

# Ixekizumab und Baricitinib – stark für Ihre Patient:innen

Fallberichte bestätigen die starke und lang anhaltende Wirksamkeit von Ixekizumab (Taltz®) bei PsA und axSpA sowie Baricitinib (Olumiant®) bei RA



© Photobank – stock.adobe.com

# Stark für Ihre Patient:innen

## Baricitinib (Olumiant®) bei RA – Ixekizumab (Taltz®) bei PsA und axSpA

Baricitinib (Olumiant®) ist als First-Line-Therapie nach MTX für Patient:innen mit mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis verschreibbar.\*

Ixekizumab (Taltz®) ist für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver Psoriasisarthritis sowie in allen Krankheitsstadien der axSpA zugelassen.\*

\* vollständiger Indikationstext siehe Kurzfachinformation auf Seite 7

Mit dem JAK-Inhibitor Baricitinib steht eine lang anhaltend wirksame Therapieoption bei rheumatoider Arthritis (RA) zur Verfügung. Langzeitdaten zur Remission liegen bis zu 7 Jahre vor, zum Verträglichkeitsprofil über einen Zeitraum von 9 Jahren.<sup>1-5</sup>

So zeigten Auswertungen der RA-BEYOND-Studie, dass mit Baricitinib 77,1–89,1% der Patient:innen eine niedrige Krankheitsaktivität (CDAI  $\leq 10$ ) und 29,5–34,4% eine Remission (CDAI  $\leq 2,8$ ) erreichten.<sup>1</sup> Die CDAI- und SDAI-Scores blieben über 7 Jahre stabil.<sup>1</sup> Zudem konnte ein langfristiger Erhalt der körperlichen Funktion erzielt werden: 22–29% der Patient:innen wiesen eine HAQ-DI  $\leq 0,5$  auf und behielten diesen über 7 Jahre bei.<sup>1</sup> Strukturelle Gelenkschäden konnten mit Baricitinib langfristig gehemmt werden: Nach 5 Jahren war in fast 2 von 3 Fällen keine radiografische Progression mehr nachweisbar (Veränderung des mTSS-Scores  $\leq 0,5$ ).<sup>2</sup>

Daten der prospektiven Beobachtungsstudie RA-BE-REAL demonstrierten die Wirksamkeit von Baricitinib im Praxisalltag: Unter Baricitinib erreichten mehr Patient:innen eine Remission (CDAI  $\leq 2,8$ ) als unter der b/ts-DMARD-Vergleichsgruppe (24,1% vs. 16,6%).<sup>3</sup> Die starke Wirksamkeit spiegelt sich in einer hohen Akzeptanz wider: Unter Baricitinib kam es zu deutlich weniger Therapieabbrüchen als unter TNF-Inhibitoren (26,7% vs. 44,1%).<sup>3</sup>

Die Sicherheitsdaten<sup>1</sup> zeigen, dass der Anteil an Venenthrombosen (VTE) und schweren kardiovaskulären Ereignissen (MACE) unter Baricitinib über 9,3 Jahre stabil bei 0,5 pro 100 Patient:innenjahre blieb.<sup>4</sup> Auch Real-World-Daten aus dem deutschen RABBIT-Register zeigten kein Signal: Im Vergleich mit TNF-Inhibition zeigten JAK-Inhibitoren kein erhöhtes Risiko für MACE, obwohl die Patient:innen der JAKi-Gruppe im Schnitt älter waren und eine längere Krankheitsdauer aufwiesen.<sup>5</sup>

Auf eine starke kontinuierliche Wirksamkeit können auch Patient:innen mit PsA und axSpA vertrauen, wie Langzeitdaten zu Ixekizumab über 3 Jahre belegen.<sup>6-8</sup> In der r-axSpA-Population erzielten 75% der Biologika-naiven und 39% der TNFi-vorbehandelten Patient:innen eine inaktive Erkrankung oder niedrige Krankheitsaktivität (ASDAS  $< 2,1$ ). In der nr-axSpA-Gruppe waren es unter den Biologika-naiven Patient:innen 66%.<sup>6</sup> Bei 9 von 10 r-axSpA-Fällen trat über 2 Jahre keine oder eine nur minimale (mSASSS  $< 2$ ) radiografische Progression auf.<sup>9</sup>

Bei PsA-Patient:innen zeigte Ixekizumab im direkten Vergleich mit dem TNF-Inhibitor Adalimumab ohne MTX-Komedikation eine signifikant stärkere Wirkung auf die Gelenksymptomatik (ACR70-Ansprechen in Woche 52: 41% vs. 27%;  $p < 0,05$ ).<sup>10</sup> In Bezug auf die Hautmanifestationen zeigte der IL17A-Inhibitor Überlegenheit gegenüber Adalimumab (PASI100-Ansprechen in Woche 24: 60% vs. 47%;  $p = 0,001$ )<sup>11</sup> und Signifikanz bei der Wirkung auf die Nagelbeteiligung (NAPSI-Veränderung nach 24 Wochen: -16 vs. -13;  $p < 0,01$ ; nach 52 Wochen: -18 vs. -15;  $p < 0,01$ ).<sup>12</sup> Die Wirksamkeit von Ixekizumab auf Enthesitis und Daktylitis zeigte sich nach 24 Wochen in einem vollständigen Abklingen der Enthesitis gemäß SPARCC-Enthesitis-Index bei 57% der Patient:innen vs. 45% unter Adalimumab ( $p < 0,05$ ) und einer Remission der Daktylitis gemäß LDI-B bei 88% (93% unter Adalimumab).<sup>11</sup>

Verträglichkeitsdaten liegen über bis zu 5 Jahre vor: Ixekizumab zeigte darin anhaltend niedrige Inzidenzraten für schwere Infektionen, MACE, Malignitäten und IBD und somit ein konsistentes Verträglichkeitsprofil über die Indikationen Pso, PsA und axSpA hinweg.<sup>13</sup> ■

<sup>1</sup> Die Europäische Kommission hat die Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen (Abschnitt 4.4) in der Fachinformation für Januskinase-Inhibitoren (JAK-Inhibitoren) aktualisiert, um Ärzt:innen darüber zu informieren, dass diese Arzneimittel bei folgenden Patient:innen nur dann eingesetzt werden sollten, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen: Patient:innen ab 65 Jahren, Patient:innen mit einer atherosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankung in der Vorgeschichte oder anderen kardiovaskulären Risikofaktoren (z. B. Raucher:innen oder ehemalige Langzeitraucher:innen), Patient:innen mit Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (z. B. bestehendes Malignom oder Malignom in der Vorgeschichte).

### Literatur

- 1 Caporali R et al.: Ann Rheum Dis 2022; 81: 630-1
- 2 van der Heijde D et al.: J Rheumatol 2022; 49: 133-41
- 3 Alten R et al.: Ann Rheum Dis 2022; 81: 606-7
- 4 Taylor PC et al.: Ann Rheum Dis 2022; 81(3): 335-43
- 5 Meissner Y et al.: Ann Rheum Dis 2022; 81: 86-7
- 6 Deodhar A et al.: J Rheum 2023; doi: 10.3899/jrheum.221022
- 7 Chandran V et al.: Rheumatology 2020; 59: 2774-84
- 8 Orbai AM et al.: Rheumatol Ther 2021; 8: 199-217
- 9 van der Heijde D et al.: J Rheumatol 2022; 49(3): 265-73
- 10 Smolen J et al.: Rheumatol Ther 2020; 7: 1021-35
- 11 Mease PJ et al.: Ann Rheum Dis 2020; 79(11): 123-31
- 12 Smolen JS et al.: Ann Rheum Dis 2020; 79(10): 1310-9
- 13 Deodhar A et al.: Abstract 1042, Arthritis Rheumatol 2022; 74 (suppl 9)

## Fallbericht 1

# Axiale Spondyloarthritis (axSpA) nach multiplem Therapieversagen erfolgreich behandelt

## Die Patientin

49 Jahre, tiefer Rückenschmerz seit 19 Jahren, gesicherte axSpA-Diagnose, multipel vorbehandelt, hoher Schmerzmittelbedarf

Im November 2019 stellte sich die Patientin erstmals bei uns vor. Die Diagnose axSpA war seit 2013 gesichert. Nach mehreren erfolglosen Therapieversuchen wurde sie zu diesem Zeitpunkt gerade mit Infliximab behandelt. Sie hatte einen hohen Bedarf an Schmerzmedikation (Co-Analgetika, tw. Opiate, Dauerbedarf an NSAR) aufgrund sowohl entzündlich-rheumatischer als auch degenerativ bedingter Beschwerden, die sie gut voneinander unterscheiden konnte.

## Anamnese

Tiefer Rückenschmerz seit dem 30. Lebensjahr (2003). Ein Diskusprolaps L5/S1 war operativ behandelt worden, trotzdem bestanden weiterhin Beschwerden.

2013 wurde die Diagnose axSpA gestellt (Sakroiliitis im MRT, seronegativ, HLA-B27-negativ).

Komorbiditäten: Fibromyalgie, Mb. Hashimoto, 2x Melanoma in situ vollständig entfernt (2012, 2016)

## Vorthapien

Adalimumab war nicht vertragen worden (Diarrhö, Erbrechen, Herzrasen und Lokalreaktion).

Golimumab, Certolizumab und Secukinumab waren initial gut wirksam, zeigten aber sekundären Wirkverlust.

Auf Etanercept hatte die Patientin allergische Hautreaktionen bekommen.

## Weiteres Vorgehen

Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bei uns (2019) war eine Therapie mit Infi-

ximab am Laufen, die laut Patientin gut wirksam gegen entzündliche Schmerzen war. Dennoch hatte sie einen hohen Bedarf an Co-Analgetika wegen degenerativ bedingter Schmerzen und eines chronischen Schmerzsyndroms.

Wir evaluierten zunächst sämtliche Befunde und konnten die Diagnose axSpA bestätigen. Die laufende Therapie mit Infliximab wurde fortgeführt. Zusätzlich bekam die Patientin von orthopädischer Seite ultraschallgezielte Infiltrationen. Da sie auch immer wieder geschwollene Gelenke hatte, erhielt sie Prednisolon als Bedarfsmedikation bei akuten Oligoarthritis.

Im April 2020 entwickelte die Patientin auf Infliximab allergische Hautreaktionen am ganzen Körper, weshalb wir sie auf Ixekizumab umstellten. Im Oktober 2020 berichtete sie von einem guten Ansprechen auf die Therapie, jedoch auch von lokalen Hautrötungen, Kopfschmerzen und Migräneanfällen nach der Verabreichung. Deswegen wurde ein Wechsel auf Upadacitinib vorgenommen, das nach 6 Monaten einen Wirkverlust zeigte.

Im Frühling 2021 wurde eine Therapie mit einem weiteren JAK-Inhibitor versucht, auf welche die Patientin überhaupt nicht ansprach. Wir kehrten deshalb im Juli 2021 zu Ixekizumab zurück, weil es rückblickend dieser Patientin am besten geholfen hatte.

Mit der neuen, citratfreien Formulierung von Ixekizumab traten bei der Patientin keine lokalen Hautreaktionen mehr auf. Sie benötigt zwar noch Co-Analgetika, aber der Schmerzmittelbedarf ist sehr reduziert. ■

Dr. Harald Leiss, FEFIM, niedergelassener FA für Innere Medizin und Rheumatologie in Baden bei Wien und Wien



© Manfred Baumann

## Fazit

Nach vielen Therapieversuchen erwies sich Ixekizumab rückblickend als jene Therapie, die dieser Patientin subjektiv am besten geholfen hatte. Die anfänglichen lokalen Hautrötungen traten unter der neuen Formulierung nicht mehr auf.



QR-Code scannen und mehr über die citratfreie Formulierung von Taltz® erfahren!

## Fallbericht 2

# Rheumatoide Arthritis mit Baricitinib stabil unter Kontrolle

### Die Patientin

35 Jahre, rheumatoide Arthritis, aktive Erkrankung trotz zahlreicher Therapieversuche

© Jeff Mangione



Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller  
Vorstand der Abteilung für Akutgeriatrie, Klinik Favoriten, Wien

Die Patientin kam erstmals 2013 wegen aktiver rheumatoider Arthritis in unsere Ambulanz. Sie war damals 35 Jahre alt.

### Anamnese bei Erstvorstellung

Rheumatoide Arthritis seit dem 17. Lebensjahr, sonst keine Vorerkrankungen, keine Operationen, gelegentlich Infekte (Diarrhö, oberer Respirationstrakt). Die Patientin, aus einem Nachbarland Österreichs stammend, war bis zur Erstvorstellung in ihrer Heimat in Behandlung. Verschiedenste Therapieversuche (Sulfasalazin, Gold, Methotrexat, Infliximab, Anakinra) waren entweder nur befristet wirksam oder ohne therapeutischen Erfolg. Seit 2006 Therapie mit Etanercept plus Celecoxib bei Bedarf. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung erhielt die Patientin keine weitere Medikation, insbesondere keine Kortikosteroide.

- Klinische Untersuchung: Anzahl geschwollene Gelenke (SJC) 2; Anzahl druckdolente Gelenke (TJC) 0; Einschätzung der Krankheitsaktivität auf Visueller Analog-Skala durch Patientin

(PtGA) 1, durch Arzt (PhGA) 2 (Clinical Disease Activity Index [CDAI] 5)

- Labor: Rheumafaktor 1420 U/ml; ACPA >200 U/ml; BSG 3 mm/h; CRP 0,5 mg/l
- Röntgen: ausgedehnte Veränderungen mit Erosionen an MTP II bds., floride imponierend; im Bereich der Vorfüße Erosionen MTP III–V rechts und MTP V links.

### Therapieversuche 2016 bis 2018

Im April 2016 erlitt die Patientin einen Krankheitsschub mit vermehrt Arthralgien und Morgensteifigkeit: SJC 7; TJC 5; PtGA 4, PhGA 6 (CDAI 25). Sie erhielt eine Steroidtherapie: Bolus Beginn mit 25 mg Prednisolon ausschleichend über 10 Tage auf 5 mg Erhaltungsdosis.

Bei der Kontrolle im Mai 2016 bestanden nach wie vor Arthralgien: SJC 7; TJC 7; PtGA 4; PhGA 5 (CDAI 23). Wir starteten eine Therapie mit Adalimumab, die zwar eine anfängliche Besserung der Arthralgien bewirkte, jedoch beschrieb die Patientin im August 2016 eine lokale Reaktion an der Einstichstelle, etwas dolent und unangenehm juckend, mit Rötung von 15–20 cm Durchmesser.

Im Oktober 2016 war neuerlich eine Zunahme der Aktivität zu verzeichnen: SJC 10; TJC 12; PtGA 6,5; PhGA Arzt 8 (CDAI 36,5). Wir diskutierten mit der Patientin weitere Therapieoptionen. Sie entschied sich, vor einem Wechsel auf ein anderes Wirkprinzip noch einen dritten TFN-Blocker zu versuchen (Infliximab wurde seinerzeit letztlich nicht wegen Unwirksamkeit, sondern wegen einer allergischen Reaktion beendet). Wir stellten daher die Therapie auf Golimumab um. Darauf sprach

© M. Köller



**Abb. 1:** Klinisches Bild und Röntgen 2021: im Vergleich zur Voruntersuchung 2017 unveränderte inzipiente degenerative Veränderungen, keine wesentliche Befunddynamik der vorbeschriebenen entzündlichen Veränderungen

die Patientin vorerst gut an, bei der Kontrolle Anfang Dezember ging es ihr deutlich besser: SJC 3; TJC 3; PtGA 3; PhGA 3 (CDAI 12). Die dritte Injektion wurde verabreicht.

Ende Dezember berichtete die Patientin, dass die Wirkdauer von Golimumab nur etwa 10 Tage ab der Applikation anhalte und danach Schmerzen und Schwellungen wieder zunehmen. Die Untersuchung ergab: TJC 10; SJC 11; PtGA 7; PhGA 9 (CDAI > 35).

Die Patientin entschloss sich nun nach Aufklärung zur Umstellung auf Tocilizumab. Die erste Injektion wurde Anfang Jänner 2017 verabreicht. Bei der Kontrolle Mitte Februar zeigte sich eine unzureichende Wirkung: SJC 12; TJC 12; PtGA 4; PhGA 9 (CDAI 37). Die Patientin beschrieb Morgensteifigkeit und Abgeschlagenheit, wollte aber weiter abwarten, ob eine Wirkung noch eintritt. Begleitend wurde Prednisolon auf 12,5 mg pro Tag erhöht.

Aufgrund beruflicher Auslandsaufenthalte der Patientin fand die nächste Kontrolluntersuchung erst im Mai 2017 statt. Die Erkrankung war nach wie vor aktiv: SJC 7; TJC 6; PtGA 4; PhGA 7 (CDAI 24). Die Entscheidung zur Umstellung auf Abatacept subkutan mit Beginn Juli 2017 wurde getroffen.

Zunächst besserten sich unter Abatacept sowohl Arthralgien als auch synovitische Schwellungen. Die Patientin war dann beruflich bedingt viel im Ausland und wurde erst im April 2018 wieder vorstellig. Hier berichtete sie ein schleichendes Wiederaufblühen der Arthritis im Verlauf des letzten Jahres. Die Untersuchung ergab eine hohe klinische Krankheitsaktivität: SJC 12; TJC 15; PtGA 8; PhGA 9 (CDAI 44). Gemeinsam wurde die Entscheidung zur Umstellung auf einen Januskinaseinhibitor (Baricitinib) getroffen.

## Erfolgreiche Krankheitskontrolle mit Baricitinib seit 2018

Im Mai 2018 begann die Patientin mit der Einnahme von Baricitinib. Bei der Kontrolle im Juli 2018 konnte eine deutliche Besserung festgestellt werden: SJC 3; TJC 3; PtGA 2; PhGA 3 (CDAI 11).

Im Oktober berichtete die Patientin wieder etwas mehr Schmerzen und daher zeitweiligen Bedarf an Celecoxib. Es stellte sich heraus, dass sie vom Hausarzt irrtümlich Baricitinib in der Dosierung von 2 mg verschrieben bekommen hatte. Die Dosis wur-

de nun wieder auf 4 mg erhöht.

Wegen einer neuerlichen Auslandsreise fand die nächste Kontrolle im Februar 2019 statt. Nach einer dreiwöchigen Therapiepause wegen eines Infektes hatten die Arthralgien wieder deutlich zugenommen. Die Patientin berichtete aber, dass es zwischenzeitlich viel besser war. In weiterer Folge nahm sie Baricitinib 4 mg wieder konsequent ein. Bei der Kontrolle im Mai 2019 zeigte sich eine zufriedenstellende Krankheitskontrolle: SJC 1; TJC 3; PtGA 1,5; PhGA 2 (CDAI 7,5).

Bei der nächsten Kontrolle im Juni 2021 (pandemiebedingt zwischenzeitlich „Televisiten“) berichtete die Patientin subjektiv weniger Schmerzen und beschrieb die Wirkung von Baricitinib „besser als alle Injektionen davor“. Auch im November 2021 war die Patientin subjektiv sehr zufrieden. Klinisch zeigte sich eine niedrige Krankheitsaktivität: SJC 1; TJC 4; PtGA 1; PhGA 1,5 (CDAI 7,5). Die Röntgenuntersuchung zeigte keine wesentliche Befunddynamik im Vergleich zur Voruntersuchung 2017 (Abb. 1).

Im März 2022 war die Erkrankung weiterhin stabil unter Kontrolle, ebenso im September 2022: SJC 0; TJC 0; PtGA 1; PhGA 0,5 (CDAI 1,5).

Die Patientin erwähnte, dass sie im Juli Covid-19 mit starken Symptomen durchgemacht hatte, die mit Paxlovid behandelt worden waren. Auch darunter war es zu keiner Aktivierung der autoimmunologischen Grunderkrankung gekommen, während sie früher bei Infekten des oberen Respirationstraktes wiederholt Krankheitschübe erlebt hatte. ■

### Fazit

Mit jedem DMARD-Versagen sinkt die Chance auf einen Therapieerfolg. Nach jahrelangem Verlauf konnte trotz zahlreicher Vortherapien mit diversen Biologika unter einer Behandlung mit Baricitinib eine nachhaltige Krankheitskontrolle der RA erzielt werden.

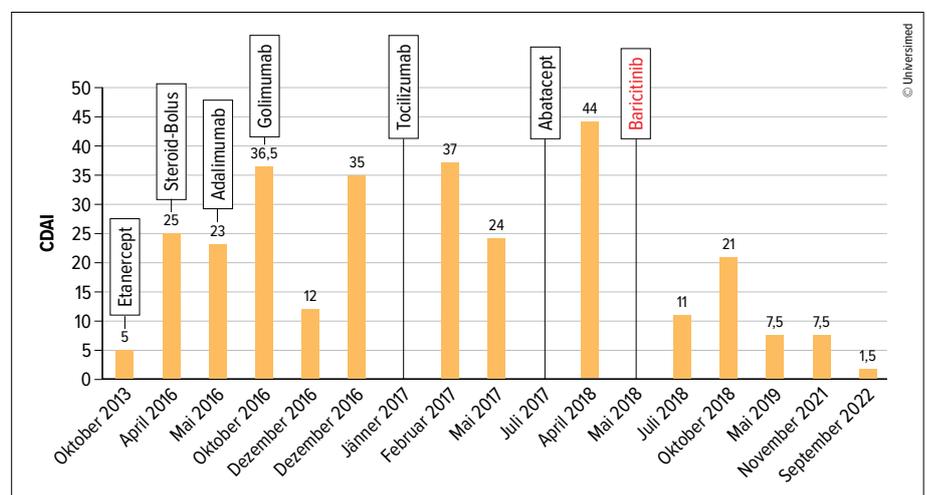


Abb. 2: Clinical Disease Activity Index (CDAI): Verlauf 2013 bis 2022

Fallbericht 3

# IL17-Inhibitor gut verträglich bei multimorbider PsA-Patientin

**Die Patientin**

51 Jahre, mutilierende Psoriasisarthritis, multiple Komorbiditäten, erhöhte Infektanfälligkeit



PD Dr. Christina Duftner  
Universitätsklinik für Innere Medizin II, Innsbruck



Dr. Peter Oswald  
Rheumatologische Ambulanz, Bezirkskrankenhaus Kufstein

Von der Rheumaambulanz eines peripheren Krankenhauses zu uns ans Zentrum wurde die Patientin wegen auffälliger Röntgenbefunde von Hand, Fuß und Schulter zugewiesen. Eine bioptisch gesicherte Psoriasis guttata bestand seit der Jugend. Das Hautbild war mit Lokaltherapie gut unter Kontrolle. Jedoch litt sie seit einem Jahr an starken druckschmerzhaften Schwellungen der Handgelenke, entzündlichen Gelenkschmerzen der rechten Schulter mit massiver Einschränkung der Beweglichkeit und an tief sitzenden Rückenschmerzen. Zusätzlich war die Patientin durch zahlreiche Komorbiditäten stark in ihrer Beweglichkeit und Mobilität eingeschränkt.

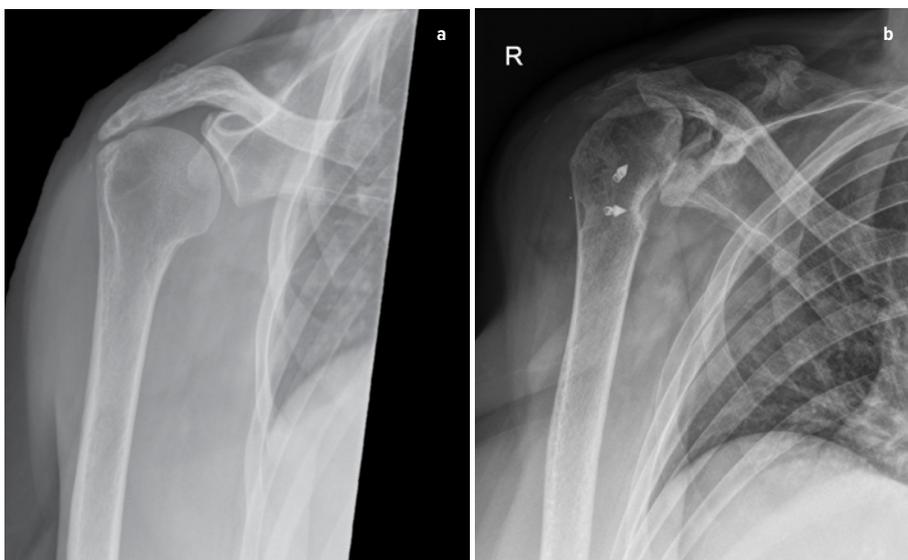
**Multimorbidität in der Anamnese**

Die Sichtung der Vorbefunde ergab eine Reihe von Begleiterkrankungen. Seit dem 40. Lebensjahr litt die Patientin an einer axonalen Polyneuropathie der unteren Extremität, einem Charcot-Fuß mit Ulzerationsgefahr, arterieller Hypertonie, Adipositas, Hyperurikämie und Hypercholesterinämie. Sie hatte mehrere Operationen und stationäre Aufenthalte hinter sich, u. a. wegen Knie-TEP, Latissimus-dorsi-Transfer, Magenbypass, Z. n. Spontanblutung der Segmentarterie der A. hepatica bei Gefäßmalformation und einer gramnegativen Sepsis mit konsekutiver Critical-Illness-Polyneuropathie.

**Progrediente Gelenksdestruktion**

Die Röntgenbilder der Schulter zeigten innerhalb der letzten Jahre eine rasch zunehmende Destruktion des Humeruskopfes (Abb. 1). Auch die Destruktion beider Handgelenke war stark fortgeschritten (Abb. 2). Im Labor waren die Entzündungsparameter (Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein) im Normbereich, HLA-B27 war negativ.

Wegen dieses rasch fortschreitenden, destruierenden Verlaufs der Gelenkzerstörung bestand zunächst der Verdacht auf eine Gorham-Stout-Erkrankung, auch „vanishing bone disease“ genannt. Diese seltene Erkrankung ist durch eine osteolytische Destruktion osseärer Strukturen und eine begleitende überschießende Proliferation von Lymphgefäßen charakterisiert. Nach Sichtung aller bildgebenden Befunde im zeitlichen Verlauf und intensiver Beratung mit den Kolleg:innen von der Radio-



**Abb. 1:** Anterior-posteriore Röntgenaufnahmen der Schulter rechts von 2020 (b) mit Darstellung eines hochstehenden, destruierten Humeruskopfs bei Z. n. Latissimus-dorsi-Transfer im Vergleich zur Voraufnahme aus 2017 (a)

© Radiologie, Tiro Kliniken

logie wurde jedoch schließlich die Diagnose einer aktiven, mutilierenden Psoriasisarthritis gestellt.

## Therapie

Bisher hatte die Patientin nur Lokaltherapie und Kortison erhalten. Wir starteten 2020 zunächst eine Therapie mit Methotrexat; diese musste wegen umgehend steigender Leberwerte rasch abgesetzt werden. Das Risiko für eine Infektion oder andere einschränkende Nebenwirkungen von TNF-alpha-Blockern erschien uns bei dieser multimorbiden Patientin zu hoch. Wir entschlossen uns daher zu einer Therapie mit Ixekizumab, weil dieser IL17-Blocker auch ohne Methotrexat gute Ansprechraten<sup>1</sup> und außerdem eine gute Langzeitsicherheit gezeigt hat.<sup>2</sup> Die Infektanfälligkeit der Patientin und die schlechte Wundheilung am Charcot-Fuß hatten wesentlichen Einfluss auf die Therapieentscheidung.<sup>1</sup>

Das Ansprechen auf Ixekizumab äußerte sich in einer deutlichen Schmerzreduktion sowie einer Verbesserung der Beweglichkeit. Die Therapie wird von der Patientin gut getragen. Wegen protrahierter Wundheilung beim Charcot-Fuß mussten zwar mehrfach Therapiepausen eingelegt werden, insgesamt konnte die Patientin aber mit der IL17-Blockade stabilisiert werden. ■



**Abb. 2:** Dorsopalmare Röntgenaufnahmen der Hände bds. mit bilateral kollabiertem Radiokarpalgelenk bei Luxationsstellung der Ossa carpalia nach ventral und destruiertem Radiokarpalgelenk rechts, diffuse Osteopenie und fleckige periartikuläre Kalzifikationen bds.

<sup>1</sup> Taltz® sollte mit Vorsicht bei Patienten mit klinisch relevanten chronischen Infektionen oder einer Vorgeschichte mit wiederkehrenden Infektionen angewendet werden. Patienten sollten angewiesen werden, ärztlichen Rat einzuholen, wenn Anzeichen oder Symptome auftreten, die auf eine Infektion hindeuten. Falls sich eine Infektion entwickelt, sollte der Patient sorgfältig überwacht werden. Die Behandlung mit Taltz® ist zu unterbrechen, falls der Patient auf eine Standardtherapie nicht anspricht oder die Infektion schwerwiegend wird. Taltz® sollte nicht erneut verabreicht werden, bis die Infektion ausgeheilt ist.

## Literatur

- 1 Smolen J et al.: Rheumatol Ther 2020; 7: 1021-35 2 Deodhar A et al.: Abstract 1042, ACR-Kongress, virtuell/Philadelphia, USA, 10.–14. November 2022

## Fazit

- Wie dieser Fall zeigt, sind bei PsA auch enorm rasche Krankheitsverläufe möglich, bei denen Gelenke in kürzester Zeit destruktiv verändert werden.
- Bei multimorbiden Patient:innen ist die IL17-Inhibition eine gut verträgliche Therapieoption, mit der eine Stabilisierung der Erkrankung auch in Monotherapie erreicht werden kann.

## Fachkurzinformation

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Olumiant® 4 (2) mg Filmtabletten. 2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: Jede Filmtablette enthält 4 (2) 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 aktiver rheumatoider Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eine vorangegangene Behandlung mit einem oder mehreren krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Baricitinib kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat angewendet werden (siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1 zu verfügbaren Daten verschiedener Kombinationen). Atopische Dermatitis: Baricitinib wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei erwachsenen Patienten, 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). 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: Selektive Immunsuppressiva, ATC-Code: L04AA37. 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 Apotheekenpflichtig, NR. Stand der Information: Juni 2022. 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.

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 axiale 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 axiale 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: Saccharose, Polysorbit 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 Apotheekenpflichtig, 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.

## Impressum

Herausgeber: Universimed Cross Media Content GmbH, Markgraf-Rüdiger-Straße 6–8, 1150 Wien. office@universimed.com. Geschäftsführung: Dr. med. Bartosz Chlap, MBA. Tel.: +43/1/876 79 56. Fax: DW 20. Chefredaktion: Mag. Christine Lindengrün. E-Mail: christine.lindengruen@universimed.com. Projektleitung: Thomas Emshuber. Grafik: Amir Taheri, Eva Seidl. Lektorat: DI Gerlinde Hinterhölzl, Dr. Patrizia Maurer, Mag. Sabine Wawerda. Druck: AV + Astoria Druckzentrum GmbH, 1032 Wien. Gerichtsstand: Wien. Entgeltliche Information gemäß § 26 Mediengesetz. 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. Offenlegung: Universimed Cross Media Content GmbH (100%ige Tochter der Universimed Holding GmbH). Eigentümer und Medieninhaber: UNIVERSIMED MEDIZIN IM FOKUS Universimed Holding GmbH. Sonderpublikation im Auftrag von Eli Lilly Ges. m. b. H.

**Einziges PsA-Therapie<sup>+</sup>  
mit Überlegenheit vs. ADA<sup>1,\*</sup>**

**taltz<sup>®</sup>**  
(Ixekezumab)

bei axSpA und PsA

- ✓ **Anhaltende Ansprechraten in PsA<sup>2</sup> und in allen Krankheitsstadien der axSpA<sup>3-6</sup>**
- ✓ **Verträglichkeit bestätigt über 5 Jahre<sup>7\*\*</sup>**
- ✓ **Einfach: 1 x alle 4 Wochen, eine Wirkstärke in PsA und axSpA<sup>8\*\*\*</sup>**



+ im Labelbereich. \* Überlegenheit im gleichzeitigen Erreichen von ACR50 und PASI 100 zu Woche 24 vs. Adalimumab. \*\* bei PsO 5 Jahre<sup>7</sup>, bei axSpA/PsA 3 Jahre.<sup>9</sup> \*\*\* Dosierung bei PsA: Initialdosis 160 mg (2 x 80 mg Injektionen), danach 1x 80 mg alle 4 Wochen. Dosierung bei gleichzeitiger mittelschwerer bis schwerer PsO: Initialdosis 160 mg (2 x 80 mg Injektionen), gefolgt von 1x 80 mg alle 2 Wochen bis Woche 12, danach 1 x 80 mg alle 4 Wochen.

1 Mease PJ et al. Ann Rheum Dis. 2020 Jan;79(1):123-131. 2 Chandran V et al. Rheumatology, Volume 59, Issue 10, October 2020, Pages 2774-2784, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez684>. 3 Braun J, et al. RMD Open 2022; 8:e002165. 4 Deodhar A et al. Arthritis Rheumatol 2019; 71 (4): 599-611. 5 Deodhar A et al. Lancet 2020; 395(10217): 53-64. 6 Dougados M, et al. Ann Rheum Dis 2020;79:176-185. doi:10.1136/annrheumdis-2019-216118. 7 Genovese MC et al., Rheumatology 2020;0:1-11, doi:10.1093/rheumatology/keaa189. 8 Taltz<sup>®</sup> Fachinformation, Stand Dezember 2021. 9 Schwartzman S, et al. #1828, Arthritis Rheumatol. 2021;73 (suppl10).

*Lilly*