

Metastasiertes Basalzellkarzinom mit Infiltration der Schädelkalotte und Leptomeningen

Marie Makowka, Andreas Keiler, Stefan Nestoris, Helger Stege
Dermatologische Klinik, Klinikum Lippe-Detmold

Hintergrund ⁽¹⁾ ⁽²⁾

Das Basalzellkarzinom (BCC) ist das häufigste Malignom Mitteleuropas. Es betrifft hauptsächlich Menschen eines helleren Hauttyps in fortgeschrittenem Lebensalter. Den Hauptrisikofaktor stellt dabei UV-Exposition dar. Weitere Risikofaktoren sind chemische Noxen und genetische Disposition (z.B. Tumor-Syndrome).

Es handelt sich um eine epitheliale Neoplasie mit basaloider Differenzierung, die aus Stammzellen im Bereich der Haarfollikel und interfollikulärer Epidermis entsteht, wobei die Aktivierung des Hedgehog-Signalwegs eine zentrale Rolle spielt. Infolgedessen tritt der Tumor ausschließlich an Hautarealen mit Hautfollikeln auf.

Das klassische klinische Bild umfasst hautfarbene bis erythematöse, teleangiektatische, teils zentral ulzerierte Nodi bis Plaques mit perlschnurartigem Randsaum. Das Basalzellkarzinom weist in der Regel ein langsames Wachstum mit extrem geringer Metastasierungstendenz und insgesamt günstiger Prognose auf. In seltenen Fällen kann es jedoch zu lokal destruktivem Wachstum und dadurch zu lebensbedrohlichen Komplikationen oder einer Metastasierung kommen. In diesem Fall wird von einem lokal fortgeschrittenem bzw. einem metastasierten Basalzellkarzinom gesprochen.

Therapeutisch erfolgt in den meisten Fällen eine chirurgische Exzision. Bei kleinen und oberflächlichen Basalzellkarzinomen stehen auch Topika oder ablativ Maßnahmen wie Kryotherapie, Laser oder Kürettage zur Verfügung. Bei fortgeschrittenen Basalzellkarzinomen sind diese Therapieoptionen in der Regel nicht kurativ und mit einer hohen Mortalität verbunden.

Die Computertomographie und die Magnetresonanztomographie werteten den präaurikulären Lymphknoten als Metastase, während die zervikalen und submandibulären Lymphknoten als unspezifisch reaktiv bei Sinusitis maxillaris dexter eingeordnet wurden. Zudem zeigte sich ein ausgedehnter Haut- und Weichteildefekt frontoparietal links mit Kalottendestruktion bis zur Tabula interna mit Durchbruch der Periostschicht und Leptomeningealer Infiltration, ohne Nachweis intrazerebraler Metastasen.

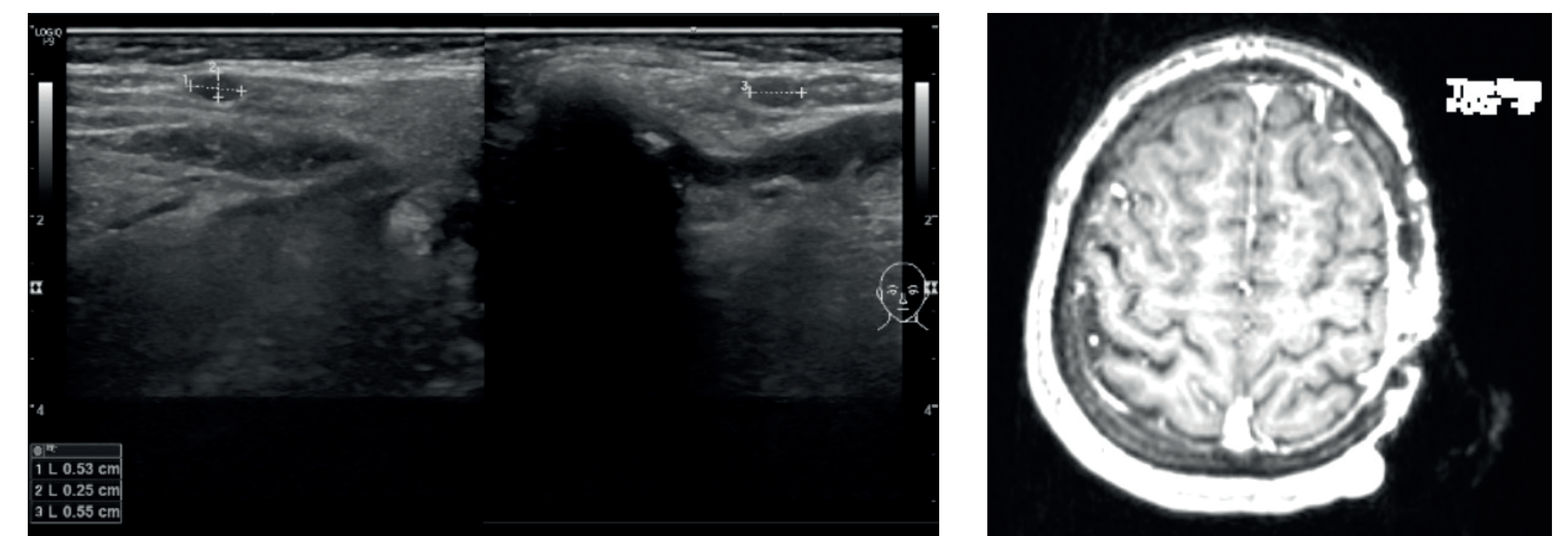


Abb. 3 und 4: Sonographie vom 23.05.2025 und CT-Befund vom 02.06.2025

Therapie und weiterer Verlauf

Unter der Diagnose eines lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinomes mit singulärer präaurikulärer Lymphknotenmetastase wurde entsprechend der Empfehlung der Tumorkonferenz eine systemische Therapie mit dem Hedgehog-Inhibitor Sonidegib und eine Radiatio des Tumorareales (07-08/2025, 60 Gy Gesamtreferenzdosis: Einzeldosis 2.0, 5x/Woche) eingeleitet. Ein alternativ in Betracht gezogenes neurochirurgisches Vorgehen wurde vor dem Hintergrund des deutlich erhöhten Mortalitätsrisikos nicht präferiert. Die Patientin befindet sich seit Juni 2025 unter Therapie und zeigt eine eindrucksvolle Befundbesserung bei gleichzeitig guter Verträglichkeit.



Abb. 5 und 6: Befund nach einem Monat Therapie und nach zwei Monaten Therapie

Diskussion

Der Fall verdeutlicht exemplarisch die erheblichen psychosozialen Belastungen und Stigmatisierungen, die mit einer fortgeschrittenen, entstellenden Tumorerkrankung wie einem lokal fortgeschrittenen bzw. metastasierten Basalzellkarzinom einhergehen können. Gleichzeitig zeigt sich, wie das Fehlen einer kontinuierlichen dermatologischen Anbindung den Progress der Erkrankung begünstigen kann.

Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang die fehlende Anbindung an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), da das Basalzellkarzinom selbst in metastasierter Form nicht im Leistungskatalog berücksichtigt wird. Diese strukturelle Lücke erschwert die ambulante Weiterbetreuung, die Ausbreitungsdiagnostik sowie die multidisziplinäre Koordination erheblich. Insgesamt wird deutlich, dass das metastasierte Basalzellkarzinom sowohl durch seine psychosozialen Auswirkungen als auch durch die versorgungstechnischen Hürden als besonders schwierig zu versorgender Tumor gelten muss.



Abb. 1 und 2: Befund bei Erstvorstellung

Fallbericht

Wir berichten über eine 73-jährige Patientin, die sich im Frühjahr 2025 aufgrund eines seit Jahren bestehenden, größtenprogreredienten Tumors im Bereich einer vorexistenten Narbe parietal linksseitig vorstellte. Eine ärztliche Vorstellung habe aus Scham bis dato nicht stattgefunden. Im Alltag hatte sie den Tumor unter einer Perücke verborgen, sodass auch der engste Familienkreis über den Befund völlig überrascht war.

Klinisch präsentierte sich bei der Erstvorstellung in unserer Klinik ein etwa 15 × 10 cm messender, ulzerierter Tumor parietal links mit bereits freiliegender und destrukturierter Schädelkalotte.

In der körperlichen Untersuchung fielen keine weiteren Tumoren und keine palpablen Lymphknoten auf. Die neurologische Untersuchung blieb ohne pathologischen Befund.

Diagnostik ⁽³⁾

Es erfolgten Probebiopsien aus den Tumorrändern. Histologisch bestätigte sich ein solides wachsendes, ulzeriertes Basalzellkarzinom.

Sonographisch fanden sich submandibulär, präaurikulär und zervikal links vergrößerte Lymphknoten (Solbiati-Index: 1).

Literatur:

- 1- S2k-Leitlinie Basalzellkarzinom der HautStand: 2024.
- 2- Plewig et al.: Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie. 7. Auflage Springer-Verlag 2018
- 3- Solbiati L, Rizzato G, Belotti E. High resolution sonography of cervical lymph nodes in head and neck cancer. Criteria for differentiation of reactive versus malignant nodes. Proceedings of the 74th Meeting of the Radiologic Society of North America. Chicago, Illinois. Radiology. 1988;169:113–7.