

Führt Screening zur Prävention?

Beim **Hautkrebs**?

Basaliom



Melanom

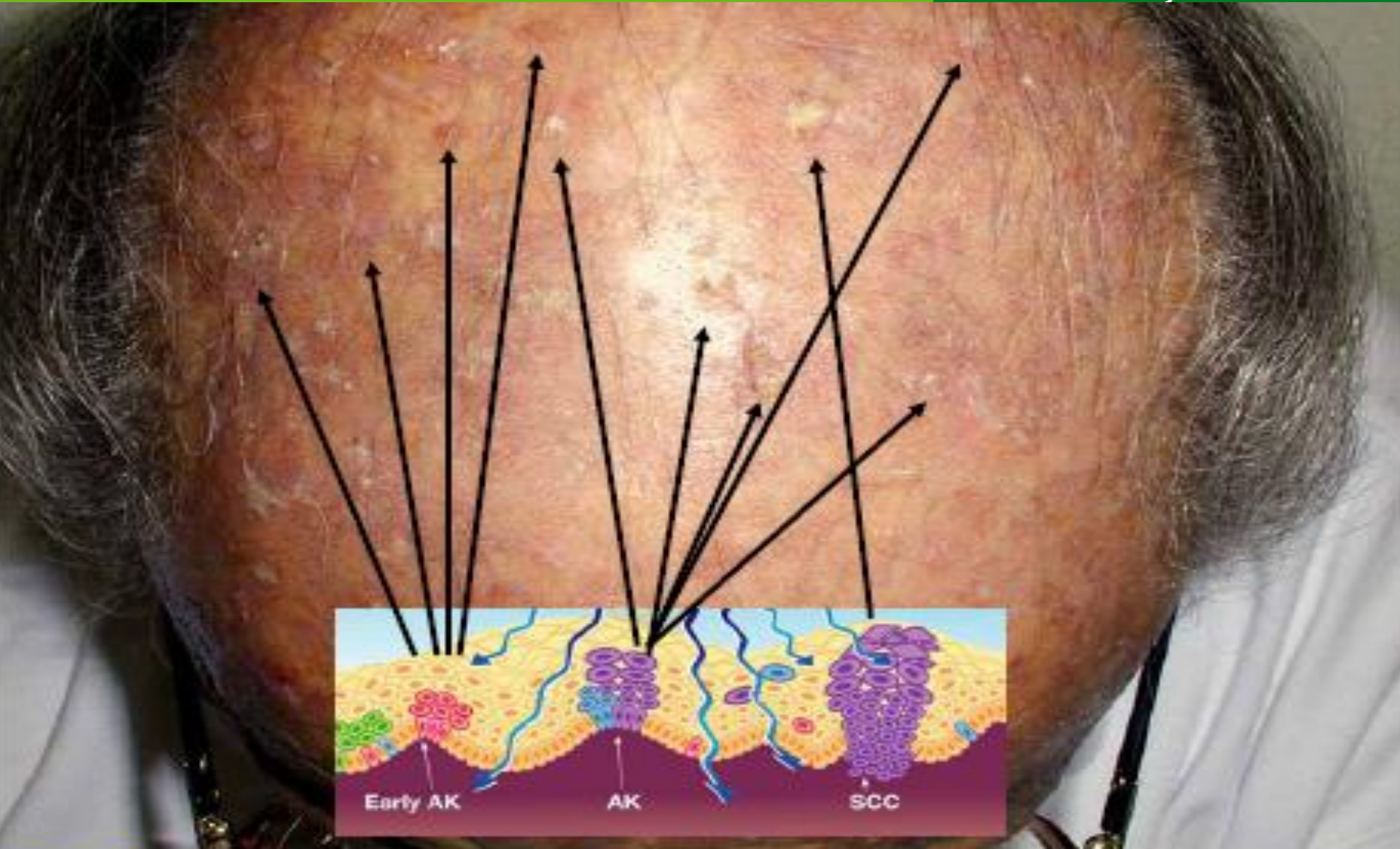


W. Aberer, Univ.-Hautklinik Graz

aktinische Keratosen – Plattenepithelkarzinom



Medical University of Graz



multiple Nävi – Melanom ?



Medical University of Graz

- ▶▶ Screening ja
- ▶▶ Aber wer?
- ▶▶ Und wie?
- ▶▶ Und wie oft?



sensibilisieren ...



Medical University of Graz

- ▶▶ bevor es zu spät ist:
 - ▶ Selbstbeobachtung
 - ▶ Umgebung
 - ▶ Ärzteschaft
 - ▶ Experten



- ▶▶ Primäre Prävention:
 - ▶ individuelle Verhaltensweise
 - ▶ Verhaltensweisen zur Risikominderung
 - ▶ Vermeidung starker Sonnenexposition
- ▶▶ Sekundäre Prävention:
 - ▶ Früherkennung, Screening

S3-Leitlinie Prävention von Hautkrebs

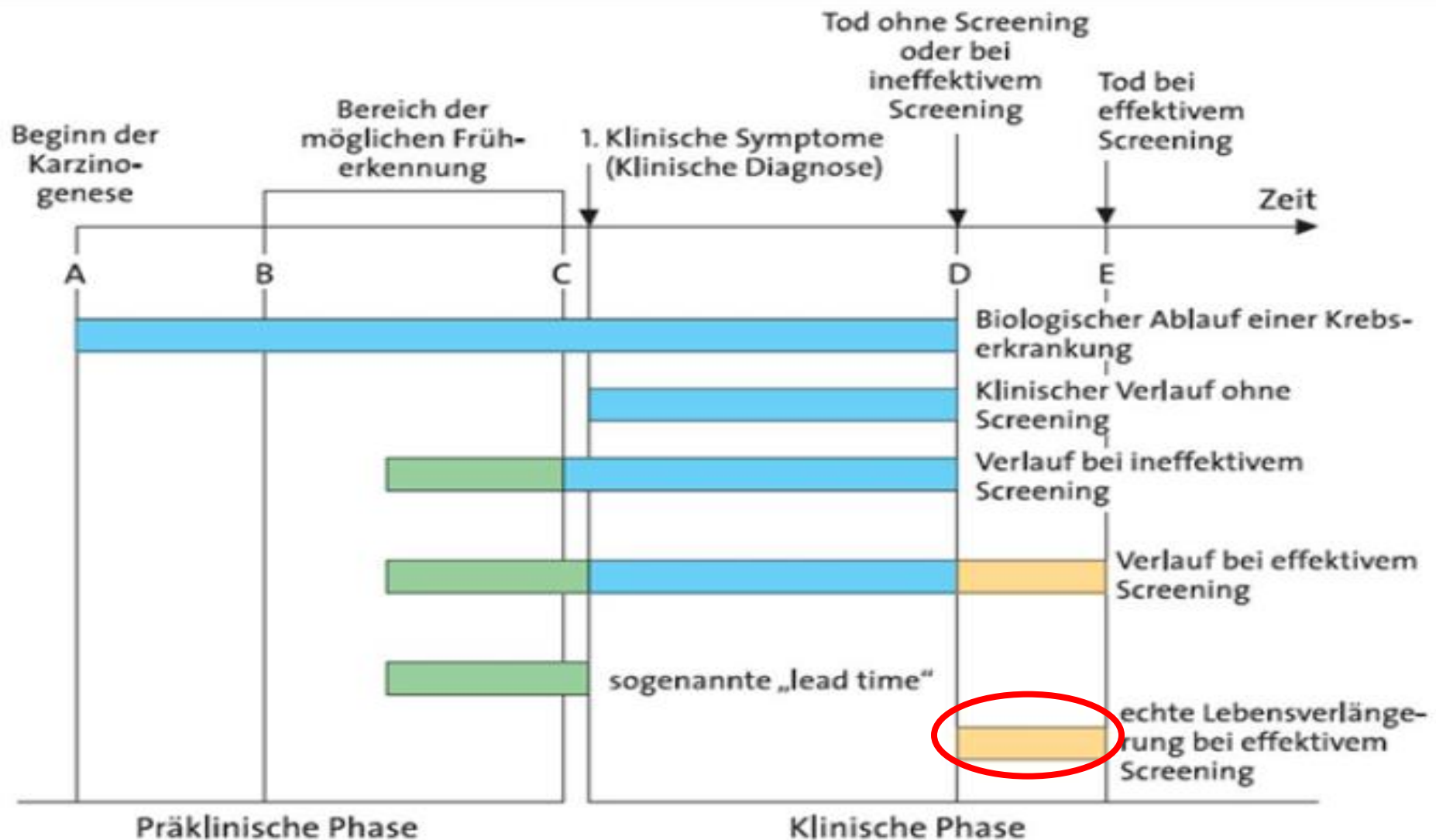
Version 1.1 – April 2014
AWMF-Registernummer: 032/052OL

Leitlinie (Langversion)

Ablauf einer Krebserkrankung



Medical University of Graz



5.1.2. **Maßnahmen zur Hautkrebsfrüherkennung**

5.1. Evidenzbasiertes Statement

Level of Evidence 2++	Es wurde gezeigt, dass ein populationsbezogenes Screening mit den Zielerkrankungen malignes Melanom (MM), Basalzellkarzinom (BZK) sowie Plattenepithelkarzinom (PEK), in welchem eine standardisierte Untersuchung der Haut am gesamten Körper von geschulten Ärzten durchgeführt wird, zu einem Anstieg der Detektionsrate von Tumoren in einem frühen Stadium führt.
	Primärstudien: [188, 189]
	Konsensstärke: 100 %

5.2. Evidenzbasiertes Statement

Level of Evidence 2++	Ein Hautkrebs-Screening der breiten erwachsenen Bevölkerung führt zu einer anfänglichen Zunahme der Inzidenz von Hautkrebs (Prävalenzphase des Screenings) und zu einem Anstieg der Detektionsrate von Hautkrebs in einem frühen Stadium. Dieses Ergebnis könnte Auswirkungen auf die Morbidität von MM, BZK und PEK haben.
---------------------------------	---

5.3. Evidenzbasiertes Statement

Level of Evidence 2+	Eine Studie deutet darauf hin, dass ein populationsbezogenes Hautkrebs-Screening die Mortalität von Melanomen senken könnte.
--------------------------------	--

... dennoch nicht umgesetzt ...



Medical University of Graz

- ▶▶ Studienlage zur Effektivität nicht restlos überzeugend.
- ▶▶ Offene Fragen:
 - ▶ Potentielle Schäden, wie unnötige Biopsien, negative psychologische Effekte und Überdiagnostik
 - ▶ Kosten-Effektivitätsanalysen
 - ▶ Risikogruppen vs. Allgemeinbevölkerung
 - ▶ ...
- ▶▶ Aufwand, Ausbildung, Überdiagnostik

5.1.3. Durchführung eines Hautkrebs-Screenings

5.4.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad B	Im Rahmen der Prävention von Hautkrebs sollte ein Hautkrebs-Screening angeboten werden.
Level of Evidence 2+	Primärstudien: [188]
	Konsensstärke: 82 %

5.5.

Sondervotum der DEGAM

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) bewertet die Evidenz für den Nutzen eines generellen Hautkrebs-Screenings als unzureichend. Im Einzelfall kann eine Früherkennung auf Hautkrebs nach ausgewogener Aufklärung über Vor- und Nachteile durchgeführt werden.

5.6.

Evidenzbasierte Empfehlung

Empfehlungsgrad

A

Die standardisierte Ganzkörperinspektion der Haut soll von Ärzten für das Screening von malignen Hauttumoren durchgeführt werden.
Voraussetzung hierfür ist die Teilnahme an einer speziellen Fortbildung zur Früherkennung von Hautkrebs.

Level of Evidence

2++

Primärstudien: [188, 189]

Konsensstärke: 93 %

5.7.

Konsensbasierte Empfehlung**EK**

Zu Untersuchungsintervallen für Personen ohne erhöhtes Risiko kann zurzeit, aufgrund der Evidenzlage, keine Aussage getroffen werden.

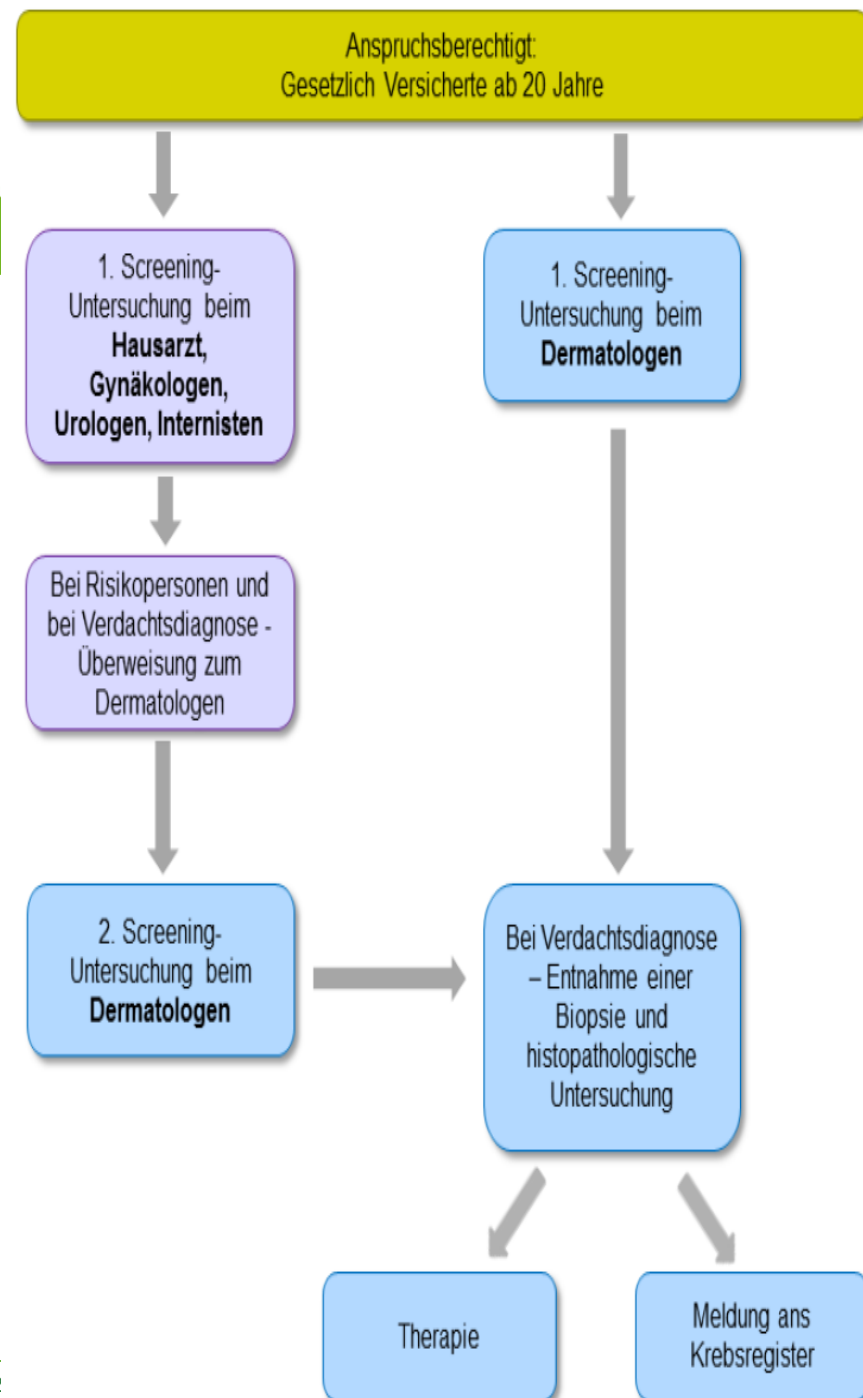
Konsensstärke: 100 %

Nach den Screening-Kriterien von Wilson und Jungner (1968) soll ein Screening auf Krebserkrankungen folgende Punkte abdecken [368]:

1. Die Zielerkrankung sollte ein wichtiges Gesundheitsproblem sein,
2. Der natürliche Verlauf der Erkrankung sollte hinreichend verstanden sein,
3. Ein erkennbares Frühstadium sollte vorhanden sein,
4. Die Behandlung sollte im Frühstadium wirksamer als im Spätstadium sein,
5. Ein wirksamer Test zur Erkennung von Frühstadien sollte vorhanden sein,
6. Der Test sollte akzeptabel sein,
7. Die Untersuchungsintervalle sollten bekannt sein/festgelegt sein,
8. Angemessene Ausstattung des Gesundheitswesens, um den aus dem Screening entstehenden Mehraufwand zu decken,
9. Sowohl die körperlichen als auch die psychischen Risiken sollten geringer als der Nutzen sein,
10. Die Kosten sollten in einem ausgewogenen Verhältnis zum Nutzen stehen.

Datenlage recht positiv, aber ...

- ▶ Standardisierte Ganzkörperuntersuchung aufwändig
- ▶ Derzeit keine Gatekeeper definiert
- ▶ In der Gesamtbevölkerung somit nicht durchführbar.
- ▶ Hauptgrund:
 - ▶ Evidenz zur Wirksamkeit der Screening-Ansätze hinsichtlich einer Mortalitätsreduktion schwach!





5.10.

Konsensbasierte Empfehlung

EK

Risikopersonen (siehe Kapitel 3.4) sollen so geschult werden, dass diese eine Selbstuntersuchung der Haut durchführen können, um auffällige Hautläsionen zu identifizieren.

Risikopersonen sollen über ihr individuelles Risiko informiert und regelmäßig (in einer individuell festzulegenden Frequenz) von einem geschulten Arzt mittels einer Ganzkörperinspektion der Haut untersucht werden.

Konsensstärke: 96 %

Hautfototypen* nach Fitzpatrick

I		Haut hell, Sommersprossen Haare rötlich	Keltischer Typ (2%)	Nur Sonnenbrand	Keine Bräunung	5–10'
II		Haut etwas dunkler, Haare blond bis braun	Hellhäutiger Europäer (12%)	Immer Sonnenbrand	Leichte Bräunung	10–20'
III		Haut hell bis hell- braun, Haare dunkelblond, braun	Dunkelhäutiger Europäer (78%)	Seltener Sonnenbrand	Mittlere Bräunung	20–30'
IV		Haut hellbraun bis oliv, Haare dunkelbraun	Mediterraner Europäer (8%)	Kaum Sonnenbrand	Tiefe Bräunung	40–60'
V		Haut tiefbraun Haare dunkel	Mittelöstlicher Typ, Inder Indianer	Sehr selten Sonnenbrand	Schnelle, tiefe Bräunung	
VI		Haut sehr dunkel Haare schwarz	Schwarz- Afrikaner	Nie Sonnenbrand	Immer braun	



Erworbene Risikofaktoren:

Nicht-melanozytärer Hautkrebs (NMSC)

Die wichtigen erworbenen Risikofaktoren für NMSC (BZK und PEK) sind:

- a) Aktinische Keratose,
- b) Nicht-melanozytärer Hautkrebs in der Vorgeschichte,
- c) Immunsuppression,
- d) Röntgenkombinationsschaden.

Erworbene Risikofaktoren:

Malignes Melanom (MM)

Die wichtigen erworbenen Risikofaktoren für das MM sind:

- a) Melanom in der Vorgeschichte,
- b) Melanom in der Familienanamnese.
- c) Anzahl erworbener Nävi,
- d) klinisch atypische Pigmentmale.

Negative Folgen eines Hautkrebs-Screenings bestehen in Exzisionen mit gutartiger Histologie (falsch-positive Tests).

Die in Studien beschriebene Number-Needed-to-Excise reicht hierbei von 3,25 bis 179, d.h. zwischen 3,25 und 179 Exzisionen sind nötig, um einen malignen Hauttumor histologisch zu bestätigen.

5.13.**Konsensbasierte Empfehlung****EK**

Mit Ausnahme der falsch-positiven Tests gibt es bisher wenig Evidenz zu potentiellen Risiken und negativen Folgen eines Hautkrebs-Screenings. Mögliche negative Folgen sind Überdiagnosen, Übertherapie, negative psychologische Folgen sowie mögliche Diagnoseverzögerung in Folge von falsch-negativen Tests.

Diese potentiellen Risiken und negativen Folgen des Hautkrebs-Screenings sollten durch angemessene Ärztetrainings- und -schulungsmaßnahmen so weit wie möglich reduziert werden. Ärzte sollten potentielle Risiken und negative Folgen vor dem Screening mit ihren Patienten besprechen.



- Dermatoskopie,
- Hinzunahme von Algorithmen,
- Fotografie,
- Teledermatologie,
- Spektralphotometrie,
- Nah-Infrarot-Spektroskopie,
- konfokale Laserscanningmikroskopie,
- Multiphotonenlasertomographie,
- optische Kohärenztomographie,
- elektrische Impedanzspektroskopie,
- hochfrequente Sonographie.

wer kann's, wer ist der Beste?



Medical University of Graz

5.19.

Evidenzbasiertes Statement

Level of Evidence

2++

Laut einer systematischen Übersichtsarbeit reichen die vorliegenden Studiendaten nicht aus, um Aussagen über statistisch signifikante Unterschiede zwischen Dermatologen und ärztlichen Primärversorgern bzgl. der Treffsicherheit bei der Einordnung von melanomverdächtigen Läsionen zu treffen.

Bei der diagnostischen Genauigkeit lag die Sensitivität von Dermatologen bei 0,81-1,0 und von ärztlichen Primärversorgern bei 0,42-1,00. Bei der Biopsie bzw. Überweisungstreffsicherheit lag die Sensitivität bei 0,82-1,0 (Dermatologen) und 0,70-0,88 (ärztliche Primärversorger).

5.43.

Konsensbasierte Empfehlung

EK

Jeder histopathologische Befund (vgl. Qualitätssicherungsvereinbarung) soll eine Beschreibung des mikroskopischen Befundes mit Formulierung einer Diagnose beinhalten. Der Tumortyp soll nach WHO und das histologische Staging nach gültiger TNM-Klassifikation (UICC) angegeben werden.

Konsensstärke: 100 %

5.48.

Konsensbasierte Empfehlung

EK

Der Zeitraum zwischen den Maßnahmen zur Diagnosesicherung und der Mitteilung der Diagnose soll so kurz wie möglich gehalten werden.

Ausschluss Hautkrebs: dem Patienten soll der histologische Ausschluss von Hautkrebs mitgeteilt werden. Zudem sollen dem Patienten seine individuellen Risikofaktoren erläutert und er soll zu primärpräventivem Verhalten und zur Selbstbeobachtung motiviert werden. Der Patient soll darüber informiert werden, dass er sich bei Unsicherheiten hinsichtlich des selbst erhobenen Hautbefundes jederzeit erneut beim Arzt vorstellen kann.

Bestätigung Hautkrebs: Der Befund Hautkrebs soll dem Patienten detailliert mit Diagnose und Grading in einem persönlichen (face-to-face) Gespräch mitgeteilt werden. Die nach dem momentanen Stand der Wissenschaft bestehenden diagnostischen und therapeutischen Schritte sollen dem Patienten in mehreren Sitzungen in verständlicher Weise übermittelt werden.

Konsensstärke: 100 %

Wer soll's machen?



Medical University of Graz

5.49.

Konsensbasierte Empfehlung

EK

Ein Hautkrebs-Screening soll nur von approbierten Ärzten durchgeführt werden, die eine mehrstündige, anerkannte Fortbildung zur Durchführung eines Hautkrebs-Screenings erfolgreich absolviert haben.

Konsensstärke: 100 %

5.52.

Konsensbasierte Empfehlung

EK

Ein Fortbildungsangebot zu einem Hautkrebs-Screening für Ärzte oder andere Health Professionals (medizinische Fachangestellte, Pflegeberufe, andere Fachberufe des Gesundheitswesens) soll Wissen und Methoden auf theoretischer und praktischer Ebene vermitteln. Dazu sollen folgende Inhalte in einem Curriculum berücksichtigt werden:

- Epidemiologie Hautkrebs (MM, NMSC),
- Ätiologie, Risikofaktoren und -gruppen,
- Krankheitsbilder (MM, NMSC),
- Definition Prävention (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention),
- Krebsfrüherkennung als Screeningmaßnahme,
- Gesetzliche Rahmenbedingungen,
- Nutzen und Schaden von Früherkennungsmaßnahmen/Screeningprogrammen,
- Kriterien zur Beurteilung von Früherkennungsmaßnahmen,
- Kenngrößen eines Screeningtests,
- Hautkrebs-Screening,
- Maßnahmen zur Ansprache von potentiellen Teilnehmern,
- Anforderungen an die Beratung hinsichtlich der Informierten Entscheidung im Kontext eines Hautkrebs-Screening,
- Screeningtest: standardisierte Ganzkörperuntersuchung,
- gezielte Anamnese,
- Befundmitteilung und Beratung,
- Qualitätssicherung Pathologie (histopathologische Differenzialdiagnosen),
- Qualitätsanforderung Histopathologie,
- Histopathologische Abbildungen,

- Qualitätssicherung Pathologie (histopathologische Differenzialdiagnosen),
- Qualitätsanforderung Histopathologie,
- Histopathologische Abbildungen,
- der histopathologische Bericht (Vollständigkeit, Bedeutung der Inhalte),
- Überweisung,
- Dokumentation,
- Abrechnung,
- Meldung an die Krebsregister,
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit,
- Grundlagen der Kommunikation,
- Kommunikation zwischen Hausarzt und Dermatologe, Dermatologe und Pathologe, Arzt und Patienten,
- Kommunikationswerkzeuge zur ärztlichen Gesprächsführung.

Konsensstärke: 92 %

6.1.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	Die Aufklärung über die Hautkrebsfrüherkennung soll sich an den Empfehlungen des Nationalen Krebsplans zur „Informierten Entscheidung“ orientieren, um den potentiell zu Screenenden zu befähigen, sich für oder gegen die Teilnahme an der Untersuchung zu entscheiden.
	Konsensstärke: 75 %
6.2.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	Strategien und Maßnahmen, deren Ziel es ist, die Bevölkerung mit Präventionsbotschaften zu erreichen und zu einer „Informierten Entscheidung“ für oder gegen die Teilnahme am Hautkrebs-Screening zu befähigen, sollen auf die verschiedenen Zielgruppen zugeschnitten sein.
	Konsensstärke: 96 %
6.3.	Evidenzbasiertes Statement
Level of Evidence 1++	Die Informierung der erwachsenen Bevölkerung im sozialen Setting kann zur Förderung des Krebsbewusstseins beitragen.

Hautalterung und Hautkrebs

Macht uns die Sonne alt und krank?

1. Hautkrebs ist der häufigste bösartige Tumor bei hellhäutigen Menschen
2. Die Häufigkeit steigt seit einigen Jahrzehnten dramatisch an
3. Das betrifft alle häufigen Hauttumore:
aktinische Keratose,
Basalzellkarzinom,
Plattenepithelkarzinom, malignes
Melanom, Merkelzellkarzinom



Führt Screening zur Prävention?

Beim **Hautkrebs**?

Risikobewusstsein steigern

Augen auf!

gezielte Diagnostik,

nicht breites Screening

