**Hautneoplasie, Diagnose und Management in der Hausarztpraxis**

**Aktinische Keratose**

UV-bedingte epidermale Dysplasie. Zählt zu den weltweit am häufigsten auftretenden Hautveränderungen. Die Inzidenz bei 70-jährigen Europäern oder Nordamerikanern mit Hauttyp I und II nach Fitzpatrick liegt bei nahezu 100%. Zu 75% sind Kopf, Schulter und Nacken betroffen.

Pathogenetisch entscheidend ist die UV-bedingte Änderung der Membranphospholipide (führt zu Entzündung), Mutation im *p53* und anderen Tumorsupressorgenen (führt zu genomischer Instabilität) und Änderung der intrazellulären Signaltransduktion (führt zu Zytokindysregulation, Änderung der T Zellzusammensetzung und Immunsuppression).

In 10% der Fälle Progression zum Plattenepithelkarzinom.

Klinisch imponieren aktinische Keratosen als erythematöse, teils bräunlich pigmentierte Maculae und Plaques mit einer schuppenden keratotischen Oberfläche. Bei weiterer Progression zum Teil ausgeprägte Hyperkeratosen.

Therapie: Je nach Alter des Patienten, betroffenem Hautareal und Typ der Läsion Exzision, Kryotherapie, 5-Fluorouracil, Imiquimod, Diclofenac und Photodynamische Therapie (PDT).

**Basalzellkarzinome**

Häufigster, langsam, aber lokal infiltrierend wachsender Tumor der behaarten Haut. Häufigster Tumor des Menschen mit eine durchschnittlichen Zunahme von 3-8% pro Jahr. Häufigkeitsgipfel zwischen dem 6. Und 8. Lebensjahrzehnt.

In 70% Mutationen im *PTCH1*-Tumorsuppressorgen mit aberranter Aktivierung im Hedgehog-Signalweg. Wesentlicher Risikofaktor ist die UV-Strahlung.

Bei 80% ober halb einer Verbindungslinie vom Mundwinkel zum unteren Ohransatz. Häufige Erscheinungsformen sind das noduläre, zystische, ulzerierte, pigmentierte, sklerodermiforme und superfizielle Basalzellkarzinom.

Therapie: Exzision (Mohs Surgery), Strahlentherapie, Photodynamische Therapie, Imiquimod, Vismodegib.

**Malignes Melanom**

Vom melanozytären System ausgehender maligner Tumor mit einer Inzidenz von 10-15 Fällen in Mitteleuropa, Das Lebenszeitrisiko beträgt 2% (1:53). Ätiopathogenetisch werden UV-Strahlung sowie genetische und epigenetische Veränderungen (BRAF Mutationen) diskutiert. 30-40% in Assoziation mit einem bestehenden Nävus.

Risikofaktoren sind rote Haarfarbe (4,7), Anzahl Nävi >50 (4,8), >5 dysplastische Nävi.

An Typen werden das Lentigo-maligna-Melanom, superfiziell spreitende Melanom, noduläre Melanom und akrolentiginöse Melanom unterschieden.

Bei einem T1a Melanom (<1mm, ohne Ulzearation, keine Mitosen) , N0, M0 liegt die 5-Jahres-Überlebensrate bei 97%.

Diagnostik: **A**symmetrie, unregelmässige **B**egrenzung, Vielfarbigkeit/**C**olor, **D**urchmesser>5mm, **E**ntwicklung/Veränderung