

Europäischer Konsensus

Mit Zielvorgaben die Psoriasis-Therapie optimieren

Während Behandlungsziele beispielsweise bei Diabetes oder Hypertonie schon seit Langem klipp und klar festgelegt werden, hinkt die Dermatologie bei der Formulierung von Therapiezielen hinterher. Jetzt haben Experten aus 19 europäischen Ländern für die mittelschwere bis schwere Plaquepsoriasis Therapieziele erarbeitet (1). Der europäische Konsensus, an dem auch die Dermatologische Universitätsklinik Bern beteiligt war, wurde von Prof. Dr. Ulrich Mrowietz, Psoriasis-Zentrum der Universität Schleswig-Holstein, Kiel, Deutschland, am 20th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) vorgestellt.

Klare Therapieziele sind zur Optimierung der Behandlung wichtig, denn wenn die gesteckten Ziele mit der gewählten Therapie nicht erreicht werden, müssen bei der Behandlungsstrategie Anpassungen vorgenommen werden (z.B. Optimierung der Dosierung durch Dosiserhöhung oder Verkürzung des Dosierungsintervalls, Kombinationstherapie mit topischem oder zweitem systemischem Medikament, Auswechslung des gewählten systemischen Medikaments). Die Patienten völlig von ihren Hautsymptomen zu befreien, bildet das oberste Therapieziel. Aktuell wird die Psoriasis als immunologisch vermittelte, systemische Entzündungskrankheit aufgefasst. Weil die Hautentzündung als wichtigster Faktor für die systemischen Effekte zu betrachten ist, steht die gute Kontrolle der Hautentzündung mittels effektiver Therapie im Mittelpunkt der Behandlung.

Wann gilt die Therapie als erfolgreich, wann als Misserfolg?

Die Psoriasis ist eine heterogene Krankheit, bei der Aktivität, Schweregrad und Lokalisation unterschiedlich sind. Bei allen Patienten muss aber eine wirksame Therapie erreicht werden. Leider stehen weder Scores noch Marker zur Verfügung, um die Psoriasisaktivität zu

bestimmen (inaktive, stabile bzw. aktive, instabile Psoriasis). Besser gelingt es, den Schweregrad zu erfassen. Gemäss der Zehnerregel wird die Psoriasis als mittelschwer bis schwer eingestuft, wenn BSA (Body Surface Area = erkrankte Hautareale als Prozentsatz der gesamten Körperoberfläche), PASI (Psoriasis Area and Severity Index unter Berücksichtigung der Ausprägung und Lokalisation der Hautsymptome) und DLQI (Dermatology Life Quality Index = krankheitsspezifische Lebensqualität) jeweils mehr als 10 betragen.

Wenn alle Werte unter 10 liegen, handelt es sich um eine leichte Psoriasis, die gemäss aktuellen Guidelines in der Regel mit topischen Medikamenten behandelt wird. Spezielle Krankheitsaspekte können aber trotz leichtem Krankheitsbefund (gemäss BSA und PASI) ein «Upgrade» in die Kategorie «mittelschwere bis schwere Psoriasis» bewirken, wobei eine Phototherapie oder systemische Behandlung nötig wird. Zu diesen Upgrade-Krankheitsaspekten gehören beispielsweise: Befall sichtbarer Hautareale oder der Genitalien, Onycholyse oder Onychodystrophie von zwei und mehr Fingernägeln, Pruritus mit häufigem Kratzen.

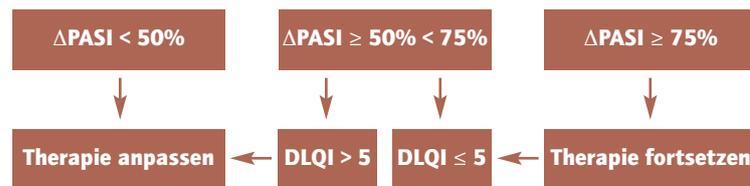


Abbildung: Definition eines Therapieerfolgs (rechte Hälfte) und einer nicht erfolgreichen Therapie (linke Hälfte) nach der Induktionsbehandlung und während der Erhaltungsbehandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis.

Quelle: Mrowietz U et al. (1)

Wie viel Therapieeffekt ist aus Ärzte- und Patientenperspektive ausreichend? Von einem Therapieerfolg kann am Ende der Induktionsphase gesprochen werden, wenn eine mindestens 75-prozentige PASI-Reduktion ($\Delta\text{PASI} \geq 75\%$) bezüglich der Ausgangssituation erreicht wurde. In diesem Fall wird empfohlen, die gewählte Therapie fortzusetzen (Abbildung). Das Therapieziel wurde dagegen bis zum Ende der Induktionsphase nicht erreicht, wenn sich der PASI-Wert um weniger als 50 Prozent verbessert hat ($\Delta\text{PASI} < 50\%$). In diesem Fall muss die Behandlungsstrategie geändert werden (Abbildung). Im Zwischenbereich ($\Delta\text{PASI} \geq 50\% < 75\%$) wird auf die Selbstbeurteilung der Lebensqualität

durch die betroffenen Patienten abgestellt (*Abbildung*). Bei einem DLQI-Wert über 5 ist das Behandlungsziel nicht erreicht, und die Therapie muss geändert werden. Bei rasch wirkenden Therapien (z.B. Infliximab, Adalimumab) dauert die Induktionsphase bis Woche 16, bei langsamer wirkenden Therapien (z.B. Methotrexat, Acitretin, Etanercept) bis Woche 24. Auch während der Erhaltungsphase soll bei den regelmässigen Kontrolluntersuchungen in 2-monatigen Abständen über-

prüft werden, ob die Therapieziele erreicht wurden (*Abbildung*). ●

Alfred Lienhard

Redaktioneller Bericht ohne Sponsoring

Referenz:

1. Mrowietz U et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. Archives of Dermatological Research 2011; 303: 1–10.