

Heller Hautkrebs als Berufskrankheit

— Der durch natürliche UV-Strahlung verursachte Hautkrebs wurde mit der Novellierung der Berufskrankheitenverordnung (BKV) zum 1. Januar 2015 als Berufskrankheit (BK) 5103 in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen. Die neue BK 5103 lautet „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“. Aktinische Keratosen sind der wissenschaftlichen Begründung zufolge dann als multipel anzusehen, wenn sie einzeln mit einer Zahl von mehr als fünf pro Jahr oder konfluierend in einer Fläche von mehr als vier Quadratzentimetern (Feldkanzerisierung) auftreten. Voraussetzung für die Anerkennung einer durch UV-Strahlung verursachten Hautkrebserkrankung als Berufskrankheit ist die zweifelsfreie Sicherung der Diagnose und die Lokalisation der Hautveränderungen an beruflich exponierten Körperstellen. Ein weiteres Kriterium ist die ausreichend intensive berufliche UV-Exposition. Sie ist anzunehmen, wenn durch die berufliche Tätigkeit eine mindestens 40%ige zusätzliche UV-Belastung vorliegt, also eine berufliche Exposition gegeben ist, die zu einer Verdoppelung des Hautkrebsrisikos geführt hat. „Etwa 2,5 bis 3 Millionen Deutsche arbeiten in Vollsicht im Freien. Durch die neue Berufskrankheit werden geeignete Präventionsstrategien nun zur Pflichtaufgabe an den entsprechenden Arbeitsplätzen“, betonte Prof. Thomas L. Diepgen, Heidelberg. Diagnosen, die vor dem 1. Januar 2015 gestellt wurden, können rückwirkend als Berufskrankheit gemeldet werden, wenn die entsprechenden Vorgaben erfüllt sind. Dies ist entscheidend für Rentenzahlungen oder die Erstattung von therapeutischen Maßnahmen. *Gudrun Girrbach*

Pressekonferenz zum 10. Krefelder Hautschutztage, Krefeld, 5. Mai 2015; Veranstalter: Deb-STOKO x

Patienten profitieren von zielgerichteter Therapie

— In der systemischen Therapie von Patienten mit fortgeschrittenem, malignem Melanom hatte es bis in das Jahr 2011 keine großen Fortschritte gegeben. „Im Median überlebten Patienten bei fernmetastasierter Erkrankung nur etwa ein halbes Jahr“, so Dr. Peter Mohr, Buxtehude. Dank eines besseren Verständnisses der molekularen Pathogenese des Melanoms sei es mittlerweile jedoch gelungen, Wirkstoffe zu entwickeln, mit denen bei vielen Patienten auch noch im weit fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung eine Verlängerung der Überlebenszeit erreicht werden kann. Einer dieser Wirkstoffe ist Dabrafenib (Tafinlar®). Bei der ersten Datenauswertung der multizentrischen, klinischen Phase-III-Studie BREAK-3, in der der BRAF-Inhibitor im Vergleich zu Dacarbazin bei 250 Patienten mit nicht vorbehandelten Metastasen und BRAF^{V600}-Mutation untersucht worden war, zeigten 50 % der Patienten im Dabrafenib-Arm ein bestätigtes Therapieansprechen, aber nur 6 % im Dacarbazin-Arm [Hauschild A et al. *Lancet* 2012; 380: 358–65]. Das mediane progressionsfreie Überleben betrug 5,1 Monate unter Dabrafenib versus 2,7 Monate unter Dacarbazin. Damit führte die

Therapie mit dem BRAF-Inhibitor hinsichtlich des Tumorprogresses zu einer 70%igen relativen Risikoreduktion ($p < 0,0001$). Langzeitdaten aus der BREAK-3-Studie zeigen zudem, dass Patienten mit Patienten, bei dem eine BRAF^{V600}-Mutation nachgewiesen wurde, anhaltend von einer zielgerichteten Therapie mit Dabrafenib profitieren. Wie Mohr berichtete, waren zwei Jahre nach der Randomisierung noch 45 % der Patienten im Dabrafenib-Arm am Leben. Das mediane Gesamtüberleben erreichte 20,1 Monate im Dabrafenib-Arm und 15,6 Monate im Dacarbazin-Arm (HR 0,81) [Hauschild A et al. *Ann Oncol* 2014; 25 iv378, Abstract 1092PD]. Nach drei Jahren lebten in den beiden Behandlungsgruppen noch 31 % beziehungsweise 28 % der Patienten. Dass diese Unterschiede nicht signifikant ausfielen, ist Mohr zufolge auf das Studiendesign zurückzuführen, das den Patienten nach der radiologischen Bestätigung eines Tumorprogresses einen Wechsel in den Dabrafenib-Arm erlaubte. *Dr. Silke Wedekind*

Satellitensymposium „Langzeitdaten zur zielgerichteten Therapie des metastasierten Melanoms“ im Rahmen der 48. DDG-Tagung, Berlin, 1. Mai 2015; Veranstalter: Novartis

Psoriasis: hohes PASI-Ansprechen und hohe Lebensqualität

— In den beiden Phase-III-Studien UNCOVER-2 und UNCOVER-3 mit über 2.500 Patienten erwies sich IL-17A bindende monoklonale Antikörper Ixekizumab mit beiden Dosisregimes (80 mg alle zwei bzw. vier Wochen) nach zwölf Wochen in allen Parametern des Hautzustandes gegenüber Etanercept und Placebo als statistisch überlegen. Darüber hinaus zeigten die mit Ixekizumab behandelten Patienten eine signifikante und bedeutende Besserung der Parameter für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Etwa 90 % der Patienten, die zweiwöchentlich mit Ixekizumab behandelt wurden, erreichten PASI 75, rund 40 % der Patienten PASI 100. Statistisch signifikante Unterschiede waren bereits nach einer Woche erkennbar. Etwa 50 % aller mit Ixekizumab behandelten Patienten erreichten zu diesem Zeit-

punkt PASI 75. In einer Analyse von Patienten, die einen PASI 100 erreicht hatten, gaben 78 % in der Studie UNCOVER-2 und 85 % in der Studie UNCOVER-3 an, dass ihre Krankheit keinen Einfluss mehr auf ihre Lebensqualität, ermittelt nach dem DLQI (Dermatologischer Lebensqualitäts-Index) habe. Die meisten behandlungsbedingten unerwünschten Ereignisse (UE) waren in ihrer Ausprägung leicht bis mittelschwer. Die häufigsten ($\geq 2\%$) behandlungsbedingten UE bei den mit Ixekizumab behandelten Patienten waren Infektionen der oberen Atemwege, Reaktionen an der Injektionsstelle, Juckreiz, Kopfschmerzen und Arthralgie. Schwerwiegende UE wurden von weniger als 2 % der Patienten gemeldet.

Nach Informationen von Lilly