Gedränge auf dem Bahnsteig bei der An- und Abreise konnten sich die Derma-Update-Teilnehmer im November 2020 sparen: Die Veranstaltungen fanden online statt.

Derma Update 2020

Dermatologie in Zeiten von COVID-19

Im Corona-Jahr 2020 war auch das 14. Dermatologie-Update-Seminar etwas Besonderes. Die Vorträge wurden im November erstmals als Livestreams gesendet – ein Angebot, das rund 1.700 Teilnehmer vor ihre Bildschirme lockte. Das Programm war spannend wie gewohnt: Das Themenspektrum umfasste unter anderem Hautveränderungen bei COVID-19, die Krebsdiagnostik in der Coronavirus-Pandemie, ebenso aktuelle Studiendaten zum nicht melanozytären Hautkrebs, zu verschiedenen Autoimmundermatosen und zum „Hot Topic“ chronischer Pruritus.

Hautkrebsdiagnostik in der COVID-19-Ära verzögert

Derzeit sei eine „Publikationspanemie“ zum Thema Krebs und COVID-19 zu verzeichnen, berichtete Prof. Axel Hauschild, Kiel. Aktuelle Publikationen zeigen, dass in Zeiten von COVID-19 nicht nur kardiale Erkrankungen spät oder auch zu spät diagnostiziert werden, sondern auch Krebserkrankungen. So belegen Analysen von Daten aus 20 US-amerikanischen Krebszentren, die insgesamt mehr als 28 Millionen Patienten versor-

gen sowie aus einer Institution im englischen Plymouth, dass sich von Januar bis April 2020 im Vergleich zum gleichen Zeitraum im Vorjahr signifikant weniger Patienten vorstellten [London JW et al. JCO Clin Cancer Inform 2020; 4: 657-65]. Der deutlichste Rückgang war im April 2020 mit 50 % weniger Krebspatienten als im April 2019 zu verzeichnen, für den Monat Januar dagegen lag die Differenz nur bei 3,5 %. Spitzenreiter war das maligne Mela-

nom, bei dem sich die Patientenzahl im April 2020 gegenüber 2019 um 51,8 % verringert hatte, gefolgt vom Prostatakarzinom mit 49,1 % und dem Mammakarzinom mit 47,7 %. Auch die Zahl der Screenings ging gegenüber dem Vorjahr drastisch zurück, und zwar die Mammografie um 89,2 % und die Koloskopie um 84,5 %. Das Hautkrebscreening wurde nicht untersucht, da dies in den USA und im Vereinigten Königreich nicht etabliert ist. Auch in Deutschland berichten Kollegen aus Gynäkologie, Gastroenterologie und Dermatologie von rückläufigen Krebscreenings, so Hauschild.

Es sei zu befürchten, dass künftig maligne Melanome möglicherweise erst in einem späteren Stadium diagnostiziert werden. Eine italienische Publikation [Ricci F et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2020; 34: e778-9] weist bereits darauf hin, dass das „Post-COVID-19-Melanom“ prognostisch ungünstiger sei, berichtete Hauschild. In der Untersuchung wurden Patientendaten eines dermatologischen Referenzzentrums in Rom in drei verschiedenen Zeitphasen evaluiert: in der Phase vor dem Lockdown vom 1. Januar bis 9. März 2020, während des Lockdown bis 3. Mai 2020 und in der Post-Lockdown-Phase bis 6. Juni 2020. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 237 primäre maligne Melanome neu diagnostiziert. Die Zahl der pro Tag neu diagnostizierten malignen

Melanome lag in der Prä-Lockdown-Phase – wie auch in den Jahren 2018/2019 – bei 2,3, während des Lockdowns bei 0,6 und in der Post-Lockdown-Phase bei 1,3. Nach dem Lockdown wurden im Vergleich zur Periode vor dem Lockdown die prognostisch ungünstigen nodulären malignen Melanome 5,5-mal, sekundär knotige superfiziell spreitende Melanome 3,9-mal und ulzerierte Melanome 4,9-mal so häufig gefunden. Die mittlere Tumordicke betrug in der Prä-Lockdown-Phase 0,88 mm und in der Post-Lockdown-Phase 1,96 mm.

Die diagnostische Verzögerung während der Corona-Krise lasse ein substantielles Risiko für eine erhöhte Morbidität und Mortalität infolge fortgeschrittener maligner Melanome be-

fürchten, so Hauschild. Die Frage sei allerdings, warum Patienten verspätet einen Arzt aufsuchen. Ein Grund könnte die Angst vor einer Coronavirus-Infektion sein, insbesondere wenn Risikofaktoren wie höheres Alter vorliegen. Doch auch die Zurückhaltung von Dermatologen, Früherkennungsuntersuchungen anzubieten, könnte eine Rolle spielen. Hauschild betonte, dass auch in Zeiten von COVID-19 das Spektrum der dermatologischen Versorgung inklusive Hautkrebscreening in vollem Umfang angeboten werden sollte und ermutigte zu mehr Öffentlichkeitsarbeit nach dem Motto „Hautkrebs ist gefährlicher als COVID-19“.

Angelika Bauer-Delto

Hauschild A: Melanom

Bei Schleimhautveränderungen auch an Pemphigus denken

Der Pemphigus vulgaris ist eine seltene bullöse Autoimmunerkrankung, bei der zu 90 % die Mundschleimhaut beteiligt ist, berichtete Prof. Michael Sticherling, Erlangen. Beim mukokutanen Typ, der mit Anti-Dsg1- und Anti-Dsg3-Antikörpern einhergeht, zeigen sich Läsionen an der Mundschleimhaut vier bis zwölf Wochen vor den Hautveränderungen. Der muköse Typ, bei dem nur Anti-Dsg3-Antikörper vorliegen, weist ausschließlich Schleimhautläsionen auf. Beim Pemphigus foliaceus mit Anti-Dsg1-Antikörpern ist die Schleimhaut nicht betroffen.

Die Diagnosestellung des Pemphigus an der Schleimhaut sei häufig verzögert, so Sticherling. In einer aktuellen Untersuchung bei 36 Patienten mit Pemphigus, bei denen auch die Mundschleimhaut beteiligt war, zeigten 83 % initial nur Schleimhautläsionen, lediglich 17 % auch Hautveränderungen [Daltaban Ö et al. J Oral Pathol Med 2020; 49: 681-6]. Das mittlere Intervall zwischen Erstmanifestation und Diagnose betrug sechs Monate ($\pm$ vier Monate) bei im Mittel 5,8 medizinischen Konsultationen. Bei Patienten, die ausschließlich Schleimhautläsionen hatten, waren diese beiden

Parameter signifikant höher, wobei alle initial fehldiagnostiziert worden waren, beispielsweise als Aphthose oder Herpes-simplex-Infektion. Bei desquamativer Gingivitis war die Zeit bis zur Diagnosestellung noch länger als bei Ulzerationen und Erosionen (8 ± 4 vs. 5 ± 1 Monate). Bei erosiven und aphthösen Schleimhautveränderungen der Mundhöhle oder auch des Genitales, die über Wochen persistieren, sollte differenzialdiagnostisch an eine Pemphigus-Erkrankung gedacht werden, empfahl Sticherling.

Der Anti-CD20-Antikörper Rituximab gilt heute beim Pemphigus neben systemischen Kortikosteroiden als Therapie der ersten Wahl. Die Verzögerung bis zum Eintritt des klinischen Effekts von Rituximab sollte aber beachtet und durch eine begleitende Medikation mit Kortikosteroiden und Immunmodulatoren oder Immunsuppressiva überbrückt werden, so Sticherling. In der Literatur sind zwei Infusionsschemata beschrieben: das Lymphom-Protokoll mit 375 mg/m^2 mit vier Infusionen in jeweils einwöchigem Abstand und das in der Dermatologie bevorzugte Rheumaoide-Arthritis-Protokoll mit zwei

Infusionen von 1.000 mg in einem zweiwöchigen Abstand. In einer aktuellen Studie wurde bei 32 Patienten ein modifiziertes Schema mit zwei bis fünf Infusionen zu je 1.000 mg alle vier Wochen angewendet [Sakhiya J et al. J Clin Aesthet Dermatol 2020; 13: 47-52]. Die Nachbeobachtungszeit betrug 98 Wochen (± 20). Alle Patienten sprachen auf die Therapie an. 60 % erreichten eine komplette Remission (19 Patienten, davon acht bei minimaler zusätzlicher und elf ohne weitere Therapie), allerdings über einen Zeitraum von im Median 46 Wochen. Bei fünf Patienten kann es nach 72 bis 96 Wochen zu einem Rückfall. Die Anti-Dsg-Antikörper korrelierten mit dem Ansprechen.

Die Verträglichkeit der Therapie mit Rituximab sei insgesamt gut, berichtete Sticherling. Es könne zu milden Effekten wie niedrigem Blutdruck und Neutropenie, in Einzelfällen zu bakteriellen Infektionen bis hin zur Sepsis kommen.

Die Empfehlungen zu einer wiederholten Applikation seien heterogen: Sowohl eine regelhafte Wiederholung unabhängig von Autoantikörpern und klinischem Bild als auch eine bedarfsgerechte Applikation sei beschrieben.

Angelika Bauer-Delto

Sticherling M: Autoimmundermatosen