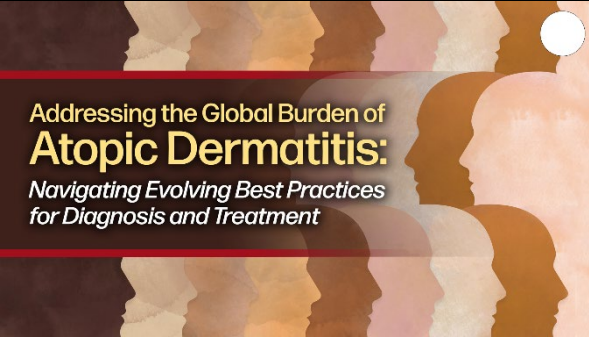
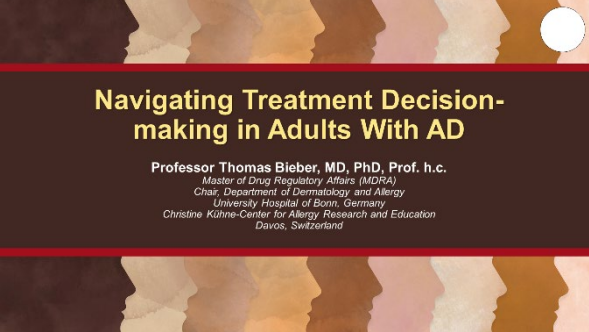
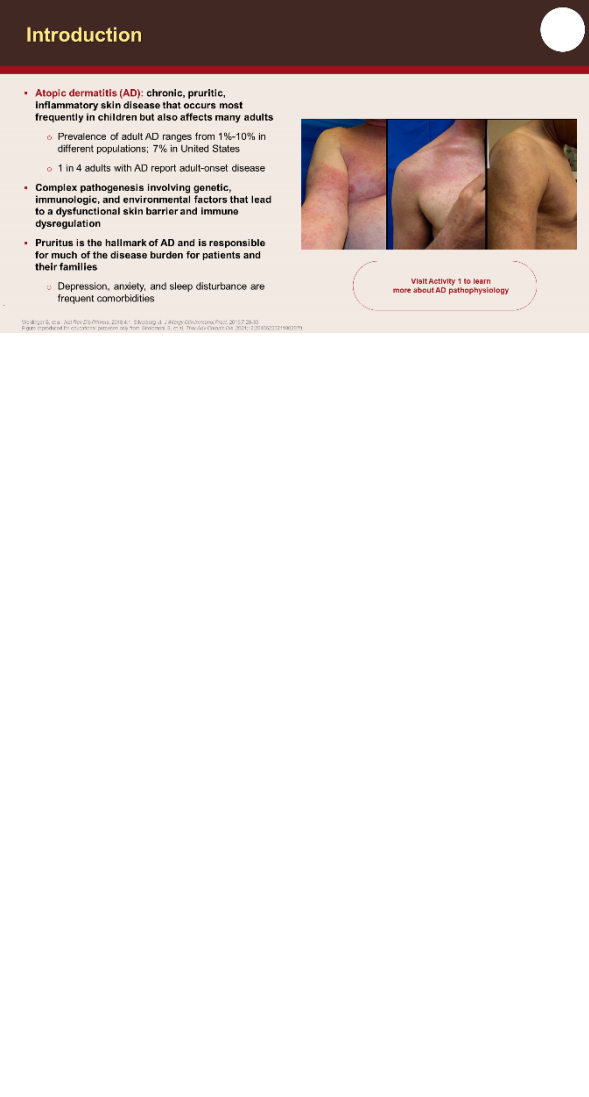


Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

1		<p>Hallo, mein Name ist Thomas Bieber. Ich bin Dermatologe und Allergologe an der Universität Bonn in Deutschland, und ich begrüße Sie zu dieser Vortragsreihe, die sich mit der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis beschäftigt.</p>
2		<p>Heute möchte ich mich mit der Entscheidungsfindung bei erwachsenen Patienten mit dieser Erkrankung befassen.</p>
3		<p>Ich denke, dass ich den meisten von Ihnen die klinischen Bilder des Phänotyps dieser Erkrankung nicht vorstellen muss, aber ich möchte Sie nur an die wichtigsten Punkte erinnern, nämlich dass dies die wichtigste und häufigste entzündliche Hauterkrankung weltweit ist. 1 von 4 Erwachsenen ist davon betroffen, vor allem von der Erkrankung, die erst im Erwachsenenalter auftritt. Es sind noch viel mehr Kinder betroffen, aber darum geht es bei dieser Präsentation nicht. Wir wissen, dass diese enorme Heterogenität des klinischen Phänotyps in gewisser Weise das widerspiegelt, was im Immunsystem und in der Haut selbst passiert. Die komplexe Pathogenese umfasst also genetische, immunologische und umweltbedingte Faktoren und wahrscheinlich auch eine epigenetische Regulierung, die alle zu dieser stark</p>


Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>wichtige Rolle bei der Auslösung von Exazerbationen spielen können. Und auch die Aufklärungsprogramme sollten nicht vergessen werden, denn sie sind äußerst wichtig, vor allem weil diese Patienten immer daran interessiert sind, mehr über die Krankheit zu erfahren. Auch die Frage der Therapietreue ist bei der Behandlung dieser Patienten wirklich von Bedeutung. Wie bei fast allen Krankheiten, die wir kennen, müssen wir diese Patienten je nach Schweregrad behandeln. Die Behandlungsalgorithmen sind also unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um leichte, mittelschwere oder schwerere Fälle handelt, wie auf dieser Folie dargestellt. Bei milden Fällen kann man die akuten Schübe eher reaktiv nur mit topischen Steroiden behandeln. Bei den leichteren bis mittelschweren Formen würde ich sagen, dass der proaktive Einsatz von topischen Steroiden und topischen Calcineurin-Inhibitoren sehr nützlich ist, um die Krankheit langfristig besser zu kontrollieren und häufige Exazerbationen zu vermeiden. Dies wurde in einer Reihe von Studien vor etwa zehn Jahren im Zusammenhang mit der Erweiterung der Produktlinie von Protopic sehr schön gezeigt. Als Zusatztherapie, und ich möchte wirklich betonen, dass es sich dabei nicht um eine Alternative handelt, sondern um etwas, das zwischen der topischen Behandlung und der systemischen Behandlung</p>
--	--	---

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>steht: Die UVB-Behandlung ist nur eine zusätzliche Maßnahme, die meines Erachtens für eine Reihe von Patienten äußerst hilfreich ist, insbesondere für diejenigen, die typischerweise im Sommer über eine Besserung ihrer Beschwerden berichten. Die psychosomatische Beratung ist ebenfalls von Bedeutung, da sie ebenfalls zu einer erhöhten Therapietreue dieser Patienten beiträgt. Bei den schwereren Fällen muss man mit einer systemischen Behandlung arbeiten. Derzeit haben wir, und darauf werden wir nachher noch genauer eingehen, ich würde sagen, die althergebrachten Behandlungen, wie die immunsuppressiven Behandlungen, wie z. B. Cyclosporin und Methotrexat, Azathioprin, und die systemischen Steroide. Auf der anderen Seite gibt es die modernere Behandlung mit den Biologika (Dupilumab, Tralokinumab) und den JAK-Kinase-Inhibitoren (Baricitinib, Upadacitinib und Abrocitinib).</p>
<p>6</p>	<div data-bbox="389 1451 994 1783"> <h3>Limitations of Historic Therapies: TCS</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Mainstay of therapy for moderate-to-severe AD, but may not be sufficient for certain patients • Limited by anatomic use restrictions and local AEs <ul style="list-style-type: none"> ◦ Skin atrophy, striae, and/or application site reactions • Systemic AEs: less likely to occur, but may develop with prolonged use of high-potency TCS on thin epidermal regions • Withdrawal reactions: may occur with inappropriate, prolonged, or frequent use, particularly with mid- to high-potency TCS • Steroid addiction: dependence on TCS to manage eczema symptoms, leading to continuous or increasing use • Can occur due to skin tolerance to the effects of steroids, leading to a need for higher doses to achieve the same symptom relief  <p><small>© 2014 American Academy of Dermatology. All rights reserved. Photo: iStockphoto.com/Chris Wedel. Photo: iStockphoto.com/Chris Wedel. Photo: iStockphoto.com/Chris Wedel.</small></p> </div>	<p>Um auf die Grenzen der historischen Therapien zurückzukommen, insbesondere der TCS, wie Sie hier sehen, haben Sie wahrscheinlich eine Reihe von Patienten gesehen, die viele, viele Wochen und Monate lang topische Steroide verwendet haben, was manchmal zu dieser Art von Steroidabhängigkeit führt, wie Sie im unteren rechten Teil der Folie sehen, bei diesem Kind, das TCS über einen längeren Zeitraum verwendet hat und dann diesen Entzug</p>


Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		mit akuter Verschlimmerung der Störung erlitt.
7	<p>Limitations of Historic Therapies: TCI Immunomodulators</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pimecrolimus: mild-to-moderate AD <ul style="list-style-type: none"> ○ 1% indicated for patients aged ≥6 months depending on country ▪ Tacrolimus: moderate-to-severe AD <ul style="list-style-type: none"> ○ 0.1% indicated for patients aged >15 years ○ 0.03% indicated for children aged ≥2 years ▪ Common AEs: local skin irritation (burning, pruritus, and erythema) at the application site <ul style="list-style-type: none"> ○ May drive some patients to discontinue TCIs prematurely ▪ Black box warning: although a causal relationship has not been established, rare cases of malignancy (eg, skin and lymphoma) have been reported in patients treated with TCIs <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p><small>Potential AEs of Topical TCIs</small></p>  <p><small>Herpes Simplex Labialis</small></p>  <p><small>Perioral Dermatitis</small></p> </div> <div style="width: 50%; font-size: 8px;"> <p><small>Images reproduced or adapted with permission by the manufacturer. Pimecrolimus: © 2011, All rights reserved by Novartis. Tacrolimus: © 2011, All rights reserved by Novartis. Herpes Simplex Labialis: © 2011, All rights reserved by Novartis. Perioral Dermatitis: © 2011, All rights reserved by Novartis.</small></p> </div> </div>	<p>Auf der anderen Seite haben wir auch die TCI. Ich würde nicht sagen, dass es sich dabei um wirkliche Immunsuppressiva handelt, sondern um Immunmodulatoren für die lokale Anwendung. Jedenfalls haben wir zwei Medikamente zur Verfügung – Pimecrolimus und Tacrolimus. Pimecrolimus ist eindeutig nicht so wirksam wie Tacrolimus. Es ist sicherlich die erste Wahl für die Behandlung von Patienten mit leichteren bis mittelschweren Formen, insbesondere in der Pädiatrie. Die Tacrolimus-Behandlung hingegen ist sehr wirksam bei mäßigen und manchmal schweren Fällen. Aber für beide Präparate gilt, und das werden die Patienten berichten, dass sie als typische lokale Reizung eine Art Kribbeln und Brennen hervorrufen, insbesondere in den ersten Tagen nach der ersten Anwendung. Man muss den Patienten also diese Art von Nebenwirkung erklären und ihnen sagen, dass die Nebenwirkung höchstwahrscheinlich nachlässt, sobald die Entzündung sich gebessert hat und die Barrierefunktion wiederhergestellt ist. Außerdem ist das Medikament in Bezug auf die Nebenwirkungen viel weniger aggressiv, würde ich sagen. Sie alle wissen um die Black-Box-Warnungen, die 2005 im Zusammenhang mit diesen beiden Produkten herausgegeben wurden.</p>

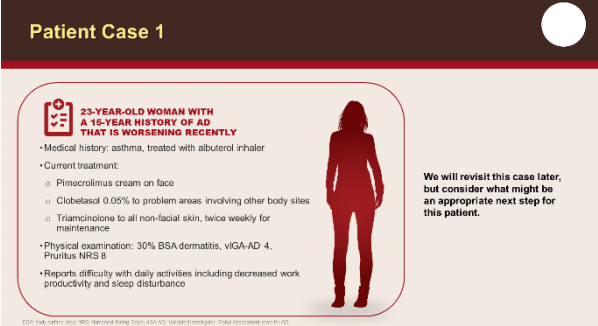
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD


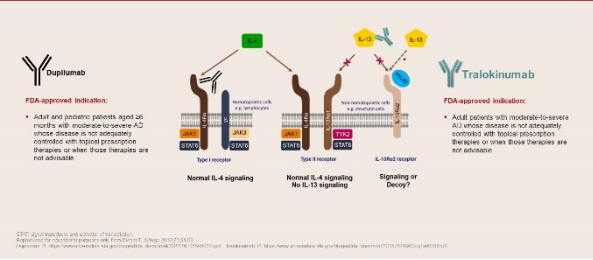
		<p>Inzwischen wissen wir, dass es keine wissenschaftlichen Beweise für diese Black-Box-Warnung gibt und dass beide Medikamente bei der Behandlung dieser Störungen wirklich sicher sind.</p>
<p>8</p>	<div data-bbox="389 524 991 853"> <p>Limitations of Historic Therapies: Systemic Immunosuppressive Agents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cyclosporine A <ul style="list-style-type: none"> ◦ Discontinued in nearly half of patients due to ineffectiveness or patient-reported or clinician-reported (nephrotoxicity and hypertension) AEs • Oral corticosteroids <ul style="list-style-type: none"> ◦ Long-term use not recommended due to AE profile and risk of severe rebound flares after discontinuation • Off-label drugs (eg, azathioprine, methotrexate, and mycophenolate mofetil) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Often discontinued due to ineffectiveness or AEs ◦ Long-term effectiveness and safety data are scarce <div data-bbox="715 629 868 808" style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>AEs of Oral Corticosteroids:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Increased risk of infection • Weight gain • Osteoporosis • Worsening of diabetes or hypertension • Cataracts • Muscle weakness • Fluid retention • Peptic ulcers • Easy bruising • Altered mood or psychosis </div>  </div>	<p>Was die systemischen Immunsuppressiva wie Cyclosporin A, topische und orale Steroide sowie die Off-Label-Medikamente Azathioprin und Methotrexat insbesondere betrifft, so wissen wir alle wie diese Medikamente einzusetzen sind. In Europa ist Cyclosporin A das einzige von der Europäischen Arzneimittelagentur zugelassene Medikament, während Azathioprin, Methotrexat und Mycophenolat nicht zugelassen sind und vermutlich auch nie für diese Indikation zugelassen werden. Und Sie wissen, dass die Verwendung von oralen Steroiden nach den letzten Leitlinien auf ganz bestimmte Situationen beschränkt ist. Wenn Sie einen Patienten mit einem sehr schweren Krankheitsschub haben, können Sie zwar vielleicht orale Steroide einsetzen, aber sicherlich nicht für eine mittel- oder langfristige Anwendung, wie wir es leider immer noch bei einigen Patienten sehen, die an uns überwiesen werden. Die Probleme im Zusammenhang mit den oralen Steroiden sind hier auf der rechten Seite der Folie sehr schön dargestellt. Sie kennen die Nebenwirkungen dieser Steroide, und ich denke, dass wir heute</p>

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

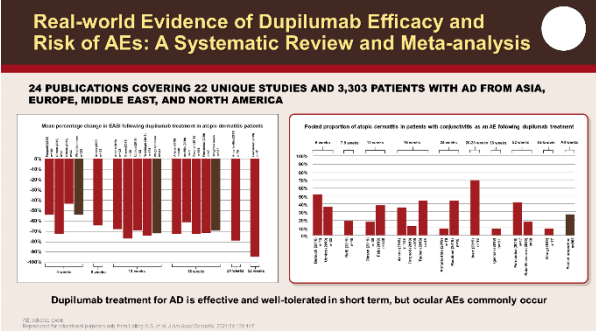
		<p>genügend neue Medikamente als Alternative zu dieser Art von Behandlung zur Verfügung haben.</p>
<p>9</p>	 <p>Patient Case 1</p> <p>23-YEAR-OLD WOMAN WITH A 15-YEAR HISTORY OF AD THAT IS WORSENING RECENTLY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical history: asthma, treated with albuterol inhaler • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pimecrolimus cream on face ○ Clobetasol 0.05% to problem areas involving other body sites ○ Triamcinolone to all non-facial skin, twice weekly for maintenance • Physical examination: 30% BSA dermatitis, vIGA-AD 4, Pruritus NRS 8 • Reports difficulty with daily activities including decreased work productivity and sleep disturbance <p><i>We will revisit this case later, but consider what might be an appropriate next step for this patient.</i></p>	<p>Dies ist also ein typischer Patient, würde ich sagen, den ich hier kurz vorstellen möchte, und wir werden danach nochmal auf diesen Patienten zurückkommen. Es handelt sich um eine 23-jährige Frau, die seit 15 Jahren an atopischer Dermatitis leidet, die sich in letzter Zeit verschlimmert hat. Sehr wichtig bei der Anamnese ist die Tatsache, dass sie eine typische Atopikerin ist, die insbesondere an Asthma als weiterer atopischer Komorbidität leidet und mit einem Albuterol-Inhalator behandelt wird. Die derzeitige Behandlung der Erkrankung wurde mit Pimecrolimus im Gesicht, Clobetasol in den Problemzonen und Triamcinolon für die Haut außerhalb des Gesichts zweimal wöchentlich zur Pflege versucht. Interessant ist die Körperoberfläche, die 30 % beträgt, was ziemlich viel ist, und, wie Sie hier sehen können, der vIGA-Wert, der bei 4 liegt, was bedeutet, dass diese Patientin als eine schwere Form eingestuft wird. Es überrascht nicht, dass der Pruritus einen NRS-Wert von 8 hat. Und natürlich berichtet diese junge Frau über Probleme bei den täglichen Aktivitäten, insbesondere über die Auswirkungen auf die Arbeitsproduktivität und die Schlafstörungen, was nicht überraschend ist. Es handelt sich also um eine Art archetypischen Patienten, auf</p>

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung
 Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		den wir gleich zurückkommen werden.																																
10		Lassen Sie uns nun über die neuen Therapien sprechen.																																
11	<p>Biologic and JAK1 Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD</p> <table border="1" data-bbox="392 763 987 972"> <thead> <tr> <th>Therapy</th> <th>Class</th> <th>Mechanism of Action</th> <th>Indication(s)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">FDA-approved</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab intravenous injection¹</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-4/13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs </td> </tr> <tr> <td>Tralokinumab²</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs </td> </tr> <tr> <td>Abrocitinib³</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable </td> </tr> <tr> <td>Upadacitinib⁴</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable </td> </tr> <tr> <td colspan="4">EMA-approved</td> </tr> <tr> <td>Baricitinib⁵</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1/2 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy </td> </tr> </tbody> </table>	Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s)	FDA-approved				Dupilumab intravenous injection ¹	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs 	Tralokinumab ²	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs 	Abrocitinib ³	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 	Upadacitinib ⁴	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 	EMA-approved				Baricitinib ⁵	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy 	In den USA haben wir mehr oder weniger diese vier Produkte, während wir in Europa ein fünftes haben. In den USA stehen uns also die beiden wichtigsten Biologika zur Verfügung, Dupilumab und Tralokinumab. Außerdem gibt es in den USA auch Upadacitinib und Abrocitinib als typische JAK-Kinase-Inhibitoren. In Europa haben wir auch Baricitinib, einen JAK1- und 2-Inhibitor, der für die Behandlung von Patienten mit mittlerem bis schwerem Krankheitsverlauf zur Verfügung steht.
Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s)																															
FDA-approved																																		
Dupilumab intravenous injection ¹	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs 																															
Tralokinumab ²	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs 																															
Abrocitinib ³	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 																															
Upadacitinib ⁴	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 																															
EMA-approved																																		
Baricitinib ⁵	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy 																															
12	<p>Biologic Therapy for Moderate-to-Severe AD: Dupilumab and Tralokinumab</p>  <p>The diagram illustrates the IL-4 signaling pathway. IL-4 binds to the Type I receptor (α1β1) and the Type II receptor (α2β2). This leads to the activation of JAK1 and JAK2 kinases, which in turn phosphorylate STAT3 and STAT6. Phosphorylated STAT3 leads to the production of IL-13, which binds to the IL-13 receptor (α1β1γ1). Phosphorylated STAT6 leads to the production of IL-4-induced decoy receptors (ICD). Dupilumab is shown binding to the Type I receptor, preventing IL-4 from binding and activating the pathway. Tralokinumab is shown binding to the Type II receptor, preventing IL-4 from binding and activating the pathway. This inhibition prevents the production of IL-13 and ICD, thereby reducing signaling or decoy activity.</p>	Was nun die Wirkungsweise betrifft, so ist die biologische Therapie bei mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, wie Sie wissen, derzeit durch zwei Hauptprodukte möglich. Dupilumab, das in erster Linie für atopische Dermatitis zugelassen ist, aber inzwischen auch für andere Indikationen wie Asthma, chronische Rhinosinusitis und eosinophile Ösophagitis, sowie seit kurzem auch für Prurigo nodularis. Das Medikament selbst ist nun für eine ganze Reihe von Patienten zugelassen, die an																																

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

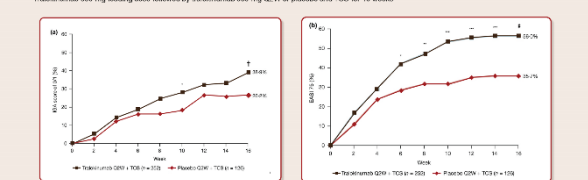
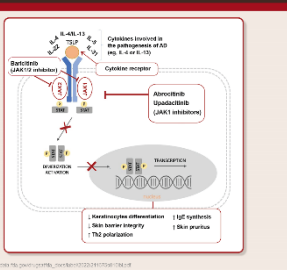
		<p>chronischen Erkrankung leiden und eine langfristige Behandlung benötigen. Auf der Folie sehen Sie einerseits einen verbesserten EASI-Score auf der linken Seite, und auf der rechten Seite haben Sie dieses wirklich schöne Ansprechen in Form der Verbesserung des Juckreizes, ausgehend von einem ganz erheblichen Wert von typischerweise 7 Punkten bis hinunter zu 2 Punkten, und in diesem Bereich ein sehr stabiles Ansprechen.</p>
<p>14</p>	 <p>Real-world Evidence of Dupilumab Efficacy and Risk of AEs: A Systematic Review and Meta-analysis</p> <p>24 PUBLICATIONS COVERING 22 UNIQUE STUDIES AND 3,303 PATIENTS WITH AD FROM ASIA, EUROPE, MIDDLE EAST, AND NORTH AMERICA</p> <p>Most percentage change in EASI following dupilumab treatment in atopie dermatitis patients</p> <p>Failed proportion of atopie dermatitis in patients with conjunctivitis as an AE following dupilumab treatment</p> <p>Dupilumab treatment for AD is effective and well-tolerated in short term, but ocular AEs commonly occur</p>	<p>Dies sind die Daten aus der Phase-3-Studie, bei der man nun versucht zu untersuchen, was wirklich unter realen Bedingungen passiert. Wir haben großes Glück, denn wir haben wirklich eine große Anzahl von Publikationen, die über die Erfahrungen mit Dupilumab in vielen, vielen verschiedenen Zentren weltweit berichten. Es wurden inzwischen mehr als 3.300 Patienten aus verschiedenen Ländern in diese Studien unter realen Bedingungen einbezogen. Das Ergebnis unterm Strich ist, dass die Daten, die im Rahmen der Phase-3-Studien gewonnen wurden, unter den realen Bedingungen sehr gut reproduziert werden konnten. Andererseits denke ich, wie Sie wissen, dass das einzige Problem, das mit der Verwendung von Dupilumab zusammenhängen könnte, die Konjunktivitis ist. Wenig überraschend werden Sie feststellen, dass in den Berichten aus der Praxis in der gesamten Literatur ebenfalls über dieses Augenproblem</p>

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>berichtet wurde, wie Sie hier auf der rechten Seite sehen können. In der Regel gibt es eine Art Korrelation zwischen der Dauer der Behandlung und dem Anteil der Patienten, die über diese Art von Nebenwirkung berichten.</p>
<p>15</p>	<p>Tralokinumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy—Monotherapy</p> <p>ECZTRA 1 (NCT03131648) AND ECZTRA 2 (NCT03100885)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients aged 18 years, diagnosis of AD for ≥1 year, inadequate response to topical medications or systemic treatment for AD in the past year • Patients randomized 2:1 to tralokinumab 300 mg after a 300-mg loading dose on day 0 or placebo (20W for 16 weeks) <p>Tralokinumab showed significantly higher results in both IGA score of 0/1 and EASI 75 at week 16 compared with placebo, with over 50% of patients maintaining their clinical response at 52 weeks without additional medication</p> <p>Conjunctivitis as an AE of special interest, most cases were mild and resolved by the end of the treatment period</p>	<p>Nun ist Tralokinumab das zweite Produkt, das derzeit für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Form der atopischen Dermatitis zur Verfügung steht. Und das sind die Ergebnisse, die die beiden Endpunkte zusammenfassen: IGA 0/1 auf der linken Seite und EASI-75 auf der rechten Seite. Wenn man IGA 0/1 als, ich würde sagen, den strengsten derzeit verfügbaren Endpunkt nimmt, entspricht das ungefähr einer EASI-Verbesserung von 90 % und mehr. Sie sehen hier, dass durchschnittlich 20 %, 22 % der Patienten, die den IGA-Score 0/1 erreicht haben, darauf ansprechen. Wie Sie aber auch an diesen Kurven sehen können, erreichen sie in der 16. Woche kein Plateau.</p>
<p>16</p>	<p>Tralokinumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Long-Term Efficacy</p> <p>ECZTEND (NCT03578905)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Open-label extension trial of AD patients enrolled in previous tralokinumab parent trials • Participants received subcutaneous tralokinumab 300 mg every 2 weeks after a 300-mg loading dose of tralokinumab <p>Tralokinumab was well tolerated and maintained substantial clinical improvements over 2 years in participants with moderate-to-severe AD.</p>	<p>Auf einer weiteren Folie sehen Sie, dass das Ansprechen dieser Patienten bis zur 52. Woche sogar noch weiter zunimmt. Mit anderen Worten: Wenn Sie Patienten auf Tralokinumab setzen, müssen Sie ihnen erklären, dass das maximale Ansprechen erst in der 20. oder 24. Woche erreicht wird. Sie müssen also geduldig sein, und man muss diesen Patienten erklären, dass es etwas länger dauert als bei</p>

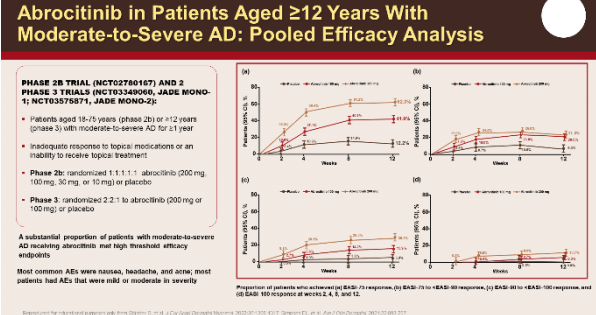
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung
 Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		Dupilumab, bis die maximale Wirksamkeit erreicht wird.																																																																																																												
17	<p>Tralokinumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy—Combination With TCS</p> <p>ECZTRA 3 (NCT03363854)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aged 18 years, diagnosis of AD for ≥1 year, inadequate response to topical medications or systemic treatment for AD in the past year • Tralokinumab 400-mg loading dose followed by tralokinumab 300 mg Q2W or placebo and TCS for 16 weeks  <ul style="list-style-type: none"> • At week 16, significantly more patients receiving tralokinumab achieved the IGA 0/1 and EASI 75 compared with placebo • Overall frequency and severity of AEs were comparable between tralokinumab and placebo; majority nonserious and mild or moderate in severity 	Diese Wirksamkeit kann verbessert werden, in der Regel durch die kombinierte Anwendung mit topischen Steroiden. Dies gilt übrigens auch für Dupilumab, wo in der sogenannten CHRONOS-Studie gezeigt wurde, dass die Kombination von Dupilumab und TCS in der Tat ein Plus von etwa 10 bis 15 % in Bezug auf das Ansprechen bringt.																																																																																																												
18	<p>Oral JAK1 Inhibitors for Moderate to Severe AD</p>  <p>ABROCITINIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selective JAK1 inhibitor • Approved in the US, EU, and Japan for treatment of adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD <p>UPADACITINIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selective JAK1 inhibitor • Approved in the US, EU, and Japan for treatment of adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD <p>BARICITINIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • JAK1/2 inhibitor • Approved in many countries, including the EU and Japan, for the treatment of adult patients with moderate-to-severe AD who are candidates for systemic therapy 	Wenden wir uns nun der nächsten Molekülklasse zu – den oralen JAK-Kinase-Inhibitoren. Bei den oralen JAK-Kinase-Inhibitoren handelt es sich um drei verschiedene Medikamente: Abrocitinib, ein selektiver JAK1-Inhibitor, Upadacitinib, ebenfalls ein selektiver JAK1-Inhibitor, und Baricitinib, ein JAK1- und 2-Inhibitor. Alle diese Produkte sind in den verschiedenen Ländern zugelassen, mit Ausnahme von Baricitinib, das derzeit in den USA für diese Indikation nicht zugelassen ist.																																																																																																												
19	<p>Baricitinib in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy at Week 16¹⁻⁵</p> <table border="1" data-bbox="399 1568 813 1792"> <thead> <tr> <th>Treatment (mg) (no. of pts)</th> <th>Response rate (% of pts) (95% CI)</th> <th>EAS75</th> <th>EASI9</th> <th>SCORAD75</th> <th>IGA 0/1 from BL in EASI (mean BL)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Monotherapy</td> </tr> <tr> <td colspan="6">BREEZE-AD1</td> </tr> <tr> <td>BAR 4 (135)</td> <td>16.9 (1.1, 34.3)^{***}</td> <td>24.8 (1.7, 34.6)^{***}</td> <td>16.0 (1.1, 34.6)^{***}</td> <td>18.4 (8.7, 28.0)^{***}</td> <td>59.2^{***} (32)</td> </tr> <tr> <td>BAR 2 (122)</td> <td>11.4 (2.8, 20.0)^{**}</td> <td>18.7 (2.5, 34.7)^{**}</td> <td>10.6 (2.3, 18.7)^{**}</td> <td>7.2 (8.1, 18.2)^{***}</td> <td>53.9^{***} (23)</td> </tr> <tr> <td>PL (248)</td> <td>1.8</td> <td>8.8</td> <td>4.4</td> <td>1.7</td> <td>34.8 (32)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">BREEZE-AD2</td> </tr> <tr> <td>BAR 4 (125)</td> <td>13.3 (3.1, 24.4)^{**}</td> <td>21.1 (1.4, 34.8)^{**}</td> <td>13.6 (8.5, 24.4)^{**}</td> <td>11.2 (7.2, 24.1)^{***}</td> <td>51.9^{***} (25)</td> </tr> <tr> <td>BAR 2 (133)</td> <td>10.6 (2.6, 18.5)^{**}</td> <td>17.5 (1.5, 34.2)^{**}</td> <td>8.6 (1.9, 18.4)^{**}</td> <td>7.3 (5.0, 16.6)^{***}</td> <td>54.9^{***} (30)</td> </tr> <tr> <td>PL (244)</td> <td>4.5</td> <td>6.1</td> <td>2.2</td> <td>1.6</td> <td>29.9 (32)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">BREEZE-AD3</td> </tr> <tr> <td>BAR 2 (146)</td> <td>24.9^{***}</td> <td>25.0^{***}</td> <td>20.0^{***}</td> <td>14.4^{***}</td> <td>54.4^{***} (27)</td> </tr> <tr> <td>PL (141)</td> <td>3.4</td> <td>8.2</td> <td>3.4</td> <td>2.7</td> <td>34.1 (27)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Combination Therapy</td> </tr> <tr> <td colspan="6">BREEZE-AD4</td> </tr> <tr> <td>BAR 4 + TCS (111)</td> <td>31.0 (1.1, 44.6)^{***}</td> <td>48.0 (1.1, 54.6)^{***}</td> <td>24.7 (1.1, 54.6)^{***}</td> <td>18.0 (7.1, 54.6)^{***}</td> <td>67.0^{***} (30)</td> </tr> <tr> <td>BAR 2 + TCS (126)</td> <td>24.1 (1.9, 36.3)^{***}</td> <td>43.2 (1.4, 44.6)^{***}</td> <td>17.1 (1.2, 46.2)^{***}</td> <td>11.1 (3.8, 36.3)^{***}</td> <td>58.2^{***} (29)</td> </tr> <tr> <td>PL + TCS (189)</td> <td>15</td> <td>23</td> <td>14</td> <td>7</td> <td>45.1 (28.5)</td> </tr> </tbody> </table> <p>• Baricitinib 4 mg showed a significant improvement at week 16 compared with placebo in primary and secondary disease severity endpoints</p> <p>• Improvements in patients enrolled in BREEZE-AD1 and BREEZE-AD2 were sustained over up to 68 weeks of treatment⁶</p> <p>• Most common TEAEs were infections, mainly mild to moderate upper respiratory tract infections, and herpes simplex</p> <p>• Most frequent laboratory change was an increase in serum CPK to grade 1/2</p>	Treatment (mg) (no. of pts)	Response rate (% of pts) (95% CI)	EAS75	EASI9	SCORAD75	IGA 0/1 from BL in EASI (mean BL)	Monotherapy						BREEZE-AD1						BAR 4 (135)	16.9 (1.1, 34.3) ^{***}	24.8 (1.7, 34.6) ^{***}	16.0 (1.1, 34.6) ^{***}	18.4 (8.7, 28.0) ^{***}	59.2 ^{***} (32)	BAR 2 (122)	11.4 (2.8, 20.0) ^{**}	18.7 (2.5, 34.7) ^{**}	10.6 (2.3, 18.7) ^{**}	7.2 (8.1, 18.2) ^{***}	53.9 ^{***} (23)	PL (248)	1.8	8.8	4.4	1.7	34.8 (32)	BREEZE-AD2						BAR 4 (125)	13.3 (3.1, 24.4) ^{**}	21.1 (1.4, 34.8) ^{**}	13.6 (8.5, 24.4) ^{**}	11.2 (7.2, 24.1) ^{***}	51.9 ^{***} (25)	BAR 2 (133)	10.6 (2.6, 18.5) ^{**}	17.5 (1.5, 34.2) ^{**}	8.6 (1.9, 18.4) ^{**}	7.3 (5.0, 16.6) ^{***}	54.9 ^{***} (30)	PL (244)	4.5	6.1	2.2	1.6	29.9 (32)	BREEZE-AD3						BAR 2 (146)	24.9 ^{***}	25.0 ^{***}	20.0 ^{***}	14.4 ^{***}	54.4 ^{***} (27)	PL (141)	3.4	8.2	3.4	2.7	34.1 (27)	Combination Therapy						BREEZE-AD4						BAR 4 + TCS (111)	31.0 (1.1, 44.6) ^{***}	48.0 (1.1, 54.6) ^{***}	24.7 (1.1, 54.6) ^{***}	18.0 (7.1, 54.6) ^{***}	67.0 ^{***} (30)	BAR 2 + TCS (126)	24.1 (1.9, 36.3) ^{***}	43.2 (1.4, 44.6) ^{***}	17.1 (1.2, 46.2) ^{***}	11.1 (3.8, 36.3) ^{***}	58.2 ^{***} (29)	PL + TCS (189)	15	23	14	7	45.1 (28.5)	Beginnen wir also mit Baricitinib, dem ersten Medikament bzw. der ersten Medikamentenklasse, die zumindest in Europa für die Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis zugelassen wurde. Und wie Sie hier sehen können, wiederum auf der Grundlage des vIGA für die Studien mit zwei verschiedenen Dosierungen: 4 mg und 2 mg. Sie sehen hier, dass durchschnittlich 20 % der
Treatment (mg) (no. of pts)	Response rate (% of pts) (95% CI)	EAS75	EASI9	SCORAD75	IGA 0/1 from BL in EASI (mean BL)																																																																																																									
Monotherapy																																																																																																														
BREEZE-AD1																																																																																																														
BAR 4 (135)	16.9 (1.1, 34.3) ^{***}	24.8 (1.7, 34.6) ^{***}	16.0 (1.1, 34.6) ^{***}	18.4 (8.7, 28.0) ^{***}	59.2 ^{***} (32)																																																																																																									
BAR 2 (122)	11.4 (2.8, 20.0) ^{**}	18.7 (2.5, 34.7) ^{**}	10.6 (2.3, 18.7) ^{**}	7.2 (8.1, 18.2) ^{***}	53.9 ^{***} (23)																																																																																																									
PL (248)	1.8	8.8	4.4	1.7	34.8 (32)																																																																																																									
BREEZE-AD2																																																																																																														
BAR 4 (125)	13.3 (3.1, 24.4) ^{**}	21.1 (1.4, 34.8) ^{**}	13.6 (8.5, 24.4) ^{**}	11.2 (7.2, 24.1) ^{***}	51.9 ^{***} (25)																																																																																																									
BAR 2 (133)	10.6 (2.6, 18.5) ^{**}	17.5 (1.5, 34.2) ^{**}	8.6 (1.9, 18.4) ^{**}	7.3 (5.0, 16.6) ^{***}	54.9 ^{***} (30)																																																																																																									
PL (244)	4.5	6.1	2.2	1.6	29.9 (32)																																																																																																									
BREEZE-AD3																																																																																																														
BAR 2 (146)	24.9 ^{***}	25.0 ^{***}	20.0 ^{***}	14.4 ^{***}	54.4 ^{***} (27)																																																																																																									
PL (141)	3.4	8.2	3.4	2.7	34.1 (27)																																																																																																									
Combination Therapy																																																																																																														
BREEZE-AD4																																																																																																														
BAR 4 + TCS (111)	31.0 (1.1, 44.6) ^{***}	48.0 (1.1, 54.6) ^{***}	24.7 (1.1, 54.6) ^{***}	18.0 (7.1, 54.6) ^{***}	67.0 ^{***} (30)																																																																																																									
BAR 2 + TCS (126)	24.1 (1.9, 36.3) ^{***}	43.2 (1.4, 44.6) ^{***}	17.1 (1.2, 46.2) ^{***}	11.1 (3.8, 36.3) ^{***}	58.2 ^{***} (29)																																																																																																									
PL + TCS (189)	15	23	14	7	45.1 (28.5)																																																																																																									

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>Patienten diesen speziellen Endpunkt erreicht haben, bei EASI-75 natürlich etwas mehr. Das zeigt Ihnen deutlich, dass dieses Medikament Baricitinib, zumindest im Vergleich zu den anderen (und wenn Sie eine Art Netzwerk-Metaanalyse durchführen, wird dies noch deutlicher), weniger wirksam zu sein scheint als, ich würde sagen, die Konkurrenzprodukte wie Abrocitinib und Upadacitinib. Aber wie ich bereits erwähnt habe, ermöglicht die Kombinationstherapie mit TCS ein Plus von mindestens 10 bis 15 % in Bezug auf die Wirksamkeit. Wie bei den meisten JAK-Kinase-Inhibitoren gibt es auch hier eine Reihe möglicher Nebenwirkungen, auf die wir später noch eingehen werden. Aber bei Baricitinib war vor allem das Sicherheitsprofil, zumindest nach meiner Erfahrung, klinisch wirklich akzeptabel im Vergleich zu dem, was ich bei anderen Medikamenten gesehen habe.</p>
--	--	---

<p>20</p>	<p>Abrocitinib in Patients Aged ≥12 Years With Moderate-to-Severe AD: Pooled Efficacy Analysis</p>  <p>PHASE 2B TRIAL (NCT02760167) AND 2 PHASE 3 TRIALS (NCT03349066, JADE MONO-1) NCT03570571, JADE MONO-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> Patients aged 18-75 years (phase 2b) or ≥12 years (phase 3) with moderate-to-severe AD for ≥1 year Inadequate response to topical medications or an inability to receive topical treatment Phase 2b: randomized 1:1:1:1 abrocitinib (200 mg, 100 mg, 50 mg, or 10 mg) or placebo Phase 3: randomized 2:2:1 to abrocitinib (200 mg or 100 mg) or placebo <p>A substantial proportion of patients with moderate-to-severe AD receiving abrocitinib met high efficacy endpoints</p> <p>Most common AEs were nausea, headache, and acne; most patients had AEs that were mild or moderate in severity</p> <p>Proportion of patients who achieved (A) EASI-75 response, (B) EASI-75 to <EASI-50 response, (C) EASI-50 to <EASI-100 response, and (D) EASI-100 response at weeks 2, 4, 8, and 12.</p>	<p>Abrocitinib ist der selektive JAK1-Inhibitor, ein wirklich interessantes Molekül. Es ist derzeit auch für Jugendliche zugelassen, was bei Upadacitinib noch nicht der Fall ist. Wie Sie auch hier auf dieser Folie in der oberen linken Tafel sehen können, haben 60 % der Patienten, die ein Ansprechen von EASI-75 erreichten, diesen Endpunkt erreicht. Das ist wirklich bemerkenswert. Das ist tatsächlich etwas, was man als ein wirklich hervorragendes Ansprechen</p>
-----------	---	---

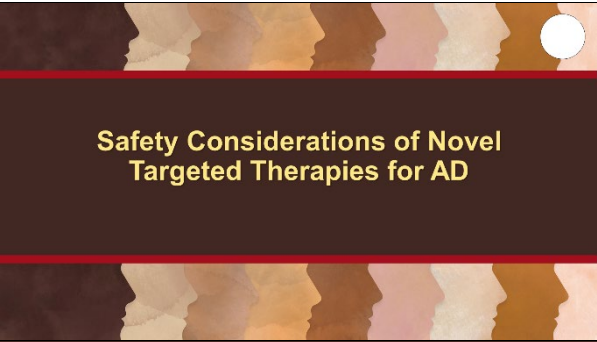

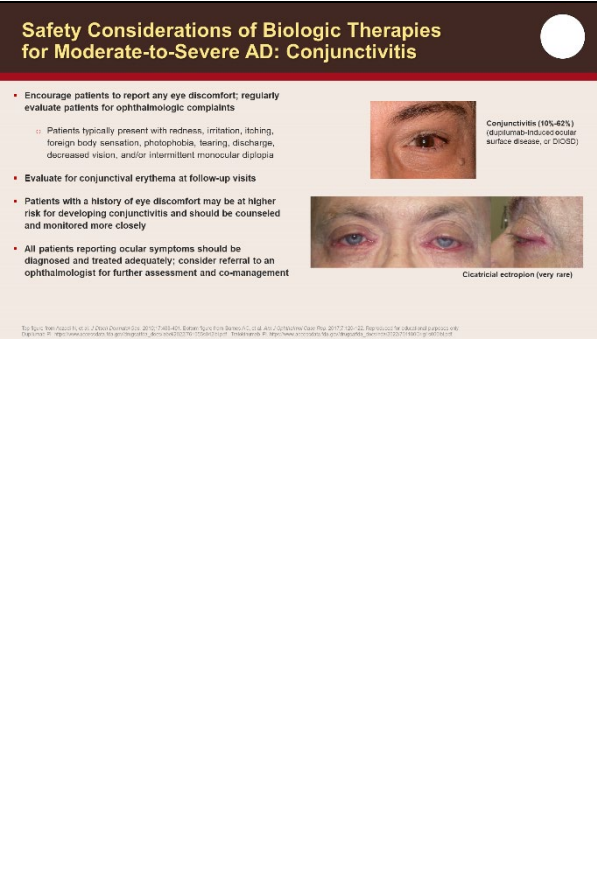
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>bezeichnen könnte. Dies gilt auch bei EASI-90, das sich im Feld C direkt darunter befindet, was 30 % der Patienten betrifft. Das ist ein wirklich bemerkenswertes Ansprechen.</p>
<p>21</p>	<div data-bbox="391 526 989 851"> <h3>Upadacitinib in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy at Week 52</h3> <p>ANALYSIS OF FOLLOW-UP DATA FROM THE LARGE, GLOBAL, REPLICATE PHASE 3 MEASURE UP 1 AND MEASURE UP 2 RANDOMIZED CLINICAL TRIALS (N=1,609)</p> <p>Efficacy over time for (a) EASI-75 and (b) vIGA-AD 0/1.</p> <ul style="list-style-type: none"> Onco-daily use of upadacitinib (15 mg or 30 mg) resulted in long-lasting efficacy with consistent responses observed through 52 weeks, both in patients who received upadacitinib from the start of treatment and in placebo-treated patients who were rerandomized to upadacitinib at week 16 <p><small>FIG 2 UPL04-1701-12-00000101 Efficacy over time for (a) EASI-75 and (b) vIGA-AD 0/1. In: JAMA Dermatol. 2022;16(10):1161-1170.</small></p> </div>	<p>Auch Upadacitinib scheint die gleiche Wirksamkeit zu haben, in einigen klinischen Studien vielleicht sogar etwas besser, insbesondere bei der höchsten Dosis, die hier 30 mg beträgt. Aber wie Sie hier sehen können, zeigt sich im Gegensatz zu den Biologika eine recht schnelle Wirkungsweise. Bereits nach 8 bis 12 Wochen ist ein Plateau in Bezug auf die Wirksamkeit erreicht, was in krassem Gegensatz zu dem steht, was wir von Dupilumab und insbesondere Tralokinumab kennen. Und das gilt natürlich auch wieder für EASI-75 auf der linken Seite und IGA 0/1 auf der rechten Seite. Ein wichtiger Punkt, der auf dieser Folie nicht erwähnt wird, ist der enorme Unterschied zwischen Dupilumab, Tralokinumab einerseits und den JAK-Kinase-Inhibitoren im Hinblick auf ihre Wirksamkeit bei der Kontrolle des Juckreizes. In Bezug auf das Ansprechen für den Pruritus als Symptom ist es wirklich erstaunlich zu sehen, wie schnell die JAK-Kinase-Inhibitoren bei den meisten dieser Patienten eine deutliche Linderung des Juckreizes und des Schmerzempfindens bewirken. Dies ist meiner Meinung nach einer der wichtigsten Unterschiede zwischen diesen</p>

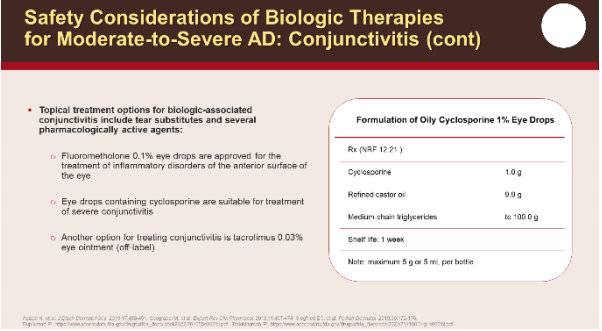
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>Kleinmolekülen einerseits und den Biologika andererseits.</p>
<p>22</p>		<p>Schauen wir uns also die Sicherheitsüberlegungen an, die ich bereits kurz zuvor erwähnt habe.</p>
<p>23</p>	 <p>Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD: Injection Site Reactions</p> <ul style="list-style-type: none"> Like all biologics administered subcutaneously, dupilumab and tralokinumab may be associated with injection site reactions Can include, but are not limited to, injection site swelling, pain, and bruising 	<p>Was die Biologika betrifft, so sind wir uns natürlich alle der Nebenwirkungen bewusst, insbesondere im Zusammenhang mit der Injektionsstelle. Und das ist etwas, das man bei fast allen Produkten sehen kann, die injiziert werden; ob es sich dabei um Biologika oder etwas anderes handelt, macht dabei keinen Unterschied.</p>
<p>24</p>	 <p>Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD: Conjunctivitis</p> <ul style="list-style-type: none"> Encourage patients to report any eye discomfort; regularly evaluate patients for ophthalmologic complaints <ul style="list-style-type: none"> Patients typically present with redness, irritation, itching, foreign body sensation, photophobia, tearing, discharge, decreased vision, and/or intermittent monocular diplopia Evaluate for conjunctival erythema at follow-up visits Patients with a history of eye discomfort may be at higher risk for developing conjunctivitis and should be counseled and monitored more closely All patients reporting ocular symptoms should be diagnosed and treated adequately; consider referral to an ophthalmologist for further assessment and co-management <p>Conjunctivitis (10%-42%) (dupilumab-induced ocular surface disease, or DIOSD)</p> <p>Cicatricial ectropion (very rare)</p>	<p>Der Unterschied liegt in der bereits erwähnten Nebenwirkung, nämlich der Konjunktivitis. So wurde in der ersten Phase-3-Studie mit Dupilumab in 10 bis 11 % der Fälle über eine Konjunktivitis berichtet, wobei die höchste Rate in einem bestimmten Bericht unter realen Bedingungen gemeldet wurde, in dem diese hohe Häufigkeit ganz eindeutig festgestellt wurde. Ich denke, es ist auch wichtig zu erwähnen, dass typischerweise, zumindest nach unserer klinischen Erfahrung, ein erhebliches Risiko besteht, dass sich dieses Symptom während der Behandlung mit Dupilumab sogar noch verschlimmert, wenn ein Patient vor Beginn der Behandlung mit</p>


Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>Dupilumab bereits eine Bindehautentzündung hatte, die bei atopischer Dermatitis recht häufig auftritt. Es muss nicht passieren, aber es besteht die Gefahr einer Verschlimmerung dieses bestimmten Symptoms. Sehr selten kann ein vernarbtes Ektropium auftreten, wie auf der rechten Seite der Folie gezeigt – eine sehr seltene Komplikation bei der Anwendung von Dupilumab bei diesen Patienten.</p>														
<p>25</p>	 <p>Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD: Conjunctivitis (cont)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Topical treatment options for biologic-associated conjunctivitis include tear substitutes and several pharmacologically active agents: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Fluorometholone 0.1% eye drops are approved for the treatment of inflammatory disorders of the anterior surface of the eye ◦ Eye drops containing cyclosporine are suitable for treatment of severe conjunctivitis ◦ Another option for treating conjunctivitis is tacrolimus 0.03% eye ointment (off label) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Formulation of Oily Cyclosporine 1% Eye Drops</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Rx (NRF 12.21)</td> </tr> <tr> <td>Cyclosporine</td> <td>1.0 g</td> </tr> <tr> <td>Refined castor oil</td> <td>9.9 g</td> </tr> <tr> <td>Medium chain triglycerides</td> <td>to 100.0 g</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Shelf life: 1 week</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Note: maximum 5 g or 5 ml per bottle</td> </tr> </tbody> </table>	Formulation of Oily Cyclosporine 1% Eye Drops		Rx (NRF 12.21)		Cyclosporine	1.0 g	Refined castor oil	9.9 g	Medium chain triglycerides	to 100.0 g	Shelf life: 1 week		Note: maximum 5 g or 5 ml per bottle		<p>Das ist also etwas, das wir aus der täglichen Praxis kennen. Zumindest nach meiner empirischen Erfahrung habe ich jedoch nur eine begrenzte Anzahl von Patienten, bei denen die Behandlung wegen dieser Nebenwirkung abgebrochen werden muss. In den meisten Fällen bleibt sie leicht bis mittelschwer, und vor allem kann sie entweder mit topischen oder steroidhaltigen Augentropfen oder mit Augentropfen, die Cyclosporin A enthalten, behandelt werden; die Rezeptur ist auf der rechten Seite der Folie dargestellt. Es gibt auch einige Möglichkeiten der Behandlung mit einer Augensalbe, die Tacrolimus enthält, aber das ist natürlich eine Off-Label-Anwendung.</p>
Formulation of Oily Cyclosporine 1% Eye Drops																
Rx (NRF 12.21)																
Cyclosporine	1.0 g															
Refined castor oil	9.9 g															
Medium chain triglycerides	to 100.0 g															
Shelf life: 1 week																
Note: maximum 5 g or 5 ml per bottle																

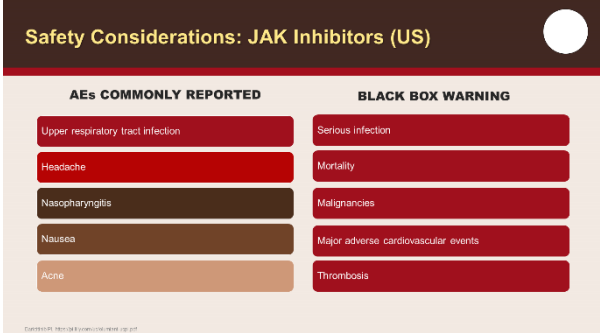
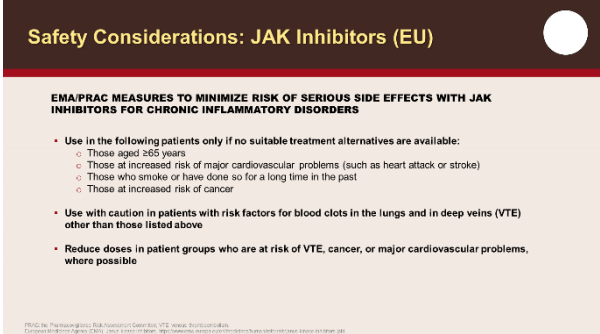
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

<p>26</p>	<p>Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD: Helminth Infections</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helminth infections can co-occur with AD and should be treated before initiating biologic therapy • Can be common in tropical and subtropical regions and disproportionately affect resource-limited areas • If patients become infected while receiving biologic therapy and do not respond to anti-helminth treatment, discontinue biologic therapy until the infestation resolves  <p>Cutaneous Larva Migrans</p>	<p>Wie Sie wissen, blockiert Dupilumab auch IL-13, was sinnvoll ist, um die Entzündung in der Haut zu kontrollieren, wie ich bereits erwähnt habe, aber es blockiert auch IL-4. Und IL-4 ist bekanntermaßen auch für die Bekämpfung von Parasiten wichtig. Wenn Sie also Patienten mit einer Helmintheninfektion sehen, die während der Behandlung mit AD auftritt, sollten Sie daran denken und die Behandlung vielleicht vorübergehend unterbrechen, sich zuerst auf die Behandlung der Helmintheninfektion konzentrieren und dann die Behandlung der AD wieder aufnehmen. Von Kollegen in Südamerika weiß ich, dass nicht selten zu Beginn der Dupilumab-Behandlung sogar eine systemische Anthelminthika-Behandlung durchgeführt wird, um jegliche Komplikation im Zusammenhang mit dem Beginn der Dupilumab-Behandlung zu vermeiden.</p>
<p>27</p>	<p>Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD: Risk of Infection With Live Vaccines</p> <p>Consider completing age-appropriate vaccinations as recommended by current immunization guidelines prior to initiating treatment with biologic therapy</p> <p>Avoid use of live vaccines in patients treated with biologic therapy</p>	<p>Im Hinblick auf weitere Überlegungen zur biologischen Behandlung, die von den Patienten häufig angestellt werden, insbesondere im Zusammenhang mit einer COVID-Infektion und Impfstrategien, halte ich es für sinnvoll, vor Beginn der Behandlung den Abschluss der Impfungen zu empfehlen. Da man nie genau weiß, welche potenziellen Wechselwirkungen auftreten können, sollte man vor allem die Verwendung von Lebendimpfungen während</p>

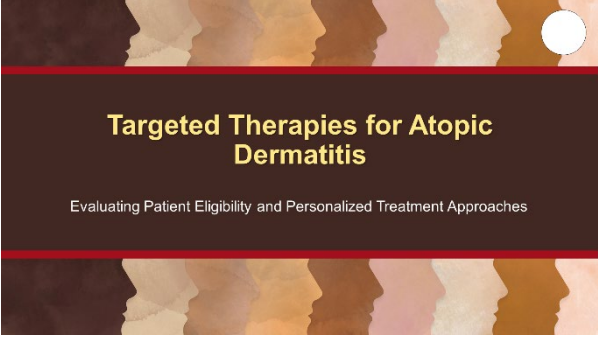
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>der Behandlung mit einer biologischen Therapie vermeiden. Das gilt übrigens auch für die JAK-Kinase-Inhibitoren.</p>
<p>28</p>	 <p>Safety Considerations: JAK Inhibitors (US)</p> <p>AEs COMMONLY REPORTED</p> <ul style="list-style-type: none"> Upper respiratory tract infection Headache Nasopharyngitis Nausea Acne <p>BLACK BOX WARNING</p> <ul style="list-style-type: none"> Serious infection Mortality Malignancies Major adverse cardiovascular events Thrombosis 	<p>Was nun das Sicherheitsprofil der JAK-Kinase-Inhibitoren betrifft, so wissen wir, dass die FDA aufgrund des Sicherheitsprofils eine Black-Box-Warnung herausgegeben hat, die für die USA gilt. Und in dieser Black-Box werden die schwerwiegenden, potenziell schwerwiegenden Infektionen erwähnt. Sterblichkeit war im klinischen Entwicklungsprogramm extrem selten. Bösartige Erkrankungen wurden selten gemeldet. Schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse und Thrombosen stellen ein potenzielles Risiko dar, aber es kommt darauf an, die richtigen Patienten für die Behandlung mit dieser speziellen Art von Medikament auszuwählen.</p>
<p>29</p>	 <p>Safety Considerations: JAK Inhibitors (EU)</p> <p>EMA/PRAC MEASURES TO MINIMIZE RISK OF SERIOUS SIDE EFFECTS WITH JAK INHIBITORS FOR CHRONIC INFLAMMATORY DISORDERS</p> <ul style="list-style-type: none"> Use in the following patients only if no suitable treatment alternatives are available: <ul style="list-style-type: none"> Those aged ≥65 years Those at increased risk of major cardiovascular problems (such as heart attack or stroke) Those who smoke or have done so for a long time in the past Those at increased risk of cancer Use with caution in patients with risk factors for blood clots in the lungs and in deep veins (VTE) other than those listed above Reduce doses in patient groups who are at risk of VTE, cancer, or major cardiovascular problems, where possible 	<p>Das Sicherheitsprofil war auch Gegenstand von Diskussionen innerhalb der Europäischen Arzneimittel-Agentur und des zuständigen PRAC, also des Ausschusses, der sich mit der pharmakologischen und der Risikobewertung befasst. Nach Abschluss der Arbeiten vor einigen Wochen hat dieser Ausschuss beschlossen, Empfehlungen für die Verschreibung von JAK-Kinase-Inhibitoren bei Patienten mit entzündlichen Erkrankungen auszusprechen, nicht nur bei atopischer Dermatitis, sondern dies auch bei rheumatoider Arthritis,</p>

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

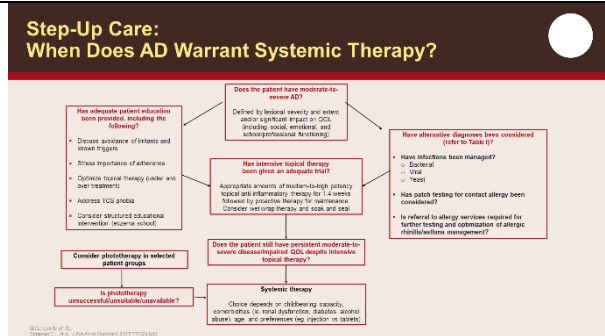
Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>großes Blutbild machen, um sicher zu sein, dass diese Patienten keine andere Grunderkrankung haben. Nach 4 Wochen dann noch einmal ein großes Blutbild, und nach 12 Wochen wieder einen Blick auf die Blutfette, und dann alle 3 bis 6 Monate ein paar Laborwerte abprüfen, nur um zu kontrollieren, dass alles in Ordnung ist. Wie ich bereits erwähnt habe, sind die Impfungen gemäß den Richtlinien sehr wichtig, und Lebendimpfungen sollten vermieden werden. Die Haut sollte auf nicht-melanotischen Hautkrebs untersucht werden. Und natürlich, für alle Patienten immer ratsam: die altersgerechte Krebsvorsorge.</p>
31	 <p>The image shows a presentation slide with a dark background and a pattern of human profiles in various skin tones. The text on the slide reads: "Targeted Therapies for Atopic Dermatitis" in large yellow font, and "Evaluating Patient Eligibility and Personalized Treatment Approaches" in smaller white font below it.</p>	<p>Angesichts all dieser verfügbaren Medikamente, der vielfältigen Optionen, der unterschiedlichen Krankheitssituationen und des heterogenen Phänotyps all dieser Patienten, und zwar nicht nur bei Kindern, sondern vor allem bei Erwachsenen, sollten wir ein wenig über die Option der Zieltherapie und den sogenannten gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess diskutieren, der hier bei der modernen Behandlung dieser Patienten eine Rolle spielt.</p>

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

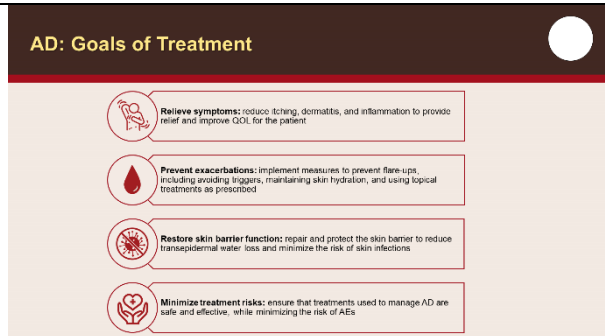
Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

32



Die erste Frage ist natürlich: Wann raten Sie bei all diesen Patienten, die Sie mit dieser speziellen Erkrankung betreuen, zu einer systemischen Therapie oder wann besprechen Sie mit dem Patienten, dass er eine systemische Therapie benötigt? Ich würde Ihnen dringend empfehlen, sich dieses Papier meines Kollegen Eric Simpson aus dem Jahr 2017 anzusehen, in dem wir versucht haben, alle Belege, das Für und Wider zusammenzutragen und eine Art Entscheidungsbaum vorzuschlagen, der Sie bei der Entscheidung für eine systemische Therapie für einen bestimmten Patienten anleiten soll. Ich möchte noch einmal betonen, dass die Phototherapie meiner Meinung nach keine Alternative zu jeglicher Art von Behandlung darstellt. Sie kann nur als Ergänzung, als Zusatzoption, entweder für die topische oder für die systemische Therapie in Betracht gezogen werden.

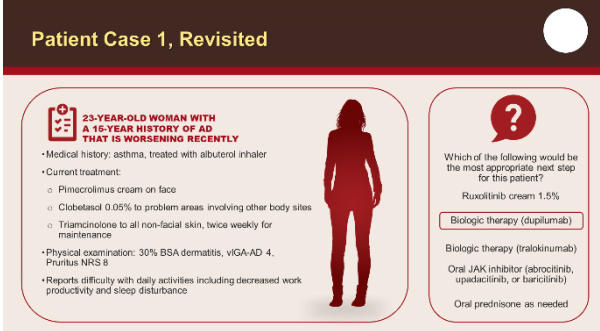
33



Was sind also die Ziele der Behandlung, wenn ein solcher Patient zu Ihnen in die Praxis kommt und Sie mit ihm klar besprechen, was Sie im Rahmen dieser Behandlung gemeinsam mit ihm erreichen möchten? Zunächst natürlich die Symptome lindern, insbesondere den Juckreiz. Sie möchten aber auch eine Verschlimmerung verhindern. Das ist ein Thema, das bei vielen Patienten wirklich relevant ist und manchmal auch mit Reizen irgendwelcher Art

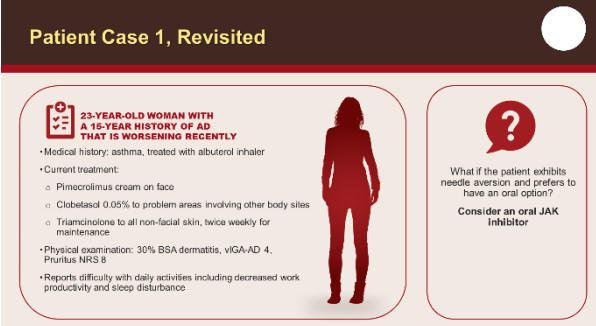
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>zusammenhängt, aber teilweise auch mit falscher Hautpflege und vielen anderen Dingen. Und damit komme ich zum Thema der Wiederherstellung der Hautbarrierefunktion, die unbedingt erforderlich ist. Daher ist die Basisbehandlung, die Basistherapie mit Emollienten bei der Behandlung dieser Erkrankung absolut unerlässlich. Außerdem muss man immer das Behandlungsrisiko minimieren, und hier komme ich wieder auf das Thema zurück, das wir gerade besprochen haben, nämlich mit den Patienten die Vor- und Nachteile jeder Art von Behandlung, der Biologika und insbesondere der JAK-Kinase-Inhibitoren, zu besprechen. Und genau das wollen wir jetzt in der nächsten Übung in den nächsten paar Minuten tun.</p>
<p>34</p>	 <p>Patient Case 1, Revisited</p> <p>23-YEAR-OLD WOMAN WITH A 15-YEAR HISTORY OF AD THAT IS WORSENING RECENTLY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical history: asthma, treated with albuterol inhaler • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pimecrolimus cream on face ○ Clobetasol 0.05% to problem areas involving other body sites ○ Triamcinolone to all non-facial skin, twice weekly for maintenance • Physical examination: 30% BSA dermatitis, vIGA-AD 4, Pruritus NRS 8 • Reports difficulty with daily activities including decreased work productivity and sleep disturbance <p>Which of the following would be the most appropriate next step for this patient?</p> <p><input type="radio"/> Ruxolitinib cream 1.5%</p> <p><input type="radio"/> Biologic therapy (dupilumab)</p> <p><input type="radio"/> Biologic therapy (tralokinumab)</p> <p><input type="radio"/> Oral JAK inhibitor (abrociclib, upadacitinib, or baricitinib)</p> <p><input type="radio"/> Oral prednisone as needed</p>	<p>Ich komme noch einmal auf die Dame zurück, die ich bereits vorgestellt habe. Wie Sie sich erinnern, hat diese Frau eine schwerere Form der Erkrankung, bei der eine ziemlich große Körperoberfläche betroffen ist, nämlich 30 %. Aber vor allem, und das ist das Wichtigste, hat sie Asthma, was bei dieser Anamnese wichtig ist, denn das wird Ihnen bei der Wahl der Behandlungsmethode als erstes helfen. Wenn Sie sich also die Frage stellen: „Welcher der folgenden Schritte wäre für den Patienten am besten geeignet?“ Entweder man</p>

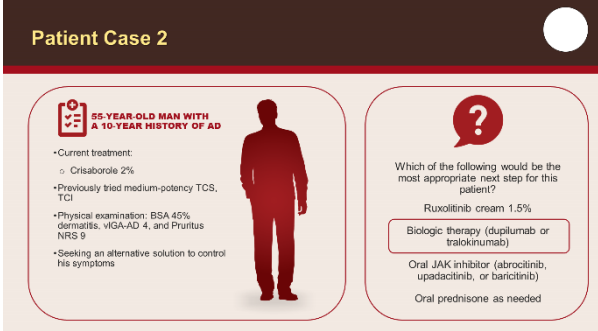
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>beginnt eine topische Behandlung mit Ruxolitinib, einem JAK-Kinase-1/2-Inhibitor. Dies ist übrigens nur in den USA erhältlich, in Europa bisher leider noch nicht. Oder man verabreicht oder empfiehlt dem Patienten ein Biologikum wie „Dupi“ oder „Tralo“ oder einen oralen JAK-Kinase-Inhibitor, oder möglicherweise auch die Einnahme von oralem Prednison. Und hier ist die Entscheidung meiner Meinung nach eigentlich ganz einfach. Ich würde dazu raten, eine Behandlung mit Dupilumab zu verschreiben oder einzuleiten, nicht so sehr mit Tralokinumab, denn diese Patientin hat Asthma, und wie Sie wissen, ist Asthma eine weitere Indikation für Dupilumab. Dupilumab wäre also meine erste Wahl, nicht Tralokinumab. Mit Dupilumab hätten Sie bei dieser speziellen Patientin zwei Indikationen auf einen Schlag abgedeckt. Das wäre die optimale Situation für diese spezielle Patientin.</p>
35	 <p>Patient Case 1, Revisited</p> <p>23-YEAR-OLD WOMAN WITH A 15-YEAR HISTORY OF AD THAT IS WORSENING RECENTLY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical history: asthma, treated with albuterol inhaler • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pimecrolimus cream on face ○ Clobetasol 0.05% to problem areas involving other body sites ○ Triamcinolone to all non-facial skin, twice weekly for maintenance • Physical examination: 30% BSA dermatitis, vIGA-AD 4, Pruritus NRS 8 • Reports difficulty with daily activities including decreased work productivity and sleep disturbance <p>What if the patient exhibits needle aversion and prefers to have an oral option? Consider an oral JAK Inhibitor</p>	<p>Falls die Patientin jedoch eine Abneigung gegen Nadeln hat und eine orale Option bevorzugt, welche Option würden Sie dann wählen? Sie ist eine junge Frau. Sie leidet an schwerer atopischer Dermatitis, die offensichtlich durch die topische Behandlung nicht wirklich kontrolliert werden kann. In diesem Fall ist sie also eindeutig eine Kandidatin für einen oralen JAK-Kinase-Inhibitor. Und hier haben Sie die Wahl zwischen Baricitinib,</p>

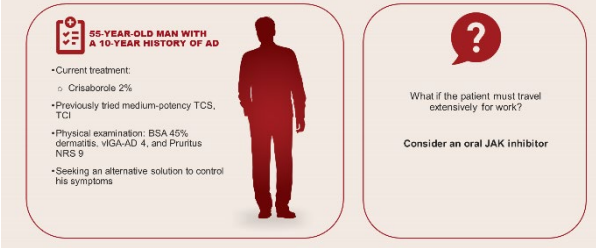
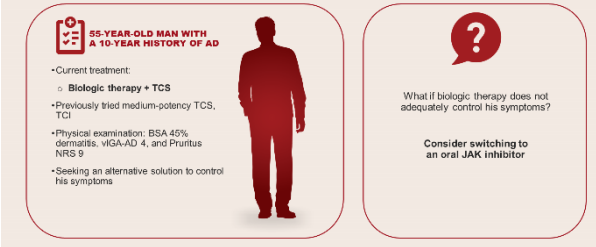
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>Abrocitinib und Upadacitinib in Europa, oder in den USA „Abro“ und „Upa“, wie sie auch einfach genannt werden.</p>
<p>36</p>	 <p>Patient Case 2</p> <p>55-YEAR-OLD MAN WITH A 10-YEAR HISTORY OF AD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ○ Crisaborole 2% • Previously tried medium-potency TCS, TCI • Physical examination: BSA 45% dermatitis, vIGA-AD 4, and Pruritus NRS 9 • Seeking an alternative solution to control his symptoms <p>Which of the following would be the most appropriate next step for this patient?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ruxolitinib cream 1.5% <input type="checkbox"/> Biologic therapy (dupilumab or tralokinumab) <input type="checkbox"/> Oral JAK inhibitor (abrocitinib, upadacitinib, or baricitinib) <input type="checkbox"/> Oral prednisone as needed 	<p>Ein weiterer Patient, 55 Jahre alt, ein Mann mit einer 10-jährigen Vorgeschichte von atopischer Dermatitis. Die derzeitige Behandlung mit Crisaborol 2 % halte ich, um ehrlich zu sein, angesichts des Schweregrads dieses Patienten für unsinnig. Eine Körperoberfläche von 45 %, ein vIGA von 4, also eindeutig eine schwere Erkrankung mit einem hohen Pruritus-Score von NRS 9. Es macht also überhaupt keinen Sinn, Crisaborol bei diesem speziellen Patienten zu versuchen. Welcher der folgenden Schritte wäre also für diesen Patienten am besten geeignet? Der Versuch einer weiteren topischen Behandlung mit „Ruxo“. Oder wechseln Sie zu einer biologischen Therapie mit „Dupi“ oder „Tralo“ Oder ein oraler JAK-Kinase-Inhibitor wie „Abro“, „Upa“ oder Baricitinib. Oder man versucht erneut, die Krankheit mit einer oralen Prednisolon-Spritze unter Kontrolle zu bringen, allerdings nur kurzfristig. Ich denke, auch bei diesen Patienten sollte man zunächst mit der biologischen Behandlung beginnen. Und in diesem Fall kann man meiner Meinung nach zwischen Dupilumab und Tralokinumab wählen, weil der Patient nicht an Asthma leidet. Man kann also Tralokinumab einsetzen, muss dem Patienten aber erklären, dass es etwas länger</p>

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		dauert, bis die Krankheit vollständig unter Kontrolle ist.
37	<p>Patient Case 2, continued</p> 	<p>Das Problem ist, dass Biologika im Kühlschrank aufbewahrt werden müssen, und wenn Sie einen Patienten haben, der aufgrund seiner Arbeit viel unterwegs ist, haben Sie ein Problem, denn der Patient wird Sie fragen und sagen: „Tut mir leid, das kommt für mich nicht in Frage. Ich kann nicht alle diese Dinge mitnehmen. Die ganzen Spritzen und das Biologikum – es ist zu umständlich, all das in meinem Gepäck unterzubringen und es kühl zu halten“, oder so etwas in der Art. Was könnte also die andere Option sein? Hier wäre er eindeutig ein Kandidat für einen oralen JAK-Kinase-Inhibitor, vorausgesetzt, er ist kein Risikopatient.</p>
38	<p>Patient Case 2, continued</p> 	<p>Und hier stellt sich natürlich die Frage: Was ist, wenn bei den Biologika nichts funktioniert? Oder etwas anderes? Sie müssen also erwägen, vom Biologikum auf den JAK-Kinase-Inhibitor umzusteigen. Stellen Sie sich also vor, Sie haben einen Patienten, der mit Biologika oder einer Off-Label-Behandlung behandelt wurde, und die Krankheit ist nicht vollständig unter Kontrolle. Möglicherweise erwägen Sie die Umstellung auf einen oralen JAK-Kinase-Inhibitor.</p>

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

<p>39</p>	<p>Patient Case 2, continued</p> <p>55-YEAR-OLD MAN WITH A 10-YEAR HISTORY OF AD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Biologic therapy + TCS • Previously tried medium-potency TCS, TCI • Physical examination: BSA 45%, dermatitis, VICH-AD 4, and Pruritus NRS 9 • Seeking an alternative solution to control his symptoms <p>What if the patient has a history of major adverse cardiovascular events?</p> <p>Consider risk minimization measures, an alternate non-JAK inhibitor therapy, or a clinical trial</p>	<p>Aber jetzt kommt folgende Situation: Er ist 55 Jahre alt; er könnte ein Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben, weil er möglicherweise schon einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt hatte; er ist also sicher nicht der beste Kandidat für einen JAK-Kinase-Inhibitor. Aber man muss das bedenken, man muss das intensiv mit dem Patienten besprechen und versuchen, etwas anderes zu finden. Vielleicht kommen wir auf einen Off-Label-Use zurück. Vielleicht auf eine Intensivbehandlung mit UVB plus topischer Behandlung oder sogar auf eine Teilnahme an einer klinischen Studie. Aber auch bei der klinischen Studie werden Sie möglicherweise mit dem Problem der Therapietreue konfrontiert, wenn er sehr oft reist; dies ist also ein sehr schwierig zu behandelnder Fall.</p>										
<p>40</p>	<p>Managing the Whole Patient</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Assessing QoL</th> <th>Evaluating Comorbidities</th> <th>Assessing Psychosocial Factors</th> <th>Reviewing Medication History</th> <th>Patient Education and Counseling</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Inquire about the impact of the condition on daily activities, sleep, and overall well-being </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Many patients have associated comorbidities that need to be considered when developing a treatment plan </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Patients often experience significant psychosocial issues including low self-esteem, anxiety, and depression • Provide referrals for psychosocial support </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Review medications to ensure that they are not contributing to skin symptoms or exacerbating other medical conditions </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Educate patients about AD, including its causes, triggers, and potential treatments • Counsel patients on skin care, including the use of moisturizers and avoiding irritants • Provide advice on managing stress and other psychosocial factors that can worsen skin symptoms </td> </tr> </tbody> </table>	Assessing QoL	Evaluating Comorbidities	Assessing Psychosocial Factors	Reviewing Medication History	Patient Education and Counseling	<ul style="list-style-type: none"> • Inquire about the impact of the condition on daily activities, sleep, and overall well-being 	<ul style="list-style-type: none"> • Many patients have associated comorbidities that need to be considered when developing a treatment plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients often experience significant psychosocial issues including low self-esteem, anxiety, and depression • Provide referrals for psychosocial support 	<ul style="list-style-type: none"> • Review medications to ensure that they are not contributing to skin symptoms or exacerbating other medical conditions 	<ul style="list-style-type: none"> • Educate patients about AD, including its causes, triggers, and potential treatments • Counsel patients on skin care, including the use of moisturizers and avoiding irritants • Provide advice on managing stress and other psychosocial factors that can worsen skin symptoms 	<p>Jetzt kommt der Punkt, den ich bereits erwähnt habe, nämlich dass Sie all diese Punkte mit Ihren Patienten besprechen müssen. Meiner Erfahrung nach ist die gemeinsame Entscheidungsfindung heute der beste Weg, um herauszufinden, was die optimale Behandlungsoption für einen bestimmten Patienten ist. Um ehrlich zu sein, muss man nicht nur den Schweregrad beurteilen, sondern auch andere Aspekte berücksichtigen. Man muss sich zum Beispiel die Auswirkungen auf die Lebensqualität ansehen. Sie müssen nach der</p>
Assessing QoL	Evaluating Comorbidities	Assessing Psychosocial Factors	Reviewing Medication History	Patient Education and Counseling								
<ul style="list-style-type: none"> • Inquire about the impact of the condition on daily activities, sleep, and overall well-being 	<ul style="list-style-type: none"> • Many patients have associated comorbidities that need to be considered when developing a treatment plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients often experience significant psychosocial issues including low self-esteem, anxiety, and depression • Provide referrals for psychosocial support 	<ul style="list-style-type: none"> • Review medications to ensure that they are not contributing to skin symptoms or exacerbating other medical conditions 	<ul style="list-style-type: none"> • Educate patients about AD, including its causes, triggers, and potential treatments • Counsel patients on skin care, including the use of moisturizers and avoiding irritants • Provide advice on managing stress and other psychosocial factors that can worsen skin symptoms 								

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>Komorbidität fragen. Denken Sie an Asthma. Kürzlich hatte ich einen Patienten mit Asthma, EOE und chronischer Rhinosinusitis. Er kam wegen atopischer Dermatitis, also war er der ideale Kandidat für Dupilumab, denn dieses Medikament ist für all diese verschiedenen Arten von atopischen Komorbiditäten zugelassen. Psychosoziale Faktoren – ein wichtiger Punkt, der bei der Behandlung berücksichtigt werden muss. Die Medikamentenanamnese; wie ich bereits erwähnt habe, muss man wissen, welche Medikamente die Patienten einnehmen. Bitte denken Sie auch an die Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln, insbesondere wenn Sie Kleinmoleküle wie die JAK-Kinase-Inhibitoren verwenden, die möglicherweise mit anderen Arzneimitteln interagieren können, vor allem bei älteren Patienten. Und vergessen Sie nicht die Aufklärung und Beratung des Patienten. Das ist enorm wichtig, um die Therapietreue dieser Patienten zu verbessern. Absolut obligatorisch, und ich denke, wir müssen darin etwas Zeit investieren. Ich weiß, dass den meisten Dermatologen in der täglichen Praxis wahrscheinlich die Zeit fehlt. Aber im Rahmen der Betreuung von Patienten mit atopischer Dermatitis muss man sich etwas Zeit nehmen, um den Patienten zu erklären, worum es geht und was die beste Therapieoption für diesen Patienten ist.</p>
--	--	---

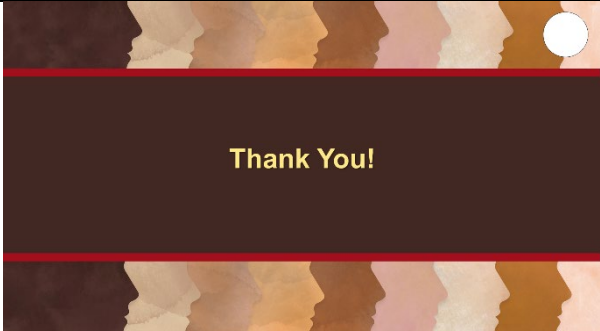
Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

<p>41</p>	<p>Importance of Patient-Clinician Partnership¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Describe problem → Listen carefully (nonverbal attentiveness, interactive communication) Attend to recommendations → Assess and suggest alternatives (inquire about day-to-day management at home and offer a long-term treatment plan options) Choose among options → Write down advice (tailor regimen to daily routine) Try out clinical recommendations → Educate (review short term goals of therapy, provide criteria for making decisions at home) Inform doctor of results → Many adult patients with AD prefer to have a large amount of control in decision-making for their care² Revise practices as needed and proceed → Refine therapeutic plan <p><small>1. See Green, D.P., et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2016; 4(5): 837-843. 2. Thomas et al. JAMA Dermatol 2012; 148: 2-10.</small></p>	<p>Das ist also ein bisschen der Prozess, den Sie in Ihrem Kopf durchlaufen sollten, um herauszufinden, was die optimale Behandlung für einen bestimmten Patienten ist, den Sie betreuen. Sie müssen das Problem beschreiben, sich die Empfehlungen ansehen und zwischen den verfügbaren Optionen wählen. Vielleicht einige klinische Empfehlungen ausprobieren und den Therapieplan verfeinern. Das gehört mit zu Ihrer täglichen Praxis. All diese Punkte müssen berücksichtigt werden, wenn die optimale Behandlung für einen bestimmten Patienten gefunden werden soll.</p>
<p>42</p>	<p>Engaging Patients in Care and Shared Decision-making</p> <ul style="list-style-type: none"> Empowering Patients: Provide patients with information about their condition, including the risks and benefits of different treatment options, and encourage them to ask questions and share their preferences. Inviting Active Participation: Encourage patients to participate in the decision-making process by asking for their opinions, listening to their concerns, and valuing their input. Using Decision Aids: Decision aids, such as brochures, videos, and online tools, can help patients better understand their options and make informed decisions. Addressing Values and Preferences: Ask patients about their values and preferences regarding treatment, including their priorities for symptom relief, potential side effects, and their impact. Encouraging Collaboration: Work together with patients to weigh the benefits and risks of different options and reach a mutually agreed upon plan. 	<p>Die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten basiert auf diesen fünf Säulen: Befähigung der Patienten. Aufforderung zur aktiven Teilnahme, und auch hier ist die Therapietreue äußerst wichtig. Einsatz von Entscheidungshilfen: Derzeit gibt es eine Reihe von Dokumentationen und Broschüren, Videos und Online-Tools, die als Entscheidungshilfen zur Verfügung stehen. Die Berücksichtigung von Werten und Präferenzen ist ein sehr individuelles Thema, bei dem es darum geht, ob die Patienten bestimmte Bedenken oder Anliegen haben. Und schließlich die Förderung der Zusammenarbeit. Sie können das endgültige Ziel der optimalen Behandlungsoption nur dann erreichen, wenn der</p>

Bewältigung der weltweiten Belastung durch atopische Dermatitis: Abwägen der sich weiterentwickelnden Best Practices zur Diagnose und Behandlung

Abwägungen bei der Entscheidungsfindung zur Behandlung von Erwachsenen mit AD

		<p>Patienten mit Ihnen zusammenarbeitet und die Abwägung von Nutzen und Risiken der verschiedenen Optionen, die Sie mit dem Patienten besprochen haben, nachvollziehen kann. Ich hoffe, ich konnte Ihnen einen kleinen Einblick in die derzeitigen therapeutischen Möglichkeiten für die Behandlung von Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Atopie, übrigens erwachsene Patienten, geben. Die Behandlung von Kindern mit atopischer Dermatitis wird in einem anderen Vortrag besprochen.</p>
43		<p>Nochmals herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.</p>