

UVA-Schutz

Prävention vor fototoxischen Reaktionen

Zahlreiche Substanzen können fototoxische Reaktionen hervorrufen. Teilweise macht man sich diesen Effekt in der dermatologischen Praxis gezielt zu Nutze – etwa bei der PUVA-Therapie. Doch der überwiegende Teil der Hautveränderungen ist unerwünscht. Dr. Norbert J. Neumann, Düsseldorf, erörterte im Rahmen eines Symposiums¹, unter welchen Substanzen fototoxische Reaktionen auftreten und wie diese auch durch konsequenten Lichtschutz verhindert werden können.

Zu den typischen Substanzen, die bei topischer Applikation eine fototoxische Reaktion hervorrufen, zählen z.B. Teer, Psoralene und Farbstoffe wie Eosin, Akridin oder Thiazide. Auch systemische Medikamente wie Furosemid, Psoralene, Chinolone, Tetracycline (z.B. Doxycyclin) und nicht steroidale Antiphlogistika wie Naproxen können als Fotosensibilisatoren wirken. Doxycyclin, das in der dermatologischen Praxis häufig bei der Akne- und Rosazea-Therapie eingesetzt wird,

sollte daher immer mit konsequentem Lichtschutz einhergehen.

Klinische Symptome einer fototoxischen Dermatitis

Eine fototoxische Dermatitis tritt nach der systemischen oder lokalen Applikation eines Fotosensibilisators und hinreichender UV-Exposition, insbesondere UVA, auf. Da die Prozesse nicht immunologisch bedingt sind, können Hautveränderungen direkt nach Erstkontakt entstehen. Das klinische Bild fototoxischer Reaktionen ähnelt dem der Dermatitis solaris, die Beschwerden klingen aber eher später – nach 72–96 Stunden – wieder ab. Charakteristisch sind scharf abgegrenzte Erytheme, die teilweise mit Vesikel- oder Blasenbildung einhergehen. Man unterscheidet 4 verschiedene Reaktionsmuster, die sich jedoch in vielen Fällen nicht eindeutig voneinander abgrenzen lassen. Nicht immer sind heftige Hautveränderungen die Folge, fototoxische Reaktionen können sich auch in ei-

ner abgestuften Form äußern und lediglich die Fotosensitivität etwas erhöhen. Tritt eine fototoxische Reaktion auf, steht das Absetzen der verursachenden Medikamente an erster Stelle. Dies ist jedoch manchmal nicht möglich. Daher spielt die konsequente Verwendung von Lichtschutz eine bedeutende Rolle in der Prävention fototoxischer Reaktionen. „Es ist besonders wichtig, dass der Dermatologe seine Patienten aufklärt und für diese Problematik sensibilisiert“, informierte Neumann. „Da fototoxische Reaktionen in hohem Maße auf die UVA-Exposition zurückzuführen sind, sollte der verwendete Lichtschutz unbedingt einen hochwertigen UVA-Schutz beinhalten“, ergänzte PD Dr. Helger Stege, Detmold. Dank des fotostabilen Filtersystems Mexoplex[®] bietet eine Sonnenschutzserie² eine wesentlich höhere UVA-Protektion als herkömmliche Filtersysteme und übertrifft sogar den EU-Standard für Lichtschutzprodukte.

Nach einer Pressemitteilung (La Roche-Posay)

¹ V. Fotodermatologie Symposium, Januar 2015, Regensburg, Veranstalter: La Roche-Posay

² Anthelios, La Roche-Posay, Düsseldorf

Psoriasis

Infliximab jetzt erstmals als Biosimilar verfügbar

Der TNF- α -Blocker Infliximab besitzt einen hohen Stellenwert in der Therapie chronisch-entzündlicher Erkrankungen, darunter auch der Psoriasis. Im Februar 2015 wurde das erste Infliximab-Biosimilar¹ eingeführt. Damit erhalten Dermatologen die Möglichkeit, die Indikation für diese hochwirksame Therapie in Zukunft großzügiger zu stellen.

Das Hauptaugenmerk in der Entwicklung von Biosimilars liegt auf dem exakten Kopieren des Moleküls, nicht auf kontrollierten klinischen Studien, erklärte Prof. Theodor Dingermann, Institut für pharmazeutische Biologie der Universität Frankfurt, auf einer Presseveranstaltung². In einem strengen Zulassungsprozess bei der EMA müssen Biosimilars eine analoge Pharmakokinetik, biologische Aktivität, Sicherheit und in einigen Schlüsselindikationen auch eine ver-

gleichbare klinische Wirkung wie das Original nachweisen.

Wenn dies alles belegt ist, wird ein Biosimilar für alle Indikationen zugelassen, für die auch die Zulassung des Originals gilt. Im Falle von Infliximab sind dies neben der rheumatoiden Arthritis und der ankylosierenden Spondylitis auch der Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa ab einem Alter von 6 Jahren sowie die Psoriasis und die Psoriasis-Arthritis.

Pharmakokinetik, Wirksamkeit und Sicherheit des Infliximab-Biosimilars im Vergleich zum Original wurden in 2 randomisierten, doppelblinden Multicenterstudien bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis (PLANETAS³) und mit rheumatoider Arthritis (PLANETRA⁴) geprüft. Das Biosimilar zeigte dabei eine deckungsgleiche Pharmakokinetik wie das Original sowie die gleiche Effektivität und

auch keinen Unterschied im Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil oder in der Immunogenität, wie Prof. Klaus Krüger, München, berichtete.

Die Wirksamkeit von Infliximab bei Psoriasis wurde 2004 in der SPIRIT-Studie belegt. Nach einer 10-wöchigen Therapie erreichten 88% der Patienten in dieser Studie eine Besserung der Hautsymptome um mindestens 75%. In der EXPRESS-Studie 2005 wurde nach einer Therapie über 50 Wochen bei 61% der Patienten mit mäßig schwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis eine PASI-75- und bei 45% eine PASI-90-Response beobachtet.

Dr. Angelika Bischoff, Planegg

¹ Remsima[®], Mundipharma GmbH, Limburg

² Launch-Pressekonferenz „Remsima[®] – das erste Infliximab-Biosimilar“, München, Februar 2014, Veranstalter: Mundipharma GmbH

³ Park W et al. Ann Rheum Dis 2013; 72: 1605–1612

⁴ Yoo DH et al. Ann Rheum Dis 2013; 72: 1613–1620

[Nach Angaben der Industrie](#)