Onkologische Revolution am Anrollen

Neues Standbein in der Melanom-Therapie

Gegen viele Tumoren wehrt sich das körpereigene Immunsystem durchaus eine Weile erfolgreich. Irgendwann schaltet der Tumor die Immunantwort aber ab. Das lässt sich ändern.

Beim malignen Melanom ist bereits das erste Medikament zugelassen, das die Immunantwort von tumorspezifischen T-Zellen erfolgreich wieder einschaltet. Mit Ipilimumab (Yervoy®) haben etwa 20% der Patienten mit fortgeschrittener oder metastasierter Erkrankung eine Überlebenschance. „Es gibt tatsächlich Langzeitüberlebende“, bekräftigte Prof. Dr. Stefan Grabbe von der Uniklinik Mainz beim Internistenkongress in Mannheim. Auch mit den teilweise erheblichen Nebenwirkungen könne man inzwischen bei entsprechender Erfahrung umgehen, perforierende Kolitiden oder schwere Hepatitiden traten kaum mehr auf.

Eine ganze Palette von Faktoren, die die Kommunikation von antigenpräsentierenden dendritischen Zellen, T- und B-Zellen bei der Immunantwort regulieren, sind inzwischen bekannt. Ipilimumab richtet sich gegen CTLA-4 (cytotoxic T-lymphocyte-associated Protein 4). Eine weitere Substanz, deren Zulassung beim Melanom bereits in den nächsten Monaten erwartet wird, richtet sich gegen PD (programmed death)-1. Klinische Studien weisen hier auf eine noch höhere Rate an Langzeitüberlebenden bei besserer Verträglichkeit hin. Auch gegen eine ganze Reihe weiterer Checkpoint-Moleküle werden Therapien entwickelt – „das kann man mit Fug und Recht als Revolution bezeichnen“, so Grabbe. Noch häufiger soll eine Heilung durch Kombinationen dieser Therapien miteinander und mit klassischer Chemo, Radiatio und zielge-

richteten „personalisierten“ Therapien möglich werden.

Nicht jeder Patient spricht darauf an

Bisher spricht allerdings nur ein Teil der Patienten auf die Checkpoint-Blockade an. Es wird fieberhaft nach Markern gesucht, nach denen Patienten mit der besten Chance für ein Ansprechen erkannt werden könnten. Eine bereits bestehende Immunantwort des Körpers wieder an-

zuschalten ist nicht in allen Tumoren möglich. Die Chance für einen Therapieerfolg ist hoch bei stark immunogenen Tumoren mit sehr vielen Mutationen und sehr vielen tumorspezifischen Proteinen, etwa auch beim nicht kleinzelligen Bronchial-Ca, bei dem die PD1-Blockade in den USA schon zugelassen wurde. Für andere Karzinome kommen andere Ansätze infrage, von der Impfung mit dendritischen Zellen beim Glioblastom bis zur gentechnischen Modifikation von T-Zellen des Patienten mit chimären Antigenrezeptoren.

(Friederike Klein)

www.aerztezeitung.de

Hautnaht mit oder ohne Streifen gut verheilt

Sind Pflaster überflüssig?

Beim Verschluss kleiner Hautwunden kann man auf zusätzliche Wundnahtstreifen offenbar verzichten. Im direkten Vergleich Naht allein versus Naht plus Pflaster schnitt die Kombination nicht besser ab.

Nach kleinen Eingriffen bedecken viele Operateure die Naht mit Wundverschlussstreifen. US-Ärzten zufolge ist dies jedoch überflüssig. An einer Studie waren 48 Patienten beteiligt, die einen hautchirurgischen Eingriff mit anschließender Naht erhielten. Die vernähte Wunde wurde in zwei Teile geteilt: Auf eine Hälfte brachten die Ärzte ein Adhäsivum und Steri-Strip-Streifen auf. Die andere Hälfte blieb frei.

Kein Unterschied bei der Heilung

Wie Custis und Kollegen berichten, war nach drei Monaten kein Unterschied zu erkennen. Dies galt vor allem im Hinblick auf den primären Endpunkt, den POSAS-Score: Im objektiven Part werden Durchblutung, Pigmentierung, Dicke, Relief, Oberflächenausdehnung und Gesamteindruck beurteilt. Der subjektive Part beinhaltet Schmerz, Juckreiz, Farbe, Steifheit, Dicke, Unregelmäßigkeit und ebenfalls Gesamteindruck. Die Wundbreite war auf beiden Seiten mit 1,1 mm exakt gleich. In keinem Fall war es zu Wundinfektionen, Hämatomen oder Seromen gekommen. (ob)

Custis T et al, JAMA Dermatol 2015 (online first)