

Das Basalzellkarzinom

# Warum die Früherkennung so wichtig ist

Claudia Jäger, Katharina Jäger, Dermatologie, ATOS Klinik, Heidelberg

## Zusammenfassung

Das Basalzellkarzinom ist der häufigste nichtmelanotische Hautkrebs. In der frühen Form ist es oft unscheinbar und kann insbesondere auf lichtgeschädigter Haut leicht übersehen werden. Obwohl die Mortalität niedrig ist, kann das Basalzellkarzinom durch lokale Destruktion erhebliche Schädigungen verursachen. Daher ist das frühe Erkennen von entscheidender Bedeutung. Die anamnestischen Angaben des Patienten, wie neu aufgetretene Hautveränderung, gelegentliches Bluten, keine Abheilung über Wochen oder Missempfindungen, können bei der Detektion helfen. Die Früherkennung des Basalzellkarzinoms ermöglicht minimalinvasive Therapien, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können. Die Behandlung ist meist operativ und sollte von in der Dermatochirurgie Erfahrenen durchgeführt werden, welche mit den Eigenschaften des Basalzellkarzinoms vertraut sind und eng mit Dermatohistopathologen zusammenarbeiten. Bei kleinen, dünnen Basalzellkarzinomen sind auch topische Verfahren möglich.

**Schlüsselwörter:** Basalzellkarzinom, Dermatochirurgie, weißer Hautkrebs, Früherkennung

## Abstract

Basal cell carcinoma is the most common malignancy among nonmelanoma skin cancer. Even though the mortality is low, basal cell carcinoma can cause serious damage by local destruction. Therefore, an early detection is vital. By an early diagnosis, extensive surgery can often be avoided. Surgery should be performed by an experienced dermatologic surgeon in cooperation with a histopathologist. This article deals with the advantages of an early identification of basal cell carcinoma in daily practice. Due to the common appearance in sun damaged skin, the diagnosis is sometimes difficult.

**Key words:** basal cell carcinoma, Nonmelanoma skin cancer, early diagnosis

Das Basalzellkarzinom ist der häufigste maligne Tumor der Haut. Rund 230.000 Personen erkranken durchschnittlich in Deutschland jedes Jahr erstmals an einem nichtmelanotischen Hautkrebs. Mit etwa drei Viertel macht das Basalzellkarzinom den größten Anteil der weißen Hauttumoren aus<sup>1</sup>. Überwiegend tritt das

Basalzellkarzinom im Kopf-Hals-Bereich auf. Die zweithäufigste Lokalisation ist der Rumpf, gefolgt von den oberen Extremitäten. Es wächst schrankenlos lokal infiltrierend und destruierend und kann dadurch unbehandelt zu erheblichen Schäden führen.

## Diagnostik

Ein wichtiger Hinweis für die frühe Diagnose des Basalzellkarzinoms ist die Anamnese. Warnzeichen sind das Auftreten neuer Hautveränderungen, Juckreiz, Missempfindungen, gelegentliches Bluten, kein Abheilen über Wochen sowie Änderung von Größe, Farbe und Form (Abb. 1). Berichtet jemand über diese Symptome, sollte dies Anlass für eine genaue Inspektion unter Zuhilfenahme eines Dermatoskops sein<sup>2</sup>. Die Inspektion der Haut ist geeignet, eine klinische Verdachtsdiagnose zu stellen. Ein einfaches Manöver, das Dehnen der Haut über dem Basalzellkarzinom, führt zu einer Abblassung (basal cell blanche), wodurch ein fast unsichtbares Basalzellkarzinom weiß und damit für den Betrachtenden deutlicher wird<sup>3</sup>. Das Dehnen der Haut leert die Gefäße, wodurch die klinisch ausgeprägte perlmuttartige Opaleszenz des Tumors verstärkt wird. Eine weitere Technik ist der „reverse stretch test“<sup>4</sup>, bei dem die Haut zwischen den Fingern eingeklemmt wird, um das weniger biegsame Gewebe an den Rändern eines Basalzellkarzinoms hervorzuheben. Als nichtinvasive diagnostische Verfahren finden vereinzelt die elektrische Impedanzspektroskopie, die konfokale





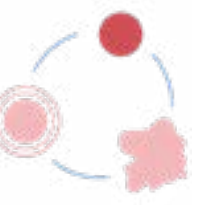
				
neue Hautveränderung	Missempfindungen, Schuppung und Juckreiz	Blutung nach leichter Verletzung	keine Heilung über Wochen	Änderung von Größe, Farbe und Form

Abb. 1: Wegweisende Anamnese-Kriterien zur frühen Diagnostik, Warnzeichen.

Laserscanmikroskopie oder die optische Kohärenztomografie Anwendung.

Die endgültige Diagnosesicherung eines Basalzellkarzinoms erfolgt am histologischen Präparat nach Biopsieentnahme und/oder nach therapeutischer Exzision. Zur histopathologischen Untersuchung dient ein HE-gefärbtes Routinepräparat. Hierbei wird zunächst untersucht, um welchen Subtyp es sich handelt, die Tumordicke (vertikaler Tumordurchmesser) bestimmt und Angaben zu den Resektionsrändern gemacht. Der Histologie kommt im Rahmen der Therapie des Basalzellkarzinoms eine besondere Bedeutung zu, entscheidet sie doch über das weitere Vorgehen.

### Klinisches Bild

Die klinische Erscheinungsform des Basalzellkarzinoms ist vielgestaltig und abhängig vom Typ (Abb. 2). Die häufigsten Basalzellkarzinome sind durch die diagnostisch wichtige Primäreffloreszenz, das **Basaliomknötchen**, gekennzeichnet. Das Basaliomknötchen ist ein bis mehrere Millimeter großes, halbkugeliges, derbes, fahlhautfarbenes, manchmal transluzentes Knötchen von perlmuttartigem Glanz, das von Teleangiektasien umgeben und überzogen ist. Daher erscheinen Basalzellkarzinome oft rötlich. Die Oberfläche ist glatt, nicht verhornt. Bei der selteneren **pigmentierten Variante** enthält das Basalzellkarzinom schwarz-braune Farbanteile. Oberflächliche Basalzellkarzinome (**Rumpfhaut-Basalzellkarzinome**) kommen meist am Körperstamm vor und werden oft mit einem Ekzem verwechselt. Sie zeigen sich als scharf, aber unregelmäßig abgegrenzte, erythematöse Plaques im Niveau der Haut oder etwas eingesunken, nur leicht infiltriert. Die Oberfläche weist eine feine Schuppung oder

Krustenbildung auf. Das Wachstum ist langsam und meist nicht mit Schmerzen verbunden. Bei Rumpfhaut-Basalzellkarzinomen sind Teleangiektasien oft nur diskret vorhanden. **Exulzerierte Basalzellkarzinome** mit geschwürigem Zerfall treten erst nach längere Bestandsdauer (Jahre) auf, sie sollten durch frühzeitige Diagnose und Therapie vermieden werden. **Sklerodermiforme Basalzellkarzinome** sind die seltenste Variante, die auch am schwierigsten zu erkennen ist, da es sich um eine flache, im Hautniveau gelegene, sklerodermiforme Infiltration handelt – klinisch ähnelt sie oft einer Narbe. Typische Basaliomknötchen und Teleangiektasien sind kaum vorhanden.

### Therapie

Die **chirurgische Exzision einschließlich histologischer Untersuchung** sollte mit den Patienten als Therapie der ersten Wahl besprochen werden. Das operative Entfernen der Basalzellkarzinome wird in der Regel in Lokalanästhesie durchgeführt. Bei kleinen Basalzellkarzinomen ist oft die vollständige Exzision mit direkter Defektdeckung in einer Sitzung möglich. Bei ausgedehnten Tumoren oder in anatomisch kritischen Regionen kann ein zweizeitiges Vorgehen mit temporärer Defektdeckung bis zum Erhalt des histologischen Befundes notwendig sein. Der Wundverschluss erfolgt erst dann, wenn die vollständige Exzision aller subklinischen Anteile sichergestellt ist. Das Verfahren der mehrzeitigen, histografisch kontrollierten Exzision bietet sich vor allem an Lokalisationen an, wo möglichst gewebssparend operiert werden muss, zum Beispiel im Gesicht – um die Möglichkeit eines kosmetisch ansprechenden Gewebverschlusses zu erhalten. Aber auch beim sklerodermiform wachsenden Basalzellkar-



Abb. 2: Klinische Beispiele.

zinom ist eine mehrzeitige, histografisch kontrollierte Exzision indiziert, da die Tumorränder oft über die klinisch sichtbaren Grenzen hinausreichen. Meist ist ein Sicherheitsabstand von mindestens 2 bis 5 mm anzustreben. Ist eine histografisch gesicherte In-toto-Exzision erfolgt, ist kein Sicherheitsabstand erforderlich.

Handelt es sich um superfizielle Subtypen des Basalzellkarzinoms oder liegen multiple Basalzellkarzinome oder Kontraindikationen gegen eine konventionelle Operation vor, ist eine horizontale Exzision mit anschließender histologischer Untersuchung möglich<sup>2</sup>. Wurde nach einem chirurgischen Eingriff kein vollständiges Entfernen des Tumors erreicht, hängt das weitere Vorgehen von der Lokalisation und vom Subtypen des Basalzellkarzinoms ab. Handelt es sich um ein sklerodermiformes Basalzellkarzinom oder ein Basalzellkarzinom an einer Problemlokalisation, soll eine Nachresektion erfolgen. Anderenfalls kann eine Nachbeobachtung in Kombination mit einer alternativen Lokalthherapie angeschlossen werden. Handelt es sich um lokal fortgeschrittene Basalzellkarzinome, bei denen zum Beispiel aufgrund ihres destruierenden Tiefenwachstums eine vollständige operative Therapie nicht möglich ist, ist eine interdisziplinäre Fallbesprechung im Tumorboard erforderlich. Wenn eine vollständige Resektion nicht erreicht werden kann, soll die Indikation zur **Strahlentherapie**, alternativ die Einleitung einer **Systemtherapie**, geprüft werden<sup>2</sup>.

Bei dünnen Basalzellkarzinomen kommen auch nichtoperative Therapieverfahren zur Anwendung. Die **photodynamische Therapie** (PDT) erzielt hohe Abheilungsraten bei sehr guten kosmetischen Ergebnissen. Hier werden die Wirkstoffe

5-Aminolaevulinsäure (5-ALA) und ihr Ester Methyl-Aminolaevulinat (MAL) eingesetzt, die im Tumorgewebe zu Fotosensibilisatoren umgewandelt werden. Die anschließende Rotlichtbestrahlung (Wellenlänge 570 bis 670nm) führt zur intrazellulären Entstehung von Singulett-Sauerstoff, was wiederum zu einer Zerstörung der Tumorzellen führt<sup>2</sup>.

Weitere topische Therapieoptionen sind Behandlungen mit **Imiquimod** oder **5-Fluorouracil** über Wochen durch den Patienten selbst.

**Kryochirurgie** ist zur Therapie kleiner superfizieller Basalzellkarzinome an Rumpf oder Extremitäten möglich, wenn Kontraindikationen gegen eine Exzision oder gegen topische Verfahren bestehen.

Bei lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Basalzellkarzinomen sowie auch beim Basalzellkarzinom-Syndrom besteht die Möglichkeit einer systemischen Therapie mit **Hedgehog-Inhibitoren**.

### Die Bedeutung der Früherkennung

Die Früherkennung kleiner Basalzellkarzinome ermöglicht weniger invasive Therapien, etwa kleinere Exzisionen oder topische Behandlungen. Dies führt folglich zu einer geringeren Morbidität. Basalzellkarzinome finden sich häufig auf sonnengeschädigter Haut, überwiegend im Kopf-Hals-Bereich, sowie am oberen Rumpf. Aufgrund der verschiedenen Erscheinungsformen der Basalzellkarzinome und diversen Hautveränderungen der sonnengeschädigten Haut, die differenzialdiagnostisch infrage kommen, ist es oft schwierig, diese zu erkennen. Auf diese Aufgabe haben sich erfahrene Dermatologinnen und Dermatologen spezialisiert. Wie die klinische Erfahrung zeigt,

können insbesondere in der dünnen Haut um die Augen bei kleinen Basalzellkarzinomen die typischen Zeichen wie glänzende Knötchen oder Teleangiektasien im frühen Stadium sehr diskret sein – oder fehlen. Dies führt nicht selten dazu, dass Basalzellkarzinome periokulär erst spät diagnostiziert werden und dass der therapeutische Eingriff entsprechend groß und traumatisierend ausfällt.

Basalzellkarzinome treten gehäuft primär im Gesicht auf und hier ist auch das Rezidivrisiko erhöht. In der H-Zone, dem „zentralen“ Gesicht mit Augenlidern, Augenbrauen, periorbital, Nase, Oberlippe, Kieferwinkelregion, prä- und postaurikulär, Ohren und Schläfen ist das Rezidivrisiko bereits ab einer horizontalen Tumorausdehnung von größer als 6 mm erhöht. Im Bereich der M-Zone mit Wangen, Stirn, Kinn, Unterlippe, Kapillitium, Hals und außerdem prätibial ist ein erhöhtes Rezidivrisiko ab einer Ausdehnung von 10 mm gegeben. Dies korreliert eng mit dem nötigen Aufwand für den Defektverschluss nach Exzision mit dem notwendigen Sicherheitsabstand. Während im Mittelgesicht schon nach kleinen Defekten oft Verschiebelappenplastiken notwendig sind, so können in der L-Zone an Rumpf und Extremitäten auch Tumoren mit 20 mm horizontaler Ausdehnung inklusive Sicherheitsabstand oft primär verschlossen werden. Das Risiko, dass Basalzellkarzinome insbesondere in der H- und in der M-Zone nach einem chirurgischen Eingriff nicht in toto exzidiert wurden, steigt mit deren Ausdehnung. Bei unvollständiger Exzision wird eine Nachbehandlung, meist eine Nachresektion, explizit empfohlen, welche wiederum mit einem erhöhten chirurgischen Aufwand einhergeht.

## Fazit

Eine frühe Diagnose des Basalzellkarzinoms ist wesentlich für die Auswahl an Therapieoptionen, um das bestmögliche medizinische und kosmetische Ergebnis zu erzielen.

Generell gilt die vollständige Exzision des Basalzellkarzinoms als Goldstandard – doch werden bei kleinen, frühzeitig erkannten Basalzellkarzinomen auch topische Therapien mit gutem Erfolg angewandt.

## Literatur

1. Kaatsch P, Spix C. Krebs in Deutschland für 2015/2016. Robert-Koch-Institut 2019.
2. Lang BM et al. S2k-Leitlinie Basalzellkarzinom der Haut. 2017;1-70. über leitlinien.net
3. Quach OL et al. Basal Cell Blanche: A Diagnostic Maneuver to Increase Early Detection of Basal Cell Carcinomas. J. Am. Board Fam. Med. 2016;29:408-410.
4. Imran D, Mandal A, Dickson MG. Reverse stretch test in basal cell carcinoma. Plastic and reconstructive surgery 2004;114:267-268.
5. Chren MM, Arron ST. Research that Guides Clinical Decisions. J. Invest. Dermatol. 2016;136:1535-1537.
6. Peng Q et al. 5-Aminolevulinic acid-based photodynamic therapy. Clinical research and future challenges. Cancer 1997;79:2282-2308.

## Korrespondenzadresse

Dr. med. Claudia Jäger  
 Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, Phlebologie, Allergologie, Proktologie  
 Tätigkeitsschwerpunkte: ästhetische Medizin, Dermatochirurgie  
 ATOS Klinik  
 Bismarckstr. 9-15, 69115 Heidelberg  
 E-Mail: claudia.jaeger@yahoo.de  
 www.atos-dermatologie.de