

Psoriasis-Therapie: erster IL-23-Inhibitor verfügbar

— Interleukin(IL)-23 wird als regulatorisches Masterzytokin in der Psoriasis angesehen. Der voll humane, monoklonale IgG1λ-Antikörper Guselkumab (Tremfya®) bindet hier mit hoher Spezifität und Affinität. Da der Antikörper durch die Blockade des IL-23-Signalwegs früh in die Entzündungskaskade eingreift, darf man sich von einer IL-23-gerichteten Therapie auch eine Modulation des langfristigen Verlaufs der Erkrankung erhoffen, so Prof. Michael P. Schön, Göttingen. In zwei klinischen Studien führte die Guselkumabtherapie verglichen mit Placebo und dem TNF-α-Antikörper Adalimumab zu

raschen und signifikanten Verbesserungen der Krankheitsaktivität: In der Zulassungsstudie VOYAGE-1 (n = 837) stellte sich die signifikant höhere prozentuale Verbesserung des Baseline-PASI-Scores (vs. Placebo) schon in Woche 2 ein (p < 0,001). [Griffiths CME et al. VOYAGE 1, D3TO1.1, EADV 2017] Nach 16 Wochen hatten 73,3% der Patienten mit Guselkumab (vs. 2,9% mit Placebo und 49,7% mit Adalimumab) ein PASI 90-Ansprechen erreicht. Dieses blieb im Studienverlauf stabil: Etwa 80% zeigten das Ansprechen unter Guselkumab zu jedem betrachteten Zeitpunkt und erhielten es über zwei Jahre.

Wie Prof. Michael Sticherling, Erlangen, betonte, war die Behandlung mit Guselkumab in den Zulassungsstudien mit einem guten Verträglichkeitsprofil assoziiert. Schwere unerwünschte Ereignisse wie schwere Infektionen oder schwere kardiovaskuläre Ereignisse traten unter Guselkumab und Adalimumab bis Woche 48 vergleichbar häufig auf. Patienten, die mit Guselkumab behandelt wurden, hatten aber seltener (2,4% vs. 6,6% bei Adalimumab) Reaktionen an der Einstichstelle.

Dr. Yuri Sankawa

Symposium „Die neue Klasse in der Psoriasis: Selektive IL23 Inhibition“ im Rahmen der Tagung DDG Kompakt und Praxisnah, Stuttgart, 2. März 2018; Veranstalter: Janssen

Sklerotherapie für alle Formen der Varikose

— Die Prävalenz von C2–C6-Varizen beträgt hierzulande in der erwachsenen Bevölkerung je nach Altersklasse etwa 15–60%. Neben genetischer Disposition, Alter und Geschlecht spielen ätiopathologisch sowohl auch exogene Faktoren eine Rolle. Diskutiert werden hier unter anderem Adipositas, körperliche Inaktivität sowie langes Stehen und Sitzen im Beruf, die auf jeden Fall alle bestehenden Symptome verschlimmern. Da es sich bei der Varikose um eine progrediente Erkrankung handelt, ist – unabhängig von der Kausalität – ein präventiv-medizinisches Vorgehen sinnvoll.

Mit Sklerotherapie lassen sich ästhetisch störende wie auch medizinisch relevante Varizen aller Schweregrade bei unterschiedlichsten Patientengruppen erfolgreich behandeln. Bei ästhetisch störenden Besenreisern und retikulären Varizen gilt die Flüssigsklerosierung als First-Line-Treatment, während die ultraschallgesteuerte Schaumsklerosierung auch für die Behandlung großkalibriger Varizen und Stammvenen angewendet werden kann. Da die Sklerotherapie minimalinvasiv ist, keiner Anästhesie bedarf und keinen Krankenhausaufenthalt erfordert, bietet sie sich besonders für hoch-

betagte, gesundheitlich vorbelastete und adipöse Patienten an. Dass die Patienten ihre alltäglichen Aktivitäten sofort nach der Behandlung wieder aufnehmen können und sich sogar bewegen sollen, hilft zusätzlich, längere Immobilität und somit gesteigerte Thrombosegefahr zu verhindern. Aufgrund der dokumentierten Sicherheit und Effektivität bietet das Verfahren sowohl bei der Behandlung von Teleangiektasien und retikulären Varizen als auch bei großkalibrigen Krampfadern eine Alternative zu operativen und thermischen Verfahren, die bei Bedarf jederzeit erneut zum Einsatz kommen kann.

Nach Informationen von Kreussler

Genitalwarzen: bessere Heilungschancen durch kombinierte Therapie

— Ursache für genitale Infektionen mit Humanen Papillomviren (HPV) sind fast immer HPV der Typen 6 und 11 („low-risk“ HPV), die infektiöse, benigne Läsionen wie Feigwarzen induzieren. Das Entartungsrisiko ist zwar gering, dennoch ist jedes Zervixkarzinom die Folge einer HPV-Infektion. Hauptproblem der meist schmerzhaften und langwierigen Behandlung von Genitalwarzen sind die hohen Rezidivraten, da subklinische Hautläsionen dabei oft unbehandelt bleiben. Für die Selbstbehandlung stehen topische Verfahren zur Verfügung,

die auch subklinische Hautläsionen erfassen (Podophyllotoxin-Lösung, Imiquimod-Creme oder Sinecatechin-Salbe); Ärzten stehen chirurgische oder ablativ-therapeutische Methoden zur Verfügung. Ablative Verfahren ermöglichen durch Abtragung zwar eine schnelle Beseitigung der Hautläsionen, die Rezidivraten sind jedoch hoch. Hohe Abheilungsraten von im Mittel 54,4% können mit dem Grüntee-Extrakt Catechine 10% (Veregen®) erreicht werden. Die Rezidivraten liegen im Mittel bei 7,7% (vs. 33,3% unter Podophyllotoxin und 18,2% unter Imiqui-

mod 5%). Die Grüntee-Catechine wirken immunstimulatorisch, antiviral und antiproliferativ [Tyring SK. J Clin Anesthet Dermatol 2012; 5: 19–26]. Empfehlenswert, insbesondere bei wiederholten Rezidiven, ist eine kombinierte, sequenzielle Therapie, so Gross. Dabei wird die chirurgisch/ablativ-therapeutische Therapie durch eine topische Nachbehandlung mit Sinecatechin-10%-Salbe oder Imiquimod-5%-Creme über maximal 16 Wochen ergänzt.

Dagmar Jäger-Becker

Vortragsreihe klassische Dermatologie: Schwerpunkt Venerologie, „Therapie von HPV-induzierten Genitalwarzen“ im Rahmen der 13. Fachtagung DERM – Dermatologische Praxis, Frankenthal, 9. März 2018; Veranstalter: Almiral Hermal, Geschäftsbereich Taurus Pharma