

Absetzen und Wiederaufnahme der Adalimumab-Therapie



Ein Fall aus der Praxis

von Marguerite Krasovec Rahmann

Kollegen nicht kratzen könne. Initial wurden von uns topische Therapien verschrieben. Im Jahr 2011 wurde eine Fototherapie mit UV-B nb (22 Sitzungen) durchgeführt. Dadurch kam es vorübergehend zur partiellen Remission. Im Jahr 2012 nahm der Patient Methotrexat per os, welches nach 7 Monaten aufgrund ungenügender Besserung sistiert wurde.

Psoriasisstherapie mit Adalimumab

Die Indikation zur Therapie mit einem Biologikum war somit gegeben. Der PASI betrug 18.7. Nach entsprechenden Untersuchungen wurde am 5. April 2013 die erste Injektion von Adalimumab (Humira®) verabreicht. Das für Erwachsene empfohlene Dosierungsschema besteht aus einer Initialdosis von 80 mg (subkutane Injektion), gefolgt von 40 mg Adalimumab alle 2 Wochen, beginnend 1 Woche nach der Initialdosis (Induktionsdosis bzw. Booster). Der Patient berichtete 3 Wochen nach Therapiebeginn über eine wesentliche Besserung des Pruritus genitalis mit Reduktion der Hautveränderungen (*Abbildung*). In August 2013 bestanden keine Psoriasisherde mehr, sodass wir die Abstände der Adalimumab-Injek-

tionen auf 3 Wochen ausdehnten. Zwischen Dezember 2014 und Februar 2015 traten hie und da wieder kleine Psoriasisplaques an den Ellbogen, am Gesäss, am Penis und an der Rima ani auf. Der Patient war sehr zufrieden und brach die Behandlung selbstständig im Frühling 2015 ab.

Wiederaufnahme der Biologikumtherapie nach 1-jährigem Unterbruch

Der Patient meldete sich erneut nach 1 Jahr. In der Zwischenzeit hatte sich seine private Situation geändert, und er hatte abgenommen. Es war zu einem moderaten Rückfall der Psoriasis gekommen mit Befall der Ellbogen, des Abdomens und wenig genital (PASI 5). Insbesondere der lästige Pruritus am Skrotum hatte ihn dazu veranlasst, sich erneut zu melden und wegen einer Wiederaufnahme der Adalimumab-Therapie anzufragen. Im März 2016 erfolgte eine initiale Injektion mit Humira® 80 mg subkutan, dann 40 mg alle 2 Wochen, beginnend 1 Woche nach der Initialdosis. Das Ansprechen, insbesondere was den genitalem Juckreiz betraf, war erneut gut. Der weitere Verlauf wird beobachtet.

Kommentar

Bei Biologikatherapien gegen Psoriasis wird empfohlen, sich an die offizielle Dosierung und an die Intervalle zu halten und die Behandlung nicht zu sistieren. Einerseits besteht dabei die

Ein aktuell 40-jähriger Patient leidet seit seinem 26. Lebensjahr an einer Psoriasis vulgaris en plaques. Die Ausdehnung der Psoriasis am Integument war in all diesen Jahren moderat bis mittelschwer. Es bestand eine Nagelpsoriasis und eine Psoriasis inversa der Rima ani. Ein rheumatologisches Konsilium im Jahr 2015 wegen Schulter-Arm-Ellbogen-Schmerzen schloss eine Psoriasisarthritis aus. Andere relevante Diagnosen waren eine leichte Adipositas und Nikotinabusus. Das Hauptproblem des Patienten war der Befall von Penis und Skrotum mit starkem Pruritus und Brennen. Sein tägliches Sozialleben wurde dadurch beeinträchtigt. Der Patient berichtete, dass er während der Arbeit Pruritusattacken habe und sich wegen der Lokalisation vor den



Abbildung: Psoriasis am Penis: Wesentliche Besserung 3 Wochen nach Therapiebeginn mit Adalimumab.
(Foto: Dr. Marguerite Krasovec Rahmann)

Gefahr eines Rezidivs mit eventuell späterem schlechterem Ansprechen, andererseits befürchtet man den Verlust der Effektivität durch die Bildung von Anti-Biologika-Antikörpern (Immunogenizität). Bei Behandlungen «real life» sind aber Situationen nicht selten, in denen Biologika pausiert werden, zum Beispiel vor Operationen, bei Krankheiten, während Reisen oder auf Patientenwunsch, insbesondere bei kompletter Remission der Psoriasis wie in unserem Fall. Sogar die von Swissmedic genehmigte Fachinformation zu

Humira® enthält den Hinweis, dass bei initial ansprechenden Patienten nach Absetzen der Therapie nach 33 Wochen bis zur 52. Woche nur bei etwas mehr als einem Viertel der Patienten ein Rezidiv nach Therapieabbruch beobachtet wurde, sodass nach einer Therapiedauer von 33 Wochen ein Unterbruch der Behandlung erwogen werden sollte.

Sollte Adalimumab sistiert werden, besteht laut Literatur eine grosse Chance, dass die Wiederaufnahme der Behandlung in der Regel zu einer erneuten

klinischen Antwort führt. Optimal ist es, die Therapie wieder anzufangen, bevor die Psoriasis voll rezidiert ist. Die klinische Antwort ist besser, wenn eine Induktionsdosis mit 80 mg durchgeführt wird. Beide Voraussetzungen waren bei unserem Patienten gegeben. Dies dürfte das gute Ansprechen nach fast 1 Jahr Unterbruch erklären. Auch wenn nach Abbruch der Adalimumab-Therapie und Wiederaufnahme ein guter Erfolg auf der Haut erreichbar ist, ist nicht bekannt, wie Therapieabbrüche die Komorbiditäten (Arthritis, metabolisches Syndrom) langfristig beeinflussen. ▲

Kontaktadresse:

Dr. med. Marguerite Krasovec A. Rahmann
FMH Dermatologie und Venerologie
Utikonstrasse 9
8952 Schlieren
Tel. 044-730 40 00, Fax 044-730 40 03
E-Mail: dr-krasovec@bluewin.ch

Referenzen:

Fachinformation zu Humira® (Adalimumab):
www.swissmedinfo.ch. Stand der Information:
Januar 2016.

Papp K et al.: Long-term outcomes of interruption and retreatment vs. continuous therapy with adalimumab for psoriasis: subanalysis of REVEAL and the open-label extension study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27: 634–642.

Papp K et al.: Adalimumab for moderate to severe chronic plaque psoriasis: efficacy and safety of retreatment and disease recurrence following withdrawal from therapy. *Br J Dermatol* 2011; 164: 434–441.

PsoriNet News

Der nächste Qualitätszirkel PsoriNet findet statt am Freitagabend, 17. Juni 2016, im Kongresshaus Zürich im Anschluss an die Zürcher Dermatologischen Fortbildungstage.

Weitere Informationen sind erhältlich bei: Dr. Tobias Plaza, Präsident PsoriNet, E-Mail: t.plaza@hin.ch