

Leitlinie Basalzellkarzinom

Definition

Das Basalzellkarzinom (BCC) (Basalzellepitheliom) ist ein lokal destruierender Tumor, tritt zu 80 % im Kopf-Hals-Bereich auf und metastasiert extrem selten (0,003 bis 0,1 %). Bei der weißen Bevölkerung ist es einer der häufigsten (1‰ p.a.) malignen Tumoren. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 60 Jahren. In seltenen Einzelfällen führt das Basalzellkarzinom durch ein destruierendes Wachstum per continuitatem in lebenswichtige Strukturen des Kopf-Hals-Bereiches zum Tode.

Klassifikation

Bisher übliche Klassifikationssysteme sind unzureichend, da sie nicht einheitlich für klinische, histopathologische und therapeutische Bedürfnisse verwendbar sind. Ein neues aktuelles Klassifikationssystem (Tabelle) trägt diesen Bedürfnissen Rechnung.

Tabelle 1. Aktuelles Klassifikationssystem für Basalzellkarzinome

1. Noduläres Basalzellkarzinom
 2. Superfizielles Basalzellkarzinom
 3. Infiltratives sklerodermiformes Basalzellkarzinom
 4. Infiltratives nicht-sklerodermiformes Basalzellkarzinom
 5. Sonderformen
 6. Basaliomatosen und andere Genodermatosen
-

Unter den Sonderformen werden der fibroepitheliale Tumor (Pinkus) und das metatypische Basalzellkarzinom zusammengefasst. Beim metatypischen Basalzellkarzinom werden zwei Typen unterschieden. Die Form „mixte“ ist aus Basalzellkarzinomsträngen zusammengesetzt, die Stachelzellkomplexe und parakeratotische Hornperlen einschließen. Bei dem Typ „intermediaire“ lassen sich die Zellen weder eindeutig dem Basalzelltyp noch dem Plattenepitheltyp zuordnen.

Diagnostik

Die Diagnose wird in der Regel klinisch gestellt. Notwendig ist die histologische Bestätigung der Diagnose, die – je nach Größe des Tumors und therapeutischem Ansatz – durch Inzisionsbiopsie, Exzisionsbiopsie oder therapeutische Exzision ermöglicht wird. Die echte subklinische Ausbreitung entzieht sich der Nachweisbarkeit durch modernste nicht-invasive Diagnoseverfahren und kann nur mikroskopisch festgestellt werden. Lediglich bei destruierenden Basalzellkarzinomen ist eine weitere Ausbreitungsdagnostik mittels CT oder MRT notwendig.

Therapie

Das Standardvorgehen in der Behandlung von Basalzellkarzinomen stellt die operative Therapie mit histologischer Absicherung der Diagnose und der Vollständigkeit der Exzision dar.

Im Gesicht, und insbesondere beim infiltrativen Typ, muss der Nachweis tumorfreier Schnittränder erfolgen.

Die Palette der Therapiemodalitäten mit fehlender histologischer Kontrolle des Behandlungsergebnisses (Strahlen-, Kryotherapie, CO₂-Laserablation, photodynamische Therapie, lokale Chemotherapie mit 5-FU oder Imiquimod) ist groß. Hier liegt der Nachteil dieser Verfahren in einer höheren Rezidivrate im Vergleich zur Chirurgie. Diese Behandlungsoption sollte daher nur bei ausgewählten Patienten genutzt werden. Insbesondere bei sehr alten, multimorbiden Patienten sollten diese Verfahren zum Einsatz kommen.

Eine flache Shave-Exzision mit nachfolgender histologischer Kontrolle ist bei oberflächlichen Tumoren möglich. Werden dann zur Tiefe nicht vollständig erfasste Tumoren gefunden, ist eine Nachexzision notwendig.

Mikrographische Chirurgie

Die mikrographische Chirurgie bedeutet die sparsame chirurgische Exzision des Tumors mit einem Sicherheitsabstand von 2 bis 4 mm und mit einer nachvollziehbaren Markierung und anschließender lückenloser histologischer Aufarbeitung der Exzidatschnittränder. Damit ist eine topographische Zuordnung von subklinischen Ausläufern möglich, gegebenenfalls mit der Durchführung von gezielten Nachexzisionen, bis die Exzidataußenfläche tumorfrei ist. Auch bei kleinen unproblematischen Tumoren kann das Verfahren von Vorteil sein, da wegen der hohen diagnostischen Sicherheit gesunde Haut geschont werden kann und nur entsprechend der histologisch festgestellten Tumordinfiltration exzidiert wird. Die Aufarbeitung ist sowohl im Kryostat- als auch im Paraffinschnittverfahren möglich. Dieses Operationsverfahren erlaubt eine 95%-ige Heilungsrate. Mit einem Rezidiv ist daher in der Regel nicht zu rechnen.

Konventionelle Chirurgie

Die konventionelle Chirurgie mit stichprobenartiger histologischer Kontrolle führt infolge der lokalen Infiltration der Basalzellkarzinome in einem höheren Prozentsatz von 5 bis 34 % zu Rezidiven. Um bei konventioneller Chirurgie eine ausreichende Sicherheit in der Rezidivverhütung zu erreichen (Wahrscheinlichkeit von Tumorresten 5%), müssen zu Lasten des Patienten auch bei kleinen Tumoren (< 2 cm Durchmesser) Sicherheitsabstände von 3 bis 5 mm und bei infiltrierend wachsenden Tumoren von 13 bis 15 mm eingeplant werden.

Kryotherapie

Die Kryotherapie mit flüssigem Stickstoff kann nach dem Kontakt- oder offenen Sprayverfahren bei minus 196 Grad C durchgeführt werden, erlaubt jedoch keine histologische Kontrolle. Das Verfahren stellt eine gute Alternative zur Operation dar, wenn folgende Gegebenheiten vorliegen:

- Solide Basalzellkarzinome in einer für chirurgische Maßnahmen besonders ungünstigen Lokalisation (Nase, Ohrmuschel, Ober- und Unterlid)

- ausgedehnte, multiple, oberflächliche Herde bei älteren Patienten
- Patienten unter Antikoagulantien

Kontraindiziert ist die Kryotherapie des Basalzellkarzinoms mit folgenden Charakteristika:

- Lokalisationsabhängige Charakteristika umfassen Basalzellkarzinome des medialen Augenwinkels, der Ohrmuschelumschlagfalte, des Nasenflügelansatzes und des Gehörganges. Auch ist die Kryotherapie von Basalzellkarzinomen in Regionen atrophischer Haut über knöchernen Strukturen wegen der Gefahr nicht heilender Defekte kontraindiziert.
- Infiltrative sklerodermiforme und infiltrative nichtsklerodermiforme Basalzellkarzinome
- Basalzellkarzinome mit > 30 mm Durchmesser oder erforderlichen Behandlungsflächen > 50 mm Durchmesser
- Klinisch und histologisch nicht gut definierte Basalzellkarzinomrandrezidive sowie Mehrfachrezidive und Rezidive in schlecht überschaubaren Lokalisationen

Strahlentherapie

Die Strahlentherapie mit Einzeldosen zwischen 2,5 und 5 Gy und einer Gesamtdosis zwischen 40 und 56 Gy hat vergleichbare Heilungsaussichten wie eine konventionelle chirurgische Behandlung.

Für die Röntgentherapie geeignete Basalzellkarzinomtypen sind:

- noduläre Basalzellkarzinome mit und ohne Ulzeration
- pigmentierte Basalzellkarzinome
- oberflächliche Basalzellkarzinome

Für die Röntgenweichstrahltherapie nicht geeignete Basalzellkarzinomtypen sind:

- Basalzellkarzinome im Rahmen des Basalzellnävussyndroms
- Basalzellkarzinome, die in Knochen und Knorpel infiltrieren

Günstige Lokalisationen sind Augenwinkel und Augenlider, Nase und Nasolabialfalte, Ohren und Lippen.

Insgesamt vorteilhaft ist die Strahlentherapie bei Patienten über 60 bis 70 Jahre mit Basalzellkarzinomen im Gesichtsbereich mit vorwiegend nodulärem Wachstumstyp und ohne Infiltration in Knorpel oder Knochen. Eine histologische Diagnose ist Voraussetzung. Auch kann die Indikation einer Strahlentherapie bei Inoperabilität und bei postoperativem mikroskopischen oder makroskopischen Resttumor indiziert sein.

Photodynamische Therapie:

Die photodynamische Therapie (PDT) ist ein neueres Verfahren zur Behandlung superfizieller Basalzellkarzinome nach histologischer Sicherung. Ein lokaler Photosensitizer (δ -Aminolävulinsäure und seine Ester) werden auf den Tumor aufgebracht, nach 2-4 h Einwirkzeit erfolgt eine Bestrahlung mit Rotlicht (z.B. Aktilite®). Die Erfolgsaussichten dieser Therapie sind mit einer Kryotherapie vergleichbar.

Lokale Immuntherapie mit Imiquimod:

Imiquimod hat in Deutschland eine Zulassung für die Behandlung von oberflächlichen Basalzellkarzinomen. Es wird die okklusive Behandlung des Tumors mit 5% Imiquimod Creme an 5 Tagen pro Woche über 6 Wochen empfohlen. Während der Behandlung entsteht eine lokale Entzündung, die durch die Freisetzung von Tumornekrosefaktoren und Interferonen aus den Keratinozyten und Entzündungszellen vermittelt wird. Die Abheilung erfolgt zumeist narbenlos.

Da Langzeitergebnisse ausstehen, kann aktuell nicht ausgeschlossen werden, dass höhere Rezidivraten als bei der operativen Therapie auftreten. Dieses Verfahren sollte daher nur bei ausgewählten Patienten genutzt werden. Insbesondere bei sehr alten, multimorbiden Patienten kann die o.g. Therapie zum Einsatz kommen.

Weitere Therapieverfahren

In bestimmten Fällen, insbesondere bei multiplen superfiziellen Basalzellkarzinomen, können die Kürettage mit Elektrodesikkation oder das tangentielle Abtragen (Shave-Exzision) besonders im Rumpf- und Extremitätenbereich angewendet werden. Geeignet sind auch photodynamische Therapie und ablativ Lasertherapie. Auch kann das Zytostatikum 5-Fluorouracil topisch täglich für vier bis sechs Wochen angewendet werden (1 bis 5 % in Creme oder Salbe). Basalzellkarzinome sprechen in einem Prozentsatz von 50 bis 90 % auch auf eine intraläsionale Behandlung mit Interferon- α oder Interferon- β an. Dabei erfolgen Injektionen dreimal wöchentlich mit Dosen von 1 bis 3 Mio IE über drei Wochen.

Tabelle 2. Therapie des Basalzellkarzinoms

Mikrographische Chirurgie

erforderlich

- Infiltrativer Typ des Basalzellkarzinoms am Kopf und an den distalen Extremitätenabschnitten
- Größere Basalzellkarzinome (> 5 mm) in Problemlokalisation wie Nase, Orbital- und Aurikularbereich und große Tumoren (> 20 mm) an den übrigen Gesichtslokalisationen
- Rezidivtumoren

zu empfehlen

- Andere Typen des Basalzellkarzinoms als infiltrativer Typ < 20 mm in unproblematischer Gesichtregion

Konventionelle Chirurgie mit tumorabhängigem höherem Sicherheitsabstand

- in allen anderen Fällen

Alternativen

- Strahlentherapie als Alternative zur konventionellen Chirurgie oder primärer Inoperabilität sowie nach inkompletter chirurgischer Entfernung (R1, R2)
- Kryotherapie bei kleineren oberflächlichen Tumoren, bei Patienten höheren Alters und wenn eine Operation einen unverhältnismäßig großen Aufwand bedeutet
- Bei superfiziellen Basalzellkarzinomen bestehen als weitere Möglichkeiten Küret-

tage und Elektrodesikkation, Shave-Exzision, CO₂-Laserablation, photodynamische Therapie, lokale Chemotherapie (5 FU).

Nachsorge

Nach mikrographischer Chirurgie ist trotz der geringen Rezidivrate bei Primärtumoren eine Nachsorge nötig, da Neutumoren in ca. 30 % auftreten können. Bei anderen Verfahren sind Rezidive nach nicht erkannter subtotaler Exzision meist in einem Zeitraum von drei Jahren (70 %) klinisch erfassbar, können aber auch noch nach über 10 Jahren auftreten.

Eine klinische Nachkontrolle ist zumindest drei Jahre lang jährlich empfehlenswert. Patienten mit lokal rezidivierenden oder nicht in toto exziierten Tumoren oder solche mit höherem Risiko für weitere Neutumoren (Immunsuppression, genetische Disposition) werden individuell oder zumindest 5 Jahre lang alle 6 Monate nachkontrolliert. Danach sind lebenslange jährliche Kontrollen Bestandteil des Nachsorgeschemas der KVN.

Von großer Bedeutung ist die Aufklärung des Patienten, verbunden mit einer genauen Anweisung zur Selbstuntersuchung

Literatur:

Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften

www.awmf.de