

Wissenschaftliches Hauptprogramm (Teil 1): Innovationen in der Dermatotherapie

Update und Ausblick zur Therapie der Psoriasis vulgaris, Psoriasisarthritis und Psoriasis pustulosa

Priv.-Doz. Dr. Andreas Pinter

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinik Frankfurt am Main

Die Schuppenflechte wird heute eher als systemische Erkrankung als eine reine Dermatose verstanden. Diverse Erkrankungen (Komorbidität) sind mit der Schuppenflechte assoziiert, die den systemischen Entzündungscharakter untermauern. Dazu gehören neben der Psoriasisarthritis auch das Metabolische Syndrom, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sowie psychiatrische Erkrankungen wie Depression, Suchterkrankungen, suizidales Verhalten und Angststörung.

Therapeutisch kann aus diversen Präparaten ausgewählt werden. Topisch spielen Glukokortikoide und Vitamin-D-Analoga noch immer die wichtigste Rolle. Kombinationen beider Wirkstoffe sind in unterschiedlichen Galeniken wie Salben, Lösungen, Sprühschaum oder Creme erhältlich und sowohl zur akuten als auch zur langfristigen Erhaltungstherapie geeignet. Je nach Lokalisation und Schweregrad der Psoriasis können jedoch modifizierte topische Therapiekonzepte mit Keratinolytika oder Vitamin-D-Analoga in Monotherapie zur Anwendung kommen.

Im Bereich der Systemtherapie werden orale Therapien und Antikörper genutzt. Fumarsäure und Methotrexat sind dabei die am häufigsten verschriebenen konventionellen Therapien. Retinoide sollten hingegen nur noch bei pustulösen Sonderformen zum Einsatz kommen. Mit dem 2023 zugelassenen ersten Tyk2-Inhibitor Deucravacitinib und dem PDE4-Inhibitor Apremilast stehen noch zwei weitere moderne Therapien mit breiter Wirkung und hoher Sicherheit bereit. Die große Gruppe der Antikörpertherapien (Biologika) reduziert sich vom Wirkungsmechanismus in drei Gruppen. Die Schlüssel-Zytokine TNF-alpha, Interleukin-17 und -23 werden dabei direkt oder indirekt über die Blockade des Rezeptors gehemmt und führen häufig zur schnellen und vor allem langfristigen Besserung, bei moderatem Risiko für Nebenwirkungen.

Mit ca. 30% Co-Prävalenz ist die Psoriasisarthritis eine häufige Begleiterkrankung der Schuppenflechte, die sich nicht nur an den Gelenken (Arthritis) sondern auch an Sehnenansätzen (Enthesitis), Weichteilgeweben (Daktylitis) oder der Wirbelsäule (Axial) manifestieren kann. Da Topika keinen Effekt in der Tiefe generieren, sind ausschließlich Systemtherapien effektiv und anerkannt. Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) sind meist schnell effektiv und können kurzfristig oder begleitend bei Bedarf eingesetzt werden. Neben Methotrexat und Apremilast, die einen Effekt sowohl auf periphere Gelenke als auch auf die Haut besitzen, kommen auch die primär auf Gelenke wirkenden Arzneistoffe Sulfasalazin und Leflunomid zum Einsatz. Selektive Januskinase-Inhibitoren



(Jak1, Jak1/2) sind moderne, breite Immunsuppressiva mit schnellem Effekt auf die Arthritis. Antikörpertherapien sind hinsichtlich des pharmakologischen Effektes idem zur Psoriasis, werden jedoch in Dosis und Applikationsfrequenz bei der Psoriasisarthritis unterschiedlich zur Psoriasis gegeben.

Mit absolut seltener Prävalenz stellt die Generalisierte Psoriasis Pustulosa (GPP) eine Erkrankung dar, die heute als eigenständige Entität gilt. Die GPP kann zwar zusammen mit einer Psoriasis auftreten, ist jedoch auch als eigenständige Erkrankung beschrieben. Maßgeblich am Entzündungsprozess des seltenen Krankheitsbildes ist das Interleukin-36 beteiligt. Eine Überaktivierung des IL-36-Signalweges ist bei allen Patienten zu verzeichnen. Entsprechend zeigt der spezifische Antikörper Spesolimab (IL-36-Rezeptor-Antagonist) ein extrem schnelles und hocheffektives Ansprechen bei akuten Formen der GPP. Relevante Nebenwirkungen sind lediglich mit einer leicht erhöhten Infektanfälligkeit zu verzeichnen. Aufgrund regulatorischer Probleme ist Spesolimab jedoch bis auf weiteres nicht mehr im deutschen Markt erhältlich, kann jedoch aus dem europäischen Ausland beliefert werden.

