

Vaskulopathie und Vaskulitis: beides in einem?

Der Begriff Vaskulopathie bezeichnet ganz allgemein eine Erkrankung der Gefäße, bei der okkludierende Vaskulopathie handelt es sich um einen Verschluss des Gefäßlumens ohne primäre Entzündung. Vaskulitis hingegen ist eine Entzündung, die sich initial und primär in der Gefäßwand abspielt. Diese Definitionen schickten Prof. Stefan W. Schneider, Hamburg, und Prof. Cord Sunderkötter, Halle, ihrem Zwiegespräch um die Frage voraus, ob eine strikte Trennung von Vaskulopathie und Vaskulitis in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht überhaupt sinnvoll ist.

Bei der Vaskulitis findet sich demnach histologisch ein Infiltrat in der Gefäßwand, das zur Blutung und/oder Dysfunktion des Endothels mit Verlust der antikoagulatorischen Eigenschaften

führt – eine Thrombose, also Okklusion des Gefäßlumens ist die Folge. Die okkludierende Vaskulopathie wiederum zeichnet sich dadurch aus, dass das Gefäßlumen mit Material oder Zellen ausgefüllt ist. In der Folge kommt es zu einem ischämischen Gefäßschaden, einer Blutung und/oder sekundären Infiltration der Gefäßwand. Während also bei der Vaskulitis die Inflammation dominiert, ist es bei der okkludierenden Vaskulopathie die Koagulation.

Die kutane Vaskulitis kann laut Schneider und Sunderkötter Symptom oder eigenständige Krankheit sein: Sie tritt als Teil einer aktiven systemischen Vaskulitis, etwa Purpura Schönlein Henoch, auf, als einzige Manifestationsform oder Entität einer ansonsten systemischen Vaskulitis, zum Beispiel bei einer auf die Haut begrenzten IgA-positiven Vaskuli-

tis, oder als eigene, sich nur an der Haut abspielende Entzündung wie beim Granuloma faciale oder der nodulären Vaskulitis. In der Praxis am häufigsten sind die Immunkomplexvaskulitiden.

Für die schmerzhafte okkludierende Vaskulopathie gibt es verschiedene Ursachen, etwa das Vorkommen von Kryoglobulinen Typ 1, Calziphylaxie Sichelzellanämie, Anti-Phospholipid-Syndrom (Vitamin K-Antagonisten), Marcumar-Nekrose oder Sneddon-Syndrom. In der Regel geht sie als Vaskulitis mit Vaskulopathie (PAN) einher. Sie kann mit Tinzaparin (175 I.E./kg Körpergewicht einmal pro Tag), Enoxaparin (1 mg/kg zweimal pro Tag), Rivaroxaban (2× 10 mg pro Tag) oder Apixaban (2× 5 mg pro Tag), eventuell kombiniert mit Iloprost-Infusion behandelt werden. Beide Experten waren sich einig: Okkludierende Vaskulopathie und Vaskulitis überlappen sich hinsichtlich ihrer Wirkung am Endothel.

Kathrin von Kieseritzky

Biologika bei Psoriasis: Wo stehen wir?

Noch immer würden Biologika in der medizinischen Praxis bei bestimmten Erkrankungen zu selten eingesetzt, obwohl ihre Wirksamkeit und Sicherheit längst nachgewiesen seien, so Dr. Ralf von Kiedrowski, München,

In die Entscheidung für oder gegen den Einsatz eines Biologikums, zum Beispiel bei Psoriasispatienten, fließen im Praxisalltag verschiedene Faktoren ein: Ausrichtung der Praxis, Krankheits schwere, Wünsche des Patienten, Therapieziele, subjektive Erfahrungen mit den Wirkstoffen, generelle therapeutische Optionen, Komorbidität und das Wirtschaftlichkeitsgebot. So sind einige Biologika bei bestimmten Begleiterkrankungen kontraindiziert oder nur mit größter Vorsicht einsetzbar, wie etwa Acitretin oder Methotrexat bei schweren Leber- oder Herzerkrankungen oder einer Schwangerschaft.

In der Erstlinientherapie sollte der Einsatz von Biologika nur dann in Erwägung gezogen werden, wenn konventionelle Erstlinientherapien keinen ausreichenden Therapieerfolg erwarten lassen.

Patienten können, wenn sie auf eine Biologikabehandlung ansprechen, oft lange Remissionszeiten erreichen. Mitunter kommt es jedoch nach einem ersten guten Ansprechen, selbst mit PASI 90, nach vielen Wochen zu einem Flare-up. Dies müsse, so Kiedrowski, von einer anhaltenden Verschlechterung der Erkrankung abgegrenzt werden. Die Patienten sollten darüber aufgeklärt werden, dass die Krankheitsbefunde unter der Biologikatherapie fluktuieren können und die Therapie nicht in jedem Falle sofort umgestellt werden muss.

Wenn die Erkrankung an sichtbaren oder heiklen Körperregionen (Gesicht, Kopf, Hand- und Fußflächen, Fingernägel, Genital-Analbereich) auftritt und sich der Patient in seiner Lebensqualität dadurch besonders beeinträchtigt fühlt, könne, so stellte Kiedrowski die Empfehlungen der aktuellen Leitlinie vor, selbst bei leichter Psoriasis ein Einsatz von Biologika in Erwägung gezogen werden, wenn dies dem Patientenwunsch entspricht. Die Wirkaussichten seien gut, der drohenden Stigmatisierung von Patienten

in der Öffentlichkeit beziehungsweise der Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität könne wirkungsvoll begegnet werden. Auch bei starkem Pruritus, der zum Kratzen führt, ist ein Einsatz von Biologika empfohlen.

Generell appellierte Kiedrowski darauf, Biologika mit guter Wirksamkeit bei Psoriasis einzusetzen. Zwar seien sie teuer, aber gleichzeitig eine effiziente und vergleichsweise nebenwirkungsarme Therapieoption. *Kathrin von Kieseritzky*



Sind sichtbare Körperregionen betroffen, können selbst bei leichter Psoriasis Biologika erwogen werden.

© viktart / stock.adobe.com