Ophthalmologie 2020 · 117:124

<https://doi.org/10.1007/s00347-019-01019-y>

Online publiziert: 9. Dezember 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Vinodh Kakkassery¹ · Ludwig M. Heindl^{2,3}¹ Klinik für Augenheilkunde, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland² Zentrum für Augenheilkunde, Medizinische Fakultät, Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln, Deutschland³ Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) Aachen-Bonn-Köln-Düsseldorf, Köln, Deutschland

Standardvorgehensweise bei Basalzellkarzinom am Auge

Klinische Verdachtsdiagnose/ Diagnose

Klinische Anzeichen für ein Basalzellkarzinom:

- Ulzeration
- Blutung
- Raumforderung mit perlmuttartigem Randwall
- Lidfehlstellung
- Trichiasis
- Wimpernverlust (Madarosis)
- Verlust der Lidrandkonfiguration
- Wachstum!!!
- Unilaterale therapierefraktäre Blepharokonjunktivitis

Diagnosesicherung

Probebiopsie (bei unklaren Befunden, nicht komplett resezierbaren Befunden, Knocheninfiltrationen) vs. exzisionale Biopsie zur histopathologischen Diagnosesicherung

Staging

Ist in aller Regel nicht indiziert, außer bei:

- Knochenbeteiligung → Computertomographie Orbita/Schädel (Dünnschicht Orbita)
- Verdacht auf Fernmetastasen (sehr selten, in der Regel nur bei großen Tumoren) → Ganzkörperstaging

Therapie

- Goldstandard und, soweit möglich, erste Wahl: mikroskopisch kon-

trollierte Exzision im Gesunden mit anschließender ophthalmoplastischer Rekonstruktion

- Alternativen, falls chirurgische Tumorexzision primär nicht möglich ist: Strahlentherapie/topische (statt zielgerichtet) Therapie bei oberflächlichen Tumoren/Therapiekombinationen z. B. Hedgehog-Signalweg-Inhibitor inklusive der Chirurgie (im Tumorboard zu entscheiden)
- Bei Fernmetastasierung: Anbindung an onkologisches Zentrum, interdisziplinäre Betreuung, individuelle Therapieempfehlung im Rahmen des interdisziplinären Tumorboards

Nachsorge/Prophylaxe

- Kontrollen Augenarzt z. B. alle 3 bis 6 Monate im 1. Jahr abhängig vom Resektionsstatus, mit Funktionskontrolle Lider sowie Tränenwege (Kriterien zur Einschätzung des Rezidivrisikos: Tumordurchmesser von mehr als 6 mm im periorbitalen Bereich, schwer zu definierende Begrenzung des Tumors, histologische Subtypen wie sklerodermiformes, infiltratives, metatypisches und mikronoduläres Wachstum, Tumor auf intensiv bestrahlter Haut, perineurales Tumorstadium)
- Hautscreening durch Dermatologen (nach Maßgabe des Dermatologen)
- Prophylaxe in Sonderfällen und in Rücksprache mit einem Dermatologen

Korrespondenzadresse

PD Dr. med.

Vinodh Kakkassery

Klinik für Augenheilkunde,
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus
Lübeck, Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160,
23538 Lübeck, Deutschland
vinodh.kakkassery@
gmail.com

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. V. Kakkassery hat Vortragshonorare sowie Beratungshonorare von der Firma Roche und der Firma Novartis erhalten. L.M. Heindl gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.