

JATROS

Dermatologie & Plastische Chirurgie

EUR 9,- Jahrgang 28/2025 ISSN 1561-5235 Österreichische Post AG, MZ 10Z038455M, Universimed CMC GmbH, Markgraf-Rüdiger-Straße 6-8, 1150 Wien

August / 2025

ABSTRACTBAND

10. Fortbildungsveranstaltung der AG für Biologika und Immuntherapie bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen

25. und 26. April 2025, Vienna Marriott Hotel, Wien







olumiant[®]
(Baricitinib) Tabletten

A Lilly Medicine

Eröffnet MÖGLICHKEITEN

bei Atopischer Dermatitis, Alopecia areata
und Rheumatoider Arthritis

-  Rasche und überzeugende Wirkung auf Juckreiz und Haut*
-  Anhaltende Verbesserung der Lebensqualität**
-  Robustes Sicherheitsprofil***
-  In der AD für Kinder und Jugendliche ab 2 Jahren zugelassen¹

1ST LINE
Hellgelbe
Box RE2

Für Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis nach intensiver Lokalthherapie ohne chefärztliche Bewilligung[#]



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Als Leiterin der Arbeitsgruppe für Biologika und Immuntherapie bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen der ÖGDV durfte ich heuer wieder die Schirmherrschaft für unsere Fortbildungsveranstaltung übernehmen, die am 25. und 26. April im Vienna Marriott Hotel stattfand. Da es sich bei der 10. Veranstaltung um ein Jubiläum handelte, wurde sie an zwei Tagen abgehalten.

Wir blicken zurück auf eine erfolgreiche Veranstaltung mit hervorragenden Vorträgen und Fallpräsentationen im Rahmen einer „Clinical Grand Round“. Dieses Format wurde schon letztes Jahr eingeführt, mit großem Interesse angenommen und war heuer der Hidradenitis suppurativa gewidmet.

Unsere Fortbildung wurde von insgesamt rund 100 Teilnehmenden besucht und von 15 Pharmaunternehmen großzügig unterstützt, wofür wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken möchten! Durch dieses Sponsoring kann an dieser Fortbildung kostenlos teilgenommen werden.

Unser Programm orientierte sich in bewährter Weise an den neuesten Entwicklungen in unserem Fachbereich. Wir sind stolz darauf, dass wir wiederum nationale wie auch internationale Sprecherinnen und Sprecher sowie Vorsitzende für unsere Veranstaltung gewinnen konnten. Unsere Themenschwerpunkte umfassten heuer eine interdisziplinäre Sitzung mit dem Thema Kinderwunsch bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen und deren medikamentöse Therapie in der Schwangerschaft sowie Schwangerschaftsdermatosen. Weitere Spezialthemen umfassten Lichen sclerosus, Akne & Rosacea und chronisches Handekzem. Der Erfolg der mit 8 DFP-Punkten approbierten Fortbildung wurde auch durch das durchwegs positive Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestätigt: 92% bewerteten die Inhalte als sehr gut, auch die Organisation wurde von 94% als sehr gut bewertet.

Ein Highlight unserer Fortbildungsveranstaltung war die jährliche Verleihung mehrerer Preise. Das Reisekostenstipendium ging heuer an Dr. Carina Borst, Assistenzärztin an der Universitätsklinik für Dermatologie, Medizinische Universität Wien.

Mit dem Skin Inflammation Award wurden Dr. Anna Gabriel, ebenfalls Assistenzärztin an der Universitätsklinik für Dermatologie, Medizinische Universität Wien, für ihre Arbeit mit dem Titel „Aberrant lipid metabolism in macrophages is associated with granuloma formation in sarcoidosis“ sowie DDr. Thomas Graier, Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie an der Medizinischen Universität Graz, für seine Veröffentlichung „Predictors of treatment survival of phototherapy in patients with plaque psoriasis – a registry analysis“ ausgezeichnet.

Ein besonderer Dank geht an das erstklassige Team von Universimed, das uns bei der Organisation und Durchführung unserer Fortbildungsveranstaltung wieder großartig unterstützt hat. Durch diese fruchtbare Zusammenarbeit über die letzten Jahre ist es uns gelungen, diese Veranstaltung auf sehr feste Füße zu stellen. Den Erfolg unserer jährlichen Fortbildung verdanken wir aber auch all unseren hochgeschätzten Referentinnen und Referenten sowie Vorsitzenden und natürlich allen Teilnehmenden. Auch an sie ein herzliches Dankeschön – von ihrer Begeisterung und ihrem Engagement lebt diese Veranstaltung! Unsere nächste und damit 11. Fortbildungsveranstaltung ist für den 18. April 2026 in Innsbruck avisiert – AG Biologika goes west! Unter www.ag-biologika.at werden Sie in Kürze weitere Informationen dazu finden.

Ich freue mich auf ein Wiedersehen im nächsten Jahr!

Herzliche Grüße

Constanze Jonak

Vorsitzende der AG für Biologika und Immuntherapie bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen der ÖGDV

Impressum



Produziert nach
den Richtlinien
des Österreichischen
Umweltzeichens

Herausgeber: Universimed Cross Media Content GmbH, Markgraf-Rüdiger-Straße 6–8, 1150 Wien. Tel.: +43 18 76 79 56. Fax: +43 18 76 79 56-20. E-Mail: office@universimed.com. Geschäftsführung: Dr. med. Bartosz Chłap, MBA. Chefredaktion: Dr. Katrin Spiesberger, MSc. E-Mail: katrin.spiesberger@universimed.com. Projektleitung: Margit Botan. E-Mail: margit.botan@universimed.com. Lektorat: DI Gerlinde Hinterhözl, Dr. Patrizia Maurer, Mag. Sabine Wawerda. Grafik: Antje Wellenhofer. Produktion & Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH, Druckhausstraße 1, A-2540 Bad Vöslau, FN 426711t – LG Wr. Neustadt, www.printalliance.at. Gerichtsstand: Wien. Artikel mit grauer Hinterlegung sind im Sinne des Österreichischen Mediengesetzes §26 als Werbung, Promotion oder entgeltliche Einschaltung zu verstehen. Gerichtsstand: Wien. Mit freundlicher Unterstützung durch die AG Biologika der ÖGDV. Alle Rechte, insbesondere auch hinsichtlich sämtlicher Artikel, Grafiken und Fotos, liegen bei Universimed. Nachdruck oder Vervielfältigung, Verbreitung, Zurverfügungstellung, Vortrag, Vorführung, Aufführung, Sendung, Vermietung, Verleih oder Bearbeitung – auch auszugsweise – nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung durch den Herausgeber.

universimed



Kinderwunsch und Schwangerschaft bei chronisch entzündlichen (Haut-) Erkrankungen

Frauen mit systemischen Autoimmunerkrankungen (SAE) stehen beim Kinderwunsch und während der Schwangerschaft vor besonderen medizinischen Herausforderungen. Die Komplexität dieser Situationen erfordert eine individuell abgestimmte, interdisziplinäre Betreuung durch Dermatologie, Rheumatologie, Gynäkologie und weitere Fachbereiche.

Systemische Autoimmunerkrankungen betreffen vor allem Frauen im gebärfähigen Alter. Bei bestehendem Kinderwunsch sind eine frühzeitige Beratung, sorgfältige Krankheitskontrolle und die Anpassung der Medikation essenziell. Die Erkrankungsaktivität sollte zum Zeitpunkt der Konzeption möglichst gering sein, um Risiken für Mutter und Kind zu minimieren.

Während der Schwangerschaft können SAE durch hormonelle und immunologi-

sche Veränderungen reaktiviert werden. Dies erhöht das Risiko für mütterliche Komplikationen wie Krankheitsflares, Hypertonie, Präeklampsie oder Organmanifestationen sowie für fetale Komplikationen wie intrauterine Wachstumsrestriktion und Frühgeburt. Einige immunmodulierende Medikamente müssen entweder bereits vor der Empfängnis umgestellt oder überwacht werden. Gleichzeitig birgt ein Therapieabbruch ein erhöhtes Risiko für Krankheitsrückfälle und Schwangerschaftskomplikationen.

Trotz der zentralen Bedeutung des Themas wird Familienplanung noch zu selten aktiv angesprochen. Hier zeigt sich der besondere Nutzen interdisziplinärer Versorgung, die dermatologische, rheumatologische und gynäkologische Aspekte einschließt. Dank zunehmender Erkenntnisse

zur Medikamentensicherheit in der Schwangerschaft und verbesserter interdisziplinärer Betreuung ist eine erfolgreiche Schwangerschaft für viele Patientinnen mit SAE möglich – vorausgesetzt, die Schwangerschaft erfolgt gut geplant, im stabilen Krankheitsverlauf und mit aktiver Einbindung der Patientin in alle Entscheidungen. ■

Autorin:

OÄ Priv.-Doz. Dr. **Klara Rosta**, PhD
Klinische Abteilung für Gynäkologische
Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien
E-Mail: klara.rosta@meduniwien.ac.at



A. Mazzucato-Puchner, Wien

Immunsuppressiva und Biologika in der Schwangerschaft

Eine unbehandelte entzündlich-aktive Autoimmunerkrankung stellt sowohl für die werdende Mutter als auch für das ungeborene Kind ein relevantes Risiko dar. Daher ist es ein zentrales Ziel, die Erkrankung bereits vor der Konzeption in Remission zu bringen – und diese Remission durch die Schwangerschaft hindurch aufrechtzuerhalten. Dies erfordert in vielen Fällen die Weiterführung einer immunsuppressiven oder biologischen Therapie während der Schwangerschaft.

Basierend auf aktuellen Daten und Leitlinien – insbesondere den neuen EULAR-Empfehlungen von 2025 – gilt heute: Viele immunmodulierende Therapien sind in der Schwangerschaft möglich und sicher einsetzbar. Nur wenige Medikamente wie Mycophenolatmofetil, Methotrexat und Cyclophosphamid gelten als teratogen und sind kontraindiziert. Auch Januskinase (JAK)-Inhibitoren und Leflunomid sind aufgrund fehlender Humanstudien und teratogener Effekte in Tierversuchen derzeit nicht empfohlen.

Im Gegensatz dazu gelten Substanzen wie Hydroxychloroquin, Azathioprin und Tumornekrosefaktor (TNF)-Inhibitoren als gut verträglich in der Schwangerschaft. Laut den aktuellen EULAR-Leitlinien können auch andere Biologika erwogen werden, sofern keine sichereren Alternativen zur Verfügung stehen.

Autorin:

Dr. **Antonia Mazzucato-Puchner**

Klinische Abteilung für Rheumatologie

Universitätsklinik für Innere Medizin III

Medizinische Universität Wien

E-Mail:

antonia.mazzucato-puchner@meduniwien.ac.at

RINVOQ® 30 mg
auch für Jugendliche
ab 12 Jahren.^{§1}

RINVOQ®
upadacitinib

**BEREIT FÜR DAS NÄCHSTE LEVEL
IN DER THERAPIE DER
ATOPISCHEN DERMATITIS?^{**5A}**

EINFACH SCHNELL & ANHALTEND^{5,6}

Schnelle Juckreizlinderung
(Verbesserung NRS ≥ 4)
bereits **1–2 Tage** nach
Behandlungsbeginn.⁵

Anhaltende Verbesserung von
Haut (EASI 75/90) und Juckreiz
(WP-NRS 0/1) **bis Woche 188.**⁶

ZWEIFACH ÜBERLEGEN^{4,7}

Signifikante Überlegenheit
(EASI 90 & WP-NRS 0/1)
mit RINVOQ® 15 oder 30 mg
gegenüber Dupilumab
in Woche 16 (Level Up).^{4,4}

Signifikante Überlegenheit
(EASI 75/90/100; Verbesserung
NRS ≥ 4) gegenüber Dupilumab
mit RINVOQ® 30 mg in Woche 16
(Heads Up).^{1,7}

MEHRFACH BEWÄHRT^{1,8,9}

Der erste
zugelassene &
erstattete
JAK-Inhibitor für
**Jugendliche ab
12 Jahren.**^{§1,2}

Aktuelle
**Langzeitdaten
bis zu 6 Jahre**
bestätigen die
Verträglichkeit
für die AD.⁸

**7 zugelassene
Indikationen** in
der Dermatologie,
Rheumatologie und
Gastroenterologie.
420.204 Patienten
weltweit auf
RINVOQ®-Therapie.^{1,9}

FIRST LINE^{*1,2}

✓ **NACH TOPIKA-VERSAGEN^{1,2}**

✓ **KEINE CHEFARZT PFLICHT²**

**BEI WAHLÄRZTEN: ERST-
GENEHMIGUNG ERFORDERLICH**



* Upadacitinib sollte nur angewendet werden, wenn keine geeigneteren Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen; bei Patienten im Alter von 65 Jahren und älter; bei Patienten mit einer atherosklerotischen kardiovaskulären Erkrankung in der Vorgeschichte oder anderen kardiovaskulären Risikofaktoren (wie Raucher oder ehemalige Langzeitraucher), bei Patienten mit Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (z. B. aktuelle oder zurückliegende maligne Erkrankungen).¹

** Das nächste Level: bezieht sich auf höhere Therapiestandards im Sinne einer optimalen Krankheitskontrolle (EASI 90 & WP-NRS 0/1).^{3,4}

§ Zugelassen bei mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie infrage kommen.¹ Nur RINVOQ® 15 mg ist für die Anwendung bei Jugendlichen erstattet.²

Die Patienten erhielten zunächst RINVOQ® 15 mg einmal täglich, die Dosis wurde je nach klinischem Ansprechen auf RINVOQ® 30 mg einmal täglich erhöht.⁴

+ RINVOQ® 30 mg QD vs. Dupilumab 300 mg Q2W.⁷

1 Fachinformation RINVOQ®, Stand Dezember 2024. **2** EKO, Stand April 2022. **3** Silverberg JI, et al. Combining treat-to-target principles and shared decision-making. International expert consensus-based recommendations with a novel concept for minimal disease activity criteria in atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. Online veröffentlicht am 11. Juli 2024. doi:10.1111/jdv.20229. **4** Silverberg JI, et al. Efficacy and Safety of Upadacitinib vs Dupilumab in Adults and Adolescents with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Week 16 results of an Open-Label, Randomized, Efficacy Assessor-Blinded Head-to-Head Phase 3b/4 Study (Level Up). *British Journal of Dermatology*. 2024;. jiae404. https://doi.org/10.1093/bjpd/jiae404. **5** Guttman-Yassky E et al. *Lancet*. 2021;397:2151-2168. **6** Silverberg JI, et al. Efficacy and Safety of Upadacitinib Through 188 Weeks in Adolescents and Adults With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Phase 3 Randomized Clinical Trial Results. Presented at Revolutionizing Atopic Dermatitis (RAD), December 8, 2024, Virtual. (Oral Presentation). **7** Blauvelt A et al. *JAMA Dermatology*. 2021 Sep 1;157(9):1047-1055. **8** Bunick C, et al. Long-term Upadacitinib Safety in Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis up to 6 Years: An Integrated Analysis With Over 9000 Patient-Years of Exposure. Presented at Revolutionizing Atopic Dermatitis (RAD), December 8, 2024, Virtual. (Ref DV#013407). **9** AbbVie Data on File. DOF#ABVRR179684 & #ABVRR180188.

Herausgeber: AbbVie GmbH, Wien | www.abbvie.com
AT-RNOD-250048-12032025
Fachkurzinformation siehe Seite 22

abbvie



Schwangerschaftsdermatosen

Die vier klassischen Schwangerschaftsdermatosen sind derzeit das Pemphigoid gestationis, die polymorphe Schwangerschaftsdermatose, das atopische Schwangerschaftsekzem und die Schwangerschaftscholestase.¹ Die Impetigo herpetiformis wird heute meist als pustulöse Psoriasis gesehen. Aufgrund möglicher neuer Therapieoptionen wird sie hier dennoch erwähnt.

Atopisches Schwangerschaftsekzem

Das atopische Schwangerschaftsekzem ist die häufigste Schwangerschaftsdermatose. In 80% der Fälle tritt es vor dem 3. Trimester auf. Klinisch werden zwei Subtypen unterschieden. Die typische ekzematöse Form macht ca. zwei Drittel der Fälle aus und ist primär durch Ekzeme in den Beugen charakterisiert. Die papulöse bzw. pruriginöse Variante tritt in einem Drittel der Fälle auf und zeigt sich mit oft streckseitigen, stark juckenden Papeln, teils Prurigo-Läsionen. Insgesamt handelt es sich hierbei um eine harmlose Dermatose, die nicht mit einem erhöhten fetalen Risiko einhergeht. Die Therapie basiert auf topischen Kortikosteroiden und, wenn nötig, Antihistaminika.

Pemphigoid gestationis

Das Pemphigoid gestationis tritt meist im 2.–3. Trimester auf und ist mit einer Häufigkeit von 1:20 000 bis 1:50 000 Schwangerschaften sehr selten. Klinisch geht der Juckreiz dem Auftreten von Hautveränderungen oft voraus, die meist als urtikarielle Plaques bzw. Papeln beginnen. In weiterer Folge kommt es zur typischen Blasenbildung, wobei Schleimhäute und Gesicht nur selten betroffen sind. Postpartal kommt es in 75% der Fälle zu einem weiteren Schub. Der Goldstandard der Diagnose sind der Nachweis von Autoantikörpern gegen die NC16A-Domäne von BP180 im Serum mittels ELISA und das Durchführen einer direkten Immunfluoreszenz.

Bei einer geringen klinischen Ausprägung kann eine Therapie mit einem topischen Steroid ausreichend sein. Bei fehlendem Ansprechen ist jedoch oft initial eine

systemische Therapie mit Prednisolon 0,5 mg/kg Körpergewicht notwendig.

Polymorphe Schwangerschaftsdermatose

Die polymorphe Schwangerschaftsdermatose betrifft meist Erstgebärende in den letzten Schwangerschaftswochen. Sie ist relativ häufig und tritt in einer von 160–300 Schwangerschaften auf. Initial treten neben dem Juckreiz meist Papeln, vor allem periumbilikal, im Bereich von Dehnungsstreifen, auf. In weiterer Folge können sich die Hautveränderungen jedoch auch auf die Extremitäten ausbreiten. In seltenen Fällen kann es zu einer Bläschenbildung kommen, was die rein klinische Abgrenzung zum Pemphigoid gestationis erschwert. Meistens reicht eine rein symptomatische Therapie mit einem topischen Kortikosteroid und Antihistaminika aus. In schweren Fällen kann eine kurzfristige systemische Steroidtherapie mit initial 0,5 mg/kg Körpergewicht Prednisolon notwendig sein.

Schwangerschaftscholestase

Die Schwangerschaftscholestase ist die einzige Schwangerschaftsdermatose, die mit keinen Hautveränderungen, sondern nur starkem Juckreiz einhergeht. Dieser tritt meistens in der 2. Hälfte der Schwangerschaft auf. Postpartal kommt es in der Regel zu einem raschen Abklingen der Symptome, wobei die Einnahme oraler Kontrazeptiva einen neuen Schub auslösen kann. Die Diagnose wird durch eine Laboruntersuchung gestellt. Da diese Erkrankung mit einem deutlich erhöhten fetalen Risiko assoziiert ist, ist eine rasche Diagnose essenziell.

Pustulöse Psoriasis der Schwangerschaft (früher Impetigo herpetiformis)

Die pustulöse Psoriasis der Schwangerschaft wird nicht mehr allgemein als Schwangerschaftsdermatose gesehen. Meist tritt sie im 3. Trimester auf, kann jedoch zu jeder Zeit auftreten. Die Patientinnen sind meist in einem reduzierten Allge-

meinzustand mit Fieber, Unwohlsein und Appetitlosigkeit und zeigen in der Laboruntersuchung häufig eine Leukozytose, teils eine Hypokalzämie.

Hier ist eine rasche Therapie unbedingt notwendig, da es ein erhöhtes Risiko für den Fetus gibt. Initial ist meist eine Therapie mit 60–80 mg Prednisolon notwendig bzw. Ciclosporin mit 2–3 mg/kg KG. Rezente Fallberichte zeigen, dass Spesolimab auch hier zu einem sehr raschen Ansprechen führen kann.^{2,3} ■

Autor:

Ap. Prof. Priv.-Doz. Dr. **Johannes Griss**, PhD
Universitätsklinik für Dermatologie
Medizinische Universität Wien
E-Mail: johannes.griss@meduniwien.ac.at

Literatur:

- Ambros-Rudolph CM et al.: The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54(3): 95-404
- Yang C et al.: Successful treatment of recalcitrant generalized pustular psoriasis of pregnancy with spesolimab. *J Dermatolog Treat* 2024; 35(1): 2334791
- Wang N et al.: Long-term remission and normal pregnancy with successful delivery in a patient with generalized pustular psoriasis after spesolimab. *J Dtsch Dermatol Ges* 2024; 22(12): 1679-81

BESSERUNG, DIE BLEIBT.^{1,2}

DUPIXENT® zur Langzeitbehandlung der Atopischen Dermatitis für Patienten ab 6 Monaten*¹



Daten zum atopischen Hand-Fuß-Ekzem^{1,§}

GELBE BOX RE1³

DAUERHAFT EFFEKTIV^{#,1,2,4-13}

ÜBERZEUGENDE SICHERHEIT^{o,13-16}

KEINE VORUNTERSUCHUNGEN UND LABORKONTROLLEN NOTWENDIG.^{*,1}

Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten aber selbstverständlich für alle Geschlechter.

* DUPIXENT® wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Atopischer Dermatitis (AD) bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren und bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre mit schwerer AD, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen. # Zeigte sich zum Beispiel in der CHRONOS-Studie im Behandlungsarm Dupilumab 300 mg Q2W + TCS durch ein anhaltendes, multidimensionales Ansprechen von Woche 16-52 der Hautläsionen (durchschnittliche %-Verbesserung im EASI-Score im Vergleich zu Baseline in Woche 16: 76,7%; in Woche 52: 78,3%), des Juckreizes (durchschnittliche %-Verbesserung im Peak-Pruritus-NRS-Score im Vergleich zu Baseline in Woche 16: 56,2%; in Woche 52: 56,2%) sowie der Lebensqualität (durchschnittliche Verbesserung im DLQI-Score im Vergleich zu Baseline in Woche 16: 9,7 Punkte; in Woche 52: 10,9 Punkte). + Begründet sich auf die Tatsache, dass vor der Therapie mit Dupilumab keine Voruntersuchungen und Laborkontrollen nötig und keine klinisch relevanten Wechselwirkungen zu beachten sind. Darüber hinaus kann Dupilumab unabhängig von Komorbiditäten und Risikofaktoren eingesetzt werden. ° Zeigte sich an der niedrigeren Rate behandlungsbedingter unerwünschter Ereignisse (TEAEs) unter Dupilumab als unter Upadacitinib bzw. Abrocitinib. In der Heads-Up-Studie lag die Rate an TEAEs mit begründeter Möglichkeit eines Arzneimittelbezugs im Dupilumab-Arm bei 35,5% und im Upadacitinib-30-mg-Arm bei 44%. In der JADE-DARE-Studie lag die Rate an TEAEs im Dupilumab-Arm bei 65% verglichen mit 74% im Abrocitinib-200-mg-Arm. Darüber hinaus liegen Langzeitsicherheitsdaten zu Dupilumab in der Behandlung der mittelschweren bis schweren AD über 5 Jahre vor. § Die Sicherheit von Dupixent wurde bei 27 Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Hand-Fuß-Dermatitis untersucht (AD-1924). Das bei diesen Patienten bis einschließlich Woche 16 beobachtete Sicherheitsprofil von Dupilumab war mit dem Sicherheitsprofil in Studien bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 6 Monaten mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis vergleichbar. 1 DUPIXENT® Fachinformation, Stand November 2024; 2 Blauvelt A et al. Lancet 2017; 389:2287-2303; 3 Erstattungskodex der österreichischen Sozialversicherung, Stand 09/2024 <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.784743&version=1704795339>; 4 Silverberg JI et al. J Am Acad Dermatol 2020; 82:1328-1336; 5 Blauvelt A et al. Am J Clin Dermatol. 2022;23(3):365-383; 6 Cork MJ et al. J Dermatol Treat 2020; 31:606-614; 7 Paller AS et al. Am J Clin Dermatol 2020; 21:119-131; 8 Cork, MJ et al. Br J Dermatol. 2021;184(5):857-870; 9 Paller AS et al. J Am Acad Dermatol 2020; 83:1282-1293; 10 Weidinger S et al. J EADV Clin Pract. 2023;2(2):247-260; 11 Thaçi D et al. J Dermatol Sci 2019; 94: 266-275; 12 Barbarot S et al. J Dermatolog Treat. 2022; 33(1):266-277; 13 Beck L A et al. British Journal of Dermatology, Volume 188, Issue Supplement_3, June 2023, <https://doi.org/10.1093/bjd/ljad162.036>; 14 Blauvelt A et al. JAMA Dermatol 2021; 157:1047-1055; 15 Reich K et al. Lancet 2022; 400:273-282; 16 EMA confirms measures to minimise risk of serious side effects with Janus kinase inhibitors for chronic inflammatory disorders. First published: 22.05.2023, EMA/142279/2023; 17 IQVIA/Sanofi Integrated DUPIXENT® platform, data through August, 2024.

Dupixent 300 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze | Dupixent 300 mg Injektionslösung im Fertigpen | Dupixent 200 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze | Dupixent 200 mg Injektionslösung im Fertigpen

• Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Fertigspritze zur einmaligen Anwendung enthält 300 mg Dupilumab in 2 ml Lösung (150 mg/ml). Jede Fertigspritze zur einmaligen Anwendung enthält 200 mg Dupilumab in 1,14 ml Lösung (175 mg/ml). Jeder Fertigpen zur einmaligen Anwendung enthält 300 mg Dupilumab in 2 ml Lösung (150 mg/ml). Jeder Fertigpen zur einmaligen Anwendung enthält 200 mg Dupilumab in 1,14 ml Lösung (175 mg/ml). Dupilumab ist ein vollständig humaner monoklonaler Antikörper. Er wird mittels rekombinanter DNA-Technologie in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (Chinese Hamster Ovary, CHO) produziert. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Dieses Arzneimittel enthält 4 mg Polysorbat 80 pro 300-mg-Dosis (2 ml). Polysorbate können allergische Reaktionen hervorrufen. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Argininhydrochlorid, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80 (E 433), Natriumacetat-Trihydrat, Essigsäure 99% (E 260), Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. • **Anwendungsgebiete:** Atopische Dermatitis Erwachsene und Jugendliche: Dupixent wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD) bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen. Kinder von 6 Monaten bis 11 Jahre: Dupixent wird angewendet zur Behandlung von schwerer atopischer Dermatitis bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen. Asthma Erwachsene und Jugendliche: Dupixent ist angezeigt als Add-on-Erhaltungstherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit schwerem Asthma mit Typ-2-Entzündung, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut und/oder eine erhöhte exhalierete Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO), siehe Abschnitt 5.1, das trotz hochdosierter inhalativer Kortikosteroide (ICS) plus einem weiteren zur Erhaltungstherapie angewendeten Arzneimittel unzureichend kontrolliert ist. Kinder von 6 bis 11 Jahre: Dupixent ist angezeigt als Add-on-Erhaltungstherapie bei Kindern von 6 bis 11 Jahre mit schwerem Asthma mit Typ-2-Entzündung, gekennzeichnet durch eine erhöhte Anzahl der Eosinophilen im Blut und/oder eine erhöhte exhalierete Stickstoffmonoxid-Fraktion (FeNO), siehe Abschnitt 5.1, das trotz mittel- bis hochdosierter inhalativer Kortikosteroide (ICS) plus einem weiteren zur Erhaltungstherapie angewendeten Arzneimittel unzureichend kontrolliert ist. zusätzlich 300 mg; Chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (Chronic rhinosinusitis with nasal polyposis, CRSwNP) Dupixent ist angezeigt als Add-on-Therapie mit intranasalen Kortikosteroiden zur Behandlung von Erwachsenen mit schwerer CRSwNP, die mit systemischen Kortikosteroiden und/oder chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann. Prurigo nodularis (PN) Dupixent ist angezeigt zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Prurigo nodularis (PN) bei Erwachsenen, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen. Eosinophile Ösophagitis (EoE) Dupixent ist angezeigt zur Behandlung der eosinophilen Ösophagitis bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 1 Jahr mit einem Körpergewicht von mindestens 15 kg, die mit einer konventionellen medikamentösen Therapie unzureichend therapiert sind, diese nicht vertragen oder für die eine solche Therapie nicht in Betracht kommt (siehe Abschnitt 5.1). Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) Dupixent ist angezeigt als Add-on-Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit durch eine erhöhte Anzahl an Eosinophilen im Blut gekennzeichnete chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), die trotz einer Kombinationstherapie aus einem inhalativen Corticosteroid (ICS), einem langwirksamen Beta-2-Agonisten (LABA) und einem langwirksamen Muskarin antagonist (LAMA) oder, falls ICS nicht angebracht ist, einer Kombinationstherapie aus LABA und LAMA unzureichend kontrolliert ist (siehe Abschnitt 5.1). • **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. • **Zulassungsinhaber:** Sanofi Winthrop Industrie, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. • **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. • **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Dermatika, Mittel zur Behandlung der Dermatitis, exkl. Kortikosteroide, ATC-Code: D11AH05. Stand der Information: November 2024. Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

1 MILLION PATIENTEN IN THERAPIE WELTWEIT IN ALLEN INDIKATIONEN¹⁷

sanofi | REGENERON®

DUPIXENT®
(Dupilumab)



Phototherapie bei Hautkrankheiten: warum sie so wirksam ist

Die Photo(chemo)therapie ist keine Mono-Target-, sondern eine Multi-Target-Behandlung. Deshalb ist sie bei vielen Hauterkrankungen wie Psoriasis, kutanem T-Zell-Lymphom, atopischer Dermatitis, Vitiligo oder Graft-versus-Host-Erkrankung (GvHD) so hochwirksam.

Die UV-basierte Phototherapie führt über Veränderungen an DNS (sog. Photoprodukten) und Zellmembranen zu einem faszinierenden und komplex gesteuerten Netzwerk gleichzeitiger Ereignisse – mit unmittelbaren Transkriptionsänderungen in Keratinozyten, Immunzellen und Pigmentzellen und der Migration von Zellen in die und aus der Haut –, welche die Mikroumgebung der UV-exponierten Haut rasch verändern.¹ Zu den molekularen Botenstoffen in diesem System gehören Mediatoren wie Chemokine und Zytokine sowie antimikrobielle Peptide, welche die immunmodulatorischen Wirkungen der UV-Strahlung steuern und ihre Wechselwirkungen mit der Mikrobiota der Haut und darüber hinaus beeinflussen. Die wichtigsten Komponenten der Phototherapie – ihre proapoptischen, immunmodulatorischen, juckreizhemmenden, antifibrotischen, pigmentfördernden und präbiotischen Eigenschaften – wirken vorteilhaft bei verschiedenen Hautkrankheiten wie Psoriasis, atopischer Dermatitis, GvHD, Vitiligo, Sklerodermie und kutanem T-Zell-Lymphom.¹

Vor Kurzem haben wir beispielsweise in einem Journal Club die Wirkungsweise der Photo(chemo)therapie anhand einer rezenten Veröffentlichung unserer Arbeitsgruppe beim kutanen T-Zell-Lymphom, der

Mycosis fungoides, detailliert diskutiert.^{2,3} Mittels Transkriptionsprofilierung wurde in unbehandelter läsioneller Haut von Patienten mit Mycosis fungoides (MF) im Vergleich zu gesunder Haut eine signifikant reduzierte Typ-I-Interferon (INF)-Genexpression festgestellt. Die Typ-I-IFN-Expression bei MF korrelierte mit dem Antigen-präsentierenden Zell-assoziierten Interferon Regulatory Factor 5 (IRF5) vor der Psoralen-plus-UVA-Therapie (PUVA) und dem epithelialen UL16-Binding-Protein 2 (ULBP2) nach der Therapie, was auf eine Verstärkung des epithelialen Typ-I-IFN hindeutet. Das Ansprechen auf die Photo(chemo)therapie ging mit einer erhöhten Typ-I-IFN-Expression, einer verstärkten Rekrutierung von CD8⁺-T-Zellen in die Hautläsionen und der Expression von Genen einher, die mit der antigenspezifischen T-Zell-Aktivierung in Zusammenhang stehen. Insbesondere IFN γ , ein aus Keratinozyten stammender Induktor von Typ-I-IFN, wurde durch PUVA hochreguliert, und seine Expression korrelierte mit der Hochregulierung anderer Typ-I-Interferone. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Beobachtung, dass die medikamentöse Verabreichung von IFN-alpha bei Mycosis fungoides wirksam ist. Die Ergebnisse erklären auch, warum die Hautveränderungen bei Mycosis fungoides häufig an Körperstellen auftreten, die gewöhnlich nicht dem Licht ausgesetzt sind, wie z. B. am Gesäß.

Gezielte Behandlung ist heute das Schlagwort in der Medizin. Viele Reaktionsketten in der Pathophysiologie der meisten Krankheiten sind jedoch redun-

dant angelegt und die gezielte Blockade bestimmter Schlüsselstrukturen kann im Organismus durch die Ausprägung paralleler Reaktionsketten umgangen werden, weshalb Therapien oft an Effektivität verlieren. „Multi-Targeting“ oder der Einsatz von Kombinationstherapien kann die Gegenlösung dafür sein. Genau aus diesem Grund scheint die Photo(chemo)therapie bei der Behandlung von Hautkrankheiten so wirksam zu sein, da sie über unterschiedlich angreifende aktive Komponenten verfügt, welche die pathophysiologischen Prozesse an verschiedenen Schlüsselstellen bei den unterschiedlichen Krankheiten, die auf die Therapie ansprechen, blockieren.¹ ■

Autor:

Univ.-Prof. Dr. **Peter Wolf**

Vorstand der Universitätsklinik für Dermatologie

und Venerologie

Graz

E-Mail: peter.wolf@medunigraz.at

Literatur:

- 1 Vieyra-Garcia PA, Wolf P: A deep dive into UV-based phototherapy: mechanisms of action and emerging molecular targets in inflammation and cancer. *Pharmacol Ther* 2021; 222: 107784
- 2 Yu Z et al.: Phototherapy restores deficient type I IFN production and enhances antitumor responses in mycosis fungoides. *J Invest Dermatol* 2024; 144(3): 621-32
- 3 Benezeder T, Wolf P: Photo(chemo)therapie bei kutanem T-Zell-Lymphom: Wie sie funktioniert und warum sie so wirksam ist. *Skin Austria* 2024; 2(4): 30-2

Start Strong Go Long^{1,2}

 Tremfya[®]
(guselkumab)



Der erste reine IL-23 Inhibitor mit PsO & PsA-Zulassung³ und Erstattung⁴



Erscheinungs-
freie Haut^{5,*}



Effektiv bei
Gelenksbeschwerden⁶



Anhaltende
Sicherheit^{7,8} & Wirkung^{7,9}

TREMFYA[®] – Freiheit ohne Kompromisse^{2,6,*,**}

* VOYAGE 1; komprimärer Endpunkt in Woche 16: PASI 90-Ansprechen im IGA Score von 0/1 im Vergleich zu Placebo (73,3% vs. 2,9% bzw. 85,1% vs. 6,9%; jeweils $p < 0,001$). ** DISCOVER-2: 75% der Patienten unter TREMFYA[®] q8w erreichten ACR20 zu Woche 52 und 74% zu Woche 100 (NRI).^{5,7}

Referenzen: 1. Schäkel K et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023 Oct;37(10):2016-2027. doi: 10.1111/jdv.19236. 2. Reich K et al. Br J Dermatol. 2021;185(6):1146-1159. 3. TREMFYA[®] aktuelle Fachinformation, Stand 06/2024. 4. Änderung des Erstattungskodex – 28.07.2021. 5. Blauvelt A et al. J Am Acad Dermatol 2017;76:405-417. 6. McInnes IB et al. Arthritis Rheumatol. 2022 Mar;74(3):475-485. doi: 10.1002/art.42010. 7. McInnes IB et al. Arthritis Rheumatol 2021;doi.org/10.1002/art.41553. 8. Blauvelt et al. J Am Acad Dermatol. 2022 Apr;86(4):827-834. doi: 10.1016/j.jaad.2021.11.004. 9. Griffiths CEM et al. J Dermatolog Treat. 2020 Jul 13;1-9.

Bezeichnung des Arzneimittels: Tremfya[®] 100 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Tremfya[®] 100 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Fertigspritze enthält 100 mg Guselkumab in 1 ml Lösung. Jeder Fertigpen enthält 100 mg Guselkumab in 1 ml Lösung. Guselkumab ist ein rein humaner monoklonaler Immunglobulin-G1- Lambda(IgG1 λ)-Antikörper (mAk) gegen das Interleukin(IL)-23-Protein, hergestellt durch rekombinante DNA-Technologie in einer CHO-Zelllinie (Chinese-Hamster-Ovary). **Sonstige Bestandteile:** Histidin, Histidinmonohydrochlorid-Monohydrat, Polysorbit 80, Saccharose, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Plaques-Psoriasis: Tremfya ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaques-Psoriasis indiziert, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. Psoriasis-Arthritis: Tremfya, als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat (MTX), ist für die Behandlung der aktiven Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten indiziert, die auf eine vorangegangene krankheitsmodifizierende anti rheumatische (disease-modifying anti rheumatic drug, DMARD) Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. **Gegenanzeigen:** Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose). **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Vertrieb für Österreich:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, Vorgartenstraße 206B, A-1020 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept und apothekenpflichtig; wiederholte Abgabe verboten. **ATC-Code:** L04AC16. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.** AT_CP-337101_01JUL2024

© Janssen-Cilag Pharma GmbH, a Johnson & Johnson company
Vorgartenstraße 206B | 1020 Wien

AT-CP-476650_Sept2024

Johnson & Johnson



Extracorporeal photopheresis immunotherapy

Extracorporeal photopheresis (ECP) is a cell-based immunomodulatory therapy widely used in dermatology, especially for cutaneous T-cell lymphoma (CTCL) and other immune-mediated diseases.^{1,2} ECP involves collecting leukocytes from the patient's blood, treating them *ex vivo* with the photosensitizer 8-methoxypsoralen (8-MOP), and exposing them to UVA light, which induces DNA crosslinking and apoptosis. The treated cells are then reinfused, triggering immunomodulatory effects. This process not only leads to apoptosis of malignant T cells and other blood immune cells. It further induces immunogenic cell death (ICD), characterized by the release of danger signals that activate dendritic cells and promote anti-tumor immunity.³

ECP's mechanism is unique: rather than causing broad immunosuppression, it promotes immune tolerance and rebalances immune responses.⁴ The reinfused apoptotic cells are phagocytosed by antigen-presenting cells, fostering anti-tumor immunity, the generation of regulatory T cells and modulating cytokine profiles toward an anti-inflammatory state.⁵ This dual action – targeted cell elimination and immune modulation – underpins ECP's efficacy in CTCL, graft-versus-host disease (GVHD), systemic sclerosis, and other refractory autoimmune or inflammatory conditions.^{1,2}

Historically, the roots of phototherapy trace back to ancient sun cults and heliotherapy, but modern ECP was pioneered in the 1980s by Richard Edelson, who combined leukapheresis with photoactivated chemotherapy for CTCL. Since then, ECP has become a standard of care for erythrodermic and leukemic CTCL, with a favorable safety profile.

ECP is generally well tolerated, with minimal risk of infection or systemic side effects, especially when using closed-system devices. Contraindications include psoralen sensitivity, pregnancy, and severe anemia. Current research focuses on understanding the precise immunological pathways of ECP, developing biomarkers to predict response and expanding its indications to other immune-mediated diseases.

In summary, ECP represents a paradigm shift in dermatological immunotherapy, offering effective and safe treatment for a range of challenging diseases. Its evolving role is supported by growing clinical experience and ongoing research into its mechanisms and broader applications. ■

Autorin:

Univ.-Prof. Dr. **Emmanuella Guenova**
 Leiterin der Klinischen Abteilung für
 Translationale Immundermatologie
 Kepler Universitätsklinikum Linz
 E-Mail: emmanuella.guenova@jku.at

Literature:

1 Knobler R et al.: European dermatology forum – updated guidelines on the use of extracorporeal photopheresis 2020 – part 1. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34(12): 2693-716 **2** Knobler R et al.: European dermatology forum: updated guidelines on the use of extracorporeal photopheresis 2020 – Part 2. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021; 35(1): 27-49 **3** Lackner A et al.: Evidence of immunogenic cell death (ICD) and ICD-dependent dendritic cell activation induced by extracorporeal photopheresis in patients with leukemic forms of cutaneous T cell lymphoma. *Br J Dermatol* 2025; doi: 10.1093/bjd/ljaf102 **4** Iselin C et al.: Enhancement of antibody-dependent cellular cytotoxicity is associated with treatment response to extracorporeal photopheresis in Sézary syndrome. *Oncoimmunology* 2021; 10(1): 1873530 **5** Tsai YC et al.: Boost of innate immunity cytokines as biomarkers of response to extracorporeal photopheresis in patients with leukaemic cutaneous T-cell lymphoma. *Br J Dermatol* 2023; 189(5): 603-11



P. M. Brunner, New York, USA

Können Biologika Hautlymphome auslösen?

Durch die Entschlüsselung molekularer Krankheitsprozesse in chronisch entzündlichen Hautkrankheiten wie Psoriasis oder atopischer Dermatitis ist es in den letzten Jahren gelungen, zielgerichtete Therapien zu entwickeln, die sehr effektiv sind – bei sehr guter Sicherheit.

Seltene Nebenwirkungen bleiben jedoch, wie bei jedem wirksamen Medikament. Besonders TNF-alpha-Blocker in der Psoriasis sowie Dupilumab in der atopischen Dermatitis werden seit Längerem verdächtig, Hautlymphome, insbesondere Mycosis fungoides, auszulösen. Die Datenlage ist jedoch sehr gemischt und einen definitiven Beweis gibt es nicht. Betrachtet man größere Fallzahlen sowie Datenbanken, gibt es nur relativ wenig Substanzielles, das einen solchen Zusammenhang herstellen würde. Viel häufiger scheint es zu sein, dass eine Mycosis fungoides – besonders im Frühstadium – als Psoriasis oder atopische Dermatitis fehldiagnostiziert wird. Im weiteren Verlauf stellen sich dann TNF-Blocker und Dupilumab bei diesen Patienten als wirkungslos heraus, was dann oft zu einer Hautbiopsie führt, die dann das Lymphom diagnostiziert – ein Lymphom, das von Anfang an bestanden hat. Insgesamt wird derzeit empfohlen, Psoriasis und atopische Dermatitis mit ungewöhnlichem Krankheitsverlauf bzw. bei Therapieresistenz zu biopsieren, um ein Lymphom auszuschließen. Patienten, die an einer Erythrodermie leiden, sollten in jedem Fall biopsiert werden, mit begleitender Blutabnahme für eine Durchflusszytometer-Untersuchung auf Sézary-Zellen. ■

Autor:

Assoc. Prof. Dr. **Patrick M. Brunner**, MSc
Director Cutaneous Lymphoma Clinic
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, USA
E-Mail: patrick.brunner@mountsinai.org

Skyrizi[®]
(Risankizumab)



FRÜHZEITIG SKYRIZI[®]

UND EINFACH FREI SEIN^{*,1}

NUR 1 INJEKTION 1x IM QUARTAL⁺²



SKYRIZI[®] 150 mg
FERTIGPEN/-SPRITZE^{2,3}

**DAUERHAFT ERSCHEINUNGSFREIE
HAUT BIS ZU ~ 6 JAHRE^{**4}**

**BEWÄHRTES SICHERHEITSPROFIL
BIS ZU 8,8 JAHRE⁵**

**DER ERSTE & EINZIGE IL-23i
ZUGELASSEN & ERSTATTET FÜR PSO,
PsA UND MORBUS CROHN^{2,3}**

* „Frühzeitig SKYRIZI[®] und einfach frei sein“ bezieht sich auf den signifikanten PASI 100 Unterschied zu W 52 bei bio-naiven vs. bio-erfahrenen Patienten (p<0,01)
** Dauerhaft erscheinungsfreie Haut: PASI 100 = 62,1% zu W 304 (LOCF)⁴
+ 1 Injektion alle 12 Wochen in der Erhaltungsphase. In der Induktionsphase 1 Injektion zur Woche 0, Woche 4 und danach alle 12 Wochen.²

1. Stavermann T et al., DDG 2023, P068.
2. Aktuelle Fachinformation SKYRIZI[®], Stand 01/2025.
3. Österr. Erstattungskodex, Stand 05/2024.
4. Papp KA et al., AAD 2024, P53833.
5. Gordon KB et al., Dermatol Ther (Heidelb) (2024), <https://doi.org/10.1007/s13555-024-01238-5>

IL-23i = Interleukin-23 Inhibitor; PSO = Psoriasis; PsA = Psoriasis Arthritis

abbvie

Herausgeber:
AbbVie GmbH, Wien | www.abbvie.com
AT-SKZD-250007-05032025
Fachkurzinformation siehe Seite 22





Hidradenitis suppurativa (HS) – ein Einblick in die Innsbrucker HS-Unit

Die Hidradenitis suppurativa (HS) ist eine nicht seltene (Punktprävalenz 0,3–1% in Europa), schwere autoinflammatorische Erkrankung, die die Lebensqualität stark beeinträchtigt. Sie tritt vorwiegend im jungen Erwachsenenalter auf und ist oft über Jahre unterdiagnostiziert und unterbehandelt. Aus diesem Grund kommen Patient:innen häufig erst spät zur Behandlung und können oft nur mehr mit ausgeprägter Defektheilung zur Remission gebracht werden.

Aus diesem Grund sind aus unserer Sicht zwei Aspekte besonders hervorzuheben. Einerseits das Erkennen des inflammatorischen Subtyps der Erkrankung,¹ der ca. 25% aller HS-Patient:innen betrifft und ein besonders hohes Risiko für Krankheitsprogredienz und Gewebedestruktion mit sich bringt. Andererseits ist es das sog. „window of opportunity“ für eine antiinflammatorische Therapie, das Beachtung finden sollte.² Bei frühzeitigem Ansetzen (bereits ab einem IHS4-Score von 4 Punk-

ten) einer potenten Biologikabehandlung (TNF α -Antagonist oder IL-17-Antagonisten) können Patient:innen mit hohem Risiko frühzeitig behandelt und somit irreversible Gewebesdestruktion verhindert werden.

Unsere vorgestellte Patientin mit HS zeigte schon bei der Erstvorstellung eine schwere Form mit bereits ausgeprägter Gewebesdestruktion (IHS4 > 11). Nach vielen Schüben und Ausschöpfung aller therapeutischen Möglichkeiten konnte schließlich mit hervorragender Unterstützung des operativen Departments der Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie Salzburg (Leitung: OA Dr. Arno Hintersteiner) eine komplette Remission erreicht werden. Eine Defektheilung war aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums naturgemäß nicht mehr zu erzielen.

Die HS-Unit der Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie Innsbruck wurde Ende 2023 gegründet und wird von Dr. Fiona André und Dr. An-

gelika Le Beau geleitet. Bislang sind 116 Patient:innen mit kombiniert systemischer/chirurgischer Behandlung an der HS-Unit in Betreuung. ■

Autorin:

Ao. Univ.-Prof. Dr. **Gudrun Ratzinger**

Leitung der Universitätsklinik für Dermatologie,
Venerologie und Allergologie

Innsbruck

E-Mail: gudrun.ratzinger@i-med.ac.at

Literatur:

1 Martorell A et al.: Defining hidradenitis suppurativa phenotypes based on the elementary lesion pattern: results of a prospective study. *Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34(6): 1309-18 **2** Melgosa Ramos FJ et al.: Can we improve prognosis in hidradenitis suppurativa? Identifying patients in the window of opportunity. *Actas Dermosifiliogr* 2024; 115(2): 213-4



Chirurgischer Fallbericht über Hidradenitis suppurativa (HS)

Die Hidradenitis suppurativa (HS) ist eine chronisch rezidivierende entzündliche Hauterkrankung mit oft tiefsitzenden multifokalen Knoten und Abszessen, Einschmelzung, Rupturierung und Fistelbildung. Die Prädispositionsstellen sind intertriginöse Areale wie Axillen, Leisten und die Genitoanalregion. Pathogenetisch besteht eine Entzündung der Haarfollikel und apokrinen Schweißdrüsen.

Trotz zahlreicher therapeutischer Fortschritte ist die chirurgische Entfernung des befallenen Areals weiterhin die einzige kurative Behandlung. In der S2k-Leitlinie (Stand: 1.5.2024; gültig bis: 30.4.2029) ist weiterhin die Klassifikation des Schweregrades nach Hurley (I–III) zur Beurteilung der OP-Indikation gültig. Bei inaktiven (nichtentzündlichen) HS-Herden sollte bei Hurley Grad II+III eine komplette Exzision des irreversiblen Gewebes Schadens erfolgen.

Alternativ kann auch eine Exzision einzelner Läsionen, ein „Deroofing“ („Abdeckung“) superfizieller Tunnel oder auch eine ablativ Therapie mit einem CO₂-Laser oder einem Nd:YAG-Laser in Erwägung gezogen werden. Ein primärer Wundverschluss ist nur bei kleineren Herden sinnvoll (Hurley I). Bei größeren Läsionen (Hurley Grad II–III) ist nach einer breiten Exzision des Gewebes Schadens eine sekun-

däre Wundheilung mit gegebenenfalls Spalthauttransplantation indiziert. Die Konditionierung des Wundgrundes kann durch geeignete Wundaufgaben oder eine Vakuumversiegelungstechnik erfolgen. Die VAC („vacuum-assisted closure“)-Anlage verkürzt die sekundäre Wundheilung beträchtlich. Die Alternative zu einer sekundären Wundheilung besteht nach einer Bildung von Granulationsgewebe in einer Defektdeckung mittels Spalthauttransplantation. Dadurch können eventuelle Narbenstrukturen vermieden werden.

Die geringsten Rezidivraten der HS zeigen sich bei einer radikalen Exzision mit 1 cm Sicherheitsabstand im gesunden Gewebe.

Das sogenannte „Deroofing“ ist ein chirurgisches Verfahren, bei dem das „Dach“ eines Abszesses, einer Zyste oder eines Sinuskanals (meist elektrochirurgisch) abgetragen wird. Es bleibt hier nur der Abszessboden mit offener Wundheilung. Weiters ist eine Sonde erforderlich, um das gesamte Ausmaß einer Läsion zu untersuchen.

Im Vortrag werden mehrere Kasuistiken verschiedener HS-Stadien präsentiert. Ein Fall sei hier beschrieben: Es handelt sich um einen 60-jährigen Patienten mit ausgeprägten HS-Herden links axillär (Hurley Stadium II–III), eine mehrmonatige Thera-

pie mit Adalimumab verlief frustan. Komorbiditäten: periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium 4; Diabetes mellitus Typ 2, chronischer Nikotinabusus; Status post Unterschenkel-Amputation rechts. Der Erstkontakt erfolgte am 15.11.2024, die OP am 16.1.2025 mit breiter Exzision. Am 30.1.2025 wurde bei zufriedenstellender Wundgranulation die Defektdeckung mittels Spalthauttransplantation durchgeführt (wiederum VAC-Anlage für 5 Tage). 2 Wochen postoperativ war eine vollständige Anheilung zu sehen (14.2.2025).

Dieser Fall zeigt einen sehr raschen Heilungsverlauf. Prinzipiell muss aber bei chirurgischen Entfernungen inkl. sekundärer Wundheilung schon mit einer Dauer von mehreren Wochen (bis Monaten) bis zur vollständigen Heilung gerechnet werden.

Zusammenfassend ist die chirurgische Entfernung von HS-Herden die einzige kurative Behandlung. ■

Autor:

Prim. MR Dr. **Werner Saxinger**, MSc
Vorstand der Abteilung für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
Schwerpunkt Dermatochirurgie,
Dermatoonkologie, Phlebologie
Klinikum Wels-Grieskirchen
E-Mail: werner.saxinger@klinikum-wegr.at



Fallbericht: individualisierte, kombinierte Therapie der Hidradenitis suppurativa mit Biologika und Operationen

Ein 26-jähriger Patient stellte sich mit einer ausgedehnten Hidradenitis suppurativa (HS) in multiplen Arealen, trotz seit einem Jahr laufender Therapie mit Adalimumab 40 mg/Woche, in unserer Ambulanz vor. Der Patient war bis vor Kurzem Raucher (20–30 Zigaretten pro Tag) und adipös. Bisherige Therapien bestanden aus diversen Antibiotika und einer zweimaligen Operation eines Sinus pilonidalis. Zunächst wurde eine Add-on-Therapie mit Clindamycin 2x300 mg und Rifampicin 2x300 mg eingeleitet, unter welcher es zu einer Reduktion der entzündlichen Aktivität kam.

In der Folge wurde die Biologika-Therapie auf Infliximab („off-label“) 5 mg/kg i.v. in Kombination mit Low-Dose-Methotrexat (10 mg/Woche + Folsan 1x/Woche) umgestellt. Die Dosis wurde aufgrund nur langsamer Besserung auf 10 mg/kg alle 4 Wochen gesteigert. Unter dieser Therapie kam es zu einem eindrucksvollen Rückgang der Inflammation mit narbiger Umwandlung der HS-Herde und einer Reduktion der systemischen Entzündungszeichen (CRP, Leukozyten und BSG). Damit wurden optimale Bedingungen für eine Operation geschaffen. Das irreversibel durch Narben, Fisteln und Abszesshöhlen zerstörte Gewebe in den Axillen, sakral und gluteal/Oberschenkel rechts, sowie im Bereich des Mons pubis/Bauchfalte wurde sukzessive unter laufender Biologika-Therapie chirurgisch saniert. Alle Operationen und die anschließende Wundheilung verliefen komplikationslos. Der Patient gab zu die-

sem Zeitpunkt an, erstmals schmerzfrei zu sein und nun wieder sportlichen Aktivitäten nachgehen zu können, wodurch er auch Gewicht abnahm. Bei stabilem Krankheitsbild und Z. n. operativer Sanierung der großen HS-Herde wurde im Verlauf die Infliximab-Dosis auf 7 mg/kg reduziert und MTX abgesetzt.

Nach insgesamt 2,5 Jahren Infliximab kam es zu einem Wirkverlust mit zunehmender entzündlicher Aktivität beidseits gluteal. Die operierten Areale axillär, Mons pubis und Oberschenkel rechts zeigten sich weiterhin entzündungsfrei. Es erfolgte daher eine Umstellung auf Secukinumab mit einer Einleitungs-dosis von 300 mg in Woche 0–4 und einer anschließenden Erhaltungsdosis von 300 mg s.c. alle 4 Wochen. Aufgrund nur langsamer Reduktion der Entzündung erfolgte eine Intervallverkürzung auf Secukinumab alle 2 Wochen und eine Add-on-Therapie mit Clindamycin 2x300 mg und Rifampicin 2x300 mg. Unter dieser Therapie zeigte sich eine Besserung, jedoch kommt es auch aktuell nach 9 Monaten Therapie immer wieder noch zu neuen inzisionswürdigen Abszessen und anhaltender entzündlicher Aktivität.

Als mögliche weitere Therapieoptionen kommen nun eine Umstellung auf Bimekizumab, eine Reinduktion eines TNF-alpha-Blockers, evtl. nach Bestimmung der Anti-Drug-Antikörper, und auch eine weitere Operation infrage.

In multilokulären, schweren HS-Fällen ist eine individualisierte Therapie unter Ausschöpfung aller Behandlungsoptionen

dringend notwendig. Die neuen S2k-Leitlinien befürworten eine Kombination einer Biologika-Therapie mit einer chirurgischen Sanierung der irreversibel zerstörten Hautareale. Zudem wurde eine perioperative Verabreichung von Adalimumab in einer prospektiven, randomisierten Studie als sicher und effektiv bewertet.

Das Therapieansprechen der HS auf eine Biologika-Therapie erfordert in der Regel längere Zeit und unter Umständen eine höhere Dosierung als bei anderen chronisch entzündlichen Hauterkrankungen. Die Behandlung von Patienten mit ausgeprägter HS bedarf außerdem einer regelmäßigen Therapieevaluierung und bei Bedarf Umstellung, da es häufig zu Schüben und/oder Wirkverlusten kommt. ■

Autorin:

OÄ Dr. **Theresa Stockinger**

Leitung der Dermatochirurgischen Ambulanz

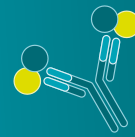
und Wundambulanz

Klinik Landstraße

Wiener Gesundheitsverbund

E-Mail: [theresa.stockinger@](mailto:theresa.stockinger@gesundheitsverbund.at)

[gesundheitsverbund.at](mailto:theresa.stockinger@gesundheitsverbund.at)



UNIQUE DUAL
INHIBITION OF
IL-17A & IL-17F¹

OHNE KOMPROMISSE MEHR FREIHEIT*

PSORIASIS EFFEKTIV BEHANDELN –
SCHNELL, WIRKSTARK UND ANHALTEND
ERSCHEINUNGSFREI^{1,2}

ZUGELASSEN FÜR PSO, PsA, axSpA UND HS**¹

- Start Smart: frühzeitige Therapie mit BIMZELX^{®1,3}
- Tiefe Wirksamkeit auf Haut und Gelenke¹
- Indikationsspezifische Dosierungen¹


(bimekizumab)
ERWARTEN SIE MEHR.

* In Bezug auf die Verbesserung der Lebensqualität und die schnelle, starke und anhaltende Wirkung auf die Haut: Lebensqualität: In Woche 4 erreichten 64,4% (n = 177) der Patienten einen DLQI 0/1, in Woche 48 88,9% und in Woche 144 81,8% (BE RADIANT OLE);² Schnell: 35,9% (n = 373) der Patienten erreichten einen PASI 90 in Woche 4 (BE RADIANT);¹ Wirkstark: 66,0% (n = 215) der Patienten erreichten einen PASI 100 in Woche 48 (BE RADIANT);¹ Anhaltend erscheinungsfrei: 71,3% (n = 177) der Patienten erreichten ein PASI-100-Ansprechen auch noch nach 96 Wochen und 71,1% nach 144 Wochen (BE RADIANT OLE).² ** PSO: BIMZELX[®] wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen; PsA: BIMZELX[®] wird allein oder in Kombination mit Methotrexat zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis angewendet, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben; axSpA: BIMZELX[®] wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein und/oder Magnetresonanztomographie, die auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSARs oder non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. BIMZELX[®] wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver ankylosierender Spondylitis (AS), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben; HS: BIMZELX[®] wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver mittelschwerer bis schwerer Hidradenitis suppurativa (Acne inversa), die auf eine konventionelle systemische HS-Therapie unzureichend angesprochen haben.¹

Referenzen: 1. Fachinformation BIMZELX[®], Stand Dezember 2024. 2. Warren RB et al. Br J Dermatol 2025;00:1–12. 3. Felix PAO et al. Front Med (Lausanne) 2022;9:1027347.

Fachkurzinformation: Bimzelx 160 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Bimzelx 320 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Bimzelx 160 mg Injektionslösung im Fertigpen, Bimzelx 320 mg Injektionslösung im Fertigpen
▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen: Traisengasse 5, 1200 WIEN, Fax: + 43 (0) 50 555 36207, Website: <http://www.basg.gv.at/>
Zusammensetzung: Bimzelx 160 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze/im Fertigpen: Jede Fertigspritze/jeder Fertigpen enthält 160 mg Bimekizumab in 1 ml Lösung. Bimzelx 320 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze/im Fertigpen: Jede Fertigspritze/jeder Fertigpen enthält 320 mg Bimekizumab in 2 ml Lösung. Bimekizumab ist ein humanisierter monoklonaler IgG1-Antikörper, hergestellt mittels rekombinanter DNA-Technologie in gentechnisch modifizierten Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zelllinie). Sonstige Bestandteile: Glycin, Natriumacetat-Trihydrat, Essigsäure 99%, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Plaque-Psoriasis: Bimzelx wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Psoriasis-Arthritis: Bimzelx wird allein oder in Kombination mit Methotrexat zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis angewendet, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Axiale Spondyloarthritis: Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis (nr-axSpA): Bimzelx wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Magnetresonanztomographie (MRT), die auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSARs oder non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Ankylosierende Spondylitis (AS, röntgenologische axiale Spondyloarthritis): Bimzelx wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver ankylosierender Spondylitis (AS), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Hidradenitis suppurativa (HS): Bimzelx wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver mittelschwerer bis schwerer Hidradenitis suppurativa (Acne inversa), die auf eine konventionelle systemische HS Therapie unzureichend angesprochen haben (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Fachinformation Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen (z.B. aktive Tuberkulose, siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). **Inhaber der Zulassung:** UCB Pharma S.A., Allée de la Recherche 60, B-1070 Bruxelles, Belgien. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **ATC-Code:** L04AC21 **Weitere Angaben zu Dosierung, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Anwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit, Gewöhnungseffekten und besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: 12/2024**





Lichen sclerosus – Update

Der Lichen sclerosus (LS) ist eine chronische, entzündliche Hauterkrankung unklarer Ätiologie. Er kommt vorwiegend im anogenitalen Bereich, seltener extragenital, vor. Der LS tritt in jeder Altersgruppe und bei beiden Geschlechtern auf.

Die Angaben zur Prävalenz schwanken für Frauen zwischen 1 % und 3 % bei über 80-Jährigen, bei Kindern liegt sie möglicherweise um 0,1 %. Die Angaben zur Geschlechterverteilung variieren zwischen 1:3 und 1:10 bei Männern bzw. Frauen, lediglich eine griechische Studie berichtet über Gleichverteilung. Bei Frauen ist eine Assoziation mit Autoimmunerkrankungen (z. B. Autoimmunthyreoiditis und Vitiligo) beschrieben, bei Jungen eine Assoziation mit dem atopischen Formenkreis.

Die Ursache des LS ist weitgehend unbekannt. Beim vulvären LS handelt es sich ähnlich wie beim Lichen planus um eine T-Zell-vermittelte Erkrankung. Man geht davon aus, dass bei genetischer Prädisposition durch noch unbekannte Trigger und unter teilweise hormonellen Einflüssen immunologische Veränderungen stattfinden, mit möglicherweise einer Th1-spezifischen Immunantwort, die zu einer chronischen Entzündung und Fibrosierung der Haut führen. Der therapeutische Benefit von TNF α -Blockern bei der Behandlung lässt eine Rolle dieses Zytokins in der Pathogenese vermuten.

90 % der betroffenen Frauen klagen über Juckreiz und Brennen, bei Männern stehen Schmerzen im Vordergrund. Initial können Krankheitszeichen sehr unspezifisch sein. Es imponieren oft nur eine leichte Rötung, minimale Ödeme, oft periklitoral, Fissuren und nur diskrete weißliche Läsionen (Hyperkeratosen und „Blässe“ = „pallor“). Bei Frauen sind gewöhnlich die kleinen Labien, der Sulcus interlabialis und der Dammbereich, seltener die großen Schamlippen, betroffen. Perianal tritt der LS oft bei Mädchen auf. Bei Männern sind oft die Glans penis, der Sulcus coronarius, das Frenulum und die Vorhaut verändert, seltener der Meatus urethrae und die Urethra. Im fortgeschrittenen Stadium des etablierten LS können Ulzerationen, Vernarbungen, Fusion von Strukturen, Verkürzungen der Labia minora kaudal bei Frauen,

Atrophie der Haut und Ekchymosen entstehen.

Die Diagnose kann aufgrund typischer Hautveränderungen oft bereits als Blickdiagnose gestellt werden. Dies ist insbesondere bei länger bestehenden Krankheitsverläufen der Fall. In frühen Krankheitsphasen sind die Hautveränderungen gelegentlich jedoch wenig charakteristisch, und damit ist eine Diagnose aufgrund des klinischen Bildes nicht sicher zu stellen. Bei unsicherer klinischer Diagnose oder einem untypischen klinischen Bild wird daher eine Biopsie aus einer möglichst bereits länger bestehenden Läsion empfohlen, z. B. einer Fissur im Sulcus interlabialis oder Sulcus coronarius.

Die wichtigsten Differenzialdiagnosen sind der Lichen planus, Ekzeme, Psoriasis, Candidainfektionen und Vitiligo, insbesondere in den uncharakteristischen, frühen Phasen des LS. Bei Jungen ist die physiologische Phimose in Erwägung zu ziehen.

Das Therapieziel besteht beim genitalen LS darin, die Lebensqualität der Patient:innen zu verbessern und Symptome (Juckreiz, Schmerzen: Dysurie/Dyspareunie) und Krankheitszeichen (weiße Hautveränderungen: Hyperkeratose/„Blässe“, Erytheme, Fissuren, Ulzerationen) zu behandeln sowie Folgen der Erkrankung wie Vernarbungen, Atrophie und Karzinomentwicklung zu verhindern. Diese Ziele können nur dann erreicht werden, wenn bereits in frühen Krankheitsphasen, bzw. wenn noch keine irreversiblen Veränderungen bestehen, mit der antientzündlichen Behandlung begonnen wird und diese kontinuierlich fortgesetzt wird. Gemäß Leitlinie wird als Goldstandard empfohlen, den LS initial zunächst mit potenten bis sehr potenten topischen Kortikosteroiden zu behandeln. Wenn die initiale Behandlung den gewünschten Effekt erzielt hat, kann anschließend eine Dauerbehandlung mit einem der Präparate – abhängig von der Krankheitsaktivität 1- bis 2-mal wöchentlich – eingeleitet werden; in aktiven Krankheitsphasen sollte die Behandlung erneut intensiviert werden. Bei männlichen Patienten sollte bei unbefriedigendem therapeutischem Effekt oder einer ausgeprägten Phimose die vollständige Zirkumzision empfohlen werden. Eine gu-

te Pflege der Genitalhaut hat einen positiven Effekt auf die Krankheit. Der regelmäßige Gebrauch von rückfettenden Externa und weicher, nicht reibender Unterwäsche ist anzuraten.

Der Verlauf des LS ist chronisch, er erstreckt sich über Jahrzehnte und kann lebenslang sein. Eine Spontanheilung des Lichen sclerosus wird diskutiert. Es ist denkbar, dass er in seltenen Fällen spontan in Remission geht, Zahlen hierzu gibt es nicht. Bei ca. 4 % der Patient:innen ist das Entstehen anogenitaler Plattenepithelkarzinome und intraepithelialer Neoplasien im Zusammenhang mit LS beschrieben.

Viele Aspekte des LS sind unerforscht. Eine Priorisierung zukünftiger Projekte und eine internationale Kollaboration erscheinen sinnvoll. ■

Autorin:

Dr. **Gudula Kirtschig**

Medbase Frauenfeld

Schweiz

E-Mail: g.kirtschig@gmail.com

Literatur:

- He FR et al.: Trends and developments in vulvar lichen sclerosus research: a bibliometric perspective. *Health Sci Rep* (in press)
- Kirtschig G et al.: EuroGuiderm guideline on lichen sclerosus-treatment of lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2024; 38(10): 1874-909



Akne & Rosacea

Sowohl die Akne als auch die Rosacea gehören zu den häufigsten Anliegen in der dermatologischen Praxis. Beiden (Gesichts-)Hauterkrankungen ist gemein, dass sie eine mit Zahlen gut belegte und starke Lebensqualitätsminderung haben, die für die Individuen oft weitreichende Konsequenzen hat.

Es gibt keine einheitliche Einteilung der Akne, die praktikabelste ist die Einteilung nach Schweregrad, da diese auch gleich die stadiengerechte Therapie mit impliziert. Allerdings kann die morphologische Diagnose auch von Vorteil sein. In Bezug auf die Therapie stehen je nach Tiefe und Ausdehnung der Entzündung zahlreiche topische Therapien zur Verfügung. Kombinationen der lokalen Therapien sollte der Vorzug gegeben werden, da die Effizienz sich dadurch deutlich steigert. Benzoylperoxid hat von allen Topika die nachhaltigste Wirkung auf das Mikrobiom bzw. auch auf *Cutibacterium acnes*. Bei der mittelschweren Akne können (bei Frauen) antiandrogen wirksame orale Kontrazeptiva und/oder systemische Tetracykline (bei beiden Geschlechtern) verordnet werden. Hier ist unter anderem Lymecyclin 300mg/Tag ein geeignetes Präparat (gutes Nutzen-Risiko-Profil).

Bei der schweren und narbig abheilenden Akne ist Isotretinoin die Therapie der 1. Wahl. Das Vitamin-A-Derivat wird in der Regel gut vertragen, wenn man von den Nebenwirkungen der trockenen Haut und Schleimhäute absieht. Die Teratogenität bei Frauen ist wahrscheinlich bedingt durch das Hochregulieren des Tumorsuppressorgens *p53*. Isotretinoin wirkt nicht schnell – um Rezidiven vorzubeugen,

scheinen 6 Monate Therapie ideal. Labor-Monitoring ist zu Beginn und nach gut 4 bis 6 Wochen Einnahme empfohlen, um etwaige Dyslipidämien oder auch einen möglichen Transaminasen- oder Kreatinkinase-Anstieg registrieren zu können. Auch in Bezug auf einen möglichen negativen Einfluss auf die Psyche gibt es mittlerweile zahlreiche gut publizierte Daten – teilweise auch prospektiv. Es empfiehlt sich, bei jedem Patienten darauf hinzuweisen, dass es zu einer depressiven Verstimmung kommen kann bzw. diese verstärkt werden kann. Bei Patient:innen mit bekannten psychiatrischen Diagnosen empfiehlt sich die Rücksprache mit dem behandelnden Facharzt. Bei bestimmten Formen einer *Acne nodulocystica* oder auch einer *Acne fulminans* kann die Kombination von oralen Kortikosteroiden mit Isotretinoin notwendig sein. Je nach klinischer Besserung kann das Steroid wieder ausgeschlichen werden – es kann aber bis zu 6 Monate dauern, bis die Entzündung abklingt. In den allermeisten Fällen kann auch die besonders tief entzündliche Akne mit der Systemtherapie gut behandelt werden, ein rechtzeitiger Beginn zur Vermeidung von Narben ist sinnvoll.

Im Gegensatz dazu zeigen sich bei der Rosacea – selbst nach immer wieder auftretenden Entzündungen im Gesicht – zumeist keine narbigen Veränderungen. Auch diese (oft erbliche) Gesichtshauterkrankung beeinträchtigt die Lebensqualität stark. Die Prävalenzzahlen werden zwischen 15 % und 25 % angegeben. Es besteht eine extrem hohe Assoziation (bidirektional) zu entzündlichen Darmerkrankungen und *Helicobacter-pylori*-Infektio-

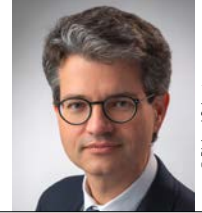
nen. Das eigene Hautimmunsystem zeigt eine Dysregulationsstörung in Bezug auf die Demodex-Milbe. Die „Toll-like“-Rezeptoren (TLR-2) erkennen Milbenbestandteile und schütten Interleukin (IL-) 8 und TNF α aus, was wiederum eine weitere Entzündungskaskade nach sich zieht. Die Demodex-Milben scheinen eine fehlgeleitete Immunreaktion zu triggern, was zur rezidivierenden Entzündung beiträgt.

Dementsprechend baut die lokale Therapie auf dieser Pathophysiologie auf: Verminderung von Demodex durch Ivermectin oder Metronidazol, die der entzündlichen Reaktion durch Azelainsäure, Pimecrolimus und viele andere. Topische Kortikosteroide sind nicht empfohlen.

Die Erkrankung zeigt keinen stadienhaften Verlauf, sondern jedes Individuum präsentiert sich mit dem eigenen Phänotyp, der sich im Laufe der Jahre auch verändern kann. Die Therapie richtet sich im Wesentlichen nach dem jeweiligen Phänotyp. Die einzige zugelassene Systemtherapie ist Doxycyclin, wobei zumeist eine Dosis von 40mg bis maximal 100mg/Tag ausreichend erscheint. Isotretinoin hat eine ebenfalls gut belegte und gut publizierte Wirkung – insbesondere, wenn morphologisch Fibrose oder Papeln im Vordergrund stehen. Auch hier gilt: Je nach Wunsch und Leidensdruck der Patient:innen lässt sich die Rosacea in den meisten Fällen auch langfristig gut therapieren. ■

Autorin:

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. **Julia Valencak**
Universitätsklinik für Dermatologie
Medizinische Universität Wien
E-Mail: julia.valencak@meduniwien.ac.at



Chronisches Handekzem

Das chronische Handekzem ist mit einer Jahresprävalenz von ca. 9% eine der häufigsten Hautkrankheiten und weist einen Gynäkotropismus auf.¹ Nach der aktuellen Klassifikation der European Society of Contact Dermatitis (ESCD) werden in Bezug auf die Morphologie 4 Typen unterschieden:

1. Hyperkeratotisches Handekzem: am häufigsten bei Männern, meist nicht allergisch, Handflächen
2. Akutes rekurrendes vesikuläres Handekzem (früher auch „dyshidrotisches“ Handekzem): Finger und Handflächen

3. Nummuläres Handekzem: Handrücken, oft Typ IV – kontaktallergisch
4. Pulpitis: Fingerspitzen, am häufigsten bei Kindern, oft mit atopischer Dermatitis assoziiert und deshalb häufig positive Typ-I-Allergietests; gehäuft gleichzeitig mit anderen atopischen Krankheiten wie allergischer Rhinokonjunktivitis, Asthma bronchiale und Nahrungsmittelallergien

Nach der Ätiologie gibt es andere Gesichtspunkte der Klassifikation:

1. Irritative Kontaktdermatitis
2. Allergische Kontaktdermatitis: Typ-IV-Allergie; typisch Vesikel; häufiger bei Männern
3. Atopisches Handekzem: v. a. am Handrücken, meistens keine Vesikel; wegen der Atopie mit Typ-I-Allergien verknüpft
4. Protein-Kontaktdermatitis/Kontakturtikaria: sofortige Urtikaria nach Typ-I-Allergenkontakt, z. B. Kontakt mit Säugtieren, Latex, Nahrungsmitteln

Gibt es den Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit, muss bereits der Verdacht auf BK 2.1 gemeldet werden: <http://auva.at/aerzte/>.

Die wichtigsten Maßnahmen sind physikalische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Barriere und Prävention (rückfettende Topika, Schutzhandschuhe). Topische Kortikosteroide und Calcineurin-Inhibitoren sind bei milden Fällen ausreichend. Gezielte Allergenvermeidungsmaßnahmen erfordern eine Diagnostik. Erst bei Versagen kommt die stadiengerechte Therapie gemäß der deutschen S2k-Leitlinie zum Einsatz (Abb. 1).²

Autor:

Univ.-Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr. **Stefan Wöhrl**
 Leiter Floridsdorfer Allergiezentrum (FAZ), Wien
 E-Mail: office@faz.at

Stufe 0 Trockene Haut	Stufe 1 Leichtes Handekzem	Stufe 2 Mittelschweres bis schweres Handekzem	Stufe 3 Persistierendes mittelschweres und schweres Handekzem oder chronisches oder rezidivierendes Handekzem
	<ul style="list-style-type: none"> • antipruriginöse und antiseptische Wirkstoffe • Gerbstoffe • topische Glukokortikoide (bevorzugt Klasse II, kurzfristig oder intermittierend) • topische Calcineurin-Inhibitoren (Tacrolimus #) • Leitungswasser-Iontophorese 	zusätzlich zu Maßnahmen der Stufe 1: <ul style="list-style-type: none"> • topische Glukokortikoide (Klasse II–III, kurzfristig auch Klasse IV) • UV-Therapie • Alitretinoin 	zusätzlich zu Maßnahmen der Stufe 1 und Stufe 2: systemische immunmodulierende Therapie, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> • Alitretinoin • Ciclosporin* • Anti-IL-4/IL-13-Antikörper** • JAK-Inhibitoren*** • systemische Glukokortikoide (nur kurzfristig im Rahmen eines Behandlungsplans)
Regelmäßige Hautpflege, Vermeidung oder Reduktion von Triggerfaktoren, Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen			
<small># zugelassen bei Kindern ab 2 Jahren (0,03%) und Erwachsenen (0,1%) mit mittelschwerer und schwerer atopischer Dermatitis; * zugelassen bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis; keine Kombination mit UV-Therapie; ** Dupilumab zugelassen zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer AD bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren und schwerer AD bei Kindern von 6 bis 11 Jahren; Tralokinumab zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis; *** Abrocitinib und Baricitinib zugelassen zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen; Upadacitinib zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis</small>			

Abb. 1: Stadiengerechtes Management des chronischen Handekzems gemäß der deutschen S2k-Leitlinie (modifiziert nach Bauer A et al. 2023)²

Literatur:

1 Thyssen JP et al.: Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. Contact Dermatitis 2022; 86(5): 357-78 2 Bauer A et al.: S2k-Leitlinie Diagnostik, Prävention und Therapie des Handekzems. J Dtsch Dermatol Ges 2023; 21(9): 1054-76



SOTYKTU®
(Deucravacitinib) 6 mg Tabletten



Der Start in die
Systemtherapie
hat ein Gesicht –
SOTYKTU*

SO einfach

Oral, 1x täglich – Keine Titration**¹

SO laaaaang- anhaltend wirksam

Langanhaltende*** Wirksamkeit
in einer Tablette^{1,2}

SO verträglich

Auffällig unauffälliges Sicherheits- und
Verträglichkeitsprofil^{2,3}

LTE = long-term extension (Langzeitextension), PASI = Psoriasis Area and Severity Index

* Zugelassen für Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen¹

** Vor Einleitung der Behandlung mit SOTYKTU sollten die Patient:innen auf Tuberkuloseinfektionen untersucht werden.¹

*** Konsistente PASI-Ansprechraten über 5 Jahre (Ergebnisse der Studien POETYK PSO-1, PSO-2 und PSO-LTE)^{1,2}

Referenzen: 1. Fachinformation SOTYKTU, aktueller Stand. 2. Armstrong AW et al. Winter Clinical Dermatology Conference 2025; Posterpräsentation. 3. Leibold M et al. Br J Dermatol. 2024;190:668-679.

FACHKURZINFORMATION ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen siehe Abschnitt 4.8. der Fachinformation. **BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** SOTYKTU 6 mg Filmtabletten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Immunsuppressiva, ATC-Code: L04AF07. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Filmtablette enthält 6 mg Deucravacitinib. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Jede Filmtablette enthält 44 mg Lactose. **Tablettenkern:** Hypromelloseacetatsuccinat, Lactose, Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Siliciumdioxid-Hydrat, Magnesiumstearat. **Filmüberzug:** Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Macrogol, Talkum, Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(III)-hydroxid-oxid xH₂O(E172). **ANWENDUNGSGEBIETE:** SOTYKTU wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Klinisch bedeutsame aktive Infektionen** (z. B. aktive Tuberkulose, siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). **INHABER DER ZULASSUNG:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irland. **Kontakt in Österreich:** Bristol-Myers Squibb GesmbH, Wien, Tel. +43 1 601 43-0. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig. **STAND:** 07/2024. **Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Bristol-Myers Squibb GmbH,
Rivergate / Gate 1 / 5. OG, Handelskai 92, A-1200 Wien, Telefon +43 1 601 43-0
© 2023 Bristol Myers Squibb Company

 Bristol Myers Squibb®

10 Jahre AG Biologika

Impressionen von der Jubiläumsveranstaltung

Seit nunmehr 10 Jahren engagiert sich die Arbeitsgruppe für Biologika und Immuntherapie bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie in der Förderung der medizinischen Kunst und Wissenschaft in Theorie und Praxis im Bereich Biologika. Diese Bemühungen spiegeln sich auch in der diesjährigen Jubiläumsveranstaltung wider.



Save the date

Fortbildungsveranstaltung 2026

2026 findet die alljährliche Fortbildungsveranstaltung der AG Biologika zum ersten Mal in Innsbruck statt. Mit Univ.-Prof. Dr. Gudrun Ratzinger, der Leiterin der Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Medizinischen Universität Innsbruck, als der aktuellen Vorsitzenden der AG Biologika wandert die beliebte Veranstaltung in den Westen Österreichs. Wir freuen uns darauf, am 18. April 2026 viele neue und alte Gesichter begrüßen zu dürfen. Merken Sie sich den Termin jetzt schon vor!

Erstmalig
in
Innsbruck

11. AG Biologika

Samstag, 18. April 2026

Medizinische Universität Innsbruck

universimed



AG für Biologika und
Immuntherapie bei
chronisch entzündlichen
Hauterkrankungen

© iStockphoto.com/
MARHARYTA MARKO, Svetlana
Ievleva – stock.adobe.com

Fachkurzinformation zu Insetar auf Seite 2

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS Olumiant® 4 (2) [1] mg Filmtabletten 2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG Jede Filmtablette enthält 4 (2) [1] mg Baricitinib. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1 der Fachinformation. 4.1 Anwendungsgebiete Rheumatoide Arthritis Baricitinib wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab 2 Jahren, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Alopecia areata Baricitinib wird angewendet zur Behandlung von schwerer Alopecia areata bei erwachsenen Patienten (siehe Abschnitt 5.1). Juvenile idiopathische Arthritis Baricitinib wird angewendet zur Behandlung der aktiven juvenilen idiopathischen Arthritis bei Patienten ab 2 Jahren, die zuvor unzureichend auf eines oder mehrere herkömmlich synthetische oder biologische DMARDs angesprochen oder diese nicht vertragen haben: Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis (polyartikulärer Rheumafaktor positiv [RF+] oder negativ [RF-], erweitert oligoartikulär), -Enthesitis-assoziierte Arthritis, und - Juvenile Psoriasis-Arthritis. Baricitinib kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden. 4.3 Gegenanzeigen Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Schwangerschaft (siehe Abschnitt 4.6 der Fachinformation). Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunsuppressiva, selektive Immunsuppressiva, ATC-Code: L04AF02 6.1 Liste der sonstigen Bestandteile Tablettenkern Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Mannitol (Ph. Eur.) Filmüberzug Eisen(III)-oxid (E172), Phospholipide aus Sojabohnen (E322), Macrogol, Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid (E171) 7. INHABER DER ZULASSUNG Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande Abgabe: Rezept- und Apothekepflichtig, NR Stand der Information: Juli 2024 Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Fachkurzinformation zu Insetar auf Seite 5

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: RINVOQ 15 mg Retardtabletten; RINVOQ 30 mg Retardtabletten, RINVOQ 45 mg Retardtabletten ZUSAMMENSETZUNG: Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H₂O, entsprechend 15 mg Upadacitinib. Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H₂O, entsprechend 30 mg Upadacitinib. Eine Retardtablette enthält Upadacitinib 0,5 H₂O, entsprechend 45 mg Upadacitinib. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. ANWENDUNGSGEBIETE: Rheumatoide Arthritis: RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. RINVOQ kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden. Psoriasis-Arthritis: RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der aktiven Psoriasis-Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere DMARDs unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. RINVOQ kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden. Axiale Spondyloarthritis: Nicht röntgenologische axiale Spondyloarthritis (nr-axSpA): RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der aktiven nicht röntgenologischen axialen Spondyloarthritis bei erwachsenen Patienten mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomografie (MRT), die unzureichend auf nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben. Ankylosierende Spondylitis (AS, röntgenologische axiale Spondyloarthritis): RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der aktiven ankylosierenden Spondylitis bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Riesenzellarteriitis: RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der Riesenzellarteriitis bei erwachsenen Patienten. Atopische Dermatitis: RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Colitis ulcerosa: RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben. Morbus Crohn: RINVOQ wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven Morbus Crohn bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben. GEGENANZEIGEN: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Aktive Tuberkulose (TB) oder aktive schwerwiegende Infektionen (siehe Abschnitt 4.4). Schwere Leberinsuffizienz (siehe Abschnitt 4.2). Schwangerschaft (siehe Abschnitt 4.6). SONSTIGE BESTANDTEILE: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Mannitol (Ph. Eur.), Weinsäure (Ph. Eur.), Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat (Ph. Eur.); Filmüberzug: Poly(vinylalkohol), Macrogol, Talkum, Titandioxid (E171), Eisen(III)-oxid (E172) (nur RINVOQ 15 mg Retardtabletten), Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172) (nur RINVOQ 45 mg Retardtabletten)

Fachkurzinformation zu Insetar auf Seite 11

BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Skyrizi 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze; Skyrizi 150 mg Injektionslösung im Fertigpen; Skyrizi 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze; Skyrizi 600 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung; Skyrizi 180 mg Injektionslösung in einer Patrone; Skyrizi 360 mg Injektionslösung in einer Patrone ZUSAMMENSETZUNG: Jede Fertigspritze enthält 75 mg Risankizumab in 0,83 ml Lösung. Jeder Fertigpen enthält 150 mg Risankizumab in 1 ml Lösung. Jede Fertigspritze enthält 150 mg Risankizumab in 1 ml Lösung. Jede Durchstechflasche enthält 600 mg Risankizumab in 10,0 ml Lösung. Jede Patrone enthält 180 mg Risankizumab in 1,2 ml Lösung. Jede Patrone enthält 360 mg Risankizumab in 2,4 ml Lösung. Risankizumab ist ein humanisierter monoklonaler Immunglobulin-G1(IgG1)-Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters hergestellt wird. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. ANWENDUNGSGEBIETE: Plaque-Psoriasis: Skyrizi wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Psoriasis-Arthritis: Skyrizi allein oder in Kombination mit Methotrexat (MTX) wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Morbus Crohn: Skyrizi wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktivem Morbus Crohn, die auf eine konventionelle Therapie oder ein Biologikum unzureichend angesprochen, diese(s) nicht vertragen haben oder nicht mehr darauf ansprechen. Colitis ulcerosa: Skyrizi wird angewendet zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, die auf eine konventionelle Therapie oder eine Biologikatherapie unzureichend angesprochen, diese nicht vertragen haben oder nicht mehr darauf ansprechen. GEGENANZEIGEN: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose, siehe Fachinformation Abschnitt 4.4). SONSTIGE BESTANDTEILE: Natriumsuccinat 6 H₂O, Bernsteinsäure, Sorbitol, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke (Skyrizi 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze); Natriumacetat-Trihydrat (E 262), Essigsäure (E 260), Trehalose-Dihydrat (Ph. Eur.), Polysorbat 20 (E 432), Wasser für Injektionszwecke (Skyrizi 150 mg Injektionslösung im Fertigpen und in einer Fertigspritze, Skyrizi 600 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung, Skyrizi 180 mg Injektionslösung in einer Patrone, Skyrizi 360 mg Injektionslösung in einer Patrone) NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstraße, 67061 Ludwigshafen, Deutschland VERTRETUNG DES ZULASSUNGSINHABERS IN ÖSTERREICH: AbbVie GmbH, Wien VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE: Immunsuppressiva, Interleukin-Inhibitoren. ATC-Code: L04AC18 Informationen zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. STAND DER INFORMATION: 07/2024

Fachkurzinformation zu Insetar auf Seite 23

Kyntheum® 210 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Fertigspritze enthält 210 mg Brodalumab in 1,5 ml Lösung. Sonstige Bestandteile: Prolin, Glutamat, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: Kyntheum ist angezeigt für die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten, für die eine systemische Therapie in Frage kommt. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, aktiver Morbus Crohn, klinisch bedeutende aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose). Pharmakodynamische Eigenschaften: Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunsuppressiva, Interleukin Inhibitoren, ATC Code: L04AC12. Inhaber der Zulassung: LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK 2750 Ballerup, Dänemark. Vertrieb: LEO Pharma Ges.m.b.H, 1100 Wien. Zulassungsnummern: EU/1/16/1155/001, EU/1/16/1155/002. Verschreibungspflicht/ Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Stand der Information: April 2022 Weitere Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Gewöhnungseffekten, pharmakologischen Eigenschaften und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. KYN Insetar A4 2025-04.indd 2 07.04.25 15:48

Fachkurzinformation zu Insetar auf Seite 24

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS Taltz® 80 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze (in einem Fertigpen) 2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG Jede Fertigspritze (jeder Fertigpen) enthält 80 mg Ixekizumab in 1 ml Lösung. Ixekizumab wird in CHO-Zellen (chinese hamster ovary) mittels rekombinanter DNA-Technologie hergestellt. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. 4.1 Anwendungsgebiete Plaque-Psoriasis Taltz ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen Taltz ist angezeigt für die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ab einem Alter von 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg, die für eine systemische Therapie infrage kommen. Psoriasis-Arthritis Taltz, allein oder in Kombination mit Methotrexat, ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARD) angesprochen oder diese nicht vertragen haben (siehe Abschnitt 5.1). Axiale Spondyloarthritis Ankylosierende Spondylitis (Röntgenologische axiale Spondyloarthritis) Taltz ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver röntgenologischer axialer Spondyloarthritis, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis Taltz ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und/oder Magnetresonanztomographie (MRT), die unzureichend auf nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben. 4.3 Gegenanzeigen Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose, siehe Abschnitt 4.4). Pharmakotherapeutische Gruppe: Immunsuppressiva, Interleukin-Inhibitoren, ATC-Code: L04AC13 6.1 Liste der sonstigen Bestandteile Saccharose, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Natriumhydroxid kann zur pH-Wert-Einstellung verwendet werden 7. INHABER DER ZULASSUNG Eli Lilly and Company (Ireland) Limited, Dunderrow, Kinsale, Co. Cork, Irland. Abgabe: Rezept- und Apothekepflichtig, NR Stand der Information: Dezember 2021 Weitere Angaben, insbesondere zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Kyntheum ist der einzige IL-17 Rezeptor A-Blocker in der PsO-Therapie¹

Kyntheum blockiert vollständig
den IL-17 Rezeptor A und
inhibitiert die Wirkung der
4 Schlüsselzytokine F-A-C-E¹

FIGHT

**FIGHT
DIFFERENT**



taltz®
(ixekizumab)

A Lilly Medicine

Clear Satisfaction

BEI PLAQUE-PSORIASIS &
PSORIASIS-ARTHRITIS



DOPPELT STARK:

Der IL-17A-Inhibitor bei PsO und PsA[#]

- ✓ Schnell sichtbares Ansprechen^{1,2}
- ✓ Zuverlässig erscheinungsfreie Haut über 5 Jahre³
- ✓ Stark bei Kopfhaut⁻³, Nagel⁻³ und Genital-PsO⁴ & Gelenkbeteiligung^{5,6}
- ✓ Gutes und stabiles Sicherheitsprofil⁷

[#] Doppelt stark: Zugelassen für PsO ab 6 Jahren und für PsA ab dem Erwachsenenalter mit nachgewiesener Wirksamkeit in PsO* und PsA**. Dosierungen bei Psoriasis-Arthritis und bei Plaque-Psoriasis unter 18 Jahren unterscheiden sich von der Dosierung bei Erwachsenen mit Plaque-Psoriasis.¹ * PsO: 264 Wochen nach Studienbeginn zeigten 90% einen PASI 90 und 67% einen PASI 100 (as observed).³ ** In der PsA zugelassenen Dosierung zeigten 156 Wochen nach Studienbeginn 51,8% der Patienten ein ACR50 Ansprechen (mNRI). mNRI: modified non-responder imputation.⁵

¹ Aktuelle Taltz® Fachinformation. ² Papp KA et al Br J Dermatol 2018 Mar;178(3):674-681. ³ Blauvelt A et al. J Am Acad Dermatol. 2021 Aug;85(2):360-368. ⁴ Guenther L et al Acta Derm Venereol. 2020 Jan 7;100(1):adv00006. ⁵ Chandran V, et al. Rheumatology. 2020; 59:2774-2784. ⁶ Mease PJ, et al. Ann Rheum Dis. 2020;79:123-131. ⁷ Deodhar A, et al. Arthritis Res Ther. 2024 Feb 12;26(1):49.