

Die Seite des Wissenschaftlichen Beirats

Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates kommentieren Veröffentlichungen aus Fachpublikationen zum Thema Schuppenflechte.



Heute:

Dr. Sandra Philipp

Stellv. Leiterin des Psoriasis Forschungs- und Behandlungszentrums der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie in der Charité Berlin

Eine Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung kann sich in sehr unterschiedlichen Beschwerden zeigen, deswegen wurden bei den Empfehlungen der GRAPPA-Gruppe sowohl die Haut, die Nägel als auch die Beteiligung von Teilen des Bewegungsapparats (Gelenke, Sehnen) miteinbezogen. Die Empfehlungen stützen sich auf eine systematische Literaturrecherche mit folgender Abstimmung durch die GRAPPA-Mitglieder. Die Empfehlungen der einzelnen Behandlungsoptionen wurden unterteilt in: stark empfohlen, bedingt empfohlen, nicht empfohlen (stark), nicht empfohlen aufgrund von fehlenden Daten.

Periphere Arthritis

Bei innerlich nicht vorbehandelten Patienten werden bei Arthritis der kleinen, am Rande liegenden Gelenke DMARDs (siehe nebenstehend) wie Methotrexat (MTX), Leflunomid und

Gemeinschaft zur Forschung und Beurteilung von Schuppenflechte mit und ohne Gelenkbeteiligung (GRAPPA): Behandlungsempfehlungen für die Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung 2015

Sulfasalazin sowie TNF-alpha Blocker empfohlen. In vielen Fällen können „disease modifying antirheumatic drugs“ (DMARDs) als erstes gegeben werden. Aber unter bestimmten Umständen (wie z.B. stark erhöhten Entzündungszeichen oder vielen aktiv erkrankten Gelenken) sollte eine frü-

geringsten wirksamen Dosis (meist < 7.5mg/Tag) sowie Phosphodiesterase-4-Hemmer (PDE4-Inhibitoren) (zu wenige Daten). Bei Nicht-Ansprechen auf DMARDs sind Biologika (Anti-IL 12/23, TNF-alpha Blocker) oder PDE4-Inhibitoren empfohlen sowie bedingt auch Interleukin 17 Blocker (Anti-IL17) (wenige Daten).

GRAPPA

(Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) Gemeinschaft zur Forschung und Beurteilung von Psoriasis und Psoriasis Arthritis (PsA), bestehend aus weltweit > 500 Mitgliedern, u.a. Rheumatologen, Dermatologen und Vertretern von Patientenverbänden, die sich u.a. zum Ziel gesetzt haben standardisierte Kriterien zur Diagnostik einer PsA sowie Behandlungsempfehlungen zu entwickeln.

www.grappanetwork.org
accessed 25thJan2016

he Therapie mit TNF-alpha erfolgen. Bedingt empfohlen sind nicht-steroidale antirheumatische Medikamente (NSAR) zur Verbesserung der Symptome sowie Steroide (Kortikoide) als Injektion in Gelenke oder innerlich in der

Wirbelsäulenbeteiligung

Bei nicht-ausreichendem Ansprechen von NSAR und Physiotherapie werden TNF-alpha Blocker empfohlen. DMARDs sind hier nicht wirksam. Anti-IL12/23 und Anti-IL-17 zeigen Wirksamkeit in klinischen Studien, haben aber speziell für die Wirbelsäulenbeteiligung noch keine Zulassung. Bei Nichtansprechen von TNF-alpha Blockern ist ein Wechsel auf einen anderen TNF-Blocker bedingt zu empfehlen oder auf Anti-IL17 oder Anti-IL12/23.

Entzündung der Sehnenansätze (Enthesitis)

TNF-alpha Blocker und Anti-IL12/23 zeigten in Studien eine gute Wirksamkeit (starke Empfehlung). Nach Expertenmeinung, wenn auch nicht in großen Studien betätigt, sind NSAR weiter die erste Wahl zur Behandlung,

ggf. auch verbunden mit Physiotherapie (bedingte Empfehlung). Anti-IL17 und PDE4-Inhibitoren sind bedingt empfohlen (wenige Daten). Kortikoidinjektionen sind nur bedingt empfohlen, da sie bei krankhaft belasteten Sehnen zu Rissen führen können. Für die Wirksamkeit von DMARDs gibt es keine Belege in Studien (keine Empfehlung).

Schwellung aller Gelenke eines Fingers oder Zehs (Dactylitis)

Starke Empfehlung für TNF-alpha Blocker und bedingt für Anti-IL12/23. Aufgrund begrenzter Studiendaten werden DMARDs weiterhin als erste Behandlungsoption empfohlen (bedingte Empfehlung). Anti-IL17 und PDE4-Inhibitoren sind bedingt empfohlen (wenige Daten). Auch Kortikoidinjektionen in die Gelenke können in Betracht gezogen werden (bedingte Empfehlung).

Hautbeteiligung

Lokale Behandlungen (Creme, Salbe) sind vor allem bei milder Ausprägung der Erkrankung empfohlen, gefolgt von Lichttherapie und DMARDs (MTX, Ciclosporin, Leflunomid) bei ausgeprägteren Befunden. Bei Nicht-Ansprechen auf diese Therapien sind Biologika (TNF-alpha Blocker, Anti-IL12/23, Anti-IL17) oder PDE4-Inhibitoren empfohlen. In Einzelfällen können Biologika auch direkt eingesetzt werden.

Nagelbeteiligung

Aufgrund der Datenlage können Biologika wie TNF-alpha Blocker und anti-IL12/23 stark empfohlen werden, vor

allem bei Patienten mit moderater bis starker Nagelbeteiligung. Auch Anti-IL17 und PDE4-Inhibitoren können empfohlen werden (bedingte Empfehlung). Für Patienten mit milder Nagelbeteiligung oder Kontraindikationen auch lokale Therapien, Injektio-

Wirkstoffe

NSAR
Nicht-steroidale antirheumatische Medikamente.

DMARDs (disease modifying antirheumatic drugs).
Innerliche krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente wie Methotrexat (MTX) Leflunomid, Sulfasalazin, Ciclosporin.

Biologika
Biotechnologisch hergestellte Medikamente (Antikörper, Fusionsproteine) wie TNF-Blocker, Anti-IL12/23, Anti-IL-17.
(TNF = Tumornekrosefaktor, IL = Interleukin: Botenstoffe, die bei der Schuppenflechte eine wichtige Rolle spielen)

PDE4-Inhibitor (Phosphodiesterase-4-Hemmer).
Gehört zur Gruppe der neu entwickelten kleinmolekularen Medikamente.

onen mit Kortikoiden oder DMARDs in Betracht kommen. Die Empfehlungen sind fortwährenden Änderungen unterworfen, z.B. wenn neue Ergebnisse aus Studien kommen, dies betrifft u. a. bedingte Empfehlungen aufgrund fehlender Daten.

Arzt und Patient

Neben den einzelnen Empfehlungen der Behandlung wurden Leitsätze formuliert, die Therapieziele, Einschätzung der Schwere der Erkrankung und Therapieentscheidungen betreffen. Therapieziele umfassen dabei nicht nur die Verminderung der Krankheitsaktivität, sondern auch Erhalt der Gelenkfunktion, Verhinderung bleibender Schäden, Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden sowie Vermeidung von Komplikationen. Neben der Krankengeschichte, der körperlichen Untersuchung (inklusive Haut, Nägel, Gelenke) mit Laboruntersuchungen oder bildgebenden Verfahren (Röntgen, Ultraschall, MRT) sollen auch Angaben von Patienten (z.B. Schmerz, Lebensqualität) sowie relevante Begleiterkrankungen wie Übergewicht, Gicht, Blutzucker, Herz-Kreislauferkrankungen, Lebererkrankungen, Osteoporose, Depressionen und Angststörungen erfasst werden. Therapieentscheidungen sollten dann gemeinsam von Arzt und Patient getroffen werden, was eine ausführliche Information des Patienten voraussetzt. Dabei sollten Krankheitsaktivität, Begleiterkrankungen, Vortherapien und Patientenpräferenz mit einbezogen werden. Hierzu gehört auch die regelmäßige Kontrolle und ggfs. notwendige Anpassung der Behandlung im Verlauf. ■

Literatur

Coates LC et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis 2015, Arthritis & Dermatology, accepted article Dec31, 2015