

Welche Auswirkung hat die Früherkennung eines Plattenepithelkarzinoms auf eine erfolgreiche Behandlung?

Projektarbeit
Weiterbildung Wundmanagement
am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe in
Innsbruck

Betreuer:

Fr. Claudia Ganahl, DGKP

vorgelegt von

Fr. Stefanie Brock, DGKP

Schruns, am 25. Mai 2018

Vorwort

Während meiner Arbeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin in der Hauskrankenpflege habe ich tagtäglich mit verschiedensten Menschen und deren Wunden zu tun. Jede dieser Wunden ist eine Herausforderung für sich, da nicht nur die Wunde im Vordergrund steht, sondern auch der Mensch, der mit ihr leben muss.

Und genau das macht die individuelle Wundversorgung so interessant und wichtig. Denn unabhängig ob die Wunde vaskulär oder autoimmun entstanden ist oder eventuell bereits chronisch wurde, ist es das Ziel den Patienten mit dieser Einschränkung bestmöglich zu versorgen. Letztlich soll dieser sein Leben trotz Erkrankung und den damit verbundenen Folgen so gut wie möglich weiterleben und dadurch wieder einem geregelten Alltag nachgehen können.

Dabei ist es wichtig die Patienten auf diesem, oft langwierigen Weg bestmöglich zu begleiten.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Plattenepithelkarzinom	2
2.1 Allgemein	2
2.2 Definition	2
2.3 Klinisches Bild	3
2.4 Ursachen	4
2.5 Sonderformen	4
3 Früherkennung	5
3.1. Frühformen	6
3.1.1 Aktinische Keratosen	6
3.1.2 Präkanzerosen	6
4 Therapie	7
4.1 Diagnosesicherung	7
4.2 Behandlungsarten	10
4.2.1 Chirurgische Entfernung	10
4.2.2 Therapie der Frühformen von Plattenepithelkarzinomen	10
4.2.3 Lokale Therapie	11
5 Nachsorge	11
6 Fallbeispiel Frau Muster	12
6.1 Ausgangslage	12
6.2 Entdeckung	13
6.3 Wundverlauf	15
7 Resümee	23
Literaturverzeichnis	24
Internetverzeichnis	25
Abbildungsverzeichnis	26
Tabellenverzeichnis	27

1 Einleitung

So verschieden, wie die Menschen sind, genau so unterschiedlich sind auch ihre Wunden und deren Verlauf. Manche dieser Wunden sind in ihrer Entstehung klar und eindeutig zu identifizieren, wiederum andere entstehen unscheinbar und können unentdeckt meist fatale Folgen für den Betroffenen haben.

Daher bildet die Basis dieser Arbeit folgende Fragestellung: Welche Auswirkung hat die Früherkennung eines Plattenepithelkarzinoms auf eine erfolgreiche Behandlung? Neben der beeinträchtigten Lebensqualität spielen auch der physische und psychische Zustand des Betroffenen eine wichtige Rolle während der Heilung. Jede Wunde hat ihren eigenen Charakter. So auch das Plattenepithelkarzinom, da dieses oft unscheinbar entsteht und im Laufe der Jahre zu einem ernsten Problem werden kann. Dabei ist die Früherkennung sehr bedeutend. Diese kann den Verlauf im positiven sowie im negativen Sinn beeinflussen. Es werden Vorgehensweisen aufgezeigt, um eine mögliche Entstehung bestmöglich zu erkennen und somit zu behandeln. Dabei werden mögliche Ursachen und Folgen während der Entstehung beleuchtet.

Anhand eines Fallbeispiels aus meiner beruflichen Laufbahn in der Hauskrankenpflege wird ein möglicher Verlauf dieser Erkrankung aufgezeigt und deren Behandlung und Vorgehensweisen beschrieben. Ziel der gegenständlichen Arbeit ist es, Pflegepersonal dahingehend zu sensibilisieren, Patienten mit Hautveränderungen besser einschätzen zu können. Mit diesem Wissen kann frühestmöglich die richtige Intervention vorgenommen werden, um damit eine bestmögliche Behandlung bzw. Wundheilung zu ermöglichen. Letztlich sollen eventuell resultierende Folgeschäden so gering wie möglich gehalten werden. Den Abschluss dieser Arbeit bildet eine Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse. Die gegenständliche Arbeit basiert im Wesentlichen auf einschlägiger Literatur, sowie persönlicher Erfahrungen und Beobachtungen im Rahmen der täglichen Arbeit (mit Patienten bzw. deren Wunden).

2 Plattenepithelkarzinom

2.1 Allgemein

Die Anzahl der Hautkrebserkrankten hat sich in den letzten 5 - 10 Jahren um eine Vielzahl erhöht. (Vgl. Statistik Austria online, 2017, Österreichisches Krebsregister und Todesursachenstatistik)

Dementsprechend hat sich die diesbezügliche Vorsorge zu einem prägenden Thema der Dermatologie entwickelt. Hautkrebs wird in zwei große Gruppen unterteilt. Dabei wird zwischen dem schwarzen Hautkrebs dem sogenannten maligne Melanom und dem weißen Hautkrebs mit Unterteilung zwischen Plattenepithelkarzinom und Basalzellkarzinom unterschieden. (Vgl. AMWF online, 2012, Kurzleitlinie-Plattenepithelkarzinom der Haut Update 2013)

2.2 Definition

„Das Plattenepithelkarzinom gehört zu den Arten des „weißen Hauttumors“, es ist ein maligner Tumor, der lokal destruierend wächst, aber selten metastasiert. Dieses Karzinom ist nach dem Basalzellkarzinom der zweithäufigste maligne Hauttumor.“ (Petres, Rompel, Springer, 2007, S.243)

Bei mindestens 1.779 Menschen wurde 2015 ein malignes Melanom diagnostiziert (21 von 100.000 Personen der Weltbevölkerung). 362 Personen bzw. 4 von 100.000 starben infolge dieser Krebserkrankung. Damit waren diese Tumore für 5% aller Krebsneuerkrankungen und fast 2% aller Krebssterbefälle verantwortlich. Am Jahresende 2015 lebten 9.701 Männer und 11.077 Frauen mit einem malignen Melanom. Bei Männern erschienen maligne Melanome am Oberkörper, bei Frauen an den Beinen am häufigsten. Der Unterschied resultiert vorwiegend aus der Art sich zu kleiden und dem damit verbunden geringeren Schutz gegen die Einwirkung der UV-Strahlung. Die zeitliche Entwicklung der bösartigen Melanome der Haut im vergangenen Jahrzehnt zeigt einen leichten Anstieg der Neuerkrankungsrate um 12% bei den Frauen und einen sehr deutlichen Anstieg

um 48% bei den Männern. Die Sterblichkeit im gleichen Zeitraum war relativ stabil. (Vgl. Statistik Austria online, 2017, Österreichisches Krebsregister und Todesursachenstatistik)

Die folgende Abbildung zeigt die weltweit gestiegene Anzahl bösartiger Neubildungen im Zeitverlauf bezogen auf 100.000 Personen (Weltbevölkerung).

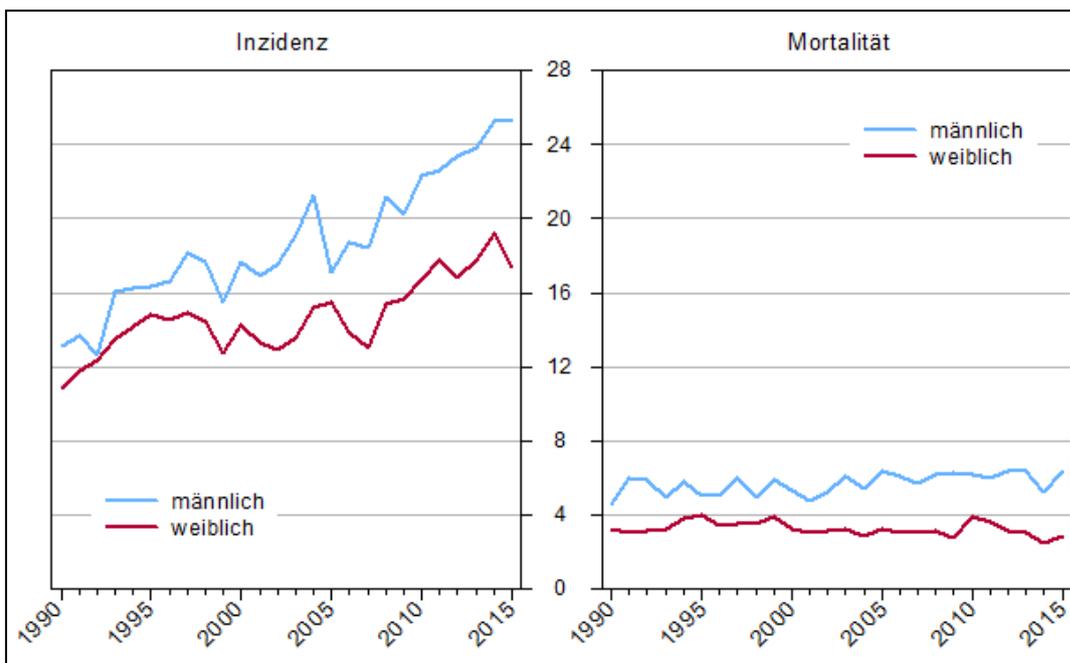


Abb. 1: Bösartige Neubildung der Haut im Zeitverlauf

Quelle: Statistik Austria, 2017

2.3 Klinisches Bild

Das Plattenepithelkarzinom wächst schneller als das Basalzellkarzinom und kann initial als hyperkeratotischer Herd in Erscheinung treten. Dabei kommt es bei Größenzunahme meist zur Ulzeration mit einer mehr oder minder deutlichen Randbildung. Der gesamte Tumor kann die zur Tiefe und zur Seite angrenzenden Strukturen wie Knorpel, Knochen und Weichteile bereits frühzeitig infiltrieren. Das Fortschreiten des Tumorgeschehens ist lange symptomlos. Charakteristisch für ein Plattenepithelkarzinom ist das gleichzeitige Vorhandensein von aktinischen Keratosen, sowie Zeichen einer chronischen Lichtschädigung der Haut. (Vgl. Petres, Rompel, Springer, 2007, S.244)

„Die Metastasierungsrate kutaner Plattenepithelkarzinome ist relativ gering und liegt unter 3-5%. Größe, Invasionstiefe und Differenzierungsgrad sind die wichtigsten Faktoren für die Metastasierungsneigung. Die Metastasierung erfolgt in der Regel zunächst in die regionäre Lymphknotenstation und erst später in andere Organe.“ (Petres, Rompel, Springer, 2007, S.244)

Karzinome der Übergangschleimhaut und Schleimhaut des männlichen und weiblichen Genitales weisen eine deutlich ungünstigere Prognose auf. Grund dafür sind die bereits früh einsetzenden lymphogene und hämatogene Metastasierungen. Dabei nimmt das rechtzeitige Erkennen und Behandeln der Karzinomvorläufer bzw. Frühformen eine entscheidende Rolle ein. (Vgl. Petres, Rompel, Springer, 2007, S.244)

2.4 Ursachen

Zahlreiche Ursachen können Auslöser für die Bildung eines Plattenepithelkarzinoms sein. Neben Vernarbungen, Verbrennungen durch Röntgenstrahlung oder Toxine wie Arsen, sind vor allem die chronische UV-Exposition, sowie das Vorhandensein aktinischer Keratosen von Bedeutung. Besonders gefährdet sind Menschen mit einer hellen Hautpigmentierung (genetische Disposition), die einen schlechten UV-Schutz bietet. Je heller die Haut, desto mehr muss sie gegen äußere Einflüsse geschützt werden.

Jahrelange Sonnenbestrahlungen begünstigen die Entstehung der aktinischen Keratosen. Diese gelten als Vorstadium (Präkanzerosen) des Plattenepithelkarzinoms. (Vgl. AMWF online, 2012, Kurzleitlinie-Plattenepithelkarzinom der Haut Update 2012)

2.5 Sonderformen

Beim Plattenepithelkarzinom wird zwischen den anschließend aufgeführten Sonderformen unterschieden. (Vgl. Petres, Rompel, Springer, 2007, S.244)

Verruköse Karzinome: Sind eine Sonderform der Plattenepithelkarzinome der Haut. Sie sind durch ein ausgeprägtes exophytisches und papillomatöses Wachstum gekennzeichnet. Dabei werden drei verschiedene jeweils hochdifferenzierte Karzinome unterschieden die alle progressives Wachstum bei nur geringer Metastasierungsneigung aufweisen.

Floride orale Papillomatosen: Diese Form äußert sich durch eine langsam wachsende, papillomatöse Wucherung der Mundschleimhaut. Hierbei kommt es zur kontinuierlichen Invasion und Zerstörung tieferer Strukturen. Größter Risikofaktor dabei ist meist das jahrelange rauchen.

Riesenkondylome Buschke-Löwenstein: Die Riesenkondylome Buschke-Löwenstein treten an den Übergangschleimhäuten der Genitalanalregion auf. Sie sind gekennzeichnet durch blumenkohlartig exophytisches Wachstum und können jahrelang vorbestehenden Condylomata acuminata (Feigwarzen) hervorgehen.

Epithelioma cuniculatum: Entsteht bevorzugt bei älteren Männern an der Fußsohle. Je nach Ausprägung kann es Ähnlichkeit mit einer Plantarwarze oder einem neuropathischen Ulcus aufweisen. Durch Druck des Körpergewichts kommt es zu endophytischem Wachstum mit Infiltration des subkutanen Gewebes, sowie später auch des Knochens.

3 Früherkennung

Sie ist der ausschlaggebende Faktor um eine mögliche Entstehung eines Plattenepithelkarzinoms der Haut zu verhindern bzw. vorzubeugen. Dafür muss die Gesellschaft in allen Altersstufen, von den Jugendjahren bis ins hohe Alter, sensibilisiert werden. Mit Hilfe dieses neuen Blickwinkels auf den eigenen Körper bzw. die eigene Haut kann jeder Mensch individuell seine eigene Vorsorge gegen eine mögliche Entstehung leisten. Mögliche Hautveränderungen, die sich in Größe und Form verändern, können so bestmöglich in einem frühen Stadium entdeckt werden. Dadurch wird es möglich, einen idealen Heilungsverlauf zu erzielen.

3.1. Frühformen

In frühen Phasen tritt das Plattenepithelkarzinom in Form der aktinischen Keratose bzw. in weiterer Folge als Präkanzerose auf. Diese werden nun unter Punkt 3.1.1 sowie Punkt 3.1.2 betrachtet.

3.1.1 Aktinische Keratosen

Aktinische Keratosen (Synonyme: Keratosis solaris, Keratosis senilis) sind die häufigste Erscheinungsform UV-bedingter Schädigung der Haut. Sie entwickeln sich bevorzugt bei hellhäutigen Menschen (Männer sind mehr betroffen), meist ab dem 50. Lebensjahr. Mit steigendem Alter nimmt die Zahl der aktinischen Keratosen zu, entsprechend der kumulativen UV-Exposition. Immunsupprimierte Menschen neigen, nach einer Organtransplantation, in verstärktem Maße zur Bildung aktinischer Keratosen. Bei der aktinischen Keratose handelt es sich um ein Plattenepithelkarzinom der Epidermis in situ. Charakteristisch sind unregelmäßige, scharf begrenzte, rötliche Herde mit rauer Oberfläche. Mit der Zeit nehmen die Hyperkeratosen zu und es bilden sich schmutzig-graue bis bräunliche Herde. Prädilektionsstellen sind Gesicht, Stirn, Glatze, Ohren, Nase und Handrücken. (Vgl. Petres, Rompel, Springer, 2007, S.236)

3.1.2 Präkanzerosen

Präkanzerosen gehen meist nach jahrelanger Latenz aus typischen Vorgängerläsionen hervor. Sie präsentieren sich meist als raue, schuppene, wenige Millimeter bis mehrerer Zentimeter große Hautveränderungen, die oft im Anfangsstadium kaum sichtbar sind. Aus ihnen können sich aktinische Keratosen entwickeln. (Vgl. OGDC online, 2011, Vorstufen des Hautkrebs)

4 Therapie

Um eine bestmögliche Behandlung für den Patienten zu gewährleisten nimmt die Früherkennung und in späterer Folge die Diagnosesicherung eine entscheidende Rolle ein. Dadurch kann ein auf den Patienten maßgeschneiderter Behandlungsplan erstellt werden.

4.1 Diagnosesicherung

In der Phase der Früherkennung kann die Diagnose in der Regel klinisch gestellt werden. Im Zweifelsfall sollte eine Probebiopsie mit histologischer Untersuchung erfolgen. Dies gilt insbesondere im Fall von erosiven, irritierten und generell ausgedehnten aktinischen Keratosen, um Subtypen zu differenzieren und frühzeitig ein invasives Wachstum zu erkennen. Histologisch erkennt man ein invasives Tumorstadium ausgehend von der Epidermis. Je nach Differenzierungsgrad neigen die Stachelzellen zur Verhornung, die in Form von Hornperlen sichtbar wird. Nach UICC (The Union for International Cancer Control) werden die Plattenepithelkarzinome entsprechend ihrem Verhornungsgrad (Grad I-IV) eingeteilt. (Vgl. Petres, Rompel, Springer, 2007, S.246)

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Diagnostik ist die Untersuchung und Palpation der Lymphknoten. Bei einem invasiven Plattenepithelkarzinom (ab Grad II) sollte eine Ausbreitungsdiagnostik mit bildgebenden Verfahren zur Abklärung der Lymphknotenmetastasierung erfolgen. (Vgl. Garbe, 2005, S.15)

Hochdifferenzierte Karzinome (Grad I) haben einen hohen Anteil verhornender Zellen, während undifferenzierte Karzinome (Grad IV) innerhalb des Tumors fast keine Verhornung aufweisen. (Vgl. Petres, Rompel, Springer, 2007, S.246)

Tumore werden anhand der TNM-Klassifikation (Classification of Malignant Tumors) entsprechend international gebräuchlicher Kriterien zugewiesen. Entsprechend Ausprägung und Ausbreitung wird der Tumor den in Tabelle 1 ersichtlichen Klassifikationen zugeordnet. (Vgl. Krebsgesellschaft.de online, 2015, Klassifikation von Tumoren)

TNM-Klassifikation	Tumormerkmale
TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung
T2	Tumor mehr als 2 cm, nicht mehr als 5 cm in größter Ausdehnung
T3	Tumor mehr als 5 cm in größter Ausdehnung
T4	Tumor infiltriert tiefe extradermale Strukturen wie Knorpel, Skelettmuskel oder Knochen
NX	regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	keine regionäre Lymphknotenmetastasen
N1	regionäre Lymphknotenmetastasen
MX	Vorliegen von Fernmetastasen kann nicht beurteilt werden
M0	keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

Tab. 1: TNM-Klassifikation von Plattenepithelkarzinomen der Haut

Quelle: Derma.de online, 2015, Plattenepithelkarzinom

„Die rein klinische Klassifizierung muss durch weitere Parameter ergänzt werden. Um dies auszudrücken wird vor die entsprechende T Klasse ein p hinzugefügt.“ (Derma.de online, 2015, Plattenepithelkarzinom)

Durch diesen Parameter kann die Tumordicke eingeteilt werden. Dadurch ist eine Eingrenzung des Metastasierungsrisikos möglich. Parameter für die Einteilung des Plattenepithelkarzinoms ist nicht nur die Ausbreitung und Ausprägung sondern auch die Tumordicke ist ein entscheidender Faktor. Diese Unterteilung wird in Tabelle 2 dargestellt. (Vgl. Derma.de online, 2015, Plattenepithelkarzinom)

Bezeichnung	Tumordicke	Metastasierungsrate
pT1-3a	begrenzt auf Dermis und Tumordicke bis 2mm.	0%
pT1-3b	begrenzt auf Dermis und Tumordicke von mehr als 2mm, aber nicht mehr als 6mm	ca. 6%
pT1-3c	Invasion der Subkutis und/oder Tumordicke mehr als 6 mm.	ca. 20%
pT4a	6 mm oder weniger.	ca. 25%
pT4b	mehr als 6 mm	bis ca. 40%

Tab. 2: Histopathologische Klassifikation nach Tumordicke

Quelle: Derma.de online, 2015, Plattenepithelkarzinom

„Die Malignität anderer Typen von Plattenepithelkarzinomen der Haut ist sehr unterschiedlich. Deshalb ist eine Einteilung nach dem histologischen Typ neben der pTNM Klassifizierung für eine realistische Prognoseeinschätzung notwendig. Zunächst wurde als erster Parameter der Grad der Differenzierung, (Grading) eingeführt. Dieser wird in der Regel postoperativ durch die histologische Untersuchung festgestellt. Der Differenzierungsgrad von Plattenepithelkarzinomen wird nach Broders in vier Grade eingeteilt, die zum Prozentsatz undifferenzierter Zellen ohne Verhornungstendenz korrespondieren“ (siehe Tabelle 3). (Vgl. Derma.de online, 2015, Plattenepithelkarzinom)

Stadium	Primärtumor	Lymphknoten	Fernmetastasen
Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium II	T1	N0	M0
Stadium II	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Stadium III	T4	N0	M0
	jedes T	N1	M0
Stadium IV	jedes T	jedes N	M1

Tab. 3: Stadieneinteilung von Plattenepithelkarzinomen

Quelle: Derma.de online, 2015, Plattenepithelkarzinom

4.2 Behandlungsarten

Ist die Diagnosesicherung und die Einteilung des Karzinoms erfolgt wird in weiterer Folge die passende Therapie für den Patienten angesetzt. Dabei gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten wobei jede dieser speziell auf den Betroffenen abgestimmt werden muss um den bestmöglichen Heilungsverlauf zu erzielen.

4.2.1 Chirurgische Entfernung

Die vollständige chirurgische Exzision mit topografisch zugeordneter histopathologischer Kontrolle der Schnittländer stellt die Therapie der ersten Wahl dar, sofern diese medizinisch vertretbar und weder mit funktionellen, noch ästhetischen Beeinträchtigungen verbunden ist. Bei allen operativen Verfahren empfiehlt sich ein vorsichtiges Vorgehen. Im Zweifelsfall in mehreren Sitzungen, da bei zu tiefer Einwirkung bzw. Abtragung oberflächliche Narben entstehen können. (Vgl. Fritsch, Springer, 2009, S.71)

4.2.2 Therapie der Frühformen von Plattenepithelkarzinomen

Bei der Kryochirurgie werden mittels Kryosonde oder Sprühverfahren mit flüssigem Stickstoff aktinische Keratosen vereist. Das Einfrieren führt zu blasenartiger Abhebung der Läsion, durch Reepithelisierung vom Rande ohne Narbenbildung. Bei flachen aktinischen Keratosen sind meist zwei Vereisungszyklen ausreichend. Die lokale Chemotherapie (5-Fluorouracil) bei sehr ausgedehnten aktinischen Keratosen. Die Behandlung erfolgt über ca. 1 Woche. Dabei werden die aktinischen Keratosen mit einer heftigen entzündlichen Reaktion abgestoßen. Bei der Photodynamischen Therapie (PDT) wird ein Zielgewebe mit einem Photosensibilisator lichtempfindlich gemacht und anschließend mit sichtbarem Licht belichtet. Der Photosensibilisator wird in Creme- oder Gelform okklusiv auf die betroffene Hautstelle aufgetragen. Nach 4-6 Stunden wird das Zielareal mittels LED-Lampe bzw. einem Laser belichtet. (Vgl. Fritsch, Springer, 2009, S.71)

4.2.3 Lokale Therapie

Hier bietet sich die Strahlentherapie an, das Ergebnis ist beim Plattenepithelkarzinom mit der konventionellen Exzision vergleichbar. Bei Inoperabilität oder Non-in-sano Resektion besteht die Indikation einer Strahlenbehandlung. An Ohren, Lippen oder Nasenspitze sollte, um eine Schädigung zu verhindern, nicht bestrahlt werden. Bei Menschen mit vorgeschädigter Haut ist die chirurgische Variante zu wählen. (Vgl. Garbe, Georg, 2005, S.17)

Weiteres können einzelnen aktinischen Keratosen durch Kürettage (Abtragung mit einem scharfen Löffel) oder oberflächliche Elektrodesikkation behandelt werden. Auch Lasertherapien mittels Erbium YAG-Laser oder CO₂-Laser werden angewandt. Diese erfolgen unter örtlicher Betäubung. Ebenso kommt die hochtourige Dermaabrasion (Entfernung mittels oberflächlichen Schleifens) beim Entfernen der Keratosen zum Einsatz. (Vgl. Garbe, Georg, 2005, S.17)

5 Nachsorge

Aufgrund des häufigen Auftretens von Zweittumoren sollte eine regelmäßige Nachsorge stattfinden. Bei Patienten mit isoliertem Plattenepithelkarzinom sollte auf die Dauer von mindestens fünf Jahren halbjährlich eine Kontrolle stattfinden.

Patienten mit metastasierten, rezidivierenden Tumoren oder solche mit höherem Risiko für weitere neue Tumore (Immunsuppression, genetische Disposition, multiplen Karzinome der Haut in der Vorgeschichte) sollten nachkontrolliert werden. Zunächst für fünf Jahre in dreimonatigen Abständen und anschließend in halbjährlichen bis jährlichen Intervallen - gegebenenfalls lebenslang.

Patienten sollten zur regelmäßigen Selbstinspektion angeleitet werden, um Plattenepithelkarzinome frühzeitig zu entdecken. Betroffene Personen sollten sich

vor übermäßiger Sonnenexposition schützen. (Vgl. Dermatologie.Tirolkliniken.at online, 2012, Kurzleitlinie-Plattenepithelkarzinom der Haut)

6 Fallbeispiel Frau Muster

Anhand des nachfolgenden Beispiels wird ein möglicher Verlauf eines Plattenepithelkarzinoms dargestellt. Weiteres wird die Wunde und deren Entwicklung im Laufe der von uns, in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, durchgeführten Behandlung mittels Bildern gezeigt.

6.1 Ausgangslage

Die Patientin ist 91 Jahre alt und lebt mit ihrer Tochter gemeinsam in einem Haushalt. Die Patientin ist mit Rollator gut mobil, benötigt wenig Hilfestellung. Da die Tochter Vollzeit arbeitet, wird die Patientin von Montag bis Freitag für vier Stunden vom mobilen Hilfsdienst betreut. Einmal in der Woche wird die Patientin von der Hauskrankenpflege geduscht. Dabei fiel beim ersten Besuch auf, dass die Patientin am linken Unterschenkel raue, schuppige, rötliche Flecken aufweist. Diese waren meist nach der Körperpflege nassend und wurden dann mit Octenillin® abgetupft und mit sterilem Curapore® verbunden. Auf Nachfrage, ob ihr diese Hautveränderung schon früher aufgefallen ist, gab sie an, diese schon immer gehabt zu haben. Nachdem 3 Wochen vergangen waren und sich die Hautveränderung verschlechtert hatte, wurde eine Fotodokumentation durchgeführt und der Hausarzt hinzugezogen.

6.2 Entdeckung

Das Plattenepithelkarzinom sah zu Beginn der Dokumentation wie folgt aus.



Abb. 2: Plattenepithelkarzinom Anfangsphase

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2015

Die Erstbehandlung erfolgte im Zuge der Hauskrankenpflege in Abstimmung mit dem Hausarzt. Es wurde ein Verbandswechsel an zwei Wunden am linken Unterschenkel durchgeführt. Wunde 1 war 2,0x1,0 cm groß, trocken und teilweise epithelisiert. Wunde 2 war 0,8 cm groß, trocken und der Wundrand war nicht mazeriert. Die Wundtherapie erfolgte mit NaCl 0,9% ®, Adaptic ® und als Sekundärverband wurden Kompressen und Mollelast ® verwendet. Das Verbandsintervall betrug entsprechend der Hausarztanweisung 3 Tage.

Nach ca. 6 Wochen zeigte der Wundgrund deutliche Hypergranulation auf, der Wundrand wurde mit ZinkcremeDLine ® und einem Sekundärverband mit Urgotül Foam Border ® geschützt. Hautumgebung wurde mit Dline NCR ® versorgt. Auf Wunsch der Hauskrankenpflege erfolgte eine Überweisung in die Wundambulanz, um den Status abzuklären. Dieser Termin wurde am 07.10.2015 wahrgenommen.



Abb. 3: Plattenepithelkarzinom 6 Wochen nach Entdeckung

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2015

Nachdem die Patientin zur Abklärung auf der Wundambulanz war, wurde diese auf die Pathologie überwiesen. Laut Wundambulanz wurde die Wunde in weiterer Folge mit Urgotül Foam Boarder® behandelt. Der Behandlung lag per 05.11.2015 folgender Befund der Pathologie-Dermatologie-Ambulanz zugrunde:

Klinische Angabe: 4mm Stanzbiopsien I. Vom linken Unterschenkel medial aus Ulcusrand II.

Histologischer Befund: 3 mm messendes aktinisch geschädigtes Hautstanzbiopsat mit einer fokal ulzerierten, squamös differenzierten Neoplasie. Die Tumorzellen wachsen in Form von Strängen und Zapfen bis in tiefere Abschnitte vor, zeigen dabei ausgeprägte Kernpleomorphien, eine Verhornungstendenz ist nicht mehr abgrenzbar, daneben zeigt sich reichlich lymphoplasmazelluläre umgebende Entzündungsinfiltration.

Diagnose: Hautzustandsbiopsat vom Unterschenkel links medial mit einem gering differenzierten Plattenepithelkarzinom, Malignitätsgrad 3.

Empfehlung der Pathologie: Exzision der betroffenen Hautareale empfohlen. Dies wurde jedoch strikt von Patientin und Tochter abgelehnt. Daher wurde die Wunde weiter konservativ behandelt.

6.3 Wundverlauf

Die Patientin verweigerte zunächst die Exzision der betroffenen Hautareale. Daher wurden weiterhin in Abstimmung mit Pathologie und Hausarzt von der Hauskrankenpflege Verbandswechsel durchgeführt. Die folgende Abbildung schildert den weiteren Wundverlauf.



Abb. 4: Plattenepithelkarzinom 11 Wochen nach Entdeckung

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2015

Die weiteren Verbandswechsel wurden mit Adaptic ® und sterilen Kompressen vorgenommen. Das Verbandsintervall lag gemäß Dermatologie bei 3 Tagen. Trotz zunehmender Wundverschlechterung durfte die Hauskrankenpflege keinen Kontakt mit der Dermatologie aufnehmen. Dies verfügte die Patientin.



Abb. 5: Plattenepithelkarzinom 30 Wochen nach Entdeckung

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2016

Während der Behandlung stand die Patientin in regelmäßigen Kontakt mit der Wundambulanz. Die Kontrolltermine fanden alle 3 Wochen statt, dabei wurde ein Verlaufsprotokoll für die Hauskrankenpflege zur Wundversorgung geführt.

Die Wunde wurde währenddessen mit NaCl 0,9% ® und Inadine ®, Vliwazell ® und Raucolast ® verbunden. Verbandsintervall alle 2 Tage. Anschließend wird die weitere Wundentwicklung im Zeitverlauf dargestellt.



Abb. 6: Weitere Wundentwicklung

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2016



Abb. 7: Plattenepithelkarzinom rd. 1,5 Jahre nach Erstbehandlung

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2017



Abb. 8: Plattenepithelkarzinom rd. 1,5 Jahre nach Erstbehandlung

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2017

Nachdem sich der psychische Zustand der Patientin, aufgrund der Größenzunahme, Geruchsbelästigung und Schmerzintensität verschlechterte, entschied sie sich für eine neue Untersuchung durch eine unabhängige Hautärztin. Diese diagnostizierte ebenfalls ein Plattenepithelkarzinom, ohne Aussicht auf Heilung. Empfehlung ihrerseits, mit einer palliativen Strahlentherapie zu beginnen.

Nach einem langen Gespräch mit der Hautärztin, wurde entschieden, das Plattenepithelkarzinom ein letztes Mal mit Chemotherapeutika Aldara Creme 5%® zu behandeln. Es wurde zuerst mit NaCl 0,9%® gereinigt und anschließend wurde Aldara Creme 5%® dünn, mit einem sterilen Watteträger, aufgetupft.

Adaptic ® und Aktivkohlekomresse Vliwaktiv ® wurden als Sekundärverband verwendet. Die Aldara Creme 5% ® verursachte dabei lokale Entzündungsreaktionen. Diese Therapie sollte 14 Tage durchgeführt werden.



Abb. 9: Plattenepithelkarzinom rd. 2 Jahre nach Erstbehandlung

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2017

Die Wundsituation verschlechterte sich innerhalb von zehn Tagen nach der Behandlung mit Aldara Creme 5% ®. Wundgrund exulzerierte, Wunde war übelriechend und stark nässend. Während und nach dem Verbandswechsel verspürte die Patientin Schmerzen. Auf Anordnung der Hautärztin wurde vor dem Verbandswechsel ein Schmerzmittel verabreicht. Therapie mit Aldara Creme 5% ® wurde sofort beendet.

Nach dieser Behandlung entschied sie sich mit der Strahlentherapie anzufangen. Der frühestmögliche Termin, zum Beginn der Therapie, erfolgte einen Monat später. In der Zwischenzeit wurde es mit Inadine ® und Aktivkohlekompressen Vliwaktiv ®, je nach Geruch auch mit normalen Saugkompressen Vliwazell ® behandelt.



Abb. 10: Plattenepithelkarzinom rd. 2 Jahre und 2 Monate nach Erstbehandlung

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2017

Die Strahlentherapie wurde Anfang September begonnen und dauerte vier Wochen. Die Patientin musste zwei Mal in der Woche zur Bestrahlung. Da die Patientin zum Zeitpunkt 92 Jahre alt war, machte ihr dieses Therapie Intervall körperlich und psychisch sehr zu schaffen. In dieser Zeit wurde von der Hauskrankenpflege kein Verbandswechsel durchgeführt. Die Radioonkologie versprach keine Heilung, lediglich eine Linderung der Wundsituation.



Abb. 11: Plattenepithelkarzinom rd. 1 Monat nach Strahlentherapie

Quelle: Fotodokumentation eigene, 2017

Wie auf Abbildung 11 ersichtlich hatte sich die Wundsituation nach der Strahlentherapie deutlich verbessert. Da keine Abheilung zu erwarten ist, wird die Patientin nach wie vor von der Hauskrankenpflege betreut.

7 Resümee

Wie beim Fallbeispiel beschrieben, ist die Behandlung eines Plattenepithelkarzinoms sehr vielschichtig. Dabei spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachgebieten eine wichtige Rolle. Diese beginnt mit der Früherkennung einer möglichen Entstehung und endet im Idealfall für den Betroffenen ohne bleibende Schäden bzw. Beeinträchtigungen. Dies ist abhängig von der verordneten Therapie aber auch vom psychischen und körperlichen Zustand des Betroffenen.

Durch die gewonnenen Erkenntnisse aus der Ausbildung zur Wundmanagerin kann ich das Fallbeispiel nun besser beurteilen. Es hätten schon in der Anfangsphase der Entstehung andere Interventionen gesetzt werden müssen. Da diese jedoch vom Patienten über einen längeren Zeitraum abgelehnt wurden, verschlechterte sich die Wundsituation zunehmend. Wäre das Karzinom als dieses zu Beginn erkannt worden, scheint es aus heutiger Sicht möglich dass eine Vereisungstherapie oder eine Salbentherapie erfolgreich verlaufen wäre. Spätestens zum Zeitpunkt der Diagnose bzw. Empfehlung seitens Dermatologie wäre eine chirurgische Entfernung notwendig gewesen. Das Zögern der Patientin bzw. Ablehnung führte dazu dass die Wunde letztlich nur noch mittels Strahlentherapie gelindert werden konnte. Eine vollständige Abheilung wurde verabsäumt.

Mit dem Fallbeispiel wollte ich die Frage der Bedeutung der Früherkennung und der damit eingehenden zeitnahen Behandlung herausheben. Der Faktor Wissen und Erfahrung spielt somit meiner Meinung nach eine entscheidende Rolle. Denn die frühzeitige Erkennung und Diagnosesicherung eines Plattenepithelkarzinoms kann eine vollständige Genesung ermöglichen. Zumindest kann der Behandlungsverlauf bestmöglich beeinflusst werden.

Literaturverzeichnis

Fritsch,P. (2009). Dermatologie & Venerologie für das Studium. Heidelberg, Springer Medizin Verlag

Garbe,C. (2005) Interdisziplinäre Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Hauttumoren. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag

Petres, Rompel,R. (2007) Operative Dermatologie.Heidelberg. Springer Medizin Verlag

Internetverzeichnis

AMWF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin (2012). Kurzleitlinie-Plattenepithelkarzinom der Haut Update 2012.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-022l_S2k_Plattenepithelkarzinom_2013-verlaengert.pdf

abgerufen am 20.3.2018

Dermatologie Tirol-Kliniken (2012) Kurzleitlinie-Plattenepithelkarzinom der Haut.

<https://dermatologie.tirol-kliniken.at/data.cfm?vpath=dokumente/plattenepithelkarzinom-der-haut>.

abgerufen am 03.05.2018

OGDC Österreichische Gesellschaft für Dermatochirurgie (2011). Vorstufen des Hautkrebs. http://www.oegdc.at/pat_praekanzerosen.html

abgerufen am 03.05.2018

Statistik Austria Österreichisches Krebsregister und Todesursachenstatistik (2018)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/haut/index.html

abgerufen am 18.05.2018

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bösartige Neubildung der Haut im Zeitverlauf	3
Abbildung 2: Plattenepithelkarzinom Anfangsphase	13
Abbildung 3: Plattenepithelkarzinom 6 Wochen nach Entdeckung	14
Abbildung 4: Plattenepithelkarzinom 11 Wochen nach Entdeckung	15
Abbildung 5: Plattenepithelkarzinom 30 Wochen nach Entdeckung	16
Abbildung 6: Weitere Wundentwicklung	17
Abbildung 7: Plattenepithelkarzinom rd. 1,5 Jahre nach Erstbehandlung	18
Abbildung 8: Plattenepithelkarzinom rd. 1,5 Jahre nach Erstbehandlung	19
Abbildung 9: Plattenepithelkarzinom rd. 2 Jahre nach Erstbehandlung	20
Abbildung 10: Plattenepithelkarzinom rd. 2 Jahre und 2 Monate nach Erstbehandlung	21
Abbildung 11: Plattenepithelkarzinom rd. 1 Monat nach Strahlentherapie	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: TNM – Klassifikation von Plattenepithelkarzinomen der Haut	8
Tabelle 2: Histopathologische Klassifikation nach Tumordicke	9
Tabelle 3: Stadieneinteilung der Plattenepithelkarzinom	9

Eidesstaatliche Erklärung

Ich Stefanie Brock erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt und die damit verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. In der Bearbeitung und Abfassung wurden keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Stefanie Brock

Schruns, am 28.05.2018