

Hautkrebs



Biologische Krebsabwehr e.V.

Info: 06221 13802-0 · www.biokrebs.de

Hautkrebs gehört zu den Tumorerkrankungen, die in den letzten Jahren zugenommen haben. Das Hauptrisiko für eine Melanomentwicklung wird durch Sonnenexposition in Urlaub und Freizeit verursacht.

Entscheidend ist dabei die Sonnenexposition in Kindheit und Jugend. Glücklicherweise lässt sich die Erkrankung in den meisten Fällen erfolgreich behandeln und auch heilen. Bei Früherkennung ist das in über 90 Prozent der Fälle möglich. Besonders gefährdet sind rotblonde, hellhäutige Personen. Bei dieser Krebsart werden drei Formen unterschieden. Am häufigsten ist das Basaliom. Seltener sind Spinaliome. Bei rund zehn Prozent der Erkrankungen handelt es sich um ein Melanom, den sehr bösartigen „schwarzen Krebs“.

Basaliome

Das Basaliom tritt selten vor dem 40. Lebensjahr auf, häufig an Körperstellen, die stark der Sonne ausgesetzt sind. Es entwickelt sich langsam als kleines Knötchen oder als Verhärtung in der Haut. Da es langsam wächst und kaum in untere Hautschichten vordringt, kommt es fast nie zur Bildung von Metastasen. Es lässt sich meistens ohne Komplikationen chirurgisch oder per Laser entfernen.

Spinaliome

Auch Spinaliome bilden sich vorwiegend in der 2. Lebenshälfte auf der Sonne ausgesetzten Körperstellen. Es beginnt mit einer „solaren Keratose“, einer Vorstufe von Krebs. Typisch ist eine begrenzte Rötung, die sich wie feines Sandpapier anfühlt. Durch Vereisung kann diese „Präkanzerose“ sicher entfernt werden. Geschieht das nicht, kommt es nach einiger Zeit zur Entartung des Tumors. Erreicht dieser eine Größe von mehr als einem Zentimeter Durchmesser, kann es zu einer Metastasierung ins Körperinnere kommen. Die Standardtherapie ist eine Operation.

Auch Spinaliome können ähnlich wie Basaliome an mehreren Stellen gleichzeitig oder nacheinander auftreten. Beide Krebsarten sind bei rechtzeitiger Behandlung zu fast 100 Prozent heilbar.

Melanome

Weitaus gefährlicher ist das Melanom. Zwar kann es auch im Anfangsstadium durch eine Operation geheilt werden, es neigt jedoch dazu, sehr früh bösartige Zellen über die Lymphabflüsse auszustreuen und Metastasen zu bilden. Auch beim Melanom spielt die Belastung durch Sonnenbestrahlung eine Hauptursache; es kann jedoch auch an Körperstellen auftreten, die weniger der Sonne ausgesetzt sind – beispielsweise unter den Nägeln, den Fußsohlen, an Geschlechtsteilen oder am Auge. Häufig entwickelt es sich aus Körpermalen wie Pigmentflecken oder so genannten Leberflecken (Muttermale). Vorsorge durch regelmäßige körperliche Inspektion und rechtzeitige Behandlung bietet die sicherste Heilungschance.

Prognose und Therapie

Ist ein Melanom diagnostiziert worden, steht die Operation an erster Stelle. Die Geschwulst wird tief genug und mit einem Sicherheitsabstand – je nach Befund – von etwa zwei bis drei Zentimetern entfernt. Bei einer frühzeitigen Behandlung kann in 90 Prozent der Fälle mit einer Heilung gerechnet werden. Die Prognose hängt jedoch entscheidend davon ab, wie weit das Melanom in die Hautschichten vorgedrungen ist.

Zwei Drittel aller Melanome in Deutschland werden mit einer Tumoreindringtiefe von weniger als 1 mm diagnostiziert, bei der die Zehn-Jahres-Überlebensrate bei 96 % liegt. Ab einer Tumordicke von 1 mm steigt die Wahrscheinlichkeit, dass benachbarte Lymphknoten ("Sentinel-" oder "Wächterlymphknoten") befallen sind, weshalb empfohlen wird, diese zu entfernen und zu untersuchen.

Es gibt also zwei Faktoren, die wichtig für die Beurteilung der Prognose bei Melanomen sind: Die Tumoreindringtiefe bzw. Tumordicke und der Befall der Wächterlymphknoten, also den ersten Lymphknoten, die von den Lymphgefäßen aus dem Tumorareal erreicht werden.

Bei vielen Patienten wird daher eine sog.

Wächterlymphknoten-Biopsie durchgeführt, die zur frühzeitigen Erkennung und Entfernung von Mikrometastasen dient. Ob eine anschließende komplette

Lymphknotenentfernung einen Vorteil bringt, wird zurzeit noch untersucht. Bisher ist nur belegt, dass das krankheitsfreie Überleben, nicht aber das Gesamtüberleben durch die Wächterlymphknoten-Entfernung verlängert wird. Eine aktuelle Studie der Uniklinik Tübingen konnte zeigen, dass bei Mikrometastasen im Sentinel eine Watch-and-wait-Strategie völlig ausreichend ist (Leiter UM/J Clin Oncol 2018). In Leitlinien wird inzwischen empfohlen, bei sehr kleinen Metastasen (weniger als 0,1 mm im Durchmesser) oder einzelnen Zellen im Wächterlymphknoten auf eine Entfernung aller Lymphknoten in diesem Bereich zu verzichten.

Bei befallenen Lymphknoten wird die Nachsorge intensiviert und eine adjuvante Therapie angeboten. In den meisten Fällen ist dies eine schulmedizinische Immuntherapie mit sog. Checkpoint-Blockern anstelle der bis vor wenigen Jahren noch üblichen Interferongabe. Zugelassen sind zwei verschiedene Präparate: die beiden PD-1-Antikörper Nivolumab und Pembrolizumab. Alleinige Chemotherapien sind bei Melanomen kaum wirksam.

Ob bereits bei Diagnosestellung Metastasen vorliegen, lässt sich mit Ultraschall, Röntgen und anderen Untersuchungsverfahren wie z.B. der Positronenemissionstomographie (PET) feststellen. Durch dieses Staging kann endgültig festgestellt werden, welches Krankheitsstadium vorliegt (Stadium I bis IV).

Ist eine Operation wegen der Lage des Melanoms nicht möglich, kann eine Bestrahlung erfolgen.

Neue Substanzen bei Metastasen

Das metastasierte Melanom galt noch bis vor wenigen Jahren als unheilbar. Dank der sogenannten „zielgerichteten Therapien“ bzw. „Immuntherapien“ hat sich die Überlebenszeit von Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren wesentlich verbessert.

So können mit diesen neuen Wirkstoffen (Dabrafenib, Vemurafenib und Ipilimumab, Nivolumab und Pembrolizumab), die an Oberflächenmerkmale der Tumorzellen andocken und dadurch wachstumshemmend wirken, deutliche Rückbildungen von Metastasen erzielt werden. Auch hier kommt wie bei anderen Tumoren der Untersuchung von Markern im Tumorgewebe immer mehr Bedeutung zu. So weiß man zum Beispiel, dass nur Patienten mit einer sog. B-Raf-Mutation (50% der Melanom-Patienten) von der Vemurafenib-Gabe profitieren. Allerdings weiß man noch nicht, wie lange das Ansprechen anhält. Und auch wenn diese Substanzen verträglicher als eine Chemotherapie sind, können in einigen Fällen erhebliche Nebenwirkungen (Darm- und Leberentzündungen, Darmwanddurchbrüche etc.) auftreten.

Immuntherapien

Melanome gehören zu den Tumorarten, die gut auf Immuntherapien ansprechen. Zur allgemeinen Aktivierung des Abwehrsystems eignen sich Mistel- oder Thymuspräparate. Mistel steigert die Produktion von körpereigenen Zytokinen, ähnlich wie Interferon, das früher in der schulmedizinischen Therapie verwendet wurde.

Erfahrungsberichte zeigen, dass sich dadurch vor allem in den Stadien I und II die Bildung von Metastasen verhindern oder verzögern lässt. Diese Immuntherapien sollen über mehrere Jahre durchgeführt werden. Bei oberflächlichen Hautknoten oder örtlich begrenzten Metastasen kann eine Hyperthermie – auch in Kombination mit einer schulmedizinischen Therapie eingesetzt werden.

Bessere Erfolge verspricht man sich von einer Tumorimpfung. Durch die Tumorimpfung soll vor allem das

Auftreten von Metastasen oder Rückfällen verhindert oder verzögert werden (Rezidiv-Prophylaxe nach der Operation). In klinischen Studien wird die Impfung jedoch meistens erst dann eingesetzt, wenn schulmedizinische Therapien keinen Erfolg hatten. Außerhalb von Studien und auf Wunsch des Patienten kann der Impfstoff von speziellen Labors hergestellt werden. Die Impfung wird mit körpereigenen Krebszellen aus Krebsgewebe des Patienten durchgeführt. Dieses wird dem Patienten zuvor bei der Operation oder durch gesonderte Eingriffe entnommen. Weitere Informationen und Laboradressen siehe GfBK-Info Tumorimpfung. Erstaunlich sind in Anbetracht des durch die die Sonnenbestrahlung erhöhten Hautkrebsrisikos die Ergebnisse einer Studie an 872 Hautkrebspatienten, die bei höheren Vitamin-D-Werten dünnere Tumore, ein geringeres Rückfallrisiko und ein verbessertes Gesamtüberleben hatten (Newton et al. / J Clin Oncol 2009). Neben einer Therapie mit Mistel, Thymus etc. kann daher die Gabe von hochdosierten Vitaminen, v.a. Vitamin D und Selen, sinnvoll sein.

Vor- und Nachsorge

Die Früherkennung richtet sich nach dem A-B-C-D-Schema. Das A steht für Asymmetrie – das Hautmal vergrößert sich unsymmetrisch;

B bedeutet Begrenzung – der Rand wird unregelmäßig und unscharf;

C bedeutet Farbe (colour) – das Mal nimmt mehrere, meist dunklere Farbtönungen an;

D bezeichnet den Durchmesser – Male ab mehr als 5 Millimeter Durchmesser werden verdächtig, wenn sie sich vergrößern oder die Farbe verändern.

Der Hautarzt verfügt über weitere Diagnoseverfahren.

Vorsichtshalber sollten bestehende oder sich verändernde Hautmale immer entfernt werden.

Die Nachuntersuchungen sind in den ersten fünf Jahren – je nach Befund auch länger – viertel- bis halbjährig nötig. Durch Abtasten der Haut und der Lymphknoten können Patienten neue Knotenbildungen oft vor dem Arzt entdecken.