

Hautarzt

<https://doi.org/10.1007/s00105-020-04731-y>

© Der/die Autor(en) 2020

W. G. Philipp-Dormston^{1,2} · R. Aschoff³ · T. von Braunmühl⁴ · T. Eigentler⁵ · T. Haalck⁶ · K.-M. Thoms⁷¹ Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland² Hautzentrum Köln, Klinik Links vom Rhein, Köln, Deutschland³ Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland⁴ Praxis für Dermatologie und Allergologie im Isarklinikum München, München, Deutschland⁵ Zentrum für Dermatologische Onkologie, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland⁶ Fachbereich Dermatologie, Ambulanzzentrum des UKE GmbH – Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland⁷ Hautkrebszentrum der UMG/Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsmedizin Göttingen (UMG), Göttingen, Deutschland

Entscheidungskriterien und Patientencharakteristika zur patientenorientierten Therapie der Feldkanzerisierung

Ein standardisierter Bewertungsalgorithmus für individuelle Behandlungskonzepte

Aktinische Keratosen treten häufig chronisch rezidivierend und multilokulär im Sinne einer Feldkanzerisierung auf. Viele der Überlegungen, die wir im Alltag zur Einschätzung des Therapieerfolgs bzw. einer Therapieentscheidung heranziehen, wurden bislang nicht systematisch evaluiert. Um eine gleichermaßen patientenbezogene wie sinnvolle und nachhaltige Therapieentscheidung treffen zu können, bietet sich die Erarbeitung von Patiententypologien und patientenorientierten Entscheidungskriterien an.

Hintergrund

Aktinische Keratosen (AK) gehören zu den häufigsten Hautläsionen im dermatologischen Alltag [1]. In einer Studie aus Deutschland betrug die standardisierte Prävalenz der AK 2,7 % auf Basis einer großen Kohorte von Arbeitnehmern bzw. 1,8 % auf Basis von 4,5 Mio. Versicherungsdaten. Die Häufigkeit stieg mit zunehmendem Alter an – von 1,6 % im

Alter von bis zu 60 Jahren auf 8,2 % bei den 80- bis 89-Jährigen [2].

AK entstehen in erster Linie durch die kumulative Exposition gegenüber ultravioletter (UV) Strahlung und finden sich daher überwiegend an chronisch lichtexponierten Hautarealen, wie z. B. Stirn, Halsbereich, Arme oder Handrücken [3, 4]. Faktoren wie steigende Lebenserwartung, geändertes Freizeitverhalten, Umweltveränderungen und die damit verbundene wachsende kumulative Sonnenlichtexposition dürften zu einer weiterhin wachsenden Prävalenz der AK beitragen [5, 6]. Eine hohe Prävalenz von AK lässt sich zudem bei Patienten beobachten, die auf eine chronische Immunsuppression angewiesen sind [7].

AK-Läsionen können in unterschiedlichen Stadien (kategorisiert z. B. klinisch I–III nach Olsen et al. [8] oder histologisch nach Røwert-Huber et al. [9]) auftreten, wobei sie häufig ein ganzes Hautareal (Feldkanzerisierung) betreffen, das neben sichtbaren auch subklinische AK-Läsionen umfasst, bei denen die gleichen molekulargenetischen Veränderun-

gen vorliegen [5, 10]. Auch wenn es derzeit nicht möglich ist, das individuelle Progressionsrisiko einer spezifischen AK-Läsion in ein Plattenepithelkarzinom (SCC) vorherzusagen, müssen AK als wichtiger prädiktiver Marker für die Entwicklung eines nichtmelanozytären malignen Hauttumors (NMSC) bzw. als häufigste Vorstufe für ein SCC gewertet werden [11, 12]. Als Behandlungsoptionen stehen chirurgische, physikalisch destrukturierende Maßnahmen oder topische arzneimittelbasierte Verfahren zur Verfügung. Zur Entwicklung eines allgemeingültigen Therapiestandards haben verschiedene Arbeitsgruppen eigene Leitlinien entwickelt [3, 6, 13]. Die aktuelle deutsche S3-Leitlinie „Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut“ [14] wurde im März 2020 (Leitlinienreport; Juni 2019) erstellt und hat eine angedachte Gültigkeit von 5 Jahren. Ein von Onkoderm e. V. entwickelter Therapiealgorithmus zur Behandlung von aktinischen Keratosen und insbesondere der Feldkanzerisierung zeichnet sich durch