

Spotlight

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Hans Meffert

Dermatologisches Zentrum Berlin

Potsdamer Chaussee 80

14129 Berlin

hans.meffert@web.de

www.dermatologie-berlin.de

Subcutaneous Merkel Cell Carcinoma in a Psoriatic Patient Treated with Methotrexate and TNF- α inhibitors

▼
Kurzkommentar zu Seite 404

Ein 58-jähriger Mann mit Psoriasis seit 26 Jahren nahm mehr als 19 Jahre lang wöchentlich 10 mg Methotrexat (MTX) ein. Zudem ging er während neun Jahren zum Sonnenbaden nach Florida. Zwei Monate nach Beginn einer Behandlung mit Etanercept (Enbrel®) entwickelte sich eine Pustulose, weshalb auf Infliximab (Remicade®) übergegangen wurde. Nach insgesamt 12-monatiger Behandlung mit den TNF-alpha-Inhibitoren entstand am rechten Arm ein rasch wachsender, harter Knoten, der sich als subkutanes Merkelzellkarzinom entpuppte.

Einer aktuellen Hypothese zufolge kann therapeutische Immunsuppression die Entstehung bzw. Progression maligner Tumore verursachen oder begünstigen. Was meinen die Verfasser der einschlägigen Leitlinien der AWMF zu solchen Fällen?

1. **Zu MTX.** Laut aktueller „Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris, Klasse S3, Update 2011“ scheint die MTX-Therapie das Risiko von malignen Erkrankungen nicht zu erhöhen (Seite 131). Folgerichtig wird die in Frage stehende Entstehung bzw. Progression maligner Tumore bei der Auswahl wesentlicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW, Tabelle 39) nicht erwähnt. In der ebenfalls aktuellen AWMF-Leitlinie „Therapie mit Methotrexat in der Dermatologie“ wird die Entstehung bzw. Progression maligner Tumore überhaupt nicht erwähnt.

2. **Zu Etanercept.** Der zitierten S3-Leitlinie zufolge war die Inzidenz von Malignomen unter dem Einsatz von Etanercept gegenüber einer Vergleichspopulation den zu erwartenden Raten und Inzidenzen für die untersuchte Population ähnlich (Seite 108). Wie bei MTX wird auch bei Etanercept die Entstehung bzw. Progression maligner Tumore bei der Auswahl wesentlicher UAW (Tabelle 29) nicht erwähnt.

3. **Zu Infliximab.** In der zitierten S3-Leitlinie werden auf Seite 123 Malignome (außer Basaliom) und lymphoproliferative Erkrankungen – beides auch anamnestisch – als wichtige relative Gegenanzeigen bezeichnet.

Gegenwärtig kann die Hypothese vom Zusammenhang der besprochenen Psoriatistherapien und der Entstehung bzw. Progression maligner Tumore weder abgelehnt noch bestätigt werden. Vorsicht und weitere kontrollierte Langzeitstudien sowie lückenlose Krebsregister sind anzuraten.

Was gibt es Neues zu dermatologischen Rezepturen?

▼
Kurzkommentar zu Seite 408

Um es vorweg zu nehmen – es lohnt, diese dreieinhalb Seiten gründlich zu lesen und zu diskutieren. Auf engstem Raume finden sich Angaben zu neuen ärztlichen Pflichten als Folge der neuen Apothekenbetriebsordnung aus dem Jahre 2012, zu Besonderheiten von Magistral- und Individualrezepturen, zu aktuellen Indikationen für Rezepturen (vorwiegend aus dem Neuen Rezept-Formularium [NRF]) und schließlich eine äußerst lobenswerte Auswahl neuer und bewährter dermatologischer Rezepturen. Jeder wird hier manch nützliche, ihm bislang unbekannt Rezeptur finden.

Die Einleitung beginnt mit einem Satz, der hoffentlich nicht in dem Sinne ausgelegt werden kann, dass für eine erfolgreiche Patientenbetreuung alleinige topische Therapie nicht als Mittel der Wahl infrage kommt. Ein Apotheker könne auch bei bloßem Verdacht auf Inkompatibilitäten oder bedenkliche Inhaltsstoffe die Herstellung ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ablehnen. Das Wort „begründeter“ ist in diesem Zusammenhang nicht angeführt. Kann das zu Verzögerung oder gar Verhinderung sinnvoller Therapie führen? Der Apotheker sei auch grundsätzlich dazu befähigt, Hilfsstoffe ohne ärztliche Rücksprache auszutauschen. Ist er hierzu befähigt oder sogar berechtigt? Kann er beispielsweise Allergie oder Intoleranz gegen Hilfsstoffe prophetisch ausschließen? In vielen Berufsjahren ist es dem Kommentator nur ein einziges Mal aufgefallen, dass ein Patient anstelle der verordneten NRF-Zubereitung mit einer Fertigarznei beliefert wurde. Ansonsten kann er sich nur an konstruktive Anrufe aus Apotheken erinnern. Die neue Betriebsordnung habe zu einer Qualitätsverbesserung der Rezeptur geführt. Allerdings gibt die Verfasserin nicht an, ob und wie ein solcher, gewiss sehr komplexer und diffiziler Nachweis geführt wurde. *Aegroti salus suprema lex.* Nützt die neue Betriebsordnung letztlich dem Patientenwohl?

In Abbildung 1 ist eine Gebrauchsanweisung mit den bei der Verordnung von Rezepturarzneimitteln nach Vorgaben der neuen Betriebsordnung erforderlichen ärztlichen Angaben dargestellt. Kann das Ausmaß der geforderten Auskünfte beispielsweise bei Anwendung von NRF-Zubereitungen reduziert werden? Zum Schluss noch ein weiteres erfreuliches Zitat: Rezepturen mit Mengen ab 100 Gramm seien in der Regel billiger als entsprechende Fertigarzneien.