

Grundsätzliche Erwägungen bei der operativen Therapie von kleineren und mittleren Tumoren der Haut im Gesichtsbereich

Die spezielle Problematik der Gesichtshaut

Autoren_Dr. Dr. Michael Wiesend, Dr. Bettina Hübinger-Wiesend, Montabaur

Einleitung

Die Entfernung von Tumoren im Gesichtsbereich ist aus mehreren Gründen als besonders heikel einzustufen.

Während man am Rumpf oder an den Extremitäten problemlos auch größere Sicherheitsabstände einhalten kann und sich keine größeren Sorgen um die Defektdeckung machen muss, steht man im Gesicht selbst bei kleinen Tumoren aufgrund ihrer ungünstigen Lokalisation oft vor der Frage: Wie bekomme ich das bloß hinterher wieder zu?

Die Haut im Gesicht ist zart und dünn, teilweise nahezu ohne Subcutis, wodurch die Gefahr des Einreißen während der Operation besteht und die Gefahr späterer Wundheilungsstörungen verschärft wird. Das Vorhandensein von Augen, Nase und Mund grenzt die „Flächen“ sehr ein, aus denen man Reservehaut holen kann.

Auch eine Vielzahl von Funktionen muss erhalten werden. Beispielsweise muss der Patient auch nach der Entfernung des Basalioms vom Oberlid das

Auge noch vollständig schließen können, um die Sehkraft zu erhalten, und der Patient mit einem Karzinom der Lippe will seine Frau noch küssen können.

Außerdem müssen Behaarungsunterschiede berücksichtigt werden. So kann man nicht auf die behaarte Kopfhaut zurückgreifen, um Defekte im Bereich der unbehaarten Schläfen zu decken, und auch der Verlauf der Augenbrauen sollte nicht verändert werden.

Insgesamt muss man damit rechnen, dass der Patient häufig schon auf kleinere Asymmetrien, Fältelungen oder Hautzipfel unzufrieden reagiert.

Die Tatsache, dass man an einem bösartigen Tumor operiert worden ist, tritt anscheinend erstaunlich schnell in den Hintergrund, wenn man sich über einen kleinen postoperativen Makel im Gesicht aufregen kann.

Selbst operativ erfahrene Hautärzte und niedergelassene Allgemeinchirurgen überweisen deshalb hier die Patienten gern an den Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen weiter.

Abb. 1a_ Basalzellkarzinom des Nasenflügels links.

Abb. 1b_ Exzision des Tumors, Ränder histologisch in sano.

Abb. 1c_ Hautmobilisation für die Rekonstruktion, Nahlappenplastik.

Abb. 1d_ Heilungsergebnis nach einem halben Jahr, leichter Narbenzug.

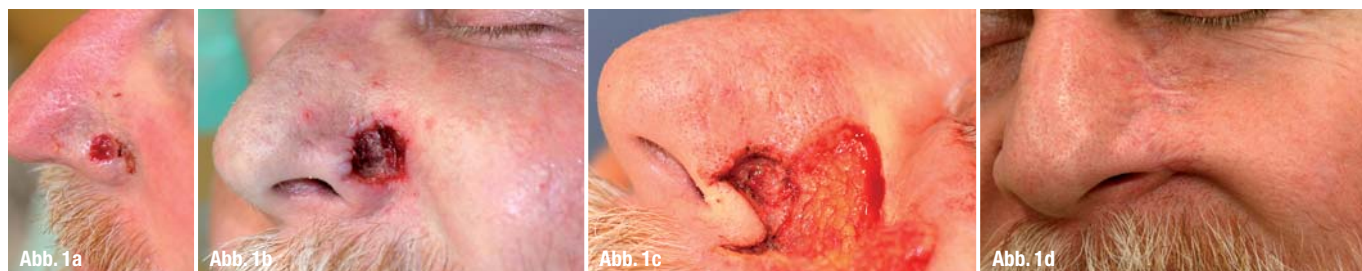




Abb. 2a Basalzellkarzinom des Unterlids rechts.
Abb. 2b Z.n. Exzision und temporäre Weichteildeckung mit Epigard bis zur definitiven Mitteilung des histologischen Ergebnisses.
Abb. 2c Heilungsergebnis nach einem halben Jahr, kleine Narbe am Unterlid.

Das zweizeitige Vorgehen

Da man also im Gesicht aus verständlichen Gründen den Defekt klein halten möchte, bemüht man sich zwar immer um die Exzision einer tumorverdächtigen Veränderung in toto, auf der anderen Seite aber versucht man auch, den Sicherheitsabstand so gering wie medizinisch vertretbar zu halten.

Dies führt dazu, dass die Histologie in manchen Fällen randständige Veränderungen nachweist, sodass eine Nachexzision erforderlich wird. Nicht nur Basaliome sind „unterirdisch“ oft ausgedehnter als „oberirdisch“, also klinisch, angenommen. Auch bei Plattenepithelkarzinomen sieht man manchmal nur die Spitze des Eisbergs.

Deshalb empfiehlt sich zum einen die Markierung des Präparats, klassischerweise mit Fäden, die eingeknotet und kurz geschnitten oder lang belassen werden. Die Markierung muss mit ihrer Lokalisation (lateral/medial, cranial/caudal o.ä.) dokumentiert sein, sowohl in der Akte des Operateurs als auch auf den Unterlagen für den Pathologen, sodass jeder hinterher genau sagen kann, wo genau eine Nachresektion erforderlich ist.

Denn eine unnötige komplette Umschneidung der ersten Exzision, wenn eine Nachresektion nur an einer kleinen Stelle sinnvoll ist, würde ja dem Prinzip der Kleinhaltung des Defekts zuwiderlaufen. Die Entfernung eines kleinen oder mittleren Tumors kann außer bei gravierenden Grunderkrankungen meist ambulant durchgeführt werden, denn die Probeexzision ist beim zweizeitigen Vorgehen der kleinere Eingriff.

Während der Pathologe das Präparat untersucht, kann der Patient mit einer passageren Deckung unter einem Verband sein normales Leben zu Hause weiterführen. Für diese Deckung empfiehlt

sich ein exakt zugeschnittenes Stück provisorischer Kunsthaut (z.B. Epigard), welches schön bündig eingenäht wird. Eine prophylaktische orale antibiotische Abschirmung hilft einen Infekt zu vermeiden.

Nach wenigen Tagen, wenn das histologische Ergebnis vorliegt, kann der zweite Eingriff erfolgen. Dieser beginnt mit der Entfernung des Epigards, es folgt die Anfrischung der Wunde oder gegebenenfalls die Nachresektion.

In einigen wenigen Fällen, wenn die randständigen Tumoranteile noch auf einen erheblichen klinisch unauffälligen Resttumor hinweisen, kann eine Ausdehnung auf ein dreizeitiges Vorgehen notwendig werden, das heißt, es erfolgt ein weiteres Mal der provisorische Epigard-Verschluss mit anschließendem Warten auf den Pathologen. Erst wenn alle Ränder frei sind, also der ganze Tumor draußen ist, kann man beginnen Haut zu verschieben oder zu rotieren. Denn nach dem Verschieben oder Rotieren findet sich der klinisch unauffällige Randbereich eines Tumors kaum mehr wieder.

In den meisten Fällen findet eine Nachresektion jedoch wegen minimaler randständiger Bereiche oder zur Erweiterung eines sehr knappen Sicherheitsabstandes statt und steht der plastischen Deckung im gleichen Eingriff nicht im Wege.

Die Deckung ist der größere Eingriff, da hierfür flächenmäßig erheblich weitreichendere Hautareale mobilisiert werden müssen oder ein zweites Operationsfeld hinzukommt.

Deshalb muss hier je nach Schwere der geplanten Operation oder je nach Alter und Grunderkrankungen des Patienten erstens die Notwendigkeit einer Vollnarkose/Analosedierung und zweitens die Erforderlichkeit eines stationären Settings abgewogen werden.

Abb. 3a V.a. Basaliom präauriculär links (nach Injektion von Lokalanästhesie bildet sich ein weißer Hof).

Abb. 3b Z.n. Exzision und histologische Sicherung mit temporärer Deckung mittels Epigard bis zur Mitteilung, ob der Tumor in sano reseziert wurde.

Abb. 3c Erneute Nachresektion, da Entfernung nicht in sano.

Abb. 3d Mobilisation eines kutanen Hautlappens.

Abb. 3e und f Wangenrotation und spannungsfreie Adaptation.

Abb. 3g Heilungsergebnis nach einem halben Jahr.

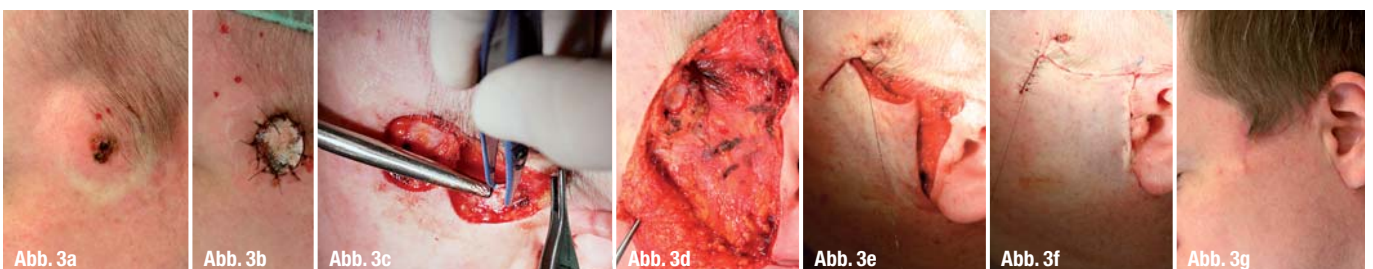




Abb. 4a Ausgedehntes Plattenepithelkarzinom der Unterlippe links, mittellinienüberschreitend.

Abb. 4b Heilungsergebnis nach einem halben Jahr. Nach Entfernung des Tumors war die Rekonstruktion der Unterlippe nach Bernard, modifiziert nach Fries (Lappen aus der Wange) durchgeführt worden.

Im stationären Setting kann über ein paar Tage hinweg die Herz-Kreislauf-Situation des Patienten überwacht werden, er kann sich körperlich schonen und so das Nachblutungsrisiko senken und er kann eine intravenöse Antibiotika-Prophylaxe erhalten. Die praktischen Erwägungen wie die Vermeidung der täglichen Fahrt zum Arzt sind heutzutage nur noch ein angenehmer Nebeneffekt für den Patienten.

_Deckungsmöglichkeiten

Am häufigsten arbeitet man im Gesichtsbereich mit lokalen Hautlappen, also Verschiebe- oder Rotationslappen.

Der große Vorteil liegt darin, dass hier die Farbe und Beschaffenheit der deckenden Haut sehr ähnlich oder sogar identisch ist. Deshalb fällt die umgesiedelte Haut selbst hier schon nach kurzer Zeit gar nicht mehr auf, und wenn die sonstige Heilung gut abläuft, sind die Narben dann nur noch bei genauem Hinsehen zu finden.

Die Verwendung von gestielten Lappen aus fernerer Regionen als dem Gesicht, der Kopfhaut oder dem Halsbereich betrifft in der Regel nur die größeren Tumoren.

Die andere Möglichkeit ist ein freies Transplantat, das im Gesicht eigentlich nur als Vollhauttransplantat üblich ist.

Das ästhetische Ergebnis einer Spalthauttransplantation ist in der Regel so, dass man es nur im absoluten Notfall (bei großflächigen Verbrennungen o.ä.) in Kauf nehmen würde.

Ein Vollhauttransplantat benötigt ein gut vaskularisiertes Bett. Ein solches ist aber nach der Entfernung eines Hauttumors manchmal nicht mehr vorhanden, sodass hier von Fall zu Fall abgewogen werden muss, ob man von einer sicheren Einheilung ausgehen darf.

Selbst wenn man die Vollhaut aus ähnlichen Hautarealen wie z.B. hinter dem Ohr oder aus dem tieferen seitlichen Hals entnimmt, muss man auch langfristig mit gewissen Unterschieden rechnen. Extremfälle wie der berühmte rosa „Flicker“ mitten auf der gebräunten Stirn oder auf der Nasenspitze sind aber eher selten und stammen meist aus einer erheblich weniger passenden Hautregion.

Gleichmaßen wichtig für den Operateur und für den Patienten ist auch der Punkt, dass man hier zwei Operationsgebiete hat und hinterher zwei Wunden, die heilen müssen und die eventuell kaschiert werden sollen. Wenn das Gesicht gut aussieht, aber alle Leute starren auf die entstellende Narbe am Hals, dann ist der Patient auch verstimmt.

Wenn der Operateur sich aller dieser Aspekte bewusst ist und sich an die medizinisch korrekte Strategie hält, sollte er dennoch bei jedem speziellen Patienten vor dem ersten Eingriff einen genauen „Worst-case“-Plan für den endgültigen Verschluss haben.

Zahlreiche Bildbände und Case-reports sowie der Austausch mit Kollegen können hier sehr hilfreich sein, ansonsten überweist man lieber einmal zu viel an ein spezialisiertes Zentrum weiter.

Abb. 5a Basalzellkarzinom des Nasenflügels rechts.

Abb. 5b Z.n. Exzision und Nachresektion, Ränder jetzt in sano.

Abb. 5c Mobilisation der Haut für den plastischen Verschluss.

Abb. 5d Z.n. Verschluss mittels Nahlappenplastik.

Abb. 5e Heilungsergebnis nach einem halben Jahr.



_Autor

face



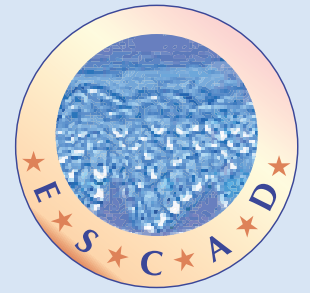
Dr. Dr. Michael Wiesend

Koblenzer Straße 11–13
56410 Montabaur
Tel.: 0 26 02/1 22-6 40
Fax: 0 26 02/1 22-6 49
E-Mail:
info@mkg-montabaur.de

Von 2002 bis 2007 in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Zentrum für Implantologie, Ästhetische Gesichtschirurgie des Klinikums Osnabrück tätig. Zunächst als Assistenzarzt, später als Oberarzt. Seit 1. Juli 2007 Praxis im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Montabaur.



COSMODERM XVI



Dresden/Germany • December 9–12, 2010

The International Aesthetic Dermatology Congress of ESCAD

European Society
for Cosmetic &
Aesthetic Dermatology

Programme and Registration:
www.cosmoderm2010.de

In association with:

European Society of Preventive,
Regenerative and Anti-Aging
Medicine (ESAAM)

German Society of Botulinum
Toxin Therapy (DGBT)

Saxonian Society of
Dermatology

Working Committee of
Associated Dermatology
Institutes (AADI)

Cosmetic Dermatology
Society of India (CSI)

