



HAUTKREBS

Evidenzbasierte Medizin bei epithelialen Hauttumoren und beim malignen Melanom

INTERVIEW MIT PROFESSOR DR. MED. REINHARD DUMMER, LEITENDER ARZT DER DERMATOLOGISCHEN KLINIK DES UNIVERSITÄTSSPITALS ZÜRICH

Prof. Dr. med. Reinhard Dummer, Leitender Arzt der Dermatologischen Klinik des UniversitätsSpitals Zürich



Wie ist der Stellenwert der operativen Therapie im Vergleich zu anderen Therapieoptionen bei epithelialen Hauttumoren?

Bei den epithelialen Hauttumoren steht die Chirurgie sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht im Vordergrund. Wir sind der Meinung, dass eine histologische Sicherung der Diagnose durch Biopsie immer notwendig ist. Die therapeutischen Massnahmen richten sich nach der Ausbreitung und dem histologischen Typ des Tumors. Die operative Therapie mit histologischer Kontrolle stellt die Standardtherapie dar. In vielen Situationen kann diese auch eine komplette Exzision des Tumors beinhalten. Es gibt jedoch Fälle, bei denen die Chirurgie an ihre Grenzen stösst, wie zum Beispiel bei grossflächigem Tumorbefall (Feldkanzerisierung). In diesen besonderen klinischen Situationen können entweder physikalische

Therapien wie CO₂-Laser, Radiotherapie, Kryotherapie beziehungsweise die photodynamische Therapie oder lokale zytostatische Arzneimittel wie 5-Fluorouracil und Imiquimod eingesetzt werden.

Welche Probleme bezüglich Evidenz bestehen bei der Therapie von epithelialen Tumoren?

Die verschiedenen Therapiemodalitäten bei epithelialen Tumoren sind gut untersucht worden, insbesondere die neueren Verfahren, welche die Zulassung in den letzten Jahren erhalten haben. Hierzu gehören die photodynamische Therapie oder die vor der Zulassung stehende Therapie mit Imiquimod. Die Effizienz und Sicherheit konnte in grossen Studien belegt werden. Ältere Verfahren jedoch, die in einem anderen medizinischen Umfeld entwickelt und getestet wurden, können bezüglich Evidenz teilweise nicht den heutigen strengen Kriterien standhalten. Damit eine individuelle Beratung des Patienten als optimal gelten kann, sollte begründet werden können, warum in welcher Situation welche Behandlung bevorzugt werden muss. Dies ist nur möglich, wenn genügend Studiendaten zu Vergleichen verschiedener Therapieoptionen vorliegen. Diese fehlen leider zu einem grossen Teil, da für solche aufwändigen und komplexen Projekte, welche idealerweise an universitären Forschungsinstituten durchgeführt werden sollten, die Finanzierung fehlt. Für Pharmafirmen ist es meist nicht mehr von Interesse, nach der Zulassung eines Präparates oder Verfahrens weitere Studien zu finanzieren. Interesse an Fragestellungen zur Wirksamkeit und zu ökonomischen Aspekten verschiedener Therapien sollten eigentlich die Öffentlichkeit beziehungsweise die Krankenkassen haben. Aufgrund der knappen finanziellen Mittel wird das Umfeld diesbezüglich aber immer schwieriger.

Tabelle 1:

Geschätzte Inzidenzen des Basalioms, des Melanoms und des Spinalioms

	Inzidenz	Life time risk*
Malignes Melanom	15–18/100 000/Jahr	1:70
Basaliom	ca. 100/100 000/Jahr	1:8
Spinaliom	20–30/100 000/Jahr	1:25
Aktinische Keratose	ca. 250/100 000/Jahr	1:5

* für im Jahr 2000 Geborene

Wie gut ist die Evidenz bei den Therapien des malignen Melanoms?

Beim Melanom sind wir in einer anderen Situation. Wir haben sehr gute Untersuchungen zu primären Massnahmen. Die neuesten Studien haben ergeben, dass der Sicherheitsabstand von 3 cm auf 2 cm reduziert werden kann, was den Vorteil für den Patienten bringt, dass Operationen vermehrt unter örtlicher Betäubung durchgeführt werden können. Dieser neue Sicherheitsabstandswert ist in der Schweiz, wie auch in einigen weiteren Ländern, in den neuen Guidelines verankert worden. Diese Änderung scheint sich international durchzusetzen.

Ein weiteres Thema ist die Bewertung der Sentinel-lymphknotenbiopsie. Dass die rezidivfreie Überlebenszeit mit dem Status des Wächterlymphknotens korreliert, war zu erwarten. Welchen Stellenwert die Sentinellymphknotenbiopsie im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesamtüberlebens hat, sollten in etwa zwei bis drei Jahren die in verschiedenen Universitäten laufenden Studien beantworten können.

Für die adjuvante Behandlung von Patienten mit Lymphknotenmetastasierung gilt die Richtlinie, dass nach

einer Resektion Interferon gegeben wird. Hier ist die Frage offen, welches Interferon in welcher Dosierung am effektivsten ist. Auch wir sind an solchen Studien beteiligt, wie beispielsweise an der EOTRC-Melanomgruppen-Studie der Europäischen Gesellschaft. Die über fünf Jahre dauernde Interferonbehandlung soll Aufschlüsse über die rezidivfreie Überlebenszeit und die Gesamtüberlebenszeit geben.

In diesem Zusammenhang raten wir von Mistelpräparaten ab, da gemäss Studien die Heilungschancen sogar verschlechtert werden.

Im Bereich der Fernmetastasierung des malignen Melanoms sind noch zu wenig verlässliche Daten vorhanden. Deshalb empfehlen wir Patienten, sich in Rahmen von Studien in geeigneten Zentren behandeln zu lassen. Durch die Vernetzung solcher Zentren, zu welchen auch unsere Klinik gehört, mit anderen europäischen Kliniken, können Daten gesammelt und für ein besseres Verständnis genutzt werden, um schliesslich in Richtlinien einzufließen.

Ebenso ist es dem Patienten möglich, an Studien mit ganz neuen Wirkstoffen teilzunehmen. Neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnen in Zukunft zum Beispiel biologische Therapien mittels Antikörper oder Immunstimulanzien. Erforscht werden Moleküle, welche die Signalübertragung in Tumorzellen unterbrechen können. Wir haben momentan fünf Studien offen, in welchen wir den Patienten auch solche Substanzen anbieten können. ●

Die Redaktion dankt Herrn Professor Dr. med. Reinhard Dummer für das interessante Gespräch.

Kutane Lymphome: Eine Herausforderung für Pathologen und Kliniker

*Eine Retrospektive: 30 Jahre Lymphomforschung
in der Dermatologie*

Zürich, 16. Februar 2006, 10.00 bis 17.00

Hörsaal B OST, Gloriastrasse 29,
UniversitätsSpital Zürich

