

kurz notiert

Seltene Hauttumoren: Schweißdrüsenkarzinome

Schweißdrüsenkarzinome sind nicht nur extrem selten – auch die Klassifikation ist uneinheitlich, für die einzelnen Entitäten gibt es keine klaren diagnostischen Kriterien und der Verlauf der Erkrankung ist nur schlecht charakterisiert, erklärte Uwe Hillen, Berlin. Umso schwieriger sei es, einen Überblick über diese Erkrankung zu geben und die Literatur auszuwerten, denn für ein und dieselbe Entität gebe es mehrere Synonyme. Die klassische Unterteilung erfolge nach Art der Sekretabgabe nach ekkrin und apokrin. Dieses System ist aber umstritten, denn es gebe durchaus Mischformen, die ekkrine und apokrine Anteile innerhalb desselben Tumors aufweisen. Eine weitere Möglichkeit ist die Unterscheidung nach malignem Potenzial, also die Unterteilung nach „low-grade“ und „high-grade“.

Ein Beispiel für ein Schweißdrüsenkarzinom beschrieb Hillen das Porokarzinom (Inzidenz 0,05%). Es hat in den Epithelien des Akrosyringiums seinen Ursprung und tritt meist erst in höherem Lebensalter auf. Ein weiteres, äußerst seltenes Karzinom sei das primär kutane adenoid zystische Karzinom, von dem in der englischsprachigen Literatur nur etwa 117 Fälle beschrieben sind. Es trete ebenfalls eher in höherem Lebensalter auf und sei häufig in der Kopf-Hals-Region lokalisiert. Im mittleren Alter sei das Hidradenokarzinom (6% aller Schweißdrüsentumore) häufiger. Dies zeige sich zunächst als ein bis zu 5 cm großer Knoten und bleibe lange asymptomatisch; aber etwa 60% dieser Tumore metastasieren innerhalb von zwei Jahren. Vom aggressiven, digitalen papillären Adenokarzinom seien meist Männer betroffen, betone Hillen. Die Metastasierung erfolge teilweise erst spät und könne noch bis zu 20 Jahre nach Primärtumor auftreten. Oft sei es schwer, das Karzinom als malignen Tumor zu erkennen. Wichtig sei es daher, diesen tief zu biopsieren.

Hillen bedauert, dass es bisher nur sehr wenige klinische Daten gibt. Meist bestehen diese aus Fallberichten, nur selten sind Studien verfügbar.

Miriam Sonnet

Bericht vom 27. Deutschen Hautkrebskongress 2017 vom 21. bis 23. September 2017 in Mainz.

früher auf als unter PD-L1-Therapie; laut Hassel etwa 27 Tage nach Therapiebeginn. Die Behandlung erfolgt mit Novaminsulfon, Cox-2-Inhibitoren oder niedrigdosierten Steroiden. „Gegebenenfalls muss die Dosis der Therapie reduziert oder die Behandlung pausiert werden“, erklärte Hassel.

Nebenwirkungsmonitoring moderner Melanomtherapien

Für die Therapie des malignen Melanoms stehen mittlerweile Checkpointinhibitoren (Nivolumab, Pembrolizumab und Ipilimumab) sowie zielgerichtete Therapien (BRAF- und MEK-Inhibitoren) zur Verfügung. Beide Therapiestrategien gehen jedoch mit Nebenwirkungen einher, die zum Teil schwere Folgen haben. Nach Lucie Heinzerling, Erlangen, ist eine strenge Überwachung sowie ein gutes Monitoring der Nebenwirkungen nicht nur wichtig, um die Mortalität zu senken, sondern auch, um Morbiditäten zu vermeiden und – insbesondere bei BRAF/MEK-Inhibition – dafür zu sorgen, dass die Therapie fortgeführt werden kann.

Bei der Behandlung mit Checkpointinhibitoren können unter anderem Diarrhö, Endokrinopathien und Hepatitiden auftreten sowie seltene aber gefährliche, etwa kardiale oder neurologische Nebenwirkungen. Die einzelnen Nebenwirkungen bedürfen dabei ganz unterschiedlicher Arten eines Monitorings: eine Diarrhö wird zum Beispiel direkt beim Patienten erfragt.

Auch bei Endokrinopathien ist eine gute Anamnese erforderlich. Zusätzlich kann eine Elektrolytbestimmung frühzeitig auf beispielsweise eine Hypophysitis hinweisen. Hepatitiden sind in der Regel asymptomatisch und erfordern daher regelmäßige Laborkontrollen, etwa durch die Messung der Transaminasen.

Gerade seltenen Nebenwirkungen erfordern laut Heinzerling eine gründliche Anamnese und körperliche Untersuchung und regelmäßige Laboruntersuchungen, dabei gibt der Kreatininwert Hinweise auf Nephritiden, eine CK-Erhöhung kann (Kardio-)Myositiden detektieren. Ziel ist es, Nebenwirkungen frühzeitig zu identifizieren und zu therapieren und so schwere Auswirkungen zu vermeiden. Dies betrifft insbesondere die Myokarditis, das Guillain-Barré-Syndrom, die Enzephalopathie und die Pneumonitis.

Heinzerling verwies zudem auf den zeitlichen Verlauf mit dem die unterschiedlichen Nebenwirkungen auftreten können und darauf, dass manche, die erst später oder sogar Monate nach Absetzen der Therapie auftraten. Wichtig sei also, neben der Untersuchung, den Patienten darauf hinzuweisen, jegliche Symptome dem behandelnden Arzt mitzuteilen. Bei einer Hospitalisierung kann es zudem sinnvoll sein, mit dem behandelnden Krankenhaus Kontakt aufzunehmen, um sicher zu gehen, dass die Kollegen dort auch die autoimmune Nebenwirkungen der Checkpointinhibition im Blick hätten. Vor jeder Gabe ist eine dezidierte Anamnese durchzuführen. Des Weiteren müssen die Blutwerte vorliegen und kritisch bewertet werden.

Die Nebenwirkungen bei der kombinierten BRAF/MEK-Inhibition lassen sich laut Heinzerling besser managen. Das Spektrum erstreckt sich von kardialen und okulären Nebenwirkungen, über Fieber bis hin zu Myositiden und einer Photosensitivität. Seltene Nebenwirkungen umfassen zum Beispiel die Radiosensibilisierung. Hier sei besonders die Radiodermatitis verstärkt.

Die Kardiotoxizitäten werden mittels QT-Intervall gemonitort – übersteigt dieses 500 ms, muss die Therapie unter Umständen pausiert werden. Eine seröse Retinopathie oder Uveitiden (okuläre Nebenwirkungen) sind in den meisten Fällen kein Hindernis für die Fortsetzung der Therapie. Bei der retinalen Venenokklusion sei allerdings ein permanentes Absetzen geboten.

Eine Dosismodifikation kann bei BRAF/MEK-Inhibitoren hilfreich sein. Auch das Umsetzen auf eine andere Therapie ist denkbar. Die meisten Nebenwirkungen treten in den ersten Wochen nach Gabe auf. Auch hier gilt es, vor der Therapie eine gute Anamnese durchzuführen, auch immer im Hinblick auf Komplikationen und mögliche Wechselwirkungen. Heinzerling empfiehlt, die Patienten gezielt darauf hinzuweisen, ihren behandelnden Arzt über alle zusätzlichen Medikamente zu informieren. Vor der BRAF/MEK Inhibitor-Therapie ist eine Blutentnahme angebracht (im weiteren Verlauf monatlich), auch ein EKG, Echokardiographie und eine augenärztliche Untersuchung seien sinnvoll.

Gerade bei seriellen Therapien sollten Ärzte außerdem daran denken, dass der Patient zwar jetzt mitunter eine Chemotherapie bekommt, vorher aber eine Immuntherapie erhalten hat. Deshalb sollten Mediziner immer alle Nebenwirkungsprofile im Blick haben und auch weiter daraufhin untersuchen.

Miriam Sonnet

Bericht vom 27. Deutschen Hautkrebskongress 2017 vom 21. bis 23. September 2017 in Mainz