

Protokoll der 1. Konsensuskonferenz der S3 Leitlinie: „Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut“ am 30.5.2016

Anwesende: Dr. Mareike Alter, Prof. Dr. Falk Bechara, Prof. Dr. Eckhard Breitbart, Prof. Dr. Carola Berking, Prof. Dr. Thomas Diepgen, PD Dr. Thomas Eigentler, Dr. Timm Engelhardt (Vertreter Prof. Dr. med. Peter M. Vogt), Susanne Fender, PD Dr. Michael Flaig, Dr. med. Markus Follmann, Prof. Dr. Klaus Fritz, Prof. Dr. Claus Garbe, Prof. Dr. Ralf Gutzmer, Dr. Rüdiger Greinert, Dr. Markus Heppt, PD Dr. Uwe Hillen, Prof. Dr. Stephan Ihrler, Prof. Dr. Martin Klein, Prof. Dr. Oliver Kölbl, PD Dr. Ulrike Leiter-Stöppke, Prof. Dr. Jutta Liebau, Prof. Dr. Anna Christina Pfannenberger, Prof. Dr. Julia Welzel

Entschuldigt: Prof. Dr. Jürgen Becker, Prof. Dr. Helmut Breuninger, Prof. Dr. Thomas Dirschka, Prof. Dr. Stephan Grabbe, Prof. Dr. Axel Hauschild, Prof. Dr. Swen-Malte John, Dr. Albrecht Krause-Bergmann, Dr. Christoph Löser, Dr. med. Monika Nothacker, Prof. Dr. Eggert Stockfleth, Prof. Dr. Rolf-Markus Szeimies

I. Umgang mit Interessenskonflikten:

- Mandatsträger oder Experten mit COI sollten sich bei der Abstimmung enthalten für dasjenige Thema, für den ein Interessenskonflikt vorliegt.
- Mandatsträgern oder Experten mit COI, die eine AG Leitung übernommen haben, werden Mandatsträger oder Experten ohne Interessenskonflikt zugeordnet, um eine unabhängige Beurteilung zu gewährleisten („paritätische“ Besetzung).
- Ggf. zusätzlich Einsatz von externen „Reviewern“ für die jeweiligen AGs mit wenig Interessenskonflikten und methodischer und inhaltlicher Expertise
- Grobe Quantifizierung von möglichen Interessenskonflikten erwünscht, allerdings genauere Grenzfindung bei finanziellen Interessen problematisch, die Verantwortung über Offenlegung bleibt hier bei den LL-Teilnehmern
- Seitens der AWMF existiert ein offizielles Formular zur Offenlegung von Interessenskonflikten, welches genutzt wird.

II. Schlüsselfragen und Struktur:

- In einem Einführungskapitel werden Ziele und Adressaten der LL benannt, zudem werden die Begriffe Aktinische Keratosen und Plattenepithelkarzinom definiert. Außerdem wurde diskutiert, dass Risiko- und Prognosefaktoren bei aktinischen Keratosen und Plattenepithelkarzinom in einem einleitenden Kapitel eingeschlossen werden sollten.

Konstituierende Sitzung der S3 LL: „Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut“ vom 30.05.2016

- Der Titel der Leitlinie bleibt bestehen: S3 Leitlinie aktinische Keratosen und Plattenepithelkarzinom der Haut. Die Möglichkeit zur Verwendung eines Untertitels wie bei anderen S3-LL wurde diskutiert, allerdings bisher nicht weiter konkretisiert.
- Die Leitlinie beschränkt sich auf das Plattenepithelkarzinom der Haut: Plattenepithel-CA der Mundschleimhaut, des oberen Respirationstraktes, und der Genitalschleimhaut sowie Anorektalschleimhaut werden nicht berücksichtigt, Gründe hierfür werden genannt.
- Bei dem Plattenepithelkarzinom des Lippenrotes wird auf eine gesonderte Leitlinie verwiesen, hier wird parallel eine gesonderte Leitlinie verfasst, die jedoch nicht als S3 Leitlinie klassifiziert wird, sondern als S2k
- Ein Mandatsträger oder Experte für die Hämatonkologie wird gezielt angesprochen.
- Die konsentierten Schlüsselfragen finden sich in den beiliegenden Tabellen.
- Ein Vertreter von Patientenverbänden fehlt bisher noch.

III. Zeitrahmen und Organisatorisches

- Aufgabe der AGs ist primär Darstellung der zusammengefassten und bewerteten Evidenz und die Ableitung von Empfehlungen
- Die Literaturrecherche sollte bis voraussichtlich Dezember 2016 abgeschlossen sein.
- Die 2. Konsensuskonferenz ist in zirka einem Jahr geplant.

IV. Bestimmung der Arbeitsgruppenleiter und der Gruppenmitglieder

1. Epidemiologie und Ätiologie

AG Leiter: Garbe

AG Gruppe: Leiter, Greinert, Breitbart, Krahwinkel, J. Becker

2. Diagnostik

AG Leiter: Flaig

AG Gruppe: Welzel, Flaig, Pfannenberg, Hillen, Ihrler, Dirschka

3. Therapie der aktinischen Keratosen

AG Leiter: Heppt

AG Gruppe: Szeimies, Stockfleth, Ulrich, Fritz, Heppt, Salavastro, Diepgen, Berking, Löser

4. Therapie des Plattenepithelkarzinoms:

AG Leiter des chirurgischen Teils: Breuninger

AG Gruppe: Klein, Alter, Engelhardt, Krause-Bergmann, Bechara, Dietz, Kölbl, Schmidberger

AG Leiter des allgemeintherapeutischen Teils: Gutzmer

AG Gruppe: Grabbe, Garbe, Köbl, Fluck, Becker

5. Prävention und Nachsorge

AG Leiter: Leiter

AG Gruppe: Mohr, Pfannenberg, Hauschild, Fritz, Schüller (muß noch angefragt werden)

6. Berufsbedingte Erkrankung an PEK oder/und AK

AG Leiter: Diepgen

AG Gruppe: Breitbart, Greinert, Bauer, John

Kapitelname	I. Epidemiologie und Ätiologie

Frage Nr	Frage	Evidenzgrundlage EK / aggregierte Evidenz / de novo	Anmerkungen
1			Einführungskapitel mit Darstellung der Inzidenz, Prävalenz und Mortalität, der klinischen Epidemiologie, Risikofaktoren, Pathogenese und molekulare Aberrationen von AK bzw. PEK in Deutschland
2	Welche prognostischen Faktoren sind bei der AK für den Übergang in ein PEK von Bedeutung?	Orientierende Recherche	
3	Welche prognostischen Faktoren sind für die Metastasierung beim PEK von Bedeutung?	Orientierende Recherche	

AG Leiter: Garbe

AG Gruppe: Leiter, Greinert, Breitbart, Krahwinkel, Becker

Kapitelname		II. Diagnostik	
Frage Nr	Frage	Evidenzgrundlage EK / aggregierte Evidenz / de novo	Anmerkungen
2	Welche Klassifikation, Definition und Nomenklatur soll für die Einteilung des Plattenepithelkarzinoms angewendet werden? (klinisch und histologisch)	0, niedrige Evidenz Expertenkonsens	Orientierende Literaturrecherche keine Evidenzbasierten Studien. konsensbasiertes Statement, AJCC , UICC z.B. Brantsch et al (Level 2) 22 Einverstanden, dagegen: 0
1	Welche Klassifikation, Definition und Nomenklatur soll für die Einteilung der aktinischen Keratose angewendet werden? (klinisch und histologisch) Literaturrecherche	Expertenkonsens	konsensbasiertes Statement, s.o dagegen: 0
3	Wie definiert sich die Feldkanzerisierung (Definition der Begrifflichkeiten)?		konsensbasiertes Statement, dagegen:0
4	Welche nicht-invasiven diagnostischen Verfahren sind geeignet, die Diagnose von AK und PEK zu stellen?	De novo Recherche	Bewertung einzelner Verfahren nach primärer Suche dagegen: 0
5	Wann, bei welchen Kriterien und wie soll die Gewinnung der Histologie erfolgen?	EK De novo für Zytologie, ggf Adaptation zu LL	konsensbasiertes Statement bitte Stellungnahme zur Zytologie, dagegen: 0

Frage Nr	Frage	Evidenzgrundlage EK / aggregierte Evidenz / de novo	Anmerkungen
6	Welche Parameter sollten Bestandteile des histologischen Befundberichtes bei AK und PEK sein?	EK	obligat und fakultativ im Text nicht in der Literatursuche, nur in Begründung
7	Welche Ausbreitungsdiagnostik ist bei Patienten mit PEK in welchem Stadium indiziert?		Evtl. Übernahme d. Diagnostik des PEK d. Mundhöhle, orientierende Recherche evtl Adaption . bestehenden LL

AG Leiter: Flaig

AG Gruppe: Welzel, Flaig, Pfannenberg, Hillen, Ihrler, Dirschka

Kapitelname	III. Therapie der AK

Frage Nr	Frage	Evidenzgrundlage EK / aggregierte Evidenz / de novo	Anmerkungen
1	Welche Therapieformen sind für die Behandlung der AK nach Schweregrad und klinischem Kontext geeignet?	De novo Recherche	Orientierende Literaturrecherche Subgruppen: immunsupprimierte Patienten, multiple AKS Stichwort: Therapiealgorithmus (Stichwörter: Excision, Strahlentherapie, Laser (Erbium, CO2), Elektro-dessikation, Kryochirurgie, Chemical Peeling, photodynamische Therapie (MAL-PDT, ALA-PDT und Tageslicht-PDT), Diclofenac in Hyaluronsäure, 5-FU, 5-FU/Salizylsäure, 5-FU topisch und Retinoide systemisch, Ingenolmebutat, Imiquimod, Resiquimod, Trichloressigsäure, Podophyllotoxin, Calcipotriol und andere, Kombinationen aus verschiedenen Verfahren) Dagegen: 0
2	Für welche Patienten sind welche präventiven Therapiemaßnahmen geeignet	De novo Recherche	Dagegen 0

AG Leiter: Heppt

AG Gruppe: Szeimies, Stockfleth, Ulrich, Fritz, Heppt, Salavastru, Diepgen, Berking, Löser

Kapitelname	IV. Therapie des PEK

Frage Nr	Frage	Evidenzgrundlage EK / aggregierte Evidenz / de novo	Anmerkungen
1	Welche Therapie des Primärtumors wird empfohlen?	De novo orientierend und vergleichend LL Adaption	Folgende Aspekte mit berücksichtigen: SA bei Chirurgie und Radiatio Dagegen: 0
2	Ist die Entfernung des Wächterlymphknotens indiziert? (In welchen Fällen?)	Systematische Recherche	(Spezifische Recherche? /Generelle Suche zur Therapie?) Dagegen: 0
3	Für welche Patienten ist welche Lymphknotendissektion zu empfehlen?	Systematische Recherche	Dagegen: 0
4	Für welche Patienten wird eine adjuvante Strahlentherapie bzw. eine postoperative Radiatio (R1;R2) zu empfohlen?	LL Adaption	Dagegen: 0 outcomes GFS oder RFS
5	Welche Therapie des lokalen bzw. lokoregionären Rezidivs wird empfohlen?	LL Adaption u orientierende Recherche	Dagegen: 0
6	Welche Therapie wird für Patienten im fernmetastasierten Stadium (First- und Second Line) empfohlen?	De novo Recherche	Dagegen: 0

AG: Leiter Chirurgische Therapie: Breuninger

AG Gruppe: Klein, Alter, Engelhardt, Krause- Bergmann, Bechara, Dietz, Kölbl, Schmidberger

AG Leiter allgemeine Therapie: Gutzmer

Gruppe allgemeine Therapie: Grabbe, Garbe, Kölbl , Becker, Fluck

Kapitelname	V. Prävention und Nachsorge
	Verweis auf Prävention, LL schon existent

Frage Nr	Frage	Evidenzgrundlage EK / aggregierte Evidenz / de novo	Anmerkungen
1	Welche Untersuchungen sind im Rahmen der Nachsorge nach Stadien und in welchen Intervallen indiziert?	EK	Orientierende Recherche Dagegen: 0
2	Welche Maßnahmen sind zur Primärprävention von PEK und AKs geeignet?		Als Kapitel einreichen Prüfen, ob Überschneidung mit LL Prävention, Verweis auf LL Prävention Dagegen: 0
3	Welche präventiven Maßnahmen sind speziell für Risikogruppen indiziert?		Als Kapitel einrichten Prüfen, ob Überschneidung mit LL Prävention Stichworte: Chemoprävention, PDT, Nikotinamid, Retinoide u.a. Dagegen: 0

AG Leiter: Leiter

AG Gruppe: Mohr, Pfannenberg, Hauschild, Fritz, Schüller, (muß noch angefragt werden)

Kapitelname	VI: Berufsbedingte Erkrankung an PEK oder/und AK

Frage Nr	Frage	Evidenzgrundlage EK / aggregierte Evidenz / de novo	Anmerkungen
1	Diagnostik bei Patienten mit berufsbedingter erhöhter UV-Exposition	Verweis auf Präventionsleitlinie	Kapitel anlegen und auf Präventionsleitlinie verweisen Dagegen: 0
2	Meldung bei Verdacht auf einen berufsbedingten Hautkrebs	<i>Verweis auf Präventionsleitlinie</i>	Zu beschreiben: Meldung und Verfahren bei berufsbedingtem Hautkrebs, nicht nur UV bedingter Hautkrebs. Nach SGB 7 (Verweis zum Therapiekapitel) Dagegen:0

AG Leiter: Diepgen

AG Gruppe: Breitbart, Greinert, Bauer, John