

Abklärungsbedürftige Hautveränderungen
in der Zahnarztpraxis

Das Basaliom – bessere Prognose durch Früherkennung



Dr. Ulrike Obwald-Dame,
München

Foto: Privat

Warum sollten nicht alle Fachärzte, die die Kopf-Hals-Region im Fokus haben, verstärkt auf Hautveränderungen achten? Aufgrund seiner täglichen Patientenkontakte hat der Zahnarzt die Chance und Verantwortung, frühzeitig auffallende und damit abklärungsbedürftige Hautveränderungen im Gesicht zu erkennen. Das Basaliom (Basalzellkarzinom) ist ein Beispiel für einen Hauttumor, der dem Zahnarzt aufgrund seiner Inzidenz durchaus begegnen kann und der, je früher erkannt, eine umso bessere Prognose hat und leichter zu behandeln ist, insbesondere, weil er in der Regel keine Metastasen bildet.

Zahnheilkunde ist heute mehr denn je interdisziplinär, wengleich die verschiedenen Teilbereiche der Zahnmedizin natürlich unterschiedlich stark betroffen sind. Entwicklungen rund um die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und die Behandlung von Tumoren aus dem Kopf-Hals-Bereich in beispielsweise entsprechenden, an die Universitätskliniken angegliederten Tumorzentren wie unter anderem in Heidelberg und Tübingen (Nationales Centrum für Tumorerkrankungen [NCT] und Zentrum für Kopf-Hals-Tumore [ZKHT]) bestätigen in diesem Bereich die Bedeutung, die der Interdisziplinarität verschiedener Fachdisziplinen zufällt.

Allen Bestrebungen ist gemeinsam, dass die Tumorthherapie im Kopf-Hals-Bereich optimiert und sowohl die Überlebenschancen als auch die Lebensqualität der Patienten langfristig verbessert werden sollen. Bevor aber die Spezialisten beziehungsweise Zentren eingreifen, spielt der niedergelassene Zahnarzt eine, vielleicht die entscheidende Rolle. Das betrifft nicht nur intraoral beispielsweise die in der S3-Leitlinie formulierte Erkennung des Mundhöhlenkarzinoms [21], sondern auch die Erkennung von extraoralen Veränderungen und damit auch von Hauttumoren



Abb. 1: Das Basalzellkarzinom: Typische Lokalisation im Gesicht

Foto: Deutschen Krebshilfe e.V.



Abb. 2: Oberflächliches Rumpfhaut-Basaliom



Abb. 3: Knotiges Basaliom

insbesondere am Kopf beziehungsweise im Gesicht [11]. Immerhin ist der Hautkrebs die häufigste Tumorart des Menschen, an dem in Deutschland jedes Jahr mehr als 200.000 Menschen neu erkranken [5,13], Tendenz steigend [17].

Entstehung und Verteilung

Der häufigste Tumor der Haut ist das Basaliom [10,11], auch Basalzellkarzinom (**Abb. 1**). Seinen Namen verdankt das Basaliom den Basalzellen der Epidermis, da es von ihnen beziehungsweise dem Follikel ausgeht [10]. Auch wenn das Basaliom der häufigste bösartige Hauttumor ist, spricht man von ihm als einen semimalignen Tumor [2,10]. Das liegt daran, dass das Basaliom einerseits unbehandelt zwar ohne Beachtung von Organgrenzen örtlich verdrängend und auch destruierend wächst (siehe unten), andererseits in der Regel aber keine Metastasen bildet [1, 6,14].

Als Hauttumor trifft auch auf das Basaliom zu, dass die UV-Strahlung der wichtigste bekannte Risikofaktor ist. Deshalb lassen sich zirka 90 Prozent aller Basaliome an den sogenannten Sonnenterrassen des Körpers finden, also im Gesicht (Nase), an Nacken, Schultern, unbehaarter oder wenig behaarter Kopfhaut etc. [3,10]. Im Kopf-Hals-Bereich treten sie dabei mit rund 80 Prozent aller Basaliome am häufigsten auf [9].

Die präferierte Lokalisation bildet hier der zentrofaziale Bereich: Die meisten Basaliome sind innerhalb der Verbindungslinie beider Mundwinkel zum unteren Ohransatz und dem Haaransatz lokalisiert [10]. So ist es nur konsequent, dass in Australien, mit einer fünfmal höheren Erkrankungsquote als in Europa, Berichten zufolge Friseure darin geschult werden, beim Haarschneiden auf Hautveränderungen am Kopf zu achten und die Kunden darauf hinzuweisen [20].

Auch die zahnärztliche Behandlung eines Patienten eignet sich hervorragend dazu, im Gesicht des Patienten Hautveränderungen und damit möglicherweise Hautkrebs in einem frühen Stadium zu entdecken. Selbstverständlich gehört der Patient anschließend

in die entsprechenden Fachhände – in diesem Sinn sind die folgenden Ausführungen als Sensibilisierung zum Thema „Früherkennung von Hautkrebs im Gesicht in der zahnärztlichen Praxis“ gedacht und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Im Übrigen bieten die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitgliedern ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre eine standardisierte Untersuchung der gesamten Körperoberfläche an.

Anzeige

Schlafapnoe & Bruxismus SOMNOwatch™ plus



Atemfluss (nasal/oral)
Schnarchen

EMG (Masseter)

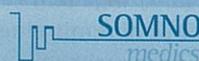
integriert:

Körperlage + Bewegung + Umgebungslicht

12-Kanal Polygraphie SOMNOtouch™ RESP

- Schlafapnoe
- Oximetrie
- Bruxismus
- Schlafqualität

Automatische Analysen, direkter Reportausdruck



SOMNO
medics

SOMNOmedics GmbH · www.somnomedics.de



Abb. 4: Geschwürartiges Basaliom



Abb. 5: Narbenähnliches Basaliom

Fotos 2 bis 5: Dermatologische Klinik, Universitätsspital Zürich

Beim genannten Basaliom spielt bei seiner Entstehung neben der übermäßigen und langjährigen Sonnenexposition auch der Hauttyp eine tragende Rolle – besonders blonde und rothaarige Menschen mit Typ I und II sind sonnenempfindlich und damit gefährdet; das Geschlecht dagegen scheint gemäß der überwiegenden Anzahl der Studien zufolge keine Rolle zu spielen [10]; die aktuelle Leitlinie spricht hingegen davon, dass Männer etwas häufiger betroffen sind [9]. Nicht zu vergessen ist, dass Personen bei Erkrankungen mit Immunsuppression häufiger Hauttumoren infolge von UV-Strahlung entwickeln als Personen ohne diese Erkrankungsformen [1]. Auch der häufige Kontakt mit Arsen war lange Zeit eine Ursache einer Basaliomentstehung, wurde Arsen doch früher zur Behandlung der Psoriasis oder im Weinbau als Insektizid angewandt [10,19, 20]. Desgleichen können genetische Störungen wie Xeroderma pigmentosum, Basalzellnävus-Syndrom oder Albinismus in bestimmten Fällen die Grundlage einer Basaliomentstehung bilden [2, 9].

Eigentlich treten primäre Basalzellkarzinome in der Mundschleimhaut nicht auf. Allerdings werden Einzelfallkasuistiken beschrieben, bei denen das Basalzellkarzinom der Lippen ebenso kontinuierlich in den Schleimhautbereich vorwachsen kann, wie das Basalioma terebrans (siehe unten) – als tiefe Infiltration über das Korium hinaus mit Ulzeration – von der Gesichtsmitte aus zu großen Defekten im Mundhöhlenbereich führen kann [2,10]. Einen der seltenen intraoralen Fälle beschreiben auch Benjamin F. Lawson et al. [12] und Samit [18]. Die meisten von einem Basaliom betroffenen Patienten sind 60 Jahre und älter, andere Quellen sprechen von den höchsten Erkrankungszahlen zwischen 50 und 60 Jahren [2, 5]. Allerdings erkranken heute aufgrund des geänderten Freizeitverhaltens auch deutlich jüngere Menschen, auch schon gelegentlich junge Menschen ab dem 20. Lebensjahr [5, 7]. In jedem Fall sollte man allein aus demografischen Gründen mit einer Zunahme der Häufigkeit von Neuerkrankungen rechnen.

Erscheinungsbild

Das klinische Erscheinungsbild des Basalioms kann sehr unterschiedlich sein [9]. Neben Einzelherden können auch gleichzeitig multiple Basaliome vorhanden sein oder nachfolgend auftreten [2]. Klinisch charakteristisch sind perlschnurartige Knötchen am Rand sowie Teleangiectasien. In der Literatur werden die verschiedenen klinischen Bilder ausführlich beschrieben, deren Anzahl mit vier, fünf oder mehr typischen Haupterscheinungsbildern angegeben werden, die auch in gemischter Form auftreten können [1, 2, 3, 7,17].

Im Frühstadium wird „meist in unveränderter Haut ein kleines, flach kalottenförmig erhabenes, hautfarbenedes, gelegentlich bräunlich-rötliches tingiertes Knötchen mit glatter glänzender Oberfläche und durchscheinenden Teleangiectasien“ benannt [2]. Hier ist der perlschnurartig, knotig erhabene Randsaum ebenso charakteristisch, wie er auch im fortgeschrittenen Stadium des Basalioms mit Erosionen und Ulzerationen zu sehen ist [4].

Ein typisches Erscheinungsbild ist das Rumpfhaut-Basaliom, das durch flache, rötlich bis braun-rötlich oft schuppenflechtartige Flecken auffällt, manchmal auch braun-schwarz pigmentiert ist und nur gering infiltriert (**Abb. 2**). Das knotige Basaliom imponiert durch ein hautfarbenedes, glasiges oder bräunliches Knötchen (**Abb. 3**) mit darüberziehenden kleinen Teleangiectasien.

Das geschwürartige Basaliom sieht aus wie eine nicht heilende Hautwunde, nässt oft aus der Mitte, blutet gelegentlich und bildet dann Krusten (**Abb. 4**). Weißlich-rötlich oder narbenähnliches Aussehen prägt das deshalb sogenannte narbenähnliche Basaliom mit einer flachen, zentral oft gering eingesunkenen Hautertheit, mit teilweise nur schwer zu erkennenden durchziehenden Teleangiectasien (**Abb. 5**).

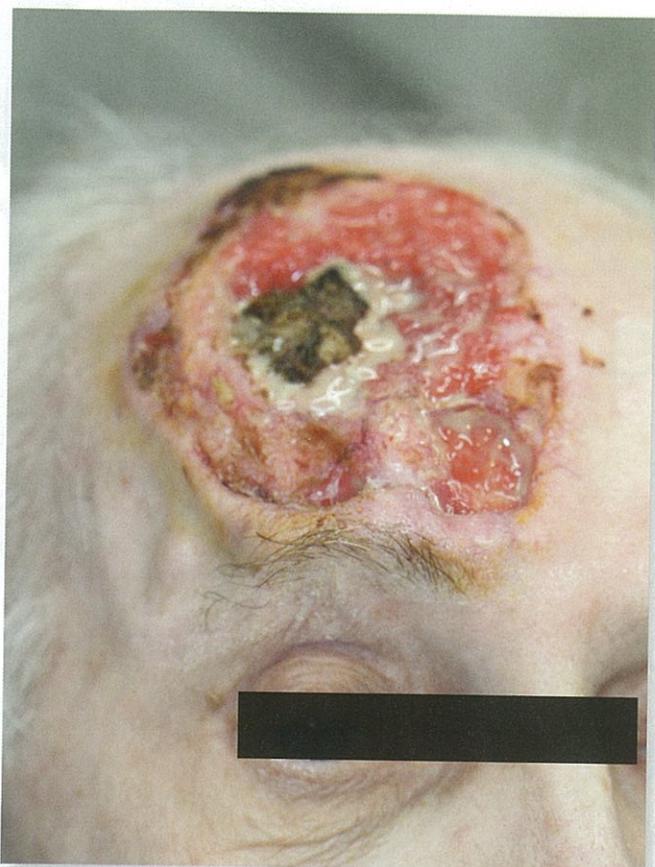


Abb. 6: Klinisch imponiert ein *Ulcus Terebrans*. Die histologische Untersuchung zeigte ein *Sklerodermiformes Basaliom*.

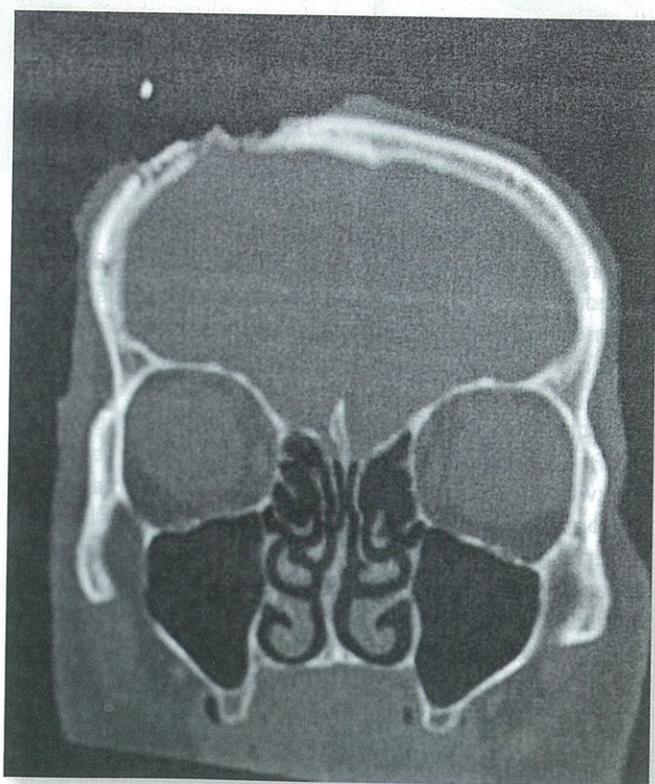


Abb. 7: Infiltration des *Ulcus Terebrans* bis in die knöchernen Schädelstrukturen. Fotos 6 und 7: Dr. Dr. M. Martini

Das Basalioma terebrans (auch *Ulcus terebrans*) ist eine seltenere Variante und ulzeriert und infiltriert tief. Es neigt zu Blutungen und greift Knorpel und Knochen an. Bei Infiltration der knöchernen Strukturen bis zur Schädelbasis bzw. zu lebenswichtigen Strukturen verläuft es auch letal (**Abb. 6 und 7**) [1, 2, 9].

Therapie

Die Therapie eines Basalioms besteht in der chirurgischen Exzision unter histologischer Kontrolle mit einem Resektionsrand in das umgebende gesunde Gewebe hinein [1, 2, 9]. Alternative Therapieverfahren können zum Beispiel Kryotherapie, Elektrokürettage, Lasertherapie, chemochirurgische Ätzbehandlung, Immuntherapie oder die Photodynamische Therapie sein [4, 9]. Selbstverständlich sind diese Methoden individuell abzuwägen, da generell die Exzision die Therapiemethode erster Wahl ist. Die Alternativen finden ihre Indikation auch eher bei initialen, gesichert oberflächlichen Basaliomen bei älteren Patienten [1, 2, 3, 10, 15, 16]. In seltenen Fällen, wie bei einer zu großen Flächenausdehnung des Basalioms oder einer entsprechenden Lokalisation, kann auch anstelle der Exzision eine Strahlentherapie notwendig werden [2, 8, 10].

Seit 2013 ist bei erwachsenen Patienten auch vorläufig Erivedge (Vismodegib) zur Behandlung beim metastasierten sowie lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinom, bei dem andere Therapieoptionen nicht geeignet sind, zugelassen (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft). Generell empfiehlt die aktuelle Leitlinie bei „lokal nicht in sano resezierbaren Tumoren oder inoperablen Patienten“ ein interdisziplinäres Behandlungskonzept [9]. In jedem Fall hängt die Therapie von der Art, der Größe beziehungsweise Tiefe, der Lage des Basalioms sowie dem Alter und dem allgemein-medizinischen Zustand des Patienten ab [7].

Fazit

Aufgrund seiner täglichen Patientenkontakte hat der Zahnarzt die Chance und Verantwortung, frühzeitig auffallende und damit abklärungsbedürftige Hautveränderungen im Gesicht zu erkennen und die notwendigen Konsequenzen einzuleiten. Das Basaliom ist ein Beispiel dafür, da es bevorzugt im Gesicht lokalisiert ist, den häufigsten Hauttumor darstellt und somit am ehesten dem Zahnarzt auch begegnet. Da das Basaliom in der Regel keine Metastasen bildet, ist die Prognose bei Früherkennung sehr gut. Selbstredend ist, dass jede auffällige Hautveränderung zur Weiterverfolgung in die entsprechenden Fachhände gehört. Besonders das Basaliom zeigt zahlreiche Varianten, sodass der Facharzt eine sichere Diagnostik durchführen muss. Gerade da das Basaliom vom Aussehen her oft als Ekzem oder Schuppenflechte daherkommt, ist hier besondere Aufmerksamkeit auch vonseiten des Zahnarztes vonnöten.

Dr. Ulrike Oßwald-Dame, München ■

Das Literaturverzeichnis kann unter leserservice@dzw.de angefordert werden – oder als PDF im E-Paper unter www.dzw.de heruntergeladen werden.