

Heft

4

# TOPISCHE PSORIASIS-THERAPIE\*

## FÄLLE AUS DER PRAXIS

Das unterschätzte  
Potenzial der topischen  
Psoriasis-Behandlung

\*Leichte bis mittelschwere Psoriasis vulgaris bei Erwachsenen  
(einschließlich Psoriasis der Kopfhaut).



Autor:  
**Dr. med. Viktor A. Czaika**  
Facharzt für Innere Medizin,  
Facharzt für Dermatologie  
und Venerologie,  
Berlin

## Vorwort

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

längst zählt die Schuppenflechte zu den häufigen Diagnosen in der hausärztlichen Praxis.

Angesichts eines betroffenen Bevölkerungsanteils von 2–3% bei gleichzeitig begrenzter dermatologisch-fachärztlicher Kapazität ist dies auch nicht verwunderlich. Und tatsächlich ist die Psoriasis keineswegs nur ein lästiges kosmetisches Hautproblem. Vielmehr handelt es sich um eine komplexe, multifaktoriell bedingte, immunvermittelte, chronisch-inflammatorische Systemerkrankung mit Beteiligung der Haut, der Nägel und potenziell auch der Gelenke. Es sind auch die mit der Psoriasis verbundenen Komorbiditäten, die einen interdisziplinären Handlungsbedarf sowohl bei der Erstdiagnose als auch bei der Behandlung begründen. Ungeachtet der Tatsache, dass eine dauerhaft unbehandelte Psoriasis höheren Schweregrades eine Verkürzung der Lebenserwartung bedeuten kann, wird in etwa die Hälfte der Psoriasispatienten nicht leitliniengerecht therapiert. Natürlich bedürfen moderate und schwere Fälle grundsätzlich der antipsoriatischen Systemtherapie. Diese ist bislang eine Domäne der Dermatologie, die jedoch ein Großteil der Psoriasispatienten gar nicht erreicht. Langfristige Terminvergaben, mangelnde Erreichbarkeit oder einfach das Fehlen dermatologischer Fachexpertise vor allem im Flächenland erklären das Problem der diesbezüglichen und potenziell folgenschweren Unterversorgung.

Bei einer Vielzahl von Hautkrankheiten wird im Blick auf Verfügbarkeit effektiver Systemtherapien das Potenzial der Lokalthherapie unterschätzt, so auch in Bezug auf die Psoriasis. Gerade die Kombination aus Betamethason und Calcipotriol stellt für etwa die Hälfte der Psoriasispatienten eine ausreichende Behandlung dar und kann bei vielen auch großflächig erkrankten



Patienten die Symptome und die Aktivität mildern und die Zeit bis zum dermatologischen Facharzttermin überbrücken.

Oft können nur kleinflächige Manifestationen der Schuppenflechte ganz erheblichen Leidensdruck erzeugen, wie z. B. bei Beteiligung des behaarten Kopfes oder der intertriginösen Regionen. Insbesondere hier lässt sich mit topischer Therapie gerade in der hausärztlichen Versorgung sehr erfolgreich agieren. Der Erfolg einer Lokaltherapie ist nicht nur abhängig von den Wirkstoffen sondern in besonderem Maße auch von der in der Anwendung praktikablen und angenehmen Galenik. Die folgenden Fallberichte schildern den effektiven Einsatz von Wyzora® Creme unter Darlegung einer praxisorientierten Anleitung von der Diagnose bis zur Therapie in der Hausarztpraxis.

## Generalisierte Psoriasis vulgaris

### Anamnese

Bei dem 65-jährigen pensionierten Berufssoldaten ist eine Psoriasis vulgaris vom Typ 2 seit dem 40. Lebensjahr bekannt, die aber eher diskret mit kleineren Plaques an den üblichen Prädilektionsstellen wie Ellenbogen und Knien und sakral manifestiert war. Wegen einer CLL erhielt der Patient vor 2 Jahren eine erfolgreiche chemotherapeutische Behandlung. Nachfolgend aber hätte sich die Psoriasis zusehends verschlechtert und nun – nach zwei in kurzer Zeit durchlittenen Atemwegsinfektionen sei die Psoriasis massiv und am gesamten Körper ausgebrochen. Es bestünde mäßiger Juckreiz, ansonsten hätte er keine Einschränkungen des Allgemeinzustandes. Gelegentlich bestünden leichte Gelenkbeschwerden. Von hausärztlicher Seite hätte er eine Kortisoncreme und pflegende Externa bekommen. Leider gäbe es keine Hautarztpraxis in seiner Wohnnähe. Wegen privater Verpflichtungen wolle er unbedingt eine Klinikeinweisung vermeiden.

### Lokalbefund

Das Integument zeigt stammbetont großflächig konfluirende und groblamellär schuppende Plaquebildung im Sinne einer Suberythrodermie. Es besteht eine Mitbeteiligung der Leistenregion. An den Extremitäten sind typische psoriatische Plaques sichtbar und auch das Capillitium ist diskret betroffen (**Abb. 1**).

### Labor (SI-Einheiten)

Neutrophile GZ 10,52 ++; Neutrophile GZ 82,6 % ++, Lymphozyten 10,9 % -; Leukozyten 12,7 ++; Erythrozyten 3,4, Hämoglobin 7,0 -; Hämatokrit 35,0 -; unreife Granulozyten 0,2 ++; unreife Granulozyten 1,6 % +; unreife Thrombozyten 426 +; GPT 1,07 +; HbA1c 6,2 %. Übrige Leberwerte, Nierenwerte und Nierenwerte unauffällig. Übriges Routinelabor unauffällig. HIV1/2 negativ.



Abb. 1a



Abb. 1b



Abb. 1c

**Abb. 1:** Der Körperstamm zeigt ein durchgehendes erythrosquamöses, deutlich entzündliches Infiltrat (**a-c**).

An den Armen, über den Handrücken und noch deutlicher an den Oberschenkeln finden sich bis 5 cm durchmessende scharf begrenzte groblamellär schuppige Plaques. Auch die inguinalen Intertrigines sind betroffen (**d-f**).



Abb. 1d



Abb. 1e

Diskreter ist die Psoriasis auch im Gesicht und am behaarten Kopf sichtbar. Sakral imponiert eine ca. 10 x 3 cm große Kratzerosion (**f+g**).



Abb. 1f



Abb. 1g

## Histologie

Epidermisverdickung mit Papillomatose. Verschmälertes Stratum granulosum, unreife Keratinozyten, Dominanz von CD8+ und CD4+-Entzündungszellen. Psoriasis vulgaris.

## Therapie und Verlauf

In der Korrelation von Anamnese und klinischem Befund konnte die Blickdiagnose einer generalisierten Plaquepsoriasis gestellt werden. Dabei bestand entsprechend der Flächenausdehnung eine Suberythrodermie. Grundsätzlich sind großflächig ausgeprägte Entzündungszustände der Haut unabhängig ihrer Genese als dermatologische Notfallsituationen anzusehen. Bei einer betroffenen Körperfläche von über 70 % besteht per definitionem eine Erythrodermie. Problematisch sind ein hoher Proteinverlust infolge der Desquamation, eine gestörte Wärmeregulation infolge der Erythrodermie und eine mögliche kardiale Belastung aufgrund der Vasodilatation. Bei der Psoriasis ist dabei hinsichtlich der Aktivität die großflächig konfluierende und langsam sich entwickelnde chronische Plaquepsoriasis von der zumeist akut und rasch auftretenden Psoriasis exanthematica abzugrenzen. Letztere – oft im Rahmen von infektiösen Triggern – zeigt Systemzeichen wie Fieber, Schüttelfrost und ein deutlich reduziertes Allgemeinbefinden. Gerade vor dem Hintergrund der hämatoonkologischen Anamnese musste differenzialdiagnostisch auch ein Sezary Syndrom (disseminierte Sonderform einer Mycosis fungoides) gedacht werden. Bei älteren Menschen wäre grundsätzlich auch an ein Exsikkationsekzematid oder ein prämonitorisches bullöses Pemphigoid zu denken. Entsprechend der Kratzartefakte sollte auch eine atopische Dermatitis im Senium abgegrenzt werden. Eine toxische epidermale Nekrose (TEN) folgt zumeist einer Arzneimittelunverträglichkeit wie z. B. gegen Metamizol und anderen NSAR oder bestimmten Psychopharmaka und ist durch initiale Erythrodermie mit nachfolgend großflächig erosiver Hautablösung charakterisiert.

Vor dem Hintergrund relativen Wohlbefindens des Patienten und sichtbarer Psoriasisplaques an den Extremitäten konnte aber die Diagnose weitgehend sicher gestellt werden. Dennoch wurde neben einer Kontrolle des Entzündungslabores eine Hautbiopsie zur Verifizierung der Psoriasis durchgeführt.

Hinsichtlich der Therapieentscheidung schien klar die Indikation zur systemischen antipsoriatischen Therapie gegeben. Allerdings bestanden hier aufgrund der CLL-Anamnese mit im Labor sichtbarer grenzwertiger Blutbilddepletion diesbezüglich nur eingeschränkte Optionen. Sowohl DMF als auch MTX schienen kontraindiziert und auch bezüglich der Einleitung einer Biologikatherapie schien die vorherige Rücksprache mit der Onkologie ratsam. So wurde zunächst für eine Lokaltherapie mit Wyzora® Creme entschieden. Wegen des großflächigen Befalls allerdings in umtägiger Halbkörper-Applikation. Unter der Therapie kam es schon nach 2 Wochen zur deutlichen Rückbildung des entzündlichen Hautbildes bis auf ein Resterythem am Rumpf. An den Beinen zügelten noch Restläsionen nach, typisch im Therapieverlauf bei Psoriasis vulgaris (**Abb. 2**).

Der rasche Therapieerfolg resultierte aus der Synergiewirkung der Wirkstoffkombination aus Betamethason und Calcipotriol. Dabei reduziert das potente Klasse III-Steroid Betamethason effektiv das entzündliche Infiltrat und den Pruritus. Mit ihrem Selektivangriff an den Vitamin-D Rezeptoren begegnen die Vitamin D3-Analoga den Entzündungsreizen und bewirken eine Normalisierung des Zellwachstum.

Dem Patienten wurde empfohlen die Lokalbehandlung zunächst über 8 Wochen fortzusetzen. Dies ist hinsichtlich etwaiger unerwünschter Steroidwirkungen unbedenklich, da diese durch das fix kombinierte Calcipotriol abgeschwächt werden. Demnach sind insbesondere Hautatrophieeffekte trotz mehrwöchiger Anwendung nicht zu befürchten. Der Verlauf der Behandlung spiegelt auch die Therapietreue des Patienten aufgrund der angenehmen und praktikablen wasserhaltigen Galenik von Wyzora® Creme wider. Mittels der PAD-Technologie sind Betamethason und Calcipotriol in separate multi-molekulare Schichten von Emulgatorhüllen eingeschlossen, so dass beide Wirkstoffe stabil in wässriger Lösung gehalten werden. Die Wirkstoffe werden erst beim Auftragen und Verreiben der Creme auf der Haut nach dem

Zerplatzen dieser Emulgatorhüllen freigesetzt und penetrieren aufgrund einer dadurch verbesserten Löslichkeit und Stabilität effektiver in das Zielgewebe.

Im Ergebnis der onkologischen Vorstellung wurden keine grundsätzlichen Kontraindikationen gegen eine Behandlung mit Tildrakizumab, einem monoklonalem Antikörper gegen IL23 AK gesehen. Aufgrund dessen, dass der Patient derzeit zufrieden ist mit dem bis dato erzielten Ergebnis, wurde diese Behandlungsoption zunächst zurückgestellt.



Abb. 2a



Abb. 2b

Abb. 2c



Abb. 2e

Abb. 2d

**Abb. 2:** Therapieverlauf nach 3 Wochen: Die entzündlichen Plaque-Infiltrationen und Indurationen der Haut sowie auch die Schuppung am Körperstamm haben sich deutlich zurückgebildet (**a-d, f**). An den Handrücken und den distalen Extremitäten sind noch Plaques aber mit deutlich zurückgedrängter Infiltration erkennbar (**g**). Nebenbefundlich fand sich paravertebral links eine graugelber verruziformer Exophxt (nach Kürettage histologisch als irritierte seborrhoische Keratose verifiziert) (**b-c**).



Abb. 2f



Abb. 2g

## Submammäre Psoriasis vulgaris

### Anamnese

Die 64-jährige pensionierte Lehrerin stellte sich mit einem schon seit 8 Wochen bestehenden und langsam progredienten Ausschlag in beiden Brustfalten vor. Eine hausärztlich verordnete Nystatin-haltige Creme sei auch nach zweiwöchiger Anwendung nicht hilfreich gewesen. Eine nachfolgend angewendete Kortisonsalbe hätte nur während der unmittelbaren Anwendung zu einem gewissen Abblässen geführt. Sie erinnere sich schuppender Hauterscheinungen vor etwa 10 Jahren, aber sie könne nicht sagen, ob es Schuppenflechte, Neurodermitis oder ein anderweitiges Ekzem gewesen sei. In der Familie hätte die Mutter an Psoriasis vulgaris gelitten. Ein Juckreiz wird verneint.



Abb. 3a



Abb. 3b

**Abb. 3:** Submammär beidseits in einem jeweils etwa 15 x 10 cm messenden Areal scharf begrenzt erythrosquamöse Plaques. Solitäre größere Satellitenläsionen im weiteren Umfeld. Keine nässende Mazeration. Im Übrigen altersentsprechend unauffälliges Integument.



Abb. 3c

### Lokalbefund

Submammär beidseits erythrosquamöse Plaques mit relativ scharfer Begrenzung (**Abb. 3**).

## Mikrobiologie:

*Mykologie:* Im Abstrich kein kultureller Nachweis von Sprosspilzen.

*Bakteriologie:* Im Abstrich E+R kein Nachweis pathogener Bakterien.

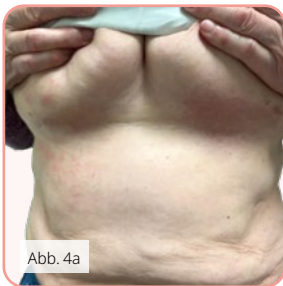
## Therapie und Verlauf

Die eindeutige blickdiagnostische Zuordnung der noch dazu steroidal anbehandelten intertriginösen Entzündung ist schwierig. Der Gedanke an eine Intertrigo candidomycetica scheint keineswegs abwegig, ist doch die weißliche und teils randständige Schuppung eher für Candidainfektionen charakteristisch. Auch Satellitenläsionen sind für eine Candidose typisch wenngleich sie auch bei inverser Psoriasis auftreten können. Andererseits fehlen die für eine Candidose typischen nässenden Erosionen und auch der Juckreiz. Auch das unergiebig mykologische Labor sprach gegen die Candidose. Die Diagnostik ergab auch keinen bakteriellen Erregernachweis hinsichtlich eines gramnegativen Hautinfektes. Ein solcher hätte vermutlich auch mit stärkerer und vor allem großflächiger Mazeration mit einem faulig fruchtigen Fötör imponiert. Eine Dermatophytose war wegen der für eine Tinea zu erwartenden und hier fehlenden Randbetonung und auch wegen der offensichtlichen Symmetrie unwahrscheinlich.

Ein unzureichender Therapieerfolg unter monotherapeutischem Nystatin ist selbst bei intertriginöser Candidose nicht selten, da bei der kutanen Hefepilzinfektion die ekzematöse Komponente überwiegt. Es sollte daher initial in steroid-antimykotischer Kombinationstherapie behandelt werden.

Daher wurde im Sinne des initialen kalkulierten Behandlungskonzeptes vor Eintreffen der mikrobiologischen Befunde noch einmal eine Lokalthherapie mit einer Fixkombination aus Nystatin und Flupredniden begonnen, wegen unzureichendem Therapieerfolg aber wieder abgebrochen.

Unter dem sich jetzt doch deutlicher abzeichnenden Verdacht einer Psoriasis wurde die Lokalthherapie nunmehr auf eine einmal tägliche Anwendung von Wyzora® Creme umgestellt. Bei Wiedervorstellung der Patientin nach 14 Tagen waren die submammären Hauterscheinungen nahezu vollständig abgeheilt (**Abb. 4**). Dieser Heilungserfolg konnte neben den übrigen oben genannten Aspekten die Diagnose der Psoriasis bestätigen. Es wurde der Patientin empfohlen, die Behandlung noch weitere zwei Wochen fortzuführen. Die Zulassung für Wyzora® Creme gilt für die Psoriasis vulgaris und nicht explizit für die intertriginösen Regionen. Allerdings bieten sich in der Praxis kaum lokaltheraeutische Alternativen zur Fixkombination aus Steroid und Calcipotriol. Entsprechend der relativ kleinen befallenen Hautfläche und einer engmaschigen Verlaufskontrolle war hier die Anwendung gut zu verantworten. Der vorliegende Fall zeigt, dass in der täglichen Praxis das therapeutische „Lernen am Misserfolg“ durchaus auch zielführend sein kann.



**Abb. 4:** Nahezu unauffälliges Integument nach 14-tägiger Anwendung von Wyzora® Creme bei Vorstellung in Woche 4 nach Therapiebeginn (**a-c**).



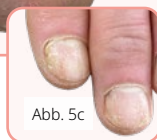
## Psoriasis vulgaris vom chronischen Plaquetyp

### Anamnese

Bei dem 29-jährigen Fernmeldehandwerker bestehen seit einem halben Jahr langsam progrediente entzündlich-schuppene Hautveränderungen an den Extremitätenstreckseiten. Aufgrund der oft auswärtigen beruflichen Tätigkeit hatte er bislang keine Gelegenheit sich dermatologisch vorzustellen. Es bestünden keine Gelenkbeschwerden.

### Hautbefund

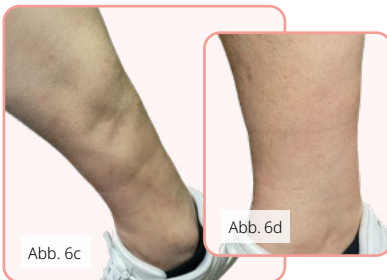
Extremitätenstreckseitig finden sich mehrere solitäre entzündliche Plaques mit charakterlicher silberweißer Schuppung.



**Abb. 5:** Über den Ellenbögen (**a-b**) und an den Unterschenkelstreckseiten (**d-e**) sind bis 15 cm durchmessende konfluierende erythrosquamöse Plaques mit groblamellärer Schuppung erkennbar. Psoriatische Nagelbeteiligung (**c**).

## Therapie und Verlauf

Im vorliegenden Fall lässt sich leicht die Blickdiagnose einer Psoriasis vulgaris stellen. Es finden sich die pathognomonischen psoriatischen Plaques in charakteristischer streckseitiger Lokalisation. Außerdem sind typische Nagelveränderungen erkennbar, nämlich punktuelle Grübchen („Tüpfelnägel“) und bräunliche Farbveränderungen („Ölflecken“). Es handelt sich um eine milde Psoriasis mit der Indikation der antipsoriatischen Lokalthherapie. Die praktische Erfahrung lehrt, dass die Effizienz einer topischen Behandlung nicht ausschließlich in der Effektivität der applizierten Wirkstoffe, sondern in ganz besonderer Weise auch von der Adhärenz, also der Therapietreue der Patienten abhängig ist. Gerade für jüngere, im Arbeitsalltag stehende Patienten muss eine Lokalthherapie unkompliziert durchzuführen sein. Das verwendete Externum sollte angenehm anwendbar sein und rasch in die Haut einziehen und es darf keine textilen Färbefeffekte haben. Mit Wyzora® Creme auf der Basis der PAD (Poly Aphron Dispersion)-Technologie ist es gelungen, die bislang nur in öligen



**Abb. 6:** Normales Hauterscheinungsbild nach vierwöchiger Anwendung von Wyzora® Creme (a-d).

bzw. stark rückfettenden Vehikeln verfügbare Wirkstoffkombination aus Betamethason und Calcipotriol in eine wasserhaltige angenehme Cremegalenik einzuarbeiten. Im vorliegenden Fall konnte bereits nach einer Woche der Anwendung von Wyzora® Creme Besserung erzielt werden und im Laufe von 4 Wochen vollständig zur Abheilung gebracht werden.

## Fazit

Die Psoriasis vulgaris ist von der WHO als Volkskrankheit anerkannt wegen ihrer hohen Prävalenz und ihrem fachübergreifenden Krankheitswert. Nach wie vor ist ein Großteil der an Schuppenflechte erkrankten Patienten diesbezüglich nicht oder unzureichend therapiert. Entsprechend der knappen Kapazität dermatologischer Expertise kommt der hausärztlichen Medizin zunehmend eine Bedeutung in der Erkennung und Ersttherapie der Psoriasis vulgaris zu. In diesem Zusammenhang erlebt die Lokalthherapie der Psoriasis eine Renaissance.

**Die Fixkombination aus Betamethason und Calcipotriol ist seit langem schon der Goldstandard. Mit veränderter Galenik entsprechend der PAD-Technologie ist es gelungen, die klassisch bewährten Wirkstoffe in eine gleichsam effektiv wirksame und praktikabel und angenehm zu applizierende wasserhaltige Creme zu integrieren.**

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen mit diesem Heft wieder einzelne besonders relevante Behandlungsbeispiele vorstellen zu dürfen, und hoffen, dass wir Ihnen hiermit nützliche Informationen für Ihre tägliche Praxis zur Verfügung stellen konnten. Bitte beachten Sie für Ihre Therapie jeweils die aktuellen Fachinformationen. Dieses Heft enthält Informationen und Links nur für Fachkreise. Es ist deshalb untersagt, diese Inhalte weiterzuleiten.

Um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, wird in diesem Heft keine geschlechterbezogene Differenzierung hinsichtlich der Schreibweise vorgenommen. Formulierungen wie „Patienten“ umfassen generell weibliche, männliche und diverse Personen.

Ihr Almirall-Team



# Wynzora®

## Die Creme, die in den Alltag passt.



8:00



8:05



8:10



8:15

### Wynzora® 50 Mikrogramm/g + 0,5 mg/g Creme.

**Zusammensetzung:** *Wirkstoff:* 1 g Creme enthält 50 Mikrogramm Calcipotriol und Betamethason-dipropionat entsprechend 0,5 mg Betamethason und *sonstige Bestandteile:* Isopropylmyristat (Ph.Eur.), dickflüssiges Paraffin, mittelkettige Triglyceride, 2-Propanol (Ph.Eur.), Macrogollaurylether (Ph.Eur.) (4), Poloxamer (407), Macrogolglycerolhydroxystearat (Ph.Eur.), Carbomer (45.000-65.000 mPa\*s), Butylhydroxyanisol (Ph.Eur.), Trolamin, Dinatriumhydrogenphosphat 7 H<sub>2</sub>O, Natriumdihydrogenphosphat 1 H<sub>2</sub>O, *all-rac-a-Tocopherol*, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur topischen Behandlung einer leichten bis mittelschweren Psoriasis vulgaris (einschließlich Psoriasis der Kopfhaut) bei Erwachsenen.

**Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; kontraindiziert bei erythrodermischer, exfoliativer und pustulöser Psoriasis, bei Patienten mit bekannten Störungen des Kalziumstoffwechsels, bei viralen Läsionen (z. B. mit Herpes- oder Varizellen) der Haut, Pilz- oder bakteriellen Hautinfektionen, parasitären Infektionen, Hautmanifestationen von Tuberkulose, perioraler Dermatitis, atrophischer Haut, Striae atrophicae, Fragilität der Hautvenen, Ichthyose, Acne vulgaris, Acne rosacea, Rosacea, Ulzerationen und Wunden. **Warnhinweis:** Butylhydroxyanisol kann örtlich begrenzt Hautreizungen (z. B. Kontaktdermatitis) oder Reizungen der Augen und Schleimhäute hervorrufen. Macrogolglycerolhydroxystearat kann Hautreizungen hervorrufen. **Nebenwirkungen:** *Gellegentlich:* Follikulitis an der Applikationsstelle, Schlaflosigkeit, Pruritus, Ausschlag, Urtikaria, Reizung der Applikationsstelle, Schmerzen an der Applikationsstelle, Pruritus an der Applikationsstelle, Ekzem an der Applikationsstelle, Exfoliation der Applikationsstelle, Teleangiektasie an der Applikationsstelle; *Nicht bekannt:* Verschwommenes Sehen. **Zusätzlich für Calcipotriol:** *Sehr selten:* Angioödem, Gesichtssödem, Hyperkalzämie, Hyperkalziurie; *Nicht bekannt:* Brennen und Stechen, trockene Haut, Erythem, Hautausschlag, Dermatitis, verstärkte Psoriasis, Lichtempfindlichkeit und Überempfindlichkeitsreaktionen;

**Zusätzlich für Betamethason:** *Selten:* Nebennierenrindensuppression, Katarakt, Infektionen, Anstieg Augeninnendruck, Auswirk. auf Stoffwechsellkontr. bei Diabetes mellitus; *Nicht bekannt:* Hautatrophie, Striae, Hypertrichose, periorale Dermatitis, allergische Kontaktdermatitis, Depigmentierung und Kolloidmilium; Risiko einer generalisierten Psoriasis pustulosa; Verschreibungspflichtig. **Stand:** Dezember 2022

**Almirall, S.A., Ronda General Mitre, 151, 08022 Barcelona, Spanien • Mitvertrieb:**  
**Almirall Hermal GmbH • D-21462 Reinbek • [www.almirall.de](http://www.almirall.de) • [info@almirall.de](mailto:info@almirall.de)**

Wynzora®  
calcipotriol/betamethason creme



TOPIISCHE PSORIASIS-THERAPIE\*

CLEVER FORMULIERT

- Ein Produkt – von Kopf bis Fuß\*
- Schnell einziehende, wasserhaltige Creme
- Gute Wirksamkeit<sup>1,2</sup> und schneller Wirkeintritt<sup>3</sup>
- Verbesserte Lebensqualität<sup>4</sup>

\*Nach Fachinformation Wynzora® (Stand Dezember 2022): Wynzora® ist indiziert zur Anwendung bei leichter bis mittelschwerer Psoriasis vulgaris bei Erwachsenen (einschließlich Psoriasis der Kopfhaut)

1. Siehe Beschreibung der sekundären Endpunkte (mPASI; mPASI75) aus der prüfartzverblindeten klinischen Studie von Stein Gold L, et al. A phase 3, randomized trial demonstrating the improved efficacy and patient acceptability of fixed dose calcipotriene and betamethasone dipropionate cream. J Drugs Dermatol. 2021;20(4):420-425. doi: 10.36849/JDD.5653., in der Wynzora® Fachinformation. 2. Siehe Beschreibung der sekundären Endpunkte aus der prüfartzverblindeten klinischen Studie von Pinter A, Green LJ, Selmer J, et al. A pooled analysis of randomized, controlled, phase 3 trials investigating the efficacy and safety of a novel, fixed dose calcipotriene and betamethasone dipropionate cream for the topical treatment of plaque psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Feb;36(2):228-236. doi: 10.1111/jdv.17734. Print verfügbar, in der Wynzora® Fachinformation. 3. In der prüfartzverblindeten Studie von Stein Gold L, et al. wurde als sekundärer Endpunkt eine statistisch signifikante Veränderung beim mPASI Wert (= prozentuale Veränderung von modifiziertem (ohne Kopf) Psoriasis Bereich und Schweregradindex) gegenüber Vehikel ab Woche 1 und danach beobachtet; vgl. Wiedergabe der Ergebnisse in der Wynzora® Fachinformation. 4. Siehe Beschreibung der weiteren explorativen Endpunkte DLQI aus 2 prüfartzverblindeten klinischen Studien in der gepoolten Analyse von Pinter A, Green LJ, Selmer J, et al., A pooled analysis of randomized, controlled, phase 3 trials investigating the efficacy and safety of a novel, fixed dose calcipotriene and betamethasone dipropionate cream for the topical treatment of plaque psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Feb;36(2):228-236.: "The mean DLQI improvement from baseline, at Week 8, was significantly greater for CAL/BDP PAD-cream (6.5 points) compared to CAL/BDP TS (5.6 points,  $p < 0.0001$ ) and vehicle (2.5 points,  $p < 0.0001$ )." Bei dem weiteren explorativen Endpunkt handelt es sich weder um einen primären noch um einen sekundären Endpunkt. Daten zur Psoriasis der Kopfhaut wurden in der gepoolten Analyse nicht berücksichtigt.

Wynzora® ist in den Packungsgrößen 60 g (PZN 14036160) und 2 × 60 g (PZN 14036183) verfügbar.