

Der interessante Fall

Antikörper als neue Option bei therapieresistenter Psoriasis

Kasuistik von Marguerite Krasovec A. Rahmann

Der 40-jährige Kundendienstberater bei einem grossen Autocenter in der Gegend von Zürich leidet seit einem Jahr an Hautveränderungen der Handflächen und Fusssohlen, welche in den letzten vier Monaten schlimmer wurden. Er war auswärts wegen eines hyperkeratotischen Hand- und Fusssekzems mit topischen Kortikosteroiden behandelt worden. Die Eigen- und Familienanamnese betreffend Psoriasis war negativ. Der aus Italien stammende Mann litt an einer Thalassaemia minor, sonst war er gesund.

Im Hautstatus fand sich eine Psoriasis vulgaris der Kopfhaut parietal links, der Bartregion, der Ohrgänge und der Retroaurikulärggenden. Inguinal beidseits bestanden scharf begrenzte Erytheme, für eine Psoriasis inversa sprechend. Palmar und plantar (Abbildung 1, Abbildung 2) fand sich eine massive Psoriasis mit dicken, hyperkeratotischen, scharf begrenzten Plaques mit schmerzhaften Rhagaden, die die Bewegung der Hände einschränkten. Der PASI-Score betrug 10,2. Aufgrund des Befalls der Akren war die Psoriasis als schwer zu beurteilen.

Wir entschlossen uns für eine systemische Therapie mit Methotrexat s.c. 15 bis 20mg/Woche ab 11. Juni 2018 und behielten die Option einer biologischen Therapie im Hinterkopf. Wegen des invalidisierenden Befalls der Palmae und Fusssohle wurde der Patient vier Wochen arbeitsunfähig geschrieben. Es zeigte sich nur eine zögerliche Besserung des palmoplantaren Befalls. Der DLQI-(«Dermatology Life Quality Index»)-Score, welcher den Einfluss der Hauterkrankung in den vergangenen sieben Tagen misst, betrug am 16. Juli 2018 23 Punkte (sehr starke Beeinträchtigung). Damit war die Indikation

zu einer Therapie mit Biologika erfüllt. Am 10. August 2018 wurde die erste Injektion von Ixekizumab appliziert. Es folgten laut Schema Injektionen alle zwei Wochen. Die Psoriasis war nach 2 Monaten wesentlich gebessert. Am 2. November 2018 bestand keine Psoriasis mehr (Abbildung 3). Die Erhaltungsphase mit Applikationen alle vier Wochen konnte entsprechend dem Dosierungsplan eingeleitet werden.

Die Psoriasis vulgaris ist eine genetisch determinierte, chronisch entzündliche, immunvermittelte (System-)Erkrankung, die durch extrinsische oder intrinsische Einflüsse provoziert werden kann. In der Schweiz sind rund 2 Prozent aller Menschen von einer Psoriasis betroffen, davon 12000 mit moderater bis schwerer Psoriasis, wie unser Patient. Bei der Psoriasis liegen auf immunologischer Ebene enge Wechselwirkungen zwischen Komponenten des angeborenen und des adaptiven Immunsystems vor. Interleukin-17 (IL-17) spielt unter physiologischen Bedingungen eine wichtige Rolle bei der mukokutanen Immunität gegenüber extrazellulären Mikroorganismen und Pilzen. Bei der Psoriasis besteht eine abnormale T-Zell-vermittelte Immunantwort. Es kommt zu einer vermehrten Differenzierung von T-Helferzellen zu TH17-Zellen, die somit IL-17A und IL-17F produzieren. Vor wenigen Jahren wurden Biologika entwickelt, welche spezifisch auf dieser Ebene der Psoriasisentstehung eingreifen. Die IL-17-Blockade durch die IL-17A-Antagonisten Sekukinumab (Cosentyx®) und Ixekizumab (Taltz®) und die Blockade des IL-17-Rezeptors mit Brodalumab zeigen ein sehr rasches Therapieansprechen sowie ein Erreichen einer starken PASI-Reduktion. Ixekizumab ist ein humanisier-



Abbildung 1: Psoriasis, palmarer Befall



Abbildung 2: Psoriasis, plantarer Befall

ter monoklonaler Antikörper vom Typ IgG 4 gegen IL-17A und ist zugelassen als First-Line-Therapie für die mittelschwere bis schwere Psoriasis und für die Psoriasis-Arthritis. Es zeichnet sich durch eine hohe Spezifität und Bindungsaffinität aus. Der Antikörper neutralisiert IL-17A und IL-17A/IL-17F.



Abbildung 3: Hautbefund nach 12 Wochen Therapie mit Ixekizumab

Die initiale Dosierung beträgt 160 mg (2 x 80 mg) s.c. in Woche 0, danach erhalten Patienten 80 mg alle 2 Wochen bis Woche 12 und dann 80 mg alle 4 Wochen. Die Ixekizumab-Sicherheitsdatenbank umfasst zurzeit 6480 Patientenjahre mit Ixekizumab-Exposition. Das Medikament erwies sich als sehr wirksam und gut verträglich. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Reaktionen an der Injektionsstelle, Infektionen der oberen Atemwege (Nasopharyngitis), Candida-Infektionen und selten Neutropenien. Keine dieser Nebenwirkungen trat bei unserem Patienten bisher auf. Er konnte nach der Initialphase (12 Wochen) als in voller Remission betrachtet werden und war sehr dankbar und glücklich. Er konnte wieder mit vollem Elan seiner Arbeit nachgehen. Die Erhaltungstherapie mit Injektion von Ixekizumab alle vier Wochen zu Hause hatte er erlernt. ▲

Korrespondenzadresse:



**Dr. med. Marguerite Krasovec
Rahmann
Lilie Zentrum
Uitikonstrasse 9
8952 Schlieren
Tel. 044-730 40 00
Fax 044-730 40 03
E-Mail:
dr-krasovec@bluewin.ch**