

12. September 2018

Interview mit Prof. Claus Garbe, Kongresspräsident des 28. Deutschen Hautkrebskongresses

Seit einigen Jahren gibt es für Hautkrebspatienten neue wirksame Therapien. Doch immer noch ist Hautkrebs mit rund 240.000 Neuerkrankungen im Jahr die häufigste Krebserkrankung in Deutschland mit der größten Steigerungsrate. Bis 2030 wird sogar noch eine Verdoppelung der Hautkrebsrate erwartet. Experten sehen darin die späten Folgen UV-bedingter Hautschäden aus Kindheit und Jugend und freizeit- und berufsbedingter langjähriger Sonneneinstrahlung. Zur Prävention, Diagnostik und Therapie werden beim 28. Deutschen Hautkrebskongress vom 13. bis 15. September 2018 in Stuttgart vielversprechende aktuelle Erkenntnisse und Forschungsergebnisse vorgestellt. Tagungspräsident Prof. Dr. Claus Garbe, Universitäts-Hautklinik der Eberhard Karls Universität Tübingen, gibt erste Einblicke in Schwerpunkte und Highlights des hochkarätigen Kongresses.

Welche besonderen Akzente sind beim diesjährigen Hautkrebskongress in Stuttgart gesetzt? In welchen Bereichen gibt es neue Impulse?

GARBE: Ein wichtiger Schwerpunkt sind die aktuellen Entwicklungen in der Melanom-Diagnostik. Wie eine internationale Studie um Holger Hänßle, Heidelberg, zeigt, bringt ein selbstlernendes Computerprogramm im Vergleich mit Fachärzten, die viel Erfahrung brauchen, um ein Melanom sicher zu erkennen, bessere Ergebnisse. Neue Computer-Algorithmen ermöglichen eine automatisierte Melanomdiagnose, das heißt: Der Einsatz künstlicher Intelligenz zieht in die Diagnostik ein. Das ist eins unserer Top-Themen.

Ein weiterer aktueller Schwerpunkt beim Hautkrebskongress ist, dass die Immuntherapie auch bei fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom erfolgreich durchgeführt wird. Kostenerstattungen werden schon jetzt bei den Krankenkassen genehmigt, genauso auch beim Merkelzellkarzinom.

Die europäische Arzneimittelagentur EMA prüft die Zulassung für den monoklonalen Antikörper gegen das Protein PD-1 (Cemiplimab) zur Behandlung von Patienten mit Plattenepithelkarzinom, das metastasiert ist oder soweit lokal fortgeschritten, dass es nicht mehr operiert werden kann. Das fortgeschrittene Plattenepithelkarzinom ist nach dem Melanom die zweittödlichste Hautkrebserkrankung.

Abgesehen von den Ansätzen, die Effektivität beim Hautkrebscreening zu verbessern - gibt es im Bereich Prävention und Früherkennung weitere Fortschritte?

GARBE: Zum Hautkrebs-Screening wird es eine eigene Sitzung geben und es geht darum, welche Begleitforschungen sinnvollerweise durchgeführt werden sollten. Bisher wird das Screening von 30-35% der Bevölkerung wahrgenommen und es wird diskutiert, wie das weiter zu verbessern ist.

In der Prävention gibt es keinen Fortschritt. Hautkrebs entsteht überwiegend durch Sonnenbaden. Es ist ein Irrglauben, dass die Haut durch Sonnenschutzmittel vor Hautkrebs geschützt werden kann, das ist nicht der Fall. Vor Sonnenbrand ja, vor Hautkrebs nicht. Schon sehr niedrige Dosen UV-Strahlung verursachen Mutationen in der

Haut. Sobald die Haut braun wird, sind schon Mutationen ausgelöst.

Bis 2030 erwarten wir eine Verdoppelung der Hautkrebse. Der Hautkrebs wird kommen, weil diejenigen, die ihn entwickeln werden, sich ihre Bestrahlungsdosis schon abgeholt haben. Hautkrebs entsteht mit einer Latenzzeit von 20 bis 30 Jahren.

Das für uns überraschende Resultat einer großen Studie von 1.800 Kindergartenkindern war, dass Sonnenschutzmittel keinerlei Effekt auf die Entwicklung von Hautmutationen haben, Kleidung dagegen einen hochsignifikanten Unterschied macht. Wir unterscheiden intentionale Sonne beim Sonnenbaden und nichtintentionale Sonne bei Körperbedeckungen, die vor Melanomen und Plattenepithelkarzinomen schützen.“

Im dermato-onkologischen Bereich gibt es in den letzten Jahren bahnbrechende neue Behandlungsansätze. Welche neuen Erkenntnisse zu erfolgversprechenden Strategien werden beim Hautkrebskongress vorgestellt? Und wie weit ist die Zulassung neuer wirksamer Medikamente in der Dermato-Onkologie?

GARBE: Ein Tagungsschwerpunkt liegt darauf, dass aktuelle Daten zur adjuvanten Therapie des Melanoms mittels zielgerichteter Therapie, „targeted therapie“, und Checkpoint-Inhibitoren vorgestellt werden. Beide Optionen vermindern die Rezidivwahrscheinlichkeit nach Entfernung eines Hochrisiko-Melanoms deutlich und verbessern somit die Prognose.

Neu ist, dass die Immuntherapie mit Checkpoint-Inhibitoren in die adjuvante Therapie des Melanoms eingeführt wird. Es werden aktuelle Studien präsentiert, die zeigen, dass im Vergleich zu Placebo eine Absenkung des Wiedererkrankungsrisikos von 40-50% erreicht werden kann. Weil die Ergebnisse so gut sind, übernehmen die Krankenkassen die Kosten für die Behandlung schon jetzt.

Das erste Medikament zur adjuvanten Immuntherapie (Nivolumab) wurde Ende Juli zugelassen, 2 weitere Zulassungen (Dabrafenib + Trametinib, Pembrolizumab) erwarten wir bis Ende des Jahres. Positive Phase-III-Studien liegen für alle 3 Medikamente vor.

Nach den immensen Fortschritten der letzten Jahre in der Behandlung von Melanom und anderen Hauttumoren durch zielgerichtete Therapien, Immun-Checkpoint-Inhibitoren und Kombinationstherapien - gibt es auch schon vielversprechende Weiterentwicklungen?

GARBE: In die Behandlung des metastasierten Melanoms wurde die Tripeltherapie eingeführt – die Kombination von 3 unterschiedlich wirkenden Medikamenten. Es gibt noch keine belastbaren Ergebnisse, aber 2 fortgeschrittene Studien, die beim Hautkrebskongress diskutiert werden.

Die innovativen Therapiemöglichkeiten sind in vielen Fällen sehr wirksam, werden aber nicht immer gut vertragen. Nebenwirkungsstrategien sind ein großes Forschungsthema. Werden in diesem Bereich neue Entwicklungen vorgestellt?

GARBE: Klinische Schwerpunkte liegen beim optimalen Therapiemanagement von Nebenwirkungen. Wir haben bisher viel zu selten ein standardisiertes Management zur Erfassung der Nebenwirkungen. Diese können heftig auftreten, vor allem bei der kombinierten Immuntherapie, oft mit unspezifischen Symptomen wie Schwindel und Kopfschmerz.

Die Forschung ist dabei, Instrumente zu entwickeln wie Computer-geleitete Rückmeldungen von Patienten auf täglicher Basis. Ich hoffe, dass diese Entwicklung schnell kommt und auch allgemein finanzierbar ist.

Renommierte Plenarredner präsentieren aktuelle Forschungsergebnisse in verschiedenen dermatologischen Bereichen. Was sind für Sie die Kongress-Highlights?

GARBE: Wir haben 3 hochkarätige Keynote-Lectures, auf die ich sehr gespannt bin. Hans-Georg Rammensee aus Tübingen stellt seine Untersuchungen zur individualisierten Immuntherapie mit Anti-Krebs-Impfungen vor. Bisher haben wir unspezifische Immuntherapien und die spannende Frage ist: Kann man die Lymphozyten noch speziell

stimulieren, dass für jeden Patienten eine gezielte, individuell wirksame Therapie entwickelt werden kann?

Laurence Zitvogel vom Institut Gustave Roussy in Paris, dem größten Krebsforschungszentrum in Frankreich, stellt klinische Konsequenzen translationaler Forschung zur Immun-Checkpoint-Inhibition vor. In ihren spannenden Untersuchungen zum Mikrobiom zeigt sie, dass der Erfolg einer Krebstherapie auch durch eine veränderte Zusammensetzung der Darmflora bestimmt wird. Aus dem Stuhl lässt sich das Mikrobiom bestimmen, je nach Zusammensetzung wird die Immunantwort moduliert. Das kann heißen, dass bei bestimmten Zusammensetzungen des Mikrobioms starke oder schwache Immunantworten entstehen, und die Behandlung der Darmflora der Schlüssel zum Therapieerfolg sein könnte.

Ashfaq Marghoob vom Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York präsentiert neue diagnostische Methoden und diskutiert den Einsatz von Computerprogrammen mit artifizieller Intelligenz, die heute bereits in der Diagnose des Melanoms Dermatologen mit Spezialisierung in Dermato-Onkologie schlagen können.

Auf welche Forschungsdaten sind Sie besonders gespannt?

GARBE: Bei allen Fortschritten der letzten Jahre haben wir nach wie vor Problemfälle. Nicht alle Hautkrebspatienten können erfolgreich behandelt werden. Ich bin gespannt auf neue Forschungsergebnisse für Hautkrebspatienten mit Hirnmetastasen. Es werden erfolgversprechende Studien zu einer Kombination aus stereotaktischer Bestrahlung und kombinierter Immuntherapie vorgestellt, die Evidenz steht bisher noch aus.

Ein weiterer Problempunkt sind Schleimhautmelanome. Diese sind nicht durch UV-Strahlung verursacht, also gibt es nicht so viele Mutationen als Angriffspunkte für die Immuntherapie.

Interessant ist auch die Frage, welche Fortschritte es für Patienten mit okulären Melanomen gibt. Etwa 5% aller Melanome entwickeln sich im Auge. Hier gibt es keine Lymphversorgung – und keine Lymphknotenmetastasierung (bei kutanen Melanomen 75%) – sondern die okulären-Melanome metastasieren alle primär über die Blutbahnen in die Leber.

Wir bedanken uns sehr herzlich für das Interview!

Quelle: Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie