

Wissenschaftliches Hauptprogramm, Teil 2: Vortragssitzung „Dermatotherapie und Dermokosmetik“

## Neue Therapiekonzepte bei kutanen Lymphomen

*Prof. Dr. med. Rudolf Stadler,  
Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie, Allergologie und Phlebologie,  
Johannes Wesling Klinikum, Minden*

Kutane T-Zell-Lymphome sind eine Gruppe extranodaler Non-Hodgkin-Lymphome, die eine klonale Proliferation von überwiegend CD4-positiven T-Zellen darstellen.

Die Klassifikation dieser zum Teil heterogenen Gruppe wurde von Swerdlow 2016 aktualisiert in der Zeitschrift Blood publiziert. Nach dieser Klassifikation repräsentieren kutane T-Zell-Lymphome ca. 75 - 80 % der kutanen Lymphome, während B-Zell-Lymphome ca. 25 % ausmachen. Die jährliche Inzidenz der kutanen Lymphome liegt bei 1:100.000.

Aufgrund der Heterogenität basieren die Behandlungsstrategien auf der exakten Diagnose (Entitäten-gerecht), der Prognose, den Vorbehandlungen und dem Tumorstadium (Stadien-gerecht). Es liegen aufgrund des orphan-disease-Status dieser Erkrankungsgruppe nur wenige kontrollierte Studien vor.

In der kürzlich veröffentlichten S2k-Leitlinie „Kutane Lymphome“, Update 2016, die in Kurzversion 2018 veröffentlicht wurde, werden die gegenwärtigen Therapiestrategien Hautgerichteter wie Systemtherapien zusammengefasst dargestellt. Parallel hierzu wurde die europäische Leitlinie im European Journal of Cancer 2017 veröffentlicht. Neben der Standard Hautgerichteten Therapie, bestehend aus Schmalband-UVB oder PUVA, wird in diesem Jahr Chlormethin-Gel zur Lokaltherapie des umschriebenen kutanen T-Zell-Lymphoms eingeführt. Komplette, partielle Remissionen und stabile Krankheitsverläufe wurden in 80 % der Patienten beobachtet. Als wesentlichen Nebenwirkungen gelten irritative Dermatitis.

Der wesentliche Fortschritt, den wir in diesem Jahr erwarten können, basiert jedoch auf dem Einsatz eines Fusionstoxins, bestehend aus einem CD30-Antikörper verbunden mit einem Linker und einem Spindelzelltoxin, ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat. In einer kontrollierten Phase-III-Studie konnten Ansprechraten bis zu 80 % erzielt werden mit einem progressionsfreien Überleben von 17 Monaten. Mit dieser Substanz steht somit erstmalig ein nachhaltig wirkendes Fusionstoxin für das fortgeschrittene kutane T-Zell-Lymphom zur Verfügung.

Ende letzten Jahres wurde eine weitere große Phase-III-Studie zum Einsatz des Anti-CCR4-Monoklonalen Antikörpers Mogamulizumab auf dem ASH vorgestellt. Es wurde der CCR4-Antikörper gegen Vorinostat geprüft. Hierbei konnte vor allem eine komplette Remission im Blutkompartiment von 44 % der behandelten Fälle und eine objektive Ansprechrate von 68 % erreicht werden. Es ist damit zu rechnen, dass in den kommenden Jahren auch Mogamulizumab



zur Behandlung leukämischer Formen des kutanen T-Zell-Lymphoms zur Verfügung stehen wird.

Darüber hinaus sind sowohl für die Lokalthherapie mit Toll-like-8-Antagonisten bzw. zur Systemtherapie mit PDL1-Antikörpern Studien initiiert worden. In der Erhaltungstherapie wird der HDAC-Inhibitor Reminostat europaweit in einer Phase-II-Studie geprüft.

