

Strategien zur Prävention der aktinischen Keratose

Sechs führende deutsche Dermatologen haben einen Algorithmus erarbeitet, der es erleichtern soll zu entscheiden, welche Maßnahmen zur Prävention aktinischer Keratosen (AK) je nach Risikoniveau zu ergreifen sind.

Zu einem Konsensstreffen, an dessen Ende ein ausformulierter Algorithmus zur AK-Prävention vorlag, waren die Professoren Jean Krutmann (Düsseldorf), Carola Berking (München), Mark Berneburg (Regensburg), Thomas Diepgen (Heidelberg), Thomas Dirschka (Wuppertal) und Markus Szeimies (Recklinghausen) zusammengekommen. Unterstützt wurden die Experten vom Unternehmen ISDIN, das in seinem Sortiment auch Sonnenschutzprodukte vorhält.

Zu den Basismaßnahmen der Prävention von UV-Schäden gehören demnach die Vermeidung von Sonnenlicht während der Spitzenbelastung mit UV-Strahlung sowie das Tragen schützender Kleidung. Wo eine Exposition nicht zu vermeiden ist, kann eine Sonnenschutzcreme gute Dienste leisten.

Schutzcremes wirken nur, solange die UV-Strahlung noch keinen DNA-Scha-

den angerichtet hat. Inzwischen sind aber Sonnenschutzprodukte erhältlich, mit denen sich solche Schäden reparieren lassen sollen. Diese enthalten aktive Reparaturmoleküle, welche sich die Forschung von der Natur abgeschaut hat. Beispielsweise nutzen bestimmte Bakterien die T4N5-Endonuklease, die UV-bedingt beschädigte Erbinformationen austauscht. Beuteltiere und Algen bedienen sich der Photolyase zum selben Zweck. Mithilfe liposomaler Lotionen lassen sich diese Moleküle, die in menschlichen Zellen nicht synthetisiert werden, in die Haut einbringen. Dies soll der Entstehung aktinischer Keratosen, einer eventuellen Feldkanzerisierung und schließlich weißem Hautkrebs vorbeugen. Vor diesem Hintergrund schlagen die Experten eine abgestufte Vorgehensweise vor.

— Personen mit niedrigem Risiko (Hauttyp Fitzpatrick \geq III, leere [Familien-]

Anamnese für weißen Hautkrebs, keine Risikomerkmale wie Sonnenbrände): Sonnenschutz im Sommer.

— Mittleres Risiko (Fitzpatrick $<$ III und/oder positive Anamnese und/oder Risikomerkmale): ganzjähriger Sonnenschutz mit Schutzfaktor $>$ 50.

— Hohes oder sehr hohes Risiko (AK vorhanden, evtl. mit Feldkanzerisierung, oder entsprechende Therapie in der Anamnese, weißer Hautkrebs in der Anamnese, klinisch relevante Lichtschäden an der Haut, Organempfänger, Immunsupprimierte, Xeroderma pigmentosum): ganzjährig sehr hoher Sonnenschutz und Produkte mit Enzymen zur DNA-Reparatur.

Fazit: Dermatologische Fachleute aus Deutschland haben sich auf eine Strategie geeinigt, wie dem Risiko von DNA-Schäden durch Sonnenlicht und der Gefahr maligner Transformation zu begegnen ist. Besonders heben sie die Rolle von Produkten hervor, die Reparaturenzyme wie Photolyase enthalten. *Dr. Robert Bublak*

Krutmann J et al. New Strategies in the Prevention of Actinic Keratosis: A Critical Review. *Skin Pharmacol Physiol* 2015; 28: 281–9

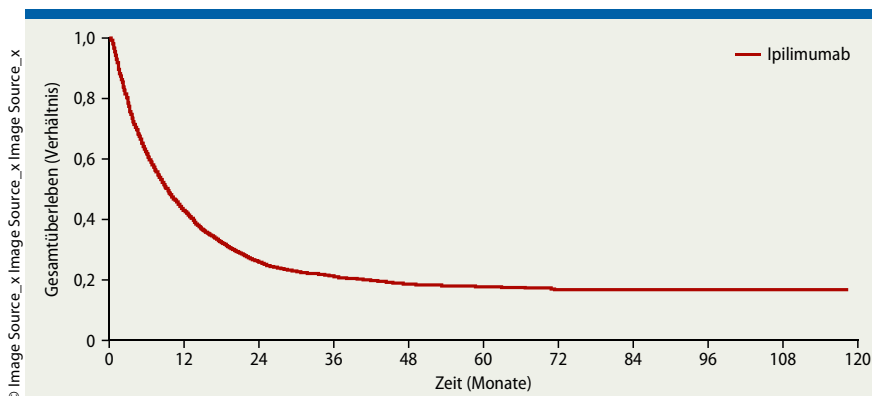
Melanom: Langzeitüberleben mit Ipilimumab

Der monoklonale CTLA-4-Antikörper Ipilimumab kann das Überleben von Patienten mit fortgeschrittenem Melanom verlängern. Aber um wie viel Zeit?

Seit 2011 ist Ipilimumab zur Behandlung des fortgeschrittenen Melanoms zugelassen. Manche Patienten überlebten in Studien mehr als fünf Jahre. Um eine präzisere Abschätzung zu erreichen, wurden nun die Daten von 4.846 Patienten aus dem Studien sowie dem „expanded access“ Programm analysiert.

In der ersten Kohorte von 1.861 Patienten betrug das mediane Gesamtüberleben 11,4 Monate. Unter diesen Patienten waren 22%, die drei Jahre später noch lebten; bei den behandlungsnaiven Patienten waren es 26%, bei den vorbehandelten 20%. Wurden alle 4.846 Patienten betrachtet, lag das mediane Gesamtüberleben bei 9,5 Monaten. In beiden Gruppen zeigte sich nach etwa drei Jahren ein Plateau, das auch zehn Jahre nach Thera-

pie noch in etwa auf demselben Niveau von rund 20% verharrete (**Abb. 1**).



Ein beeindruckendes Plateau zeigt die Kurve zum Gesamtüberleben bei den Patienten mit fortgeschrittenem Melanom unter Ipilimumab-Therapie.

Fazit: Diese Analyse bestätigt, dass die Überlebenskurven nach etwa drei Jahren ein Plateau erreichen, das viele Jahre anhält. *Christina Berndt*

Schadendorf D et al. Pooled analysis of long-term survival data from phase II and phase III trials of ipilimumab in unresectable or metastatic melanoma. *J Clin Oncol*. 2015; 33: 1889–94