Aktinische Keratosen

Neue deutsche S3-Leitlinie

Prof. Dr. Carola Berking, Klinikum der Universität München, stellte am 28. Deutschen Hautkrebskongress in Stuttgart eine neue S3-Leitlinie zu aktinischen Keratosen vor.

Die Diagnose aktinischer Keratosen (AK) erfolgt durch klinische Untersuchung und Inspektion (1). Nicht invasive diagnostische Verfahren wie Dermatoskopie, konfokale Lasermikroskopie und optische Kohärenztomografie können bei klinisch unklaren Befunden eingesetzt werden. Bei typischem klinischem Befund ist keine Biopsie erforderlich, aber bei klinisch unklarem Befund oder Therapieresistenz soll eine histologische Diagnostik erfolgen. Feldkanzerisierung liegt vor, wenn in einem Hautareal mehrere AK (ohne Angabe einer genauen Anzahl), umgeben von sichtbaren UV-bedingten Hautschäden, vorhanden sind.

Therapie aktinischer Keratosen

Bei der Indikation zur Therapie und der Auswahl des Behandlungsverfahrens gilt es, das klinische Bild, Risikofaktoren (z.B. Immunsuppression, kumulative UV-Exposition, Anzahl der Läsionen), Komorbiditäten, die Lebenserwartung und die Wünsche des Patienten zu berücksichtigen. Kombinierte Behandlung mit feldgerichteter und läsionsgerichteter Therapiemodalität ist möglich. Bei der Erarbeitung der Leitlinie wurden aus der sehr umfangreichen Literatur zur Therapie aktinischer Keratosen 90 relevante, randomisierte, kontrollierte Studien und 10 Follow-up-Studien ausgewertet. Zur AK-Therapie geeignete ablative Verfahren sind Kryochirurgie, operative Entfernung (z.B. Kürettage, flache Abtragung, Komplettexzision), ablative oder nicht ablative Laserverfahren. Zur Therapie mit chemischen Peelings ist aufgrund der Datenlage keine Empfehlung möglich.

Geeignete medikamentöse Therapieformen

Diclofenac (3%) in Hyaluronsäuregel (Solaraze® 3% Gel) kann läsionsgerichtet oder feldgerichtet zweimal täglich während 60 bis 90 Tagen verwendet werden. 5-Fluorouracil (0,5%) mit Salicylsäure (10%) in filmbildender Lösung (Actikerall®) eignet sich zur läsionsgerichteten oder feldgerichteten (max. 25 cm^2) Therapie. Zur feldgerichteten Therapie (max. 25 cm^2) eignet sich im Gesicht und auf der Kopfhaut Ingenolmebutat (0,015%) Gel (Picato® 150 µg/g) zum Auftragen an 3 aufeinander folgenden Tagen, an Rumpf und Extremitäten Ingenolmebutat (0,05%) Gel (Picato® 500 µg/g) an 2 Tagen. Imiquimod (5%) Creme (Aldara™ 5% Creme) sollte feldgerichtet (max. 25 cm^2) angeboten werden und kann läsionsgerichtet bei Einzelläsionen erwogen werden. Imiquimod-(3,75%)-Creme (Zyclara® Creme) eignet sich feldgerichtet für multiple aktinische Keratosen im Gesicht oder auf der unbehaarten Kopfhaut.

Die Leitlinie hält fest, dass konventionelle photodynamische Therapie (Rotlicht-PDT) mit 5-Aminolävulinsäure (Ameluz®, Alacare®) oder mit Methylaminolevulinat (Metvix®) feldgerichtet bei einzelnen oder multiplen AK (Grad I–II) und bei Feldkanzerisierung angeboten werden sollte. Die Tageslicht-MAL-PDT (Metvix®) eignet sich zur feldgerichteten Therapie einzelner oder multipler, nicht pigmentierter AK im Gesicht oder auf der Kopfhaut.

Aufgrund der Datenlage können keine Empfehlungen zur AK-Therapie mit topischen oder systemischen Retinoiden und mit anderen Topika (Colchizin, Difluormethylornithin, Canola-Phenolsäure, Nicotinamid, Sonnenschutzfilter) abgegeben werden. Birkenkork und Glucane sollen nicht eingesetzt werden, weil der Nutzen nicht nachgewiesen ist. Bei Patienten mit Immunsuppression oder Organtransplantation eignen sich aufgrund von Studien MAL-PDT mit künstlicher Rotlichtquelle, Imiquimod-(5%)-Creme und Diclofenac (3%) in Hyaluronsäuregel.

In einem übersichtlichen «Balance-Sheet» können sich behandelnde Ärzte über die Charakteristiken der verschiedenen ablativen und medikamentösen Therapieoptionen informieren. Diese Tabelle enthält nützliche Angaben zur Applikationsart, zur Effektivität, zu Nebenwirkungen und Verträglichkeit, zum kosmetischen Ergebnis, zur Dauer und zu den Kosten der Behandlung, zur Praktikabilität für den Arzt beziehungsweise den Patienten und zur Empfehlungsstärke sowie Evidenzgrundlage. ▲

Alfred Lienhard

Die neue S3-Leitlinie online: www.rosenfluh.ch/qr/leitlinienprogramm

Referenz:
1. Berking C et al.: S3-Leitlinie «Aktinische Keratosen und Plattenepithelkarzinom der Haut». Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie. AWMF-Registernummer 032–022OL. www.awmf.org (Internetpublikation in Vorbereitung)