

Früherkennung von Hautkrebs in der Hausarztpraxis

Patrick A. Oberholzer^a, Ralph P. Braun^b, Robert E. Hunger^a

^a Universitätsklinik für Dermatologie, Inselspital, Bern

^b Hautkrebszentrum an der Klinik für Dermatologie, UniversitätsSpital, Zürich

Quintessenz

- Weisser (Non-Melanoma Skin Cancer) und schwarzer (Melanome) Hautkrebs nehmen in westlichen Ländern zu, und die Schweiz hat weltweit die zweithöchste Melanom-Inzidenz.
- Hausärzte/-innen sind häufig die ersten Kontaktpersonen zur Evaluation der Dignität von Hautveränderungen.
- Richtige Anamneseerhebung, regelmässige Ganzkörperuntersuchungen von Risikopatienten, einfache Algorithmen und das Kennen von typischen klinischen Bildern helfen in der frühen Diagnosestellung und können für den Patienten entscheidend sein.
- (Schon eintägige) Schulungen von Hausärzten/-innen verbessern die Spezifität und vor allem Sensitivität in der Erkennung von Hautkrebs signifikant.

Allgemeine Informationen über Hautkrebs

Die Inzidenz von Hautkrebs ist in den westlichen, industrialisierten Ländern steigend. Die Schweiz ist un- rühmlich mit einem Spitzenplatz der Inzidenz von Melanomen (MM) betroffen. Das Bundesamt für Gesundheit hat die Schweizer Bevölkerung weltweit auf dem besorgniserregenden zweiten Rang platziert. Doch nicht nur für die melanozytären Malignome, sondern auch für den sog. weissen Hautkrebs (Non-Melanoma Skin Cancer [NMSC]) ist eine Zunahme festzustellen; dieser ist jedoch im Gegensatz z.B. zu den Niederlanden datentechnisch weniger gut dokumentiert [1]. Seltener Hautmalignome wie primäre kutane Lymphome, Dermatofibrosarkome, Merkelzellkarzinome, atypische Fibroxanthome und andere werden in dieser Arbeit nicht diskutiert.

Die Inzidenzrate für das Melanom liegt in der Schweiz für den Zeitraum 2006–2010 für Frauen bei 22,2/100 000/Jahr und für Männer bei 25,2/100 000/Jahr (Bundesamt für Statistik). Beim weissen Hautkrebs ist es schwieriger, genaue Zahlen zu erhalten. Gemäss einer 2009 publizierten Studie aus dem Kanton Waadt liegen die Inzidenzraten für basozelluläre Karzinome (BCC) bei Frauen 67/100 000/Jahr und bei Männern 78/100 000/Jahr, für spinozelluläre Karzinome (SCC) bei Frauen 18/100 000/Jahr und bei Männern 28/100 000/Jahr.

Nebst den Dermatologen sehen die erstversorgenden Hausärzte/-innen (HAe) das Gros an Hautkrebsen. Den HAe und ihrem Wissen kommt daher eine grosse Bedeutung zu [2]. Für Frankreich konnte gezeigt werden,

dass die HAe häufig fortgeschrittene, dicke Melanome diagnostizieren, da v.a. sozial isolierte und alte Männer sie sehr spät aufsuchen [3]. Die Hemmschwelle einer Konsultation oder gar das Unwissen über die Existenz von Dermatologen dürfte limitierend sein. Ähnliches ist für die Schweiz zu erwarten.

Mit diesem Artikel möchten wir dem Praktiker die wichtigen Informationen (inklusive Literaturliste) und Entscheidungsgrundlagen liefern. Dass das Interesse bei den HAe durchaus vorhanden ist, zeigt z.B. die kürzlich erschienene und lesenswerte Arbeit von Baderscher et al. [4]. Weiter konnte gezeigt werden, dass sowohl Dermatologen wie auch HAe durchaus noch Verbesserungspotential in der Hautkrebsfrüherkennung aufweisen [5, 6]. Die Akzeptanz der (deutschen) Bevölkerung bezüglich Hautkrebscreening ist sehr gross (93%) [7]. Der Nutzen dieser gross angelegten, systematischen und breite Bevölkerungsschichten einbeziehenden Hautvorsorgeuntersuchung bleibt zumindest umstritten, wohingegen die Sonnenschutzprävention (Verhalten, Kleider und Sonnenschutzcrèmes [8]) und die Selbstuntersuchung des Patienten ebenfalls sinnvoll scheinen [9, 10].

Wen soll ich regelmässig untersuchen?

Nicht alle Menschen sind gleich stark für die Entstehung von Hautkrebs gefährdet. Es ist wichtig, Risikopatienten zu erkennen und diese häufiger zu untersuchen oder diese frühzeitig an den Dermatologen zu überweisen. Nebst einem hellen Hauttyp (v.a. Typ I und II nach Fitzpatrick) sind häufige, starke Sonnenbrände v.a. in der Kindheit/Jugend, sonnengeschädigte Haut durch Beruf und/oder Freizeit, positive Hautkrebseigen- und/oder -familienanamnese, eine hohe Anzahl Pigmentmale, Teer-, Arsen- oder Röntgenstrahlenexpositionen als Risikofaktoren erkannt worden. Nebst den krankheitshalber Immunsupprimierten (z.B. im Rahmen einer chronisch leukämischen Leukämie-Erkrankung) stellen Organtransplantierte, die eine medikamentöse Immunsuppression erhalten, eine weitere Risikogruppe dar. Sie zeigen in der Folge eine erheblich erhöhte Inzidenz von NMSC (v.a. SCC, ca. 65-fach erhöht verglichen mit Normalbevölkerung) und auch von MM (ca. 3-fach erhöht verglichen mit Normalbevölkerung). Diese Patienten müssen gemäss Richtlinien mindestens jährlich untersucht werden [11, 12]. Nicht nur bei diesen Patienten, sondern im Allgemeinen soll die Untersuchung auch zur Patientenedukation bezüglich Sonnenschutz genutzt werden.



Patrick A. Oberholzer

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Für die Untersuchungsintervalle genügt für Patienten mit geringem Risiko eine jährliche Untersuchung. Patienten mit hohem Risiko sollten v.a. initial häufiger gesehen werden, d.h. 4-mal jährlich.

Wie soll ich untersuchen und behandeln?

Dies scheint auf den ersten Blick (zu) banal. Die klinische Ganzkörperuntersuchung des bis auf die Unterwäsche entkleideten Patienten soll bei guter Beleuchtung, angenehmer Zimmertemperatur und mit einer Patientenliege zunächst in Rücken- und dann in Bauchlage erfolgen. Klassischerweise untersucht man von kranial nach kaudal, zuerst die ventrale, dann die dorsale Körperhälfte. Hilfreich kann hier die Verwendung einer einfachen Leuchtlupe, wie man sie von der Handarbeit her kennt, sein. Des Weiteren gilt es jedoch darauf zu achten, sich eine Vorgehensweise anzugewöhnen, die bei jedem Patienten gleichartig durchgeführt wird. Damit stellt man sicher, dass man keine Körperregion vergisst. Das Gesicht und der behaarte Kopf benötigen besondere Aufmerksamkeit. In den USA gibt es die Bestrebung, auch die Coiffeure/-eusen in den Screening-Prozess einzubinden und zu schulen [13]. Der Patient/ die Patientin soll auch routinemässig nach Auffälligkeiten im weiblichen Brust- bzw. im Genitalbereich gefragt werden. So kann der Patient entscheiden, ob er diese intimeren Körperregionen untersucht haben möchte.

Welche Läsionen sind gefährlich / können gefährlich werden?

Melanozytäre Hautveränderungen (häufig schwarzer Hautkrebs genannt)

Im Allgemeinen tut man gut daran, sich an den anamnestischen Angaben des Patienten zu orientieren. Gibt dieser an, dass sich das Pigmentmal verändert hat, zu jucken oder schmerzen begonnen hat oder es ihm ganz einfach «nicht mehr gefalle», gilt es, diese Pigmentmale besonders sorgfältig zu überprüfen und im Zweifelsfall zu exzidieren.

Objektivere Entscheidungshilfen für die Benignität von melanozytären Haueränderungen bieten i.A. die ABCDE-Regel und das Ugly-duckling-Zeichen [14].

Nichtmelanozytäre Hautveränderungen (häufig weisser Hautkrebs genannt)

Häufig werden NMSC nicht nur von den Patienten, sondern auch von den HAe als gutartige, entzündliche Befunde fehlinterpretiert. Anamnestisch beschreiben die Patienten aktinische Keratosen sehr häufig als (abkratzbare) Schuppen oder Krusten auf gerötetem Grund, die jedoch innerhalb weniger Wochen an derselben Stelle immer wiederkommen. Diese finden sich, gleich wie fortgeschrittene, aktinische (durch Sonnenlicht geschädigte) Hauttumoren (M. Bowen [SCC in situ] oder SCC) an chronisch lichtexponierten Stellen (sog. Sonnenterrassen der Haut: Stirn, Nase, apikale Ohren, Philtrum, Unterlippen, Nacken und Dekolleté). Fortgeschrittene NMSC erodieren/ulzerieren häufig und zeigen sich als Wunden, die nicht innerhalb von 4 Wochen abheilen. Auch hier führen uns die Patienten häufig ungewollt in die Irre: Sie geben an, sich dort erst vor kurzem gestossen oder verletzt zu haben, und die Wundheilung sei einfach noch nicht abgeschlossen. Zur Vorsicht ermahnen sollten zudem blutende Läsionen, die gewachsen sind.

Melanozytäre Läsionen werden häufig als gefährlicher eingeschätzt, als sie (später histologisch aufgearbeitet) effektiv sind. Dies führt für den Patienten zu unnötigen Exzisionen. Andererseits werden auch wenig auffällige, beginnende Melanome nicht erkannt. Daneben ist die korrekte chirurgische Entfernung von verdächtigen Veränderungen ebenfalls nicht gänzlich unproblematisch. Dermatologen erkennen die Benignität von Hautläsionen mit höherer Spezifität und schneiden die Patienten weniger häufig «vergebens» oder haben weniger inkomplette Exzisionen von Hauttumoren mit dem Risiko auch von Fehldiagnosen, z.B. wenn ein Melanom ex Naevo im Naevus-Anteil (teil-)biopsiert wurde [18, 19]. Auch hier kann eine Schulung von HAe helfen oder alternativ wird der Patient zur Behandlung zum Dermatologen überwiesen [20].

ABCDE-Regel und (weniger geläufig) die Glasgow-7-Punkte-Checkliste


Tabelle 1  beschreibt obige Regeln, die sich bei der Beurteilung der Benignität eines Pigmentmals als hilfreich erwiesen haben und nach Ergänzung um E für Evolution auch sehr ähnlich sind [15, 16]. Häufig besteht eine Unsicherheit, ob E für Enlargement (Ver-

Tabelle 1
Merkmale der ABCDE-Regel und der Glasgow-7-Punkte-Checkliste.

ABCDE-Kriterien	Glasgow-7-Punkte-Checkliste
A – Asymmetrie	1. Grössenwechsel**
B – Irreguläre Begrenzung	2. Formwechsel**
C – Colorisierung (Mehrfarbigkeit)	3. Farbwechsel**
D – Durchmesser >6 mm	4. Durchmesser ≥7 mm
E – Evolution (Entwicklung)*	5. Entzündung
	6. Verkrustung oder Bluten
	7. Wahrnehmungswechsel (z.B. Juckreiz)

* Evolution in Bezug auf Grösse, Form, Farbschattierungen, Oberflächenmerkmale oder Symptome.

** Die Merkmale 1–3 sind Hauptmerkmale, im Gegensatz zu den Merkmalen 4–7.

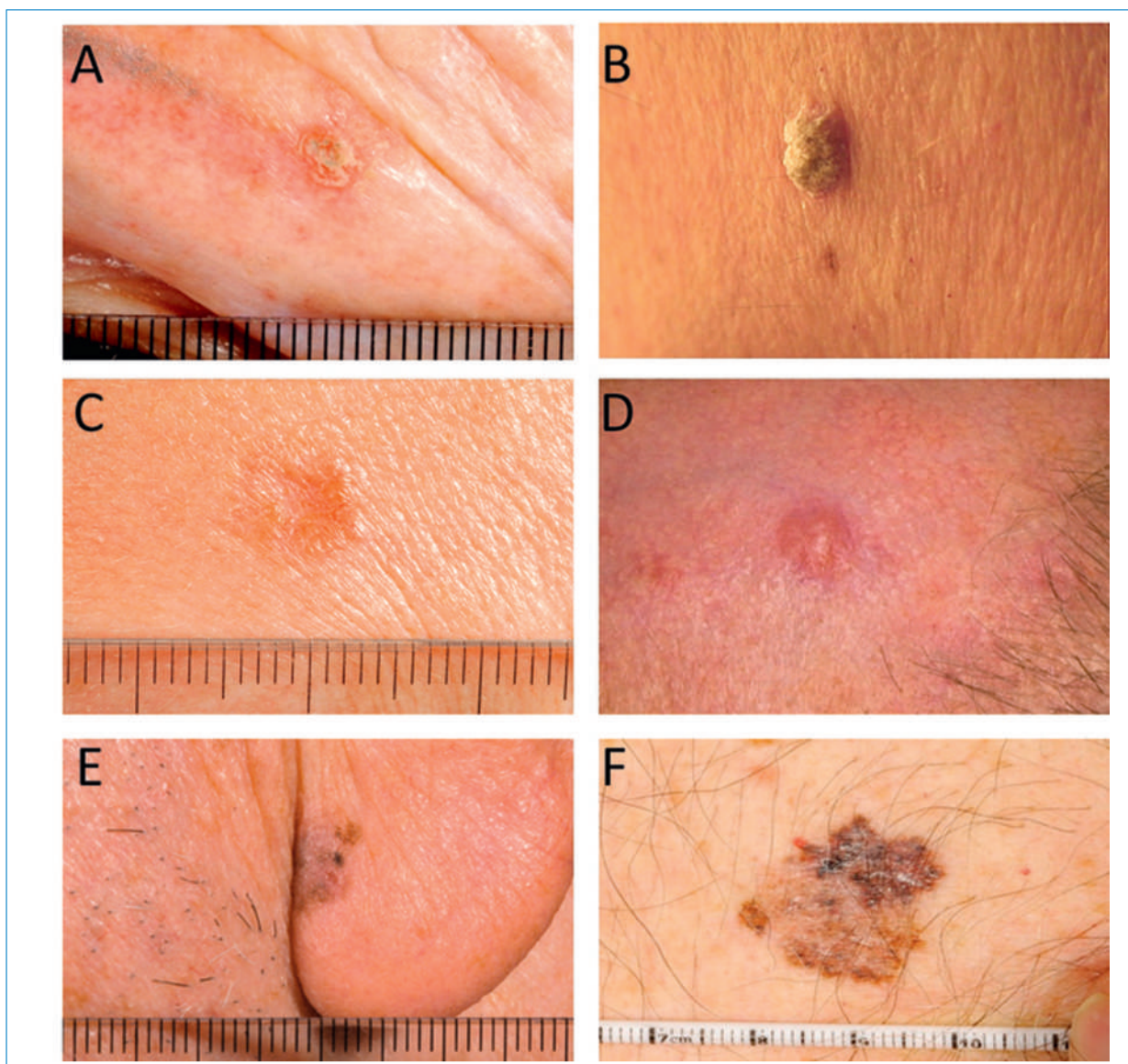


Abbildung 1

Beispiele von Hautkrebs.

A Aktinische Keratose, rötlich schuppender Plaque;

C Basozelluläres Karzinom, an Narbe erinnernde, wenig infiltrierte Plaque;

E Lentigo maligna, asymmetrische, hyperpigmentierte Macula am Ohrläppchen;

B M. Bowen (spinozelluläres Carcinoma in situ), hyperkeratotische Papel;


D Spinozelluläres Karzinom, kleine, erythematöse Papel;

F Superfiziell spreitendes Melanom (Breslow 1,2 mm), hyperpigmentierte Macula, teilweise mit hyperkeratotischem Anteil.


grösserung) oder Elevation (Erhabenheit) steht. Frühe Melanome zeigen häufig keine Erhabenheit und würden mit der Reduktion auf lediglich E für Erhabenheit verpasst. Deshalb ist der «allumfassende» Begriff von Evolution (Entwicklung) besser geeignet.

Hässliches-Entlein-(Ugly-duckling-)Zeichen

Einfacher als beispielsweise die ABCDE-Regel ist das Zeichen des hässlichen Entleins [17]. Häufig zeigen die Naevi innerhalb der gleichen Person ein gleichartiges Muster. Sticht ein Pigmentmal aus diesem persönlichen Muster aus, so kann dies Hinweis auf eine bösartige Veränderung sein, und diese aussergewöhnliche Hautläsion soll exzidiert oder zumindest kontrolliert werden.

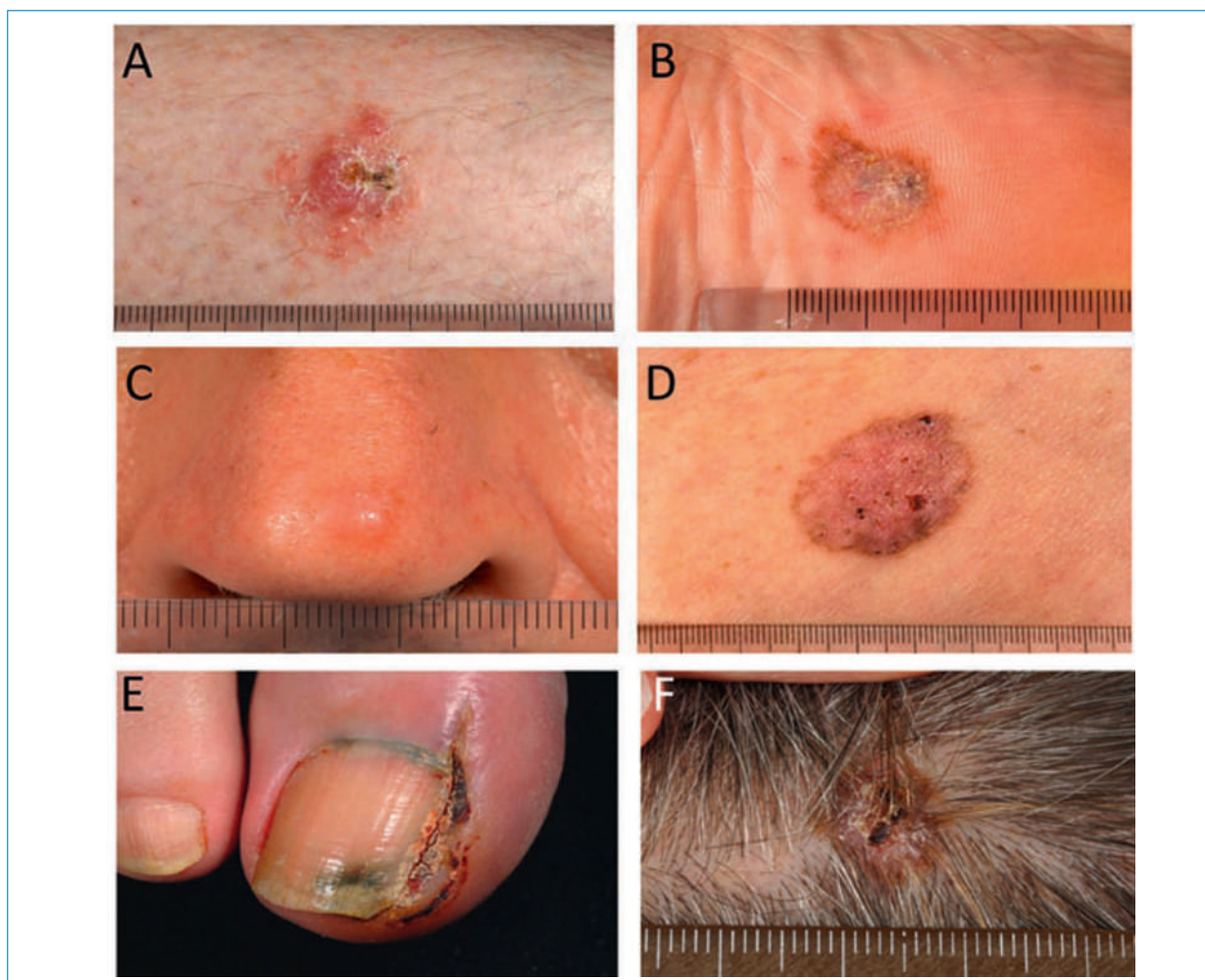
Wie sieht aber Hautkrebs aus? Einige Beispiele zeigt Abbildung 1 .

Problemfälle

Melanome an besonderer anatomischer Lokalisation (z.B. behaarte Haut, Leistenhaut, Schleimhäute und Nägel) sind eine diagnostische Herausforderung [21, 22]. Häufig ist es hier sehr schwierig, ein Melanom sicher erkennen zu können (Beispiele siehe Abb. 2 ). Melanome in sehr frühen Stadien haben meist noch keine bzw. wenig diagnostische Kriterien, die eine Diagnose ermöglichen. Man spricht hier auch von sog. Featureless-Melanomen.

Amelanotische Melanome

2–8% aller Melanome weisen kein Pigment auf. Diese Melanome sind für HAc und Dermatologen besonders schwierig zu diagnostizieren, insbesondere da die

**Abbildung 2**

Problemfälle

- A** Amelanotisches Melanom;
C Desmoplastisches amelanotisches Melanom der Nasenspitze;
E Melanom im Bereich Grosszehennagel;

- B** Wenig pigmentiertes Melanom an der Fusssohle;
D Teilweise pigmentiertes, oberflächliches Basaliom;
F Melanom am Kapillitium.

ABCDE-Kriterien klassischerweise nicht erfüllt sind. Diese amelanotischen Melanome sind häufig erythematös, symmetrisch und zeigen eine regelmässige Begrenzung [23]. Entscheidend ist letztlich, an die Möglichkeit eines amelanotischen Melanoms in der Differentialdiagnose zu denken und die Läsion in toto zu exzidieren.

Frühe epitheliale Tumoren

Pigmentierte basozelluläre Karzinome stellen häufiger weniger ein Problem dar, da sie oft mit dem Verdacht auf Melanom exzidiert werden, jedoch in der histologischen Aufarbeitung dann als ein pigmentiertes basozelluläres Karzinom zurückkommen [24, 25].

Zusammenfassung

Das Zeichen des «Hässlichen Entleins» und die ABCDE-Regel können bei der Beurteilung von melanozytären Hautveränderungen hilfreich sein.

Frühe epitheliale Tumoren sind häufig kleine Wunden oder Krusten, die immer wieder an der gleichen

Stelle auftreten und nicht innerhalb von 4 Wochen abheilen.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. et Dr. phil. nat. Robert E. Hunger
 Universitätsklinik für Dermatologie
 Inselspital
 CH-3011 Bern
[robert.hunger\[at\]insel.ch](mailto:robert.hunger[at]insel.ch)

Empfohlene Literatur

- Badertscher N, Braun RP, Held U, Kofmehl R, Senn O, Hofbauer GF, et al. Diagnostic competence of Swiss general practitioners in skin cancer. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13834.
- Sinclair R. Skin checks. *Aust Fam Physician.* 2012;41(7):464–9.
- Breitbart EW, Waldmann A, Nolte S, Capellaro M, Greinert R, Volkmer B, et al. Systematic skin cancer screening in Northern Germany. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66(2):201–11.
- Shafaeddin Schreve B, Anliker M, Arnold AW, Kempf W, Laffitte E, Lapointe AK, et al. Pre- and posttransplant management of solid organ transplant recipients: risk-adjusted follow-up. *Curr Probl Dermatol.* 2012;43:57–70.
- Hofbauer GF, Anliker M, Arnold A, Binet I, Hunger R, Kempf W, et al. Swiss clinical practice guidelines for skin cancer in organ transplant recipients. *Swiss Med Wkly.* 2009;139(29–30):407–15.
- Kolm I, Hofbauer G, Braun RP. [Early diagnosis of skin cancer]. *Ther Umschau.* 2010;67(9):439–46.

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.