

Wissenschaftliches Hauptprogramm (Teil 1): Vortragsitzung „Innovationen in der Dermatotherapie“

## Chronisch-entzündliche Dermatosen – Neue Therapieoptionen bei Psoriasis, atopischer Dermatitis und Akne inversa

*Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Pinter  
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie  
Universitätsklinikum Frankfurt/Main*

In der Behandlung der Psoriasis vulgaris sind nach der Zulassung des Tyk-2 Inhibitors Deucravacitinib bisher keine neuen systemischen Therapeutika zugelassen worden. Der Fokus der Therapie liegt aktuell vielmehr in einem frühen Einsatz von effektiven, antiinflammatorischen Behandlungen. Aktuelle Daten zeigen, dass ein möglichst früher Start zu hohen Abheilungsraten sowie langanhaltendem Effekt führen kann. Selbst nach Beendigung der Therapie halten Patienten den guten Hautzustand teilweise über 18 Monate. Weiterhin kann das Entstehen von Begleiterkrankungen wie einer Psoriasisarthritis oder dem metabolischen Syndrom reduziert werden. In der lokalen Therapie der Schuppenflechte wurde 2024 der topische Calcineurininhibitor Tacrolimus erstmals zur Behandlung der Kopfhautpsoriasis zugelassen. Ansprechraten von bis zu 30 % werden in einer achtwöchigen Behandlung erreicht. Der große Vorteil der Tacrolimuslösung ist das unauffällige Nebenwirkungsprofil.

Anti-IL4/13 Antikörper, selektive anti-IL-13 Antikörper sowie spezifische Januskinaseinhibitoren spielen weiterhin eine wesentliche Rolle in der Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis. Neue Wirkprinzipien wie der anti-IL-31 Antikörper (Nemolizumab) sowie TSLP oder OX-40 Antikörper scheinen jedoch in den aktuellen Studiendaten recht vielversprechende Ergebnisse zu zeigen. Einige neue Antikörper werden ähnlich wie eine Zulassung der etablierten Therapien für Kinder und Jugendliche für 2025 erwartet.

Bimekizumab hat 2024 die Behandlungsoptionen für die Akne Inversa (Hidradenitis suppurativa, HS) erweitert. Damit sind nun neben dem seit Jahren etablierten Adalimumab (TNF-alpha Blocker) und Secukinumab (anti-IL-17A Antikörper) insgesamt drei Biologika zur Langzeittherapie der HS zugelassen. Bimekizumab blockiert neben dem IL-17A auch die Untereinheit IL-17F. Dieser etwas breitere Wirkmechanismus resultiert in bis zu 25 % aller Fälle zu einer kompletten Abheilung selbst schwerer Formen der HS. Januskinaseinhibitoren sind in der klinischen Prüfung und könnten 2025 ebenfalls zur Therapie der HS zugelassen werden. Trotz weitreichender immunologischer Wirkung sind die Ansprechraten jedoch nicht wesentlich effektiver, verglichen mit den etablierten Antikörpertherapien. Die Neufassung der S2k-Leitlinien empfiehlt nicht mehr die Kombinationstherapie aus Clindamycin und Rifampicin, sondern nun vornehmlich den Einsatz von Doxycyclin.

