Niedrig-Risiko-Basalzellkarzinome: zuerst ein Therapieversuch mit Imiquimod?

In der Behandlung von Basalzellkarzinomen schneidet Imiquimod zwar schlechter ab als die Exzision. Bei frühem Ansprechen scheint der Erfolg aber langfristig Bestand zu haben.

Patienten mit Basalzellkarzinom soll als Therapie der ersten Wahl gemäß deutscher Leitlinie eine operative Therapie mit histologischer Kontrolle der vollständigen Resektion im Gesunden angeboten werden. Angesichts der hohen Inzidenz des Tumors schlagen britische Dermatologen eine weitere mögliche Strategie vor: Patienten mit Basalzellkarzinomen in Niedrig-Risiko-Lokalisationen können zunächst topisches Imiquimod erhalten und nur im Fall eines Rezidivs operiert werden.

Der Vorschlag beruht auf den Ergebnissen einer randomisierten Studie, in der Imiquimod mit der Exzision verglichen wurde. In der drei Jahre dauernden Studie war der Immunmodulator der OP unterlegen gewesen. Die jetzt vorgelegten Fünf-Jahres-Daten bestätigen dieses Ergebnis. Sie zeigen aber darüber hinaus,

dass Patienten, die zunächst erfolgreich mit Imiquimod behandelt worden waren, meistens rezidivfrei blieben.

In die Drei-Jahres-Analyse waren die Ergebnisse von 401 Patienten eingegangen, davon 213 mit Imiquimodtherapie (5%-Creme 1 × täglich für sechs Wochen bei superfiziellen und zwölf Wochen bei nodulären Tumoren) und 188 mit Exzision. Alle Patienten hatten bis dahin unbehandelte Basalzellkarzinome, die nicht an Stellen mit hohem Risiko für ein subklinisches Tumorstadium (wie Nase, Ohr, Augenlid, Schläfe) lokalisiert waren. Die Erfolgsraten, also weder frühes Therapieversagen noch späteres Rezidiv, hatten 83,6 % und 98,4 % betragen.

Für das Fünf-Jahres-Follow-up standen die Daten von 383 Patienten zur Verfügung, 206 konservativ und 177 chi-

urgisch behandelten. In beiden Gruppen wurde in den zwei zusätzlichen Beobachtungsjahren jeweils ein Rezidiv eines superfiziellen Basalzellkarzinoms festgestellt. Die Erfolgsraten lagen damit bei 82,5 % vs. 97,7 %. Die meisten Fälle von Imiquimodversagen traten bereits im ersten Jahr auf, was laut Autoren dafür spreche, dass ein immunologisches Ansprechen, wenn es einmal eingetreten sei, auch erhalten bleibe.

Fazit: Eine Erfolgsrate von 82,5 % nach fünf Jahren entspreche immer noch einem brauchbaren klinischen Ansprechen, zumal die meisten Fälle von Therapieversagen früh identifiziert werden und das Langzeitansprechen erhalten bleibe, so die britischen Dermatologen. Auch die häufig geäußerte Sorge, die immunmodulatorische Therapie könne zu „U-Boot“-Läsionen führen, also invasiv wachsenden Tumoren, die klinisch lange unsichtbar bleiben, würde durch ihre Daten nicht gestützt. *Dr. Beate Schumacher*

Williams HC et al. Surgery vs. 5% Imiquimod for Nodular and Superficial Basal Cell Carcinoma: 5-Year Results of the SINS Randomized Controlled Trial. *J Invest Dermatol* 2017; 137: 614–9

Madelung-Krankheit: Überzogen von Fetteinlagerungen

Ein 48-jähriger Mann stellte sich wegen Schluckbeschwerden und eingeschränkter Beweglichkeit im Nacken in der Ambulanz vor. Aufgrund des typischen Aspekts stellte man die Diagnose einer Madelung-Krankheit, die auch unter dem Begriff der benignen symmetrischen Lipomatose oder dem Launois-Bensaude-Syndrom bekannt ist.

Die Madelung-Erkrankung ist charakterisiert durch multiple, symmetrische und entstellende abnorme Fetteinlagerungen im Bereich von Kopf, Hals, Stamm und den Nervenwurzeln der oberen und unteren Extremitäten (Abb. a und b). Die Patienten haben oft weitere Erkrankungen wie Leberschäden, Diabetes, Polyneuropathie, Gynäkomastie, Hyperurikämie und Dyslipidämie. Die Erkrankung ist mit Alkoholmissbrauch assoziiert, es gibt aber auch familiäre Formen mit mütterlichem Übertragungsweg. Ätiologie und Pathogenese sind weitgehend unbekannt, es bestehen allerdings Hinweise auf eine mitochondriale Dysfunktion mit reduzierter Aktivität des Enzyms Cytochrom-c-Oxidase. Die Therapieoptionen erschöpfen sich in der Entfernung des Fettgewebes.

Prof. Hermann S. Füll

Nisi G et al. Madelung's disease. *N Engl J Med* 2016; 374: 572

Fetteinlagerungen an Kopf und Oberkörper (a, b), chirurgisches Ergebnis nach einem Jahr (c), Rezidive nach drei Jahren (d)

© N Engl J Med. 2016;374:572