



„Die personalisierte Medizin wird eine große Bedeutung haben, wenn die neuen Biologika bei atopischer Dermatitis zum Einsatz kommen.“

Prof. Dr. Hans F. Merk, Hautklinik der Medizinischen Fakultät, Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Prof. Dr. Thilo Jakob, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen

Biologika halten Einzug in die Allergologie

Biologika beziehungsweise „targeted therapies“ kommen vor allem in der Krebstherapie oder bei chronischen Entzündungen wie der Psoriasis zum Einsatz. In der Allergotherapie dagegen ist die Verwendung bisher auf nur wenige Präparate beschränkt: Es gibt lediglich Biologika zur Asthma-therapie wie Omalizumab, das aber inzwischen mehr zur Behandlung der chronischen Urtikaria angewendet wird.

Dies mag verschiedene Ursachen haben – so ist es zum Beispiel nur begrenzt möglich, präklinische Daten aus Untersuchungen an Tieren zu erhalten. Bei onkologischen Indikationen sind solche Studien ethisch vertretbarer. Erkrankungen wie Asthma bronchiale oder die atopische Dermatitis sind aber auch pathophysiologisch heterogener als beispielsweise die Psoriasis. Inzwischen werden aber viele therapeutische Studien mit Präparaten zur „targeted therapy“ in der Allergologie durchgeführt – insbesondere zur atopischen Dermatitis. Dies war daher auch Hauptthema eines „Inflammatory skin diseases Summit“, das vor kurzem in New York stattgefunden hat.

Aufgrund der großen Heterogenität der Pathogenese der atopischen Dermatitis wird es künftig voraussichtlich eine größere Zahl an Biologika geben, die dann aber auch sehr viel differenzierter eingesetzt werden müssen als bei der Psoriasis. Für die Asthma-therapie gibt es bereits einige zugelassene Präparate. Für die atopische Dermatitis werden derzeit gezielt Biologika entwickelt. So zum Beispiel Dupilumab, ein Anti-IL-4R α -Antikörper (IL4/IL13-Antagonisten), der bei einem Th2-dominanten Immunprofil sinnvoll eingesetzt werden kann. Für Dupilumab sind die Studien schon so weit gediehen, dass eine baldige Entscheidung über die Zulassung ansteht. Weitere IL13-Antagonisten sind Lebrikizumab und Tralokinumab sowie Omalizumab-Nachfolgepräparate wie Ligelizumab, MEDI4212, XmAb7195 und Anti-TSLP (MEDI9929/AMG 157), die gegen das für den Juck-

reiz verantwortlichen IL-31 gerichtet sind (Nemolizumab, BMS-981164), sowie Präparate, die gegen ein Oberflächenprotein der Th2-Zellen gerichtet sind: Fevipiprant, OC 459 und BBI-5000.

Zur topischen Anwendung werden zudem weitere Phosphodiesterase-4-Antagonisten oder etwa Histamin-4-Rezeptor-Antagonisten untersucht. Die Anwendung von Biologika wie Anti-IL-17 und Anti-IL-22-Antagonisten, die aus der Psoriasis-therapie bekannt sind, erfordert wahrscheinlich die Differenzierung zwischen einer atopischen Dermatitis mit Th2-dominantem Immunprofil und einer mit IL-17-dominantem Immunprofil, das auch bei Entzündungsreaktionen im Rahmen der Ichthyosis-Erkrankungen vorzuherrschen scheint [Paller et al. J Allergy Clin Immunol 2016; doi: 10.1016/j.jaci.2016.07.019].

Das zeigt auch, dass der personalisierten Medizin eine wichtige Bedeutung zukommt, wenn die neuen Biologika bei der pathophysiologisch heterogenen atopischen Dermatitis zum Einsatz kommen – und zwar sowohl in der Indikationsstellung als auch im Therapiemonitoring.

Diese neuen Entwicklungen in der Allergotherapie werden auf einem im Januar stattfindenden Allergiem-Fokus-Symposium („Neue Therapien in der Allergologie – von der Immuntherapie zu den Biologika und neuen Molekülen“ [vgl. S. 58]) ausführlich diskutiert. Auch auf dem nächsten Deutschen Allergiekongress, der vom 5. bis 7. Oktober 2017 in Wiesbaden stattfinden wird, wird dies Thema sein. Merken Sie sich den Termin bei diesen vielen neuen Therapieoptionen schon jetzt vor! Bis dahin wünschen wir Ihnen eine interessante Lektüre des Allergo Journal, ein frohes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins Neue Jahr!