

Epidemiologie, Pathophysiologie und Therapie aktinischer Keratosen

*Prof. Dr. med. Ralf Gutzmer,
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie,
Medizinische Hochschule, Hannover*

Non Melanoma Skin Cancer (Synonym: „Heller Hautkrebs“)

- Aktinische Keratosen (Vorstufe des spinözellulären Karzinoms)
- Basalzellkarzinom
- Spinözelluläres Karzinom = Plattenepithelkarzinom der Haut

Definition der aktinischen Keratose

Die aktinische Keratose (AK) stellt ein sogenanntes Carcinoma in situ der Epidermis dar. Es handelt sich dabei um eine auf die Epidermis beschränkte Proliferation atypischer Keratinozyten in chronisch lichtgeschädigter Haut [1]. Gehäuft treten die AKs in den „Sonnterrassen“ der Haut (Stirn, Wangen, Kapillitium, Unterarme/Handrücken, Decolleté) auf. Klinisch sieht man weiße oder gelbliche Schuppung auf Erythemen im Bereich lichtgeschädigter Haut.

Entartungsrisiko

Ca. 10 % aller aktinischen Keratosen erfahren eine maligne Transformation in ein invasives spinözelluläres Karzinom. Unter chronischer Immunsuppression steigt dieser Anteil auf über 30 % an; das mittlere Alter für das Auftreten von AK sinkt von 70 Jahren auf etwa 55 ab [2].

Epidemiologie

In Deutschland weisen zurzeit etwa 4 Millionen Menschen aktinische Keratosen auf [3]. Bei den über 70jährigen sind 34 % der Männer und 18 % der Frauen betroffen [4]. Nach Angaben von Marktforschungsinstituten werden allerdings nur 6 % aller Betroffenen behandelt.

Risikofaktoren

- Höheres Lebensalter
- Heller Hauttyp mit hoher Lichtempfindlichkeit
- Männliches Geschlecht
- Genetische Defekte (DNA Repair-Enzymdefekte)
- Immunsuppression (z. B. bei organtransplantierten Patienten)
- Kumulative natürliche UV-Lichtexposition („outdoor workers“)



- Artefizielle Lichtexposition (z. B. Solarium)

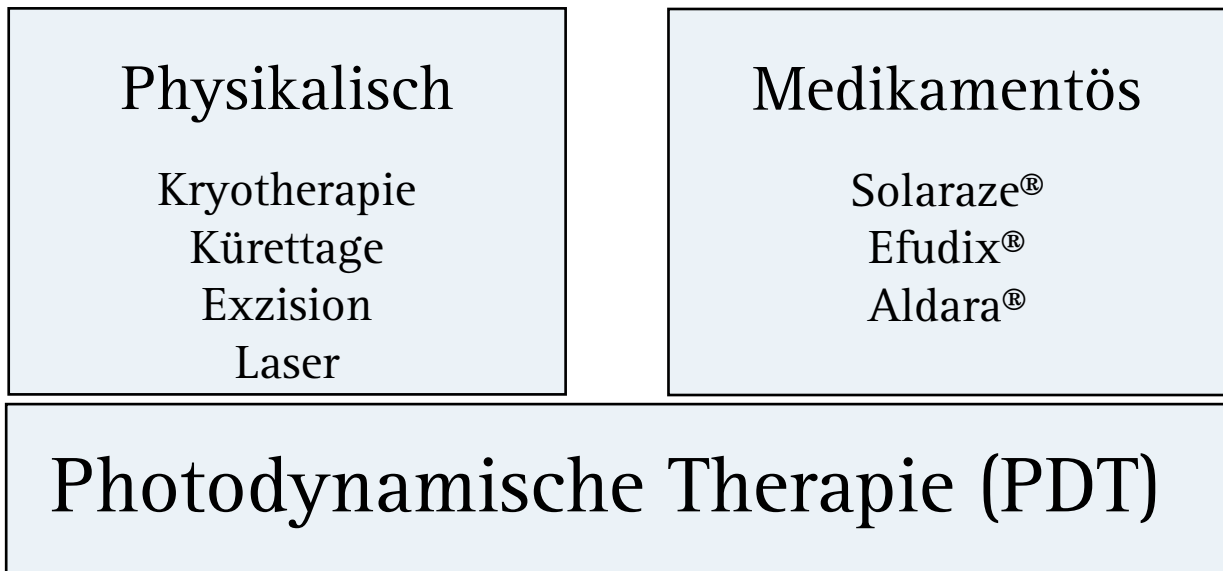
Differentialdiagnose

- Neoplastisch: Plattenepithelkarzinom, Basalzellkarzinom
- Entzündlich: Rosazea, Psoriasis
- Infektiös: Dermatomykose

Diagnostik

- Klinische Evaluation
- Histologie

Therapie



Physikalische Verfahren

- Vergleichsstudien zur Kryotherapie versus PDT zeigen vergleichbare Rezidivraten unter PDT bei deutlich günstigeren kosmetischen Ergebnissen und besserer Patientenakzeptanz [5].
- Kürettage und Exzision bieten den Vorteil der histologischen Sicherung, jedoch invasiver Eingriff und nur bei einzelnen Läsionen sinnvoll.
- Durch Lasertherapie/Peeling Pigmentverschiebungen und sekundäre Infektionen möglich, keine GKV-Leistung.

Medikamentöse Verfahren

- Bei Solaraze (Diclofenac+Hyaluronsäure) relativ lange Behandlungszeit (90d), aber sehr gute Patientenakzeptanz aufgrund der ausgezeichneten Verträglichkeit [6].

- Bei Efudix (5-Fluorouracil) ausgeprägte lokal irritierende Wirkung sowie selten systemische Nebenwirkungen (Agranulozytose).
- Aldara (Imiquimod) zeigt nach dem ersten Behandlungszyklus (4 Wochen) nur Erfolgsrate von ca. 27 %, daher zweiter Behandlungszyklus (1 Monat Pause, dann erneut 4 Wochen Behandlung) notwendig [7].

Fazit

- AK sind das Resultat einer chronisch lichtgeschädigten Haut.
- Bei Diagnose von AK sollten ein konsequenter Lichtschutz (Vermeidung unnötiger UV-Exposition, Kleidung, Lichtschutzcremes) und regelmäßige dermatologische Kontrollen angeraten werden.
- Zur Behandlung großflächiger Areale besonders im Gesichtsbereich sind die neuen medikamentösen Therapieverfahren oder die PDT besser geeignet.
- Kürettage oder Kryotherapie als preiswerte Alternative bei Einzelläsionen.

Literatur

- [1] DDG Leitlinie Aktinische Keratosen 2004
- [2] Hackethal M et al. (2006) Hauttumore nach Organtransplantation. Dtsch Med Wochenschr 131:1609-13
- [3] Memon et al. (2000) Prevalence of solar damage and actinic keratosis in a Merseyside population. Br J Dermatol 142:1154-59
- [4] Hauschild et al. (2006) Modern treatment modalities in actinic keratoses in the skin. Dtsch Med Wochenschr 131:447-52
- [5] Morton C et al. (2006) Intraindividual right-left comparison of topical methyl aminolaevulinate-photodynamic therapy and cryotherapy in subjects with actinic keratoses. Br J Dermatol 155:1029-36
- [6] Rivers JK, Wolf J (2007) Assessing clinically meaningful end points for the management of actinic keratosis with diclofenac 3% gel. Acta Derm Venereol 127:1351-57
- [7] Jorizzo J et al. (2007) Vehicle-controlled, double-blind, randomized study of imiquimod 5% cream applied 3 days per week in one or two courses of treatment for actinic keratoses on the head. J Am Acad Dermatol 57:265-68

