

Hautkrebs: Pathomechanismen, Diagnostik, Therapie

Die Gefahr, die vom Himmel kommt

Hautkrebs ist die häufigste Krebserkrankung in Deutschland. Sowohl für den nicht-melanozytären Hautkrebs als auch für das maligne Melanom ist die UV-Strahlung die wesentliche Ursache. Diagnostik und Therapie der Tumoren wurden auf dem 52. Ärztekongress in Stuttgart diskutiert.

— UV-Strahlung verändert durch ihre Energie die Erbsubstanz in der Haut, erklärte Prof. Claus-Detlev Klemke, Karlsruhe. Zelleigene Reparatursysteme werden geschädigt, Zellen sind nicht mehr lebensfähig. In der Folge kommt es zur vorzeitigen Alterung der Haut und potenziell zur Induktion von Hauttumoren.

Basalzellkarzinom

Das Basalzellkarzinom kann in verschiedenen Formen auftreten. Klemke verwies auf das noduläre Basalzellkarzinom mit kugeligen Tumoren etwa an der Nase, Ulzerationen, häufig auch mit Teleangiektasien. Fällt hier die Diagnose relativ leicht, so bereitet das eher unscheinbare sklerodermiforme Basalzellkarzinom mehr Probleme. Dessen Ausdehnung lässt sich nur histologisch kontrolliert abklären, da dieser Tumor dazu neigt, sich krakenartig in der Tiefe auszubreiten. Das oberflächliche (superfizielle) Basalzellkarzinom geht mit Schuppung einher und ist häufig auch am Körperstamm zu finden, so Klemke.

Aktinische Keratosen

Um eine Vorstufe (Carcinoma in situ) des Plattenepithelkarzinoms handelt es sich bei den aktinischen Keratosen. Charakteristisch sind die hyperkeratotischen Papeln und Plaques, häufig zu finden an den „Sonnenterrassen“ der Haut. Bei Verdacht auf ein Plattenepithelkarzinom der Haut sollte eine klinisch verdächtige Stelle biopsiert oder exzidiert werden. Histologisch bildet die Tumordicke analog zum malignen Melanom einen wichtigen prognostischen Marker. Ab einer Dicke von 6 mm besteht ein 25%-iges Risiko für Lokalrezi-

diver und Lymphknotenmetastasen. Klemke führt standardmäßig eine Sonografie ab einer Tumordicke von 2 mm durch, um die Lymphknoten auf Metastasen zu prüfen. CT beziehungsweise MRT erfolgen bei Verdacht auf Fernmetastasen oder ein infiltratives und destruierendes Wachstum. Besonders aggressiv verläuft das Plattenepithelkarzinom der Haut bei immunsupprimierten Patienten.

Exzision und andere Optionen

Goldstandard in der Behandlung epithelialer Hauttumoren mit der höchsten Heilungsrate ist die schnittrandkontrollierte Chirurgie. Bei aktinischen Keratosen oder dem Morbus Bowen bieten sich auch andere Optionen an: Topische Therapien mit Immunmodulatoren wie Imiquimod, lokale Chemotherapeutika oder Diclofenaccrème, Kryotherapie, Kürettage, ablativ Laser oder photodynamische Therapie. Die Wahl der Behandlung orientiert sich an Ausdehnung sowie Lokalisation des Tumors und dem Wunsch des Patienten.

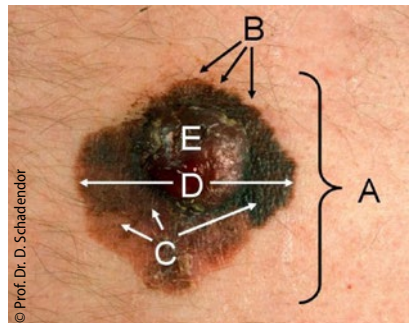


Abb. 1 Bei der Melanom-Früherkennung hilft die ABCDE-Regel: A: Asymmetrie, B: Begrenzung, C: Colorit (Farbe), D: Durchmesser und E: Erhabenheit.

Malignes Melanom

In Deutschland entstehen jedes Jahr 28.000 maligne Melanome neu. Risikofaktoren sind UV-Schädigungen, insbesondere in jungen Jahren, heller Hauttyp, mehr als 50 Pigmentflecken, Vererbung sowie Immunsuppression. Bei der Früherkennung hilft die ABCDE-Regel (Abb. 1). Sie gilt allerdings nicht bei Sonderformen wie dem Schleimhautmelanom, beim amelanotischen oder beim Uvea-Melanom.

Prognose wie Behandlung des malignen Melanoms orientieren sich an der Tumordicke. Tumoren unter 1 mm und ohne Ulzeration weisen eine exzellente Prognose über 20 Jahre auf. Bei größerer Tumordicke aber sinken die Überlebenschancen deutlich, wie eine Studie an fast 15.000 Patienten ergeben hat [1]. Als Erfolg des Hautkrebscreening wertete Klemke die Beobachtung, dass die Erstdiagnose des Melanoms in den letzten Jahren zu dünneren Tumoren führte.

Fortschritte in der Therapie

Therapie der Wahl ist auch hier die Operation mit entsprechenden Sicherheitsabständen. Ab 1 mm Dicke sollte der Schildwächterlymphknoten biopsiert werden. Fernmetastasen sollten so weit wie möglich operativ entfernt werden. Zusätzlich stehen heute Signaltransduktionsinhibitoren bei nachgewiesenen Mutationen (z. B. BRAF-Inhibitoren), die Immuntherapie, z. B. mit CTLA-4-Hemmern oder PD-1-Inhibitoren, sowie die Strahlen- und Chemotherapie (Dacarbazin) zur Verfügung.

Martin Bischoff

■ 52. Ärztekongress der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Stuttgart, 28. Januar 2017

1. Balch CM et al. J Clin Oncol 2009;27(36):6199–206