

Nichtmelanotischer Hauttumor (1)

Epidemiologie:

90% aller malignen Hauttumoren sind keratinozytische (nichtmelanotische) Tumoren, davon 80% Basalzellkarzinome (Basaliome), 19 % Plattenepithelkarzinome und 1 % seltene Hautumoren wie Merkelzell-Karzinome, Kaposi-Sarkome oder kutanen Lymphome. Da nichtmelanotische Tumore aufgrund ihrer geringen Sterblichkeit bisher von den meisten epidemiologischen Krebsregistern nicht erfasst wurden, liegen keine zuverlässigen Inzidenz-Schätzungen vor. Das Robert-Koch-Institut 2004 gibt an:

Basaliome	75 - >100 (steigende Tendenz)
Plattenepithelkarzinome	9
Sonstige	< 1

Das Basalzellkarzinom ist die weltweit am häufigsten vorkommende Neoplasie der weißen Bevölkerung

Risikofaktoren:

Basaliom:

- DNS-Schäden und Mutationen durch chronische UV-Exposition
- radioaktive Bestrahlung, ionisierende Strahlen
- chemische Kanzerogene (z. B. Arsen)
- chronische Hautschädigung, z. B. durch Ulzera
- längerfristige medikamentöse Immunsuppression
- Xeroderma pigmentosum, Basalzellnaevussyndrom
- geringe Hautpigmentierung (hellhäutige Hauttypen) u. a. genetische Faktoren
- Alter \geq 50 Jahre
- Wohnort unter Ozonloch

Plattenepithelkarzinom (Spinaliom):

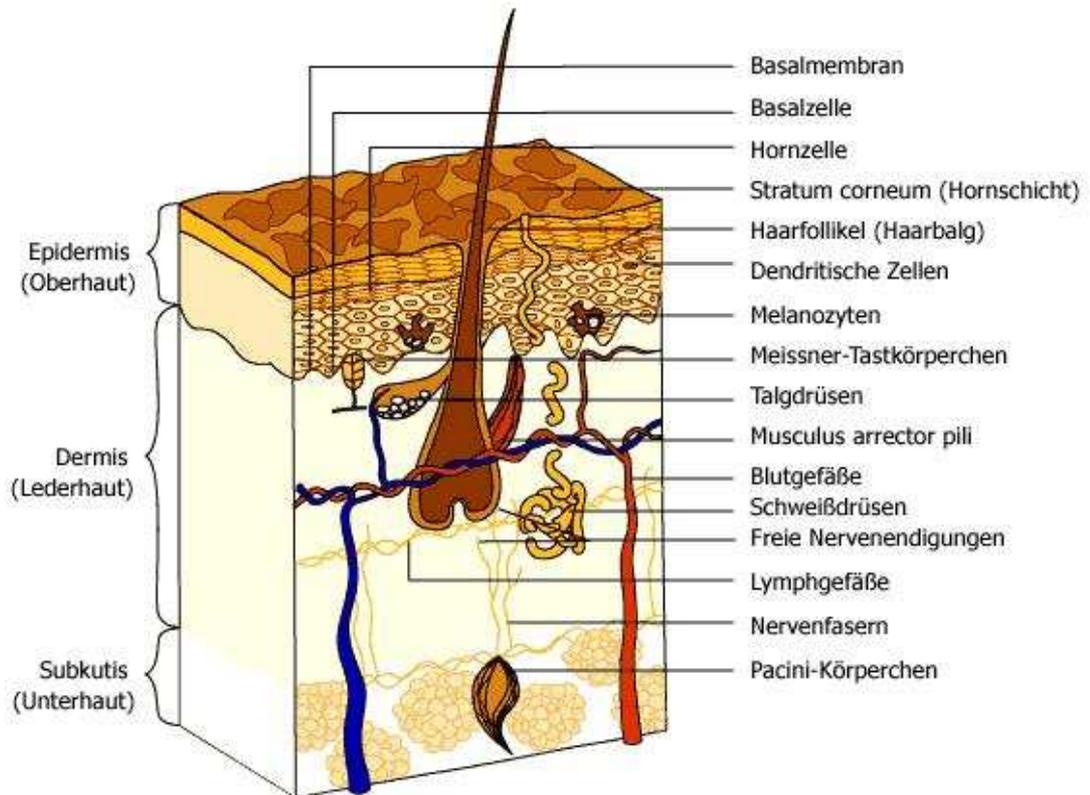
- chronisch vorgeschädigte Haut (z. B. durch UV-Exposition, Entzündungen, Virusinfektionen, Verbrennungsnarben u.a.)
- Präkanzerosen (z. B. solare/aktinische Keratosen, Keratoakanthome)
- längerfristige medikamentöse Immunsuppression
- chemische Kanzerogene (z. B. Arsen)
- Wohnort unter Ozonloch

Aktinische Keratosen (auch „raue Lichtschwielen“) entstehen immer durch UV-Strahlen und werden von manchen Ärzten als gutartige Tumoren angesehen (/0). Bei Durchbruch veränderter Hautzellen einer aktinischen Keratose von der Epidermis in die Dermis entsteht ein Plattenepithelkarzinom (in bis zu 10 % aller aktinischen Keratosen).

Plattenepithelkarzinome treten zu ca. 90% an UV-exponierten Stellen wie Gesicht, Ohren, Unterlippe und Handrücken auf. Sie entstehen immer auf UV-geschädigter Haut (solare Elastose), auf der sich durch Verhornung als Vorstufe die aktinische Keratose bildet.

Keratoakanthome sind schnell wachsende gutartige Hauttumoren, die sich unbehandelt spontan zurückbilden können. Sie sind manchmal schwer von Spinaliomen zu unterscheiden und können im Spätstadium in ein Spinaliom übergehen.

Nichtmelanotischer Hauttumor (2)



Quelle: <http://elbanet.ethz.ch/wikifarm/krebsvorlesung0506/index.php?n=Kurs.SonnenBaden>

Hauttypen nach Fitzpatrick (1975) und Anteile der deutschsprachigen Bevölkerung:

- | | |
|-------------------------------|---|
| ▪ Keltischer Typ (Typ I) | 2 % |
| ▪ Nordischer Typ (Typ II) | 12 % |
| ▪ Mischtyp (Typ III) | 78 % |
| ▪ Mediterraner Typ (Typ IV) | 8 % |
| ▪ Dunkle Hauttypen (Typ V) | Arabien, Nordafrika, Indien, dunkle Asiaten |
| ▪ Schwarze Hauttypen (Typ VI) | Zentralafrika, Australien |

Symptome:

- knotige Veränderung, blumenkohlartige Wucherung
- nicht heilende Wunden
- entzündeter „Schorf“, z. T. blutend
- aktinische Keratose: gerötetes Hautareal mit bräunlicher, verdickter Hornschicht
- Keratoakanthom: knotige Veränderung, Wucherung

Nichtmelanotischer Hauttumor (3)

Beispiele (Quelle: dermis.net, WHO):

aktinische Keratose:



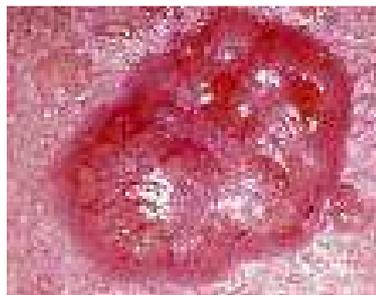
Keratoakanthom:



Morbus Bowen:



Basaliom (80 % im Kopf-Hals-Bereich, meist im Gesicht / Lidregion):



Nichtmelanotischer Hauttumor (4)

Plattenepithelkarzinom (Stachelzellkarzinom, Spinaliom) (90 % im Gesicht, v.a. Unterlippe):



ICD-10 (Deutsche Ausgabe 2009):

C44.0	Sonst. Bös. Neub.: Lippenhaut (ohne Lippenrot)
C44.1	Sonst. Bös. Neub.: Haut des Augenlides, einschl. Kanthus (Augenwinkel)
C44.2	Sonst. Bös. Neub.: Haut des Ohres u. des äußeren Gehörgangs
C44.3	Sonst. Bös. Neub.: Haut sonst. Teile des Gesichtes onA
C44.4	Sonst. Bös. Neub.: Behaarte Kopfhaut u. Haut des Halses
C44.5	Sonst. Bös. Neub.: Haut des Rumpfes
C44.6	Sonst. Bös. Neub.: Haut der ob. Extremität, einschl. Schulter
C44.7	Sonst. Bös. Neub.: Haut der unt. Extremität, einschl. Hüfte
C44.8	Sonst. Bös. Neub.: Haut, überlappend
C44.9	Bös. Neub.: Haut onA

Die entsprechenden Lokalisationscodes der ICD-O-3 von 2000 lauten C44.0 bis C44.9.
Für die Haut von Vulva (C51.*), Penis (C60.*) und Skrotum (C63.2) siehe separate Kodierhilfen.

C46.0	Kaposi-Sarkom der Haut
-------	------------------------

C84.0	Mycosis fungoides
C84.1	Sézary-Syndrom

D04.0	CIS: Lippenhaut
D04.1	CIS: Haut des Augenlides, einschl. Kanthus
D04.2	CIS: Haut des Ohres u. des äußeren Gehörgangs
D04.3	CIS: Haut des Gesichtes onA
D04.4	CIS: Behaarte Kopfhaut u. Haut des Halses
D04.5	CIS: Haut des Rumpfes
D04.6	CIS: Haut des Armes, einschl. Schulter
D04.7	CIS: Haut des Beines, einschl. Hüfte
D04.8	CIS: Haut an sonst. Lokalisationen
D04.9	CIS: Haut onA

Nichtmelanotischer Hauttumor (5)

D48.5	Unsch. Neub.: Haut
-------	--------------------

Regionäre Lymphknoten:

entsprechen der jeweiligen Lokalisation des Primärtumors:

a) für unilaterale Tumoren:

Kopf-Hals:	ipsilaterale, präaurikuläre, submandibuläre, zervikale und supraclaviculäre Lymphknoten
Thorax:	ipsilaterale axilläre Lymphknoten
Obere Extremität:	ipsilaterale epitrochleare und axilläre Lymphknoten
Abdomen, Flanken, Gesäß:	ipsilaterale inguinale Lymphknoten
Untere Extremität:	ipsilaterale popliteale und inguinale Lymphknoten
Analrand, perianale Haut:	ipsilaterale inguinale Lymphknoten

b) für Primärtumoren in Grenzzonen zwischen den o. g. Regionen:

Lymphknoten, die die betroffene Grenzzone an beiden Seiten drainieren; als Grenzzonen gelten die nachstehenden 4 cm breiten Gebiete:

Zwischen:	Entlang:
Rechts/Links	Mittellinie
Kopf-Hals/Thorax	Klavikula (Schlüsselbein)- Akromion (Schulterdach) - oberer Schulterblattrand
Thorax/Obere Extremität	Schulter - Achselhöhle - Schulter
Thorax/ Abdomen, Flanken, Gesäß:	Vorn: Mitte zwischen Nabel und Rippenbogen Hinten: untere Grenze der Brustwirbelsäule (mittlere transversale Achse)
Abdomen, Flanken, Gesäß/ untere Extremität:	Leiste - Trochanter (Rollhügel) - Glutäalfalte

Jede andere Lymphknotenmetastase gilt als Fernmetastase.

TNM 7 2009 – deutsche Auflage 2010:

gilt nur für Karzinome der Haut (ausschließlich Augenlid, Vulva und Penis und Merkelzellkarzinome)

Tx	Primärtumor nicht beurteilbar
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung
T2	Tumor mehr als 2 cm in größter Ausdehnung
T3	Tumor infiltriert tiefe extradermale Strukturen wie Skelettmuskel, Knochen, Knorpel, Kiefer und Orbita
T4	Tumor infiltriert direkt oder perineural Schädelbasis oder das Achsenskelett

Nichtmelanotischer Hauttumor (6)

NX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen
pN0	Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung von mindestens 6 Lymphknoten, ohne Befund
N1	Regionäre Lymphknotenmetastase(n) in einem Lymphknoten, 3 cm oder weniger in größter Ausdehnung
N2	Metastase(n) in einem Lymphknoten, mehr als 3 cm, aber nicht mehr als 6 cm in größter Ausdehnung oder in multiplen Lymphknoten, keiner mehr als 6 cm in größter Ausdehnung
N3	Metastase(n) in einem Lymphknoten, mehr als 6 cm in größter Ausdehnung

Klassifikation von Hauttumoren der Vulva und des Penis: siehe separate Kodierhilfen

Zur TNM-Klassifikation kutaner Lymphome existiert ein Vorschlag (siehe TNM-Supplement 3).

UICC-Stadium (2009):

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T2	N0	M0
Stadium III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Stadium IV	T1, T2, T3	N2, N3	M0
	T4	Jedes N	M0
	Jedes T	Jedes N	M1

Klassifikation der Augenlidkarzinome:

Diese Klassifikation betrifft nur Karzinome der vorderen Oberfläche der Lider und der Lidränder (Epidermis und ihre Adnexe); die übrigen Karzinome werden der Konjunktiva zugeordnet.

Tx	Primärtumor nicht beurteilbar
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor 5 mm oder weniger in größter Ausdehnung ohne Infiltration des Tarsus oder des Lidrandes
T2a	Tumor mehr als 5 mm, aber nicht mehr als 10 mm in größter Ausdehnung oder Tumor jeder Größe mit Infiltration des Tarsus oder des Lidrandes
T2b	Tumor mehr als 10 mm, aber nicht mehr als 20 mm in größter Ausdehnung oder Tumor mit Infiltration des Lids in voller Dicke

Nichtmelanotischer Hauttumor (7)

T3a	Tumor mehr als 20 mm in größter Ausdehnung oder Tumor mit Infiltration benachbarter Strukturen des Auges oder der Orbita oder Tumor jeder Größe mit Invasion von Perineuralscheiden
T3b	Tumor, dessen Ausdehnung eine Eukleation, Exenteration oder Knochenresektion benötigt
T4	Nicht resezierbarer Tumor aufgrund von ausgedehnter Infiltration von okulären, orbitalen oder kraniofazialen Strukturen oder des Gehirns

NX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen
pN0	Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung von mindestens 6 Lymphknoten, ohne Befund
N1	Regionäre Lymphknotenmetastasen

MX	Fernmetastasen können nicht beurteilt werden
M0	Keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

Die pathologischen T-, N- und M-Kategorien entsprechen den klinischen.

UICC-Stadium (2009):

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium IA	T1	N0	M0
Stadium IB	T2a	N0	M0
Stadium IC	T2b	N0	M0
Stadium II	T3a	N0	M0
Stadium IIIA	T3b	N0	M0
Stadium IIIB	Jedes T	N1	M0
Stadium IIIC	T4	Jedes N	M0
Stadium IV	Jedes T	Jedes N	M1

Klassifikation der Merkelkarzinome:

Die Klassifikation gilt nur für Merkelzellkarzinome.

Tx	Primärtumor nicht beurteilbar
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung
T2	Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 5 cm in größter Ausdehnung

Nichtmelanotischer Hauttumor (8)

T3	Tumor mehr als 5 cm in größter Ausdehnung
T4	Tumor infiltriert tiefe extradermale Strukturen, z.B. Knorpel, Skelettmuskel, Faszie oder Knochen

NX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen
pN0	Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung üblicherweise von 6 oder mehr Lymphknoten, ohne Befund
N1	Regionäre Lymphknotenmetastasen
N1a	Mikroskopische Metastase(n) (klinisch okkult: cN1 pN1)
N1b	Makroskopische Metastase(n) (klinisch nachweisbar: cN1 + pN1)
N2	In-transit-Metastasen

Anmerkung:

In-transit-Metastasen sind Metastasen der Haut oder Subkutis, die vom Primärtumor getrennt sind und zwischen Primärtumor und regionären Lymphknoten oder distal des Primärtumors liegen.

MX	Fernmetastasen können nicht beurteilt werden
M0	Keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen
M1a	Haut, Subkutangewebe oder nichtregionäre Lymphknotenmetastase(n)
M1b	Lunge
M1c	Andere Lokalisationen(n)

Die pathologischen T-, N- und M-Kategorien entsprechen den klinischen.

UICC-Stadium (2009):

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium IA	T1	pN0	M0
Stadium IB	T1	cN0	M0
Stadium IIA	T2, T3	pN0	M0
Stadium IIB	T2, T3	cN0	M0
Stadium IIC	T4	N0	M0
Stadium IIIA	Jedes T	N1a	M0
Stadium IIIB	Jedes T	N1b, N2	M0
Stadium IV	Jedes T	Jedes N	M1

Nichtmelanotischer Hauttumor (9)

TNM 6. Auflage 2002:

gilt nur Karzinome der Haut (ausschließlich Augenlid, Vulva und Penis)

Tx	Primärtumor nicht beurteilbar
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumordicke ≤ 2 cm in größter Ausdehnung
T2	Tumordicke > 2 cm und ≤ 5 cm in größter Ausdehnung
T3	Tumordicke > 5 cm in größter Ausdehnung
T4	Tumor infiltriert tiefe extradermale Strukturen wie Knorpel, Skelettmuskel oder Knochen

Klassifikation von Hauttumoren der Vulva und des Penis: siehe separate Kodierhilfen

Zur TNM-Klassifikation kutaner Lymphome existiert ein Vorschlag (siehe TNM-Supplement 3).

Klassifikation der Augenlidkarzinome:

Diese Klassifikation betrifft nur Karzinome der vorderen Oberfläche der Lider und der Lidränder (Epidermis und ihre Adnexe); die übrigen Karzinome werden der Konjunktiva zugeordnet.

Tx	Primärtumor nicht beurteilbar
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor jeder Größe ohne Invasion des Tarsus; oder bei Lokalisation am Lidrand: größte Ausdehnung ≤ 5 mm
T2	Tumor mit Invasion des Tarsus; oder bei Lokalisation am Lidrand: größte Ausdehnung > 5 mm und ≤ 10 mm
T3	Tumor befällt das Augenlid in voller Dicke; oder bei Lokalisation am Lidrand: größte Ausdehnung > 10 mm
T4	Tumor infiltriert Nachbarstrukturen: Bulbuskonjunktiva, Sklera / Augapfel, Weichteile der Orbita, Knochen/Periost der Orbita, Na- senhöhle/Nasennebenhöhlen, Gehirn

NX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen
pN0	Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung von mindestens 6 Lymphknoten, ohne Befund
N1	Regionäre Lymphknotenmetastasen

MX	Fernmetastasen können nicht beurteilt werden
M0	Keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

Die pathologischen T-, N- und M-Kategorien entsprechen den klinischen.

Nichtmelanotischer Hauttumor (10)

UICC-Stadium:

Stadium 0	pTis	N0	M0
Stadium I	pT1	N0	M0
Stadium II	pT2, T3	N0	M0
Stadium III	T4	N0	M0
	Jedes pT	N1	M0
Stadium IV	Jedes pT	Jedes N	M1

Stadieneinteilung von Merkelzell-Karzinomen (Yiegpruksawan et al. (1991), Boyle et al. (1995)):

Stadium Ia	Primärtumor allein, Durchmesser kleiner 2 cm
Stadium Ib	Primärtumor allein, Durchmesser größer 2 cm
Stadium II	lokoregionäre Metastasen
Stadium III	Fernmetastasen

Zählung von Hauttumoren:

Laut IARC wird im Falle simultaner multipler Tumoren innerhalb desselben anatomischen Bezirks der Tumor mit der höchsten T-Kategorie klassifiziert und entweder die Anzahl abgrenzbarer Tumoren in Klammern angegeben, z. B. T2(5), oder die Multifokalität durch das Suffix m: T2(m). Befinden sich die Tumoren in verschiedenen anatomischen Bezirken, werden sie nach Bezirk getrennt klassifiziert.

Beispiel: 3 Basalzellkarzinome auf Stirn (pT1), Wange (pT2) und Ohrmuschel (pT1):

1. Tumor: Stirn und Wange C44.3, pT2(m) oder pT2(2)
2. Tumor: Ohrmuschel C44.2, pT1

Nach IARC mit Focus auf Inzidenz ist dies unabhängig vom Zeitpunkt der Diagnosestellung (z. B. Stirn 2006, Wange 2008), da die Vorschädigung der Haut an beiden Stellen dieselbe ist. Für den Kliniker, der den Stirntumor in toto entfernt hat, ist der Wangentumor ein neuer Tumor, auch im Hinblick auf Kennzahlen für Zertifizierungen. Bei multiplen Herden, etwa beim Kaposi-Sarkom, kann dies den Dokumentationsaufwand allerdings enorm aufblähen.

Die Zusammenfassung multipler synchroner Hauttumoren derselben histologischen Familie innerhalb einer ICD10/ICDO3-Lokalisation (z. B. mehrerer Rücken-Spinaliome) birgt den Nachteil, dass theoretisch bei synchronen Resektionen und unterschiedlichen OP-Ergebnissen derselbe multiple Tumor einmal R0 und einmal R1 resektiert wurde.

Histopathologisches Grading:

GX	Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden
G1	Gut differenziert
G2	Mäßig differenziert
G3	Schlecht differenziert
G4	Undifferenziert

Nichtmelanotischer Hauttumor (11)

Histologie (ICD-O-3 Deutsche Ausgabe 2003)

Die WHO-Klassifikation von 2005 gruppiert die Hauttumoren wie folgt:

1. Nicht-melanozytische Tumoren ("weißer, heller Hautkrebs")
2. Melanozytische Tumoren ("schwarzer, dunkler Hautkrebs")
3. Tumoren der Hautanhangsgebilde
4. Hämatolymphoide Tumoren
5. Weichteilgewebetumoren
6. Neurale Tumoren

Dabei sind die Tumore der Gruppen 4-6 selten. Die Bezeichnungen entsprechen der ICDO-3.

1a Basalzellkarzinome (Basaliom, Basalzellepitheliom, Epithelioma basocellulare, BCC)

wachsen invasiv, proliferativ und lokal destruierend, i. a. ohne Metastasierung

8090/1	Basalzelltumor
8091/3	Multifokales oberflächliches Basalzellkarzinom (superfizielles B., multizentrisches B.)
8090/3	Basalzellkarzinom o.n.A. (inkl. pigmentiertes B., ulzeriertes B., Ulcus rodens, Ulcus terebrans)
8092/3	Infiltrierendes Basalzellkarzinom o.n.A. (sklerosierendes B., nicht sklerosierendes B., desmoplastisches B., sklerodermiformes B., morpheaartiges B.)
8093/3	Fibroepitheliales Basalzellkarzinom (Pinkus-Tumor)
8094/3	Basosquamöses Karzinom (gemischt basalzellig-plattenepitheliales Karzinom)
8095/3	Metatypisches Karzinom
8097/3	Noduläres Basalzellkarzinom (solides B., mikronoduläres B.) 80 %

1b Plattenepithelkarzinome (Epithelioma spinocellulare, Spinaliom, Stachelzellkarzinom, PEC)

8070/2	Plattenepithelkarzinom in situ o.n.A. (intraepidermales Karzinom o.n.A., intraepitheliales PEC o.n.A.)
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A. (Epidermoidkarzinom o.n.A.)
8051/3	Verruköses Plattenepithelkarzinom o.n.A. (kondylomatöses Karzinom)
8560/3	Adenosquamöses Karzinom (kombiniertes Adeno-Plattenepithelkarzinom)
8074/3	Spindelzelliges Plattenepithelkarzinom (sarkomatöses PEC)

Präkanzerosen:

Die aktinische Keratose (ICD10: L57.0) gilt als Präkanzerose, aus der ein Spinaliom entstehen kann. Sie wird z. T. als frühes in-situ-Karzinom eingestuft. Dasselbe gilt für das Keratoakanthom (ICD10: L85.8).

Während die ICDO3 beim Keratoakanthom auf die SNOMED-Morphologie-Klassifikation verweist, ist es in der WHO-Klassifikation von 2005 mit 8071/1 gelistet und als proliferativer

Nichtmelanotischer Hauttumor (12)

Tumor gelistet. Es wird empfohlen, diese Erkrankungen nur zu erfassen, wenn eine perineurale oder intravenöse Invasion vorliegt und mit der ICD10 D48.5 zu kodieren.

1c Morbus Bowen

8081/2	Morbus Bowen (Intraepitheliales Plattenepithelkarzinom vom Bowen-Typ)
--------	---

2. Melanozytische Tumoren: siehe separate Kodierhilfe: Malignes Melanom

3. Tumore der Hautanhangsgebilde:

8102/3	Tricholemmkarzinom
8103/0	Pilartumor (WHO 2005: /1)
8110/3	Pilomatrix-Karzinom
8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom (zylindroides Adenokarzinom)
8211/3	Tubuläres Adenokarzinom
8400/3	Schweißdrüsenadenokarzinom
8401/3	Apokrines Adenokarzinom
8402/3	Malignes noduläres Hidradenom (Hidradenokarzinom)
8407/3	Sklerosierendes Karzinom der Schweißdrüsenausführungsgänge (Mikrozystisches Karzinom der Hautadnexa, syringomatöses Karzinom)
8408/3	Ekkkrines papilläres Adenokarzinom
8409/3	Malignes ekkkrines Porom (Porokarzinom)
8410/3	Talgdrüsenkarzinom
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom (Kolloidkarzinom)
8540/3	M. Paget der Brust
8542/3	Extramammärer M. Paget
8940/3	Maligner Misch tumor o.n.A. (malignes chondroides Syringom)

4. Hämatolymphoide Tumoren:

9680/3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (viele Synonyme, z. B. zentroblastisches L., großzelliges L.)
9690/3	Folikuläres Lymphom o.n.A. Follikelzentrums-Lymphom
9699/3	Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A. (inkl. SALT-Lymphom, Lymphom des haut-assoziierten lymphatischen Gewebes, monozytoides B-Zell-Lymphom)
9700/3	Mycosis fungoides (Pagetoide Retikulose)
9701/3	Sézary-Syndrom (kutanes T-Zell-Lymphom, M. Szary)
9708/3	Subkutanes pannikulitisches T-Zell Lymphom (nur Alpha/Beta-T-Zellen)
9709/3	Kutanes T-Zell-Lymphom
9718/3	Primär kutane CD30-positive T-zellige lymphoproliferative Erkrankung (Primär kutanes anaplastisches großzelliges Lymphom der Haut, Lymphomatoide Papulose (WHO 2005: 9718/1))
9719/3	Nasales NK/T-Zell-Lymphom (T/NK-Zell-Lymphom)
9727/3	Lymphoblastisches Lymphom der Vorläuferzellen

Nichtmelanotischer Hauttumor (13)

5. Weichteilgewebetumoren der Haut:

8832/3	Dermatofibrosarkom o.n.A. (Dermatofibrosarcoma protuberans)
8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.
9120/3	Hämangiosarkom (Angiosarkom)
9140/3	Kaposi-Sarkom (multiples hämorrhagisches Sarkom)

6. Neurale Tumoren:

8247/3	Merkel-Zell-Karzinom (Merkel-Zell-Tumor, Primäres kutanes neuroendokrines Karzinom)
9260/3	Ewing-Sarkom (Ewing-Tumor)
9364/3	Peripherer Neuroektodermaler Tumor (PNET) (Neuroektodermaler Tumor o.n.A.)

Therapiekonzept:

Das Basaliom wächst langsam und metastasiert sehr selten, sondern infiltriert lokal. Standardtherapie ist die radikale operative Entfernung mit histologischer Kontrolle der Schnittränder und ggf. Nachresektion. Ist eine operative Entfernung nicht möglich, wird die Strahlentherapie angewendet. Weitere Therapiemöglichkeiten sind die Kältechirurgie, die Laser-Chirurgie, die photodynamische Therapie und die lokale Chemo- oder Immuntherapie. Bei großen Tumorausdehnungen sind Hauttransplantationen oder andere, rekonstruierende Maßnahmen notwendig.

Wegen der Entartungsgefahr der aktinischen Keratose sollten diese durch Kältechirurgie, lokale Chemotherapie, photodynamische Therapie und lokale Immuntherapien behandelt werden. Ist bereits ein PEC entstanden, ist die Standardtherapie die radikale operative Entfernung mit histologischer Kontrolle der Schnittränder und ggf. Nachresektion. Ist dies nur teilweise möglich, stellt die Strahlentherapie eine gute Alternative dar.

Bei inoperablen bzw. metastasierenden PEC kann zur Palliation eine systemische Chemotherapie eingesetzt werden oder eine Kombination von Strahlen- und Chemotherapie.

Wichtige Therapieschlüssel nach OPS (Deutsche Ausgabe 2009):

5-09*	Operationen an den Augenlidern
5-18*	Operationen an Ohrmuschel und äußerem Gehörgang
5-21*	Operationen an der Nase
5-894*	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-895*	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut:
5-913*	Entfernung oberflächlicher Hautschichten
5-915*	Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut, inkl.
	5-915.1* Laserbehandlung
	5-915.2* Kryochirurgie
	5-915.5* Laserbehandlung, großflächig
	5-915.6* Kryochirurgie, großflächig:
5-919.0	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung: 3-5 Tumoren

Nichtmelanotischer Hauttumor (14)

5-919.1	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung: Mehr als 5 Tumoren
8-52.*	Strahlentherapie
8-541*	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie
8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
8-547*	Andere Immuntherapie
8-560.4	Lichttherapie: Photodynamische Therapie (PDT)

(.* weist auf weitere untergeordnete Schlüssel hin.)

- Quellen:** Potthoff K. et al: Basalzellkarzinom. Aus: Das Rote Buch. Berger DP et al (Hrsg). 3. Auflage 2006 Ecomed
- Potthoff K. et al: Plattenepithelkarzinom der Haut. Aus: Das Rote Buch. Berger DP et al (Hrsg). 3. Auflage 2006 Ecomed
- Potthoff K. et al: Merkelzellkarzinom. Aus: Das Rote Buch. Berger DP et al (Hrsg). 3. Auflage 2006 Ecomed
- Pathology and Genetics of Tumours of the Skin. LeBoit PE et al. WHO 2005
- ADO-Leitlinie Basalzellkarzinom, Vers. 17, 02-2005. Breuninger H. et al.
- ADO-Leitlinie Plattenepithelkarzinom, Vers. 12, 02-2005. Breuninger H. et al.
- Themenheft 22 Hautkrebs. Robert-Koch-Institut 2004.
- Wittekind Ch et al (Hrsg.):TNM 7. Auflage 2010
- Wittekind Ch et al (Hrsg.):TNM 6. Auflage 2002
- <http://www.med.uni-giessen.de/akkk/info/17/presentationen/holzmann.pdf>: Dokumentation von Hauttumoren. 2007
- www.dermis.net