

Bei Hufgetrappel auch mal ans Zebra denken

Ein unerwarteter Lungenbefund

Sladjana Maksimovic, Beat Galliker, Carsten T. Viehl, Antoine Oesch

Chirurgische Klinik, Spitalzentrum Biel

Fallbeschreibung

Bei Zustand nach Hemikolektomie rechts wegen gemischten Adenokarzinoms und neuroendokrinen Karzinoms des Colon ascendens mit Infiltration der Appendix pT4a pN2b (13/31) L1 VO PnO G3 ein Jahr zuvor und Zustand nach adjuvanter Chemotherapie mit 10 Zyklen Fluoruracil, Leucovorin und Oxaliplatin wurde bei einem 82-jährigen Patienten im Rahmen der strukturierten Nachsorge nach dem SGG-(Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie)-Schema [1, 2] ein Kontrastmittel-verstärktes CT-Thorax/Abdomen durchgeführt. In diesem zeigten sich resezierbare, metastasenverdächtige Lungenherde im Bereich der Oberlappen beidseits (Abb. 1), die im anschliessenden PET-CT bestätigt werden konnten. Weitere potenzielle Tumormanifestationen zeigten sich nicht. Auf eine Kontrollkoloskopie war in Anbetracht des Alters des Patienten verzichtet worden; das carcinoembryonale Antigen (CEA) lag mit $1,8 \mu\text{g/l}$ im Normbereich. Daher entschieden wir uns zur Resektion der Befunde.

Die rechtsseitigen Befunde wurden mittels zweier Keilresektionen im rechten Oberlappen via Minithorakotomie entfernt, die linksseitigen acht Tage später noch während der gleichen Hospitalisation mittels thorakoskopischer Wedgerektion im Oberlappen links. Der intra- und postoperative Verlauf gestaltete sich jeweils komplikationslos. Überraschenderweise zeigte die histologische Aufarbeitung der Resektate

nicht die erwarteten Metastasen des bekannten gemischten Adenokarzinoms und neuroendokrinen Karzinoms des Kolons, sondern basaloide Zellen (Abb. 2). In der gezielt nochmals erhobenen persönlichen Anamnese bestand ein Zustand nach Exzisionen von Basalzellkarzinomen vor drei Jahren an multiplen kutanen Lokalisationen (Rücken und Schulterblatt rechts, Oberarm und Brust links, jeweils in der Grösse von 2–3 cm). Alle Exzisionen zeigten histologisch eine R0-Resektion, und es ist zu keinem Lokalrezidiv gekommen.

Diskussion

Das Basalzellkarzinom (BZK) ist der häufigste nicht gutartige Hauttumor des Menschen. Es ist eine lokal destruierende epitheliale Neoplasie mit basaloider Differenzierung. Weltweit wird ein 30%iges Lebensrisiko für die Entwicklung eines BZK beschrieben. Am häufigsten tritt das BZK an sonnenexponierten Stellen wie Kopf- und Halsbereich (80%) auf. Die Aggressivität des Tumors besteht in seinem lokal infiltrierenden und destruierenden Wachstum, während eine Metastasierung extrem selten beobachtet wird. In der Literatur wird eine Metastasierungs-Rate von 0,0028–0,5% beschrieben [3]. Beobachtete Metastasierungslokalisationen sind Lungen, Knochen und die Haut. Kriterien für die Diagnose eines metastasierenden Basalzellkarzinoms, die ursprünglich 1951 von Lattes und Kessler definiert wurden, beinhalten [4, 5]: Tumormetastase eines

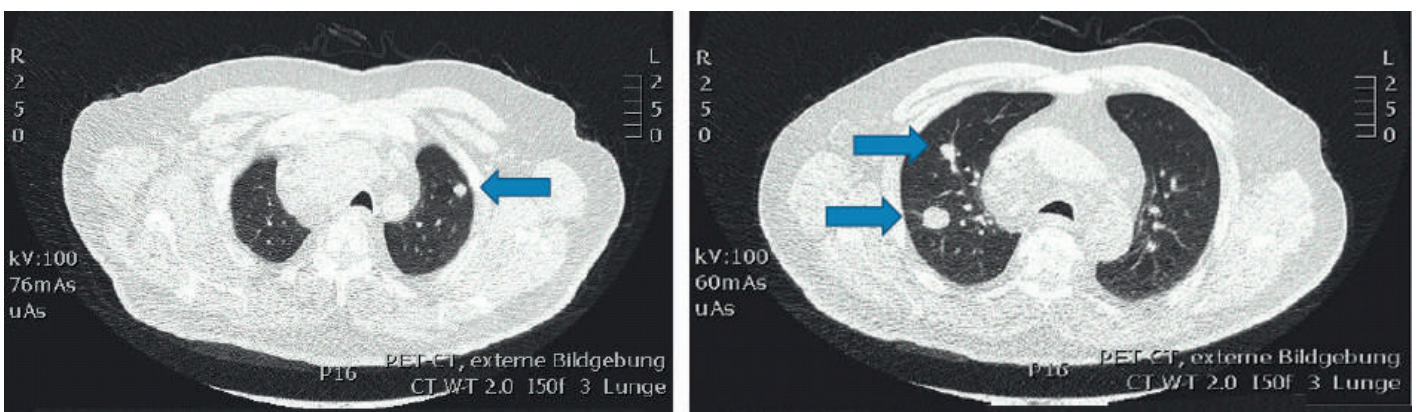


Abbildung 1: Lungenmetastasen im linken und rechten Oberlappen.

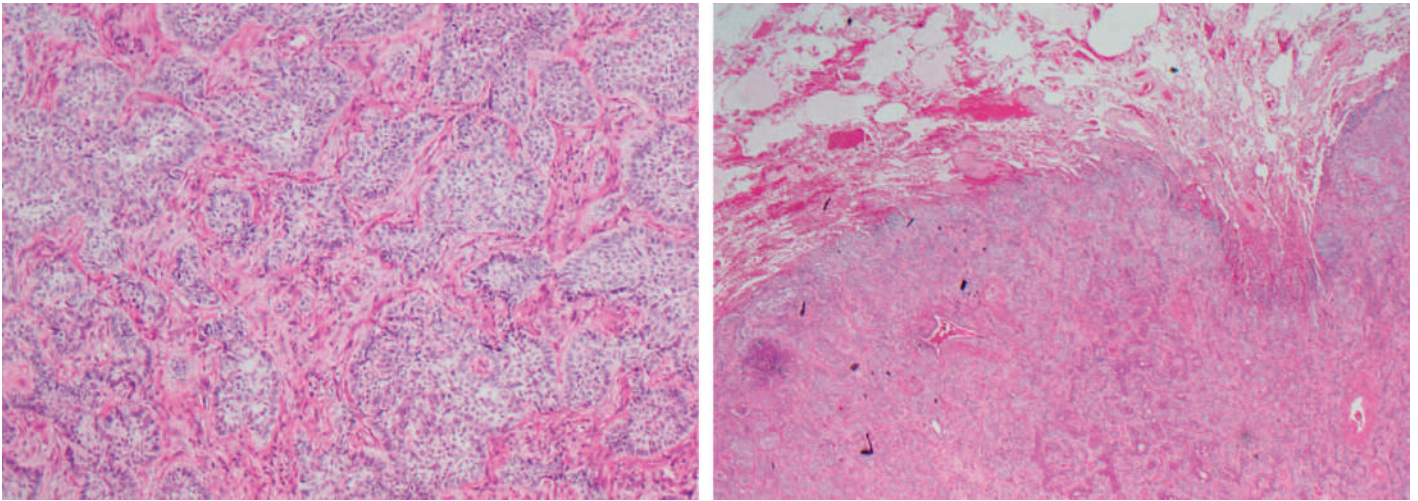


Abbildung 2: Histologische Präsentation des Tumors der linken und rechten Lunge.

primär kutanen BZK zu einer entfernten, nicht-zusammenhängenden Stelle; die Metastase muss die gleichen histopathologischen Eigenschaften aufweisen wie das primäre BZK. Diese Voraussetzungen waren bei unserem Patienten gegeben.

Klinische Eigenschaften, die ein erhöhtes Metastasierungsrisiko bergen, sind: Initiale Tumorerläsion von mehr als 2 cm, Lokalisation der primären Läsion im Bereich Kopf oder Hals, schlechtes Ansprechen auf die initiale chirurgische Therapie mit häufigen lokalen Rezidiven und eine grosse Infiltrationstiefe [4–6]. Unser Patient wies als einziger dieser Risikofaktoren eine initiale Tumorerläsion von über 2 cm auf.

Korrespondenz:
Dr. med. Sladjana
Maksimovic
Spitalzentrum Biel
Vogelsang 84
CH-2501 Biel
slada[at]gmx.ch

Die Therapie der Wahl bei metastasierten BZK ist wenn immer möglich die chirurgische Resektion. Sekundäre Therapieoptionen sind eine Radio- und/oder Chemotherapie [4, 6]. Die Prognose eines metastasierten BZK ist schlecht, in der Literatur wird eine mittlere Überlebenszeit (nach Diagnosestellung) von 8 Monaten bis 3,5 Jahren beschrieben [6].

Beim vorgestellten Patienten wurde nach Besprechung am interdisziplinären Tumorboard, in Anbetracht der In-toto-Resektion aller Lungenmetastasen, vorerst von einer weiteren adjuvanten Therapie abgesehen. Bis zum aktuellen Zeitpunkt (13 Monate nach Diagnosestellung) lebt der Patient, wurde jedoch kürzlich bei Allgemeinzustandsverschlechterung hospitalisiert.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 <http://www.sggssg.ch/guidelines-empfehlungen.html>
- 2 Viehl CT, Ochsner A, von Holzen U, Cecini R, Langer I, Guller U et al. Ann Surg Oncol. 2010;17(10):2663–9.
- 3 Sadr AH, de Kerviler S, Kang N. Cutaneous basal cell carcinoma with endobronchial metastasis. Ann R Coll Surg Engl. 2014;96:e20–e21.
- 4 Aldhaban S, Marc S, Eshki M, Girod A, Boissonet H, Chapelier A et al. Giant basal cell carcinoma with regional lymph node and distant lung metastasis. Eur J Dermatol. 2011;21(6):186–8.
- 5 Lattes R, Kessler RW. Metastasizing basal-cell epithelioma of skin; report of two cases. Cancer. 1951;4:866–78.
- 6 Di Lernia V, Ricci C, Zalaudek I, Argenziano G. Metastasizing Basal Cell Carcinoma. Cutis. 2013;92:244–6.

Schlussfolgerungen für die Praxis

- Bei Hufgetrappel muss man doch manchmal auch ans Zebra statt nur ans Pferd denken: In sehr seltenen Fällen können auch Basalzellkarzinome metastasieren.
- Klinische Eigenschaften mit erhöhtem Metastasierungsrisiko von Basalzellkarzinomen sind:
 - initiale Tumorerläsion von mehr als 2 cm;
 - Lokalisation der primären Läsion im Bereich Kopf oder Hals;
 - schlechtes Ansprechen auf die initiale chirurgische Therapie mit häufigen lokalen Rezidiven;
 - eine grosse Infiltrationstiefe.