

Psoriasis und Gefässerkrankungen

Systemtherapie mit Immunologika senkt auch das kardiovaskuläre Risiko

Mit der spezifischen Hemmung von proinflammatorischen Zytokinen lassen sich nicht nur Psoriasisplaques, sondern auch atherosklerotische Plaques zurückdrängen. Das bedeutet für Psoriatischer mit entsprechender systemischer Therapie, dass auch ihr Infarktisiko sinkt.

Circulation: Cardiovascular Imaging

Die Schuppenflechte wird heutzutage als systemische inflammatorische Erkrankung begriffen, bei der sich die Entzündung nicht nur an der Haut und den Gelenken abspielt, sondern auch an den Gefässen. Deshalb gilt die Psoriasis als eigenständiger, starker Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen Psoriasis und der Entwicklung von Hochrisikokoronarplaques, die das Risiko für einen Herzinfarkt verfünffachen. Diese Atherome, die sich ins Lumen der Gefässe vorwölben und es einengen, bestehen aus einem lipidreichen nekrotischen Kern mit Zelldetritus und werden als «lipid-rich necrotic core» (LRNC) bezeichnet. Wenn diese Plaques rupturieren, kommt es zum Verschluss des Gefässes – also zum Infarkt.

Entzündung verursacht Infarkt

Ursache für ein Aufbrechen dieser Plaques sind Entzündungsvorgänge. Werden diese inflammatorischen Prozesse gehemmt, sinkt auch das Infarktisiko. Allerdings klappt das nicht mit einer Entzündungshemmung nach dem «Giesskannenprinzip», wie beispielsweise bei einer Behandlung mit systemischen Kortikoiden. Vielmehr müssen hier spezifische Entzündungsvorgänge gebremst werden. Offenbar ist das der Fall bei der Zytokinhemmung, die bei der systemischen Therapie der schweren Psoriasis erzielt wird. Dazu werden unter anderem gegen Interleukin-(IL-)17 und IL-23 gerichtete monoklonale Antikörper, TNF- α -Hemmer oder auch «small molecules» wie Apremilast eingesetzt.

Herz-CT bringt es an den Tag

Dass diese Substanzen auch die Atherome beeinflussen, konnte nun erstmals mit einer neuen bildgebenden Technik nachgewiesen werden. An der Studie nahmen 209 Patienten mittleren Alters (37–62 Jahre) mit Psoriasis teil. Von diesen erhielten 124 eine Therapie mit Immunologika, 85 wurden der Kontrollgruppe zugeteilt und mit topischen Cremes sowie Lichttherapie behandelt. Die Studienteilnehmer waren mittleren Alters, überwiegend männlich mit ähnlichem kardiometabolischen und Psoriasisstatus in den Behandlungsgruppen. Allerdings wiesen die Teilnehmer mit einer schweren Psoriasis einen höheren Body-Mass-Index (BMI), einen höheren CRP-Wert und höhergradige Plaques in den Koronararterien auf. Um die Auswirkungen der Biologika auf die Koronararterien, genauer gesagt auf die LRNC-Hochrisikoplaques, zu messen, unterzogen die Forscher alle Studienteilnehmer speziellen Computertomografie-(CT)-Scans am Herzen vor und ein Jahr nach Therapiebeginn. Die CT-Ergebnisse der beiden Gruppen wurden dann miteinander verglichen.

Signifikanter LRNC-Rückgang

Bei allen Teilnehmern war der LRNC-Status zu Studienbeginn mit dem Framingham-Risiko-Score und dem Schweregrad der Psoriasis abgeglichen worden. Nach einem Jahr zeigte sich bei den Teilnehmern, die eine systemische Biologikatherapie erhalten hatten, eine Reduktion der LRNC von 3,12 mm² auf 2,97 mm² ($p = 0,028$). In der Kontrollgruppe ohne Immunologikatherapie wurde keine signifikante Änderung der LRNC-Grösse festgestellt: Vom Aus-

gangswert 3,12 mm² zu Beginn waren die LRNC nach einem Jahr sogar etwas gewachsen, und zwar auf 3,34 mm² ($p = 0,06$). Die Veränderung der LRNC war im Vergleich zu der Gruppe, die keine Biologika erhalten hatte, signifikant ($p = 0,004$) und blieb es auch nach Bereinigung um kardiovaskuläre Risikofaktoren und den Schweregrad der Psoriasis ($p = 0,033$).

Anders ausgedrückt: In der Verumgruppe konnte eine 8-prozentige Reduktion der koronaren Plaques im Vergleich zum Ausgangswert festgestellt werden. Bei der Kontrollgruppe waren die Atherome leicht gewachsen. Damit entspricht die Reduktion der Plaques an den Koronararterien ungefähr derjenigen, die sich durch Statine erreichen lässt; hier wird die Reduktion mit 6 bis 8 Prozent beziffert.

Nach Ansicht der Autoren gibt die Studie Hinweise darauf, dass sich mit der Behandlung systemischer Entzündungen bei Psoriasis auch die Grösse der LRNC reduzieren lässt. Wie genau der Wirkmechanismus funktioniert und ob diese Therapie auch zu einer Senkung der Infarktinzidenz bei Psoriatischer führt, muss durch grössere und längere prospektive Folgestudien untersucht werden. ▲

Angelika Ramm-Fischer

Choi H et al.: Treatment of Psoriasis With Biologic Therapy Is Associated With Improvement of Coronary Artery Plaque Lipid-Rich Necrotic Core: Results From a Prospective, Observational Study. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2020;13(9):e011199.

Interessenlage: Der korrespondierende Autor und einer der Co-Autoren deklarieren Forschungs-sponsoring von zahlreichen pharmazeutischen Firmen sowie diverse Beratertätigkeiten für die Unternehmen.