

Urtikaria und Psoriasis: Leitlinien weisen den Weg

— Über ein Drittel der Urtikariapatienten begeben sich nicht mehr in ärztliche Behandlung, so ein Ergebnis der ATTENTUS-Studie. „Das sollte uns nicht egal sein“, sagte Prof. Petra Staubach, Mainz. Sie verwies darauf, dass es genügend Medikamente gebe, mit der eine Behandlung erfolgreich abgeschlossen werden könne.

Behandelt werden sollte sofort, zunächst ohne Ursachensuche. Diese und weitere Empfehlungen sind in der aktuellen europäischen Leitlinie zusammengefasst [Zuberbier et al. Allergy 2018; <http://doi.org/cnqn>]. Erstlinientherapie sind H1-Antihistaminika der 2. Generation, in der zweiten Linie folgt eine Dosiserhöhung bis zum

Vierfachen der Ausgangsdosis. In der Drittlinie werden als Add-on-Therapie zu den Antihistaminika Omalizumab (Xolair®) und Ciclosporin A empfohlen, letzteres nur bei schweren, therapieresistenten Fällen. Staubach empfahl, den Patienten nach einer Omalizumab-Injektion wie bei der Hypo-sensibilisierung noch 30 Minuten sitzen zu lassen – das vereinheitliche Praxisprozesse. Ist der Patient über zwei Monate erscheinungsfrei, könne ein Auslassversuch unternommen werden. Erklärtes Ziel der Behandlung sei vollständige Beschwerdefreiheit, so Staubach.

Auch für Psoriasispatienten lautet das Therapieziel Erscheinungsfreiheit, was jedoch

(noch) unwahrscheinlich für alle Patienten ist. Derzeit empfiehlt die deutsche S3-Leitlinie eine PASI-75-Antwort als Zielkriterium [AWMF-Registernummer 013-001]. Wie PD Dr. Gertraud Krähn-Senftleben, Blaubeuren, bemängelte, hinke die 2017 publizierte Leitlinie der Entwicklung hinterher, da mit Secukinumab (Cosentyx®) und Ustekinumab bisher nur zwei Biologika der 2. Generation berücksichtigt seien. Mit den neuen Zytokin-Inhibitoren sei auch über höhere Ziele wie eine PASI-90-Antwort oder einen absoluten PASI < 3 zu diskutieren, so Krähn-Senftleben.

Sebastian Lux

Mittagssymposium „Was bringen die Leitlinien für die niedergelassenen Dermatologen? – Psoriasis und Urtikaria“ im Rahmen der Tagung DDG kompakt & praxisnah, Stuttgart, 2. März 2018; Veranstalter: Novartis

Papulopustulöse Rosazea: Therapieziel Erscheinungsfreiheit

— Ob „erscheinungsfrei“ oder nur „fast erscheinungsfrei“ ist als Therapieziel bei papulopustulöser Rosazea durchaus relevant. „Das Behandlungsziel bei papulopustulöser Rosazea sollte die Erscheinungsfreiheit sein“ – daran ließ Prof. Martin Schaller, Tübingen, keinen Zweifel. Er verwies dabei auf die Daten der CLEAR-Studie, einer gepoolten retrospektiven Analyse von vier Studien mit insgesamt 1.366 Patienten, in denen der Schweregrad der Rosazea anhand des IGA (Investigator Global Assessment)-Scores vor und nach der Behandlung mit Ivermectin 10 mg/g Creme (Soolantra®), Metronidazol-Creme oder Vehikel erhoben wurde.

Verglichen wurden nun die Patienten, die nach der jeweiligen Therapie „erscheinungsfrei“ (IGA 0) oder „fast erscheinungsfrei“ (IGA 1) waren. Patienten, die IGA 0 erreichten, profitierten dabei von einer verbesserten Lebensqualität. Signifikant mehr Studienteilnehmer ohne Läsionen gaben einen minimalen, klinisch relevanten Unterschied (mciid; ≥ 4 Punkte) des Dermatology Life Quality Index (DLQI) vom Ausgangswert bis zur letzten Untersuchung an (58,7% vs. 44,3%; $p < 0,001$). Fast doppelt so viele erscheinungsfreie Studienteilnehmer bewerteten die Verbesserung ihrer Erkrankung als „exzellent“

(76,8% vs. 41,8%; $p < 0,001$). Gleichzeitig profitierten die Patienten mit IGA 0 von einer signifikant längeren erscheinungsfreien Zeit (mediane Zeitdauer bis zum Rezidiv: 252 Tage vs. 85 Tage; $p < 0,0001$). Konkret bedeutet das mehr als fünf zusätzliche Monate Rezidiv- und Therapiefreiheit.

In der ATTRACT-Studie erzielten unter Ivermectin 10 mg/g Creme einmal täglich mit einem absoluten Unterschied von 13,2% insgesamt 60% mehr Patienten das Therapieziel IGA 0 als mit Metronidazol 0,75% Creme zweimal täglich.

Dr. Beate Fessler

Mittagsseminar „Akne, Rosazea, heller Hautkrebs: neue Therapie-Highlights für die Praxis“ im Rahmen der 13. Fachtagung DERM – Dermatologische Praxis, Frankenthal, 10. März 2018; Veranstalter: Galderma

Phase-III-Daten zu Risankizumab bei Psoriasis

— Risankizumab bindet selektiv an der p19-Untereinheit von Interleukin (IL)-23 und hemmt es. Es wird untersucht, ob mit einer Behandlung alle zwölf Wochen eine langfristige Beschwerdefreiheit bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis erreicht werden kann. Zusätzliche Endpunkte in den Zulassungsstudien ulTIMa-1 und -2 zeigten nach 16 und 58 Behandlungswochen im Vergleich zu Ustekinumab signifikant höhere Raten einer Erscheinungsfreiheit (Score 0 gemäß static Physician Global Assessment, sPGA): In Woche 16 erreichten 37% und 51% der Teilnehmer unter Risankizumab (vs. 14% und 25% unter Ustekinumab) sPGA 0. Nach 52 Wochen gelang dies

58% und 60% unter Risankizumab (vs. 21% und 30% unter Ustekinumab). Darüber hinaus bewertete eine signifikant höhere Patientenzahl unter einjähriger Behandlung mit Risankizumab (vs. Ustekinumab) ihren Gesundheitszustand anhand des Dermatology Life Quality Index (Skala: 0–30, niedriger Wert bedeutet geringere Krankheitsbelastung auf Lebensqualität) mit einem Score von 0 oder 1. Das Sicherheitsprofil von Risankizumab entsprach dem früherer Phase-III-Studien. Das häufigste unerwünschte Ereignis bei Risankizumabgabe war eine Infektion der oberen Atemwege.

Nach Information von AbbVie