

Aktinische Keratose

Häufig täuscht das klinische Bild

Die Diagnose aktinischer Keratosen wird schon aufgrund der Häufigkeit der Läsionen üblicherweise klinisch gestellt. Doch wer genauer hinsieht, entdeckt: Klinisches Bild und Histologie stimmen oft nicht überein.

Das Progressionsrisiko aktinischer Keratosen wird mit bis zu 16 % pro Jahr angegeben. 65 % der primären Plattenepithelkarzinome und 36 % der Basalzellkarzinome entwickeln sich in Läsionen, die zuvor als aktinische Keratosen eingestuft worden sind.

Die Prävalenz dieser neoplastischen Hautveränderungen wird zwischen 6 % und 26 % verortet. In Australien weisen 40–60 % der Erwachsenen aktinische Keratosen auf. Die Masse der Befunde legt es nahe, dass das Vorgehen vom klinischen Bild dominiert wird und nicht jede Läsion unter dem Mikroskop des Pathologen landet.

Ein gängiges Schema zur klinischen Klassifikation aktinischer Keratosen ist jenes nach Olsen. Grad I bedeutet hier frühe Keratosen, rote, raue Flecken oder flache Plaques, die besser tastbar als sichtbar sind. Grad II bezeichnet mäßig verdickte Läsionen, die leicht zu fühlen und zu sehen sind. Grad III bezieht sich auf stark verdickte, hyperkeratotische Veränderungen, wobei sich nach Entfernen der Hornauflagerungen ein erosiver Untergrund darstellt.

Histologisch werden (nach Röhwert-Huber) ebenfalls drei Stufen unterschieden – je nach dem Auftreten atypischer Keratinozyten. Bei AK I ist das untere Drittel, bei AK II sind die unteren zwei Drittel und bei AK III sämtliche Schichten des Epithels befallen.

Viele Fehleinschätzungen

Eine Arbeitsgruppe um Dr. Lutz Schmitz von der Ruhr-Universität Bochum hat überprüft, wie gut klinische und histologische Klassifikation aktinischer Keratosen korrelieren. Dazu wurden die Läsionen von 892 Patienten zunächst klinisch untersucht und danach einer Stanzbiopsie mit histologischer Begutachtung unterzogen. Eine Über-

einstimmung zwischen klinischem und histologischem Grad bestand in 53,8 % der Fälle, in 46,2 % gab es Differenzen. Bei den Übereinstimmungen handelte es sich in 14,0 % klinisch und histologisch um den Grad I, in 83,1 % um Grad II und in 2,9 % um Grad III. Die Differenzen bestanden zu 62,4 % in klinischer Unterklassifikation – der histologische Grad war höher als klinisch angenommen – und in 37,6 % in klinischer Überklassifikation.

„Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass es nicht möglich ist, von der klinischen Klassifikation auf die zugrunde liegende Histologie zu schließen“, schreiben Schmitz und

Kollegen. Es seien daher alle Läsionen ausnahmslos wie eine Feldkanzerisierung zu behandeln. Da die Histologie nicht verlässlich einzuschätzen sei, könne man auch nicht vorhersagen, welche Läsionen schließlich zu einem invasiven Plattenepithelkarzinom mit Metastasierungspotenzial fortschreiten.

hautnah 2016 · 15:39
DOI 10.1007/s12326-016-0190-8
Online publiziert: 29. April 2016
© Springer-Verlag Wien 2016

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Quelle: Robert Bublak, SpringerMedizin.de, basierend auf: Schmitz P et al. Actinic keratosis: correlation between clinical and histological classification systems. J Eur Acad Dermatol Venereol 2016, online 8. März; doi: 10.1111/jdv.13626