

Krankheitsbild

Hauttumore im Gesicht

Informationen der SGORL für Patientinnen und Patienten

Autoren: Dr. med. Fabrice Savaria, PD Dr. med. Abel-Jan Tasman
Kantonsspital St. Gallen, Hals-Nasen-Ohrenklinik, Rorschacher Strasse 95, 9007 St. Gallen

Weisser und schwarzer Hautkrebs im Gesicht und am Hals

Weisser und schwarzer Hautkrebs entsteht häufig im Gesicht und am Hals. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass diese Hautbereiche im Laufe des Lebens besonders viel UV-Strahlung des Sonnenlichts ausgesetzt sind.

Weisser Hautkrebs

Bei weissem Hautkrebs wird unterschieden zwischen einem sogenannten Basalzellkarzinom (früher Basaliom genannt) und dem Plattenepithelkarzinom der Haut (auch Spinaliom oder spinozelluläres Karzinom genannt). Erfreulicherweise wächst der weisse Hautkrebs im Gesicht meist langsam. Deshalb ist die Prognose bei frühzeitiger Therapie in der Regel sehr gut. Während Basalzellkarzinome fast nie streuen (metastasieren), tun dies Plattenepithelkarzinome in der Regel erst ab einer gewissen Grösse.

Schwarzer Hautkrebs

Der schwarze Hautkrebs (malignes Melanom) ist deutlich seltener, jedoch weniger berechenbar. Er dringt im Vergleich zum weissen Hautkrebs häufiger in die umgebende Haut und in benachbarte Lymphknoten ein. Zudem neigt das maligne Melanom dazu, über das Blut entfernte Organe befallen. Deshalb sind die Abklärung und die Behandlung im Vergleich zum weissen Hautkrebs aufwändiger und anspruchsvoller.

Wichtig ist es, nicht abheilende Hautveränderungen, sich verändernde Verfärbungen oder neu aufgetretene Unregelmässigkeiten ärztlich beurteilen zu lassen. Die Diagnose wird meist durch eine Gewebeprobe (Biopsie) gesichert, die auch im Gesicht die Probe in örtlicher Betäubung entnommen wird (Abbildung 1). Das Ergebnis liegt in der Regel nach einigen Tagen vor. Wenn ein Plattenepithelkarzinom diagnostiziert wurde, sollten die Lymphknoten in der Umgebung mit Ultraschall (Sonografie) untersucht werden.



Behandlungsoptionen bei weissem Hautkrebs

Chirurgische Behandlung von Hauttumoren im Gesicht für ein optimales funktionelles und ästhetisches Ergebnis

Der Gedanke, ein 1 oder 2cm grosses Hautareal im Gesicht entfernen zu lassen, ist verständlicherweise beunruhigend. Dennoch ist eine chirurgische Behandlung von weissem und schwarzem Hautkrebs meist die beste Lösung. Mit viel Erfahrung und chirurgischem Geschick gelingt es dabei meist, die entstandenen Defekte so zu verschliessen oder zu rekonstruieren, dass auf den ersten Blick von der durchgemachten Erkrankung wenig zu sehen ist. Das gilt sogar für mehrere Zentimeter grosse Defekte (siehe Abbildung 2-6).

Entfernung des Hauttumors in örtlicher Betäubung

In der Regel wird der Hauttumor in örtlicher Betäubung entfernt. Dabei werden um das entfernte Hautareal herum schmale Hautstreifen entnommen, die eine optimale Sicherheit bezüglich einer kompletten Entfernung bieten. Sollte der Tumor nicht vollständig entfernt worden sein, lassen die Randschnitte eine gezielte und meist kleine Nachoperation zu. Meist gelingt die vollständige Entfernung mit einem Eingriff. Am Kantonsspital St. Gallen wird der Defekt verbunden und nach einigen Tagen verschlossen, sofern die Untersuchung des Gewebes ergeben hat, dass der Tumor vollständig entfernt wurde. Andernfalls wird die Resektion erweitert.

Eine Ausnahme sind Hautdefekte, bei denen Knorpel freiliegt (z.B. an der Ohrmuschel) oder ein Defekt nicht offenbleiben kann (z.B. an den Lippen). In Ausnahmefällen wird in Narkose operiert. Dann wird in der Regel während der Operation Gewebe durch den Pathologen untersucht (sogenannte Schnellschnittuntersuchung).

Eine Bestrahlung nach erfolgter Operation von Hauttumoren im Gesicht ist eine Ausnahme. Dies gilt ebenso für eine medikamentöse Therapie der Hauttumore.

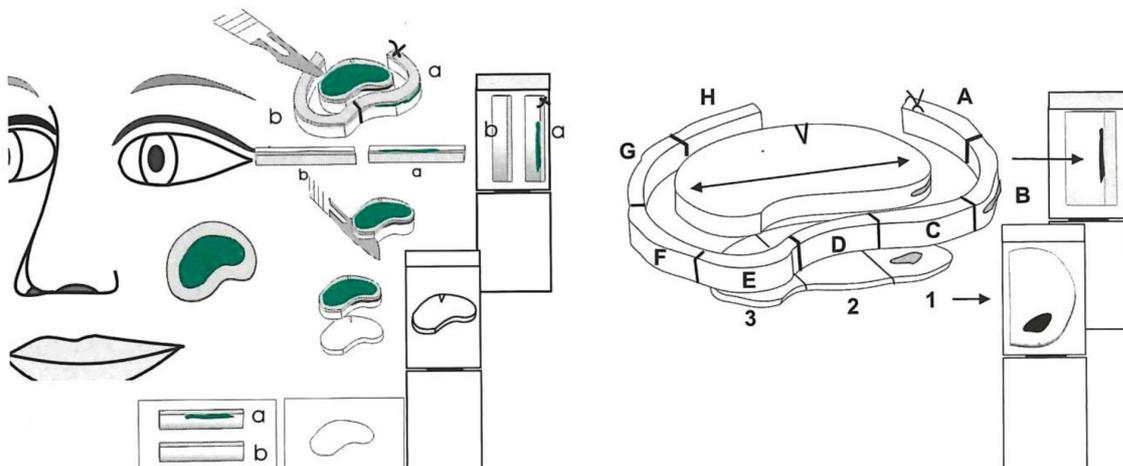


Abb. 1: Exzision des Tumors (grün) mit zirkulären, multiplen Randschnitten (A-H). Die paraffinfixierten Präparate erlauben so eine 3-D Histologie der Karzinomausdehnung mit dem Vorteil, gezielt und gewebeschonend an den Stellen verbleibender Infiltration nachzuschneiden (mit freundlicher Genehmigung aus Helmut Breuninger, DermOPix® und die Hautchirurgie, Steinkopff Verlag 2008).

Defektverschluss und Rekonstruktion

Ob, und wie ein Defekt verschlossen wird, hängt primär von der Grösse und der Lage des Defektes ab. Die Literatur der vergangenen Jahre enthält viele Hinweise auf gute Ergebnisse nach einer spontanen Heilung («per secundam») oder einem primären Verschluss durch Naht. Es braucht viel Erfahrung, um eine dieser Varianten zu empfehlen und auf das Verschieben oder Verpflanzen von Hautlappen zu verzichten. Im Gegensatz zu den Empfehlungen in vielen Lehrbüchern sind vor allem an der Nase die Ergebnisse nach Verpflanzen von freier Haut (Vollhauttransplantation) besser als nach Verschieben von Haut (Lappenplastik). Die Lokalisation, die Defektgrösse, sowie die Präferenzen der Patienten werden dabei selbstverständlich berücksichtigt.

Spontane Heilung

Die spontane Heilung (Heilung per secundam) kann kosmetisch überraschend gut sein (Abbildung 2). Dies ist besonders dort so, wo eine Schrumpfung der Narbe nicht von Nachteil ist oder ein kleiner Defekt in einer natürlichen Konkavität gelegen ist, etwa am inneren Augenwinkel, oder am Nasenflügelansatz. Hautdefekte der Stirn und der Ohrmuschel heilen ebenfalls sehr gut per secundam ab, sofern die Knochen- bzw. Knorpelhaut erhalten ist. Selbst durchgehende Defekte der Augenlider heilten in Einzelfällen mit gutem funktionellem und ästhetischem Ergebnis.



Abb. 2: Defekte an der Nasenspitze und am medialen Augenwinkel, die spontan abgeheilt sind. Links 1 bis 2 Wochen nach Entfernung des Hauttumors, rechts nach 3 Monaten. (mit freundlicher Genehmigung der medEdition Verlag GmbH)

Direktverschluss

Defekte, deren Ränder sich ohne störende Verformung der Umgebung annähern lassen, werden oft primär durch Zug und Naht verschlossen. Diese einfache Methode des direkten linearen Verschlusses ist ebenfalls aufwändigeren Lappenplastiken häufig überlegen. Auch grosse Defekte lassen sich je nach Lokalisation überraschend gut primär verschliessen (Abbildung 3).



Abb. 3: Direktverschluss nach Mobilisierung der Wundränder im Bereich der Wange. (mit freundlicher Genehmigung der medEdition Verlag GmbH)

Vollhauttransplantate

Ein Vollhauttransplantat ist insbesondere für Hautdefekte der Nase oft die erste Wahl. Farbe, Textur und Elastizität der verpflanzten Haut sollten der Nasenhaut möglichst ähnlich sein. Als Entnahmestellen eignet sich deshalb primär die Stirnhaut am Haaransatz, gefolgt von der Haut hinter dem Ohr (Abbildung 4 oben). Defekte der Nase in dicker, grobporiger Haut, eignen sich weniger für Vollhauttransplantate. Transplantate heilen besser ein, wenn der Defekt nach einigen Tagen gut durchblutet ist. Die Wartezeit auf das Gewebeergebnis ist deshalb meist von Vorteil. Eine Bräunung (Hyperpigmentierung), Rötung durch neue Blutgefässe (Couperose) oder eine Reliefunregelmässigkeit des eingeheilten Vollhauttransplantats lassen sich durch Schleifen (Dermabrasio) in der Regel weitgehend beheben (Abbildung 4 unten).



Abb. 4: Verschluss eines Defektes an der Nasenspitze durch ein Vollhauttransplantat vom Haaransatz (oben). Sekundäre Korrektur von Hyperpigmentierung und Reliefunregelmässigkeiten durch Dermabrasio (unten). (mit freundlicher Genehmigung der medEdition Verlag GmbH)

Lappenplastiken

An lokalen Verschiebelappen gibt es eine Fülle von Optionen. Für die richtige Wahl müssen die Defektgrösse, die ästhetische Einheit des Gesichtes, aber auch die Hautbeschaffenheit des berücksichtigt werden (Abbildung 5). Das Prinzip der Lappenplastik ist das Rotieren oder Verschieben der benachbarten Haut. Hierbei werden kosmetische Ergebnisse am besten, wenn sich die Rekonstruktion auf eine einzelne ästhetische Einheit des Gesichtes beschränkt. Überschreiten die Defekte ästhetische Einheiten, etwa an der Falte zwischen Nase und Wange (Nasolabialfalte), sollten die Einheiten jeweils ihrer Hautdicke, Kolorit, Kontur, Konsistenz und Anzahl an Talgdrüsen entsprechend rekonstruiert werden. Bei grossen und tiefen Defekten werden Verfahren kombiniert. Ein Defekt der Nase wurde zum Beispiel mit Rippenknorpel, Ohrknorpel, Nasenschleimhaut und Stirnhaut rekonstruiert (Abbildung 6). Die Narben wurden sekundär geschliffen.



Abb. 5: Defektverschluss durch lokale Verschiebe- und Rotationsplastiken. Oben Mitte: Transpositionsflappen modifiziert nach Schrודde. Oben rechts: Ergebnis nach 3 Monaten. Unten: Grosser Defekt des medialen Augenwinkels und des Nasenabhangs, welcher 6 Tage postoperativ durch einen Rotations-Verschiebelappen des Oberlides und der Glabella gedeckt wird. Unten rechts: Ergebnis nach 11 Monaten. (mit freundlicher Genehmigung der medEdition Verlag GmbH)



Abb. 6: Dreischichtig rekonstruierter, tiefgreifender Defekt der Nase. (mit freundlicher Genehmigung der medEdition Verlag GmbH)

Nachsorge

Wenn der weisse Hautkrebs nachwächst (rezidiert), geschieht dies in etwa 3 von 4 Fällen innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Therapie. Deshalb ist eine engmaschige Nachkontrolle der ehemaligen Tumorlokalisation ebenso wichtig, wie die hautärztliche Untersuchung der gesamten Körperhaut. Wie oft dies erfolgen sollte, hängt von vielen Faktoren ab, sollte aber innerhalb der ersten zwei Jahre zwischen 3-12 monatlich erfolgen. Halbjährliche Ultraschallkontrollen des Halses empfehlen sich bei Spindelzellkrebs (Plattenepithelkarzinom), je nach Lage und Dicke des Krebses für mindestens 4 Jahre.

