

Psoriasis

Proaktive Patientenführung verbessert Adhärenz und Therapieerfolg

Mehr als 50 % der Patienten mit Psoriasis erhalten eine topische Therapie. Doch obwohl über die Hälfte der Patienten einen schnellen und anhaltenden Therapieerfolg möglichst innerhalb von 2 Wochen erwartet, befolgen viele Betroffene die Anweisungen ihres Hautarztes nicht oder nur unzureichend – v.a. in nicht sichtbaren Hautregionen.

Gründe für eine mangelnde Therapieerfolge, die den Behandlungserfolg vermindern kann, seien kosmetische Nichtakzeptanz, Nebenwirkungen sowie Zeitaufwand und Häufigkeit der Anwendung, aber auch Mängel in der Arzt-Patienten-Kommunikation, so Prof. Ulrich Mrowietz, Kiel, auf einer Pressekonferenz¹. Eine Möglichkeit die Therapieadhärenz zu verbessern, besteht in der Auswahl einer wirksamen, verträglichen und unkompliziert anwendbaren Medikation, z.B. mit Calcipotriol/Betamethason-Gel². Außerdem kann ein Programm wie TTOP (Topi-

cal Treatment Optimization Program) helfen, das die Interaktion zwischen Arzt und Patient verbessern soll.

Das speziell entwickelte Programm wurde in der europaweiten, multizentrischen PSO-TOP-Studie getestet und zeigte eine deutliche Überlegenheit im Vergleich zu einem Standard-Management bei über 1800 Patienten mit leichter bis mittelschwerer aktiver Psoriasis, die auf zuvor verwendete Topika nicht ansprachen³. Die Patienten erhielten über 64 Wochen 1-mal täglich die Fixkombination aus Calcipotriol (50 µg) und Betamethason (0,5 mg) in Gelform, entweder im Rahmen der optimierten Therapie mit TTOP – bestehend aus Patientenfragebogen, Kommunikationsinstrumenten und Informationsmaterial über die Dermato- und ihre Behandlung – oder als Standardbehandlung. Primärer Endpunkt der Studie war der Physicians Global Assessment-Score (PGA-Score) in Woche 8 nach Um-

stellung auf die Fixkombination. Das Ergebnis: Die Anzahl der Patienten, die nach diesem Zeitraum einen PGA-Score von 0 oder 1 (klares oder nahezu klares Hautbild) erreichten, war in der TTOP-Gruppe mit 324 Patienten deutlich höher als in der Standardgruppe mit 281 Patienten (36,3 vs. 31,3%, $p=0,0267$). Neun von zehn Patienten bevorzugten das Gel gegenüber der Vortherapie. Am wichtigsten empfanden die Patienten das intensive Gespräch mit dem Dermatologen und dem Personal sowie das Informationsmaterial. Eine Verbesserung der Therapie sei also möglich, so Mrowietz. Dabei sei Kommunikation das wichtigste Element. Der Zeitaufwand der Maßnahme führe unmittelbar zu einer verbesserten Patientenzufriedenheit, der Einbau in die Praxisroutine lohne sich und sei auch für andere Erkrankungen nutzbar.

Michael Koczorek, Bremen

¹ Pressekonferenz „Psoriasis und Topika: Auf dem Weg zum optimalen Langzeitmanagement“, im Rahmen der 48. Jahrestagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), Berlin, April 2015, Veranstalter: Leo Pharma GmbH

² Daivobet® Gel, Leo Pharma GmbH, Neu-Isenburg

³ Reich K et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015; 29: 1156–1163

Rosacea papulopustulosa

Neuer Wirkstoff zugelassen

Mit Ivermectin-Creme¹ (10 mg/g) steht seit Juni 2015 eine neue Therapieoption gegen Rosacea papulopustulosa zur Verfügung. Die 1-mal tägliche Behandlung mit Ivermectin zeigte sich in kontrollierten Studien der Therapie mit Metronidazol, Azelainsäure und Vehikel überlegen und wurde gut vertragen.

5–10 % der Bevölkerung weisen eine Rosacea auf, erklärte Prof. Thomas Luger, Münster, bei einem Pressegespräch². Viele Rosacea-Patienten würden durch die im Stadium 2 auftretenden Papeln und Pusteln in ihrem Alltag schwer belastet. Für ihre Therapie steht seit kurzem Ivermectin als Creme in der Konzentration von 10 mg/g zur Verfügung.

Prof. Thomas Dirschka, Wuppertal, präsentierte 2 Phase-III-Studien³, in denen die Therapie der Papeln und Pusteln mit Ivermectin-Creme vs. Vehikel untersucht wurde. Die Patienten zeigten anfangs eine mittelschwere bis schwere Ausprägung der Erkrankung (IGA 3/4). In 12 Wochen erreichten 38,4 bzw. 40,1 % von ihnen

unter Ivermectin IGA 0/1. Dies schafften nur 11,6 bzw. 18,8 % der Kontrollpatienten ($p<0,001$). Die mittlere Zahl entzündlicher Läsionen wurde mit Ivermectin deutlich stärker reduziert ($p<0,001$), und die Verträglichkeit war günstiger als unter Vehikel. Während der 40-wöchigen Extensionsstudien⁴ erhielten die Verumtrollpatienten weiterhin Ivermectin, die Kontrollpatienten 15%ige Azelainsäure. Zum Ende dieser Phase hatten 71,1 bzw. 76 % der Ivermectin-, aber <60 % der Kontrollpatienten IGA 0/1 erreicht.

In einer europäischen Phase-III-Studie⁵ wurde 1-mal täglich 1%ige Ivermectin-creme mit 2-mal täglich 0,75%igem Metronidazol verglichen. Nach 16 Wochen waren die entzündlichen Läsionen um 83,0 vs. 73,7 % reduziert ($p<0,001$). 84,9 vs. 75,4 % der Patienten hatten IGA 0/1 erreicht ($p<0,001$). 85,5 vs. 74,8 % beurteilten die Besserung ihrer Rosacea als gut oder exzellent. Behandlungsbezogene unerwünschte Ereignisse kamen mit Iver-

mectin seltener vor, und es wurde lokal besser vertragen als Metronidazol.

In der noch nicht publizierten Extensionsstudie, die weitere 36 Wochen umfasste, wurde ermittelt, wie lange die erfolgreich behandelten Patienten ohne Therapie auskamen. „Im Median dauerte es nach Absetzen von Ivermectin 115 Tage, nach Metronidazol 85 Tage, bis zum nächsten Krankheitsschub mit IGA > 1 ($p=0,0365$)“, so Dirschka. Werde dann erneut mit Ivermectin behandelt, so seien die Erfolgsaussichten ebenso gut wie in der Initialtherapie.

Simone Reisdorf, Erfurt

¹ Soolantra®, Galderma Laboratorium GmbH, Düsseldorf

² „Zulassung für Soolantra® (Ivermectin) 10 mg/g Creme – Neue Wirksamkeitsdimension in der topischen Rosacea-Therapie“, Juni 2015, Düsseldorf, Veranstalter: Galderma Laboratorium GmbH

³ Stein Gold L et al. J Drugs Dermatol 2014; 13: 316–323

⁴ Stein Gold L et al. J Drugs Dermatol 2014; 13: 1380–1386

⁵ Taieb A et al. Br J Dermatol 2015; 172: 1103–1110