

Dermatologen behandeln bei Psoriasispatienten längst nicht mehr nur die Hautsymptome, sondern werden oft auch zum Therapiemanager der Komorbiditäten. Bei der Auswahl der systemischen Therapie und Biologika sind auch deren Auswirkungen auf die Komorbiditäten und mögliche Arzneimittelwechselwirkungen zu berücksichtigen. Beim EADV-Kongress in Istanbul diskutierten Experten, welche Bausteine für sie zu einem effektiven Management noch dazugehören.

Die Psoriasis wird heute als systemisch-entzündliche Erkrankung aufgefasst, die Hautsymptome, eine mögliche Gelenkbeteiligung sowie charakteristische Komorbiditäten umfasst. Dazu zählen andere chronisch entzündliche Erkrankungen mit möglicherweise überlappenden Krankheitsmechanismen, wie die rheumatoide Arthritis (ca. 4-fach häufiger) und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (ca. 2-fach häufiger) und metabolische Veränderungen wie Fettstoffwechselstörungen, Diabetesneigung, Adipositas und arterielle Hypertonie (3). Psoriasispatienten haben ein signifikant erhöhtes Risiko für einen Myokardinfarkt und einen Alkohol- und Nikotinabusus. Aktuelle Daten zeigen, dass Patienten mit Psoriasis auch häufiger an einer Niereninsuffizienz erkranken. Das Risiko steigt einer Publikation des «British Medical Journal» gemäss mit der Ausdehnung der Hauterkrankungen (1).

Mit Therapiezielen arbeiten

Eine leichte Psoriasis zu behandeln ist das eine, einen Standard of Care für die schweren Formen zu etablieren das andere. Dieser Aufgabe widmet sich Prof. Dr. Ulrich Mrowietz, Kiel (2, 3). Dazu gehören für ihn, wie er in Istanbul ausführte, eine grosse medizinische Expertise sowie eine Kultur, in der Scores zur Qualitätssicherung eingesetzt werden und in der es für Arzt und Patient klar definierte Therapieziele gibt. Guidelines liefern wichtige Hintergrundinformationen und evidenzbasierte Therapieregime. Sie sollten be-

Psoriasis: Bausteine für ein effektives Management

folgt beziehungsweise für den individuellen Patienten adaptiert eingesetzt werden. Netzwerke mit Kollegen anderer Fachdisziplinen wie Immunologen, Rheumatologen, des gleichen Faches und eine ständige Anpassung an neues Wissen sind weitere wichtige Aspekte. Der Behandlungsalgorithmus im Konsensuspapier der Progressive Psoriasis Initiative (PPI) von 2013 berücksichtige alle diese Punkte, betonte Mrowietz (3).

Ein besonders wichtiges Thema ist immer die Frage nach einem Therapiestopp einer erfolgreichen Biologikatherapie. Die PPI hat dazu folgendes Statement publiziert (3): «Wenn ein Patient ein Therapieende wünscht und ein Jahr lang eine nahezu vollständige Abheilung bei guter Lebensqualität erzielt wurde, kann bei einem vorsichtigen Follow-up ein Absetzen des Biologikums erwogen werden.»

Kritisch bleiben und Interaktionen bedenken

Etwas Nachhilfe in Immunologie gab es von Prof. Dr. Richard Langley, der diskutierte, wie bei einem möglichen Wirkungsverlust von Biologika vorgegangen werden sollte. Seine Empfehlungen:

1. falls vorhanden, die Antikörpermessung hinterfragen
2. die Diagnose prüfen
3. die Adherence des Patienten diskutieren und
4. weitere Einflussfaktoren prüfen
5. noch einmal die Indikation der Therapie prüfen.

Grundsätzlich gelte nämlich, dass bei allen Biologika von einer Langzeiteffizienz auszugehen sei. Eine Immunreaktion mit Antikörpern könne zwar bei allen gefunden werden, die Bedeutung sei aber noch unklar. Eine sorgfältige Abklärung aller möglichen Ursachen für einen Wirkungsverlust sei unerlässlich.

Bei der Auswahl der systemischen Therapie spielen die Komorbiditäten und Kon-

traindikationen eine immer entscheidendere Rolle (5). Einige bewährte Medikamente sind zum Beispiel nephrotoxisch wie die Immunsuppressiva Cyclosporin oder Methotrexat. Besonders im Langzeitmanagement gelte es das zu bedenken, betonte Prof. Dr. Wolf-Henning Boehncke, Genf. Biologika hätten den Vorteil, dass sie auch bei Komorbiditäten zum Einsatz kommen können, da sie keine direkten Medikamenteninteraktionen zeigen. Allerdings können TNF-a-Inhibitoren die Zytochrom-P450-Aktivität indirekt beeinflussen und damit den Metabolismus bestimmter Medikamente verändern (6).

Susanne Schelosky

Literatur:

1. Wan J et al. Risk of moderate to advanced kidney disease in patients with psoriasis: population based cohort study, *BMJ* 2013; 347:f5961.
2. J Howa Yeung BS et al. Psoriasis Severity and the Prevalence of Major Medical Comorbidity. *JAMA Dermatol.* 2013; 149 (10): 1173–1179.
3. Mrowietz U et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Archives of Dermatological Research* 2011; 303: 1–10.
4. Mrowietz U et al. A consensus report on appropriate treatment optimization and transitioning in the management of moderate-to-severe plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013 Feb 26. doi: 10.1111/jdv.12118. [Epub ahead of print]
5. Nast A et al. S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris, www.awmf.de.
6. Gupta R et al. Possible Drug-Drug Interaction Between Adalimumab and Duloxetine and/or Pregabalin in a Psoriasis Patient. *J Drugs Dermatol* 2013 Oct 1; 12 (10): 1089.

Quelle: «Making sense of long-term management in psoriasis» Satellitensymposium Abbvie, 22. EADV-Kongress, 3. Oktober 2013 in Istanbul.