Vorwort

Axel Hauschild^a Dirk Schadendorf^b

^aKlinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland;

^bKlinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

Wohl in kaum einer anderen onkologischen Indikation wurden innerhalb kürzester Zeit neue Therapieoptionen in vergleichbarer Anzahl und Innovationskraft verfügbar: Das Melanom hat sich binnen weniger Jahre auch auf praktischer Ebene zum Modelltumor für neue systemische Therapieansätze entwickelt, die das Überleben der Patienten beim metastasierten Melanom erheblich verlängern können.

Bis 2011 hatten wir bei Patienten mit einem Melanom im Stadium IV lediglich die Wahl zwischen einer operativen Therapie der Fernmetastasen bzw. Radiatio, einer Chemotherapie ohne Aussicht auf einen signifikanten Überlebensvorteil sowie supportiven Maßnahmen und dem Einschluss in eine klinische Studie.

Heute können wir sowohl auf immunonkologische als auch zielgerichtete Therapieoptionen zurückgreifen und sogar neue Ziele für die systemische Therapie in diesem Tumorstadium definieren – wie die Verlängerung des Überlebens und die Verkleinerung des Tumors mit entsprechender Verbesserung der klinischen Symptomatik des Patienten [1].

Modelltumor Melanom

Das maligne Melanom repräsentiert auch die erste Tumorentität, bei der ein kombinierter immunonkologischer Therapieansatz verfügbar wurde: Seit Mai dieses Jahres können wir den Immun-Checkpoint-Inhibitor Nivolumab auch in Kombination mit dem CTLA-4(cytotoxic T lymphocyte-associated antigen-4)-Checkpoint-Inhibitor beim fortgeschrittenen Melanom einsetzen,

und erneut finden wir uns als Dermatoonkologen in einer Vorreiterrolle wieder, was das immunonkologische Behandlungsmanagement im klinischen Alltag betrifft.

Wir haben sicherlich noch nicht zu jeder Fragestellung hinreichend Daten zur Verfügung, um für das Stadium-IV-Melanom verlässliche Behandlungsalgorithmen festlegen zu können: Erste Grundsätze zeichnen sich aber bereits ab [1] und werden in den nachfolgenden Beiträgen reflektiert [2, 3]. Dazu zählt auch, dass die Immun-Checkpoint-Blockade mit einem PD-1-Inhibitor sowohl in Monotherapie als auch in Kombination (Nivolumab + Ipilimumab) für alle Patienten mit einem fortgeschrittenen (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanom als effektive Erstlinienoption in Betracht zu ziehen ist – und dies unabhängig vom BRAF-Status [1]. Eine Übersicht der wesentlichen zulassungsrelevanten Studien, die im Hinblick auf die jüngst hinzugekommene Kombinationstherapie mit Nivolumab und Ipilimumab von Interesse sind, finden Sie im ersten Beitrag [2]. Daran schließt sich eine komprimierte Darstellung der praxisorientierten Diskussionen an, die wir anlässlich des «Interaktiven Expertenforums» am 24./25. Juni 2016 in Hamburg geführt haben und die erste vorsichtige Antworten auf zahlreiche neue Fragen bietet, die uns im Therapiealltag zurzeit beschäftigen [3, 4].

Prof. Dr. Axel Hauschild

Prof. Dr. Dirk Schadendorf

Literatur

- 1 Garbe C, Peris K, Hauschild A, et al: Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline – update 2016. Eur J Cancer 2016;63: 201–217.
- 2 Hauschild A: Immunonkologie beim malignen Melanom: Von der Monotherapie zur Kombinationstherapie – aktuelle Studiendaten und Fragestellungen. Oncol Res Treat 2016;39(suppl 4):DOI: 10.1159/000449457.
- 3 Schadendorf D: Entscheidungsfindung für die klinische Praxis: Aktuelle Konzepte und Behandlungsalgorithmen mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren beim Melanom. Oncol Res Treat 2016;39(suppl 4):DOI: 10.1159/000449458.
- 4 «Interaktives Expertenforum Melanom», 24.–25. Juni 2016, Hamburg, unterstützt von Bristol-Myers Squibb.