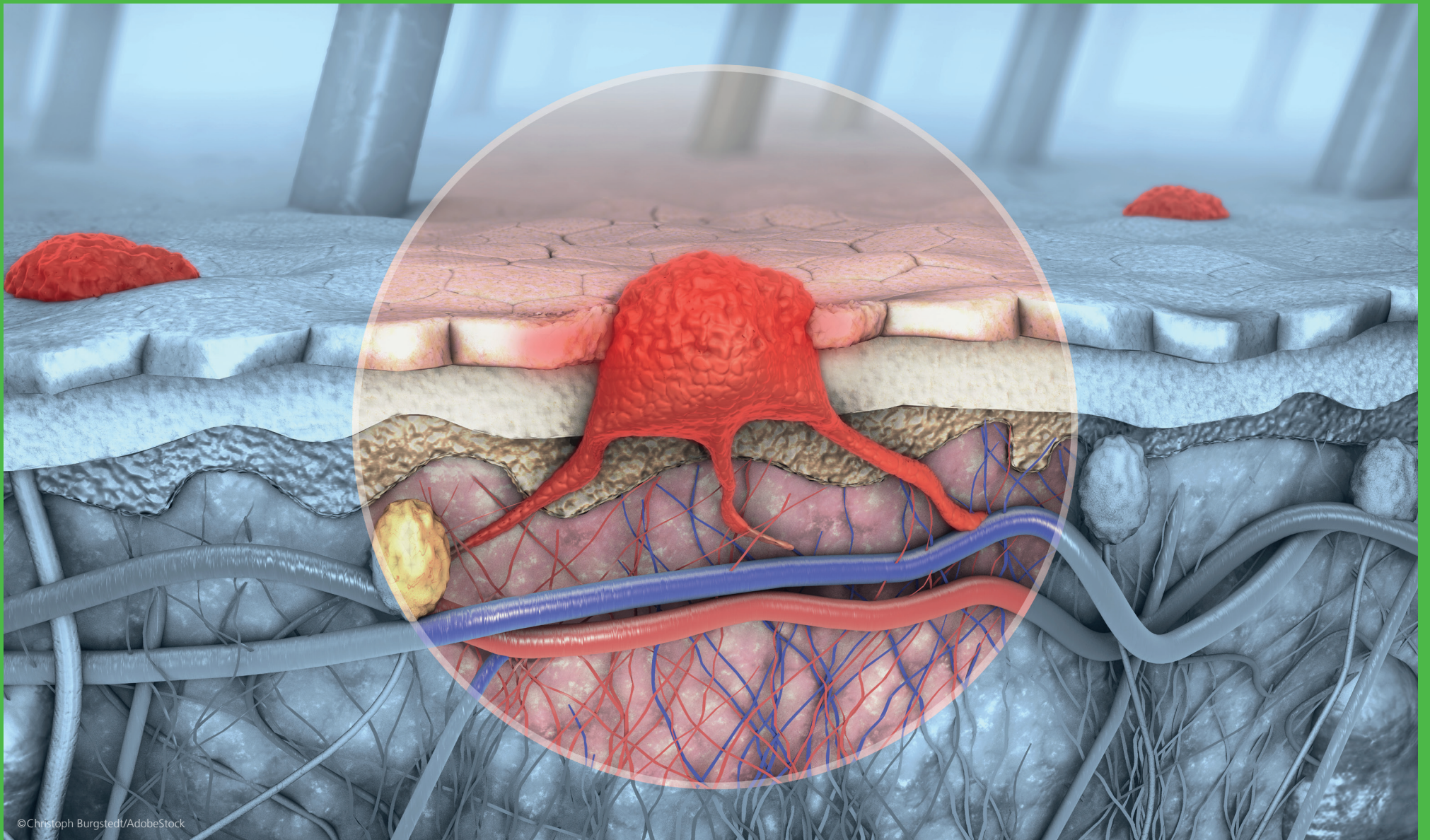


Zeitung für Besucher und Patienten der Uniklinik RWTH Aachen



Die Haut vergisst nie

Hautkrebs ist sehr weit verbreitet, lässt sich jedoch gut vorbeugen und frühzeitig erkennen.

Um es ganz deutlich zu sagen: Die Haut vergisst nie und nichts. Schon gar nicht einen Sonnenbrand. Oberflächlich betrachtet sieht es zwar aus, als hätte sich die Haut nach einem ausgeheilten Sonnenbrand erholt. Aber tief im Innern zeigt sich, dass der Schaden, den die Sonne angerichtet hat, unwiderruflich ist.

Wiederholen sich die Sonnenbrände, dann kumulieren und festigen sich die Schäden in den Hautzellen. Die Folge ist im besten Fall eine vorzeitige Hautalterung – im schlimmsten Fall jedoch Hautkrebs. Vor allem Sonnenbrände in den ersten 20 Lebensjahren erhöhen das Hautkrebsrisiko erheblich.

Umso wichtiger ist es, die Haut im Blick zu halten und eventuelle Veränderungen der Haut früh zu erkennen. „Hautkrebs ist gut heilbar, wenn er rechtzeitig entdeckt wird“, sagt Univ.-Prof Dr. med. Amir Yazdi, Direktor der Klinik für Dermatologie und Allergologie an der Uniklinik RWTH Aachen.

Hautkrebs ist in den meisten Fällen ein krustiger, rötlicher, oft auch blutender Fleck oder Knoten der Haut.

Mehrheitlich handelt es sich um das Basalzellkarzinom (Basaliom) oder das Plattenepithelkarzinom. Diese Arten, die auch als weißer Hautkrebs bezeichnet werden, bilden selten Ableger (Metastasen) und sind gut heilbar. Gefährlicher ist das maligne Melanom, auch schwarzer Hautkrebs genannt, das häufiger metastasiert. Alle Krebsarten werden in der Hautklinik der Uniklinik RWTH Aachen behandelt.

Was bei Diagnose und Behandlung wichtig ist und welche Therapieoptionen es gibt, lesen Sie auf den Seiten 3 und 4.

In den letzten Jahren hat die Anzahl bösartiger Hauttumoren stetig zugenommen. Und das, obwohl das Hauptrisiko, an dieser Krebsart zu erkranken, oft vermieden werden könnte: übermäßige Sonnenbestrahlung. Denn durch UV-Strahlen wird das Erbgut in den Zellkernen der Haut erheblich beschädigt. Kommt die Haut mit der Heilung nicht mehr nach, können sich die angegriffenen Zellen zu Krebs verändern.

Wie man sich am besten vor der Sonne schützen kann und welchen Stellenwert die Vorsorge spielt, erfahren Sie auf Seite 2.



**Klinik für
Dermatologie
und Allergologie**

**Klinikdirektor
Univ.-Prof Dr. med. Amir Yazdi**

Allgemeine Terminvergabe
Tel.: 0241 80-80333
terminvergabe-hautklinik@ukaachen.de

Unsere Spezialsprechstunden im Überblick

- Allergologie
- Ästhetische Dermatologie
- Hauttumoren (Dermatoonkologie)
- Interdisziplinäre Lasersprechstunde
- Psoriasis-Sprechstunde

www.hautklinik.ukaachen.de



02 **Vorsorge
und
Sonnenschutz**



03 **Weißer
Hautkrebs**



04 **Schwarzer
Hautkrebs**

Vorsicht ist besser als Nachsicht

Dank eines regelmäßigen Screenings wird Hautkrebs oft schon in seinen Vorstufen erkannt

Die Zahl der Hautkrebserkrankungen ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Rechtzeitig erkannt, ist Hautkrebs allerdings in den meisten Fällen heilbar. „Daher ist es sehr wichtig, die Haut regelmäßig auf Veränderungen und auffällige Stellen untersuchen zu lassen“, sagt Prof. Dr. med. Albert Rübben, Oberarzt in der Klinik für Dermatologie und Allergologie an der Uniklinik RWTH Aachen. In Deutschland können gesetzlich Krankenversicherte ab dem 35. Lebensjahr ihre Haut alle zwei Jahre auf Hautkrebs untersuchen lassen. Wie Studien belegen, zahlt sich die Teilnahme an diesem Früherkennungsscreening aus: Demnach werden beim Schwarzen Hautkrebs Tumoren vom Hautarzt in einem deutlich früheren Stadium erkannt, als von den Betroffenen selbst.

Um die Heilungschancen zu erhöhen, soll der Hautarzt beim Screening bereits die Vorstufen eines Hautkrebses erkennen und direkt behandeln. „Bei der Untersuchung sucht der Arzt gezielt nach Vorstufen und Frühstadien der drei Hautkrebserkrankungen Basalzellkarzinom, Plattenepithelkarzinom und malignes Melanom“, erklärt Prof. Rübben. Ein Hautkrebs-Screening kann nicht jeder Arzt durchführen. Die Mediziner müssen an einer speziellen Fortbildung teilgenommen und von der Kassenzentralen Vereinigung eine entsprechende Genehmigung erhalten haben. Das Screening selbst dauert ungefähr zehn bis zwanzig Minuten. Nach einem Vorgespräch folgt die Untersuchung des ganzen Körpers, inklusive Kopfhaut, Afterregion und äußere Genitalien. Ebenfalls werden Mundschleimhäute, Lippen und Zahnfleisch untersucht, denn Hautkrebs, besonders der schwarze Hautkrebs, kann überall an der Haut und an Schleimhäuten auftreten, nicht nur an Stellen, die der Sonne ausgesetzt sind.

Meist erkennt der Hautarzt schon mit dem bloßen Auge oder einem Vergrößerungsglas, ob es sich bei Veränderungen um eine Form des Hautkrebses handeln könnte oder nicht. Um sicher zu gehen, muss eine mikroskopische Gewebeuntersuchung stattfinden. In den meisten Fällen werden dafür verdächtige Herde mithilfe einer kleinen Operation in einem Stück entfernt und



das Gewebe anschließend feingeweblich (histologisch) auf etwaige Veränderungen begutachtet. Durch dieses Vorgehen wird gewährleistet, dass ein eventueller Tumor tatsächlich vollständig beseitigt wird. Diagnose und Therapie finden somit in einem Schritt statt. Gelegentlich wird der Hautarzt auch die Entnahme einer Gewebeprobe aus einem verdächtigen Bereich, eine sogenannte Biopsie, empfehlen.

„Neben dem gesetzlichen Screening stellt die Selbstuntersuchung die zweite Säule für die Früherkennung von Hautkrebs dar“, so Prof. Rübben weiter. „Gerade bei weißem Hautkrebs erkennen viele Betroffene die Anzeichen selbst, da er sich oft aus vorhandenen Flecken entwickelt.“ Schwarzer Hautkrebs entwickelt sich hingegen nur in einem Drittel der Fälle aus bereits bestehenden Muttermalen, die sich farblich und in ihrer Größe verändern. Die Mehrheit entsteht aber vollkommen neu auf vorher unveränderter Haut.

Die ABCDE-Regel ...

... hilft, verdächtige Flecken zu entdecken:

- A – Asymmetrie:** Hat der Fleck eine unrunde, asymmetrische Form?
- B – Begrenzung:** Hat der Fleck einen „unscharfen“ Rand?
- C – Colour:** Hat der Fleck eine ungewöhnliche Farbe?
- D – Durchmesser:** Hat der Fleck einen großen Durchmesser?
- E – Erhabenheit / Evolution:** Hebt sich der Fleck aus dem Hautniveau empork?

Je mehr dieser Kriterien vorliegen, desto auffälliger ist die Stelle. Umgekehrt ist ein Muttermal aber nicht zwangsläufig bösartig, wenn alle Punkte erfüllt sind.

In die Sonne niemals ohne ...

... Sonnencreme, Hut und Schirm. Tipps zum Schutz vor Hautkrebs.

Der Sommer ist da! Und mit ihm sonnige Tage mit viel Zeit, die wir draußen in der Natur, im Garten oder Straßencafé genießen können. Doch auch wenn die Sonne lockt, sollte man vorsichtig bleiben. Denn die Anzahl an Hautkrebserkrankungen steigt weiter. Umso wichtiger ist es, sich wirksam vor der schädlichen UV-Strahlung zu schützen, um vor allem dem weißen Hautkrebs vorzubeugen. „Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen steigt mit einer erhöhten UV-Belastung das Risiko, später an Hautkrebs zu erkranken“, weiß Prof. Dr. med. Albert Rübben, Oberarzt in der Klinik für Dermatologie und Allergologie an der Uniklinik RWTH Aachen. „Sonnenbrände in der Kindheit sind ein besonderer Faktor, später im Erwachsenenalter Hautkrebs zu entwickeln.“

Doch selbst wenn kein Sonnenbrand auftritt, wird die Haut beim Aufenthalt in der Sonne oder im Solarium durch UV-Strahlung geschädigt. Daher sollte man stets bereits im Frühjahr seine Haut schützen. „Die Haut ist dann noch im Wintermodus, weshalb bereits kürzere Zeiten in der Sonne ausreichen, um einen Sonnenbrand zu bekommen“, betont Prof. Rübben. „Selbst bei leichter Bewölkung ist die UV-Strahlung da. Daher sollten insbesondere die hellen Hauttypen 1 und 2 am besten jeden Morgen zu einem Produkt mit UV-Schutz greifen, wodurch als positiver Nebeneffekt auch die Zellalterung verlangsamt wird, was Faltenbildung vorbeugt.“

Den besten Schutz bieten Kleidung und eine Kopfbedeckung, zum Beispiel ein Hut mit breiter Krempe. Bei spezieller Sommerkleidung ist der UV-Schutz sogar als Ultraviolet Protection Factor (UPF) angegeben. Unbedingt sollte man auch die Augen schützen: Eine Sonnenbrille beugt Augenschäden durch UV-Licht vor. Zwischen 11 und 15 Uhr sollte die intensive Mittagssonne gemieden werden. Kleinkinder spielen am besten ausschließlich im Schatten. Sie sollten mit dem Lichtschutzfaktor 50 eingecremt werden. Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollte es mindestens Lichtschutzfaktor 20 bis 30 sein. „Bei empfindlicher Haut oder Hautkrebs in der Vorgeschichte, im Hochsommer, im Gebirge und in südlichen Ländern gilt: je höher, desto besser“, sagt Prof. Rübben. „Am Wasser und am Strand muss man durch die entstehenden Reflektionen besonders gut aufpassen, schützende Kleidung tragen und nach dem Baden nachcremen. Einen Sonnenbrand sollte man auf jeden Fall vermeiden!“ Von Solarien rät der Experte ganz ab.

Richtig cremen!

Wichtig bei der Anwendung von Sonnencreme ist, dass die Mittel passend zum Hauttyp ausgesucht werden. Das heißt, je heller der Hauttyp, desto höher der Lichtschutzfaktor (LSF). Dabei ist auf die Angabe der Hersteller zum UV-Filter zu achten: Die kurzwellige UV-B-Strahlung verursacht den sogenannten Sonnenbrand.



Die langwellige UV-A-Strahlung dringt tief in die Haut ein, sie zerstört Gewebe und löst eine vorzeitige Hautalterung aus. Beide Strahlungsarten tragen zur Entstehung von Hautkrebs bei. Der Lichtschutzfaktor von Sonnencremes bezieht sich nur auf den durch UV-B verursachten entsprechenden Grad an Sonnenbrand, aber nicht auf die gesundheitlichen Auswirkungen durch UV-A-Strahlung. Verbraucher sollten bei ihrer Suche nach einem geeigneten Sonnenschutzmittel daher besonders auf das UV-A-Siegel achten. „Sonnencreme sollte in ausreichender Menge verwendet und nach ein paar Stunden nachgcremt werden, um den Schutz aufrechtzuerhalten“, erklärt Prof. Rübben weiter. Ansonsten sollte man auf das Verfallsdatum achten und Sonnencreme rund 30 Minuten vor dem Verlassen des Hauses auftragen. Wer diese Tipps beachtet und zudem regelmäßig zur Hautkrebsvorsorge geht, kann – zumindest mit Blick auf seine Haut – die Sonne unbeschwert genießen.

Weißer Hautkrebs früh bekämpfen

Plattenepithelkarzinom und Basalzellkarzinom werden als weißer Hautkrebs bezeichnet. Rechtzeitig therapiert, sind sie gut heilbar.

Basalzellkarzinom

Das Basalzellkarzinom (Basaliom) ist zwar ein bösartiger, örtlich zerstörender Tumor, metastasiert aber in der Regel nicht. In Mitteleuropa stellt das Basalzellkarzinom den häufigsten bösartigen Tumor dar. In Deutschland beträgt die Neuerkrankungsrate derzeit circa 90 pro 100.000 Einwohner und Jahr. Das Durchschnittsalter liegt bei 60 Jahren, wobei immer öfter auch jüngere Menschen betroffen sind. Die Gründe dafür liegen insbesondere in dem veränderten Freizeitverhalten mit höherer Sonnenexposition.

„Vor allem lichtbelastete Regionen wie Gesichtshaut und Hals sind oft betroffen“, erklärt **Prof. Dr. med. Jens Malte Baron**, Stellvertretender Direktor der Klinik für Dermatologie und Allergologie an der Uniklinik RWTH Aachen. „Neben dem Sonnenlicht spielt auch der Hauttyp und damit die Empfindlichkeit gegenüber Sonnenlicht eine Rolle. So sind Blauäugige oder Rotblonde überdurchschnittlich häufiger betroffen als andere.“

Basalzellkarzinome zeigen sich oft als flach erhabene, umschriebene, gelblich-rötliche Hautveränderungen mit perlschnurartigen Randsaum. Es gibt allerdings auch Varianten, die wie rote Flecken erscheinen (Rumpfhautbasaliome vom oberflächlichen Typ) oder die vernarben (sklerodermiformen Basalzellkarzinome). Fortgeschrittenere Basalzellkarzinome können zu nicht heilenden Defekten führen, die den Patienten oft erstmals zum Hautarzt führen. Durch eine Biopsie in örtlicher Betäubung wird dann eine kleine Hautprobe entnommen, die mikroskopisch untersucht werden kann. „Bei Ausbleiben einer Behandlung kann das Wachstum tieferliegende Strukturen zerstören, was eine Behandlung schlussendlich dann immer schwieriger machen kann“, sagt Prof. Baron.

Diagnostik

Die Diagnose wird in der Regel klinisch gestellt. Die sicherste Diagnosemöglichkeit gewinnt man durch eine Gewebeprobe in örtlicher Betäubung. Mikroskopisch lässt sich die Diagnose eindeutig stellen und eine stadien- und typgerechte Therapie beginnen.

Therapie

„Die operative Therapie mit feingeweblicher Absicherung stellt das Standardvorgehen in der Behandlung von Basalzellkarzinomen dar“, berichtet Prof. Baron weiter. „Eine Vollständigkeit der Tumorentfernung ist dabei von entscheidender Bedeutung, da verbleibende Tumorreste wieder auftreten und weitere Strukturen wie Haut, Knochen und Muskelzellen zerstören können“, so der Experte. Studien haben gezeigt, dass die Rückfallraten bei einer schnittrandkontrollierten Operation geringer sind als bei allen anderen Verfahren. Die Zahl der alternativen Therapiemöglichkeiten ist groß und umfasst bei ausgewählten oberflächlichen Tumoren die Strahlentherapie sowie örtliche Verfahren wie die Lasertherapie, photodynamische Therapie und eine Behandlung mit flüssigem Stickstoff (Kryotherapie). Auch lokale medikamentöse Behandlungen mit Imiquimod und 5-Fluorouracil kommen bei kleinen oberflächlichen Basalzellkarzinomen in Frage. Der Nachteil dieser Verfahren liegt in der fehlenden feingeweblichen Kontrolle des Behandlungsergebnisses und einer höheren Rückfallrate im Vergleich zur Chirurgie.

Beim Basalzellkarzinom verwendet die Hautklinik der Uniklinik RWTH Aachen die Methode der Operation mit 3-D-Histologie bei allen Tumoren im Kopf-Hals-Bereich. Durch dieses Vorgehen kann gesunde Haut geschont werden, wobei sich trotzdem hervorragende Heilungsergebnisse erzielen lassen. Bei Tumoren, die zum ersten Mal behandelt werden, liegen die Heilungsraten bei 99,5 Prozent. Die Heilungsaussicht bei solchen Tumoren, die wieder aufgetreten sind, beträgt immerhin noch circa 96,5 Prozent. „Diese guten Ergebnisse lassen sich mit keiner bisher bekannten Alternativmethode erreichen“, weiß Prof. Baron.

Nachsorge

Bei circa 30 Prozent der Patienten kommt es zu weiteren Basalzellkarzinomen in benachbarten oder anderen lichtexponierten Hautarealen. Daher wird eine klinische Nachkontrolle für mindestens drei Jahre lang einmal jährlich empfohlen. Patienten mit lokal wiederkehrenden oder nicht vollständig entfernten Basalzellkarzinomen oder mit höherem Risiko für weitere neue Tumoren werden individuell engmaschiger nachkontrolliert.

Plattenepithelkarzinom

Auch das Plattenepithelkarzinom der Haut ist ein bösartiger Tumor, der örtlich zerstörend wächst, aber nicht häufig Tochtergeschwülste bildet (Metastasen). Das Plattenepithelkarzinom ist nach dem Basalzellkarzinom der zweithäufigste Hauttumor. Der wichtigste Grund für ein Auftreten ist chronische UV-Belastung über Jahre hinweg insbesondere bei sonnenlichtempfindlichen Personen. Vorstufen sind die sogenannten aktinischen Keratosen. Dies sind raue Stellen, die vermehrt an lichtbelasteter Haut, vor allem an Kopfhaut und im Gesicht entstehen.

„Untersuchungen zeigen, dass wahrscheinlich bei rund fünf Prozent aller aktinischen Keratosen eine Umwandlung in Plattenepithelkarzinome stattfindet. Bei immungeschwächten Patienten, z. B. nach einer Transplantation oder bei Autoimmunerkrankungen, ist das Risiko deutlich höher“, erklärt der Hautexperte Prof. Baron.

Das Durchschnittsalter liegt derzeit bei 70 Jahren. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Eine Metastasierung entwickelt sich fast immer örtlich auf dem Lymphweg, ist insgesamt aber selten und wird vor allem bei großen und dicken Tumoren beobachtet.

Diagnostik

Die Diagnose wird in aller Regel klinisch gestellt und histologisch nach einer Biopsie oder operativen Entfernung bestätigt.

Neben der klinischen Untersuchung des Lymphabstromgebietes ist bei Plattenepithelkarzinomen in einer höheren Tumordicke eine Ausbreitungsdiagnostik in Form einer Ultraschalluntersuchung der örtlichen Lymphknoten zum Ausschluss einer Lymphknotenmetastasierung ratsam. Bei großen Karzinomen ist eine weitere Diagnostik mittels CT oder MRT notwendig.

Therapie

„Die Therapie richtet sich nach der Ausbreitung und Größe des Tumors und nach dem feingeweblichen Typ des Tumors“, sagt Prof. Baron. „Die vollständige operative Entfernung mit einer feingeweblichen Schnittrandkontrolle in 3D-Aufbereitung ist die Therapie der ersten Wahl, sofern diese medizinisch vertretbar und nicht mit erheblichen Beeinträchtigungen verbunden ist.“

Liegt eine Invasion des Tumorgewebes in tiefere Strukturen wie Knorpel, Skelettmuskel oder Knochen vor, müssen unter Umständen aufwändigere Wiederherstellungsmaßnahmen erfolgen. Weitere Behandlungen wie Bestrahlung oder die Operation von Lymphknoten hängen von zahlreichen Einflussfaktoren ab, die im Einzelfall entschieden werden sollten.

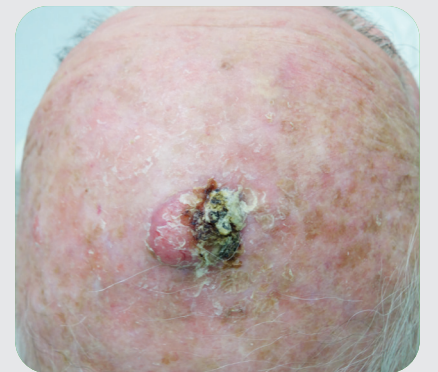
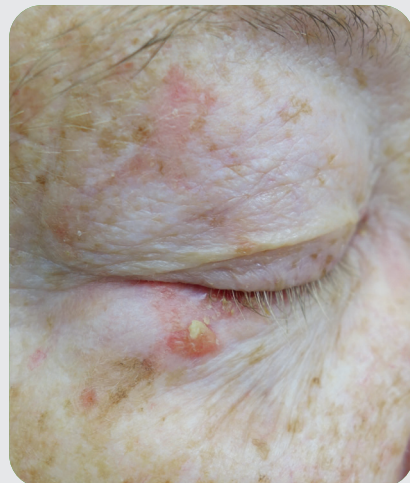
Besonders beim Vorliegen einer flächenhaften Ausbreitung der Vorstufe des Plattenepithelkarzinoms, der aktinischen Keratose, ist auch der Einsatz operativer und zerstörender Verfahren ohne feingewebliche Kontrolle erlaubt. Hierzu gehören die Kürettage, die Behandlung mit flüssigem Stickstoff (Kryotherapie), die photodynamische Therapie, Lasertherapien und die horizontale Exzision. Bei immunsupprimierten Patienten ist besondere Vorsicht geboten, da bei diesen auch unscheinbare Tumoren zu rascher Progredienz und Tiefeninfiltration neigen.

Strahlentherapie

„Die Strahlentherapie stellt bei nicht-operablen Tumoren eine gute Therapiealternative dar“, weiß Prof. Baron. „Die Entscheidung zu einer Strahlentherapie wird dabei in aller Regel interdisziplinär in einer wöchentlich stattfindenden Fallkonferenz zwischen der Strahlenklinik und der Dermatologie in Abhängigkeit von Tumortyp und Patientenverfassung getroffen.“

Nachsorge

Die Nachsorge erfolgt in Anpassung an das Risiko und Stadium. Bei Tumoren mit niedrigem Risiko werden halbjährliche Nachsorgeuntersuchungen bis zum fünften postoperativen Jahr durchgeführt. Die Nachsorgeuntersuchungen sind vorwiegend klinische Untersuchungen zur Beurteilung des örtlichen Befundes. Eine Sonographie der örtlichen Lymphknoten wird bei unklarem oder schwierig zu erhebendem Tastbefund durchgeführt. Bei Tumoren mit hohem Metastasierungsrisiko und Patienten unter Immunsuppression erfolgen die Kontrollen engmaschiger.



Therapie bei schwarzem Hautkrebs

Frühe Therapie entscheidend: 90 Prozent aller Todesfälle bei Hautkrebs verursacht das maligne Melanom.

Das maligne Melanom der Haut, im Volksmund auch „schwarzer Hautkrebs“ genannt, ist eine der bösartigsten Formen von Hautkrebs. Melanome können trotz fehlender Beschwerden und einer relativ geringen Größe bereits frühzeitig Tochtergeschwülste (Metastasen) in Lymphknoten und Organen bilden. Entscheidend für die Prognose ist eine frühzeitige Entfernung des Tumors, die an der Uniklinik RWTH Aachen von Dr. med. Laurenz Schmitt, Oberarzt in der Klinik für Dermatologie und Allergologie, Sektion Operative Dermatologie, vorgenommen wird. Im Interview mit *Visite* steht er Rede und Antwort.

Herr Dr. Schmitt, wie häufig kommt der schwarze Hautkrebs vor?

Dr. Schmitt: Deutschlandweit erkranken jährlich mehr als 21.000 Menschen an einem malignen Melanom, die Tendenz ist steigend. Männer und Frauen sind etwa im gleichen Maße betroffen, wobei unterschiedliche Körperstellen betroffen sind. Bei Männern tritt der schwarze Hautkrebs am häufigsten am Rücken, bei Frauen vor allem an den Unterschenkeln auf. Das Risiko, im Laufe des Lebens ein Melanom zu entwickeln, beträgt in Deutschland etwa 1:500. Besonders oft betroffen sind Personen zwischen 45 und 60 Jahren.

Warum nimmt die Zahl der Erkrankungen zu?

Dr. Schmitt: Experten führen die steigenden Erkrankungszahlen vor allem auf die Veränderung der Freizeitgewohnheiten zurück. Viele Jahre war eine gebräunte Haut angesagt, ein frischer Teint vermittelt einen gesunden Eindruck. Es gab zahlreiche Aufklärungskampagnen, mit denen bereits einige Erfolge erzielt werden konnten, aber das Ziel ist noch nicht erreicht. Vor allem Eltern müssen wissen, dass eine starke UV-Belastung mit wiederkehrenden Sonnenbränden das Risiko drastisch erhöht. In einigen Fällen spielt auch die erbliche Veranlagung eine Rolle. Allerdings werden Melanome heute früher erkannt und therapiert als noch vor 20 Jahren.

Stimmt es, dass Menschen mit vielen Muttermalen leichter ein malignes Melanom entwickeln?

Dr. Schmitt: Ja, das kann man definitiv so sagen. Je mehr Muttermale vorhanden sind, desto größer ist das Melanomrisiko. Statistisch gesehen entwickelt sich jedes vierte bis fünfte Melanom aus einem bereits vorhandenen Leberfleck. Darum spielt die Zahl und das Aussehen der Muttermale am Körper eine große Rolle.

Woran erkenne ich, dass ich schwarzen Hautkrebs habe? Merke ich das als Laie überhaupt?

Dr. Schmitt: Der schwarze Hautkrebs ist tückisch, denn die Patienten haben zum Zeitpunkt der Diagnosestellung meistens gar keine Beschwerden. Manchmal füh-



ren Juckreiz oder eine kleine Blutung aus dem Tumor zu einem Arztbesuch. Maligne Melanome der Haut können sich in ihrem Aussehen sehr voneinander unterscheiden. Meist handelt es sich um dunkle, braune oder schwarze Flecken. Sie können flach, erhaben, also über die Hautoberfläche hinausgehend, oder knotig sein. Eine besonders heimtückische Art ist das sogenannte amelanotische Melanom, das farblos oder rötlich sein kann und daher oft erst spät erkannt wird.

Was passiert, wenn die Diagnose erst sehr spät gestellt wird?

Schmitt: Man muss wissen: Im Verhältnis zur Tumormasse besteht früh ein Risiko zur Metastasierung und damit eine ungünstige Prognose. Das maligne Melanom ist etwa für 90 Prozent der Todesfälle an Hautkrebs verantwortlich. Daher sollte man regelmäßig ein Screening beim Arzt machen.

Wie geht es für die Patienten weiter, wenn Sie die Diagnose „schwarzer Hautkrebs“ gestellt haben?

Dr. Schmitt: Bei gesicherter Melanomdiagnose ist die Therapie meist operativ. In der Regel wird – sofern

möglich – ein sogenannter Sicherheitsabstand zu den Rändern eingehalten. Bei Patienten mit dünnen Melanomen sind ausgedehnte Eingriffe nicht notwendig und der Eingriff kann in örtlicher Betäubung durchgeführt werden. Ab einer bestimmten Tumordicke kann es notwendig werden, einen Wächterlymphknoten zu entnehmen, um beurteilen zu können, ob das Melanom sich bereits in die Lymphbahn ausgebreitet hat. Hier arbeiten wir eng mit der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie der Klinik für Plastische Chirurgie zusammen.

Wann ist eine Strahlen- und/oder Chemotherapie sinnvoll?

Dr. Schmitt: Zur Behandlung primärer maligner Melanome kommt die Strahlentherapie nur dann zum Einsatz, wenn ein operativer Eingriff unmöglich oder nicht sinnvoll ist. Die lokale Tumorkontrolle ist der chirurgischen zwar unterlegen, bringt in diesen Situationen in Einzelfällen aber trotzdem akzeptable Ergebnisse. Vor allem bei örtlichen Lymphknotenmetastasen wenden wir häufig die Strahlentherapie an. Bei Knochenmetastasen kommt manchmal eine lokale Strahlentherapie in Betracht. Die Chemotherapie ist mittlerweile weitgehend durch moderne Immuntherapien sowie zielgerichtete Therapien ersetzt worden. Wir setzen sie daher nur noch in Einzelfällen bei Versagen oder Kontraindikationen gegen die zuvor genannten Therapien ein.

Wie geht es nach der Therapie weiter? Ab wann ist der Patient wieder gesund?

Dr. Schmitt: Der Umfang und die Frequenz der Nachsorgeuntersuchungen orientieren sich ähnlich wie das therapeutische Vorgehen am Tumorstadium. Die Nachsorge ist in den ersten fünf Jahren nach der OP sehr intensiv, da hier 90 Prozent der Metastasen auftreten. Spätmetastasen sind jedoch nicht ungewöhnlich. Daher empfehlen wir generell eine Nachsorge über zehn Jahre. So können wir feststellen, ob der Patient tumorfrei ist oder ob es zu einem Rezidiv kommt. Besonders wichtig ist uns auch die psychosoziale Betreuung unserer Patientinnen und Patienten – schließlich spielt die Psyche eine bedeutsame Rolle beim Genesungsprozess.

Hautkrebsrisiko

R = Rotblonde Haare, helle/blau Augen

I = In der Familie Melanome bekannt

S = Sonnenbrände in der Kindheit

I = Immer nur Rötung auf der Haut

K = Keine Bräunung in der Sonne

O = Obacht bei mehr als 50 Muttermalen

Impressum

Herausgeber: Uniklinik RWTH Aachen **Verantwortlicher:** Dr. Mathias Brandstädter **Redaktion:** Dr. Mathias Brandstädter, Michaela Mütter **Satz und Layout:** Michaela Mütter **Fotos:** Uniklinik RWTH Aachen, Fotolia, **Herstellung und Druck:** Flyeralarm **Anschrift der Redaktion:** Redaktion Uniklinik RWTH Aachen, Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen **E-Mail:** kommunikation@ukaachen.de **Auflage:** Uniklinik*visite* erscheint in einer Auflage von 1.000 Stück.