

Hautkrebs erkennen und richtig behandeln

Basalzellkarzinom, spinozelluläres Karzinom und Melanom früh erkennen

Die Inzidenz von Hautkrebs nimmt zu. Anlässlich der Fortbildung «Dermatologie – anwendbares Wissen für Grundversorger» der Dermatologischen Klinik des Universitätsspitals Zürich informierte die Oberärztin Dr. med. Marjam Barysch-Bonderer über die am häufigsten auftretenden Formen in der Allgemeinpraxis.

Susanna Steimer Miller

Hautkrebs lässt sich in epitheliale und melanozytäre Arten unterteilen. Während die aktinische Keratose, der Morbus Bowen, das Rumpfhaut-Basalzellkarzinom und die Lentigo maligna In-situ-Varianten darstellen, sind das spinozelluläre Karzinom, das Basalzellkarzinom und das Melanom invasive Formen und müssen entsprechend therapiert werden.

Basalzellkarzinom

Beim Basalzellkarzinom handelt es sich weltweit um die am häufigsten auftretende Form von Hautkrebs. In der Europäischen Union macht diese Erkrankung rund 70 Prozent der kutanen invasiven Karzinome aus. In der Schweiz

terscheidet man zwischen superfiziellen (= Rumpfhaut-Basalzellkarzinom), nodulären und szirrhösen Typen. Am häufigsten tritt die noduläre Form auf. Für den Allgemeinpraktiker kann es manchmal schwierig sein, ein noduläres Basalzellkarzinom von einer hyperplastischen Talgdrüse zu unterscheiden.

Risikofaktoren

Ein heller Hauttyp (I/II), Sonnenbrände, durch Sonnenexposition geschädigte Haut, aber auch karzinogene Substanzen wie Arsen und ionisierende Strahlen sind Risikofaktoren für ein Basalzellkarzinom. Menschen, die vom Gorlin-Goltz-Syndrom, von Albinismus oder Xeroderma pigmentosum be-

sen Basalzellkarzinom ist eine Totalexzision indiziert, bei nodulären Typen kann gegebenenfalls auch eine oberflächliche Radiotherapie infrage kommen. Letztere wird vor allem bei Tumoren an Stellen angewendet, die chirurgisch schwer zu behandeln sind, beispielsweise am Auginnenwinkel. Dazu sind zehn bis zwölf Therapiesitzungen über fünf Wochen notwendig. Bei sehr fortgeschrittenem oder metastasiertem Basalzellkarzinom kann der Hedgehog-Signalweg-Inhibitor Vismodegib eingesetzt werden, der allerdings unerwünschte Nebenwirkungen wie Muskelspasmen und Haarausfall nach sich zieht. Wenn ein Basalzellkarzinom rechtzeitig erkannt und entfernt wird, bestehen sehr gute Heilungschancen. Patienten mit Basalzellkarzinomen benötigen regelmässige dermatologische Kontrollen, da ein Grossteil innerhalb der nächsten Jahre erneut Basaliome entwickeln wird.

Spinozelluläres Karzinom (Plattenepithelkarzinom)

In Europa erkranken jedes Jahr 25 bis 30 von 100 000 Einwohnern an einem spinozellulären Karzinom, dem zweithäufigsten bösartigen Hauttumor. In 90 Prozent der Fälle manifestiert sich das Karzinom im Kopfbereich, vor allem an den sogenannten Sonnenterrassen der Haut, also am Kapillitium, an der Unterlippe, an den Ohren oder an der Stirn. Bei der Erstmanifestation sind die Patienten um die 70 Jahre alt. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Besonders gefährdet sind Personen mit dem Hauttyp I oder II. Eine Immunsuppression sowie eine chronisch myeloische Leukämie (CML) erhöhen das Risiko erheblich; bei diesen Patienten wächst das spinozelluläre Karzinom deutlich schneller und aggressiver. Engmaschige dermatologische Kontrollen sind deshalb wichtig.

Sonnenschutzmittel beeinträchtigen die Vitamin-D-Synthese langfristig kaum, reduzieren aber das Hautkrebsrisiko.

erkranken rund 15 000 Menschen pro Jahr daran, in Deutschland wird diese Hautkrebsart jährlich bei 100 von 100 000 Einwohnern neu diagnostiziert. Die Inzidenzraten steigen jedes Jahr um 10 Prozent. Männer und Frauen sind von Basaliomen gleichermaßen betroffen. Das Basalzellkarzinom wächst langsam und nur selten destruktiv. Es führt kaum zu Metastasen; 30 Prozent der Basaliome treten auf der Nase auf, 80 Prozent im Gesichtsbereich an sich, meist zwischen Oberlippe und Stirn. Beim Basalzellkarzinom un-

terfallen sind, erkranken häufiger daran. Chronische Wunden, Narben und Lupus begünstigen die Krankheit ebenfalls. Die Risikofaktoren gelten auch für das spinozelluläre Karzinom und überwiegend auch für das Melanom.

Therapie

Bei einem oberflächlichen Basalzellkarzinom ist eine Behandlung mit dem Immunmodulator Imiquimod, eine Kryotherapie mit flüssigem Stickstoff oder eine fotodynamische Therapie möglich. Beim nodulären und szirrhö-

Tabelle:

Übersicht über die Hautkrebsarten

	in situ	invasiv
Epithelial	aktinische Keratose, Morbus Bowen, Rumpfhaut-Basalzellkarzinom	Spinozelluläres Karzinom (SCC), Basalzellkarzinom (BCC), Basosquamöses Karzinom
Melanozytär	Lentigo maligna	Melanom
Andere	Kaposi-Sarkom, Angiosarkom, primär kutanes Lymphom (T- und B-Zellen), extramammärer Morbus Paget	

Bei einem spinozellulären Karzinom in situ ist eine topische Behandlung mit Imiquimod, Ingenolbutat oder 5-FU oder eine physikalische Therapie, wie zum Beispiel die Kryotherapie oder die fotodynamische Therapie, möglich. Bei invasiven Tumoren ist eine Totalexzision beziehungsweise in einigen Fällen eine Radiotherapie notwendig. In ihrem Referat erklärte Dr. Marjam Barysch, warum man ein spinozelluläres Karzinom auch bei älteren Patienten behandeln sollte. Sie stellte einen über 70-jährigen Patienten vor, der im Gesichtsbereich einen solchen Tumor aufwies und im Verlauf Metastasen entwickelte. Der Patient lehnte den operativen Eingriff, die Elektrochemotherapie sowie eine Behandlung mit Cetuximab beziehungsweise Cisplatin ab. In der Folge kam es zu schmerzhaften Ulzerationen und Infekten, zu einer Geruchsentwicklung und zu einer Beeinträchtigung der Mundöffnung, wodurch die Nahrungsaufnahme behindert wurde. Die Referentin appellierte an die anwesenden Allgemeinpraktiker, auch ältere Patienten adäquat zu behandeln, da der Tumor im fortgeschrittenen Stadium die Lebensqualität massiv einschränken kann.

Melanom

Pro Jahr erkranken in der Schweiz rund 2500 Menschen an schwarzem Hautkrebs. Für über 90 Prozent der Sterbefälle aufgrund von Hauttumoren sind Melanome verantwortlich. In der Schweiz verursacht die Krankheit jährlich 300 Todesfälle. Bei keiner anderen Form von Hautkrebs steigt die Inzidenz so schnell an wie beim Melanom. Die Schweiz hat die höchste Melanomrate in ganz Europa. Das Melanom ist die fünfthäufigste Krebsart in der Schweiz und kann auch bei jüngeren Menschen auftreten: 26 Prozent der an dieser Krebsart erkrankten Menschen sind

zum Zeitpunkt der Diagnose jünger als 50 Jahre.

Risikofaktoren

Wie beim Basalzellkarzinom und beim spinozellulären Karzinom erkranken auch beim Melanom vor allem Menschen mit einem hellen Hauttyp. Die kumulative Sonnenbelastung und Sonnenbrände in der Kindheit erhöhen das Risiko. Besonders oft trifft es Personen mit über 100 Nävi beziehungsweise über fünf atypischen Nävi. Das Risiko erhöht sich durch eine positive Eigenbeziehungsweise Familienanamnese. Genetische Faktoren, wie zum Beispiel die Xeroderma pigmentosum sowie Polymorphismen, können die Krankheit ebenfalls begünstigen.

Therapie

Ein nicht metastasierendes Melanom wird mit einem Sicherheitsabstand von 1–2 cm (je nach Tumordicke) exzidiert. Gegebenenfalls sind eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und eine Lymphadenektomie notwendig. Die Referentin wies auf die Wichtigkeit der Nachkontrollen hin, welche gemäss den internationalen Leitlinien erfolgen müssen. Bei frühzeitiger Entdeckung eines nicht metastasierten Melanoms und adäquater Behandlung haben Patienten eine fast normale Lebenserwartung. Bei metastasiertem Melanom stehen neue Erfolg versprechende Immuntherapien mit CTLA4-AK und PD-1-AK sowie zielgerichtete Therapien mit BRAF, NRAS und cKIT zur Verfügung.

Vitamin D und Hautkrebs

Zum Schluss ihres Vortrages ging Dr. Marjam Barysch auf die Kontroverse rund um die Wirkung von UV-Strahlen ein. Einerseits sind UV-B-Strahlen für die Synthese von Vitamin D in der Haut verantwortlich, das vor allem für die Knochengesundheit wichtig ist. Ande-

rerseits erhöhen dieselben Strahlen das Risiko für verschiedene Hautkrebsarten. Um dem vor allem bei älteren Menschen weit verbreiteten Vitamin-D-Mangel vorzubeugen, empfehlen einige Allgemeinpraktiker ihren Patienten den Aufenthalt im Freien. Doch wie viel Sonnenbestrahlung braucht der Körper, um ausreichend Vitamin D zu produzieren? Die Referentin wies auf einen Übersichtsartikel von Barbara A. Gilchrest aus dem Jahr 2008 (1) hin, in der die Wissenschaftlerin zum Schluss kommt, dass die Vitamin-D-Synthese parallel zur Dosis der UV-Strahlen ansteigt, aber sehr schnell ein Plateau erreicht, das deutlich unter der Grenze der Dosis für ein Erythem (= Sonnenbrand) liegt. Da reifere Haut weniger Cholesterin enthält, kann sie weniger Provitamin D₃ bilden als jüngere Haut. Für die Behandlung eines zu tiefen Vitamin-D-Spiegels ist deshalb bei älteren Menschen eine Supplementation notwendig.

Kann die Haut, die mit Sonnenschutzmitteln geschützt wird, überhaupt genügend Vitamin D bilden? Studien zeigten, dass der Vitamin-D-Spiegel nur unwesentlich und nur sehr kurzfristig durch das Auftragen von Sonnencreme gesenkt wird. Sonnenschutzmittel beeinträchtigen die Vitamin-D-Synthese langfristig kaum, bieten aber einen Schutz vor gefährlichen Sonnenbränden und reduzieren damit das Hautkrebsrisiko.

Susanna Steimer Miller

Literatur:

1. Gilchrest BA: Sun exposure and vitamin D sufficiency. *Am J Clin Nutr* 2008; 88(2), 570S–577S.

Quelle: Vortrag «Hautkrebs in der Praxis – wann heraus-schneiden?» von Marjam Barysch-Bonderer, Zürich, im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung «Dermatologie – anwendbares Wissen für Grundversorger» am Universitätsspital Zürich, Juni 2017.