

## Lang wirksames Lonapegsomatropin bei Wachstumshormonmangel vor Zulassung

— Mangelt es an Wachstumshormonen (growth hormone deficiency, GHD) aufgrund unzureichender endogener Sekretion, wird einmal täglich mit rekombinantem humanem Somatotropin substituiert. Wird hingegen mit lang wirksamem Lonapegsomatropin (Skytrofa®) substituiert, ist eine wöchentliche Applikation ausreichend. Das Präparat soll in Deutschland ab Herbst 2023 zur Verfügung stehen. Dadurch können sich die Lebensqualität und die Adhärenz der Patientinnen und Patienten verbessern [Iglay K et al. Clin Ther. 2015;37(8):1813-21.e1]. Erreicht wird zudem ein besseres Wachstum bei vergleichbarem Risikoprofil. Mit der Verfügbarkeit von Lonapegsomatropin stellt sich die Frage: Kann von kurz wirksamem Somatotropin auf lang wirksa-

mes Lonapegsomatropin umgestellt werden? Die Antwort, die die fligHT-Studie gibt, ist ein klares „Ja“, wie Studienleiter Dr. Aristides K. Maniatis, Rocky Mountain Pediatric Endocrinology, Denver, USA, betonte. Die fligHT-Studie untersuchte Sicherheit und Verträglichkeit der Therapie bei Kindern mit GHD, die von einer täglichen Somatotropin-Gabe auf die wöchentliche Applikation von Lonapegsomatropin umgestellt wurden [Maniatis AK et al. Horm Res Paediatr. 2022;95(3):233-43]. In die offene, multizentrische Phase-III-Studie waren 146 Kinder eingeschlossen, von denen 143 bereits mit einmal täglich Somatotropin behandelt wurden. Nach dem Switch auf Lonapegsomatropin 0,24 mg/kg/Woche richtete sich der Blick auf Sicherheit und Verträglichkeit über

26 Wochen. Behandlungsbedingte Nebenwirkungen waren unter beiden Therapiestrategien vergleichbar. Ähnlich auch das Sicherheitsprofil. Die Auswertung der „patient related outcomes“ zeigte eine Präferenz für die wöchentliche Applikation bei Eltern und Kindern. Der Switch, der unproblematisch durchführbar ist, führte zudem zu einer Verbesserung der GHD. Resümee von Studienleiter Maniatis: „Ich habe von meinen Patientinnen und Patienten ein äußerst positives Feedback erhalten. Die einmal wöchentliche Applikation wird klar präferiert“.

Dr. Beate Fessler

Vortrag „Clinical experiences in long versus short acting growth hormone in paediatric Growth Hormone Deficiency“, Satellitensymposium beim 66. Deutschen Kongress für Endokrinologie, Baden-Baden, 7.6.2023; Veranstalter: Ascendis Pharma

## JAK1/JAK2-Inhibitor gegen Vitiligo zugelassen

— Vitiligo zählt mit einer geschätzten Prävalenz von 0,5–2 % zu den weltweit häufigsten Pigmentierungsstörungen. Seit April ist der selektive JAK1/JAK2-Inhibitor Ruxolitinib (Opzelura®) als erste und bisher einzige Therapie für die Behandlung von nichtsegmentaler Vitiligo bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren in der EU zugelassen. Die Zulassung beruht auf den Ergebnissen der placebokontrollierten Phase-III-

Studien TRuE-V1 und TRuE-V2, in denen Wirksamkeit und Sicherheit von Opzelura® im Vergleich zum Vehikel (wirkstofffreie Creme) bei mehr als 600 Patienten mit nichtsegmentaler Vitiligo im Alter von zwölf Jahren und älter untersucht wurde [Rosmarin D et al. N Engl J Med. 2022;387(16):1445-55]. Bereits nach 24 Wochen zeigte sich in beiden Studien eine signifikante Verbesserung der Repigmentierung. So erreichten

29,8 % beziehungsweise 30,9 % der mit Ruxolitinib behandelten Patienten den primären Endpunkt, eine mindestens 75 %ige Verbesserung des Vitiligo Area Scoring Index im Gesicht (F-VASI75), verglichen mit 7,4 % beziehungsweise 11,4 % der mit dem Vehikel behandelten Patienten. In Woche 52 erzielte etwa die Hälfte der mit Ruxolitinib behandelten Patienten einen F-VASI75. *red*

Nach Informationen von Incyte Biosciences

## Angststörungen und Depressionen bei ADHS

— Angststörungen und Depressionen sind häufige Komorbiditäten bei einer ADHS. Eine Auswertung von Krankenkassendaten zu den medizinischen Gesamtkosten bei ADHS und wichtigen Komorbiditäten ergab, dass etwa 22 % der Kinder mit einer ADHS zusätzlich unter einer Angststörung litten [Libutzki B et al. Eur Psychiatry. 2019; 58:38-44]. Dabei liegt der Altersmedian des ersten Auftretens von Angststörungen bei 13 Jahren [Beesdo K et al. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(1):47-57]. Somit sei davon auszugehen, dass eine bestehende ADHS für komorbide Angststörungen prädisponiere, wird Prof. Peter Greven, Berlin, in einer Mitteilung

von Medice zitiert. Bei Depressionen sei der Unterschied zwischen Kindes- und Erwachsenenalter noch auffälliger, wobei das erste Auftreten typischerweise auch später in der Lebensspanne liege. Zudem gebe es eine Überlappung zwischen Angsterkrankungen und Depressionen. Bei vorbestehenden Angststörungen setzt die Depression früher ein, häufig in Verbindung mit einem höheren Schweregrad sowie einer vermehrten Suizidalität, erklärte Greven.

Die Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter erfolgt überwiegend über Psychoedukation und kognitive Verhaltenstherapie, wobei laut Greven eine

Exposition wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil ist. Eine gute Wirksamkeit wird für selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und – etwas weniger – für Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer beschrieben, wobei letztere für diese Indikation nicht für Kinder und Jugendliche zugelassen sind. Greven betonte, dass die Behandlung des einen Störungsbildes Einfluss auf die Symptomatik des anderen haben könne. Angstsymptome könnten Folge einer ADHS sein – die Differenzialdiagnostik sei oftmals komplex. Welches Störungsbild zuerst behandelt werden sollte, müsse im Einzelfall entschieden werden. *red*

Nach Informationen von Medice