

Immuntherapie in der Dermatologie

„Zusatznutzen bei der Behandlung der Schuppenflechte
und der Neurodermitis“

Sichtweise aus der Ambulanz

Dr. med. Andreas Pinter

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Universitätsklinik Frankfurt am Main

Fünf Fakten zur Psoriasis

- **Schuppenflechte ist einer der häufigsten chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen weltweit**
- **Neben der Psoriasisarthritis sind weitere Begleiterkrankungen wie z.B. das Metabolische Syndrom mit der Psoriasis assoziiert**
- **Betroffene leiden (!) – der negative Einfluss auf die Lebensqualität steigt mit der schwere der Psoriasis**
- **Effektive Therapieoptionen sind vorhanden – die Wirksamkeit und Sicherheit neuer Medikamente steigt stetig**
- **Es ist noch immer Aufklärungsarbeit notwendig – zu viele Patienten bleiben inadäquat behandelt**

Erhöhtes Risiko für zum Beispiel Herzinfarkte

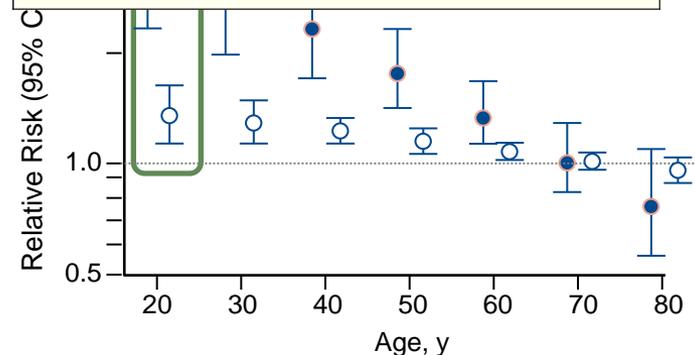
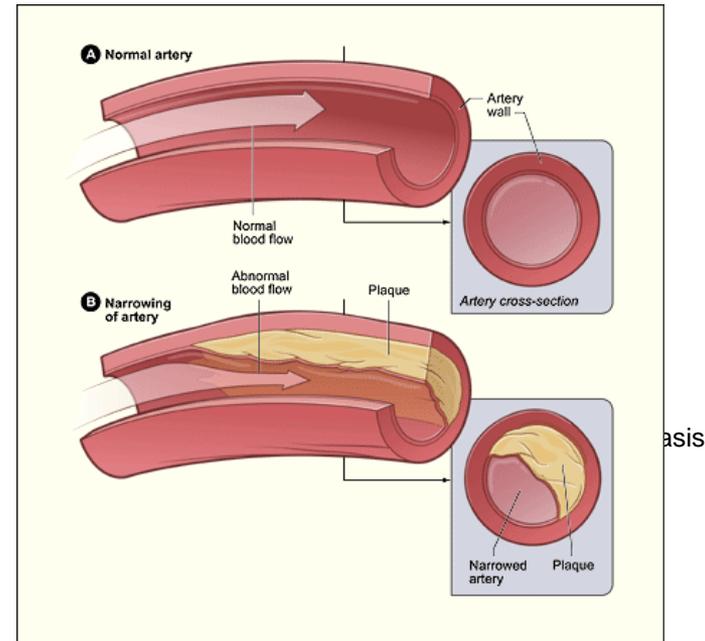
Inflammation ist ein Schlüsselfaktor der Atherosklerose¹

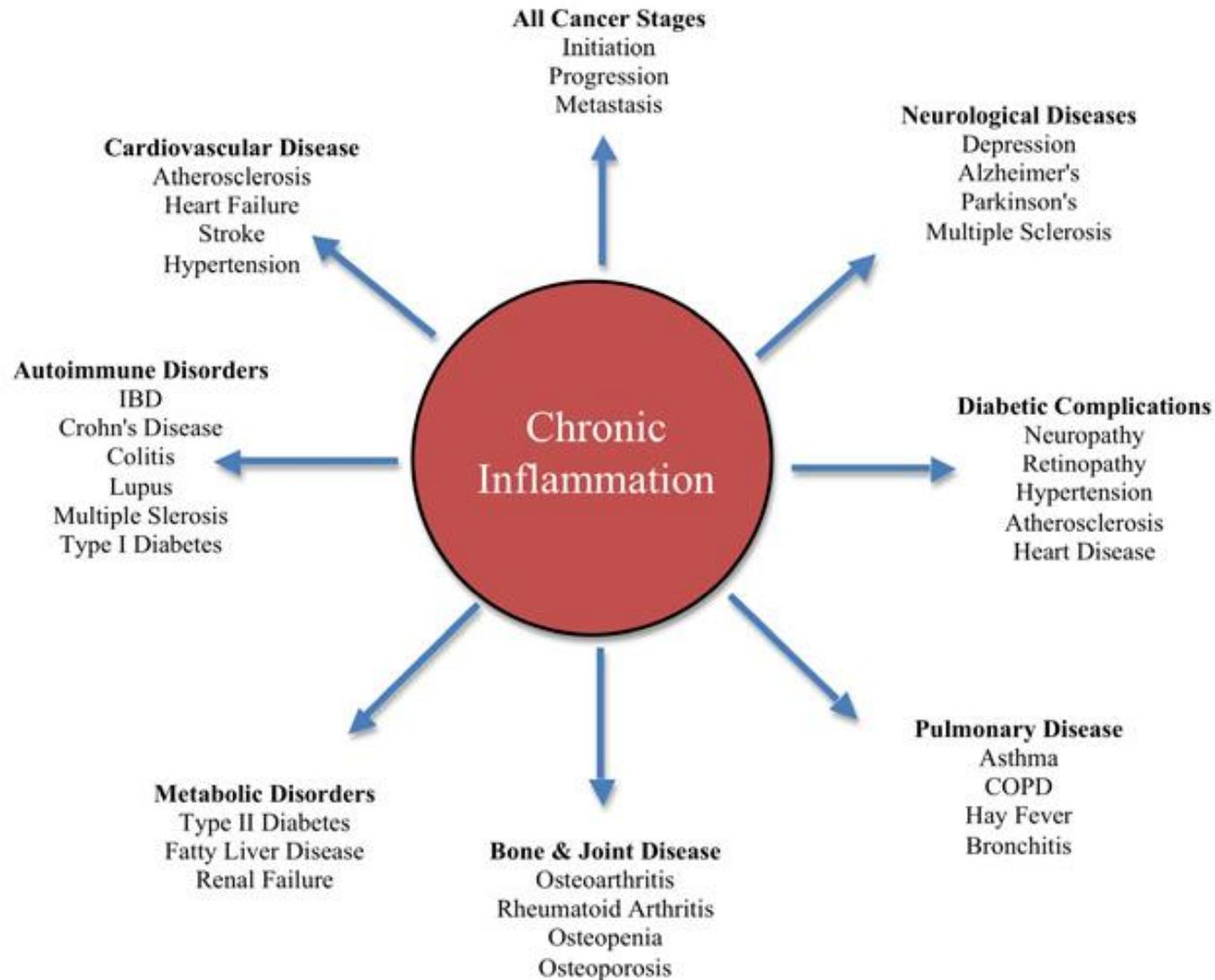


Patienten haben ein erhöhtes Risiko von:

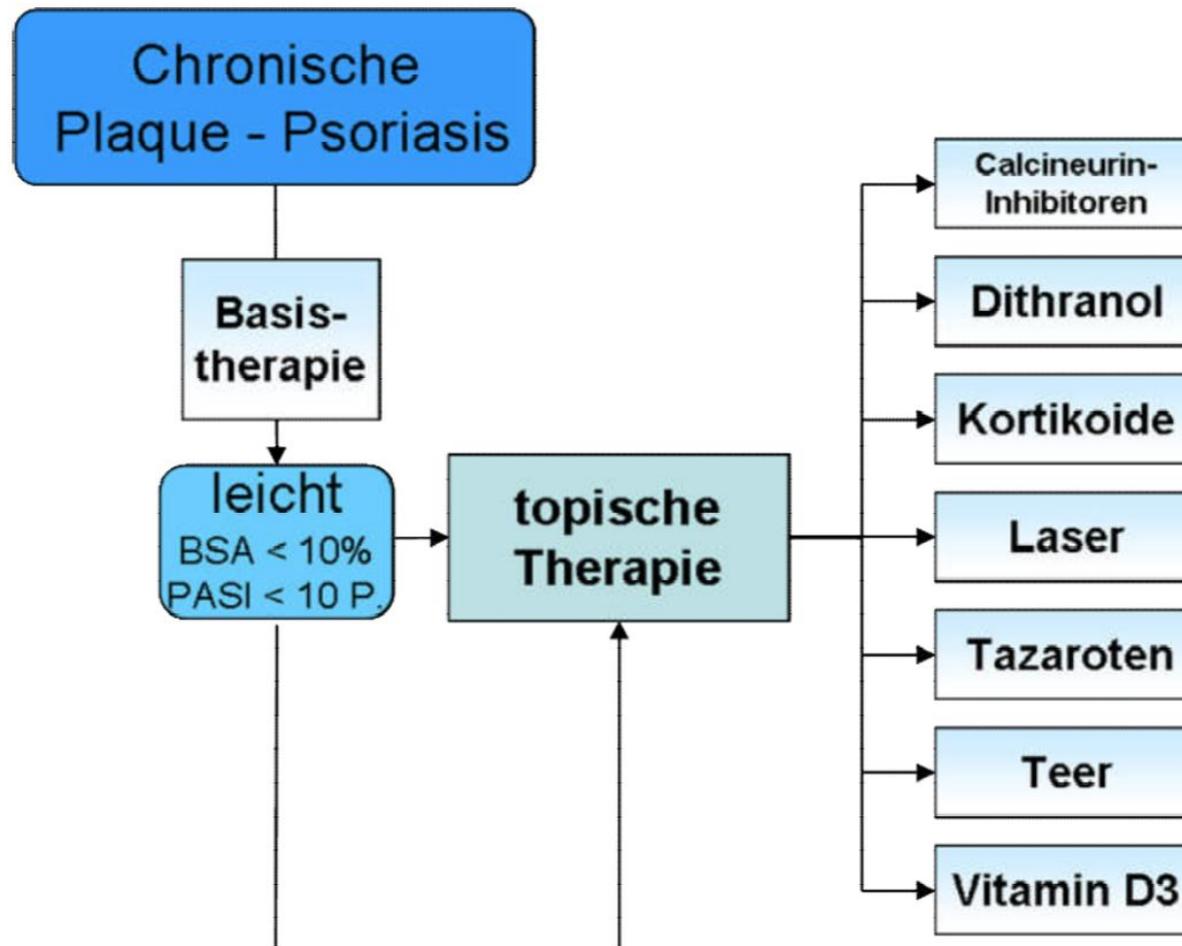
- Kardiovaskulären Erkrank.¹
- Myokardinfarkt

– Höchstes Risiko für junge Patienten mit schwerer PsO²





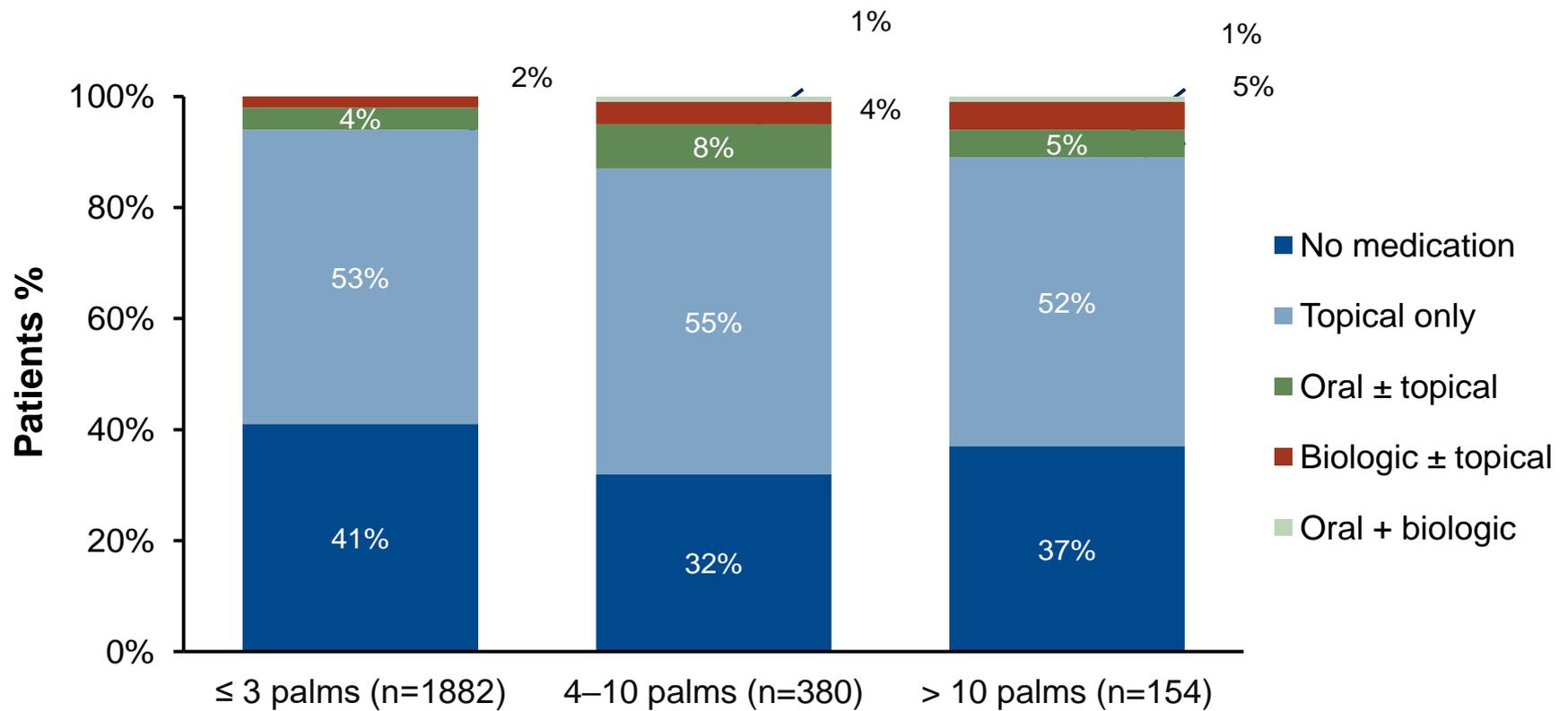
Therapie der Schuppenflechte von „außen“



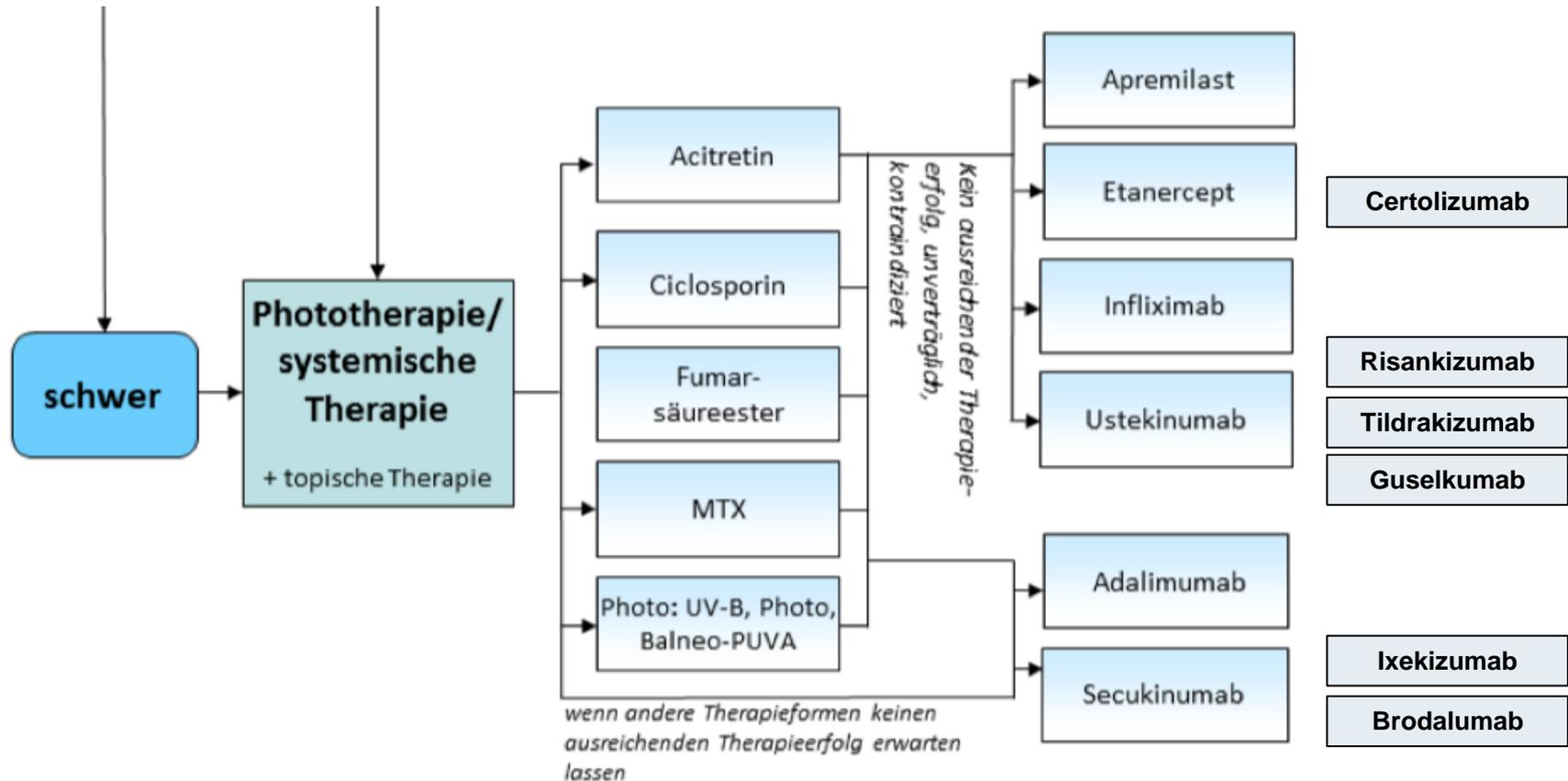
SCORES für die Psoriasis

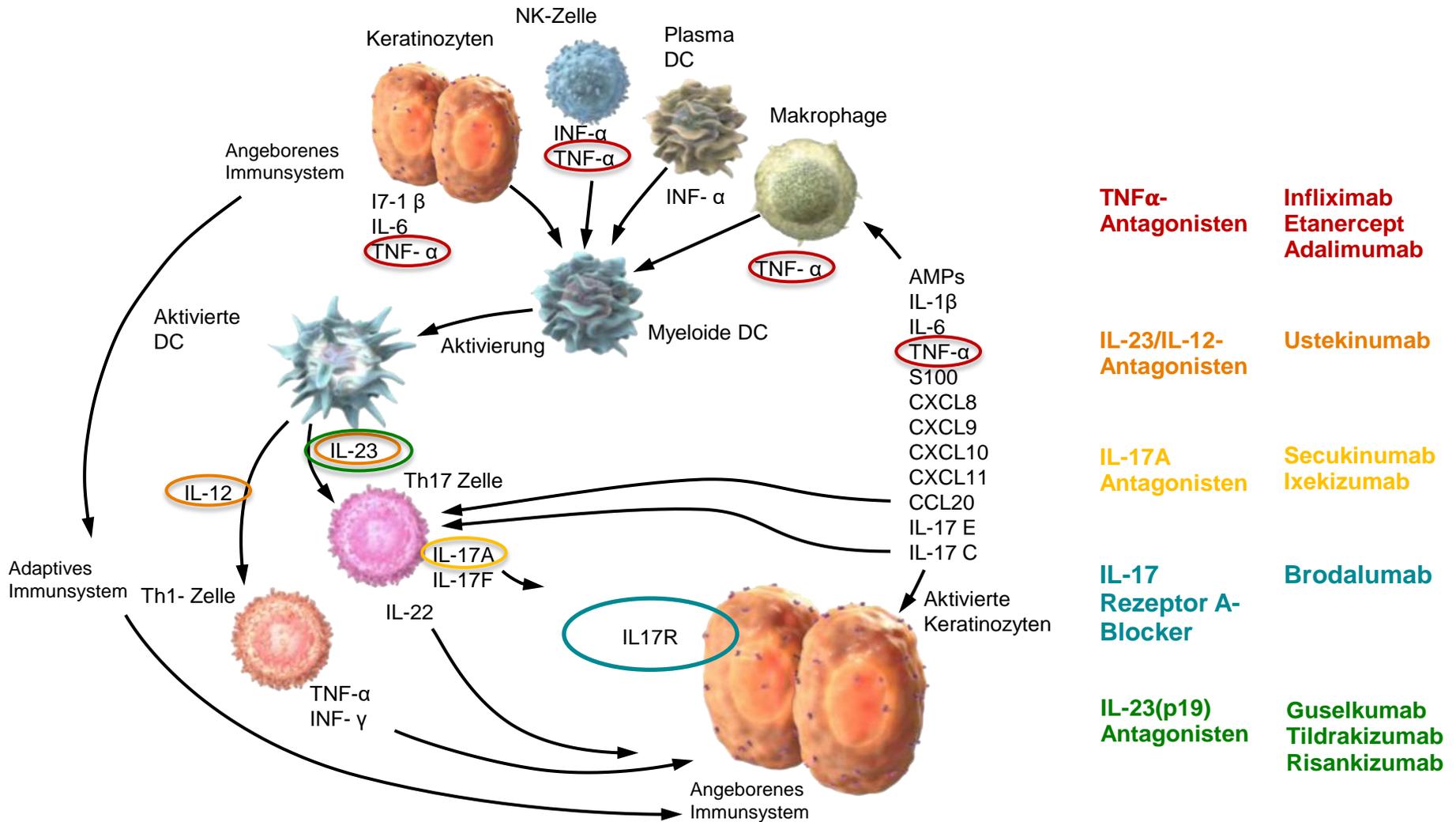
- **PASI: Psoriasis Area and Severity Index**
- **BSA: Body Surface Area**
- **IGA: Investigator Global Assessment (5-point)**
- **DLQI: Dermatology Life Quality Index**

Patienten werden nur unzureichend behandelt



Systemtherapien der Schuppenflechte





AMP Antimikrobielle Peptide; CCL Chemokin Ligand; CXCL Chemokin; DC Dendritische Zelle; IFN Interferon; IL Interleukin; NK-Zelle Natürliche Killerzelle; T_H, T-Helfer Zelle; TNF Tumor Nekrose Faktor

Auswahlkriterien der richtigen Systemtherapie

- Einfaches Therapieregime
- Gute Wirksamkeit
- Langanhaltende Wirkung
- Geringes Nebenwirkungspotential

- Wirkung auf alle Aspekte der Schuppenflechte (z.B. PsA)
- Geringes Aufwand (z.B. Vortherapien, Monitoring, etc.)
- Akzeptanz der KK, Preis
- Geringe Kontraindikationen, Wechselwirkung
- Kombinationsmöglichkeiten
- Geringe Rate an ADA

- Persönliche Umstände der Patienten sollten berücksichtigt werden

Orale Medikation

Wirkstoff	Handelsname	Firma	Initialdosis ¹	Erhaltungsdosis ¹	Indikationen ²	Besonderheiten
Fumarsäure ester	Fumaderm® Skillarence	Biogen Almirall	1 – 3x/d 30mg	120mg bis 6x/d	Pso	Gute Steuerbarkeit
MTX	div.	div.	7,5 – 10 mg/Woche	10 – 20 mg/Woche	Pso, PsA,	p.o. oder s.c. möglich
CyA	div.	div.	3-5mg/kg KG BID	2,5 – 3,5 mg/kg KG BID	Pso	schneller Effekt, begrenzte Gabe
Apremilast	Otezla®	Celgene	10 – 30 mg BID	30mg BID/d	Pso, PsA	Keine Blutkontrollen
Acitretin	Neotigason®	Puren	25 mg/d	25 – 50 mg/d	Pso(?)	pustulösen Formen / Kombination mit UV

1) Dosierung bei Psoriasis vulgaris nach Fachinfo

2) Auswahl der relevantesten Indikationen für die dermatologische Therapie (Pso = Psoriasis vulgaris; PsA = Psoriasis Arthritis), nach Fachinfo

TNF-alpha Inhibitoren

Wirkstoff	Handelsname	Firma	Target	Initialdosis ¹	Erhaltungsdosis ¹	Indikationen ²	Besonderheiten
Adalimumab*	diverse	diverse	TNF α	W0: 2 x 40mg W1: 1 x 40mg	40mg Q2W ab W1	Pso, PsA, AI	ab 4 Jahren
Certolizumab pegol	Cimzia®	UCB	TNF α	W0-4 400mg Q2W	200mg Q2W oder 400 mg Q2W ³ ab W4	Pso, PsA,	PEGyliertes Fab-Fragment
Etanercept*	diverse	diverse	TNF α	W0-12: 2 x 25mg QW oder 1 x 50mg QW oder 2 x 50mg QW ⁴	2 x 25mg QW oder 1 x 50mg QW ab W12	Pso, PsA	ab 6 Jahren TNF-Rez.- Fusionsprotein
Infliximab*	diverse	diverse	TNF α	W0, W2, W6: 5 mg/kgKG	5mg/kgKG Q8W ab W6	Pso, PsA	i.v. nach KG

- 1) Dosierung bei Psoriasis vulgaris
- 2) Auswahl der relevantesten Indikationen für die dermatologische Therapie (Pso = Psoriasis vulgaris; PsA = Psoriasis Arthritis; AI = Acne inversa)
- 3) Bei unzureichendem Ansprechen
- 4) In ausgeprägten Fällen
- 5) * Biosimilars vorhanden

IL-17(R)A Inhibitoren

Wirkstoff	Handelsname	Firma	Target	Initialdosis ¹	Erhaltungsdosis ¹	Indikationen ²	Besonderheiten
Brodalumab	Kyntheum®	Leo	IL-17RA	W0-2: 210mg QW	210mg Q2W ab W2	Pso	einzigster IL-17 Rezeptor AK
Ixekizumab	Taltz®	Lilly	IL-17A	W0: 2 x 80mg W2-W12: 80mg Q2W	80mg Q4W ab W12	Pso, PsA	-
Secukinumab	Cosentyx®	Novartis	IL-17A	W0-4: 300mg QW	300mg Q4W ab W4	Pso, PsA	300mg auf 2x150mg aufgeteilt

1) Dosierung bei Psoriasis vulgaris

2) Auswahl der relevantesten Indikationen für die dermatologische Therapie (Pso = Psoriasis vulgaris; PsA = Psoriasis Arthritis)

IL-12/23 und selektive IL23(p19) Inhibitoren

Wirkstoff	Handelsn.	Firma	Target	Initialdosis ¹	Erhaltungsdosis ¹	Indikationen ²	Besonderheiten
Ustekinumab	Stelara®	Janssen	IL-23/IL-12	W0 und W4 45 mg/ 90 mg	45 mg/ 90mg Q12W ab W4	Pso, PsA	ab 12 Jahren 45mg <100 kgKG 90mg ≥100 kgKG
Guselkumab	Tremfya®	Janssen	IL-23p19	W0 und W4 100 mg	100 mg Q8W ab W4	Pso	Selektiver IL-23 Inhibitor
Tildrakizumab	Ilumetri®	Almirall	IL-23p19	W0 und W4 100/200 mg	100/200 mg Q12W ab W4	Pso	Selektiver IL-23 Inhibitor
Risankizumab	Skyrizi®	AbbVie	IL-23p19	W0 und W4 150 mg	150 mg Q12W ab W4	Pso	Selektiver IL-23 Inhibitor

1) Dosierung bei Psoriasis vulgaris

2) Auswahl der relevantesten Indikationen für die dermatologische Therapie (PsV = Psoriasis vulgaris; PsA = Psoriasis Arthritis; AI = Acne inversa)

5 Fakten zum atopischen Ekzem

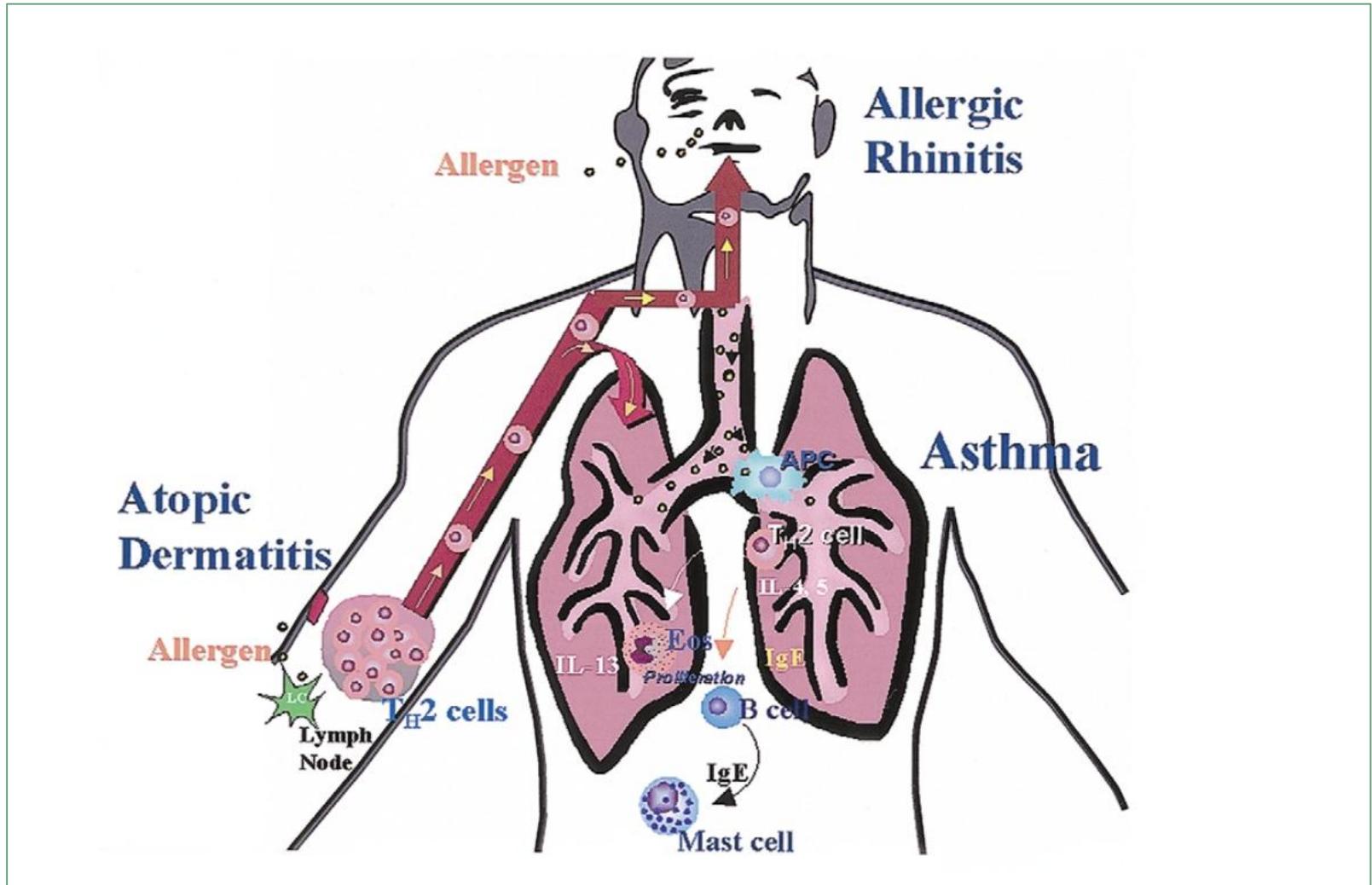
- **Prävalenz im Kindesalter bis zu 20% - im Erwachsenenalter bis zu 3%**
- **Entzündung der Haut (Ekzem), Juckreiz und bakterielle Hautinfekte sind die häufigsten Symptome der Neurodermitis**
- **Eine gestörte Barrierefunktion führt zur trockenen, entzündeten und juckenden Haut – das Krankheitsbild des atopischen Ekzems (Neurodermitis)**
- **Therapieoptionen sind noch sehr limitiert, insbesondere bei Kindern**
- **Aktuelle in klinische Studien befindliche Präparate werden das Behandlungsfeld deutlich erweitern**

Schweregradeinteilung der atopischen Dermatitis

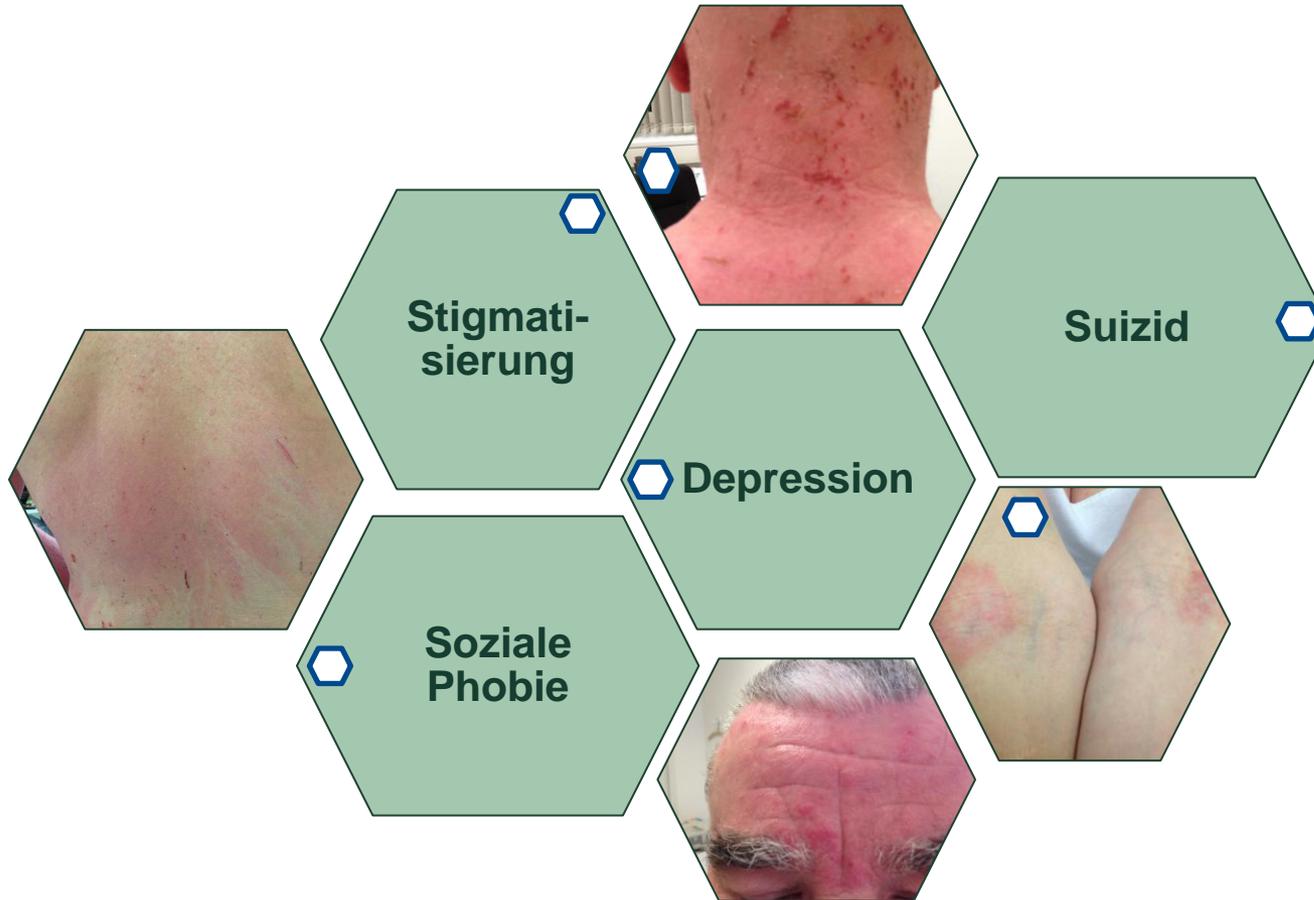
EASI	0 - 7	> 7 – 21	21– 72
SCORAD	0 - 25	> 25 – 60	60 – 103

Mild Form	Moderate Form	Severe Form
	 <p>+ Dry skin (Xerosis) + Type I sensitisations</p>	

Atopisches Ekzem - Allergisches Asthma - Rhinokonjunktivits



Beeinträchtigung der Lebensqualität



Säulen der Dermatotherapie



Dermatotherapie

- ...Optimierung Diagnose und Wissen
- ...Evidence-based Therapie nach Leitlinien
- Erkennen von Problemen der Compliance / Adherence



Kommunikation und Empathie

- ...Zufriedenheit mit Patient-Doktor-Interaktion
- ...bessere Lebensqualität für Patient und Hautarzt!
- ...Prävention des Burn-out der Dermatologen



Leitlinie der Behandlung der AD bei Erwachsenen



SEVERE:
SCORAD >50 / or
persistent eczema

Hospitalization; systemic immunosuppression: cyclosporine A², short course of oral glucocorticosteroids², dupilumab^{1,2}, methotrexate³, azathioprin³, mycophenolate mofetil³; PUVA¹; alitretinoin^{1,3}

MODERATE:
SCORAD 25-50 / or
recurrent eczema

Proactive therapy with topical tacrolimus² or class II or class III topical glucocorticosteroids³, wet wrap therapy, UV therapy (UVB 311 nm, medium dose UVA1), psychosomatic counseling, climate therapy

MILD:
SCORAD <25 / or
transient eczema

Reactive therapy with topical glucocorticosteroids class II² or depending on local cofactors: topical calcineurin inhibitors², antiseptics incl. silver², silver coated textiles¹

BASELINE:
Basic therapy

Educational programmes, emollients, bath oils, avoidance of clinically relevant allergens (encasings, if diagnosed by allergy tests)