

FALLDARSTELLUNG Wir berichten über den Fall eines 38-jährigen männlichen Patienten, welcher mit einem histopathologisch gesicherten sklerodermiformen Basalzellkarzinom (BZK) der linken Wange ambulant in unserer Praxis vorgestellt wurde. Anamnestisch ergibt sich keine signifikante UV-Licht-Exposition, eine negative Familienanamnese, der Hauttyp ist vom Mischtyp und ein Gorlin-Goltz-Syndrom liegt nicht vor. Die Läsion imponierte als flache, weiß erscheinende, fibrotisch derbe Läsion mit dezenten Erhebungen im Zentrum, wodurch sich bereits klinisch die Verdachtsdiagnose ergab. Der sichtbare Tumor wurde mit einem 3 mm Sicherheitsabstand vollständig exzidiert und mit einem mit Haarfollikeln besetzten Vollhauttransplantat gedeckt. Die anschließende histopathologische Untersuchung bestätigte das vordiagnostizierte sklerodermiforme BZK. Nachresektion war notwendig, da am kranialen Rand der Läsion mikroskopisches Resttumorgewebe nachzuweisen war, der kaudale und seitliche Rand lag im Gesunden. Der Patient ist nun tumorfrei und wird in regelmäßigen Abständen zur Nachsorge untersucht.



BILD 1 Präoperativer Befund des sklerodermiformen Basalzellkarzinoms



BILD 2 Geplanter Resektionsrand (grün) sowie Ausdehnung des Tumorgewebes (rot).

DISKUSSION Ziel in der chirurgischen Therapie ist der Kompromiss zwischen kompletter Tumoresektion und minimaler Resektionsgrenze, um ein adäquat funktionelles sowie kosmetisches Ergebnis zu erlangen. Basalzellkarzinome haben ein klinisch variables Bild, wobei das infiltrative sklerodermiforme BZK einige besondere Charakteristika aufweist. Es ist zu beachten, dass die mikroskopische, nicht sichtbare Infiltration unter Umständen ausgedehnter als die klinische Infiltration des Tumors ist². Der empfohlene Resektionsrand beim BZK wird in den Leitlinien mit 3-10mm empfohlen¹, andere Studien zeigen dass ein Resektionsrand von 2-4mm für den Großteil der Fälle ausreicht^{3,4,5}. Im dargestellten Fall musste nach kranial insgesamt ca. 7-8mm nachreseziert werden (siehe Bild 2), was das teils irreguläre Infiltrationsmuster des Tumors zeigt.

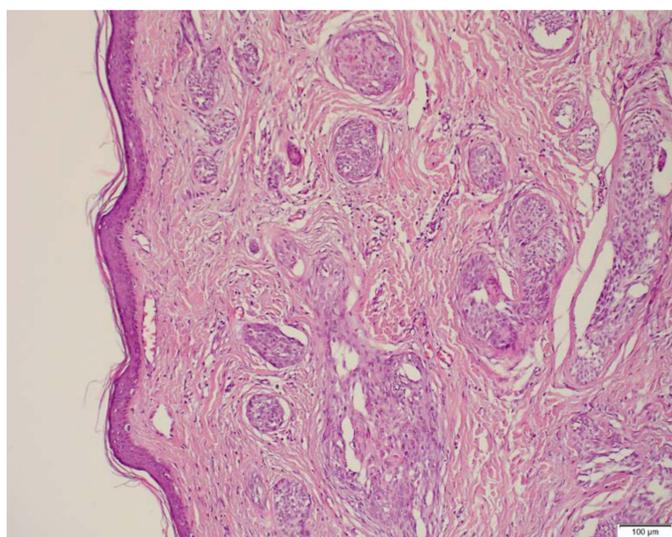


BILD 3 Ausschnitt des Histopathologischen Befundes des infiltrativen sklerodermiformen Basalzellkarzinoms.



BILD 4 Exzision des Tumors und Versorgung mittels Vollhauttransplantates von infraklavikulär.

KONKLUSION In ausgewählten Fällen von unklarer Tumorausdehnung empfehlen wir die Resektion und Deckung mittels Vollhauttransplantat, um ein adäquat funktionelles sowie ästhetisches Ergebnis zu erreichen und nötige Nachresektionen zu vereinfachen.

DANKSAGUNG Die Autoren danken Prof. Pierre Moubayed vom Institut für Pathologie Papenburg für die gute Zusammenarbeit und die histopathologischen Aufarbeitung des Falles.

REFERENZEN

- Hauschild A, Breuninger H, Kaufmann R, Kortmann RD, Klein M, Werner J: S2k Kurzleitlinie – Basalzellkarzinom der Haut. Journal of the German Society of Dermatology 11 Suppl 3: 11-16. 2013
- Sexton M, Jones DB, Maloney ME: Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma. Journal of the American Academy of Dermatology 23: 1118. 1990
- Bisson MA, Dunkin CSJ, Suvarna SK, Griffiths RW: Do plastic surgeons resect basal cell carcinomas too widely? A prospective study comparing surgical and histological margins. British Journal of Plastic Surgery 55: 293-297. 2002
- Laloo MT, Sood S: Head and neck basal cell carcinoma: treatment using a 2-mm clinical excision margin. Clinical Otolaryngology 25: 370-373. 2000
- Thomas DJ, King AR, Peat BG: Excision Margins for Nonmelanotic Skin Cancer. Plastic and Reconstructive Surgery 112: 57-63. 2003

Tumortyp	Sicherheitsabstand	Wahrscheinlichkeit von Tumorresten
Basalzellkarzinom mit Durchmesser < 20 mm	3 mm	15 %
	4 - 5 mm	5 %
Infiltratives Basalzellkarzinom	3 mm	34 %
	5 mm	18 %
	13 - 15 mm	5 %

TABELLE 1 Wahrscheinlichkeiten von Tumorresten bei angewandtem Sicherheitsabstand und in Abhängigkeit vom Tumortyp.¹