

Klinik für Hautkrankheiten und Allergologie, Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau
 Chefarzt: Dr. med. D. Mechtel

Teubner D, Mechtel D, Wulff V

Basalzellkarzinome (BCC) bei jungen Patienten

Fall 1: männlich, geb. 1985

BCC am linken Nasenflügel, ambulant bioptisch gesichert
 Tumorgroße bei Aufnahme 10 x 12 mm
 11/2008 Tumorexzision in Lokalanästhesie
 Alloplastische Wundversorgung und sekundäre Wundheilung

Fall 2: weiblich, geb. 1971

BCC am Nasenrücken
 anamnestisch Tumorwachstum seit 5 Jahren, gelegentlich blutend
 Tumorgroße bei Aufnahme Ø 8 mm
 09/2008 Tumorexzision in Lokalanästhesie
 Wundverschluss mittels Transpositionsappenplastik

Das Basalzellkarzinom

Definition

Das BCC ist der häufigste epitheliale, langsam lokal infiltrierend und destruierend wachsender Tumor der behaarten Haut mit hoher Rezidivneigung. Sein Ursprung liegt in den epidermalen Vorläuferzellen der äußeren Haarwurzelscheide. Aufgrund des großen basophilen Zellkerns und der palisadenartigen Stellung an der Peripherie der Tumorstränge erinnern die Tumorzellen an normale Zellen des Stratum basale der Epidermis (→ Name). Bis auf seltene Ausnahmen ist es unfähig zu metastasieren.

Klinik

Prädilektionsstellen: Gesicht, 80% oberhalb Mundwinkel-Ohr-Linie

Klinische und histologische Varianten:

- noduläres BCC, ulzeriertes BCC, pigmentiertes BCC, sklerodermiformes BCC, zystisches BCC, superfizielles BCC, polypoides BCC, metatypisches BCC (mit Anteilen eines BCC und Plattenepithelkarzinoms), Narbenbasalzellkarzinom, metastasierendes BCC

Therapie (tumorabhängige Faktoren sowie Zustand des Patienten sind zu berücksichtigen)

Operative Verfahren:

- Goldstandard: Exzision mit histographischer Schnitttrandkontrolle
- Kürettage

Nichtoperative Verfahren:

- Kryotherapie
- Strahlentherapie
- Photodynamische Therapie (Photosensibilisator + Licht)
- topische Anwendung eines Immunmodulators (Imiquimod 5%)
- topische Anwendung von 5-Fluorouracil
- Retinoide bei multiplen BCC

Ätiopathogenese

- Hauttyp (Risiko bei Typ I und II höher),
- DNA Sequenzpolymorphismen (Assoziation zwischen Suszeptibilität für BCC und DNA-Polymorphismen in Glutathion-S-Transferase-Genen)
- UV-Exposition:
 - UV-B (290-320nm) für Induktion von DNA-Mutationen verantwortlich;
 - künstliche Bestrahlungsquellen (Solarium, Phototherapie)
 - cave Latenzzeit > 15 Jahre

- Immunsuppression
- Ionisierende Strahlung
- Karzinogene (Arsenexposition)
- chronische Hautschädigung

Epidemiologie

Inzidenz 53,6/ 100000 bei Männern und 44,0/ 100000 bei Frauen

Häufigkeitsgipfel 6.-8. Lebensjahrzehnt

Bei Jüngeren selten

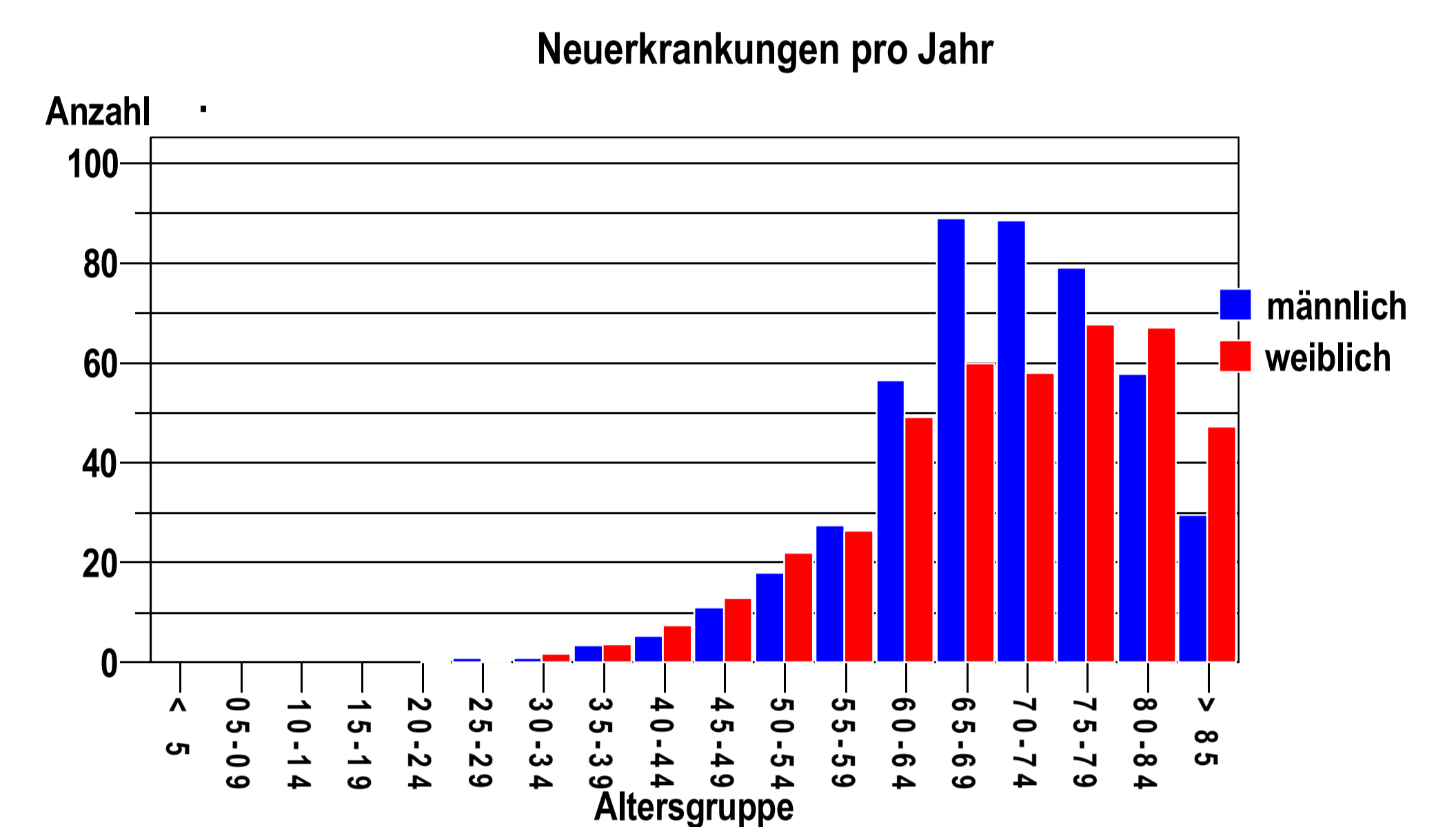
Syndrome, die mit multiplen BCC im jugendlichen Alter einhergehen:

- Gorlin-Goltz-Syndrom (Synonym: Nävoides Basalzellkarzinomsyndrom)
- Bazex-Dupré-Christol-Syndrom
- Xeroderma pigmentosum

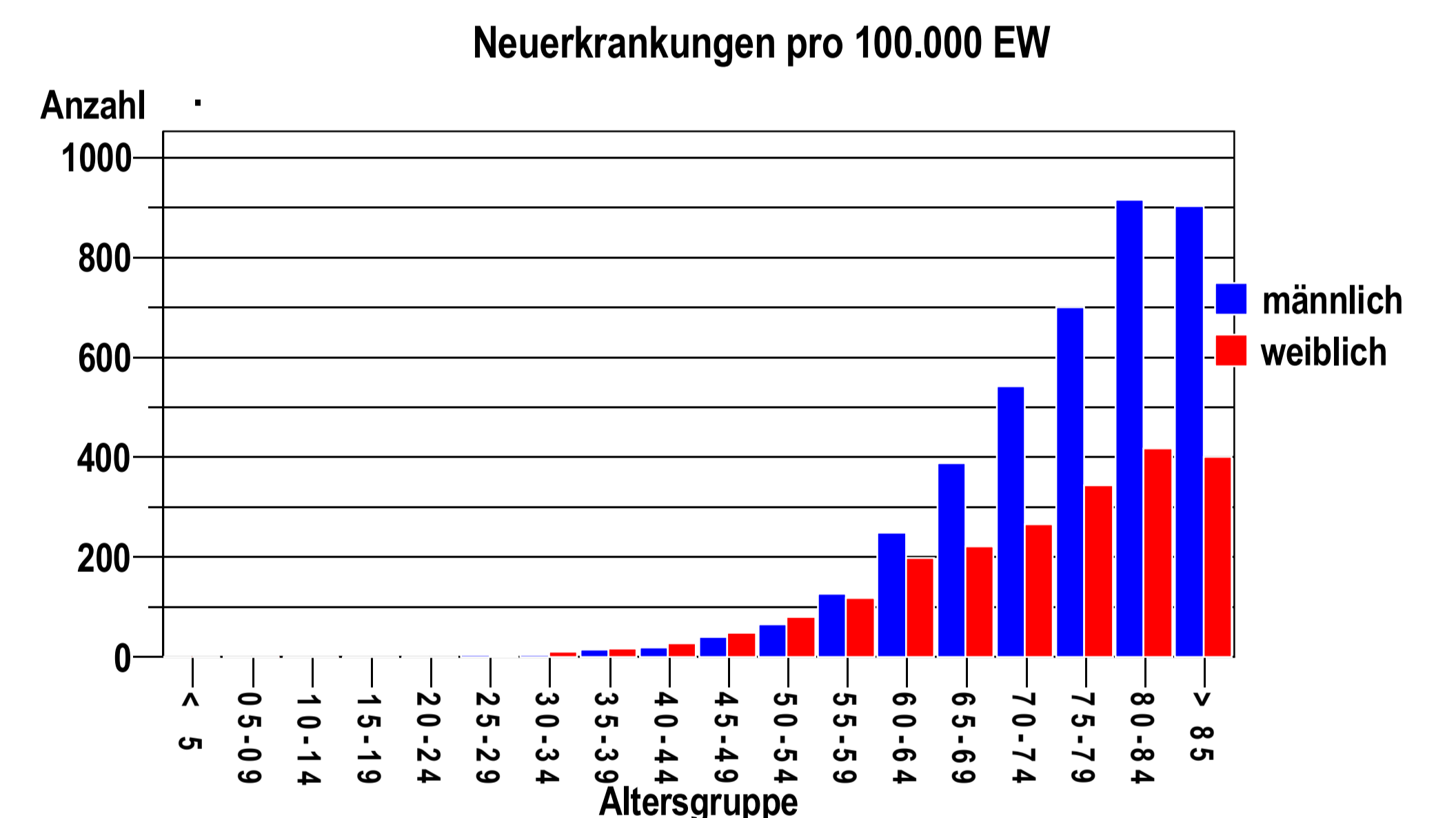
Epidemiologische Daten 2002-2007 der Region Südwestsachsen, bösartige Neubildungen Haut (C44), Histologie 809-811:

mit freundlicher Unterstützung durch das Südwestsächsische Tumorzentrum Zwickau e. V.

Neuerkrankungen nach Altersgruppen



Neuerkrankungen/100.000 EW nach Altersgruppen



Diskussion

Basalzellkarzinome treten häufig und vorwiegend bei älteren Patienten auf, jedoch werden auch Fälle sehr junger Erwachsener beobachtet. Dies sollte Anlass geben, das Basalzellkarzinom differentialdiagnostisch auch bei jungen Patienten in Betracht zu ziehen und entsprechende diagnostische Maßnahmen einzuleiten. Ursächlich hierfür scheint neben den sehr seltenen kongenitalen Syndromen die zunehmende UV-Exposition zu sein. In der Literatur finden sich wenige Daten hierzu.

In einer britischen Studie 1996-2003 mit 7,22 Millionen untersuchten Personenjahre lag bei 11.113 Erwachsenen ein BCC vor. Die größte Zunahme der Inzidenz fand sich in der Gruppe der 30-39-Jährigen, möglicherweise als Effekt der Zunahme der UV-Exposition in der jüngeren Population.

Eine weitere Studie sah BCC in engem Verhältnis zur Exposition gegenüber ionisierender Strahlung in der Kindheit bei Langzeitüberlebenden von malignen Erkrankungen im Kindesalter, da alle untersuchten BCC im Bestrahlungsfeld lokalisiert waren.

Eine nordenglische Studie zeigte eine Inzidenz von malignen Tumoren der Haut (melanozytär und nicht-melanozytär) von 1,2 Fällen/ Million bei Kindern (0-14 Jahre) und 13 Fällen/ Million bei jungen Erwachsenen (15-24 Jahre) auf. Diese Inzidenz war 1982-1995 signifikant höher als 1968-1981.

BCC junger Patienten zeigen kein aggressiveres Wachstum als BCC bei älteren Patienten.

Unterschiedliche histologische Typen des BCC zeigen Unterschiede bezüglich Prädilektionsstellen, des Geschlechts und des mittleren Alters der Patienten.

Literatur:

- Bath-Hextall F, Leonardi-Bee J, Smith C, Meal A, Hubbard R: Trends in incidence of skin basal cell carcinoma. Additional evidence from a UK primary care database study. *Int J Cancer*. 2007 Nov 1; 121(9): 2105-8
- Levi F, Moeckli R, Randimbison L, Tumorexzision VC, Maspoli M, LaVecchia C: Skin cancer in survivors of childhood and adolescent cancer. *Eur J Cancer*. 2006 Mar; 42(5): 656-9. Epub 2006 Jan 26
- Pearce MS, Parker I, Cotterill SJ, Gordon PM, Craft AW: Skin cancer in children and young adults: 28 years' experience from the Northern Region Young Person's Malignant Disease Registry, UK. *Melanoma Res*. 2003 Aug; 13(4): 421-6
- Roudier-Pujol C, Auferin A, Nguyen T, Duvallard P, Benhamou E, Avril M: Basal cell carcinoma in young adults: not more aggressive than in older patients. *Dermatology* 1999; 199(2): 119-23
- Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B: Variations of Basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol*. 2002 Jul; 147(1): 41-7



Fall 2
 Patientin bei Aufnahme,
 ulzeriertes BCC am Nasenrücken



Fall 1
 Patient nach Exzision des BCC



Fall 1
 Patient bei Aufnahme,
 sklerodermiformes BCC
 am linken Nasenflügel



Fall 1
 Patient, Verlaufsbeobachtung
 sekundäre Wundheilung