

## Psoriasis: Direktvergleich zweier Biologika

— Das Therapieziel bei der Plaque-Psoriasis ist laut Dr. Andreas Pinter, Frankfurt/Main, eine langfristige Besserung und maximale Kontrolle der Erkrankung. In der – zurzeit überarbeiteten – S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris gelte noch das Therapieziel von  $\geq 75$  PASI (Psoriasis Area and Severity Index), also eine mindestens 75%ige Verbesserung der Psoriasis. Mittlerweile könne aber mit modernen Therapeutika auch bei mittelschwerer und schwerer Plaque-Psoriasis viel mehr erreicht werden, so Pinter. Er verwies auf die randomisierte, offene Phase-IIIb-Vergleichsstudie IMMerge, in der die Wirksamkeit und Verträglichkeit des Interleukin(IL)-23/IL-19-Inhibitors Risan-

kizumab (Skyrizi®) mit der des IL-17-Inhibitors Secukinumab direkt miteinander verglichen wurden.

In der Studie erhielten 164 Patienten Risan-kizumab 150 mg, verabreicht als zwei subkutane 75-mg-Injektionen zu Studienbeginn, vier Wochen später und danach alle zwölf Wochen, und 163 Patienten Secukinumab 300 mg, verabreicht als zwei subkutane 150-mg-Injektionen zu Studienbeginn, in Woche 1, 2, 3 und 4 und danach alle vier Wochen. Der Therapieerfolg wurde verblindet beurteilt.

Bereits innerhalb der ersten drei bis sechs Monate war es unter Risan-kizumab zu einer deutlichen Besserung mit zum Teil bereits

nahezu völliger Erscheinungsfreiheit gekommen. Risan-kizumab war Secukinumab beim Anteil der Patienten mit PASI 90 zu Woche 16 nicht unterlegen (87% vs. 57%) und zu Woche 52 signifikant überlegen (66% vs. 40%;  $p < 0,001$ ). Einen PASI 100 nach 52 Wochen erreichten ebenfalls signifikant mehr Patienten unter Risan-kizumab (66% vs. 40%;  $p < 0,001$ ).

Je besser die Psoriasis kontrolliert werde, umso besser sei die Lebensqualität der Patienten und ein PASI90/100-Ansprechen gehe mit einer hohen Lebensqualität einher, resümierte Pinter. *Andrea Warpakowski*

Mittagssymposium „Studientraum oder Praxisalltag? Höhere Therapieziele = höherer Mehrwert für Arzt und Patient?“ im Rahmen der FOBI 2020 digital, 10. Juli 2020; Veranstalter: AbbVie

## Bei schwerer Rosazea kombinieren

— Auch bei schwerer papulopustulöser Rosazea ist das Ziel der Therapie eine möglichst erscheinungsfreie Haut. Erreichen lässt es sich durch die Kombination von Ivermectin 10mg/g Creme (Soolantra®) plus Doxycyclin 40 mg MR (Oraycea®), so das Ergebnis der ANSWER-Studie [Schaller M et al. J Am Acad Dermatol 2020; 82: 336-43].

Die Studie untersuchte das bestmögliche Therapieregime bei schwerer papulopustulöser Rosazea (Investigator-Global-Assessment(IGA)-Score 4). Sie verglich multizentrisch, randomisiert und placebokontrolliert bei 273 Patienten mit initial schwerer papulopustulöser Rosazea die Kombination aus Ivermectin 10 mg/g Creme plus Doxycyclin 40 mg MR mit Ivermectin in Kombination mit Placebo über zwölf Wochen.

Das Ergebnis: Unter der Kombination aus Ivermectin/Doxycyclin wurden mehr Patienten erscheinungsfrei (IGA 0) als unter Ivermectin/Placebo. Innerhalb von zwölf Wochen erreichten doppelt so viele Patienten das Therapieziel „vollständige Erscheinungsfreiheit“ (IGA 0) als unter einer Monotherapie mit Ivermectin (11,9% vs. 5,1%;  $p = 0,043$ ). „Das Therapieziel ‚clear‘ wird unter der Kombinationstherapie häufiger erreicht“, resümierte Prof. Arne Gerber, Düsseldorf. Dabei setzte die Wirksamkeit rasch ein. Bereits zu Woche 4 war die Kombination der Monotherapie hinsichtlich der Abheilung von entzündlichen Läsionen überlegen (48,2% vs. 39,3%). Sowohl die Kombination als auch die Monotherapie mit Ivermectin wurden gut vertragen.

*Dr. Beate Fessler*

Mittagsseminar „Akne, Rosacea und & heller Hautkrebs“ im Rahmen der FOBI 2020 digital, 8. Juli 2020; Veranstalter: Galderma

## Akne: neues topisches Retinoid für große Körperareale

— Rund die Hälfte der Patienten mit Gesichtsakne haben auch Läsionen im Stammbereich. Allerdings erfahren die behandelnden Ärzte davon selten – es sei denn, sie fragen danach. Dann wiederum wünschen sich drei Viertel der betroffenen Patienten auch eine Behandlung ihrer Stammakne. Bislang war die Akne an Rücken und Brust jedoch nicht einfach zu behandeln. Wie Prof. Stefan Beissert, Dresden, ausführte, sind die derzeitigen Therapieoptionen für eine längerfristige oder großflächige Aknetherapie kaum geeignet.

Trifaroten (Selgamis®) bindet selektiv an die Retinol-Säure-Rezeptor- $\gamma$ -Untereinheit, die hauptsächlich in den Keratinozyten der Epidermis vorkommt. „Somit ist der Wirkungsmechanismus scharf umgrenzt, der antientzündliche Effekt entsteht direkt am Ort der Applikation und es zeigt sich eine sehr geringe systemische Exposition. Deshalb ist Trifaroten für den Einsatz auf großen Körperarealen geeignet“, so Beissert. Die Wirksamkeit von Trifaroten wurde in zwei randomisierten, doppelblinden, Vehikel-kontrollierten Studien bei über 1.200 Patienten mit moderater Gesichts- und Stammakne untersucht [Tan J et al. J Am Acad Dermatol. 2019; 80: 1691-9]. Nach zwölf Wochen einmal täglicher Trifaroten-Behandlung hatten sich die entzündlichen Läsionen im Gesicht um 67% und am Stamm um 65% gegenüber Baseline verringert. „Wir sehen insbesondere am Anfang einen gewissen Placeboeffekt“, sagte Beissert. In der Trifaroten-Langzeitanwendung über 52 Wochen trat eine weitere Besserung gemessen anhand des IGA (Investigator's Global Assessment) und PGA (Patient's Global Assessment) auf [Blume-Peytavi U et al. J Eur Acad Dermatol. 2020; 34: 166-73]. Die Anwendung wurde gut vertragen, Nebenwirkungen wie Erythem, Hauttrockenheit oder Stechen/Brennen traten vor allem an Brust und Rücken in den ersten zehn Tagen auf.

*Dr. Marion Hofmann-Alßmus*

Online-Press-TeaTime: „Akne-Therapie im Umbruch“ im Rahmen der FOBI 2020 digital, 15. Juli 2020; Veranstalter: Galderma