

Was bringt die neue Leitlinie zu AK und PEK?

Noch in diesem Jahr wird eine aktualisierte Leitlinie zu aktinischer Keratose (AK) und Plattenepithelkarzinom (PEK) der Haut erwartet, die unter anderem einen neuen Algorithmus für die Therapie des resektablen PEK enthält [AWMF-Registernr. 032-022OL].

„In der neuen S3-Leitlinie wird eine multimodale und sequenzielle Therapie der aktinischen Keratose empfohlen“, berichtete Prof. Carola Berking, Erlangen. Abhängig von der Anzahl der Läsionen stehen unterschiedliche Therapieformen zur Verfügung – darunter der neue Mitose-Inhibitor Tirbanibulin, der seit Juli 2021 zur Behandlung einer frühen AK im Gesicht oder auf der Kopfhaut Erwachsener zugelassen ist. Die Tirbanibulin-haltige Salbe wird einmal täglich über fünf Tage dünn aufgetragen. In den multizentrischen Zulassungsstudien führte dies zu einer kompletten

Abheilungsrate von 44–45 % und einer partiellen Abheilungsrate von 68–76 % [Blauvelt A et al. N Engl J Med 2021;384:512-20].

Die Diagnostik des kutanen PEK richtet sich danach, ob Risikofaktoren vorliegen. Zu den Hochrisikofaktoren zählen gemäß der neuen Leitlinie etwa eine Tumordicke über 6 mm, ein horizontaler Durchmesser über 2 cm, Grading (\geq G3 nach Broders), sowie perineurales Wachstum, Desmoplasie, Lokalisation (Unterlippe, Ohr) oder Immunsuppression. „Nur bei Patienten mit Hochrisikofaktoren empfehlen wir zusätzlich eine Lymphknoten-Sonografie“, erklärte Berking.

Ein neuer Algorithmus sieht bei resektablem PEK ohne bekannten klinischen Risikofaktor – oder wenn nur Immunsuppression als Risikofaktor vorliegt – eine Exzision vor, die abhängig von

histologischen Risikofaktoren näher beschrieben wird. PEK mit Risikofaktor(en) – ohne Immunsuppression – erfordern direkt eine mikrografisch kontrollierte Chirurgie (MKC).

Aufgrund neuer Zulassungen und Studiendaten wird bei nicht resektablem/metastasiertem PEK eine Immuncheckpointblockade als Erstlinientherapie empfohlen. Für Erkrankte, die auf eine Monotherapie mit Pembrolizumab nicht ansprechen, bietet die Kombination aus Pembrolizumab und Cetuximab eine Alternative. Für das lokal fortgeschrittene oder metastasierte PEK ist der PD-1-Inhibitor Cemiplimab zugelassen, der eine objektive Ansprechrate von 44 % und eine Ansprechdauer von sechs Monaten bei 68 % der Patienten zeigt (mediante Dauer noch nicht erreicht) [Migden MR et al. Lancet Oncol 2020;21:294-305].

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Berking C. Update Therapie epithelialer Hauttumoren. Plenarsitzung „Dermatoonkologie“; 13. Juli 2022

Fehler in der Praxis: Wie man sie vermeidet und richtig mit ihnen umgeht

Fehler im rechtlichen Sinne umfassen (grobe) Behandlungsfehler, Aufklärungs-, Befunderhebungs-, Sicherungsaufklärungs- und Dokumentationsfehler sowie Fehler aus „voll beherrschbarem Risiko“. Laut einer Analyse der Behandlungsanlässe von 337 Gutachten der Norddeutschen Schlichtungsstelle wird in der Dermatologie jeder dritte Behandlungsfehlervorwurf bestätigt. In mehr als 25 % der Fälle kam es zu einem Schadensersatz.

Als häufigste Fehler in der Dermatologie nannte Prof. Peter Elsner aus Gera die versäumte Auflichtmikroskopie, eine versäumte Biopsie sowie eine dermatohistologische Fehldiagnose beim Melanom. Beim Basalzellkarzinom sind häufige Fehler eine nicht schnittrandkontrollierte Exzision sowie eine versäumte Nachexzision, wenn nicht in toto exzidiert wurde.

Um Fehler zu vermeiden, sollte in der Praxis eine Sicherheitskultur etabliert werden – zum Beispiel via Checklisten,

Leitlinien, Qualitätsmanagement (QM), Kommunikation, Teamwork und „Critical incident reporting system“ (CIRS). Ist ein Fehler passiert, gilt es, den Schaden zu mindern und den Betroffenen beziehungsweise die Betroffene (s. BGB § 630c Abs. 2) sowie Berufshaftpflicht und Vorgesetzte zu informieren. Die Dokumentation sollte gesichert und anwaltlicher Rat eingeholt werden.

Prof. Elsner präsentierte einen Gutachtenfall eines Patienten, der aufgrund eines arteriellen Verschlusses des linken Beins in einer Klinik behandelt wurde. Auf dem Patientenbegleitblatt waren eine Novalgin- sowie Penicillin-Allergie vermerkt. Kurz nach der Aufnahme erhielt er trotzdem eine Ampulle Novalgin und nach der Arterienthrombektomie einmalig unter anderem prophylaktisch Amoxicillin-Trihydrat.

Der Mann entwickelte ein generalisiertes Exanthem, was die hinzugezogenen Dermatologen als fixes toxisches Arzneimittellexanthem diagnostizierten.

Die Diagnosen auf dem Entlassungsbericht umfassten Penicillin- und Novalgin-Allergie sowie ein fixes toxisches Arzneimittellexanthem.

Vier Jahre später wurde der Mann mit starken Oberbauchschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit und Durchfall in die Notaufnahme desselben Klinikums eingeliefert. Erneut erhielt er trotz verminderter Novalgin- und Penicillin-Allergie mehrfach Novalgin; als Kurzinfusion und Medikament. Nach fünf Tagen wurde er aufgrund einer schweren Hautreaktion in die dermatologische Klinik verlegt. Die Diagnose lautete: Toxische epidermale Nekrolyse bei bekannter Metamizol-Allergie.

„Eine wichtige Botschaft ist hier: Ein Fehler kommt selten allein“, sagte Elsner. Im vorliegenden Fall hätten Fehler vermieden werden können, wenn die Kollegen das Aufnahmeblatt gelesen und danach gehandelt hätten, gleiches galt für den Arztbrief. Außerdem sei es wichtig, rechtzeitig einen Expertenrat einzuholen.

Dr. Miriam Sonnet

Elsner P. Vorsicht Falle! Fehlerquellen in der Praxis. Plenarsitzung „Was Sie wissen sollten“; 14. Juli 2022