

# Hauttumore der Kopf-Hals-Region als Schlüssel zur Diagnose progredienter Karzinome ex alio loco

Tabea Hellmann, Quittek A., Pfeiff B., Dill D., Hautklinik Lüdenscheid, Märkische Kliniken GmbH

## Fallbericht 1

61jährige Patientin mit seit 8 Monaten bestehendem Nodus temporal rechts. Keine Vorerkrankungen, keine B-Symptomatik. Klinisch 2 cm durchmessender erythematöser Nodus mit zentraler Ulzeration und umgebenden Teleangiectasien (Abb.1). Mikrographisch kontrollierte Exzision mit histologischem Befund einer Metastase eines invasiv-duktales Mammakarzinoms mit positivem Östrogen- und Progesteronrezeptornachweis (Abb. 2-4.). Palpable Raumforderung der rechten Mamma. Kein pathologischer Befund im MRT-Schädel, im PET/CT disseminierte Skelettmetastasierung und nodale Metastasen im Oberbauch. Heimatnahe gynäkologische Weiterbehandlung mittels Letrozol 2,5mg 1xtgl p.o..

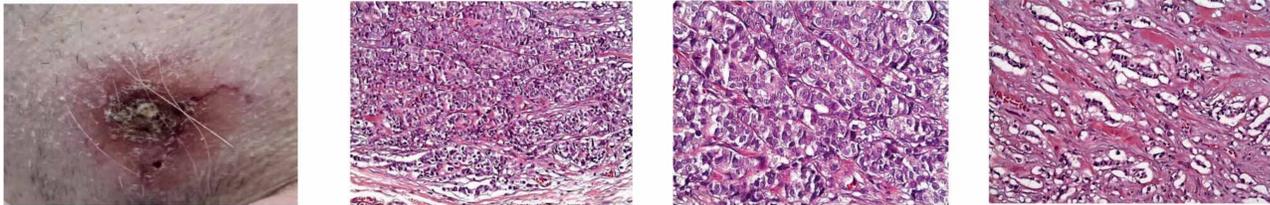


Abb.1: Klinischer Befund temporal rechts  
Abb.2-4: HE-Schnitte der Histologie in Übersicht (Abb.2) und Detail (Abb.3,4):  
Tiefreichendes Infiltrat aus anaplastischen Tumorzellen mit reichlich Mitosefiguren und Dyskaryosen.  
In der Tiefe bildet der Tumor ein trabekuläres, z. T. auch Indian file-artiges Muster aus.

## Fallbericht 2

73jährige Patientin mit einem seit 1 Jahr bestehendem erythematösem Nodus (2,3x1,5cm messend) am Hals links (Abb.1).Keine B-Symptomatik. Bekanntes Mammakarzinom rechts (ED 10/2020, initial pT4b pN2a cM0, R1, G2, V0, L1, Pn0). Radiatio der Thoraxwand sowie aktive Therapie mit Anastrozol. Die 4mm Probebiopsie zeigte histologisch eine Metastase des invasiv duktales Mammakarzinom mit positivem Östrogenrezeptornachweis und Her2 Expression (Abb.3-4). Im CT-Thorax multiple knöcherne Metastasen der Wirbelsäule, im MRT-Schädel Meningiosis carcinomatosa. Durch die Onkologie und Strahlentherapie Ganzhirnradiatio, palliative Hormontherapie mit Fulvestrant 500mg i.m. alle 2 Wochen und Abemaciclib 150mg 2xtgl.

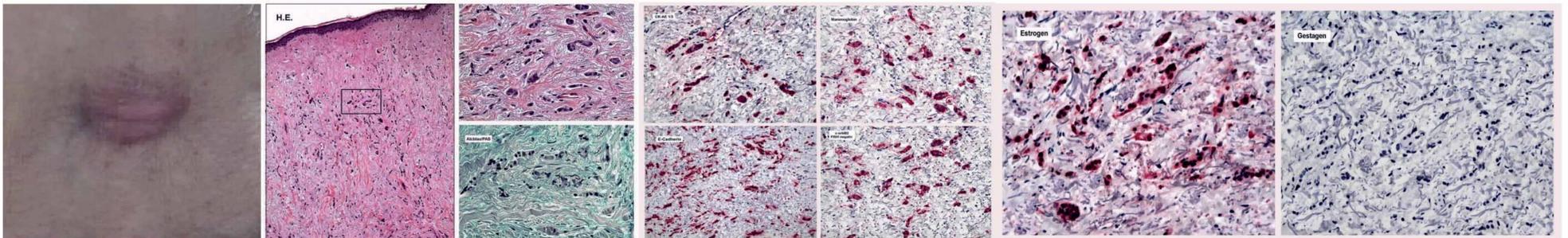


Abb.1: Klinischer Befund am Hals links Abb.2: HE- und Alcblau/PAS Färbung: Im subepidermalen fibrosierten Bindegewebe eingelagert finden sich große chromatin-dichte Zellen mit reichlichem Cytoplasmasaum, welche zum Teil ein Indian-file-artiges Muster ausbilden. In der Peripherie eine lymphocytäre Entzündung. In Abb.3: CK-AE 1/3, Mammoglobin und E-Cadherin Nachweis, FISH negativ. In Abb.4 Östrogenrezeptornachweis.

## Fallbericht 3

87jähriger Patient mit einem seit 3 Monaten rasch größenprogredienten erythematösem druckdolentem Nodus von 4,5x3,5 cm Größe an der Stirn rechts (Abb.1). Weder B-Symptomatik noch relevante Vorerkrankungen. Temporäre Deckung nach mikrographisch kontrollierter Tumorexzision. Im parallel durchgeführten CT morphologisch Verdacht auf ein Nierenzellkarzinom links mit Infiltration der Nierenvene sowie multiplen Lungenrundherden mit mediastinaler Lymphadenopathie beidseits. CT gesteuerte Punktion mit dem histologischen Befund eines klarzelligen Nierenzellkarzinoms. Histologisch an der Stirn ulzerierte Metastase des klarzelligen Nierenzellkarzinoms. Urologische Behandlung mit PD1-Antikörper Nivolumab 240mg 1xmonatlich und dem Tyrosinkinase-Inhibitor Carbometyx 20mg 1xtgl. Suffizientes Therapieansprechen mit Größenreduktion des Primarius und der pulmonalen Metastasen.

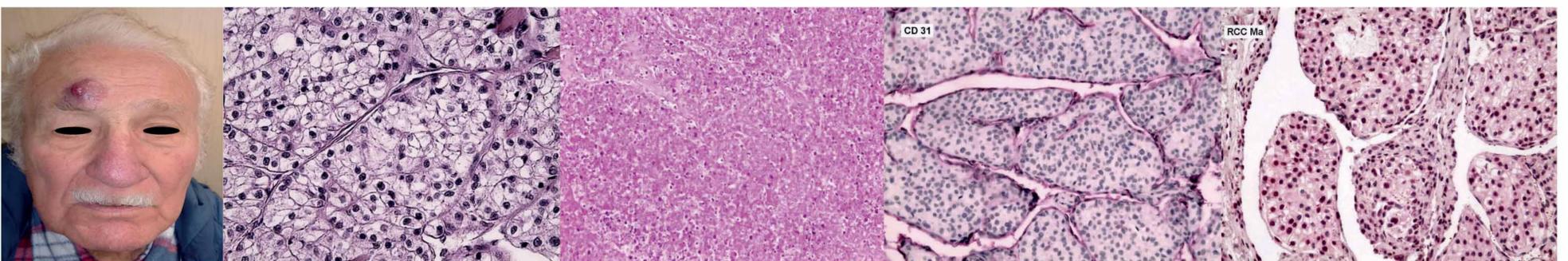


Abb.1.: Klinischer Befund an der Stirn rechts  
Abb.2: HE- Schnitt: Trabekulär aufgebauter klarzelliger Tumor mit Nekrosezone (Abb.3), Abb.4: CD31 Reaktion, Abb.5: Die Tumorzellen färben homogen in der Färbung mit dem Renal Clear Cell Carcinom Antigen.

## Kommentar

Kutane Metastasen treten bei bis zu 10% aller Tumorerkrankungen auf und sind häufig ein erstes klinisches Zeichen (für den Progress) des Tumorleidens. Bei beiden Geschlechtern tritt häufig die kutane Metastasierung von kolorektalen Tumoren sowie des malignen Melanoms auf. Bei Frauen spezifisch des Mammakarzinoms, bei Männern des Lungenkarzinoms. Häufigste Lokalisation kutaner Metastasen ist der Kopf-Hals-Bereich. In der Anamnese und klinischen Untersuchung sind insbesondere auf Tumorerkrankungen in der Vergangenheit, B-Symptomatik sowie die Nähe zum Primarius zu achten. Histopathologie und Immunhistochemie sind die Bausteine für die Diagnosestellung bei Erstvorstellung der betroffenen Personen in der Dermatologie. Differentialdiagnostisch kommen andere maligne oder benigne Hauttumore in Betracht. Je nach Primarius und Allgemeinzustand des Patienten umfasst die - zumeist palliative Therapie - lokale sowie systemische Optionen. Die palliativmedizinische Versorgung dient als essenzieller Baustein zur Linderung von Schmerz, Scham und sozialer Isolation sowie zur Stabilisierung der Lebensqualität. Hierzu kann auch die operative Entfernung eines möglicherweise ulzerierten, blutenden oder nässenden Tumors der Haut beitragen.

Literatur: Gschnell et al, Kutane Metastasen: Von der Epidemiologie bis zur Therapie, Veröffentlichung im Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Band 22, Ausgabe 7, ISSN 1610-0379 D2417), Juli 2024

27. Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie NRW, 29.11.- 01.12.2024 in Köln

Autorin: Tabea Hellmann, Hautklinik am Klinikum Lüdenscheid, Paulmannshöherstr. 14, 58515 Lüdenscheid; E-Mail: tabea.hellmann@klinikum-luedenscheid.de