

1.2. Maligne Tumoren

von <[H. Schöfer](#)>

Inhalt

Einleitung

- 1.2.1 [Präkanzerosen und in situ Karzinome](#) (von T. Forschner und E. Stockfleth)
- 1.2.2 [Maligne epitheliale Tumoren](#) (von T. Brill und R. Kaufmann)
- 1.2.3 [Maligne Melanome](#) (von T. Brill und R. Kaufmann)
- 1.2.4 Kutane Sarkome (noch in Bearbeitung)
- 1.2.5 [Kutane Lymphome](#) (von R. Dummer, A. Cozzio und M. Beyeler)
- 1.2.6 Leukämien (noch in Bearbeitung)
- 1.2.7 [Paraneoplasien](#) (fakultative/obligate) (von K. Schad und A. Cozzio)

Einleitung

Die malignen Hauttumore, insbesondere die epithelialen Basalzellkarzinome (BCC, Basaliome) und Plattenepithelkarzinome (SCC, Spinaliome), sind die häufigsten malignen Erkrankungen des Menschen überhaupt. Allein in Deutschland erkranken jährlich ca. 100.000 Männer und Frauen an Hautkrebs. Inzidenz und Prävalenz dieser Tumoren haben in den letzten drei Jahrzehnten erheblich zugenommen. Dies gilt auch für die kutanen Präkanzerosen der SCC sowie das maligne Melanom. Zahlenmäßig überwiegt das BCC, das etwa doppelt so häufig wie das SCC und zehnfach häufiger als das maligne Melanom auftritt. Unter massiver Immunsuppression, z.B. bei Organtransplantierten, treten Hauttumore um ein Vielfaches häufiger auf und das Verhältnis von BCC zu SCC (2:1) dreht sich um: Die zur Metastasierung neigenden SCC sind bei Immunsupprimierten etwa doppelt so häufig wie das BCC.

Wesentliche Gründe für die Zunahme der Hauttumoren sind:

1. Die durch entsprechendes Freizeitverhalten der Menschen erheblich gestiegene kumulative UV-Belastung der Haut.
2. Langes Überleben Organtransplantiierter und von Menschen mit Autoimmunerkrankungen unter intensiver iatrogenen Immunsuppression.
3. Langes Überleben der erworbenen Immunschwäche bei HIV-Infektion durch den effizienten Einsatz der antiretroviralen Kombinationstherapie.
4. Erhebliche Verlängerung der allgemeinen Lebenserwartung: Maligne Hauttumore nehmen im hohen Alter aufgrund nachlassender Leistungsfähigkeit des Immunsystems deutlich zu.

Letztlich führen wohl all diese Einflüsse zum Versagen der Reparaturmechanismen der DNA, die lebenslang ständiger Beschädigung z.B. durch freie Sauerstoffradikale ausgesetzt ist. Mit dem Verlust der Kontrollmechanismen kommt es zum ungehemmten Wachstum autonomer Tumorzellen und je nach beteiligtem Zelltyp auch zur lymphogenen und hämatogenen Metastasierung. Da dem BCC die Fähigkeit zur Metastasierung (mit sehr seltenen Ausnahmen) fehlt, gilt es als prognostisch günstigster maligner Hauttumor, obwohl es lokal grenzenlos destruierend wachsen kann. SCC neigen im fortgeschrittenen Stadium zur Metastasierung, während maligne Melanome schon in frühen Tumorstadien metastasieren können.

Malignität : BCC < SCC < MM

In der Laienpresse haben sich im letzten Jahrzehnt, v.a. im Zusammenhang mit Aufklärungsaktionen zur Intensivierung der Hautkrebsprophylaxe, die Begriffe „weißer Hautkrebs“ für BCC und SCC, sowie „schwarzer Hautkrebs“ für das maligne Melanom durchgesetzt. In der Fachliteratur grenzt man die epithelialen Tumoren häufig als nicht-melanozytäre Hauttumoren vom malignen Melanom ab.

Mit der Einführung des „Hautkrebscreening“ als kassenärztliche Leistung wurde 2008 die erhebliche Bedeutung dieser Tumoren und die schon lange von Hautärzten erbrachte Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs und dessen Vorstufen allgemein anerkannt. Neben der kompletten Inspektion der Haut und der einsehbaren Schleimhäute gehört auch eine Beratung bezüglich der Rolle des UV-Lichtes (Stichwort Lichtschutz) und der onkogenen Viren (vor allem HPV im Genitoanalbereich) zur Hautkrebsprophylaxe.

Unter den kutanen Sarkomen spielt das Dermatofibrosarcoma protuberans, als weit aus häufigster Tumor, eine herausragende Rolle. Es ist für seine hohe Rezidivfreudigkeit bekannt und wird deshalb mit hohem Sicherheitsabstand exzidiert und engmaschig nachkontrolliert. Das Kaposi-Sarkom, das in den frühen 80ziger Jahren bei jedem 4. AIDS-Patienten diagnostiziert wurde, ist durch die effiziente antiretrovirale HIV-Therapie um ca. 90% zurückgegangen. Es wird jedoch weiterhin bei unbehandelten HIV-Infizierten, Transplantatempfängern u.a. Patienten unter iatrogenen Immunsuppression sowie in Einzelfällen als klassisches oder endemisches Kaposi-Sarkom gesehen.

Auch die malignen Systemerkrankungen des Immunsystems können zu Hauttumoren führen. Je nach beteiligter Zellart werden v.a. T- und B-Zelllymphome unterschieden. Diese Lymphome können primär in der Haut entstehen und sich nach längerem Bestand auf den restlichen Körper ausbreiten oder als systemische nodale oder extranodale lymphoproliferative Erkrankungen sekundär auch in der Haut ausbreiten.

Treten bei den verschiedenen Formen der Leukämien kutane Infiltrate auf, so stellt sich häufig die Frage, ob es sich um arzneimittelbedingte Reaktionen, Zeichen der krankheitsbedingten Immundefizienz oder um spezifische (leukämische) Hautinfiltrate handelt.

Das Kapitel Hauttumoren wird abgeschlossen durch einen wichtigen Beitrag zur Erkennung maligner Organ- oder Systemerkrankungen, die sich schon früh im Krankheitsverlauf durch z.T. sehr spezifische Hautreaktionen zu erkennen geben können. Die Kenntnis paraneoplastischer Hautsymptome kann für einen Tumorpatienten von großer, unter Umständen lebensrettender Bedeutung sein. Schon der Verdacht auf eine Paraneoplasie sollte eine gezielte Tumorsuche nach sich ziehen, zumal einige Paraneoplasien mit hoher Wahrscheinlichkeit spezifischen Tumoren zuzuordnen sind. Charakteristischerweise bilden sich Paraneoplasien nach einer erfolgreichen Tumorsanierung zurück. Ihr späteres Wiederauftreten kann das erste Symptom eines Tumorrezidivs oder einer einsetzenden Metastasierung sein.

Aktuelle wissenschaftliche Literatur:

Siehe Literaturverzeichnisse der einzelnen DNO-Kapitel! (1.2.1 – 1.2.7)

Weitere Informationsquellen zum Thema Hautkrebs im Internet

www.hautkrebsstiftung.de Deutsche Hautkrebsstiftung, Frankfurt/M

www.ado-homepage.de Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie - ADO

www.krebshilfe.de Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (Deutsche Dermatologische Gesellschaft)
www.awmf-leitlinien.de Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und der deutschen Krebsgesellschaft im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
www.dkfz-heidelberg.de Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg (Arbeitsgruppe der DDG und der Deutschen Krebsgesellschaft)
www.deutsche-krebsgesellschaft.de Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Bücher zum Thema Hautkrebs und Hautkrebsprävention:

Altmeyer Peter; Reich Stefanie (2006) Hautkrebs - Ein oft unterschätztes Risiko
Risikofaktoren, Diagnostik, Therapie und Prognose, Kohlhammer, 3-17-018620-5, ISBN-13:
9783170186200

BGIA-Report 3/2006: Eignung von Sonnenschutzmitteln zur Hautkrebsprävention
Online; Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 3-88383-702-4
ISBN-13: 9783883837024

Garbe Claus (2006): Management des Melanoms, Diagnosestellung - Therapie - Nachsorge
Springer Berlin; 3-540-28987-9, ISBN-13: 9783540289876

Kaufmann Roland, Garbe Claus, Dummer Reinhard (Hrsg.) (1997) Dermatologische Onkologie,
Springer, Berlin, ISBN-10: 3-540-61933-X, ISBN-13:978-3-540-61933-8

Reinhold Uwe; Breitbart Eckhard (Hrsg.) (2006) Hautkrebsprävention, Früherkennung und Vor-
beugung, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 3-89993-754-6, ISBN-13: 9783899937541

Stockfleth Eggert (2007) Hautkrebs - ein Leitfaden für die Praxis UNI-MED, 3-89599-207-0,
ISBN-13: 9783895992070

Zurück zum Inhaltsverzeichnis: [DNO](#)

© BBS-Verlag Wiesbaden