

Effektive AK-Therapie großer sonnengeschädigter Flächen

Beim 26. Deutschen Hautkrebskongress in Leipzig diskutierten Experten über die Feldtherapie bei Patienten mit aktinischer Keratose. Der Stellenwert der Hautschädigung als Risikomarker für Hautkarzinome wurde dabei einmal mehr besonders verdeutlicht.

Von Katharina Miedzinska, MSc

I Aktinische Keratosen sind eine präkanzeröse chronische Schädigung der Oberhaut, die sich mit einem Durchmesser von wenigen Millimetern bis einigen Zentimetern manifestieren und seltener als vereinzelte Läsionen auftreten, sondern bevorzugt eine gesamte Hautregion betreffen. Sie werden je nach Schädigung und Zahl der Atypien in drei Schweregrade (Grad-I-, Grad-II-, Grad-III-AK) unterteilt.

Risikofaktoren für AK sind neben anderen Faktoren vor allem die kumulative UV-Exposition sowie die Freizeit- und die berufsbedingte Sonnenexposition, wobei insbesondere letztgenannte als Risikofaktor zunehmend an Bedeutung gewinnt, wie Prof. Dr. Uwe Reinhold, Bonn, erläutert: „Die Behandlung der AK und des Basalzellkarzinoms stellt im niedergelassenen Bereich ein sehr großes Betätigungsfeld dar, in welchem es in der Vergangenheit zahlreiche Veränderungen gegeben hat, wobei die Anerkennung der AK als Berufserkrankung in Deutschland sicherlich zu den wichtigsten Entwicklungen zählt.“

Risikofaktor Beruf

„Wir sehen die Erkrankung jeden Tag in der Praxis. Aus vielen Studien geht hervor, dass sich aus der AK schnell ein Plattenepithelkarzinom entwickeln kann, weswegen von Anfang an großer Handlungsbedarf besteht“, erklärt Dr. Thomas Stavermann, Berlin, und verweist sogleich auf die steigende Zahl an Neuerkrankungen, die auf das berufliche Umfeld zurückzuführen ist, und den nach wie vor großen Aufholbedarf im Bereich der Prävention: „Outdoor-Worker haben ein erhöhtes Risiko für AK und sind in vielen Fäl-

len nur unzureichend vor der berufsbedingten UV-Exposition geschützt, insbesondere im Bereich der typischen ‚Sonnenterrassen‘, wie etwa Scheitel, Nase und Wangen. Untersuchungen haben gezeigt, dass viele Berufsgruppen den UV-Schutz stark vernachlässigen, viele Outdoor-Worker greifen nie oder nur an wenigen Werktagen auf Lichtschutzpräparate zurück. Dies zeigt, dass im Bereich der Prävention noch großer Handlungsbedarf besteht.“

Behandlung der AK

Zur Behandlung der AK gibt es eine breite Palette an Therapieoptionen. Feldgerichtete Therapien werden bei massiven disseminierten AK und bei Verdacht auf eine Feldkanzerisierung eingesetzt. Es stehen mehrere Wirkstoffe zur Verfügung, darunter Imiquimod 3,75%, ein gut dokumentiertes Präparat mit selektivem Wirkmechanismus.¹ Imiquimod, ein Wirkstoff aus der Gruppe der Immunmodulatoren, stimuliert als Tolllike-Rezeptor-7-Agonist die angeborene und die erworbene Immunantwort und induziert darüber hinaus die Apoptose in den Tumorzellen. Entsprechend der Zulassung können größere Hautareale mit mehr als 25cm² wie das gesamte Gesicht bzw. die unbehaarte Kopfhaut behandelt werden. Imiquimod 3,75% ist für die Behandlung von immunkompetenten Patienten mit nicht hyperkeratotischen und nicht hypertrophen AK im Bereich von Gesicht und Kopfhaut zugelassen. Das Therapieschema sieht zwei Therapiezyklen mit je zwei Wochen Behandlung mit einer zweiwöchigen Pause vor, wobei während des ersten Zyklus eine maxima-

le Entzündungsreaktion hervorgerufen wird und es zur Demaskierung subklinischer Läsionen kommt.

Wirksamkeit

Die Wirksamkeit von Imiquimod 3,75% geht aus mehreren Studien hervor. So zeigt die gepoolte Analyse der Daten aus zwei 14-wöchigen, Vehikel-kontrollierten, doppelblinden Studien mit Imiquimod 3,75% nach initialem Läsionsanstieg eine Reduktion der Läsionen um 92,2%.² Im Rahmen einer Langzeitstudie (n=42) konnte nach sechs und zwölf Monaten unter Imiquimod 3,75% jeweils eine mediane prozentuale Verringerung der Läsionslast um 100 und 97,2 Prozent ab L_{max} (maximale Anzahl an Läsionen unter Therapie) nachgewiesen werden.² Die Autoren der Studie kamen zum Schluss, dass Imiquimod 3,75% klinische und subklinische Läsionen im gesamten sonnenexponierten Feld effektiv eliminiert und darüber hinaus über eine nachhaltige Wirksamkeit verfügt.³ In den aktualisierten evidenz- und konsensusbasierten Leitlinien der International League of Dermatological Societies und des European Dermatology Forum für die Behandlung der AK erhielt Imiquimod 3,75% mit einer Zustimmung von über 90 Prozent unter allen zugelassenen Feldtherapien den höchsten Empfehlungsgrad für die Feldtherapie bzw. die Behandlung multipler AK-Läsionen.⁴ ●

Symposium „Non Melanoma Skin Cancer – aus der Wissenschaft in die Praxis“, Kongress der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO), Dresden, 22.–24.9.16

1 Schön et al., *J Natl Cancer Inst* 2003; 95(15):1138–1149

2 Stockfleth et al., *Eur J Dermatol* 2014; 24(1):23–7

3 Gupta et al., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29(9):1840–2

4 Werner et al., *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29(11):2069–79

Stavermann: „Aus vielen Studien geht hervor, dass sich aus der AK schnell ein Plattenepithelkarzinom entwickeln kann, weswegen von Anfang an großer Handlungsbedarf besteht.“