

Psoriasis langfristig erscheinungsfrei

— Mehr als die Hälfte aller Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis ist nach aktuellen Langzeitdaten der UNCOVER-3-Studie unter einer Therapie mit Ixekizumab (Taltz®) auch noch nach fünf Jahren vollständig erscheinungsfrei. Aktuelle Langzeitdaten zu Ixekizumab untermauern die anhaltend starke Wirksamkeit des IL-17A-Inhibitors bei Plaque-Psoriasis. Ein PASI (Psoriasis Area and Severity Index)-100-Ansprechen erreichten nach fünf Jahren 51,9% der Patienten (75,9% PASI 90, 90,7% PASI 50). „Mit Ixekizumab bleibt jeder zweite Patient über fünf Jahre vollständig erscheinungsfrei“,

betonte Prof. Diamant Thaçi, Lübeck. Im direkten Vergleich mit dem IL-23-Inhibitor Guselkumab zeichnet sich Ixekizumab vor allem durch den rascheren Wirkeintritt aus [Blauvelt A et al. Br J Dermatol. 2019]: Den primären Endpunkt, ein PASI-100-Ansprechen nach zwölf Wochen, erreichten 41,3% versus 24,9% ($p < 0,001$). Bereits in Woche zwei wiesen unter der IL-17A-Blockade 23% der Patienten ein PASI-75-Ansprechen auf, gegenüber 5% unter der IL-23-Hemmung ($p < 0,001$).

Thaçi machte zudem darauf aufmerksam, dass bestimmte Faktoren bei einer leichten Psoriasis zu einem „Upgrade des

Schweregrades“ und damit auch zur Einleitung einer Systemtherapie führen können. Dazu gehören der Befall sichtbarer Körperregionen oder größerer Regionen der Kopfhaut, von Handflächen und Fußsohlen sowie von mehr als zwei Fingernägeln. Aber auch die Manifestation der Psoriasis im Genitalbereich, die bis zu 70% der Psoriasispatienten betrifft, gehört dazu. Hier sollte immer nachgefragt werden, ebenso wie nach starkem Juckreiz. „Die meisten Patienten leiden unter mindestens einer besonders belastenden Manifestation“, so Thaçi. *Dr. Beate Fessler*

Mittagsseminar „Precision Medicine – zwischen Science Fiction und Praxisrelevanz“, FOBI digital, 9.7.2020; Veranstalter: Lilly

Notfälle in der Dermatologie erkennen und meistern

— In seinem Vortrag über Notfälle in der Dermatologie definierte Prof. Percy Lehmann, Wuppertal, einen medizinischen Notfall als „jede Situation eines Patienten oder einer Patientin, die ohne adäquate Behandlung zu schweren Schäden oder Tod führt“. Am gängigsten ist die Anaphylaxie als allergologischer Notfall. Behandeln lässt sich diese unabhängig von der Ursache mit Adrenalin, Antihistaminika und Kortikosteroiden. „Sie sollten alles drei in der Praxis zur Verfügung haben, um schnell zu handeln“, sagte Lehmann. Für einen Algorithmus für die symptomorientierte Akutbehandlung verwies er auf eine Publikation von Herr et al. [Hautarzt 2018; 69: 352–63]. Im Nachgang sei es wichtig, das auslösende Allergen zu identifizieren, um künftige Anaphylaxien zu vermeiden. Unerlässlich sei es, die Patienten im korrekten Umgang mit Adrenalinautoinjektoren zu schulen, so Lehmann.

Als besonderen Fall präsentierte Lehmann die Lichturtikaria, die bei vielen Betroffenen oft jahrelang fehldiagnostiziert werde. Wann immer ein Patient über Quaddeln oder gar Anaphylaxie bei Sonnenexposition klagt, sollte die Diagnose Lichturtikaria geprüft werden. Diese lasse sich in der Regel leicht testen und sehr gut behandeln. Als

Maximalvariante einer Arzneimittelreaktion stellte Lehmann die toxische epidermale Nekrolyse (TEN) vor. Betroffene Patienten müssen sofort mit dem Hubschrauber in eine spezialisierte Verbrennungsklinik transportiert werden. „Ihnen bleibt nur noch die Aufgabe, den weiterbehandelnden Kollegen durchzugeben, was der mögliche Auslöser ist“, sagte Lehmann.

Wie sinnvoll interdisziplinäre Zusammenarbeit auch in der Notaufnahme ist, zeigte Lehmann anhand eines Beispiels einer pustulösen Reaktion nach Daylight-PDT. Die Chirurgen wollten Abszesse öffnen, die Internisten mit der Antibiose beginnen. Der diensthabende Hautarzt erkannte die sterile pustulöse Reaktion und konnte den Patienten beruhigen.

Ein echter Notfall für Dermatologen ist auch die Riesenzell-Arteriitis, die häufigste Systemvaskulitis. „Sie müssen ganz schnell hochdosierte Steroide geben, sonst erblindet der Mensch!“, warnte Lehmann. Kürzlich zugelassen ist auch der IL-6-Antikörper Tocilizumab. Zur Rezidivprophylaxe erhalten die Patienten Acetylsalicylsäure und Methotrexat als Dauermedikation.

Auf die Zusammenhänge zwischen Hautveränderungen und internistischen Erkrankungen ging Prof. Dr. Falk Ochsendorf,

Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Leitender Oberarzt der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main, näher ein. Bestimmte internistische Erkrankungen können verschiedene Hautsymptome auslösen. So kann ein Diabetiker beispielsweise trockene Haut oder Xanthome aufweisen. Zugleich können eine Xerosis cutis wie auch Xanthome zahlreiche andere Gründe haben. Insbesondere wenn die Hautveränderungen besonders schwer oder ausgeprägt sind, sollte man auch an eine internistische Grunderkrankung denken, erläuterte Ochsendorf. Umgekehrt existieren definierte Dermatosen, die verschiedene internistische Ursachen haben können, wie zum Beispiel eine Vasculitis allergica. Hier müssen die möglichen Auslöser systematisch ausgeschlossen werden.

Weitere Themen und Referenten des „consilium Dermatologie live“ waren Dermatochirurgie in der Praxis (Prof. Thomas Dirschka, Wuppertal), Blickdiagnosen in der pädiatrischen Dermatologie (PD Dr. Christina Schnopp, München), „Aus Irrtümern lernen ...“ (Prof. Cord Sunderkötter, Halle/Saale und Prof. Alexander Kreuter, Oberhausen) sowie Dermatosen auf dunkler Haut (Prof. Esther von Stebut-Borschitz, Köln).

Ingo Schroeder, Sebastian Lux

consilium Dermatologie live, Frankfurt/Main, 19.9.2020; Veranstalter: InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH