



Aktinischen Keratosen

Basalzellkarzinom

Morbus Bowen

Was ist PDT?

Nach der Behandlung

Anleitung Photodynamische Therapie Metvix[®]

Photodynamische Therapie bei

- Aktinischen Keratosen
- Basalzellkarzinom
- Morbus Bowen

metvix
methyl aminolevulinat

Precisely Directed Treatment

Aktinische Keratosen

■ Wie heisst meine Hauterkrankung, was bedeutet diese Bezeichnung und wie ist diese Erkrankung entstanden?

Ihre Hauterkrankung heisst aktinische Keratose oder auch solare Keratose. «Keratose» bedeutet soviel wie «Verhornungsstörung». Sie können diese Abweichung von der normalen Hautverhornung als Verdickung und als Unregelmässigkeit der Hornschicht Ihrer Haut direkt fühlen. Das Wort «aktinisch» und das Wort «solar» weisen beide auf die wichtigste Ursache der Entstehung dieser Erkrankung hin, nämlich die Sonnenstrahlung: «Solar» heisst «von der Sonne» und «aktinisch» heisst «durch Strahlung hervorgerufen». Man bekommt die aktinischen Keratosen, meist sind es mehrere, nämlich nur an Körperstellen, die über lange Zeit der Sonne ausgesetzt waren. Ein bestimmter Teil des Sonnenlichts, das ultraviolette Licht im mittleren Energiebereich (man nennt es UVB-Licht), ist die Hauptursache für die Entstehung dieser Hautveränderungen. Durch oft jahrelange Einwirkung von Sonnenstrahlen auf bestimmte Zellen in der obersten Schicht der Haut kommt es zu bleibenden Veränderungen in der normalen Aktivität dieser Zellen. Ihre Funktion gerät in gewisser Weise ausser Kontrolle; sie bilden diese «Keratosen».

■ Handelt es sich bereits um Hautkrebs?

Früher sprach man bei der aktinischen Keratose von einer «Präkanzerose», einem «Vorkrebs». Heute jedoch wird die aktinische Keratose von den Spezialisten als ein Hautkrebs im Frühstadium – ein so genanntes «Carcinoma in situ» – angesehen. Aktinische Keratosen müssen sich nicht zwangsläufig zu einem fortgeschrittenen Hautkrebs weiterentwickeln. Sie können über lange Jahre so bleiben, wie sie jetzt sind, sie können sich sogar von selbst wieder zurückbilden, sie können auch mehr



Photo: Redondo, Spain

oder weniger schnell grösser werden. Aber mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit können sie sich eben auch zu einem «ausgewachsenen» Hautkrebs – in diesem Fall dem Spinaliom, auch spinozelluläres Karzinom oder Plattenepithelkarzinom genannt – weiterentwickeln. Das Spinaliom ist der zweithäufigste Hautkrebs und durchaus gefährlich. Die auf die Lebenszeit eines Menschen bezogene Wahrscheinlichkeit für einen Übergang der aktinischen Keratose in ein Spinaliom beträgt etwa 20%.

■ Muss man aktinische Keratosen behandeln?

Ja. Fachleute raten dringend dazu. Früher war man der Meinung, man müsse diese nicht unbedingt behandeln, wenn sie den Patienten nicht stören. Bei 80% der aktinischen Keratosen «passiert ja weiter nichts». Man wartete gegebenenfalls ab, bis sich ein Hautkrebs entwickelt hatte und behandelte dann diesen, meist durch eine Operation. Heute sind die Fachleute der Meinung, dass man die aktinischen Keratosen unbedingt behandeln, das heisst entfernen sollte. Die Therapie ist relativ einfach, sicher und wirkungsvoll.

Basalzellkarzinom

■ Wie heisst meine Hauterkrankung, was bedeutet diese Bezeichnung und wie ist diese Erkrankung entstanden?

Ihre Hauterkrankung heisst Basalzellkarzinom, man sagt auch Basalzellkrebs oder auch Basaliom. Bestimmte Zellen, die zu den unteren, «basalen» Schichten Ihrer Haut gehören, haben sich krankhaft verändert. Sie sind gewissermassen «ausser Kontrolle geraten». Man kann eine oder mehrere Veränderungen am Kopf, aber auch am Rumpf oder an den Armen und Beinen bekommen. Jedoch nur in Regionen, in denen es auch Haarwurzeln gibt. Verschiedene Ursachen kommen in Frage, vor allem aber starke Sonneneinstrahlung über viele Jahre spielt eine wichtige Rolle. Die Veränderungen müssen aber nicht unbedingt genau an den Stellen auftreten, die von der Sonne bestrahlt worden sind. Es gibt verschiedene Typen, die nach dem Ort des Auftretens, nach der Form, Ausdehnung und Dicke unterschieden werden. Ihr Typ, bei dem Ihr Dermatologe zur Entfernung die Photodynamische Therapie (PDT) anwenden will, ist «superfiziell» (flach, oberflächlich wachsend).



■ Handelt es sich um Hautkrebs?

Ja. Man nennt Ihre Erkrankung auch Basalzellkrebs. Es ist der häufigste Hautkrebs überhaupt. Nur ganz ausserordentlich selten und in fortgeschrittenem Stadium, mit einer Wahrscheinlichkeit von deutlich unter 1%, werden so genannte Metastasen (Ableger) gebildet. Das Basalzellkarzinom hat aber eine andere sehr unangenehme Eigenschaft: Es kann sehr stark und auch relativ schnell wachsen und dabei das umliegende Gewebe, nicht nur die Haut, extrem stark zerstören. Es kann zu regelrechten Entstellungen kommen. Glücklicherweise ist er bei weitem nicht so gefährlich wie der «schwarze Krebs», auch Melanom genannt, welcher in einem bestimmten Zustand lebensbedrohlich sein kann.

■ Muss man Basalzellkarzinome behandeln?

Ja. Man darf nicht warten; das Basalzellkarzinom muss behandelt, d.h. entfernt werden.

Morbus Bowen

■ Wie heisst meine Hauterkrankung, was bedeutet diese Bezeichnung und wie ist diese Erkrankung entstanden?

Die Hautärzte bezeichnen Ihre Hauterkrankung mit dem Namen Morbus Bowen, man kürzt manchmal ab und schreibt einfach: M. Bowen. Obwohl diese Erkrankung keineswegs selten ist, gibt es leider keine gebräuchliche deutsche Bezeichnung dafür. «Morbus» ist ein lateinisches Wort und heisst «Krankheit» oder «Leiden» und «Bowen» ist der Name eines amerikanischen Dermatologen (John Templeton Bowen, Boston, 1857–1940), der diese Erkrankung im Jahr 1912 zum ersten Mal beschrieben hat. Auf Deutsch würde man also «Bowen's Krankheit» sagen. Bowen wusste allerdings noch nicht genau, um was es sich dabei handelte, er beschrieb «a new kind of dyskeratosis restricted to the epidermis» (eine neue Art von Verhornungsstörung der Oberhaut). Manchmal nennt man die Erkrankung deshalb auch noch Dyskeratosis maligna. In dieser Bezeichnung steckt das Wort «Dyskeratosis» = Verhornungsstörung und das Wort «maligna» = bösartig. Mit «bösartig» will man andeuten, dass sich der Morbus Bowen, wenn man ihn als Frühform eines Hautkrebses nicht behandelt, recht gefährlich weiterentwickeln kann.

Der Morbus Bowen kann in Sonderformen auch im Bereich von Schleimhäuten oder von so genannten «Übergangsepithelien» (Übergang zwischen normaler Körperhaut und Schleimhaut, etwa im Anal- oder Genitalbereich) vorkommen; dann nennt man ihn Erythroplasie Queyrat. «Erythro-» heisst rot und mit «-plasie» bezeichnet man eine Gewebsvermehrung, Queyrat ist, wie Bowen, wieder ein Name, diesmal der eines französischen Dermatologen, der diese besondere Form des M. Bowen erstmals beschrieben hat (Louis Auguste Queyrat, Paris,



Photo: Redondo, Spain

1872–1933). Queyrat wusste aber nicht, dass er eigentlich das gleiche gesehen und beschrieben hatte wie Bowen, nur an einer anderen Körperstelle. So kam es, dass man lange Zeit dachte, es seien zwei ganz verschiedene Hautkrankheiten und auch heute noch benutzen die Ärzte beide Namen. Wenn diese Art von M. Bowen im Bereich der weiblichen Scham auftritt, nennen ihn die Gynäkologen meistens VIN (Vaginale intraepitheliale Neoplasie), man spricht auch von der «mukokutanen Variante» (= Schleimhautvariante) M. Bowen.

■ Handelt es sich um Hautkrebs?

Ja. Der Morbus Bowen ist eine frühe Form des hellen Hautkrebses, die unbehandelt in eine ziemlich aggressive Hautkrebs-Form, in ein Spinaliom («Stachelzellkrebs») übergehen kann. Manchmal liest man auch das Wort Präkanzerose (= «Vor-Krebs»); diese Bezeichnung ist aber eigentlich zu verharmlosend, weil man daraus schliessen könnte, es sei noch kein «richtiger» Krebs und man bräuchte erst einmal abzuwarten «was wohl daraus wird». Abwarten aber sollte man keineswegs, denn der Morbus Bowen bildet sich nicht von selbst zurück, sondern er geht mit einer recht hohen Wahrscheinlichkeit irgendwann in ein invasives (tiefer wachsendes) Spinaliom über. Für derartige frühe Krebs-Formen gibt es eine sehr gute Bezeichnung, die genau beschreibt, worum es dabei geht: Die Mediziner sagen «Carcinoma in situ». Das ist wieder lateinisch und heisst «Krebs am Ort».

Man muss sich vorstellen, dass sich beim Morbus Bowen bereits viele Zellen unserer dünnen Oberhaut (Epidermis) in Krebszellen verwandelt haben, sich dann geteilt haben und in der Fläche (nicht in der Tiefe!) weiter gewachsen sind. Sie sind aber noch «am Ort», also genau dort, wo sie entstanden sind. Noch haben sich keine Metastasen gebildet (d.h. Krebszellen haben sich nicht abgesondert), es sind noch keine anderen Teile der Haut ausser der Oberhaut befallen und vor allem sind noch keine anderen Organe mit betroffen.

Die Morbus Bowen-Stellen in der Oberhaut kann man in der Regel recht gut mit dem blossen Auge sehen: Es sind rötliche oder rötlich-braune, meist trockene, schuppene Flecken. Wichtig ist, dass ein erfahrener Dermatologe die Diagnose stellt; meist wird er auch noch eine kleine Gewebeprobe entnehmen, um eine histologische (mikroskopische, feingewebliche) Untersuchung in Auftrag zu geben; es besteht nämlich eine ziemlich grosse Gefahr, den M. Bowen mit einer Psoriasis (Schuppenflechte) oder mit einem Ekzem zu verwechseln. Anders als die mit dem M. Bowen verwandten Aktinischen Keratosen, die nur an Körperstellen auftreten können, die dem Sonnenlicht ausgesetzt sind, kann der Morbus Bowen auch an unbelichteten Körperstellen auftreten. Man kann also, wiederum anders als bei den Aktinischen Keratosen, nicht das Sonnenlicht als (alleinigen) Auslöser verantwortlich machen. Für den M. Bowen kommen neben der Sonne eine ganze Reihe von Auslösefaktoren in Frage: Chemikalien (Arsen, polyzyklische Kohlenwasserstoffe wie Benzol u.ä., Benzin, Teer, Russ, ...), «Genussmittel» wie Alkohol und Nikotin und vieles mehr. Seit neuester Zeit hat man erkannt, dass sehr oft auch bestimmte Viren beteiligt sind. Wohlgermerkt: Der M. Bowen ist nicht etwa eine Infektionskrankheit, die man sich zuzieht, wenn

man sich mit diesen Viren angesteckt; hat man aber diese Viren in sich, so fördern sie wahrscheinlich sehr stark die Ausbildung dieses «Carcinoma in situ».

■ Muss man Morbus Bowen behandeln?

Ja. Der Morbus Bowen muss behandelt werden, weil er sich nie oder nur ganz selten von allein zurückbildet, vor allem aber, weil er sich mit einer recht grossen Wahrscheinlichkeit irgendwann in ein tiefer wachsendes Spinaliom (= Spinalzellkrebs, Stachelzellkrebs) verwandelt.

Ein tiefer wachsendes Spinaliom ist ein recht aggressiver Hautkrebs, der in weitere Hautschichten vordringt und der ausserdem die Neigung hat, Metastasen zu bilden. Metastasen sind etwas ziemlich Bösartiges: Es handelt sich um Absiedelungen von einzelnen Krebszellen oder Zellnestern, die durch den Blut- oder Lymphstrom im Körper herumgetragen werden und sich dann in anderen Organen festsetzen können: Sie tragen gewissermassen den Krebs weiter. Im vorangegangenen Kapitel haben wir den Begriff «Carcinoma in situ» kennen gelernt. In der Tatsache, dass der M. Bowen eine frühe Krebsform ist, die sich noch «in situ» befindet, also noch genau an der Stelle wo die Krebszellen entstanden sind, kann man ableiten, dass er sehr gut und sehr erfolgreich behandelt werden kann! Mit modernen Methoden, zu denen die Photodynamische Therapie gehört, gelingt es heute, den M. Bowen erfolgreich zu entfernen und damit seine Umwandlung in ein gefährliches Spinaliom zu verhindern. Manchmal sind mehrere aufeinander folgende Behandlungen nötig. Solche aufeinander folgende Behandlungen, falls sie nötig sind, lassen sich gerade mit der PDT sehr gut und problemlos durchführen.

Die Photodynamische Therapie

■ Mir wurde zu einer Photodynamischen Therapie (PDT) geraten. Was ist das?

Die PDT ist eine moderne Methode, die Ihre Hautveränderung gewissermassen mit den eigenen Waffen schlägt. Man macht die betroffenen Hautzellen mittels einer Creme zunächst extrem empfindlich für ein bestimmtes Licht, belichtet sie danach mit genau diesem Licht und zerstört sie dadurch. Binnen weniger Tage und Wochen werden sie abgestossen und durch gesunde, frische Zellen, die durch Teilung aus benachbarten Hautzellen entstehen, ersetzt. Die umliegende gesunde Haut bleibt dabei weitestgehend unbeeinträchtigt.

■ Wie wird diese PDT an mir durchgeführt?

Für den Ablauf der Behandlung gibt es zwei Möglichkeiten, für die sich Ihr Arzt je nach der Art Ihres Befundes entscheidet: Entweder werden gleich von Anfang an zwei Behandlungssitzungen geplant und im Abstand von 7-14 Tagen terminiert (gilt für Morbus Bowen und Basalzellkarzinom), oder es wird zunächst nur eine Behandlungssitzung durchgeführt und Ihr Arzt wird Sie in ca. 3 Monaten wieder einbestellen, um den Verlauf der Heilung zu begutachten (gilt für aktinische Keratosen). Wenn dann schon vollständige Heilung eingetreten ist, ist die Behandlung damit für Sie abgeschlossen. Falls noch Reste der aktinischen Keratose festgestellt werden, wird er dann eine zweite Behandlungssitzung durchführen.

- Zunächst entfernt Ihr Dermatologe mit einem bestimmten Instrument das entstandene überschüssige Horn- oder Geschwulstmaterial. Das kann etwas schmerzen, auch leicht bluten. Um Schmerzen zu lindern, können die betroffenen Stellen leicht betäubt werden. Auftretende Blutungen werden vor dem Weiterfahren ebenfalls gestillt.



- Danach wird eine Creme auf die Läsionen und 1 cm über die erkennbaren Ränder hinaus aufgetragen. Diese Creme heisst Metvix® und enthält den Wirkstoff Methylaminolevulinat (MAL). MAL wird selektiv von den krankhaft veränderten Hautzellen aufgenommen und verwandelt sich dort in einen Stoff, der Protoporphyrin IX (PP9) heisst. Dieses PP9 macht die Zellen extrem empfindlich für rotes Licht.
- Danach werden die eingecremten Stellen mit einer Abdeckfolie bedeckt und wenn Sie während der Einwirkzeit nach draussen gehen wollen, zusätzlich noch mit einem geeigneten Lichtschutz. Die optimale Einwirkzeit für MAL beträgt 3 Stunden. Während dieser Zeit können Sie im Wartezimmer Platz nehmen oder auch etwas erledigen. Die Stellen müssen allerdings vor Licht, Sonne und auch vor sehr kalter Luft geschützt werden. Während dieser Zeit spüren Sie in der Regel nichts, manchmal ein ganz leichtes Kribbeln oder Zwickeln.
- Nach diesen 3 Stunden wischt der Dermatologe die überschüssige Creme mit einem Tuch ab und wäscht eventuell noch etwas nach. Dann belichtet er die Stelle(n) mit einer bestimmten Lampe mit sehr starkem rotem Kaltlicht. Die benötigte Belichtungsdauer beträgt etwa 8 bis 12 Minuten. Durch diese Vorgehensweise werden die krankhaft veränderten Hautzellen selektiv zerstört. Nach 7 bis 14 Tagen wiederholt Ihr Dermatologe die komplette Behandlungssitzung noch einmal.



■ Spüre ich etwas davon?

Ja. Bei den meisten Patienten entsteht bei der Belichtung ein Missempfinden, bei vielen auch ein leichter Schmerz, bei manchen kann der Schmerz auch relativ stark werden. Bitte teilen Sie dem Arzt auftretende Schmerzen mit. Er kann durch Kühlung oder andere Massnahmen oder auch dadurch, dass die Belichtung unterbrochen wird, Linderung schaffen. Denken Sie aber daran, dass es sich hierbei um einen «guten Schmerz» handelt: Das krankhaft veränderte Gewebe wird zerstört!

■ Was geschieht danach weiter?

Nach der Behandlung setzt der Prozess der Abstossung der zerstörten Zellen und des Ersetzens durch gesunde Zellen ein. In der Regel wird sich Ihr Dermatologe das Ergebnis nach ca. 3 Wochen ansehen und mit Ihnen besprechen.

Sie können natürlich auch jederzeit vorher einen Termin vereinbaren.

■ Gibt es auch andere Therapiemöglichkeiten und warum raten Sie mir gerade zur PDT?

Es gibt auch andere Möglichkeiten: Operation, Kältechirurgie, d.h. Vereisung mit extrem niedrigen Temperaturen, äusserlich anzuwendende Cremes mit so genannten «Chemotherapeutika» oder so genannten «Immunmodulatoren», in manchen Fällen kann auch ein LASER eingesetzt werden. Die genannten Cremes

müssen über mehrere Wochen angewendet werden. Die Operation und die Kältechirurgie können Narben und bleibende Dunkel- oder Hellverfärbungen der behandelten Haut hinterlassen. In Ihrem Fall sehen wir den besonderen Vorteil der PDT in der hohen «Selektivität» (d.h. gesunde Haut wird geschont) und vor allem in dem zu erwartenden sehr guten kosmetischen Ergebnis. Ausserdem werden durch diese Methode neben den sichtbaren auch die schon vorhandenen, aber noch nicht sichtbaren, bösartig veränderten Zellen mitbehandelt.

■ Ist die Methode denn schon genügend erprobt?

Ja. Europaweit sind klinische Studien durchgeführt worden. Das verwendete Medikament Metvix® ist von Swissmedic für diese Behandlung nach intensiver Prüfung zugelassen worden. Ihr Dermatologe hat an speziellen Fortbildungen zur PDT teilgenommen.

Nach der Behandlung

■ Mögliche Nebenwirkungen

Die folgenden Symptome können, müssen aber nicht auftreten. Wenn Sie den Eindruck haben, dass Ihre Reaktionen zu stark sind, melden Sie sich bitte umgehend bei Ihrem Dermatologen.

- Ein gewisses Kribbeln, Brennen oder auch Schmerzen können bis zu 24 Stunden nach der Behandlung anhalten. Die Schmerzen können möglicherweise etwas stärker werden.
- Der Abstossungsprozess der krankhaften Zellen und der anschliessende Heilungsprozess können zu Rötungen führen. In der Regel verschwinden diese nach 1-2 Wochen.
- Schuppung und Krustenbildung können ebenfalls während ca. 2-5 Tage auftreten.
- In seltenen Fällen kann es zu kleinen, mit gelblicher Flüssigkeit gefüllten Bläschen und Pusteln kommen.
- Nach der Behandlung können Schwellungen auftreten und einige Tage andauern. Diese können für einige Stunden recht stark sein. Wenn die Behandlung an der Stirn stattgefunden hat, können diese rings um die Augen auftreten.

■ Was kann diese Nebenwirkungen lindern?

Linderung schafft das Aufsprühen von kaltem Wasser (oder Thermalwasserspray) oder das Auflegen einer Kältepackung. Schmerztabletten (z.B. Paracetamol, Ibuprofen oder Acetylsalicylsäure) reduzieren das Schmerzempfinden. Beim Auftreten störender Bläschen oder Pusteln können Sie ein vom Arzt empfohlenes Produkt auf die betroffenen Areale auftragen.

■ Verhalten in der Sonne

- Bis 24 Stunden nach der Behandlung sollten Sie direktes Sonnenlicht meiden.
- Bis die Haut komplett geheilt ist, können sich Farbveränderungen (so genannte Hypo- bzw. Hyperpigmentierung) bilden.

■ Was können Sie dagegen tun?

Die behandelten Areale sollten während den nächsten 3 Monaten keinem direkten Sonnenlicht ausgesetzt werden. Schützen Sie sich mit entsprechender Kleidung und tragen Sie eine Kopfbedeckung mit breiter Krempe. Sobald die behandelten Stellen nicht mehr nässend oder wund aussehen, verwenden Sie regelmässig ein Sonnenschutzmittel mit einem Lichtschutzfaktor von 50+. Tragen Sie dieses idealerweise 30 min bevor Sie ins Freie gehen auf.

■ Verwendung von Cremes, Salben und Reinigungsmittel

- Verwenden Sie in den nächsten 24 Stunden für die behandelten Hautareale keine Cremes oder Salben, es sei denn, der Arzt hat Ihnen ein Präparat verordnet oder empfohlen.
- Sie können die behandelten Hautpartien 24 Stunden nach der Belichtung wieder vorsichtig waschen und rasieren.

■ Was können wir Ihnen zur Reinigung empfehlen?

Bewährt haben sich dermatologisch getestete milde Waschsindets für empfindliche und geschädigte Haut.

GALDERMA SA
Postfach 492
6330 Cham
info.ch@galderma.com

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology



www.galderma.ch