



„Viele Lymphome werden zunächst als Ekzemerkrankungen banalisiert und nicht richtig eingeordnet. Hier ist zu sensibilisieren.“

**Prof. Dr. Rudolf Stadler**

Chefarzt der Hautklinik des Johannes-Wesling-Klinikums, Minden, und Präsident der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)

wurde besonders auf das liposomal verkapselte Doxorubicin verwiesen als tumorreduzierende zytotoxische Substanz in fortgeschrittenen Stadien.

**? Was empfiehlt die Leitlinie zu Wirkstoffen, die in Deutschland nicht verfügbar sind?**

**Stadler:** Zwei Vertreter neuer Substanzklassen, die in den USA bereits zugelassen sind, bei uns aber nicht, wurden berücksichtigt: Vorinostat und Romidepsin. Beide Substanzen sind von der europäischen Zulassungsbehörde EMA nicht akzeptiert worden, weil kontrollierte Studien fehlten. Die Ansprechraten liegen aber nach den offenen Studien in der Größenordnung von 30 bis 40%. Die remissionsfreie Zeit liegt für Romidepsin bei erfreulichen 15 Monaten, für Vorinostat bei 6 Monaten. In Einzelfällen kann über die internationale Apotheke auf diese Substanzen zurückgegriffen werden. In Deutschland wird Vorinostat von MSD Sharp & Dohme auch im Rahmen eines Compassionate-Use-Programms zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus haben wir auch den CD52-Antikörper Alemtuzumab in einer Niedrigdosisempfehlung – 3 x 10 mg wöchentlich subkutan – in das Therapieschema aufgenommen. Leider steht der Antikörper möglicherweise nicht mehr zur Therapie der Lymphome zur Verfügung. Wir müssen abwarten, ob wir doch noch auf die Substanz zurückgreifen können.

Gleiches gilt für einen weiteren Hoffnungsträger in der Systemtherapie der kutanen Lymphome: Das Fusionsprotein Denileukin Diftitox, das an den CD25-Rezeptor bindet. Die Substanz wird derzeit weltweit von Eisai nicht zur Verfügung gestellt.

Wenn neue Behandlungsoptionen nicht zur Verfügung stehen, haben die traditionellen Therapien umso mehr eine besondere Bedeutung. Es gilt, Systemtherapien frühzeitig einzusetzen, da auch schon in frühen Phasen mit modernen molekularen Untersuchungen zu 50% eine systemische Beteiligung nachweisbar ist. Je eher wir die Kontrolle über die kutanen-T-Zell-Lymphome gewinnen, umso besser ist die Perspektive für die Patienten. Mit einer stadiengerechten Therapie lässt sich häufig eine Kontrolle der T-Zell-Lymphome erreichen. Das bedeutet auch, nach kurzfristiger zytotoxischer Intervention wieder zurückzukommen zu einer nichttoxischen systemischen Therapie mit Bexaroten oder Interferon kombiniert mit hautgerichteten Therapien, klassischerweise mit der Photochemotherapie PUVA.

**? Wo sehen Sie im Alltag die größten Versorgungsprobleme für Patienten mit kutanen Lymphomen?**

**Stadler:** Es ist wichtig, mehr Mediziner für diese seltenen Erkrankungen zu qualifizieren. Das werden wir nicht in jeder Praxis realisieren können. Aber in den etablierten Tumorzentren wollen wir ein Niveau der Diagnostik, Therapie und auch Nachsorge erreichen, das garantiert, dass die Patienten eine verbindliche Antwort bekommen auf ihr Krankheitsbild und über die Zeit geführt werden können. Da Lymphome bis auf wenige Ausnahmen nicht heilbar sind, impliziert dies eine lebenslange Betreuung durch den Arzt und eine intensive Bindung des Patienten an die Klinik. Dieser muss ein Experte sein, um wirklich Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Entsprechend sollten die Ärzte in den Ambulanzen der Zentren nicht immer wieder wechseln, sondern ein, zwei kompetente und erfahrene Mediziner diese Patienten betreuen und sie durch ihre Krankheit führen – eine große Herausforderung.

**? Worauf sollten betreuende Ärzte besonders achten?**

**Stadler:** Viele Lymphome werden zunächst als Ekzemerkrankungen banalisiert und nicht richtig eingeordnet und dann über Monate oder Jahre fehlinterpretiert. Hier ist zu sensibilisieren. Wenn unklare Hauterscheinungen oder Ekzemmorphen auch auf intensive Lokalthherapie nicht ansprechen und auch Anamnese wie Diagnostik leer sind, muss man an diese Krankheitsgruppe denken und entsprechend handeln.

Die Hämatooonkologen sind über die Besonderheiten der kutane Lymphome, zu ihrem charakteristischen biologischen Verhalten zu informieren, da sich daraus in der Therapie teilweise deutliche Unterschiede zu den nodalen Lymphome oder dem Hodgkin-Lymphom ergeben. Die bei diesen Lymphomen indizierte radikale Tumortherapie mit dem Ziel der Eradikation ist in dieser Stringenz bei den kutanen Lymphomen nicht angebracht, sondern vielmehr ein stadiengerechtes Vorgehen. Eine zu frühe zytotoxische Behandlung ist häufig eher kontraproduktiv, das Krankheitsbild kann darunter akzelerieren anstatt kontrolliert zu werden.

**! Herr Professor Stadler, vielen Dank für das Gespräch.**

Das Interview führte Friederike Klein.

**Weiterführende Literatur**

1. Swerdlow SH et al. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Lyon (France), IARC Press, 2008
2. Kim YH et al. TNM classification system for primary cutaneous lymphomas other than mycosis fungoides and Sézary syndrome: a proposal of the International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL) and the Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC). Blood 2007;110: 479–84

**S3-Leitlinie malignes Melanom kommt!**

Wie Prof. Dr. Rudolf Stadler im Rahmen des 22. Deutschen Hautkrebs-Kongresses (ADO-Jahrestagung) im September in Hannover berichtete, ist die Abstimmung über die Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des malignen Melanoms abgeschlossen. Der DDG-Präsident schätzt, dass die S3-Leitlinie im Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, JDDG, Anfang 2013 publiziert werden wird. Für das internationale Publikum erfolgt die Publikation im renommierten Journal of Clinical Oncology – schließlich ist die deutsche Leitlinie, abgesehen von einer weiteren aus Australien, die einzige S3-Leitlinie zum malignen Melanom weltweit. Die Leitlinie zur Prävention des malignen Melanoms ist ebenfalls fast abgeschlossen.

fk