Kortikoide und Doxycyclin gegen Genitalulzera

Genitalulzera ohne sexuelle Übertragung gelten als diagnostisch und therapeutisch schwierig. Die Daten australischer Dermatologen weisen auf eine einfache Therapie und Prophylaxe dieser Erkrankungen hin.

Nicht sexuell erworbene Ulzera an der Vulva (komplexe Aphthosen) sind charakterisiert durch schmerzhafte, scharf abgegrenzte, im Durchmesser wenige Millimeter bis über einen Zentimeter große Läsionen. Der Geschwürsgrund ist feucht und gelblich bis grau verfärbt. Umgeben sind die Ulzera von einem roten Hof.

Differenzialdiagnostisch kommen bei komplexer Aphthose Infektionen mit Herpes- oder Epstein-Barr-Viren, ein Morbus Adamantiades-Behçet, rekurrentes Erythema multiforme der Schleimhaut, Arzneiexantheme oder auch ein Morbus Crohn infrage. Entsprechende Tests waren bei den 26 Pati-

entinnen der vorliegenden Studie negativ ausgefallen.

Die Autoren teilten die Patientinnen in zwei Gruppen ein: mäßige bis schwere Ulzerationen (Gruppe A) und Läsionen geringeren Grades (Gruppe B). Teilnehmerinnen der Gruppe A wurden im akuten Stadium mit oralem Prednisolon je nach Schweregrad in einer Dosis zwischen 15 und 50 mg pro Tag behandelt. Die Geschwüre heilten darauf hin innerhalb von 16 Tagen ab. In Gruppe B erfolgte eine ebenfalls erfolgreiche Behandlung der Ulcera mit topischen Kortikoiden.

Acht Studienteilnehmerinnen mit vorangegangenen Aphthoseepisoden aus

Gruppe A erhielten nach der initialen Behandlung eine prophylaktische Behandlung mit Doxycyclin (100 mg/Tag); die gleiche Prophylaxe erfolgte bei sechs Patientinnen aus Gruppe B, die ebenfalls mehrmals an einer Aphthose gelitten hatten. Während der Nachbeobachtung von eineinhalb Jahren kam es unter der prophylaktischen Doxycyclingabe bei keiner der Frauen zu einem Rezidiv.

Fazit: Nach dieser Publikation scheinen Steroide als erfolgreiche Akutbehandlung sowie Doxycyclin als wirksame Prophylaxe bei komplexen Aphthosen der Vulva zu wirken. Welche genauen Auslöser diesen akuten und rezidivierenden Erkrankungen zugrunde liegen, ist nach wie vor unklar.

Dr. Robert Bublak

Dixit S et al. Management of nonsexually acquired genital ulceration using oral and topical corticosteroids followed by doxycycline prophylaxis. *J Am Acad Dermatol* 2012 Nov 19 [Epub ahead of print]

Malignes Melanom: Prognosemarker im Test

Bereits mit drei Tumormarkern lassen sich das Rezidivrisiko und die Prognose von Melanompatienten relativ gut bestimmen. Ein PCR-basierter Bluttest könnte sich auch eignen, um den Therapieerfolg zu kontrollieren.

Als einer der Hauptgründe für die häufigen Rezidive werden zirkulierende Melanomzellen diskutiert – unklar ist, welche dieser Zellen prognostisch relevant sind. Ein Team um Melanie Ziman von der Universität in Perth, Australien, hat nun bei 230 Melanompatienten und 152 gesunden Personen Blutproben entnommen und mittels PCR auf Marker untersucht. Sie verwendeten dabei die Melanozytenmarker PAX3d und MLANA, die Tumorindikatoren TGF- β 2 und MCAM sowie ABCB5 als Stammzellmarker.

154 Patienten hatten ein primäres Melanom, bei 76 waren Metastasen bekannt. Nach der Stadieneinteilung des American Joint Committee on Cancer (AJCC) hatten 16,5% der Patienten das Erkrankungsstadium 0, 33,5% Stadium I, 17% Stadium II sowie 13 und 20% die Stadien III und IV.

Ein Vergleich der Testergebnisse zeigte, dass 92% der Krebspatienten wenig-

tens einen der fünf Marker exprimierten, 72% sogar zwei oder mehr. Der positive Vorhersagewert von mindestens einem Marker (Anteil der Patienten mit Hautkrebs und mindestens einem positiven Marker) lag bei 70%. Den negativen Vorhersagewert (Anteil der Gesunden mit negativem Test) berechneten die Autoren mit 78%. Wurde der Nachweis von mindestens zwei Markern als Kriterium verwendet, stieg der positive Vorhersagewert auf 86%, allerdings sank der negative prädiktive Wert dabei auf 66%.

Die Forscher stellten fest, dass MLANA und ABCB5 bei jeweils der Hälfte der Patienten in Stadium III und IV, aber nur bei einem Viertel bis einem Drittel in den Stadien 0–II nachweisbar waren und sich daher vor allem für die Identifikation von fortgeschrittenen Stadien eignen. Entsprechend gehäuft fanden sich die beiden Marker auch bei Patienten mit Rezidiven, auch hier jeweils bei etwa der Hälfte. Bei-

de Marker zusammen traten bei einem Viertel der Rezidivpatienten auf, aber nur bei 10% der Patienten ohne Rezidiv.

Als guter Marker für die Tumormarklast und den Therapieerfolg erwies sich MCAM: Die Expression war umso größer, je mehr Tumorgewebe sich im Körper befand. Sie lag sehr hoch bei Metastasen und ging nach einer Tumorektomie oder nach einer erfolgreichen Radiochemotherapie zurück. MCAM ließ sich bei nur 9% der Patienten mit gutem Therapieerfolg nachweisen, jedoch bei 43% der Patienten mit schlechtem Therapieansprechen.

Fazit: Nach den vorliegenden Ergebnissen eignen sich vor allem drei der fünf geprüften Marker, um die Tumormarklast und die Prognose der Patienten zu ermitteln. Die immer noch nicht optimalen prädiktiven Werte sprechen aber dafür, dass man für ein gutes Monitoring wohl noch weitere Prädiktoren einbeziehen muss.

Thomas Müller

Reid AL et al. Markers of circulating tumour cells in the peripheral blood of patients with melanoma correlate with disease recurrence and progression. *Br J Dermatol* 2013; 198: 85–92