Wirksamkeit von Bimekizumab bei therapierefraktärer palmoplantarer Pustulose: Fallserie mit elf Patient:innen

Katharina Assaf[1], Jil Marie Jubel[1], Neda Cramer[2], Rotraut Mössner[2], Natalija Novak[1], Dagmar Wilsmann-Theis[1]

[1] Zentrum für Hauterkrankungen, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Bonn
[2] Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsmedizin Göttingen

Einleitung

Die palmoplantare Pustulose (PPP) ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung mit sterilen Pusteln an Handflächen und Fußsohlen, die auf die klassischen antipsoriatischen Systemtherapien nur unzureichend anspricht (1). IL-17A und IL-17F sind in läsionaler Haut erhöht und fördern die Rekrutierung neutrophiler Granulozyten (1, 2). Bimekizumab neutralisiert IL-17A und IL-17F (3); erste Fallserien zeigen gutes Ansprechen (4).

Patienten und Methoden

- Retrospektive Analyse, dermatologische Universitätskliniken Bonn und Göttingen
- Bimekizumab für die Begleiterkrankung (Psoriasis vulgaris, Psoriasis-Arthritis [PsA] bzw. Hidradenitis suppurativa [HS]) in zugelassener Dosierung (6)
- Therapiebeginn 05/2022–01/2026
- Zielgrößen: PPPASI; DLQI in Woche 0 und 12
- Begleitend topische Steroide; Fall 5 zusätzlich MTX s.c., Fall 11 Creme-PUVA (publiziert, 5)

11
Patient:innen (9 w, 2 m)

62,4 ± 7,6
Jahre mittleres Alter

12,1 ± 8,0
Jahre PPP-Dauer

4,5 ± 2,9
systemische Vortherapien

8/11
mit IL-17A-Inhibitor vorbehandelt

7,8
medianer PPPASI zu Beginn (3,0–27,5)

Lokalisation: 8 × palmar und plantar, 3 × nur plantar. Begleitend Psoriasis vulgaris (n = 5), PsA/muskuloskelettal (n = 5), HS (n = 1). 9 aktuelle oder ehemalige Raucher:innen. Vortherapie mit IL-17A-Inhibitoren (Secukinumab, Ixekizumab): n = 8, davon 7 ohne ausreichendes Ansprechen auf Haut und 1 auf PsA.

Sicherheit

Keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse. Orale Candidose (n = 2; bei Fall 5 rezidivierend, Fluconazol-Prophylaxe), Lidschwellung (n = 1), febriler gastrointestinaler Infekt (n = 1). Kein Therapieabbruch.

Ergebnisse

- **Woche 12:** PPPASI-50 bei 8/11, PPPASI-75 bei 8/11, PPPASI-100 bei 3/11
- **DLQI:** Median 8 → 1,5 in Woche 12 (n = 8 mit beiden Werten); Verbesserung um ≥ 4 Punkte bei 6/8, DLQI 0 in Woche 12 bei 4/10
- **Im gesamten Verlauf** (Beobachtung median 13 Monate, 3–46) mindestens einmal erreicht: PPPASI-50 bei 11/11, PPPASI-75 bei 10/11, PPPASI-100 bei 5/11
- Rasches Ansprechen bei Fall 1 und 9: PPPASI < 1 nach 5–7 Wochen
- Erneuter PPPASI-Anstieg im Verlauf bei Fall 2 und 7
- Letzte Visite: PPPASI 0 bei 2, ≤ 3,0 bei 9 Patient:innen

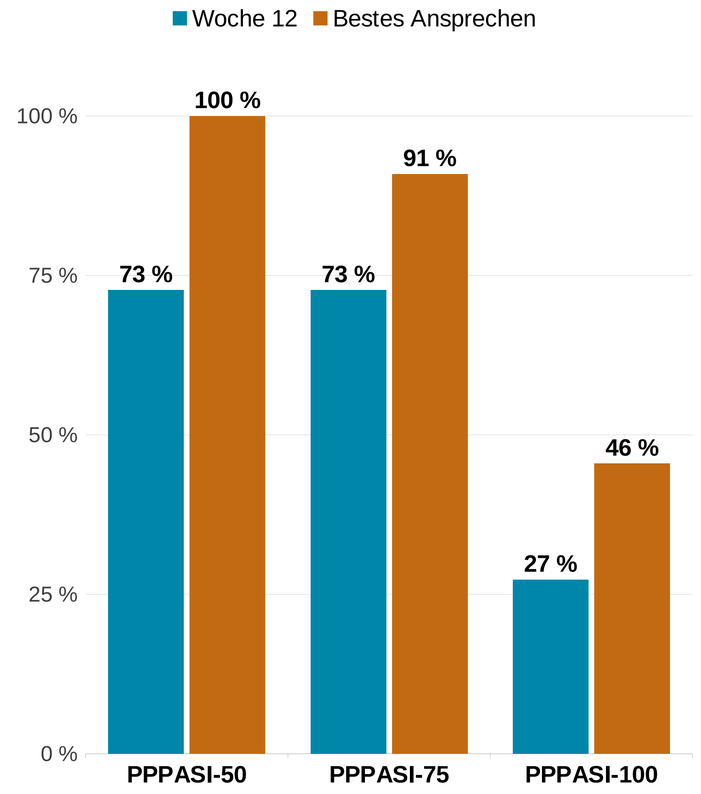


Abbildung 1: PPPASI-Ansprechen in Woche 12 und bestes Ansprechen im Verlauf (n = 11)

Tabelle 1: PPPASI und DLQI je Patient:in

Fall	Alter	Letzte Vortherapie	PPPASI W0	1. Visite	Letzte Visite	
1	65/w	Guselkumab	7,8	0,5 (W7)	1,0 (M13)	
2	74/w	Apremilast	7,0	1,5 (W12)	3,0 (M24)	
3	61/w	Secukinumab	3,0	0 (W12)	0 (M6)	
4	60/m	Deucravacitinib	10,0	–	3,0 (M21)	
5	60/w	Ixekizumab	20,0	14,0 (W4)	1,0 (M46)	
6	68/w	Ixekizumab*	27,5	0 (W12)	5,0 (M9)	
7	50/w	Sonelokimab	5,0	0 (W12)	5,0 (M12)	
8	62/w	Ixekizumab*	7,5	1,5 (W12)	–	
9	73/w	Secukinumab	6,0	< 1 (W5)	0 (M13)	
10	51/m	Ixekizumab	13,5	4,0 (W22)	1,0 (M17)	
11	62/w	keine	11,2	0,9 (W13)	0,6 (W58)	

W0 = Therapiebeginn; 1. Visite = erste Verlaufsvisite. W = Woche, M = Monat. Fall 4: PPPASI W0 nach tagesklinischer Therapie, danach erneute Verschlechterung. * Zuvor Sonelokimab in 12-W-Studie. Fall 3: erneute Gabe nach früherem Bimekizumab-Abbruch wegen Exanthem. Fall 11 publiziert (5). NA = nicht erhoben.



Abbildung 2: Klinischer Verlauf unter Bimekizumab; PPPASI zum Zeitpunkt der Aufnahme. * Foto zu Beginn einer tagesklinischen Lokal- und Lichttherapie (01/24); PPPASI vor Bimekizumab 6,0.

Diskussion

Bimekizumab bindet IL-17A und IL-17F direkt. Die zusätzliche IL-17F-Blockade könnte erklären, warum die meisten Patient:innen trotz Versagen einer IL-17A-selektiven Inhibition dennoch ansprachen (2). Drei Patient:innen hatten zuvor im Rahmen einer Studie Sonelokimab erhalten, das ebenfalls IL-17A und IL-17F hemmt; zwei von ihnen hatten unter der anschließenden IL-17A-Monoinhibition nicht angesprochen.

Limitationen: retrospektives Design, kleine Fallzahl, keine Kontrollgruppe, Begleittherapien.

Ausblick

Eine randomisierte, placebokontrollierte Phase-3-Studie mit Bimekizumab bei PPP (PPP001, EU CT 2024-520337-80-00; ca. 380 Patient:innen) rekrutiert aktuell (7).

Fazit

Bimekizumab führte bei therapierefraktärer PPP – auch nach Versagen von IL-17A-Inhibitoren – zu einem raschen und meist anhaltenden Ansprechen bei günstigem Sicherheitsprofil.

Literatur

1. Murakami M, Terui T. J Dermatol Sci. 2020;98(1):13-19.
2. Murakami M, et al. Exp Dermatol. 2011;20(10):845-847.
3. Adams R, et al. Front Immunol. 2020;11:1894.
4. Passeron T, et al. JAMA Dermatol. 2024;160(2):199-203.
5. Cramer N, et al. J Dtsch Dermatol Ges. 2026;24(3):414-416.
6. Bimzelx (Bimekizumab), Fachinformation. UCB Pharma.
7. UCB Biopharma SRL. PPP001, EU CT 2024-520337-80-00 (CTIS).

Kontakt: katharina.assaf@ukbonn.de