

# Spotlight

## Korrespondenzadresse

**Priv.-Doz. Dr. med. Ina Hadshiew**

Derma-Köln

Graseggerstraße 105

50737 Köln

ina@sitewerks.net

## Hyperbare Sauerstofftherapie bei therapierefraktärem Pyoderma gangraenosum

▼  
**Kurzkommentar zu Seite 24**

Im vorliegenden Fallbericht aus Genf berichten die Autoren von einem 53-jährigen Patienten mit einem rasch progredienten Pyoderma gangraenosum, der unter konventionellen immunsuppressiven Therapien (orales Methylprednisolon, gefolgt von Ciclosporin A und topischem Tacrolimus [0,1%-Salbe]) keine Besserung zeigte.

Daraufhin wurde der Versuch einer zusätzlichen hyperbaren Sauerstofftherapie (täglich 95 min, für 3 Wochen, mit 2,5 bar) eingeleitet. Hierunter kam es zu einer deutlichen Befundverbesserung mit Re-Epithelialisierung des Ulkus und Reduktion der Schmerzen.

Obwohl die hyperbare Sauerstofftherapie seit 50 Jahren bei diversen Indikationen therapeutisch eingesetzt wird, ist die Evidenzlage hierzu schlecht. Mögliche Therapieeffekte beruhen auf einer verbesserten Oxygenierung des Gewebes aufgrund des erhöhten Sauerstoffpartialdruckes, gesteigerter Proliferationsrate von Fibroblasten und Endothelzellen sowie bakterizider/bakteriostatischer Wirkung auf diverse Keime bei erhöhter Phagozytoseaktivität mononukleärer Zellen.

Obwohl der dargestellte Fall eindrucksvoll die Effektivität dieser Therapie darstellt, sind weitere kontrollierte Studien hierzu erforderlich, um eine allgemeine Empfehlung aussprechen zu können; hinzu kommt die Problematik der Kostenerstattung sowie der begrenzten Zahl von Therapiezentren, die diese Therapie durchführen.

## Entwicklung eines Keratoakanthoms fünf Jahre nach Malignem Melanom unter prolongierter Psoriasis-Therapie mit TNF-alpha-Antagonisten

▼  
**Kurzkommentar zu Seite 44**

Kowalzik et al. berichten über einen 56-jährigen Patienten, bei dem ein spinozelluläres Karzinom vom Typ des Keratoakanthoms diagnostiziert wurde. Zuvor bestand bei dem Patienten seit über 40 Jahren eine Psoriasis vulgaris vom Plaque-Typ, die über viele Jahre mit diversen Therapien, u.a. PUVA, Fumaraten, Ciclosporin A, Methotrexat und, aufgrund mangelnden Ansprechens, zunächst mit dem TNF-alpha-Antagonisten Infliximab (Remicade®), dann Adalimumab (Humira®) und 3 Monate später mit Etanercept (Enbrel®) behandelt wurde.

Zudem wurde vor 5 Jahren ein superfiziell spreitendes Malignes Melanom im Stadium Ia diagnostiziert. Nach Exzision desselbigen wurde die Etanercept-Therapie beendet und Etretnat (Neotigason®) eingesetzt, das jedoch bereits nach 2 Monaten wegen mangelndem Effekt wieder beendet wurde. Danach erhielt der Patient ausschließlich eine topische Therapie mit Calcipotriol und Beta-methasonvalerat.

Der mögliche Zusammenhang zwischen der Entstehung eines Keratoakanthoms und spinozellulärer Karzinome nach verschiedenen immunsuppressiven Therapien wird ausführlich diskutiert. Insbesondere beleuchtet wird anhand einer umfassenden Literaturrecherche auch das Malignomrisiko unter TNF-alpha-Antagonisten mit/ohne zuvor bestehender Tumorerkrankung. So wurde im hier präsentierten Fall eine erneute Therapie mit TNF-alpha-Antagonisten auch mehr als 5 Jahre nach einem Low-risk-Melanom nicht wieder begonnen, da Spätmetastasierungen unter TNF-alpha-Antagonisten bei Patienten mit vorher entfernten Melanomen beschrieben sind.

Insgesamt müssen weitere Langzeitstudien erfolgen, die das Risiko und die Inzidenz von Melanomen und Nicht-Melanom-Hautkrebs unter TNF-alpha-Antagonisten und anderen immunsuppressiv wirksamen Biologika (auch nach Ende der Therapie) systematisch untersuchen.