

**Das sagen die Experten****Prof. Dr. Kilian Eyerich:**

„Auf der einen Seite scheint es bei der oft langen Erkrankungsdauer keine große Rolle zu spielen, wie schnell ein Wirkstoff anspricht. Aus meiner Sicht ist ein schnelles Ansprechen bei zwei Patientengruppen aber durchaus sehr relevant. Erstens bei schwerbetroffenen Patienten mit starker Inflammation und hoher Krankheitsaktivität, ein Teufelskreis, den der Dermatologe dringend unterbrechen muss. Und zweitens, wenn der Patient schnell Vertrauen in die Therapie fassen soll.“

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz:

„Bislang ist es uns noch nicht gelungen, die Patienten-Phänotypen zu charakterisieren. Hier fehlt uns einfach ein Markerset, eine Art ‚Patienten-Profilings‘, das uns zeigt, auf welches Medikament bzw. Therapieprinzip ein Patient am besten anspricht.“

Dr. Dagmar Wilsmann-Theis:

„Dieses Gefühl zwischen Jucken und Schmerzen verschwindet bei manchen Patienten schon nach der ersten Gabe von Taltz®.“

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz:

„Selbst bei der Umstellung von sekundären Therapieversagern von Secukinumab habe ich unter Taltz® öfters ein sehr schnelles Ansprechen erlebt. Das bin ich von anderen Therapien nicht gewohnt.“

Dr. Ralph von Kiedrowski:

„Auch ich habe nach anderthalb Wochen Behandlung mit Taltz® einen Anruf einer Patientin bekommen, die sich mit schwerster Psoriasis und nässenden intertriginösen Stellen vorstellte. Sie hätte es nicht geglaubt, aber sie habe keinerlei Beschwerden mehr an den nässenden Stellen.“

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz:

„In Anlehnung an Jules Vernes‘ ‚In 80 Tagen um die Welt‘ schauen wir uns an, was uns .80 Tage Taltz® in Deutschland‘ an Erfahrung gebracht haben. Die schnelle Ansprechrate kann bei bestimmten Patienten in der Kommunikationsphase hilfreich sein, damit sie in der Induktionsphase dabei bleiben. Dies kann ein Argument für die Verordnung eines schnell und stark wirksamen Präparates wie Taltz® sein.“

Dr. Michael Sebastian:

„Wir wollen IL-17A-Inhibitoren sicher nicht flächendeckend als First-Line-Therapien einsetzen. Aber wir müssen auch darauf achten, dass wir Patienten ‚einfangen‘, die jahrelang frustriert sind von einer nicht erfolgreichen Behandlung. Sie könnten sonst wieder in die natürliche Isolation zurückfallen und von einer Versorgung ausgeschlossen bleiben.“

* im Vergleich zu Etanercept

† Dies wurde in Studien noch nicht gezielt untersucht.

Zusammenfassung der Vorträge von Prof. Augustin, Prof. Maio und Prof. Taçi**Dermatologen können Biografien positiv beeinflussen**

Zum Launch-Symposium des Interleukin(IL)-17A-Inhibitors Ixekizumab (Taltz®) begrüßte Prof. Dr. Matthias Augustin, Hamburg, die etwa 100 teilnehmenden Ärzte mit nordischer Note: „Stapellauf nennt man hierzulande das Zuwasserlassen eines neuen Schiffs.“ Mit Bezug auf das neue Biologikum, das seit dem 1. März in Deutschland verfügbar ist, fügte er hinzu: „Wir haben hier gemeinsam etwas zu Wasser gelassen, das bereits sehr gut schwimmt.“ Simone Thomsen, Geschäftsführerin Lilly Deutschland, Bad Homburg, ergänzte: „Die Dermatologen haben uns mit offenen Armen aufgenommen. Menschen mit Schuppenflechte werden hingegen nicht immer mit offenen Armen empfangen. Viele erleben nach wie vor noch viel Stigmatisierung und Ablehnung und können Nähe und Berührung nicht unbeschwert erleben. Viele ziehen sich zurück in die Isolation und leiden unter einem Mangel an Berührung.“

Dies bestätigte auch Prof. Dr. Giovanni Maio, Experte für Medizinethik, Freiburg: „Schuppenflechte bedeutet für viele Betroffene einen Sturz aus der Normalität, ein Herausfallen aus dem Schneckenhaus der Unauffälligkeit.“ Viele Menschen mit Psoriasis schämen sich, da sie eben nicht unauffällig, sondern permanent abwertenden Blicken ausgesetzt sind. Viele schämen sich vor anderen, wie auch vor sich selbst, und meiden Berührungen. Dabei sei laut Maio der Tastsinn der wichtigste Sinn des Menschen, der neben einer erkennenden Funktion Emotionen ausdrückt und transportiert sowie auch eine kommunikative Funktion übernimmt. Dem behandelnden Arzt komme somit eine wichtige Rolle zu: Denn neben der Auswahl der richtigen Therapie sollte er dem Patienten durch Zuhören und Berühren ausdrücken, dass er für ihn da ist. Dass er ihm dabei hilft, zu sich zu finden und sich selbst wieder zu akzeptieren. Dabei sei aber „Könnerschaft“ gefragt. Denn die Berührung ist eine Gratwanderung zwischen Nähe und Grenzüberschreitung, die Fingerspitzengefühl verlangt. Richtig dosiert könne man aber mit der Macht der Berührung enorm viel bewirken, so Maio.

Auch Augustin wies auf die Bedeutung von Berührungen hin. Wichtig sei es, den Menschen mit Schuppenflechte zu fragen, wie es ihm geht. Dabei spielen auch das Thema „Berührung“ und die psychoemotionale Situation eine große Rolle. Die WHO legt in ihrem globalen Report eine patientenzentrierte Perspektive nahe, die bei einer geeigneten Therapieauswahl



auch das Umfeld sowie Aspekte aus dem Alltag berücksichtigen sollte. Denn Daten aus Deutschland, die in den WHO-Report eingebunden wurden, verdeutlichen, dass die Patientenbedürfnisse und -wünsche weit über den PASI hinausgehen.¹ In Deutschland haben sich Dermatologen schon proaktiv mit dem Thema Berührungen auseinandergesetzt. So hat der Berufsverband beispielsweise die Kampagne „Bitte berühren“ ins Leben gerufen. Auch in puncto Versorgungsqualität stehen Deutschlands Dermatologen im internationalen Vergleich ganz oben.¹

Jedoch sieht Prof. Dr. Kristian Reich, Hamburg, noch großen Bedarf in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Es gebe noch zu wenig auf Psoriasis spezialisierte Dermatologen, die Biologika verordnen. Darüber hinaus stellte Augustin mit Blick auf eine gleichmäßige, flächendeckende Versorgungsqualität fest, dass noch zu viele Patienten nicht oder nur unzureichend therapiert werden. So lassen sich nach wie vor für die großen Studienprogramme ohne Probleme ausreichend Patienten mit einem PASI von über 20 bis 30 finden. Um diese Menschen gelte es sich jetzt zu kümmern.

Heutzutage haben Dermatologen ein breites Spektrum an Möglichkeiten, um ihre Psoriasis-Patienten zu behandeln. Prof. Dr. Diamant Taçi, Lübeck, spannte den Bogen von Biologika der ersten Generation zu den zielgerichteten Ansätzen von heute. „In den letzten 20 Jahren haben wir durch die klinischen Studien und Anwendung der Biologika erst sukzessive die Pathogenese der Psoriasis verstanden“, so Taçi. Mit der ersten Generation der Biologika wie den TNF- α -Inhibitoren gab es bereits wirksame Behandlungsoptionen für Menschen mit Schuppenflechte. Nun seien noch spezifischere Medikamente, wie u.a. die IL-17A-Inhibitoren, auf dem Markt, mit denen man für bestimmte Patienten noch mehr erreichen könne.^{2,3,4,5} Diese hochwirksamen Biologika setzten Dermatologen sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Patienten ein. Die rhetorisch verschmitzte Frage „Wer möchte nicht wieder 17 sein?“ stellte er ins Plenum und berichtete von einem über 80-jährigen Patienten, der sich dank einer IL-17A-Therapie wieder wohler in seiner Haut fühlte, seinen Alltag aktiver gestaltete

und sich vitaler bewegen konnte. In der sich anschließenden Diskussion machte Dr. Klaus Strömer, Mönchengladbach, auf die bedeutsame Rolle der Dermatologen aufmerksam: „Wir haben die Chance, Biografien positiv zu beeinflussen. Daher sollten wir bei aller Diskussion um wirtschaftliches Verordnen, nicht vergessen, was eine wirksame Therapie für unsere Patienten bedeuten kann.“

**Das sagen die Experten****Prof. Dr. Matthias Augustin:**

„Es schlummern noch zu viele Patienten in der Peripherie, die bislang nicht oder nur unzureichend versorgt wurden.“

Prof. Dr. Kristian Reich:

„Abhängig von den Therapiezielen und Patientenerwartungen sollten wir künftig versuchen zu verstehen, wie wir anhand eines ‚Patienten-Profilings‘ besser abschätzen können, welche Therapie für welchen Patienten die richtige Wahl ist.“

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz:

„Noch fehlen zwar aussagekräftige Daten, ab wann die Systemkrankheit unter Kontrolle ist. Aus medizinischer Sicht sollten Therapieziele aber mit Blick auf die langfristige Krankheitskontrolle bewertet werden – neben der Therapiezufriedenheit des Patienten.“

Dr. Klaus Strömer:

„Mit den neuen therapeutischen Möglichkeiten steigen die Erwartungen, vor allem die unserer Patienten. Wir Dermatologen sind oft sehr vorsichtig. Aber bei aller Diskussion um wirtschaftliches Verordnen bei einem First-Line-Einsatz dürfen wir eins nicht vergessen: Wir haben als Ärzte die Chance, Biografien positiv zu beeinflussen und wer kann das schon von sich behaupten?“

**Literatur**

- World Health Organization. Global report on Psoriasis 2016; online publiziert unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf
- Griffiths CEM et al. Lancet 2015; 386: 541-551
- Taltz® Fachinformation. Stand Oktober 2016
- Cosentyx® Fachinformation. Stand April 2016
- Enbrel® Fachinformation. Stand April 2016
- Blauvelt A et al [Poster]. AAD, Orlando, 03. – 07. März 2017; #2446
- Peñas PF et al [Poster]. SID, Portland, Oregon, 26. – 29. April 2017; #337
- Reich K et al. Br J Dermatol 2017; doi: 10.1111/bjd.15666 [Epub ahead of print]

- Gulliver W et al. J Cutan Med Surg 2015; 19(1): 22-27
- Mrowietz U et al [Poster]. AAD, Orlando, 03. – 07. März 2017; #4750
- Gottlieb AB et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31(4): 679-685
- Reich K et al. J Dermatolog Treat 2017; 28: 282-287
- Rich P et al. J Am Acad Dermatol 2008; 58: 224-231
- van de Kerkhof P et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31: 477-482
- Menter A et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; doi: 10.1111/jdv.14237 [Epub ahead of print]
- Strober B et al. J Am Acad Dermatol 2017; 76: 432-440.e17

Taltz® Zulassungsinhaber: Eli Lilly Nederland B.V.; Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande; Ansprechpartner in Deutschland: Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D-61352 Bad Homburg. **Bezeichnung der Arzneimittel:** Taltz® 80 mg Injektionslösung in einem Fertigpen/in einer Fertigspritze. **Zusammensetzung: arzneilich wirksamer Bestandteil:** Fertigpen/Fertigspritze enthält 80 mg Ixekizumab in 1 ml Lösung **Hilfsstoffe:** Natriumcitrat, Zitronensäure [wasserfrei], Natriumchlorid, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. **Gegenanzeigen:** Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile [Hilfsstoffe]. **Klinisch relevante aktive Infektionen,** z.B. aktive Tuberkulose. **Nebenwirkungen:** Sofortiger Behandlungsabbruch und Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe beim Auftreten folgender Nebenwirkungen: Mögliche schwerwiegende Infektion (≤ 1 von 100 Personen), mögliche Anzeichen sind: Fieber, grippeartige Symptome, nächtliches Schwitzen, Müdigkeitsgefühl oder Kurzatmigkeit; anhaltender Husten, warme, gerötete und schmerzhaft Haut oder schmerzhafter Hautausschlag mit Bläschen. Schwerwiegende allergische Reaktion (Häufigkeit aufgrund verfügbarer Daten nicht abschätzbar), zu möglichen Anzeichen zählen: Schwierigkeiten beim Atmen oder Schlucken, Schwellung von Gesicht, Lippen, Zunge oder Hals, starker Juckreiz der Haut mit rotem Ausschlag oder Hauterhebungen. **Andere Nebenwirkungen:** Sehr häufig (> 1 von 10 Personen): Infektionen der oberen Atemwege mit Symptomen wie Halsschmerzen und verstopfter Nase [Nasopharyngitis]; Reaktionen an Injektionsstelle (z. B. gerötete Haut, Schmerzen). Häufig (≤ 1 von 10 Personen): Übelkeit, Tinea-[Pilz]infektionen wie Fußpilz; Schmerzen im hinteren Halsbereich. Gelegentlich (≤ 1 von 100 Personen): Mundsoor [orale Candidose], Grippe, laufende Nase, bakterielle Hautinfektion, Nesselsucht, Augenausfluss mit Juckreiz, Rötung und Schwellung [Bindehautentzündung]; Anzeichen geringer Anzahl weißer Blutkörperchen, wie Fieber, Halsschmerzen oder Mundgeschwüre infolge von Infektionen [Neutropenie]; niedrige Blutplättchenzahl [Thrombozytopenie]. Für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nicht verwenden, falls Siegel gebrochen ist. Nicht schütteln. Verschreibepflichtig. **Stand April 2016**

DATEN IM ÜBERBLICK

Hohe Affinität und Spezifität – IL-17A-Inhibition mit Taltz®

„Im Fach Dermatologie passiert derzeit sehr viel“, freute sich Reich beim Launch-Symposium zu Taltz®. Mittlerweile seien Dermatologen bestens aufgestellt, die Entzündungsmedizin mitzugestalten. Mit Ixekizumab wird eine weitere Antikörpertherapie mit Psoriasis als erster Indikation eingeführt. Auch bei anderen entzündlichen Hauterkrankungen gibt es Fortschritte und in der Immunonkologie ist die Dermatologie in einer Führungsrolle. Das Immunorgan Haut bietet die Möglichkeit, verschiedene Entzündungsmuster zu erforschen. Nicht zuletzt durch die Untersuchung der Wirkung zielgerichteter Therapien versteht man heute die Krankheitsmechanismen der Psoriasis besser als die nahezu jeder anderen entzündlichen Erkrankung.

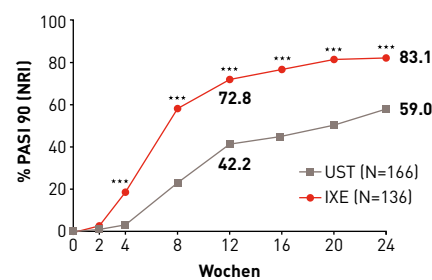
Mit den zielgerichteten Therapien wie der IL-17A-Inhibition werden heute ganz andere Ansprechraten als noch vor einigen Jahren erreicht.^{2,3,4,5} Reich hob hervor, dass eine mindestens 90-prozentige Verbesserung des PASI (PASI 90) derzeit als bestes Therapieziel für die Patienten erscheint. Bei diesem

Ausmaß der Hauterkrankung sehen die Patienten meist gar nicht mehr, dass sie eine Schuppenflechte haben und sind durch ihre Erkrankung im täglichen Leben nicht mehr belastet. Dies ist auch anhand des DLQI sichtbar.⁶ Ein weiterer Fortschritt ist das schnelle Ansprechen der Therapie. Reich berichtete, dass der schnelle Wirkeintritt von Ixekizumab* sich nicht nur in den Studien, sondern auch in der Praxis zeigt.

Der IL-17A-Inhibitor wirkt nicht nur schnell, sondern auch langanhaltend. Inzwischen sind Daten über 108 Wochen verfügbar, die Reich präsentierte. Etwa 84 % der mit Ixekizumab 80 mg alle 4 Wochen behandelten Patienten haben auch nach 2 Jahren eine PASI 75-Reduktion, rund 70 % eine PASI 90-Verbesserung und etwa 49 % eine PASI 100-Antwort – eine völlig erscheinungsfreie Haut.⁷

Ebenso relevant für die heutige Versorgungssituation ist der direkte Vergleich mit Ustekinumab (Stelara®), als eines der am häufigsten eingesetzten Biologika. Die Studie IXORA-S zeigt, dass Ixekizumab signifikant besser wirkt als Ustekinumab gemessen an PASI 90.⁸ Reich berichtete über einen mehr als 20-prozentigen Unterschied: Eine PASI 90-Verbesserung zeigen bei Woche 24 unter Ixekizumab 83 % der Patienten, während es unter Ustekinumab 59 % sind.⁸

Überlegene Wirksamkeit von Ixekizumab im Vergleich zu Ustekinumab nach 24 Wochen



NRI = Non-Responder Imputation, PASI = Psoriasis Area Severity Index

8 von 10 Patienten erreichen unter Ixekizumab eine PASI 90-Reduktion.⁸

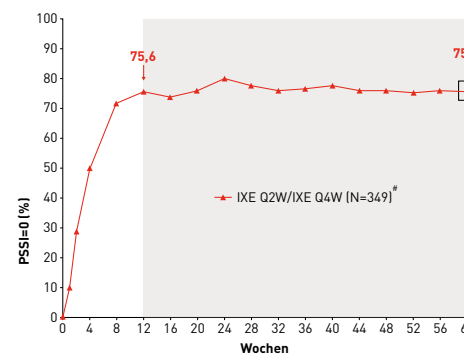
Bislang galt in der Behandlung von Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis: Je mehr Biologika-Vortherapien ein Patient hat, desto schlechter ist das Ansprechen des nächsten Biologikums.¹¹ Eine post-hoc Subpopulations-Auswertung in den UNCOVER-Studien zeigt hingegen, dass Taltz® bei Biologika-vorbehandelten und Biologika-naiven Patienten ähnlich gut wirkt.¹¹ Reich fasste zusammen: „Das könnte also bedeuten, dass Ixekizumab nicht nur, aber auch für diejenigen Patienten interessant ist, die mit bisherigen Biologika-Vortherapien nicht ausreichend versorgt werden konnten. Nach ersten Erfahrungen

kann Taltz® möglicherweise auch bei Versagen von anderen IL-17A-Inhibitoren gut wirken – in wissenschaftlichen Studien ist dies jedoch noch nicht untersucht worden.“

Die Kopfhaut, Nägel und palmoplantare Bereiche gelten in der Psoriasis als besondere Manifestationen, die z. T. schwer behandelbar oder mit einem hohen Leidensdruck verbunden sind. Doch Taltz® beweist auch hier eine gute Wirksamkeit. In den UNCOVER-Studien erreichten rund 76 % der Patienten mit Kopfhautbeteiligung eine vollständige Remission, entsprechend einem PSSI = 0.¹² Bis zu 50 % aller Menschen mit Psoriasis

weisen Nagelveränderungen auf.¹³ Diese Veränderungen sind oft besonders belastend, da sie sich nicht kaschieren lassen. Nach einem Jahr Behandlungszeit erreichten etwa 60 % der mit Ixekizumab in der zugelassenen Dosierung behandelten Patienten eine Remission ihrer Nagelpsoriasis.¹⁴ Von einem ähnlich guten Ergebnis berichtete Reich bei der palmoplantaren, nicht-pustulösen Plaque-Psoriasis. Hier erzielten ebenfalls rund 60 % der Patienten in Woche 60 eine Clearance.¹⁵

Verbesserung der Kopfhautpsoriasis über 60 Wochen



Induktions- und Erhaltungsphase, ITT Population, NRI (UNCOVER-3)

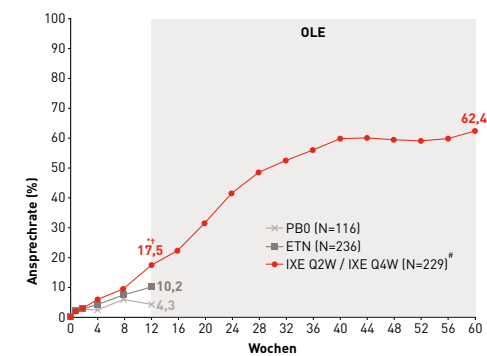
Patienten mit Kopfhautpsoriasis zu Studienbeginn (PSSI >0)

* Die Patienten erhielten gemäß zugelassener Dosierung bis Woche 12 Ixekizumab Q2W, nach Woche 12 bis Woche 60 Ixekizumab Q4W.

ITT = Intention-To-Treat, NRI = Non-Responder Imputation, PSSI = Psoriasis Scalp Severity Index

Rund 80 % der Patienten zeigen in Woche 60 eine vollständige Erscheinungsfreiheit der Kopfhaut.¹²

Verbesserung der Nagelpsoriasis über 60 Wochen



Induktions- und Erhaltungsphase, ITT Population, NRI (UNCOVER-3)

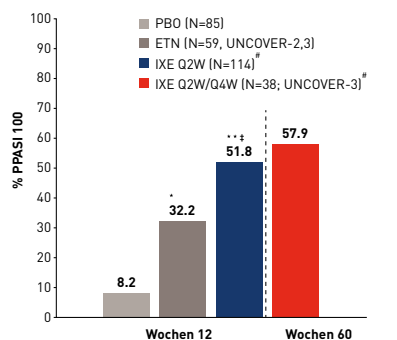
Patienten mit Nagelpsoriasis zu Studienbeginn (NAPSI >0)

* Die Patienten erhielten gemäß zugelassener Dosierung bis Woche 12 Ixekizumab Q2W, nach Woche 12 bis Woche 60 Ixekizumab Q4W.

ETN = 50 mg Etanercept zweimal wöchentlich, ITT = Intention-To-Treat, NRI = Non-Responder Imputation, NAPSI = Nail Psoriasis Severity Index, PBO = Placebo, OLE = Open-Label-Extension

Etwa 60 % der Patienten erreichen in Woche 60 eine Remission der Nagelpsoriasis.¹⁴

Wirksamkeit von Ixekizumab bei palmoplantarer Beteiligung



Induktions- und Erhaltungsphase, ITT Population, NRI (UNCOVER-1, 2, 3)

Patienten mit Baseline PPASI ≥ 8

* Die Patienten erhielten gemäß zugelassener Dosierung bis Woche 12 Ixekizumab Q2W, nach Woche 12 bis Woche 60 Ixekizumab Q4W.

ETN = 50 mg Etanercept zweimal wöchentlich, ITT = Intention-To-Treat, NRI = Non-Responder Imputation, PPASI = Palmoplantare Psoriasis Area and Severity Index, PBO = Placebo

6 von 10 Patienten erreichen in Woche 60 eine Remission der palmoplantaren Bereiche.¹⁵

Therapieziele 2.0

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz, Kiel, beleuchtete im Anschluss, ob die Therapieziele angesichts der neuen therapeutischen Möglichkeiten angepasst werden müssen. Das Ziel einer PASI 75-Reduktion wird als gegenwärtiger Standard einer biologischen Therapie betrachtet.⁹ Laut den Leitlinien ist PASI 50 das Minimalziel.⁹ Die Diskussion habe eine neue Dynamik bekommen – durch die neu erreichbaren Ansprechraten von IL-17A-Inhibitoren und vor allem auch durch das schnelle Ansprechen, wie Taltz® es zeigt*. Brauchen wir also PASI 90 als neuen Standard? Ein PASI 100 als Therapieziel sei in der Praxis nur schwer umsetzbar, denn der Arzt müsse dafür mit der Lupe „in jede kleinste Körperspalte“ schauen. Letztendlich sei es immer wichtig zu fragen, was den Patienten glücklich macht. Einige sind mit einem PASI 75 zufrieden, andere erst mit einem PASI 90 oder 100. Genau genommen sagt der relative Wert aber nicht viel aus. Der absolute PASI* ist im Gegensatz zum relativen PASI vom Ausgangswert unabhängig und bildet somit den Schweregrad der Erkrankung besser ab. Studien haben diesen Wert bisher selten gemessen und ausgewertet. Im UNCOVER-Studienprogramm zu Ixekizumab hat Lilly auch den absoluten PASI untersucht und konnte zeigen, dass dieser mit dem relativen PASI kongruent ist. Ein relativer PASI 90 entspricht einem absoluten PASI ≤ 2, der relative PASI 75 einem absoluten PASI ≤ 5.¹⁰ Neben dem DLQI könne der absolute PASI also künftig die Messkriterien und Therapieziele sinnvoll ergänzen.

Neben standardisierten Therapiezielen sollten Dermatologen auch die individuellen Wünsche und Erwartungen des Patienten berücksichtigen. Außerdem gelte es bei der Auswahl eines Therapieziels zu bedenken, dass noch nicht ausreichend untersucht ist, ob und ab wann sich die Kontrolle der inflammatorischen Krankheitsaktivität positiv auf das System auswirkt. Dies betreffe vor allem kardiovaskuläre Risiken und Folgeerkrankungen. „Wir hoffen, hier in Zukunft Daten zu bekommen, ob die Psoriasis-System-Therapie langfristig kardiometa-bolische Risiken beeinflussen kann und wenn ja, wie lange und in welchem Ausmaß die Krankheit unter Kontrolle sein muss, um einen solchen Einfluss zu erreichen“, so Mrowietz.

* In den Studien kam es nach zwei Wochen zu einer Verbesserung des Hautbefunds mit einer durchschnittlichen PASI-Reduktion von rund 50 Prozent.³

Der absolute PASI wird vermehrt als Messkriterium verwendet, um auch den PASI-Ausgangswert besser abzubilden, der bei der prozentualen PASI-Verbesserung nicht ersichtlich wird. Eine prozentuale PASI 75-Verbesserung kann eine Verbesserung von PASI 48 auf 12 sein, aber auch von PASI 20 auf 5. Der absolute PASI kann sowohl den Ausgangswert als auch die aktuelle Schwere zum Messzeitpunkt besser abbilden als die relative prozentuale PASI-Verbesserung. (von Kiedrowski R et al. Behandlungspfad Psoriasis 2016; online publiziert unter: https://www.onkoderm.de/wpcontent/uploads/sites/109/2016/07/Behandlungspfad-Psoriasis_FINAL_onkoderm.pdf)

Taltz® zeigt ein gutes Verträglichkeitsprofil

Dr. Ralph von Kiedrowski, Selters, stellte die Ergebnisse einer gepoolten Analyse von 7 klinischen Studien zu allen unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang mit Taltz® vor. Es gebe weder ein Signal für schwere Infektionen unter Einnahme von Ixekizumab noch für größere kardiovaskuläre Ereignisse.¹⁶ Schwache Signale zeigt die Analyse für Candida-Infektionen¹⁶, die überwiegend leicht bis mittelschwer waren und insgesamt für Dermatologen sehr gut handhabbar seien. Von Kiedrowski kommentierte, er habe diese bisher noch nie systemisch, sondern meist topisch behandeln müssen. Wie bei vielen injizierbaren Biologika, zeigten Patienten unter einer Behandlung mit Taltz® teilweise Reaktionen an der Einstichstelle.¹⁶ Sie klingen in der Regel über die Dauer ab und seien für die meisten seiner Patienten nicht von großer Bedeutung gewesen, so von Kiedrowski. Er fasste zusammen, dass Taltz® insgesamt ein gutes Verträglichkeitsprofil aufweist. Dermatologen sollten ein normal übliches Monitoring durchführen, ein verstärktes sei nicht notwendig. Mit einer Ausnahme: Taltz® darf Patienten mit aktiver Tuberkulose (TB) nicht verabreicht werden. Bei Patienten mit latenter Tuberkulose sollte vor Behandlungsbeginn mit Taltz® eine Anti-TB-Therapie in Erwägung gezogen werden. Nun müssen aus der praktischen Erfahrung weitere Langzeitdaten zur Verträglichkeit gesammelt werden, so von Kiedrowski.

* In den Studien kam es nach zwei Wochen zu einer Verbesserung des Hautbefunds mit einer durchschnittlichen PASI-Reduktion von rund 50 Prozent.³