Auflösung

Naseneingangskarzinom

Abb. 2: Intraoperativer Befund vor Resektion des Tumors; die Tumorgrenzen sind makroskopisch nicht einschätzbar.

Malignome im Gesichtsbereich sind im Wesentlichen epithelialen Ursprungs und entstehen gerne an der äußeren Nase und an der Ohrmuschel. Von den Basaliomen, die morphologisch große Unterschiede aufweisen können, in erster Linie lokal infiltrativ wachsen und nicht metastasieren, sind vor allem Plattenepithelkarzinome abzugrenzen, die klinisch zwar ähnlich imponieren, als Malignome im klassischen Sinn aber durchaus regional metastasieren können.

Diagnostik

Zur Diagnosesicherung sollte zunächst eine Probeexzision erfolgen. Bei histolo-

gischer Sicherung eines Karzinoms ist präoperativ eine Bildgebung der Halsregion zum Ausschluss regionaler Lymphknotenmetastasen unabdingbar.

Therapie

Therapie der Wahl ist die chirurgische Entfernung des Tumors, die in Abhängigkeit von Lokalisation und zu erwartender Defektgröße durchaus auch zweizeitig erfolgen kann. Um sicherzustellen, dass die Resektionsränder im Gesunden verlaufen, warten wir insbesondere bei makroskopisch schwer einzuschätzenden Lokalbefunden gerne die endgültige Histologie ab.

Im vorliegenden Fall wurde der fast daumennagelgroße Defekt im Naseneingangsbereich temporär mit TegadermTM verschlossen. Die benachbarten knorpeligen Strukturen (anteriores Septum, medialer Flügelknorpelschenkel) erwiesen sich in der endgültigen Histologie als tumorfrei. Die abschließende Deckung des Defektes erfolgte deshalb mit einem retrourikulären Vollhauttransplantat.

Prof. Dr. med. Gerhard Grevers
Nasen-Zentrum Starnberg
Prinzenweg 1
82319 Starnberg

Blickdiagnosen auf springermedizin.de

Eine Sammlung weiterer interessanter Blickdiagnosen finden Sie online im Dossier „HNO-Blickdiagnosen“ unter
► www.springermedizin.de/331318.html