

# Was bedeuten die EULAR EMPFEHLUNGEN 2023 für Patient:innen mit PsA?



taltz<sup>®</sup>  
(ixekizumab) injection

Die **kürzlich veröffentlichten Aktualisierungen der EULAR Empfehlungen für PsA** belegen, anhand neuester klinischer Daten, den Einsatz zielgerichteter Therapien und zeigen, an welcher Stelle diese am besten im Behandlungsalgorithmus integriert werden können.



## 4 wesentliche Erkenntnisse der EULAR Empfehlungen 2023 für PsA<sup>1</sup>

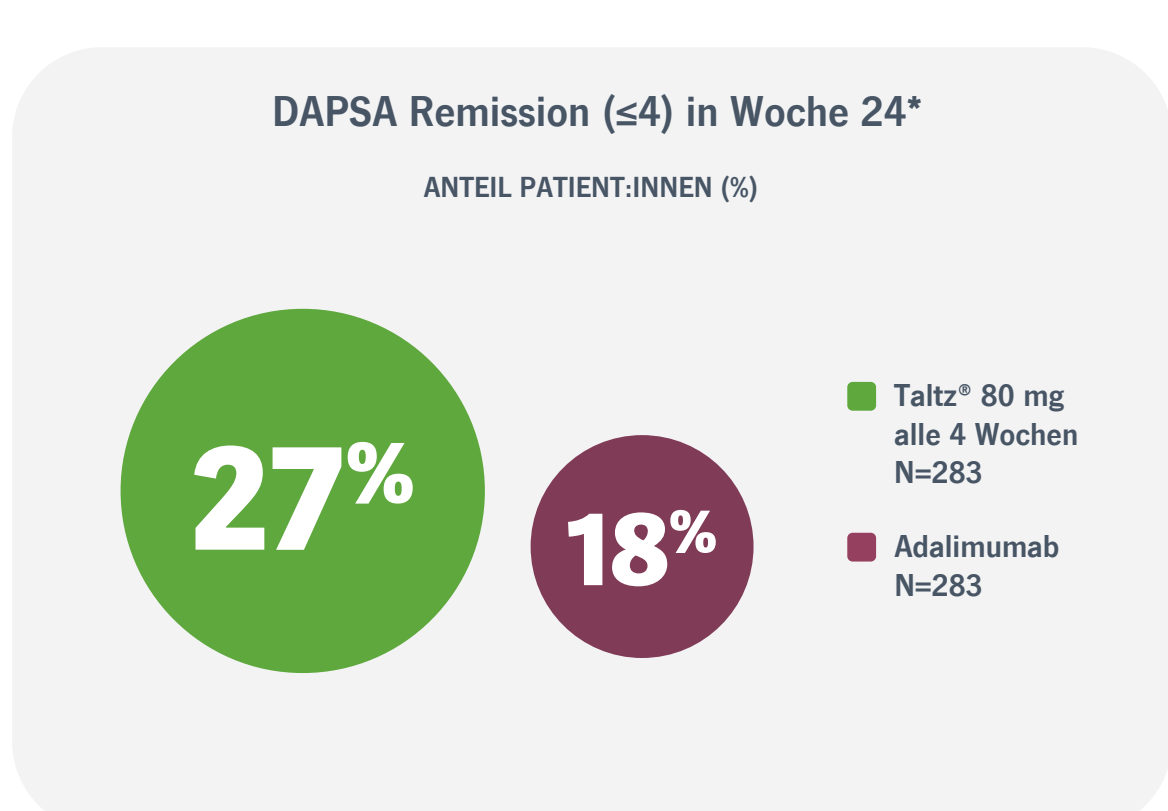
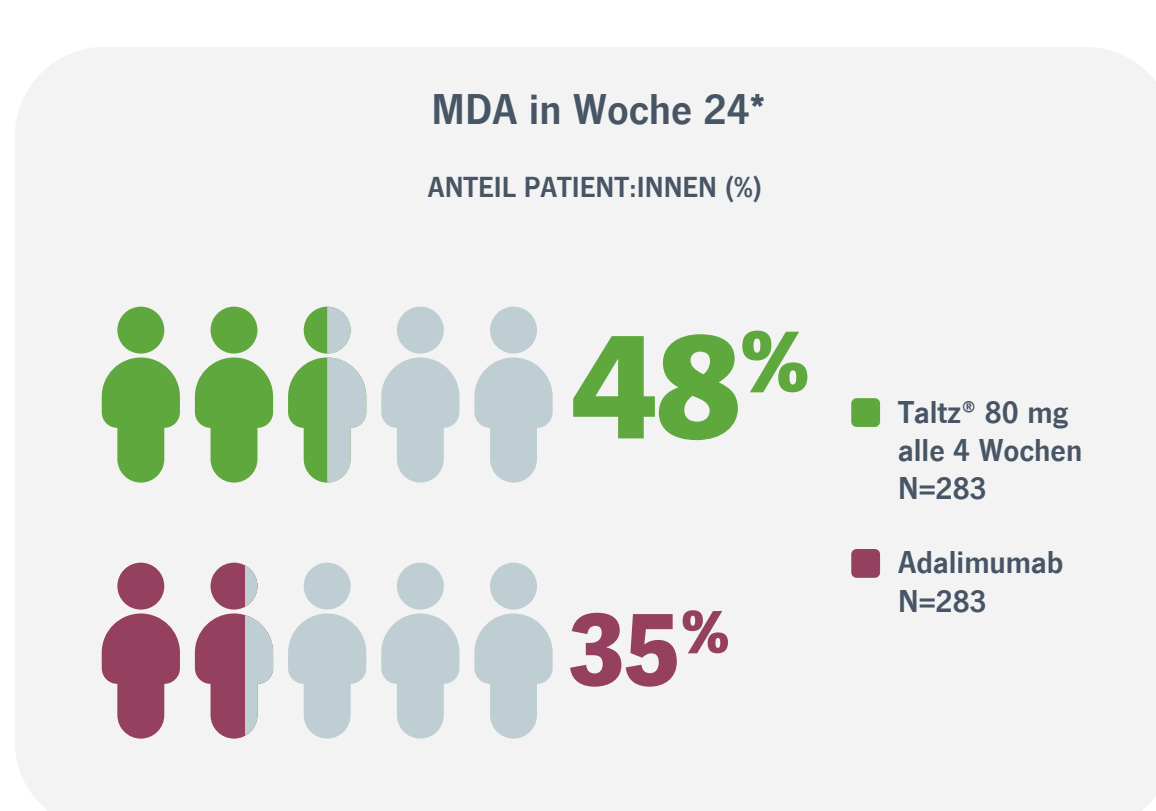
Bei der Wahl der Medikation sollten **muskuloskeletale** und **extramuskuloskeletale** Manifestationen, wie auch Sicherheitsaspekte berücksichtigt werden.<sup>1</sup>

- 1 Treat-to-Target**
- 2 Muskuloskelettal**
- 3 Extramuskuloskelettal**
- 4 Behandlungsmodifikation**

### 1 Treat-to-Target

Die Behandlung sollte **danach ausgerichtet sein, das Ziel der Remission** oder alternativ eine niedrige Krankheitsaktivität (MDA) zu erreichen, welche durch eine regelmäßige Bewertung der Krankheitsaktivität bestimmt und durch eine entsprechende Therapieanpassung erreicht wird.<sup>1</sup>

**MIT TALTZ<sup>®</sup> ERREICHTEN 27 % der Patient:innen mit PsA (vs. 18 % mit Adalimumab) eine REMISSION in Woche 24 (p=0,016)<sup>2</sup>**

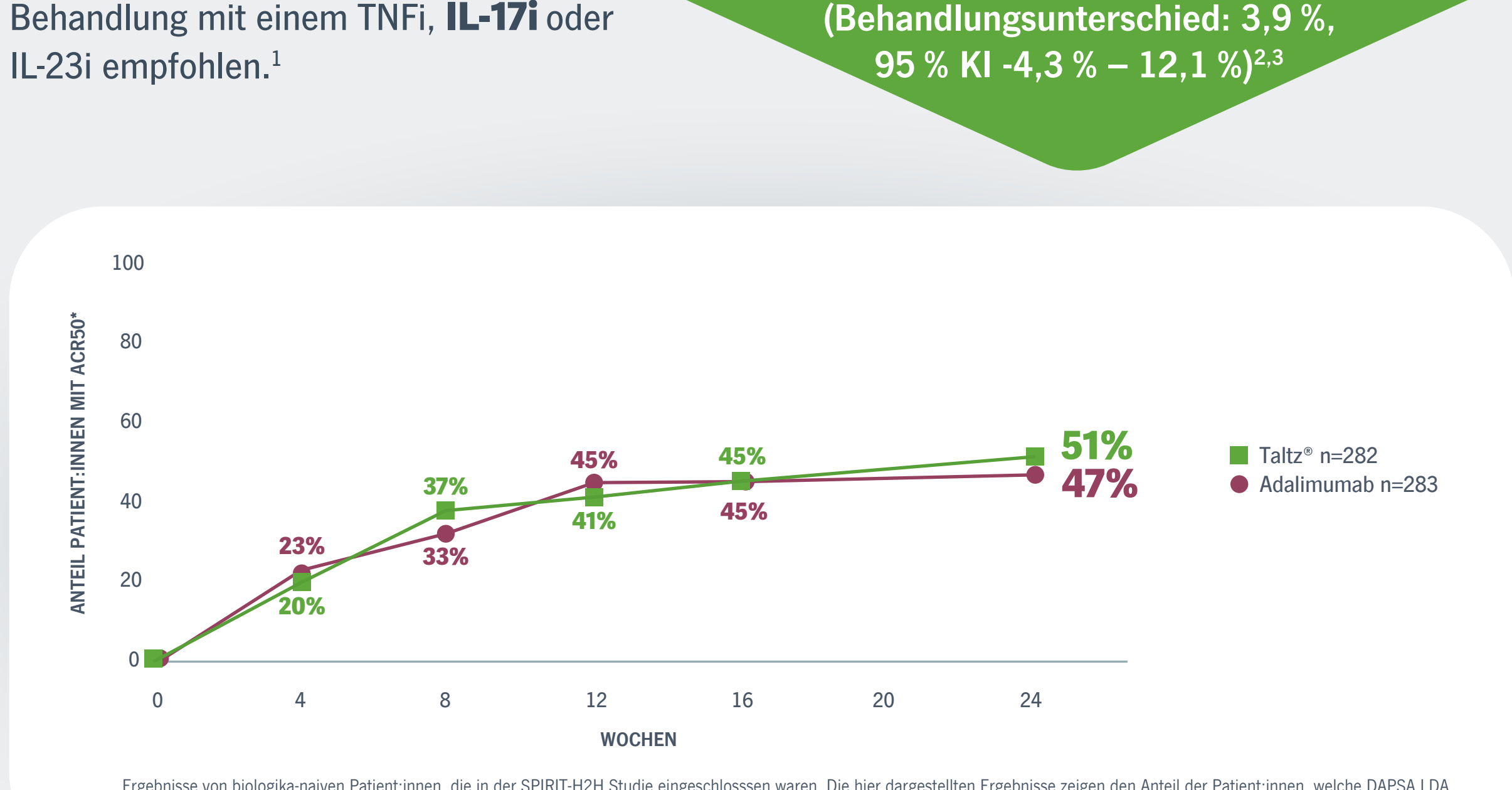


Ergebnisse von biologic-naïven Patient:innen in Woche 24, die in der SPIRIT-H2H Studie eingeschlossen waren. Patient:innen wurden beurteilt an dem Erreichen von: DAPSA Remission (≤4), LDA (>4 und ≤14) und MDA. \* Berechnet mittels logistischer Regression mit Non-Responder Imputation (NRI) für fehlende Werte. Taltz<sup>®</sup> vs. Adalimumab in Woche 24: DAPSA Remission oder MDA, p < 0,05.

### 2 Muskuloskelettal

**Periphere Arthritis**  
Bei Patient:innen mit peripherer Arthritis und nicht ausreichendem Ansprechen auf mindestens ein csDMARD wird die Behandlung mit einem TNFi, **IL-17i** oder IL-23i empfohlen.<sup>1</sup>

**TALTZ<sup>®</sup> erreichte ein ACR50-Ansprechen bei 51 % der Patient:innen mit PsA (vs. 47 % mit Adalimumab) in Woche 24 (Behandlungsunterschied: 3,9 %, 95 % KI -4,3 % – 12,1 %) <sup>2,3</sup>**



Ergebnisse von biologic-naïven Patient:innen, die in der SPIRIT-H2H Studie eingeschlossen waren. Die hier dargestellten Ergebnisse zeigen den Anteil der Patient:innen, welche DAPSA LDA oder eine Remission erreicht haben. \* Berechnet mittels logistischer Regression mit Non-Responder Imputation (NRI) für fehlende Werte. Taltz<sup>®</sup> vs. Adalimumab in Woche 24: DAPSA Remission oder MDA, p < 0,05.

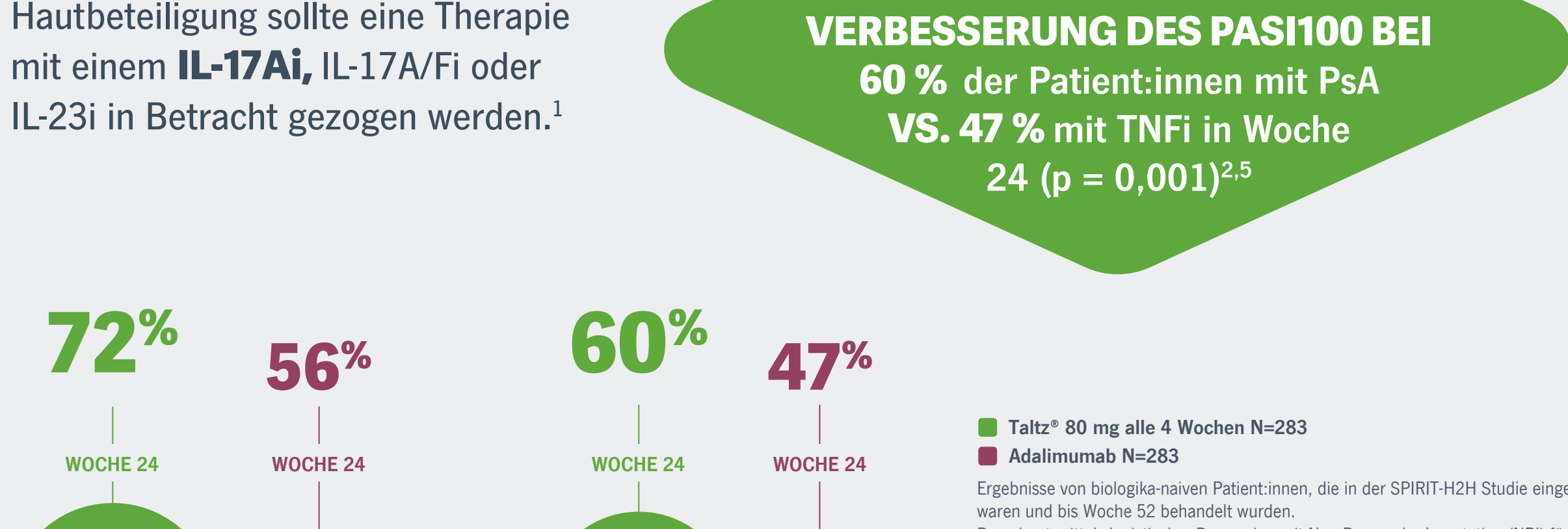
**Axiale Beteiligung<sup>4</sup>**  
Bei Patient:innen mit klinisch relevanter axialer Beteiligung und einem unzureichenden Ansprechen auf NSAIDs, sollte eine Therapie mit einem **IL-17Ai**, TNFi, IL-17A/Fi oder JAKi in Betracht gezogen werden.<sup>1</sup>

**TALTZ<sup>®</sup> ERREICHTE EINE STATISTISCH SIGNIFIKANTE VERBESSERUNG BEI RÜCKENSCHMERZ UND MORGENLICHER STEIFIGKEIT vs. Placebo bei Patient:innen mit PsA in Woche 16 und Woche 24 (p < 0,001)<sup>4</sup>**

### 3 Extramuskuloskelettal

**Haut**  
Bei Patient:innen mit einer relevanten Hautbeteiligung sollte eine Therapie mit einem **IL-17Ai**, IL-17A/Fi oder IL-23i in Betracht gezogen werden.<sup>1</sup>

**Taltz<sup>®</sup> erreichte eine ÜBERLEGENE VERBESSERUNG DES PASI100 BEI 60 % der Patient:innen mit PsA VS. 47 % mit TNFi in Woche 24 (p = 0,001)<sup>2,5</sup>**



Ergebnisse von biologic-naïven Patient:innen, die in der SPIRIT-H2H Studie eingeschlossen waren und bis Woche 52 behandelt wurden. Berechnet mittels logistischer Regression mit Non-Responder Imputation (NRI) für fehlende Werte. Taltz<sup>®</sup> vs. Adalimumab in Woche 24: PASI75 und PASI100 (p < 0,01) und PASI90 (p < 0,001). Taltz<sup>®</sup> vs. Adalimumab in Woche 52: PASI75 (p < 0,01), PASI90 und PASI100 (p < 0,001).

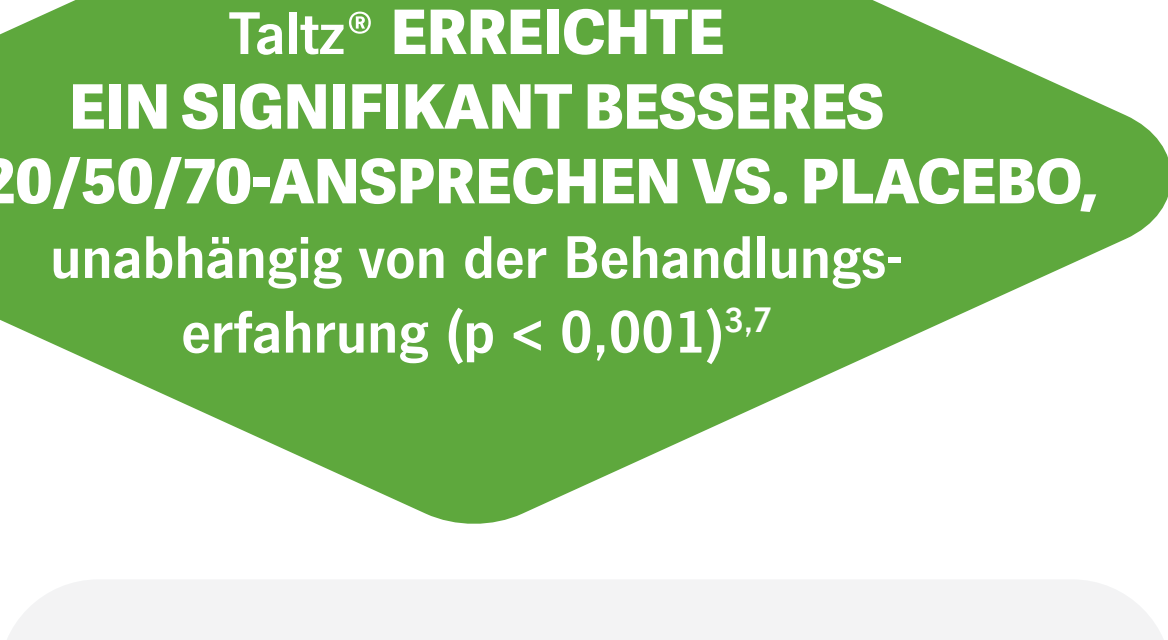
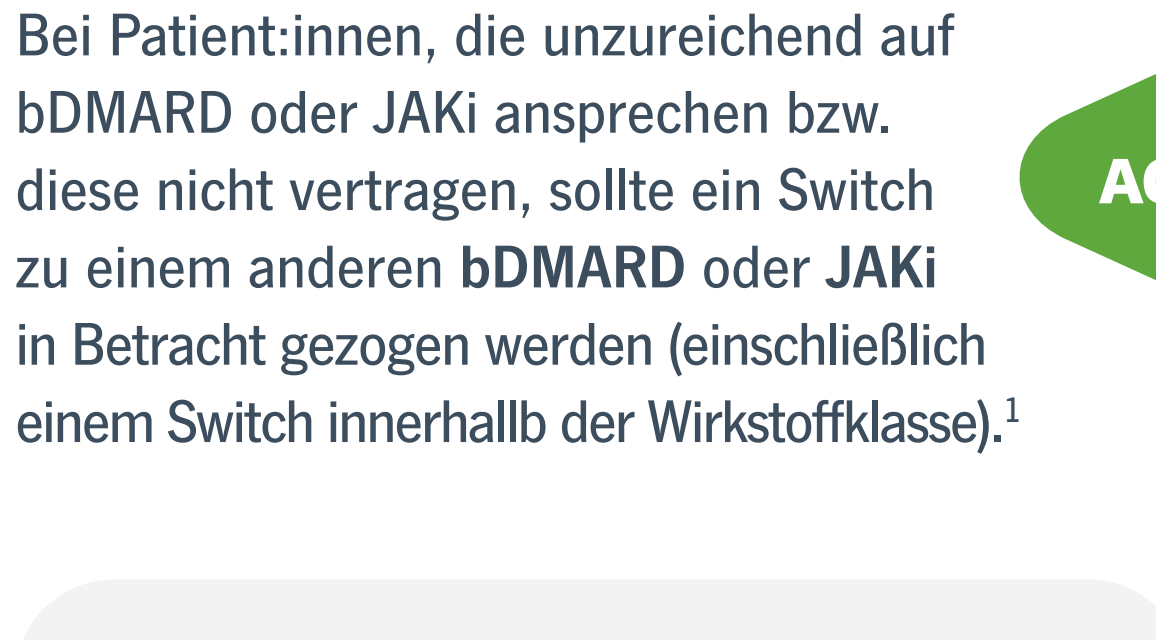
**Entesen**  
Bei Patient:innen mit eindeutiger Enthesitis und einem unzureichenden Ansprechen auf NSARs, oder lokalen GC Injektionen, sollte eine Therapie mit einem TNFi, **IL-17i** oder IL-12/23i in Betracht gezogen werden.<sup>1</sup>

**Taltz<sup>®</sup> erreichte eine STATISTISCH SIGNIFIKANTE VERBESSERUNG BEI BETROFFENEN ENTHESSEN vs. Placebo in Woche 4 (p < 0,05), mit vollständiger Verbesserung der Enthesitis bei 4 von 10 Patient:innen<sup>6</sup>**

### 4 Behandlungsmodifikation

**Switch von Biologika**  
Bei Patient:innen, die unzureichend auf bDMARD oder JAKi ansprechen bzw. diese nicht vertragen, sollte ein Switch zu einem anderen bDMARD oder JAKi in Betracht gezogen werden (einschließlich einem Switch innerhalb der Wirkstoffklasse).<sup>1</sup>

**Taltz<sup>®</sup> ERREICHTE EIN SIGNIFIKANT BESSERES ACR20/50/70-ANSPRECHEN VS. PLACEBO, unabhängig von der Behandlungserfahrung (p < 0,001)<sup>3,7</sup>**



Ergebnisse von biologic-naïven (SPIRIT-P1) und TNFi-vorbehandelten (SPIRIT-P2) Patient:innen in Woche 24. \* Berechnet mittels logistischer Regression mit Non-Responder Imputation (NRI) für fehlende Werte. Taltz<sup>®</sup> vs. Placebo, p < 0,001 über alle Vergleiche hinweg.

**Tapering**  
Bei Patient:innen in anhaltender Remission kann eine Dosisreduktion von DMARDs in Erwägung gezogen werden.<sup>1</sup>

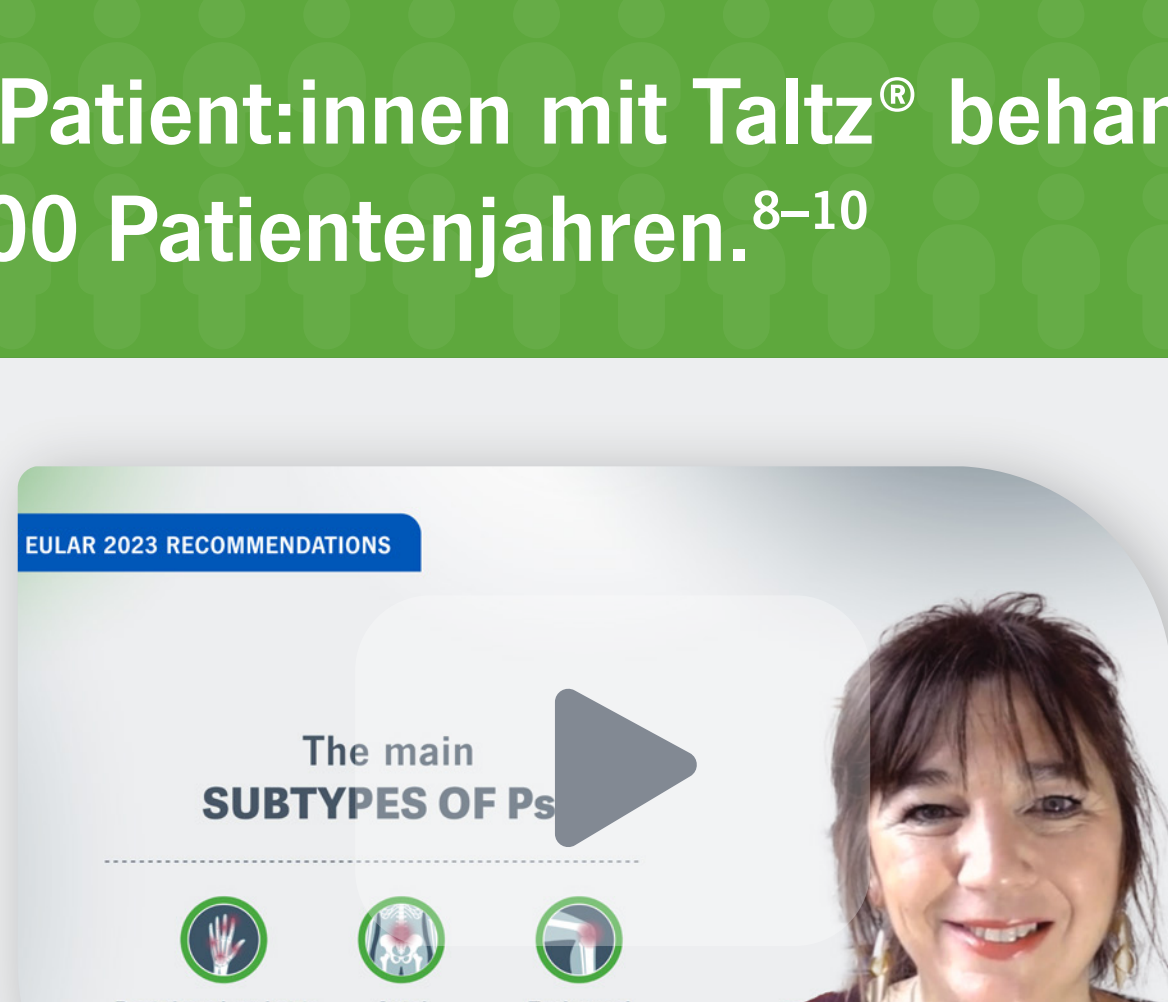
Bei der Behandlungswahl sollten Sicherheitsaspekte in Bezug auf die individuellen Wirkansätze betrachtet werden, um das **NUTZEN-RISIKO-PROFIL ZU OPTIMIEREN.<sup>1</sup>**

In klinischen Studien wurden 9.000 Patient:innen mit Taltz<sup>®</sup> behandelt, was entspricht ca. 24.000 Patientenjahren.<sup>8-10</sup>

## SEHEN SIE SICH DAS VIDEO MIT FRAU PROF. LAURE GOSSEC AN

Professorin der Rheumatologie im Krankenhaus Pitié Salpêtrière in Paris, Frankreich

Die Autorin und Mitwirkende der EULAR EMPFEHLUNGEN 2023 fasst im Video die vier Hauptaspekte zusammen und beleuchtet deren Einfluss auf die Behandlung der PsA.



\* Taltz<sup>®</sup>, allein oder in Kombination mit Methotrexat, ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARD) angesprochen oder diese nicht vertragen haben. <sup>4</sup>Axiale Spondylarthritis: Ankylosierende Spondylitis (Röntgenologische axiale Spondylarthritis); Taltz<sup>®</sup> ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver röntgenologischer axiale Spondylarthritis, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Nicht-röntgenologische axiale Spondylarthritis: Taltz<sup>®</sup> ist angezeigt für die Behandlung erwachsener Patient:innen mit aktiver nicht-röntgenologischer axiale Spondylarthritis 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.

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Taltz<sup>®</sup> 80 mg Injektionslösung in einem Fertigen/In einer Fertigen. **Zusammensetzung:** Arzneimittel wirksamer Bestandteil: Fertigen/Injektion enthält 80 mg Ixekizumab in 1 ml Lösung; sonstige Bestandteile: Saccharose, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Natriumhydroxid kann zur pH Wert Einstellung verwendet werden. **Anwendungsgebiete:** **Plaques/Psoriasis:** Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen. **Plaques/Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen:** 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:** Behandlung allein oder in Kombination mit Methotrexat von erwachsenen Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die unzureichend auf eine oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika angesprochen oder diese nicht vertragen haben. **Axiale Spondylarthritis:** Ankylosierende Spondylitis (Röntgenologische axiale Spondylarthritis); Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver nicht-röntgenologischer axiale Spondylarthritis mit objektiven Anzeichen einer Entzündung, nachgewiesen durch erhöhtes C-reaktives Protein und/oder Magnetresonanztomographie, die unzureichend auf nicht-steroidale Antirheumatika angesprochen haben. **Gegenanzeigen:** Schwerwiegende Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Klinisch relevante aktive Infektionen, z. B. aktive Tuberkulose. **Nebenwirkungen:** **Sehr häufig:** Infektionen der oberen Atemwege; Reaktionen an der Injektionsstelle. **Häufig:** Tinea Infektionen; Herpes simplex (mukokutan); Oropharyngeale Schmerzen; Übelkeit; bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich: Konjunktivitis, Infektion der oberen Atemwege; Reaktionen an der Injektionsstelle. **Gelegentlich:** Infektion; Rhinitis; orale Candidose; Konjunktivitis; Phlegmone; Neutropenie; Thrombozytopenie; Angioödem; Urtikaria; Ausschlag; Ekzem; entzündliche Darmerkrankung (einschließlich Morbus Crohn und Colitis ulcerosa). **Selten:** Anaphylaxie, Ösophageale Candidose. **Warnhinweise:** Für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nicht verwenden, falls Siegel gebrochen ist. Nicht schütteln. Weitere Warnhinweise s. Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Zulassungsinhaber:** Eli Lilly and Company (Ireland) Limited, Dunderrow, Kinsale, Co. Cork, Irland; **Ansprechpartner in Deutschland:** Lilly Deutschland GmbH, Werner-Reimers-Str. 2-4, D 61352 Bad Homburg. **Stand der Information: Januar 2023.**

1. Gossec L, et al. Ann Rheum Dis 2024 Mar 18;ard-2024-225531. doi: 10.1136/ard-2024-225531. Online ahead of print. 2. Mease PJ, et al. Ann Rheum Dis 2020;79:123-31. 3. Mease PJ, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:79-87. 4. Deodhar A, et al. Ther Adv Musculoskelet Dis 2023;15:1-12. 5. Smolen JS, et al. Ann Rheum Dis 2020;79:1310-9. 6. Gladman DD, et al. Arthritis Res Ther 2019;21:38. 7. Nash P, et al. Lancet 2017;389:2317-27. 8. Deodhar AA, et al. Ann Rheum Dis 2022;81:944-50. 9. Deodhar A, et al. J Rheumatol 2023;50:1020-8. 10. Griffiths CEM, et al. Dermatol Ther (Heidelberg) 2022;12:1431-46. 11. Aktuelle Fachinformation Taltz<sup>®</sup>.