

Hautkrebscreening: Status Quo

Seit 2008 haben gesetzlich Versicherte alle zwei Jahre einen Anspruch auf das Hautkrebscreening. In der Initialzeit wurden im Rahmen eines Hautkrebsforums der DDG Ziele formuliert, die es zu erfüllen galt: etwa der Nachweis der Evidenz über den Nutzen, die Verbesserung der Versorgung von Hautkrebspatienten in Deutschland, die Schaffung einer Awareness in der Bevölkerung und die Erhöhung der Inanspruchnahme, die Schaffung von Anreizen für die Leistungserbringer sowie die Erbringung der Evidenz über die Wirtschaftlichkeit. Prof. Matthias Augustin, Hamburg, gab einen Überblick, ob und wie diese anfangs formulierten Ziele tatsächlich bisher umgesetzt wurden.

Daten zum tatsächlichen Nutzen des Screenings fehlen bisher. Noch mehr diskutiert als der Nutzen ist jedoch der Schaden. In Umfragen gaben die meisten Patienten an, die Belastung durch das Screening als eher gering zu empfinden, auch das Warten auf die Diagnose wurde als

nicht zu lang angegeben. Augustin gab jedoch zu bedenken, dass die Wartezeit bis zur Diagnose sehr unterschiedlich sei und sogar bis zu einigen Monaten dauern kann. Die Belastung durch eine eventuelle Operation wurde als nur kurz empfunden und etwa 90 % der gescreenten Patienten sehen die Untersuchung als nützlich an. Daten zum Folgeverhalten, also ob sich bei Patienten eine Sorglosigkeit einstellt oder ob sie nach zwei Jahren wieder ein Screening in Anspruch nehmen, fehlen bisher. Genaue Zahlen über die Anzahl falsch-negativer Befunde gibt es ebenfalls (noch) nicht.

Die Kenntnis über den Anspruch auf das Screening sei nicht ganz so hoch wie gewünscht, berichtete Augustin. Durch Forssa-Umfragen in der allgemeinen Bevölkerung wurde jedoch deutlich, dass die Quoten der Inanspruchnahme prinzipiell steigen. Auffällig sind die Zahlen der verschiedenen Bundesländer. Die Inanspruchnahmequote ist im Westen Deutschlands höher als in den östlichen

Ländern: Während in Nordrhein-Westfalen 39 % der Bevölkerung zum Screening gehen, nehmen in Brandenburg nur 19 % die Untersuchung wahr.

Bei den Leistungserbringern, also in erster Linie Dermatologen und Hausärzten, steigt die Zufriedenheit gegenüber dem Screening. Pro Untersuchung erhalten die Ärzte rund 23 Euro. Allerdings komme man schnell an Kapazitätsgrenzen, vor allem, wenn die Inanspruchnahme größer wird und noch steigen soll. Die Meldebereitschaft der Praxen ist unterschiedlich aber bisher unzureichend und oft zum einen von der Art des Tumors, zum anderen von der Art der Diagnose (Erst-/Folgediagnose) abhängig. Die Evidenz über die Wirtschaftlichkeit ist noch nicht gegeben. Dies läge unter anderem daran, dass zum Teil noch Daten zum tatsächlichen Nutzen des Screenings fehlen.

Alle Ziele seien demnach noch nicht erreicht, „wir sind aber auf bestem Wege, diese umzusetzen“, resümierte Augustin.

Miriam Sonnet

Sitzung XVI: Hautkrebs-Screening – eine Herausforderung

Muskel- und Gelenksbeschwerden bei Checkpointinhibitoren

Neben den allseits bekannten Nebenwirkungen moderner Melanomtherapien gibt es auch solche, die seltener auftreten. Dazu gehörten die muskuloskelettalen Nebenwirkungen, also Muskel- und Gelenksbeschwerden, erläuterte Dr. Jessica Hassel, Heidelberg. Einen Einblick von der Häufigkeit dieser Nebenwirkungen gibt eine Studie aus dem Jahr 2015: Arthralgien traten hier bei der Behandlung mit alleiniger Ipilimumab-Therapie in 19 von 311 Fällen auf (6,1 %) [Larkin et al. N Engl J Med 2015; 373: 23–34]; eine weitere Studie berichtete von seltenen Arthritis-Fällen nach Ipilimumab-Behandlung (2 von 752) [Voskens et al. PLoS One 2013; 8: e53745]. Bei der Therapie mit PD-1-Antikörpern sind Myalgien, Myositiden, Athralgien und Arthritis etwas häufiger. Die meisten dieser Nebenwirkungen haben einen eher milden Ver-

lauf, solche mit höheren Schweregraden betreffen vor allem die Muskulatur (z. B. Myositiden).

Hassel berichtete über eine eigene Studie mit 195 Patienten, die mit PD-1-Antikörpern behandelt wurden. Davon hatten 26 eine Athralgie (13 %), die Beschwerden traten etwa 100 Tage nach Therapiebeginn auf. Häufig waren eher die großen Gelenke betroffen, also Schultern und Knie. 40 % der Patienten klagten zusätzlich über eine Gelenkschwellung. Bei 20 % der Patienten stellten die Mediziner eine Arthritis fest. Die Behandlung solcher Nebenwirkungen erfolgt in der Regel mit nicht steroidal Antirheumatika (NSAR), bei manchen Patienten sind zusätzliche, niedrig dosierte Steroide nötig. Bei Patienten mit einer klaren rheumatischen Erkrankung kommen höher dosierte Steroide zum Einsatz. Interessant ist der Zusammen-

hang zwischen Nebenwirkungen und dem Therapieansprechen: Wie Dr. Hassel berichtete, hatten Patienten mit einer Athralgie ein deutlich besseres progressionsfreies Überleben sowie Gesamtüberleben als Patienten ohne diese Nebenwirkung. „Eine Athralgie könnte also möglicherweise Hinweise auf ein Therapieansprechen liefern“, so Hassel.

Auch bei der Therapie mit BRAF/MEK-Inhibitoren kommt es in etwa 30 % der Fälle zu Athralgien. Diese betreffen aber eher die kleinen Gelenke wie Finger und Hände und treten deutlich früher auf als unter PD-L1-Therapie, laut Hassel etwa 27 Tage nach Therapiebeginn. Die Behandlung erfolgt mit Novaminsulfon, Cox-2-Inhibitoren oder niedrig dosierten Steroiden. Gegebenenfalls müsse die Dosis der Therapie reduziert oder die Behandlung pausiert werden, erklärte Hassel.

Miriam Sonnet

Sitzung XII: Management neuer medikamentöser Tumorthérapien – Muskuloskelettale Nebenwirkungen moderner Melanomtherapien