

Falten: gleichzeitig drei Gesichtsareale behandeln

— Die gleichzeitige Behandlung der Glabellafalte, von Stirn- und Kanthalfalten mit Onabotulinumtoxin A (Vistabel®) ist dort, wo sie indiziert ist, der Schlüssel zu einem möglichst natürlichen, ausgeglichenen Aussehen und führt zu einer höheren Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten, erklärte Dr. Marcin Specht, Hamburg. Die Behandelten würden sich seiner Erfahrung nach jünger, attraktiver und weniger gestört durch Falten fühlen und positive Reaktionen aus ihrem sozialen Umfeld bekommen.

Man müsse das Gesicht als eine ästhetische Einheit sehen, die immer in ihrer Gesamtheit betrachtet werden sollte, betonte Specht. Um die ganze Bandbreite der Emotionen zu zeigen, sei das fein ausbalancierte Zusammenspiel der Gesichtsmuskeln

besonders wichtig. In der Gesichtsästhetik könne die gleichzeitige Behandlung mehrerer Bereiche dazu beitragen, dieses ausgewogene Zusammenspiel zu erhalten. Wenn nur ein Gesichtsareal behandelt werde, würden den Patientinnen und Patienten – und auch den Menschen in ihrem Umfeld – anschließend oft stärker die Falten in den übrigen Gesichtszonen auffallen, sagte Specht.

Seien Falten nicht nur aufgrund von mimischer Aktivität entstanden, sondern auch aufgrund von Volumenverlust, sei es laut dem Experten sinnvoll, die Behandlung mit Onabotulinumtoxin A durch Filler zu ergänzen. Der Hintergrund: Im Gesicht interagieren Muskulatur, Haut, Fettpolster und das umliegende Gewebe. Wenn im Gesicht Fettpolster verschwinden, dann üben

bestimmte Muskeln eine stärkere Kraft aus, da sie die Fettpolster nicht mehr „mitziehen“ müssen. Daher kann bei älteren Menschen eine hyperdynamische Mimik entstehen. Diese lasse sich mit Onabotulinumtoxin A und Fillern gut behandeln, sagte Specht.

red

nach Informationen von Allergan Aesthetics – an AbbVie Company

Erratum

Auf S. 76 der Ausgabe 5/2023 von *hautnah dermatologie* wurde Risankizumab (Skyrizi®) nur als Immunglobin-G1-Antikörper vorgestellt. Nicht erwähnt wurde, dass dieser auf Interleukin (IL)-23 abzielt. Wir bitten diese Ungenauigkeit zu entschuldigen. Bei Risankizumab handelt es sich um einen IL-23-Inhibitor.

Neue Daten zu PDE-4-Inhibitor bei Psoriasisarthritis

— Auf dem Europäischen Kongress für Rheumatologie (EULAR) wurden neue Studienergebnisse zu dem Phosphodiesterase (PDE)-4-Inhibitor Apremilast (Otezla®) bei Psoriasisarthritis präsentiert. Darunter waren unter anderem Ergebnisse der Phase-IV-Studie MOSAIC [Østergaard M. EULAR 2023; Poster POS0226]: In der multizentrischen, einarmigen, offenen Studie wurde die Wirkung von Apremilast auf die Gelenkentzündung und das strukturelle Fortschreiten der Psoriasisarthritis untersucht. Um die Entzündung in peripheren Gelenken und Entesen zu beurteilen, wurde erstmals die Magnetresonanztomographie (MRT) genutzt. Im Gegensatz zur üblicherweise eingesetzten Röntgen-Bildgebung ist die MRT das empfindlichere Instrument, um Entzündungen darzustellen.

In der Studie wurden Patientinnen und Patienten mit aktiver Psoriasisarthritis 48 Wochen lang mit dem oralen PDE-4-Inhibitor behandelt. MRT-Untersuchungen der Hand (kontrastverstärkt) wurden zu Studienbeginn, in Woche 24 und in

Woche 48 durchgeführt. In der Studie wurde die Veränderung des zusammengesetzten Scores des Knochenmarködems („bone marrow edema“, BME), der Synovitis und der Tenosynovitis in den Fingern 2–5 der Hand im Vergleich zum Ausgangswert untersucht. Das Ausmaß der Veränderungen wurde durch den Psoriasisarthritis-MRT-Score (PsAMRIS) in Woche 24 (primärer Endpunkt) bewertet. Der Gesamtentzündungs-Score, bestehend aus BME, Synovitis, Tenosynovitis und periartikulärer Entzündung in den Fingern, sowie die strukturelle Progression wurden ebenfalls beurteilt.

Bei den mit dem PDE-4-Inhibitor behandelten Personen verbesserten sich sowohl die klinischen als auch die MRT-Messwerte der Entzündung bis zur Woche 48. Die Verbesserung der Entzündung spiegelte sich in der mittleren Veränderung gegenüber dem Ausgangswert im zusammengesetzten Entzündungs-Score von BME, Synovitis und Tenosynovitis wider. Dieser wurde mittels PsAMRIS für die gesamte Analysegruppe (n = 98) ermittelt

und betrug -2,32 in Woche 24 und -2,91 in Woche 48. Signifikante Verbesserungen in Woche 24 und 48 wurden auch in der Per-Protokoll-Population (n = 94) beobachtet. Unter der Apremilast-Therapie wurde keine signifikante strukturelle Progression festgestellt. Der Gesamtscore, mit dem das Fortschreiten der Erkrankung erfasst wurde, einschließlich der Knochenerosion, zeigte in Woche 24 und 48 keine signifikante Veränderung. Darüber hinaus wurde bei Patientinnen und Patienten mit mäßiger Krankheitsaktivität unter Apremilast ein stärkerer Rückgang der Entzündung beobachtet als bei jenen mit hoher Krankheitsaktivität.

Häufige Nebenwirkungen unter dem PDE-4-Inhibitor waren Diarrhö (33,6%), Übelkeit (12,3%), Kopfschmerzen (10,7%), Nasopharyngitis (7,4%) und Dyspepsie (6,6%).

Ebenfalls beim EULAR präsentiert wurden Daten zu Auswirkungen von Apremilast auf kardiometabolische Parameter: Unter der Therapie mit dem PDE-4-Inhibitor verbesserten sich die kardiometabolischen Parameter in allen Aktivitätsgruppen der Psoriasis-Erkrankung.

red

nach Informationen von Amgen