

Firmenseminar: Konzeptansatz in der Therapie des hellen Hautkrebs

Therapie und Prophylaxe von hellem Hautkrebs bei Risikopatienten – eine Übersicht

*Dr. med. Claas Ulrich,
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie,
Charité Universitätsmedizin, Campus Mitte, Berlin*

Dem Anteil der ultravioletten Strahlung (UV) am Sonnenlicht kommt nicht nur die zentrale Rolle in der Induktion, sondern auch in der Promotion des so genannten „hellen“ Hautkrebses (Aktinische Keratosen und Plattenepithelkarzinome, Basalzellkarzinome) zu. Auch beim so genannten schwarzen Hautkrebs, dem malignen Melanom, spielt die UV-Strahlung zumindest bei der Induktion des Tumors, zum Beispiel in Form von Sonnenbränden, eine wichtige Rolle.

Darüber hinaus ist der stetige Anstieg der Hautkrebsinzidenzen zumindest teilweise eine Konsequenz aus dem umgreifenden Einsatz immunsuppressiver beziehungsweise immunmodulierender Therapien bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder der Organtransplantation. Sowohl klassischerweise mit einer UV-Exposition assoziierte Hauttumoren, wie die aktinische Keratose und das invasive Plattenepithelkarzinom, das Basalzellkarzinom, aber auch die Merkelzell-Karzinome und Kaposisarkome scheinen am meisten von einer chronischen Immunsuppression zu profitieren.

Während die eigentliche Induktion von Keratinozytendysplasien vermutlich lange vor Einsetzen der Immunsuppression stattgefunden hat, kommt der UV-Strahlung bei Immunsupprimierten über die UV-induzierte lokale und systemische Immunsuppression eine wesentliche Bedeutung in der weiteren Promotion von Hauttumoren zu.

Bis vor wenigen Jahren wurden Sonnenschutzmittel ausschließlich als Kosmetika angesehen und im Wesentlichen nach ihren Eigenschaften, UVB-induzierte Sonnenbrände zu verzögern, mit einem Lichtschutzfaktor(LSF) gelabelt.

Der LSF wird in Europa nach dem einheitlichen COLIPA-Standard bestimmt und besagt, wie viel länger sich Probanden, durch ein Sonnenschutzmittel geschützt, in der Sonne aufhalten können, bevor es zu einem Sonnenbrand kommt. Nur den wenigsten Anwendern eines Sonnenschutzmittels ist jedoch bewusst, dass diese Schutzwirkung nur dann erreicht wird, wenn die im Testprotokoll vorgeschriebene Sonnenschutzmenge von 2 mg pro cm² auf die zu schützende Hautoberfläche auch wirklich aufgetragen wird [1,2,3]. Untersuchungen haben gezeigt, dass die meisten Anwender einer Sonnenschutzcreme allenfalls ein Viertel der erforderlichen Sonnencreme-Dosis auftragen. Der auf der Packung angegebene Lichtschutzfaktor minimiert sich dadurch jedoch überproportional auf einen Bruchteil der ausgewiesenen Schutzwirkung [4].



Auch die, mittels eines speziellen UVA-Siegels ausgewiesene Schutzwirkung gegen das für die vorzeitige Hautalterung und polymorphe Lichtreaktionen wie die Mallorca-Akne verantwortlich gemachte UVA, wird nur bei einer adäquaten Dosierung des Sonnenschutzmittels garantiert.

Angesichts des weltweit zu verzeichnenden Anstiegs von UV-assoziierten Hautkrebskrankungen, UV-allergischen- und -toxischen Reaktionen und dem Wunsch nach Verzögerung der sichtbaren Hautalterung, kommt dem Begriff „Primärprophylaxe“ durch Sonnenschutzmittel eine wachsende Bedeutung zu.

Eine 2010 publizierte Untersuchung konnte innerhalb einer Fall-Kontrollstudie bei regelmäßiger Anwendung von Lichtschutzlotion durch Organtransplantierte innerhalb von 24 Monaten nicht nur einen Rückgang der aktinischen Keratosen in der Lichtschutzgruppe gesehen werden, sondern auch ein signifikanter, prophylaktischer Effekt gegen invasive Plattenepithelkarzinome. Auch Basalzellkarzinome fanden sich weniger häufig in der Gruppe der Organtransplantierten, die regelmäßig den hoch schützenden, liposomalen Lichtschutz verwendet haben [5].

So lässt sich auf dem Sonnenschutzmarkt als Trend der letzten Jahre eine Aufteilung zwischen einfachen Supermarkt-Sonnencremes und hochwertigen Lichtschutzprodukten mit mehr oder weniger durch Studien belegten medizinisch-prophylaktischen Funktionen beobachten. Während die ersteren zwar den formalen physikalischen Funktionen eines Lichtschutzfaktors genügen müssen, ist ihr Einsatz bei Risikogruppen wie Hautkrebspatienten, Immunsupprimierten, Patienten mit photoallergischen oder phototoxischen Reaktionen oder UV-induzierbaren Autoimmunerkrankungen nur ungenügend belegt. Eine Dosiervorrichtungen oder auch nur Informationen über den Zusammenhang einer korrekten Dosierung und dem ausgewiesenen Schutzfaktor sucht man auf vielen Supermarkt-Produkten zumeist vergebens.

Moderne, medizinisch evaluierte Lichtschutzpräparate hingegen können ihre Effektivität in der Prophylaxe von Hauttumoren oder photoallergischen Reaktionen inzwischen durch medizinische Studien belegen und erfüllen somit bereits Kriterien zur Zulassung als Medizinprodukt.

Durch ebenfalls angebotene Dispensersysteme sind Verbraucher nun erstmals in der Lage, die zu schützenden Hautareale dosisgenau einzucremen und somit reproduzierbar zuverlässig gegen UVA- und UVB-Strahlung zu schützen.

In einer Gemeinschaftsarbeit des HauttumorCentrum der Charité und des Bereiches Hautphysiologie unter Herrn Professor Jürgen Lademann wurde nun erstmals in einem standardisierten Testverfahren das erste kommerziell erhältliche Lichtschutz-Dispensersystem an 25 Probanden untersucht. Dabei konnte gezeigt werden, dass sich sowohl die Menge des verwendeten Lichtschutzmittels im Vergleich zu einem Mittel ohne Dispensersystem vervierfacht und auch die Variation der probandenspezifischen Werte wesentlich geringer ausfallen als bei der Verwendung herkömmlicher Sonnenschutzflaschen ohne Dispenser.

Im Bereich der evidenzbasierten Primärprophylaxe von Hauttumoren, besonders auch bei Hochrisikopatienten, aber auch vielen anderen UV-abhängigen Hauterkrankungen, vom Schutz der besonders empfindlichen Kinderhaut bis hin zur Prophylaxe einer vorzeitigen Hautalterung, werden präzise Dosier-Dispensersysteme auf medizinischen Lichtschutzpräparaten für die Zukunft



neue Standards setzen.

Literatur:

1. Bech-Thomsen N, Wulf HC. Sunbathers' application of sunscreen is probably inadequate to obtain the sun protection factor assigned to the preparation. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1992/1993; 9:242-4
2. Neale R, Williams G, Green A. Application patterns among participants randomized to daily sunscreen use in a skin cancer prevention trial. *Arch Dermatol* 2002; 138:1319-25
3. Autier P, Boniol M, Severi G, Dore' J-F. Quantity of sunscreen used by European students. *Br J Dermatol* 2001; 144:288-91
4. Farschou A, Wulf HC. The relation between sun protection factor and amount of sunscreen applied in vivo *Br J Dermatol* 2007; 156:716-719
5. Ulrich C, Jürgensen JS, Degen A, et al. Prevention of non-melanoma skin cancer in organ transplant patients by regular use of a sunscreen: a 24 months, prospective, case-control study. *Br J Dermatol*. 2009;161:78-84.

