

Dermatologie für Zahnärzte

Die Rolle des Zahnarztes bei der Früherkennung von Hautveränderungen

Ein Beitrag von Dr. med. Marc A. Hüntem, Starnberg

Noch vor 30 Jahren bestand die Aufgabe der Medizin darin, Erkrankten zu helfen. Die Patienten stellten sich aufgrund von Beschwerden vor und Ärzte aller Fachgruppen, also auch die Zahnärzte, bemühten sich um Symptomlinderung und Heilung. Langzeitfolgen wie etwa durch falsche Ernährung, übermäßige Sonnenbestrahlung oder durch Rauchen wurden erst nach und nach bekannt.

Die Veränderung der Alterspyramide (Abb. 1) und die daraus folgende Kostenproblematik sowie die Kenntnisse über die Zusammenhänge von Lebensstil und Erkrankung forderten von Politikern wie Medizinern Konzepte, die geeignet waren, die Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung zu reduzieren. Ein gutes Beispiel ist die erfolgreiche Kariesprophylaxe bei Kindern durch fluoridhaltige Zahnpasten in Kombination mit einer in Schulen vermittelten konsequenten Zahnpflege. Während 1980 Zehntklässler im Durchschnitt sieben kariöse Zähne hatten, sind es heute nur noch 0,7. Statistiken belegen, dass es aber auch eine andere Seite gibt: „Die aktuellen Zahlen des Robert Koch-Instituts zeigen, dass

im Jahr 2010 mehr als 477 000 Menschen in Deutschland neu an Krebs erkrankten. Die Zahl der Krebsneuerkrankungen hat zwischen 2000 und 2010 bei Frauen um 14 und bei Männern um 21 Prozent zugenommen. Dieser Anstieg ist im Wesentlichen auf den demografischen Wandel in Deutschland zurückzuführen. Mehr als 218 000 Menschen starben im Jahr 2010 an den Folgen ihrer Krebserkrankung“ (www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html). Dennoch wurden nur wenige effiziente Vorsorgeinstrumente akzeptiert und finanziert (Tab. 1 und 2).

Vorsorgeuntersuchungen

Nach den U-Untersuchungen der Kinder bis zum siebten Lebensjahr und der J1- und J2-Untersuchung der Jugendlichen, die bereits sehr viel schlechter angenommen werden, folgen für Frauen jährliche gynäkologische Vorsorgeangebote. Auch im Rahmen von Schwangerschaften werden Frauen engmaschig betreut. Für Männer ergeht aber erst mit 35 Jahren der Aufruf, sich einem Gesundheitscheck und einem Hautkrebsscreening zu unterziehen. Zwar bieten gesetzliche Krankenkassen immer wieder Tests zur Früherkennung von Krankheiten an und belohnen ihre Mitglieder auch durch Beitragsvergünstigungen oder Rückzahlungen. Das Belohnungssystem ist jedoch für die durchführenden Mediziner unübersichtlich, unzureichend und teilweise auch nicht vorhanden. Letztendlich geht es den gesetzlichen Krankenkassen meist um Analysen des Morbiditätsrisikos ihrer Versicherten.

Eine Studie des Robert Koch-Instituts an mehr als 26 000 über 35-jährigen gesetzlich Versicherten in Deutschland konnte zeigen, dass rund 50 Prozent der Männer und Frauen den Gesundheitscheck in den letzten zwei Jahren vor der Befragung wahrgenommen hatten. Diese Rate war aber bei Versicherten mit niedrigerem Sozialstatus deutlich schlechter. Die Teilnahme war auch abhängig vom Alter. Während in der Altersgruppe 35 bis 45 Jahre nur knapp 33 Prozent teilnahmen, waren es in der Altersgruppe 55 und älter mehr als 60 Prozent. Patienten konsultieren ihre Ärzte in unterschiedlicher Häufigkeit, die Zahnmediziner hingegen sehen

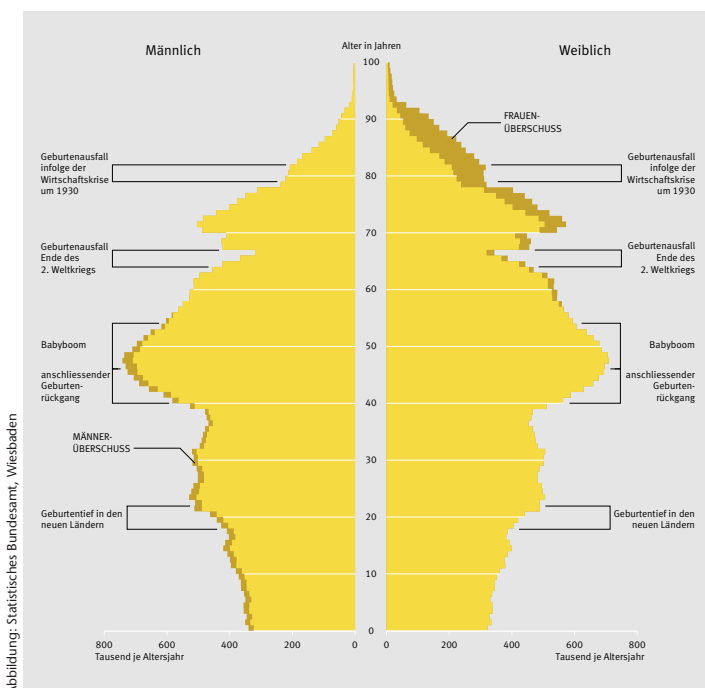


Abb. 1: Altersaufbau in Deutschland (Stand: 31.12.2011)

Quelle: Tab. 1 und 2: Fortbildungsprogramm Hautkrebscreening, Deutscher Ärzte-Verlag, 2008

	Anspruchsberechtigte		Intervall	Berechtigte Leistungserbringer
	m/w	Alter, ab		
Krebsfrüherkennung Frauen	w	20	Jährlich	Gynäkologen sowie hierfür berechnete Hausärzte
Krebsfrüherkennung Männer	m	45	Jährlich	Urologen, Dermatologen, Hausärzte (Internisten, Allgemeinärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, praktische Ärzte), Chirurgen
Gesundheitsuntersuchung (GU, Check-up 35)	m/w	35	Alle 2 Jahre	Hausärzte (Internisten, Allgemeinärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, praktische Ärzte)
Hautkrebs-screening	m/w	35	Alle 2 Jahre	Dermatologen und Hausärzte (Internisten, Allgemeinärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, praktische Ärzte)
Mammografie	w	nur von 50 – 69	Alle 2 Jahre	Radiologen/Mammazentren
Darmkrebsfrüherkennung: Papierstreifentest	m/w	50	Von 50 – 54 Jahren jährlich Ab 55 Jahren Koloskopie (s.u.) oder Papierstreifentest, diesen dann nur noch alle 2 Jahre	Alle auch sonst an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Ärzte
Darmkrebsfrüherkennung: Koloskopie	m/w	55	2 Koloskopien zur Früherkennung: • Die erste Koloskopie ab 55 Jahren • Die zweite frühestens 10 Jahre nach Durchführung der ersten	Internisten mit Fachkunde „Sigmoido-Koloskopie in der Inneren Medizin“ oder mit Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologe“ sowie Chirurgen mit Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien und koloskopischen Polypektomien

Tab. 1: Überblick über die derzeitigen gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen, nach Anspruchsalter aufgelistet (Stand: 1.1.2008)

	Anspruchsberechtigte		Intervall	Berechtigte Leistungserbringer
	m/w	Alter		
Beratung Zervixkarzinom	w	20	Einmalig	Gynäkologen sowie hierfür berechnete Hausärzte
Beratung Brustkrebs	w	50 – 70	Einmalig	Gynäkologen, Hausärzte (Internisten, Allgemeinärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, praktische Ärzte)
Beratung Darmkrebs	m/w	55	Einmalig	Alle zur Darmkrebsfrüherkennung (Papierstreifentest bzw. Koloskopie) berechtigten Ärzte

Tab. 2: Überblick über die seit 1.1.2008 verpflichtenden Beratungen zu Früherkennungsuntersuchungen für gesetzlich Versicherte

einen Großteil der Bevölkerung in ihren Praxen, auch wenn keine Beschwerden vorliegen. So liegt es aus Sicht des Autors nahe, die Zahnärzteschaft zum Helfer in der Präventions- und Früherkennungsmedizin fortzubilden, was der folgende Artikel partiell leisten möchte.

Bedeutung der malignen Hautveränderungen

Bereits 2002 zeigte das Schleswig-Holsteinische Krebsregister, dass das maligne Melanom und andere nichtmelanozytäre Hautkrebsarten die höchste Rate an Neuerkrankungen aller Krebsarten aufwiesen. 2008 wurde aufgrund dieser auch für ganz Deutschland beobachtbaren Entwicklung (Abb. 2) ein Hautkrebscreening entwickelt. Es wurde bis heute von rund 33 Prozent der circa 45 Millionen Berechtigten angenommen. Unter www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/f/frueherkennung.html sind die anerkannten und finanzierten Früherkennungs-, Check-up- und sonstigen Präventionsleistungen wie etwa Impfungen zusammengestellt. Ärzte aller

Fachgruppen, also auch Zahnärzte, können durch aufmerksame Beobachtung zahlreiche Krankheiten der Haut und Symptome anderer Krankheiten, die sich über die Haut zeigen, erkennen, zuordnen und einer Therapie zuleiten.

Eine recht inhomogene Gruppe maligner Hautveränderungen, die dem malignen Melanom gegenübergestellt wird, ist die Gruppe der nichtmelanozytären Hautkrebsarten. Die Lehrbücher sind voll mit Bildern der unterschiedlichsten Hautveränderungen, deren histologische Bestimmung zwar ihre Zuordnung erlaubt, der Laie aber durch reines Hinschauen erkennen soll. Gerade die Vielfalt macht es so schwer und lässt Betroffene die wahre Gefahr einer Hautveränderung oft unterschätzen. Gemeinsam ist allen Hautveränderungen die Assoziation zur kumulativen UV-Strahlungsmenge. Wahrnehmen, Ansprechen und Hinterfragen genügen, um die Abklärung einer Veränderung auf den Weg zu bringen.

Aktinische Keratose

Die aktinische Keratose (Abb. 3) gilt als chronische, nicht heilbare Hautveränderung, die zu den In-situ-Karzinomen zählt und in 6 bis 16 Prozent der Fälle in ein Plattenepithelkarzinom übergeht (Abb. 4). Hauptrisikofaktoren sind die Lebenszeit-UV-Belastung und ein heller Hauttyp. Auch Transplantatempfänger sind Risikopatienten. Ein neues Verständnis für die Krankheit hat den Weg für „Field-directed Treatments“ geebnet. Photodynamische Therapien zerstören gezielt die Tumorzellen. Besonders effektiv gelingt dies in Kombination mit Exter-

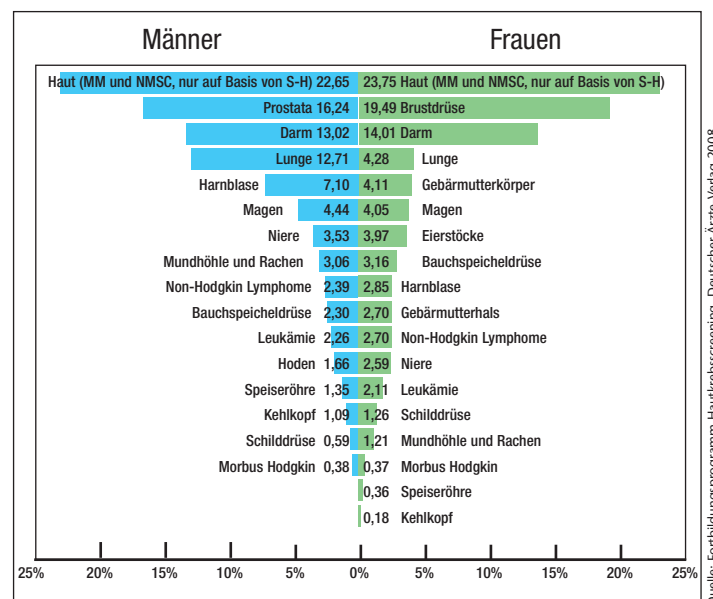


Abb. 2: Prozentualer Anteil an der geschätzten Zahl der Krebsneuerkrankungen in Deutschland (260 149 Männer und 246 351 Frauen)

Quelle: Fortbildungsprogramm Hautkrebscreening, Deutscher Ärzte-Verlag 2008



Abb. 3: Aktinische Keratose (AK)



Abb. 4: Spinozelluläres Karzinom (Plattenepithelkarzinom)



Abb. 5: Morbus Bowen



Abb. 6: Malignes Melanom

nas, welche die Permeation eines Precursors (Aminolaevulinsäure) in die Epidermis fördern.

Ein weiterer hocheffektiver Ansatz besteht in der flächenhaften Anwendung von 3,75-prozentigem Imiquimod, einem sogenannten Toll-like-Rezeptor 7-Agonisten, der nicht nur sichtbare, sondern auch subklinische Läsionen erfasst. Hierdurch lässt sich auch die Progression der aktinischen Keratose in ein Plattenepithelkarzinom reduzieren. Die aktinische Keratose als klassisches Carcinoma in situ und die neuen therapeutischen Optionen sind ein Paradebeispiel für die Effektivität der Früherkennung. Diese Veränderung tritt fast ausschließlich an sonnenbestrahlten Hautarealen auf, die auch der Zahnarzt im Blickfeld hat.

Basalzellkarzinom

Das Basalzellkarzinom tritt in Deutschland rund 120 000 Mal pro Jahr neu auf (170 Fälle auf 100 000 Einwohner/Jahr). Frauen sind früher und häufiger betroffen. Es gilt als semimaligne, weil es so gut wie nie metastasiert und sehr langsam wächst. Es gibt, abhängig von seiner Herkunft, das noduläre und das superfizielle Basalzellkarzinom. Hauptrisikofaktor ist auch hier neben chemischen oder physikalischen Reizfaktoren und genetischen Syndromen die kumulative UV-Bestrahlung. Die Diagnose

fällt auch Fachärzten schwer, neue Verfahren helfen aber das Basalzellkarzinom gegen entzündliche Veränderungen wie die aktinische Keratose oder den Morbus Bowen (Abb. 5) abzugrenzen. Es stehen zahlreiche etablierte Therapieverfahren gleichwertig nebeneinander zur Verfügung. Problematisch sind infiltrativ wachsende oder metastasierte Basalzellkarzinome.

Malignes Melanom

Das maligne Melanom (Abb. 6) geht von den pigmentbildenden Zellen der Haut aus und tritt entweder auf unauffälliger Haut oder in präexisten-ten Nävuszellnävus auf. UV-Strahlung scheint ein Risikofaktor zu sein, jedoch ein nicht so entscheidender wie bei den vorgenannten Entitäten. Es gibt auch genetische Faktoren. 50 Prozent aller malignen Melanome werden von den Patienten selbst entdeckt. Das Hautkrebscreening der Allgemeinmediziner und Hautärzte fordert deshalb die Inspektion sämtlicher Hautregionen, auch nicht UV-Licht exponierter Stellen wie Fußsohlen, Glans penis und Vulva. Zudem sollten die behaarte Kopfhaut und die Mundschleimhaut inspiziert werden. Da letztere oft vergessen wird, kommt hier den Zahnmedizinern eine wichtige Rolle zu. Die frustrane Prognose des malignen Melanoms hat sich in den letzten Jahren leicht gebessert. Seit 2011 kommen dank des verbesserten Verständnisses tumorspezifischer molekularer Veränderungen und der Identifikation immunregulatorischer Signalwege immer wieder neue sogenannte Biologika auf den Markt. Sie haben ihren Einsatz besonders bei nicht resektablen, disseminierten Tumoren.

Akne

Die Akne (Abb. 7) ist eine im Alter zwischen 14 und 18 vermehrt auftretende und somit hormonabhängige, aber multifaktorielle Krankheit des Talgdrüsen-Haarfollikel-Komplexes. Rund 40 Prozent der Betroffenen leiden auch nach dem 18. Lebensjahr



Abb. 7: Akne



Abb. 8: Rosazea



Abb. 9: Atopisches Ekzem

weiter an den Effloreszenzen. Etwa 30 Prozent benötigen medizinische Hilfe. Je nach klinischem Aspekt und Verlauf spricht man von Akne infantum, comedonica, nodulare oder cystica. Die Akne conglobata ist eine seborrhoisch verlaufende, besonders schwere Form. Anwendungsstudien konnten helfen, hochwertige Leitlinien zur Therapie zu entwickeln. Hier zeigt sich, dass topische Antibiotika immer mit einem Retinoid oder mit Benzoylperoxid kombiniert werden. Vergleichende Arbeiten untersuchen Wirkstoffkombinationen mit unterschiedlichen Galeniken bezüglich der negativen Nebenwirkungen wie Trockenheit oder Reizung der Haut. Dabei konnte eine neue Kombination aus Clindamycin, Tretinoin und einer rückfettenden Basis diese Probleme deutlich reduzieren.

Rosazea

Die Rosazea (Abb. 8) ist eine Erkrankung der Gesichtshaut, die im mittleren Lebensalter auftritt, häufig Hellhäutige und eher Frauen betrifft. In 30 bis 50 Prozent der Fälle besteht eine Augenbeteiligung. Die Pathogenese ist unklar, es existieren auslösende oder aggravierende Faktoren wie UV-Exposition, warme Getränke, Gewürze, Alkohol, Stress, hormonelle Einflüsse und plötzliche Temperaturwechsel. Die Krankheit verläuft in drei Stadien. Für die Rosazea teleangiectasia steht die Lasertherapie mit sehr guten kosmetischen Ergebnissen zur Verfügung. Entzündliche Verläufe werden lokal oder systemisch antiinflammatorisch und antibiotisch behandelt (Doxycyclin). Zudem steht hier mit der einprozentigen Ivermectin-Creme eine kontrollierende Therapie zur Verfügung, die momentan sehr aktiv beforscht wird. Besonders vielversprechend sind zahlreiche Studien des vergangenen Jahres zur Behandlung der Rosazea erythematosia (Stadium I) mit Brimonidin, das einmal täglich topisch als 0,5-prozentiges Gel angewendet wird. Diese gefäßkonstringierend wirkende Substanz (Alpha-2-Rezeptor-Antagonist) wirkt etwa zwölf

Stunden und führt bereits nach 30 Minuten zu einem annähernd normalen Hautbild.

Atopisches Ekzem, Neurodermitis

Diese Erkrankung (Abb. 9) tritt häufig auf, verläuft chronisch oder chronisch rezidivierend, ist entzündlich, ekzematös, stark juckend und von einer veränderten bakteriellen Besiedlung – häufig mit *Staphylokokkus aureus* – gekennzeichnet. 85 Prozent der Patienten erkranken vor dem fünften Lebensjahr. Die Prävalenz im Alter bis sechs Jahre beträgt etwa 15 Prozent. Das Erkrankungsrisiko steigt, wenn auch die Eltern betroffen waren. Wahrscheinlich genetisch bedingt ist eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Umweltstoffen wie Pollen, Hausstaubmilben, Tierhaare, Schimmelpilze oder Nahrungsmittel. Erfreulich ist, dass über drei Viertel aller Fälle bis zum zehnten Lebensjahr ausheilen.

Bis vor einigen Jahren standen Corticosteroide in topischer Anwendung zur Verfügung. Diese waren zwar gut verträglich, aber nicht nebenwirkungsfrei. Bei langfristiger Nutzung trat als Problem eine Hautatrophie auf. Die Langzeitergebnisse sind unter Pimecrolimus deutlich besser. Die Anzahl der Schübe ist rückläufig und der Pruritus bessert sich, was die Lebensqualität deutlich erhöht. 2013 wurde im *European Journal for Dermatology* eine Therapieempfehlung als „First-line Therapy“ für Pimecrolimus veröffentlicht.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Marc A. Hünten
Osswaldstraße 1, 82319 Starnberg
www.doktor-huerten.de

Literatur beim Verfasser

Hinweis

Dr. Marc A. Hünten referiert beim 55. Bayerischen Zahnärztetag. Das ausführliche Programm finden Sie auf Seite 18f.