

SYMPOSIUM PHOTODERMATOLOGIE VIII

27. JANUAR 2018 | DETMOLD

HAUTKREBSFRÜHERKENNUNG: ERSETZEN ALGORITHMEN BALD DEN ARZT?



Prof. Dr. med.
Holger Hänßle,
Heidelberg

Inzidenz und Mortalität des malignen Melanoms steigen weiter an. „Da das Melanom im frühen Stadium heilbar ist, ist die Früherkennung lebensentscheidend für unsere Patienten“, betonte Prof. Holger Hänßle, Heidelberg. Hierbei sind Screeninguntersuchungen unerlässlich. „Ein Tool, das uns die Screening-Arbeit abnimmt, gibt es derzeit noch nicht“, so der Experte.

IN-VIVO-DIAGNOSTIKA: NEUE ENTWICKLUNGEN

Diagnostische in-vivo-Verfahren, die aktuell auf dem Markt sind, können jedoch bei melanomverdächtigen Einzelfällen die Entscheidung einer Exzisionsbiopsie unterstützen. Die nicht-invasiven Untersuchungstechnologien arbeiten zum Beispiel mittels Fluoreszenz-, Impedanz- oder Multispektralanalyse. Die Verfahren unterscheiden sich in Spezifität und Sensitivität. Neben diesen automatisierten Empfehlungen zur Exzision

steht zudem noch die konfokale Laserscanmikroskopie zur Verfügung. Bei diesem Verfahren werden mittels Laser hochauflösende horizontale Schnittbilder ermittelt, die dann von dem Arzt/der Ärztin beurteilt werden. Diese Methode setzt allerdings eine intensive Trainingsphase voraus. Die Spezifität und Sensitivität hängen daher stark vom Untersucher ab.



Eine Publikation aus dem Jahr 2017 zeigt, dass die Entwicklungen im Bereich der automatisierten Melanomerkennung noch lange nicht abgeschlossen sind.¹ Ein frei zugänglicher Computer-Algorithmus wurde mit dermatoskopischen Bildern maligner und benigner Hautveränderungen „trainiert“. Im Praxistest zeigte sich, dass der Algorithmus eine vergleichbare Sensitivität und Spezifität aufweist wie Experten/Expertinnen. Nach Prognosen der Autoren um Prof. Esteva¹ besitzt die Methode das Potential bis zum Jahr 2021 auf über sechs Milliarden Smartphones zur



SERVICE

Mehr zu den Service-Angeboten für Dermatologen und aktuelle Informationen zum Fachbereich Photodermatologie finden Sie unter:

www.photodermatologie-update.de

BESUCHEN SIE UNS
AUF DER FOBI!

Mittagsseminar
Photodermatologie
Donnerstag, 26. Juli 2018
13.00 – 14.00 Uhr



Anwendung zu kommen. In seinem Beitrag konnte Hänßle alle Dermatologen dahingehend beruhigen, dass gemäß einer aktuellen Studie aus seiner Arbeitsgruppe 100% der Patienten eine Expertenmeinung zu rein automatisierten Computerdiagnosen wünschen.²

Vortrag H. Hänßle: „Diagnostische in-vivo-Verfahren bei Hautkrebs: Was ist Evidenz – was ist Trend?“

¹ Esteva A. et al. *Nature* 2017; 542(7639):115-8 ² Fink C. et al. Patient acceptance and trust in automated computer-assisted diagnosis of melanoma by dermatofluoroscopy. *JDDG*, in Press



BRAUCHEN WIR LICHTSCHUTZFAKTOR 50+?

Ein hoher Lichtschutzfaktor (LSF) vermittele ein falsches Sicherheitsgefühl und verleite zu längerer Sonnenexposition, so die Kritiker. Problem: In der Praxis werden die auf dem Produkt angegebenen LSF kaum erreicht. Dies liegt vor allem daran, dass bei der Bestimmung des LSF nach der Internationalen Methode zur Bestimmung des Lichtschutzfaktors (*Cosmetics Europe*/ehemals Colipa) eine Menge von 2 mg/cm² auf die Haut aufgetragen wird. „Diese Testbedingungen sind total unrealistisch“, so Prof. Dr. Thomas Herzinger, München. Untersuchungen zeigen, dass die tatsächlich aufgetragene Menge bei etwa 0,5 mg/cm² liegt.¹ Hohe LSF schützen bei niedrigeren Auftragsmengen besser vor Sonnenbrand.^{2,3} Vor allem bei Sprays sollte auf einen hohen LSF geachtet werden, da hier die tatsächlich applizierte Menge noch niedriger ist.² „Insbesondere in Situationen, die mit verstärkter Sonnenbestrahlung einhergehen, ergibt es daher Sinn, hohe LSF zu verwenden.“

Vortrag T. Herzinger: „Brauchen wir Lichtschutzfaktor 50+?“

¹ Lademann J. et al. *J Cosmet Dermatol.* 2004; 3:62-8 ² Ou-Yang H. et al. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 67:1220-7 ³ Russak J. E. et al. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 62:348-9



Prof. Dr. med.
Thomas Herzinger,
München

HAUTKREBS-PRÄVENTION: IHRE BERATUNG IST GEFRAGT!



PD Dr. med.
Helger Stege,
Detmold

Die Schutzmechanismen des Körpers vor UV-Strahlung sind unzureichend. Selbst eine Pigmentierung der Haut, die durch intensivste Bräunung entsteht, führt lediglich zu einem messbaren Schutz des Faktors 2. „Äußere Präventionsmaßnahmen wie die Reduktion der Sonnenexposition sowie Schutz durch Textilien und Lichtschutzmittel sind daher unerlässlich“, erklärte PD Dr. Helger Stege, Detmold. Eine essentielle Rolle spielt hierbei auch die Aufklärung und Beratung durch Dermatologen/innen. Wie wichtig diese Beratung ist, verdeutlicht eine aktuelle Studie.¹ Hier wurden durch einen Fragebogen der Kenntnisstand und die Gewohnheiten

von Patienten/innen zum Lichtschutz ermittelt. Patienten/innen, die regelmäßig eine dermatologische Praxis besuchen, waren nicht nur deutlich besser informiert als Neu-Patienten/innen, sondern schützten sich auch besser vor UV-Strahlung. Die Ergebnisse zeigten zudem, dass Männer, jüngere Personen und Menschen mit höherem Phototyp nachlässiger bei der Prävention sind. Dies deckt sich weitestgehend mit aktuellen Umfrageergebnissen aus Deutschland.² „Bei der photodermatologischen Beratung sollte man daher auf diese Gruppen besonders achten“, betonte Stege. Eine schwedische Studie identifizierte eine weitere „Risikogruppe“: Frauen, die rauchen oder mehr als 10 g Alkohol pro Tag konsumieren, exponieren sich häufiger der Sonne und wenden weniger Lichtschutzmaßnahmen an.³

Vortrag H. Stege: „Primäre Prävention von Hautkrebs – Sonnenschutz: Zwischen Hautkrebs, Hautalterung und Vitamin D“

¹ Vasicek B. E. et al. *J Clin Aesthet Dermatol* 2018; 11(1):35-40 ² Görig T. et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32:225-35 ³ Scragg R. et al. *Cancer Causes Control* 2017; 28(9):985-96

KURZ & KOMPAKT: WAS SIE ÜBER DIE UV-THERAPIE WISSEN SOLLTEN!



UVB-THERAPIE

Für die Phototherapie mit UVB kommen Breitband und UVB-311nm- (Schmalspektrum-) Lampen in Frage. Bei den Indikationen Psoriasis, Atopische Dermatitis, Vitiligo und Prophylaxe der polymorphen Licht-

dermatose ist UVB-311nm effektiver. „Bei einer Neuanschaffung würde ich daher immer eine Schmalspektrum-Lampe bevorzugen“, so Herzinger. Absolute Gegenanzeigen für eine UVB-Therapie gibt es kaum, Ausnahme sind Gendefekte mit erhöhter

Lichtempfindlichkeit oder die Einnahme von Ciclosporin. Vorsicht geboten ist zudem bei Patienten mit Hauttyp I + II, Photodermatosen oder photosensitiven Erkrankungen.

UVA-THERAPIE

Da UVA mit herkömmlichen Leuchtstoffröhren nur in relativ schwach wirksamen Dosen auf die Haut aufgebracht werden kann, wird die Wirkung bei der PUVA-Therapie mittels Psoralen verstärkt. Psoralen kann systemisch oder topisch in Form von Cremes oder Bädern in die Haut gebracht werden. „Beachtet werden sollte, dass das PUVA-Bad die Lichtempfindlichkeit der Haut stärker

WEITERE INFORMATIONEN:

Die praktische Durchführung der UV-Therapie ist in der aktuellen **DDG-Leitlinie zur UV-Phototherapie und Photochemotherapie** ausführlich beschrieben. Auch Empfehlungen für die Anfangsdosis können dort entnommen werden.

erhöht als die orale Einnahme“, erklärte Herzinger. Die Indikationen für eine PUVA ähneln denen der UVB-Therapie, häufigste Indikation ist die Psoriasis. „Grob kann man sagen, dass immer wenn die UVB-Therapie zu schwach ist, eine PUVA in Betracht gezogen werden kann.“ Während unangenehme Nebenwirkungen bei UVB-Bestrahlung bereits nach 24 Stunden auftreten, zeigen sie sich bei PUVA erst nach 3-4 Tagen. Die PUVA-Therapie ist dadurch deutlich schwieriger zu steuern und erfordert ein besonderes Maß an Erfahrung. Die absoluten Gegenanzeigen gleichen denen der UVB-Bestrahlung. Zusätzlich kommen hier noch Schwangerschaft und Stillzeit hinzu.

In der Praxis weniger verbreitet ist die UVA1-Therapie. Die langwellige UVA-

Strahlung dringt tief in die Haut ein und wirkt vor allem auf das Bindegewebe. Indikationen sind dementsprechend vor allem die zirkumskripte Sklerodermie und andere Erkrankungen, die mit einer Vermehrung kollagenen Bindegewebes einhergehen.

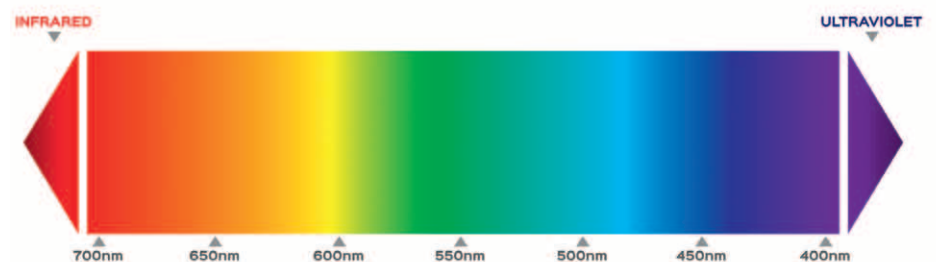
ERHÖHT DIE PHOTOTHERAPIE DAS HAUTKREBSRISIKO?

Die PUVA-Therapie erhöht das Risiko für Non-Melanoma Skin Cancer (NMSC). Ob dies auch für das maligne Melanom zutrifft, ist derzeit noch nicht geklärt. Eine Photochemotherapie erfordert daher eine lebenslange Krebsvorsorge und ein regelmäßiges

Hautkrebs-Screening der Patienten. Hierbei sollte beachtet werden, dass Basal- oder Plattenepithelkarzinome bei einer Phototherapie meist an untypischen Lokalisationen auftreten können (z. B. im Genitalbereich). Da das Alter beim Start der Therapie ebenfalls das Krebsrisiko beeinflusst, sollte die Indikation zur PUVA bei Kindern

und Jugendlichen besonders streng gestellt werden. Für die Schmalspektrum-UVB-Therapie konnte bislang kein erhöhtes Hautkrebsrisiko ermittelt werden. Um die kumulativen UV-Dosen generell möglichst niedrig zu halten, empfiehlt sich eine Kombinationstherapie z. B. mit Glukokortikosteroiden.

Vortrag T. Herzinger: „UV-Phototherapie und Photochemotherapie: Leitlinienbasiertes Vorgehen“



LICHTSCHUTZMITTEL: DARAUF SOLLTE MAN ACHTEN!

Da die tatsächlich aufgetragene Menge in der Regel deutlich unter den Testbedingungen liegt, lautet die Empfehlung, Lichtschutzmittel mit **hohem LSF** zu verwenden. „**Photostabile Filtersysteme** gewährleisten zudem einen konstanten Schutz. Dies ist insbesondere im UVA-Bereich wichtig“, so Stege. Darüber hinaus haben **Filtersysteme** gegenüber Einzelfiltern den Vorteil, dass durch die synergistische Wirkung der Anteil an eingesetzten Filtern im Produkt reduziert werden kann.

Nicht vergessen werden sollten auch die **individuellen Ansprüche** des/der Patient/in an das Produkt. Bei Hauterkrankungen wie Akne oder Rosazea empfiehlt sich zum Beispiel eine leichte, nicht-fettende Textur.

Fotos ©Fotolia

DERMATOSKOPIE KUTANER NEOPLASIEN



Dr. med.
Christine Fink,
Heidelberg

Die frühzeitige Diagnose kutaner Neoplasien mittels der Dermatoskopie hat einen hohen Stellenwert im Hinblick auf die Prognose und potentielle Therapiemöglichkeiten. „Zudem verhindern wir durch die Dermatoskopie viele unnötige Exzisionen“, so Dr. Christine Fink, Heidelberg. Kutane Neoplasien können in melanozytäre und nicht-melanozytäre Hautveränderungen unterteilt werden.

NICHT-MELANOZYTÄRE NEOPLASIEN

Dermatoskopische Charakteristika für das **Basalzellkarzinom** sind baumartig verzweigte Gefäße, (Ahorn-) blattartige Strukturen mit fingerförmigen Ausläufern im Randbereich sowie blaugraue ovoide Nester. Typisch, so Fink, seien auch ulzerierte Bereiche und bräunliche, radspeicherartige Strukturen.

Das **spinozelluläre Karzinom** zeichnet sich durch gelb-weißes Keratin und häufig Einblutungszeichen aus. Kennzeichnend sind zudem weiße Kreise um die follikulären Öffnungen. Treten diese in Kombination mit einem Hintergrund-Erythem auf, spricht man von einem Strawberry-Pattern. Dieses „Erdbeer-Muster“ sei typisch für eine **Aktinische Keratose**, erklärte die Expertin.

Für das dermatoskopische Bild bei **Morbus Bowen** sind Erythem, Punkt-Knäuelgefäße und eine schuppige Oberfläche bezeichnend. Das Erscheinungsbild ähnelt damit dem der Psoriasis.

Eine wichtige Differenzialdiagnose sind **Hautmetastasen**. Diese sind schwierig zu identifizieren, da sie verschiedene Entitäten imitieren können: „Manche Metastasen ähneln einem blauen Nävi, andere einem Angiom oder Basalzellkarzinom“, berichtete Fink.

MELANOZYTÄRE NEOPLASIEN

Verschiedene Scores und Algorithmen helfen, zwischen benignen und

malignen Hautveränderungen zu unterscheiden – so zum Beispiel die 7-Punkte Checkliste.¹ Die Checkliste erfasst drei Major- und vier Minor-Kriterien, die mittels Punkteverteilung gewichtet werden. Ein Melanomverdacht liegt ab drei Punkten vor. Major-Kriterien und damit Hauptcharakteristika des Melanoms sind ein atypisches Pigmentnetz, ein blaugrauer Schleier sowie polymorphe Gefäße.

Zwei wichtige Differenzialdiagnosen zu melanozytären Hautveränderungen sind Seborrhoische Keratosen und Angiokeratome. Dermatoskopisch sind sie meist leicht abzugrenzen. Für die **Seborrhoische Keratose** sind u. a. Pseudohornzysten und -komedonen sowie ein mottenfraßartiger Rand kennzeichnend, während bei einem **Angiokeratom** rote bis blauschwarze Lakunen mit weißem Schleier auftreten.

Vortrag C. Fink: „Testen Sie Ihr Wissen: Falldemonstrationen kutaner Neoplasien“

DENKEN SIE DARAN!

Um die Gefäßzeichnung beurteilen zu können, darf das Dermatoskop nicht zu stark auf die Haut gedrückt werden, da sonst das Blut aus den Gefäßen gedrückt wird.



¹ Haenssle H. et al. J Am Acad Dermatol 2010; 62:785-93