angeboten wird, besteht die Möglichkeit eines mikrographisch kontrollierten ambulanten Eingriffs am gleichen Tag in Lokalanästhesie durchzuführen.



Hautkrebs zählt mittlerweile zu den häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland, die Zahl der Neuerkrankungen nimmt drastisch zu. Basalzellkarzinome sind die häufigsten malignen Hauttumore, welche etwa 80% aller Fälle von hellem Hautkrebs ausmachen. Ursache dafür scheint der Trend zur Körperbräune und die damit verbundene ausgedehnte Sonnenexposition zu sein. Studien konnten eindeutig nachweisen, dass UV-Strahlung das Risiko für die Entstehung von weißem Hautkrebs erhöht. Daher ist auch für die Entstehung eines Basalzellkarzinoms die Sonnenbestrahlung Risikofaktor Nr. 1.

Viele Basalzellkarzinome können ambulant behandelt werden. Die operative Entfernung ist für die meisten Formen Therapie der Wahl. Diese kann oft ambulant in Lokalanästhesie erfolgen. Auch die für Basalzellkarzinome häufig notwendige Schnitttrandkontrolle zur Gewährleistung der vollständigen Entfernung vor der Defektdeckung kann mit Hilfe der Schnellschnitt-Kryo-Technik ambulant angeboten werden und ermöglicht somit eine zeitsparende, gewebeschonende und histologisch gesichert Behandlung bei ästhetisch optimalen Ergebnissen.

Das Basalzellkarzinom

Das Basalzellkarzinom, auch Basaliom genannt, gehört zu den weißen Hautkrebsarten. Dieses entsteht ohne vorherige Präkanzerose aus Zellen der Basalzellschicht der Haut und den Wurzelscheiden der Haarfollikel. In Europa, den USA und Australien ist es der häufigste maligne Tumor der Haut. In Deutschland geht man von mehr als 100 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnern und Jahr aus. Der Tumor tritt ausschließlich an Haarfollikel-tragenden Körperregionen auf. Metastasen als Folge eines Basalzellkarzinoms sind extrem selten und Mischformen vorbehalten. Daher wurde das Basalzellkarzinom oft als semi-maligne, also nur halb bzw. beschränkt bösartig, bezeichnet. Formal korrekt gilt der Tumor aber als bösartig, da er unbehandelt über Jahre das umliegende Gewebe zerstören und lebenswichtige Strukturen infiltrieren kann. Werden oberflächliche Strukturen zerstört, spricht man von Ulcus rodens. Sind tiefe Strukturen betroffen, spricht man vom Ulcus terebrans.

Zu späte Behandlung oder unzulängliche Therapien können zu einer Tiefeninfiltration von Knorpel, Knochen, Fettgewebe, Faszi-

en und Muskeln führen. Die Arrosion großer Gefäße wie der Carotis führt zum Tode.

Werden Basalzellkarzinome frühzeitig erkannt, kann die betroffene Stelle operativ saniert und damit geheilt werden.

Klinische Unterformen

Knotiges Basalzellkarzinom

Dieser gewöhnliche Verlaufstyp zeichnet sich durch zu Blutungen neigenden, langsam wachsende Knoten und Knötchen aus, oft mit perlmuttartigem Glanz (Abb. 1).

Zystisches Basalzellkarzinom

Durchscheinende Oberfläche, oft mit perlchnurartigem Randsaum. Beim Anstechen des Tumors kann sich eine klare, farblose bis zart gelbe Flüssigkeit entleeren.

Pigmentiertes Basalzellkarzinom

Die Erscheinungsform entspricht dem knotigen Basaliom, allerdings mit bräunlicher bis schwarz-brauner Farbe. Der Tumor kann daher leicht mit einem Leberfleck verwechselt werden.



Abb. 1: Noduläres Basalzellkarzinom an der Nasenspitze in der Auflichtmikroskopie mit perlmuttartigem Glanz und Teleangiectasien.



Abb. 2: Exulceriertes Basalzellkarzinom in einer typischen Lokalisation in licht-exponierten Arealen.



Abb. 3: Großes, teils sklerodermiformes, teils nodöses Basalzellkarzinom, das unter stationären Bedingungen mit mikroskopisch kontrollierter Chirurgie (MKC) operiert werden muss.

Oberflächliches Basalzellkarzinom (Rumpfhautbasaliom)

Diese Form wird oft mit einem Ekzem verwechselt und kommt gehäuft am Körperstamm vor (Abb. 5)

Sklerodermiformes Basalzellkarzinom

Diese Variante kann schwierig zu erkennen sein, da es vielgestaltig sein kann und klinisch oft einer Narbe ähnelt oder auf Narben entsteht. Durch die verästelten Basaliomherde ist eine Durchdringung des benachbarten Gewebes weit über die sichtbare Grenze hinaus möglich. Die Exzision muss mit großem Sicherheitsabstand erfolgen, um die Gefahr eines Rezidivs zu minimieren (Abb. 3)

Exulzerierte Basalzellkarzinom

Schmerzloses, nässend-krustöses Erscheinungsbild. Bricht nach längerer Bestandsdauer oft auf. Sowohl flächenhafte Ausdehnung als auch Tiefenwachstum sind möglich (Abb. 2 und 4)

Auftreten

Basalzellkarzinome treten in der Regel an chronisch lichtexponierten Arealen wie

Gesicht, Hals oder Dekolleté auf. Mehr als 80% dieser Tumoren werden im Kopf-Hals-Bereich diagnostiziert. Kleine, nicht heilende Erosionen oder gelegentlich blutende, über Wochen und Monate bestehende Knötchen können erste Anzeichen eines Basalzellkarzinom sein. Die eigentliche Ausdehnung von betroffenem Gewebe unter der Haut kann erheblich größer als der klinisch sichtbare Teil sein – vergleichbar einem Eisberg.

Das mittlere Alter bei Diagnosestellung liegt bei 60 Jahren, aber auch bei Jüngeren werden sie diagnostiziert. Basalzellkarzinome treten familiär gehäuft auf, Männer sind etwas häufiger betroffen als Frauen. Beim gleichen Patienten werden häufig zeitgleich oder im Laufe der Jahre bis Jahrzehnte multiple Primärtumoren beobachtet.

Typische Symptome

Basalzellkarzinome zeichnen sich durch eine große klinische Variationsbreite aus. Zu beobachten sind unter anderem folgende Erscheinungsformen:

- Flach erhabene, umschriebene, gelblich-rötliche Papeln

- Typisch sind auch vom Rand ins Tumorzentrum ziehende erweiterte Blutgefäße (Teleangiectasien)
- Rote, chronisch entzündliche, punktförmige und gelegentlich blutende Hautveränderungen
- Kleine, relativ unauffällige Erosionen, z. B. im Lidrandbereich
- Sehr langsames, jedoch kontinuierliches Wachstum
- Typisch ist oft der sogenannte perlschnurartige Randsaum von perlmuttartigem Glanz, der den Rand einiger Basalzellkarzinome bildet und von kleinen bis größeren Teleangiectasien (kleine Blutgefäße) begleitet – sie erscheinen daher oft rötlich.
- Ein offenes Geschwür, das blutet, nässt, verkrustet und sich in drei Wochen oder länger nicht schließt, ist ein sehr häufiges Zeichen für das Frühstadium eines Basalzellkarzinoms.
- Vor allem am Körperstamm inklusive Unterarm und Unterschenkel werden Basalzellkarzinome häufig verkannt. Ihr Erscheinungsbild ähnelt dort dem eines Ekzems oder einer Psoriasis-Plaques.
- Nicht abheilende, Ekzem-ähnliche Veränderungen →

- Nicht abheilende Herde, die einer Psoriasis-Plaue ähneln.

Um eine rechtzeitige Behandlung einleiten zu können, wird angeraten, nicht-heilende, störende Hautveränderungen umgehend beim Dermatologen abklären zu lassen.

Ursachen

Risikofaktor Nummer eins für das Auftreten eines Basalzellkarzinoms ist die Sonneneinstrahlung. Aber auch immunsupprimierte Patienten und Menschen mit genetischer Disposition und damit verbundener geringer Hautpigmentierung sind gefährdet. Zu nennen sind hier:

- Gorlin-Goltz-Syndrom (nävoide Basalzellkarzinom-Syndrom)
- Xeroderma pigmentosum
- Albinismus
- Immunsuppression
- Straffe Narben sind weitere Risikofaktoren, eine Arsenexposition als Ursache spielt heute kaum mehr eine Rolle.

Prävention

Da übermäßige UV-Strahlung als Hauptursache für die Entstehung von Hautkrebs und damit auch für die Entstehung eines Basalzellkarzinoms gilt, ist es nicht nur für Risikopatienten unerlässlich, stets für ausreichenden Sonnenschutz zu sorgen.

Diagnostik und Histologie

Bedingt durch das sehr langsame Wachstum wird ein Basalzellkarzinom oft erst nach jahrelangem Bestehen einem Dermatologen vorgestellt.

Die Diagnose wird der Regel klinisch gestellt, ein Auflichtmikroskop unterstützt die Sicherheit dieser Methode. Diagnostische Sicherheit wird durch eine Biopsie bzw. Histopathologie nach vollständiger Entfernung erzielt. Der histologische Befund enthält in der Regel zusätzliche Informationen wie den histologischen Typ, die Tiefenausdehnung in Form des maximalen vertikalen Tumordurchmessers in mm sowie Angaben über die Resektionsränder mit Angabe des minimalen Abstands des Tumors vom Resektionsrand.

Bestätigt sich der Verdacht eines Basalzellkarzinoms, sollte die Inspektion des gesamten Hautorgans erfolgen.

Differentialdiagnosen sind u.a.:

- Morbus Bowen
- Aktinische Keratose
- Ekzem
- Talgdrüsenhyperplasie
- Nicht pigmentierte und gelegentlich pigmentierte Naevi.

Therapie

Günstig für eine effektive Behandlung des Basalzellkarzinoms mit ästhetisch optimaler Sanierung des betroffenen Gebietes ist ein frühzeitiger Therapiebeginn. Wird ein Basalzellkarzinom über Jahre nicht diagnostiziert oder verkannt, ist eine deutlich aufwändigere OP zur vollständigen Entfernung des betroffenen Gewebes notwendig. Vor allem im Kopf-Hals-Bereich ist aufgrund der notwendigen Operationstechnik und/oder des Eisberg-Phänomens oft eine deutlich größere

Sinn und Unsinn von Apps zur Selbstdiagnostik von Hautkrebs

Smartphone-Gesundheitsanwendungen („Apps“) sind weit verbreitet. Mittlerweile gibt es über 40 Smartphone Apps zur Erkennung von Melanomen. Experten stehen der Nützlichkeit und Sicherheit allerdings kritisch gegenüber.

Während etwa die Hälfte kostenlos zur Verfügung gestellt wird, kosten manche Apps zwischen 0,99 Cent bis über 100 Euro. Überwiegend liefern sie Informationen über Melanome, UV-Strahlenexposition, Prävention und Beratung zur Hautselbstuntersuchung, vor allem informieren sie über die ABCD-Regel (A, Asymmetrisch; B, Begrenzung; C, colour = Farbe; D, Durchmesser).

Aufnahmen von Hautläsionen dienen der Selbstkontrolle und können so hinsichtlich Veränderungen geprüft werden, welche einen wichtigen Indikator für Melanome darstellen. Viele bieten eine Erinnerungsfunktion an, die dem Nutzer hilft, ihre Hautläsionen zu

überwachen. Einzelne bieten die Überprüfung von Bildern durch einen Sachverständigen an. Allerdings ist keine dieser Apps hinsichtlich der diagnostischen Genauigkeit oder Nützlichkeit mit etablierten Forschungsmethoden validiert.

Smartphone-Apps für das Erkennen von Melanomen haben eine Reihe von Funktionen, einschließlich Information, Bildung, Klassifizierung, Überwachung von Veränderungen und Risikobewertungen. Diese Funktionen können den Anwender auf mögliche Risiken aufmerksam machen. Trotz ihres potenziellen Nutzens warnen Dermatologen, sich nicht auf die Apps zu verlassen, da diese die Hautkrebsfrüherkennung durch einen Facharzt nicht ersetzen kann. Eine solide Melanom-Erkennung durch Apps erfordert daher eine weitere Validierung hinsichtlich ihrer Nützlichkeit und Sicherheit.

Literatur: Br J Dermatol. 2015;172(6):1507-18



Abb. 4: Ulzeriertes Basalzellkarzinom vor dem Ohr rechts bei einer 75jährigen Patientin, welches unter ambulanten Bedingungen exzidiert wurde.

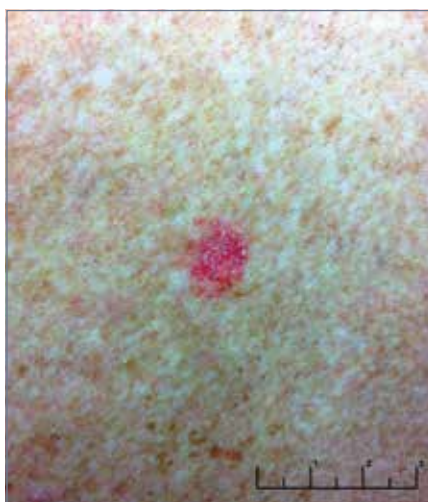


Abb. 5: Oberflächliches Basalzellkarzinom auf dem Rücken, sog. Rumpfhautbasaliom, das oft über Jahre als Ekzem verkannt wird.



Abb. 6: Multifokales, tief infiltrierendes Basalioma solidum, Tumordicke 4,8 mm an der Flanke links bei einem 80jährigen Patienten.

re Sanierung nötig als der optische Befund vermuten lässt.

Unterschieden wird grundsätzlich zwischen operativer und konservativer Therapie. Obwohl die Wahl abhängig ist von Größe und Lokalisation des Tumors, wird die operative Therapie als Therapie der Wahl empfohlen, da nur sie eine mikroskopische Untersuchung ermöglicht und nur so die vollständige Entfernung histologisch gesichert werden kann. Dadurch kann die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs minimiert werden. Lediglich bei frühen Basalzellkarzinomen wird gelegentlich eine Kürettage oder Kryotherapie angewandt. Auf eine operative Entfernung des Tumors sollte daher nur bei nachweislich oberflächlichen Verlaufsformen oder bei Patienten mit hohem OP-Risiko verzichtet werden.

Zur Wahl stehen folgende operative Sanierungsmethoden:

Bei kleinen Tumoren ist unter Berücksichtigung eines Sicherheitsabstandes von 1–8 mm eine Entfernung des Tumors mit einer spindelförmigen Exzision ambulant, in örtlicher Betäubung und mit nur einer Sitzung meist möglich. Die Defektdeckung erfolgt mittels einer Dehnungslappenplastik (Abb. 7).

Bei größeren Tumoren oder bei Lokalisation im Gesicht ist unter Berücksichtigung des tumoradaptierten Sicherheitsabstandes eine aufwändige Schnittrandkontrolle in mehreren Sitzungen oft notwendig. Da die tatsächlichen Ausläufer des Tumors klinisch schwer abschätzbar sein können, lässt der Operateur mit Hilfe der mikroskopisch kontrollierten Chirurgie (MKC) sicherstellen, dass das betroffene Gewebe vollständig entfernt wurde. Eine temporäre, oberflächliche Defektdeckung erfolgt mit Kunsthaut. Sind die Schnittränder histopathologisch frei, erfolgt ein endgültiger Defektverschluss mit Hilfe einer Lappenplastik (Abb. 8a–c)

Dieser zwei- oder mehrzeitige mikroskopisch kontrollierte chirurgische Eingriff führt oft zu mehrtägigen Krankenhausaufenthalten an Universitäts-Hautkliniken und muss von einem plastischen Chirurgen durchgeführt werden.

Schnellschnitt-Gefriertechnik

Unter bestimmten Voraussetzungen und mit Hilfe der Schnellschnitt-Kryo-Technik bietet die Dermatologische Praxis von Dr. Claudia Jäger in der ATOS Klinik die Möglichkeit ei-

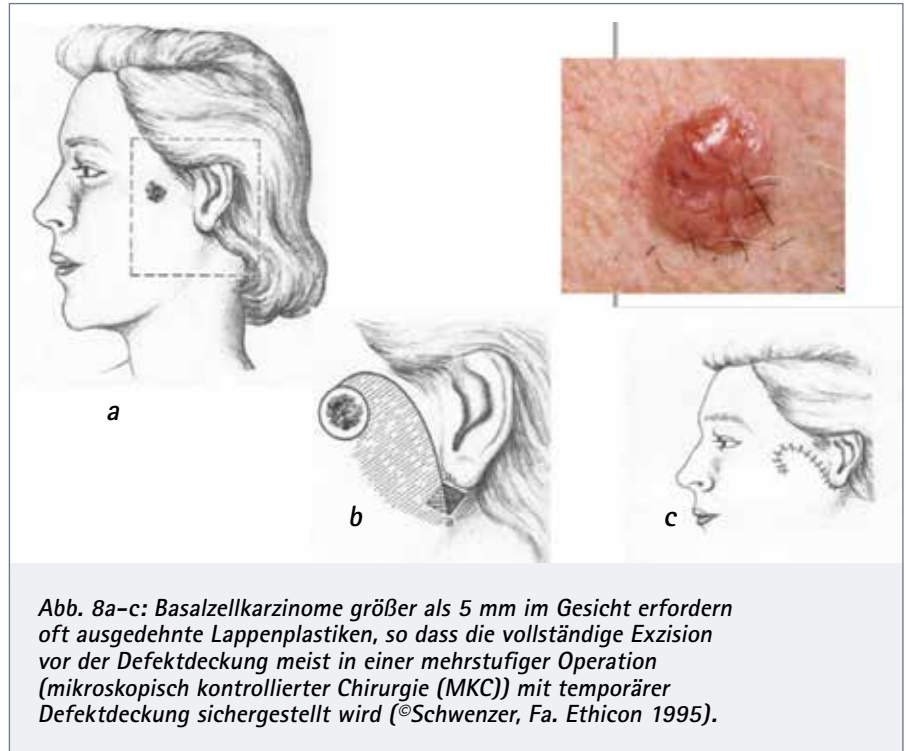
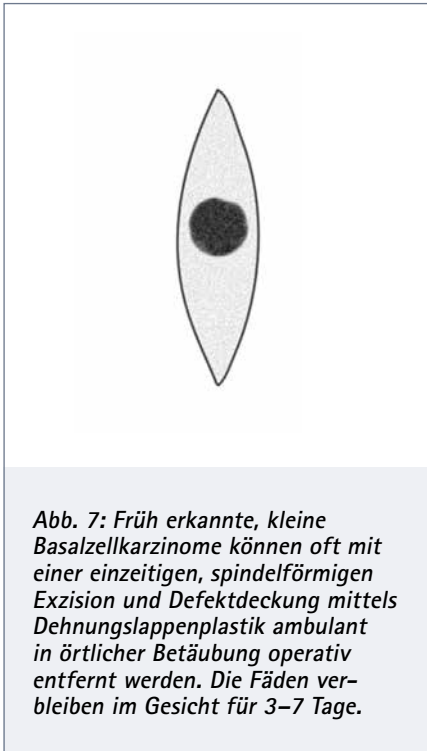
nes mikroskopisch kontrollierten ambulanten Eingriffes am gleichen Tag in Lokalanästhesie. Dazu wird das entnommene Gewebe unmittelbar dem histopathologischen Labor überstellt. Dort wird es mit der Gefrierschnellschnitt-Diagnostik innerhalb einer Stunde überprüft und die Geweberänder auf Tumorfreiheit untersucht. Der Befund wird durch den Histopathologen telefonisch mitgeteilt. Die Defektdeckung kann bei tumorfreiem Rand meist innerhalb von Stunden erfolgen. Ein mehrzeitiges stationäres Verfahren kann dadurch vermieden werden.

Voraussetzungen sind u.a.: Das Basalzellkarzinom ist nicht zu extrem ausgedehnt und nicht zu fortgeschritten; es weist keine ungünstige Lokalisation im Mittelgesicht auf, z. B. am Augenrand.

Das Verfahren ist optimal gewebeschonend und kann zu besten ästhetischen Ergebnissen führen. In den USA wird es bereits standardmäßig im Rahmen der sogenannten „Moh's surgery“ eingesetzt.

Konservative Verfahren

Konservative Verfahren werden vorwiegend am Rumpf, am Körperstamm und am Dekolleté →



eingesetzt. Der Einsatz setzt einen oberflächlichen Befund voraus:

Photodynamische Therapie (PDT)

Mit Hilfe einer speziellen Creme mit dem Wirkstoff Aminolävulinsäure (ALA) werden die Tumorzellen Licht-sensibilisiert und dann durch intensive Lichtbestrahlung zerstört. Notwendig sind zwei Anwendungen im Abstand von einer Woche.

Imiquimod 5% (Handelsname für Europa Aldara®)

Kommt nur bei oberflächlichen oder multiplen Basalzellkarzinomen zum Einsatz und wird fünfmal pro Woche über einen Zeitraum von sechs Wochen aufgetragen. Dabei wird eine Entzündungsreaktion provoziert, absterbende Tumorzellen können durch gesundes Gewebe ersetzt werden. Erzielt zum Beispiel bei oberflächlichen Basalzellkarzinomen im Dekolleté-bereich gute kosmetische Ergebnisse.

anderer Stelle, das mit rund 30% angegeben wird. Daher wird eine regelmäßige Nachsorge nach folgendem Schema angeraten:

- In den ersten 3 Jahren nach OP: 2x pro Jahr
- Danach und lebenslang: 1x pro Jahr
- Häufiger bei individuell erhöhtem Risiko für das Auftreten weiterer Basalzellkarzinome.

5-Fluorouracil (Handelsname Efudix®)

wird oft im angloamerikanischen Raum eingesetzt. Täglich wird es für 4 bis 5 Wochen angewandt, auch hier wird über Wochen eine Entzündungsreaktion ausgelöst, die mit Krusten einhergeht.

Wird ein Basalzellkarzinom in einem frühen Stadium behandelt, wird das Reizrisiko für ein Rezidiv mit < 5% angegeben. Darüber hinaus tragen betroffene Patienten ein erhöhtes Risiko für ein Zweit-Basalzellkarzinom an

Dr. Claudia Jäger
 Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, Phlebologie, Allergologie, Proktologie.
 Tätigkeitsschwerpunkte Ästhetische Medizin und Dermatologie
 ATOS Klinik Heidelberg
 jaeger@atos.de
 www.atos-dermatologie.de

Zum Weiterlesen:

S2k-Leitlinie 032/021:
 Basalzellkarzinom 12/2013

S1-Leitlinie 013/064:
 Mikroskopisch kontrollierte Chirurgie – MKC 05/2014