

36-jährige Frau mit Hauttumor an der rechten Schulter

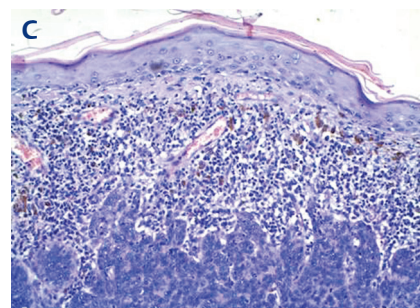
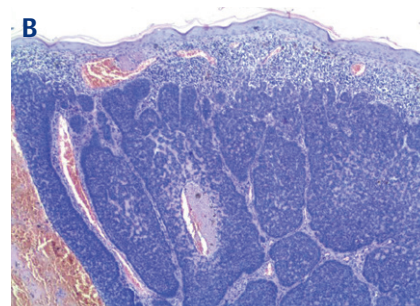


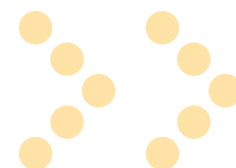
Abb. 1 Hauttumor supraskapulär rechts (A). Histologie, HE-Färbung: Vergrößerung 20 × (B), Vergrößerung 40 × (C).

Assoc. Prof. Ilko Bakardzhiev¹
 Dr. Anastasiya Atanasova Chokoeva²
 Prof. Dr. med. Uwe Wollina³
 Assoc. Prof. Georgi Tchernev⁴
¹ Medical College, Medical University of Varna, Bulgarien
² Onkoderma – Polyclinic for Dermatology and Dermatologic Surgery, Sofia, Bulgarien
³ Klinik für Dermatologie und Allergologie, Akademisches Lehrkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt
⁴ Polyclinic for Dermatology and Venereology University Hospital Lozenetz, Bulgarien

Korrespondenz:
 georgi_tchernev@yahoo.de

Eine 36-jährige Frau hat seit Jahren einen asymptomatischen, solitären Pigmenttumor supraskapulär an der rechten Schulter (► **Abb. 1 A**). Anfänglich sei eine kleine rötliche Papel aufgetreten, die sich allmählich verbreiterte und auf der rechten Seite einen Knoten bildete. Die Patientin hat keine Komorbiditäten und in der Familie sind keine Hauterkrankungen bekannt. Die Inspektion der Schulter und die histologische Untersuchung des Tumors (► **Abb. 1 B, C**) ergeben 3 pathologische Befunde.

- Welche Befunde sind es?
- Erlauben diese Befunde eine Verdachtsdiagnose?
- Wenn ja, welche?
- Sind Differenzialdiagnosen möglich?
- Wenn ja, welche?



Auflösung Seite 63

36-jährige Frau mit Hauttumor an der rechten Schulter

Quiz siehe S. 17

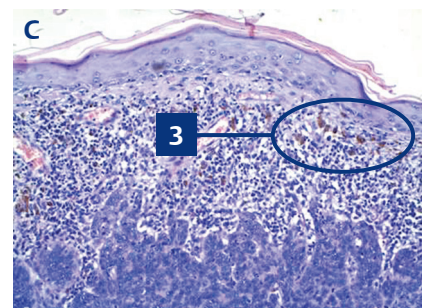
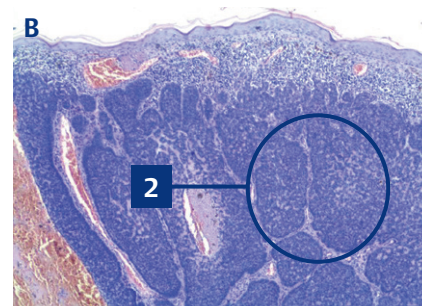
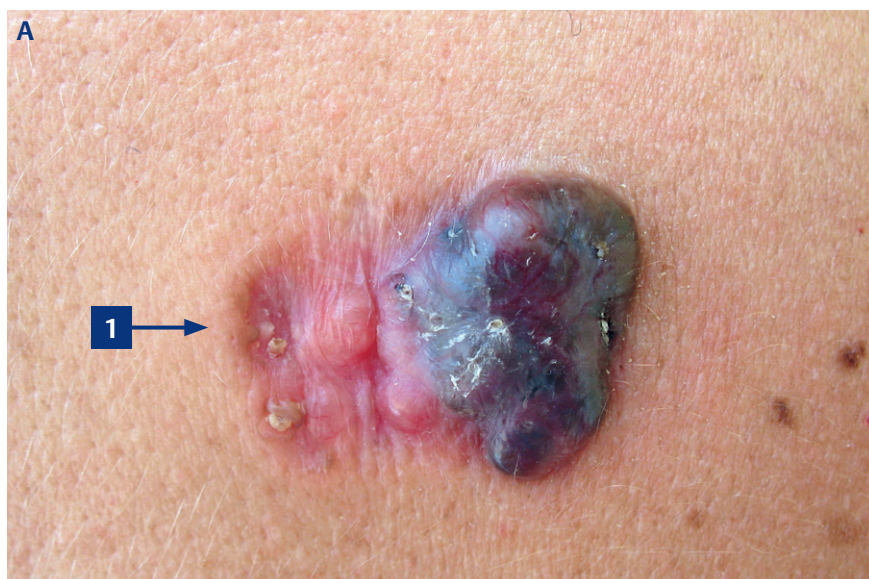


Abb. 2 Hauttumor supraskapulär rechts (A). Histologie, HE-Färbung: Vergrößerung 20 × (B), Vergrößerung 40 × (C).

Befunde

1. solitärer zweifarbiger (rötlich-bräunlich) Knoten, teils gelbkrustig belegt (7,2 × 3,4 cm)
2. basaloide Zellproliferationen
3. Melanophagen und Melanozyten

Verdachtsdiagnose

- ▶ pigmentiertes Basalzellkarzinom

Differenzialdiagnosen

- ▶ Dermatofibrosarcoma protuberans
- ▶ Malignes Melanom
- ▶ Squamös-melanozytärer Tumor
- ▶ Pigmentierte Metastase
- ▶ Neurokutane Melanose

Erläuterung

Das Basalzellkarzinom (BCC) ist der häufigste maligne Hauttumor der Kaukasier und

macht ca. 75% aller Hauttumoren aus [1]. Das klinische Erscheinungsbild ist variabel:

- ▶ nodulär,
 - ▶ ulzerativ,
 - ▶ superfiziell,
 - ▶ Morphaea-artig,
 - ▶ pigmentiert oder
 - ▶ fibroepitheliomatös (Pinkus-Tumor) [2].
- Etwa 6,7% aller Basalzellkarzinome sind pigmentiert [2]. Negative prognostische Faktoren sind bestimmte Lokalisationen und Wachstumsmuster, Tumorgroße, Infiltration der Perineuralscheiden, Rezidiv oder Therapieresistenz [1]. Die Infiltrationstiefe, perineurale und lymphovaskuläre Invasion und R1-Resektionen sind mit einer höheren Mortalität verbunden [2].

Die Diagnose basiert auf klinischem Befund, Dermatoskopie und Histologie [3]. Bei pigmentierten BCCs ist die präoperative Diagnostik aufgrund der Vielzahl an Differenzialdiagnosen erschwert [1]. Fünf dermatoskopische Majorsymptome unterscheiden pigmentierte von nichtpigmentierten BCCs: Linien, Punkte, Schollen, Kreise und Pseudopodien – im Gegensatz zu den Gefäß-

mustern und strukturlosen Arealen bei nichtpigmentierten BCCs [3]. Die konfokale Mikroskopie (RCM) erweitert die diagnostischen Möglichkeiten [3, 4]. Bei pigmentierten BCCs sind hierbei u.a. dendritische Melanozyten zu sehen [4, 5].

Die besten therapeutischen Langzeitergebnisse liefern eine komplette chirurgische Entfernung mit Sicherheitsabstand oder die mikrografisch kontrollierte 3D-Chirurgie. Dabei liegen die 10-Jahres-Rezidivraten bei 12,2 bzw. 4,4% [6]. Bei frühzeitiger Diagnose und entsprechender Therapie ist die Prognose des pigmentierten BCC günstig [1].

Bei der vorgestellten Patientin wurde der Tumor durch eine elliptische Exzision mit Dehnungslappenplastik vollständig entfernt. Die histopathologische Untersuchung sicherte die Diagnose eines pigmentierten BCC. Die postoperative Wundheilung verlief unauffällig. Im weiteren Verlauf traten keine Komplikationen auf.

Vollständiges Literaturverzeichnis unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-106204>

Literatur

- 1 Di Stefani A, Chimenti S. Basal cell carcinoma: clinical and pathological features. *G Ital Dermatol Venereol* 2015; 150: 385–391
- 2 Maloney ME, Jones DB, Sexton FM. Pigmented basal cell carcinoma: investigation of 70 cases. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 74–78
- 3 Kiladze N, Shulaia T, Bulinska A et al. Dermatoscopic features of pigmented and non-pigmented basal cell carcinoma. *Georgian Med News* 2015; 238: 50–53
- 4 Agero AL, Busam KJ, Benvenuto-Andrade C et al. Reflectance confocal microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 638–543
- 5 Segura S, Puig S, Carrera C et al. Dendritic cells in pigmented basal cell carcinoma: a relevant finding by reflectance-mode confocal microscopy. *Arch Dermatol* 2007; 143: 883–886
- 6 Van Loo E, Mosterd K, Krekels GA et al. Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: A randomised clinical trial with 10 year follow-up. *Eur J Cancer* 2014; 50: 3011–3020