



Aktuelle Behandlung aktinischer Keratosen mit PDT

Bericht vom Kongress EURO-PDT 2016

Am 12. und 13. Februar 2016 fand der 15. Jahreskongress der EURO-PDT (European Society for Photodynamic Therapy) in Barcelona statt. Am etablierten Treffen, das als die wichtigste Veranstaltung auf dem Gebiet der Photodynamischen Therapie (PDT) gilt, nahmen 250 EURO-PDT-Mitglieder aus der ganzen Welt teil. Im Zentrum des Kongresses stand die Behandlung aktinischer Keratosen mit der Tageslicht-PDT.

MARGUERITE KRASOVEC RAHMANN



Marguerite Krasovec
Rahmann

In seiner Einführung zum Kongress wies Prof. Dr. Lasse R. Braathen, Präsident der EURO-PDT und ehemaliger Direktor der Dermatologischen Klinik des Inselspitals Bern, darauf hin, dass die EURO-PDT nicht nur jedes Jahr den internationalen Kongress organisiert, sondern auch Ausbildungen und Workshops für Ärzte und medizinisches Personal anbietet. Es können drei Diplome erworben werden: PDT-Spezialist, akkreditiertes PDT-Zentrum, PDT-Exzellenz-Zentrum (1).

Physikalische Grundlagen der PDT

Die PDT beruht auf der topischen Applikation eines Photosensibilisators, der innerhalb der Inkubationszeit durch Keratinozyten zu der eigentlich photosensibilisierenden Substanz (Protoporphyrin IX) umgewandelt wird. Die nachfolgende Beleuchtung führt zur Entstehung reaktiver Sauerstoffspezies (ROS), die direkt zytotoxische Effekte induzieren. Da Protoporphyrin IX präferenziell in entarteten, lichtgeschädigten Keratinozyten umgesetzt wird, werden die Effekte bevorzugt im Bereich aktinisch geschädigter Haut beobachtet. Als Photosensibilisator wird entweder 5-Aminolävulinäure (ALA) oder deren Methyl-ester (MAL = Methyl-Aminolevulinat) verwendet. ALA ist im Alacare® Pflaster und in Form einer Nanoemulsion im neuen Präparat Ameluz® Gel enthalten. Metvix® Creme enthält MAL.

Epidemiologie aktinischer Keratosen

Ein Teil der Vorträge widmete sich der Epidemiologie der aktinischen Keratosen (AK). Die Prävalenz unterscheidet sich je nach Land und Erfassungs-



methode. Gemäss einer Studie beträgt sie in Italien 27 Prozent, wobei die Hälfte der Patienten 1 bis 5 AK aufweist. In drei Viertel der Fälle sind die AK im Gesicht und am Hals lokalisiert. Die italienische Studie mit 8461 Patienten eruierte zudem die Risikofaktoren für die Entwicklung von AK: das Alter (insbesondere ab 70 Jahren), frühere nicht melanozytäre Hauttumoren, die geografische Lage (Südtalien), der Beruf (Arbeit im Freien mehr als 6 h pro Tag), das Geschlecht (Männer mehr betroffen als Frauen), klinisch das Vorhandensein von Lentiginen solares. Alkoholabusus scheint ebenfalls ein leichter Risikofaktor zu sein. Protektive Faktoren sind ein höherer BMI (über 25), die regelmässige Applikation von Sonnencremes und ein niedriges Ausbildungsniveau. Prof. Dr. Thomas Dirschka, Wuppertal, prophezeite, dass 100 Prozent der Personen, welche zurzeit in Deutschland geboren werden, an AK leiden werden.

Entartungspotenzial aktinischer Keratosen

Dr. Maria Teresa Fernández-Figueras, Barcelona, widersprach der traditionellen Ansicht, dass die Progression einer AK zu einem invasiven Spinaliom erst dann erfolge, wenn alle Epidermisschichten Atypien aufweisen (in Analogie zu den Spinaliomen der Munschsleimhaut oder der Vulva). Die Autorin stellte fest, dass 63 Prozent der invasiven AK nur Atypien von Keratinozyten in der Basalschicht zeigten.

Insbesondere war die Invasionsgefahr gross, wenn die atypischen Zellen entlang des Follikel epithels lagen und sich so in die Tiefe ausbreiten konnten. Überdies war eine stufenweise Progression von AK I zu AK II und AK III (klassischer Entwicklungsweg) ebenfalls eine Entstehungsweise von invasiven Spinaliomen. Die Resultate lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass alle AK-Läsionen – unabhängig von der intraepidermalen Neoplasiedicke – potenziell invasiv sind.

Allgemein wird angenommen, dass dicke, hyperkeratotische AK vermehrt Dysplasien aufweisen und deshalb ein erhöhtes Entartungsrisiko aufweisen. Eine interessante Studie aus Kopenhagen bewies, dass keine Korrelation zwischen der Dicke des Stratum corneum, also der palpablen Hyperkeratose, und dem Grad von Atypien besteht. Somit sind die dünnen AK gleich behandlungsbedürftig wie die dicken. Laut Prof. Dr. Thomas Dirschka zeigen neuere Studien, dass ein Spinaliom ohne Vorläuferläsionen entstehen kann. Sein pragmatisches Vorgehen besteht darin, die Feldkanzerisierung zu behandeln und eine Biopsie von resistenten Läsionen durchzuführen.

Vorbehandlung

Bei AK reduziert die Hyperkeratose die Penetration des Photosensibilisators und der Lichtstrahlen. Folgende Methoden werden dagegen angewendet: vorherige chemische Keratolyse mit einer Salbe (Urea 30–40% oder Salicylsäure 10%), Curettage mit Ringcurette, Abrasion mit abrasivem Schwamm oder Sandpapier, «Needling» zum Beispiel mit Dermalroller oder mit nicht ablativem beziehungsweise ablativem fraktioniertem Laser. Die letzteren Verfahren steigern die Wirksamkeit der PDT.

Therapie der aktinischen Keratosen

Unterschieden werden isolierte AK von AK in einem Herd (Feldkanzerisierung). In Europa ist die Feldkanzerisierung definiert als sechs oder mehr gruppierte AK. Bei isolierten AK kommt die Kryotherapie mit Stickstoff häufig zum Einsatz. Bei Feldkanzerisierung wird oft die PDT gewählt. Die konventionelle PDT (Photosensibilisator plus rotes Licht) ist als erfolgreiche Therapieform etabliert. Am Kongress widmeten sich mehrere Redner der Behandlung mit der Tageslicht-PDT (daylight-PDT = d-PDT). Dabei wird eine MAL-haltige Creme auf die betreffenden Areale aufgetragen, und der Patient wird angewiesen, 2 Stunden draussen zu verbringen. Die geeigneten Monate sind April bis September. Der Himmel darf leicht bewölkt sein, aber es darf nicht regnen. Nach der 2-stündigen Exposition sollte der Patient in einem Gebäude bleiben. Die Tageslicht-PDT verursacht eine Rötung der behandelten Areale während 1 bis 2 Tagen und eine Schuppung über 10 Tage. ❖

Hinweis auf die Homepage:

1. Informationen zur European Society for Photodynamic Therapy (EURO-PDT) im Internet unter: www.euro-pdt.org

Kontaktadresse:

Dr. med. Marguerite Krasovec A. Rahmann
FMH Dermatologie und Venerologie
Uitikonstrasse 9
8952 Schlieren
Tel. 044-730 40 00, Fax 044-730 40 03
E-Mail: dr-krasovec@bluewin.ch

Interessenkonflikte: keine