



## Heller Hautkrebs, schon heute eine Volkskrankheit

Eggert Stockfleth

Der so genannte helle Hautkrebs umfasst eine Gruppe verschiedener maligner Erkrankungen der Haut. Die demographische Entwicklung und das in den letzten Jahrzehnten veränderte Freizeitverhalten führen zu einer zunehmenden Prävalenz. Wichtige Instrumente für eine erfolgreiche Prävention sind zum einen die Meidung von direkter Sonnenlichteinstrahlung, die Anwendung von Sonnenschutz sowie regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen.

### Vorkommen

Zum hellen Hautkrebs (NMSC, non melanoma skin cancer) gehören Plattenepithelkarzinome (PEK) und Bowen Karzinome sowie deren Vorstufen (keratinozytäre intraepitheliale Neoplasien, Carcinoma in situ und Aktinische Keratosen (AK) sowie das Basalzellkarzinom (BCC), der häufigste Tumor der hellhäutigen Bevölkerung. Mit höherem Lebensalter steigt die Prävalenz des hellen Hautkrebs und beträgt schon für die aktinische Keratose in Deutschland bei den über 60–70-jährigen ca. 11,5% mit steigender Tendenz. Die Prävalenz des Basalzellkarzinoms liegt in Mitteleuropa bei ca. 50/100.000, in Ländern mit höherem UV-Index, z. B. Australien, bei 250/100.000 Einwohnern. Neben dem demographischen Wandel kommen vor allem das veränderte Freizeitverhalten (Outdoorsport wie Golfen, Segeln, Tennis und Radfahren) und das vermehrte Reisen, insbesondere in sonnige Regionen über das ganze Jahr verteilt, als Ursachen für die Entstehung von hellem Hautkrebs in Betracht. Zudem

finden sich bei der kaukasischen Bevölkerung vorwiegend die Hauttypen I-III, bei denen die ersten beiden Typen selten bis nie bräunen und häufig mit Hautrötung auf die UV-Strahlung reagieren.

### Entstehung

Chronische UV-Exposition (insbesondere gegenüber UVB-Strahlung) stellt den wesentlichen pathogenetischen Faktor dar. Es kommt zu einer Fehlfunktion des Tumorsuppressorgens p53 und daraus resultierend zu einem unkontrollierten Wachstum von atypischen Keratinozyten. Auch eine chronische Immunsuppression (z. B. bei Organtransplantierten) stellt einen erheblichen Risikofaktor für das Auftreten von NMSC dar. Heller Hautkrebs ist besonders häufig an lichtexponierten Körperarealen zu finden, wie z. B. Kapillitium, Stirn, Schläfen, Ohrhelices, Nasenrücken, Decolletée und an den Handrücken, den sogenannten „Sonnenterrassen“. Ist eine größere, zusammenhängende Fläche von Präkanze-



Abb. 1: Heller Hautkrebs am linken Ohr.

rosen betroffen, spricht man von Feldkanzerisierung, deren konsequente Therapie beziehungsweise deren Prävention ein essentieller Bestandteil zur Vermeidung einer Karzinom-Entwicklung darstellt. Ist diese chronische Lichtschädigung zum Beispiel auf eine berufliche Tätigkeit im Freien zurückzuführen (z. B. als Dachdecker oder Landwirt mit natürlichem UV-Kontakt) muss eine Berufskrankheitsanzeige (BK5103) erfolgen, sofern eine Fläche von mehr als 4cm<sup>2</sup> von aktinischen Keratosen betroffen ist und mehr als fünf aktinische Keratosen pro Jahr oder ein Plattenepithelkarzinom diagnostiziert wird.

### Diagnose und Therapie

In der klinischen Untersuchung diagnostiziert man NMSC häufig als hautfarbene bis rötliche, manchmal auch pigmentierte, raue, sandpapierartige, oft schuppene Maculae, Papeln oder Plaques. Beim Basalzellkarzinom findet man zudem häufig einen perlschnurartigen Randsaum. Auch die Anamnese („dieser Pickel will nicht heilen“) kann einen Hinweis zur Diagnose geben. Goldstandard stellt aber weiterhin die histopathologische Diagnostik dar, ergänzend können aber auch neue Verfahren wie die optische Kohärenztomographie (OCT) oder die konfokale Laserscanning Mikroskopie (KLM) zum Einsatz kommen.

Zur Therapie von NMSC stehen eine Vielzahl an Möglichkeiten – sowohl invasiv als auch nicht invasiv – zur Verfügung. Es sollte immer offen kommuniziert werden, dass es sich auch schon beim Carcinoma in situ, der aktinischen Keratose, um eine chronische Lichtschädigung der Haut handelt und eine komplette Hautverjüngung im Sinne einer „Reparatur“ nicht möglich ist. Vielmehr stehen der Ausbreitungs-

stopp und die Vermeidung des Übergangs in ein invasives Plattenepithelkarzinom im Vordergrund. Die Therapieziele sollten daher immer im Vorhinein klar formuliert werden, damit das Erreichen und die langfristigen Ziele der Therapie die Erwartungshaltung und die Zufriedenheit auf beiden Seiten verbessern. Da es sich oft um eine Flächenerkrankung von manchmal (noch) subklinischen aktinischen Keratosen handelt, ist eine Flächentherapie des gesamten UV-geschädigten Areals sinnvoll. Einzelne Läsionen können mittels chirurgischen Verfahren wie der Laserablation, tangentialen Exzisionen, sowie Kürretage oder Kryochirurgie mit flüssigem Stickstoff abgetragen werden. Die histopathologische Sicherung ist immer dann obligat sofern eine Invasivität (BCC, PEK) nicht auszuschließen ist bzw. weitere Differentialdiagnosen (z. B. Ekzeme) möglich sind. Beim Basalzellkarzinom bzw. das Plattenepithelkarzinom sollte generell die zweizeitige chirurgische Exzision angestrebt werden. Doch auch hier gibt es sofern Kontraindikationen zur Operation vorliegen weitere Therapiemöglichkeiten, auch im Fall von Metastasenbildung. Diese beinhalten die Radio-, Immun-, Elektrochemo- oder klassische Chemotherapie und die zielgerichtete Therapie.

### Fazit

Eine ausreichende Prävention ist von wesentlicher Bedeutung, um sowohl das Auftreten von NMSC zu reduzieren. Hierbei spielen vor allem Sonnenschutzmaßnahmen wie das tägliche Auftragen von Lichtschutzfaktor 50 haltigen Cremes (LSF50), das Meiden der Mittagssonne zwischen 11:00 und 15:00 Uhr, sowie textiler Lichtschutz und die Aufklärung bereits in Kindergärten eine große Rolle, da man weiß, dass die Sonnenbrände in der Kindheit das Hautkrebsrisiko deutlich erhöhen. Des Weiteren sind regelmäßige Ganzkörperuntersuchungen zur frühen Entdeckung möglicher Hauttumoren dringend und bei speziellen Personengruppen im Intervall von spätestens alle sechs bis zwölf Monate durchzuführen. Das gesetzliche Hautkrebsscreening für alle Versicherten ab dem 35. Lebensjahr sollte daher in Anspruch genommen und von den Haus- und Hautärzten auch regelmäßig angeboten werden. Sind bereits in der Vergangenheit Hauttumore festgestellt worden, wird zu engeren Nachkontrollen geraten.

Der Autor:

**Prof. Dr. med. Eggert Stockfleth**

St. Josef-Hospital

Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum  
FB Dermatologie, Venerologie und Allergologie