

Upadacitinib bei atopischer Dermatitis: Wirksamkeit, Tiefe der Remission und patientenzentrierte Therapieziele

Zusammenfassung des Vortrags von Knut Prillinger, St Pölten

Jahrestagung der ÖADF in Wien, ERSTE Campus Wien, 29.-31. Mai 2025

Atopische Dermatitis ist mehr als ein chronisches Ekzem. In aktuellen pathophysiologischen Konzepten wird die zentrale Rolle des Pruritus – vermittelt über TH2-Zytokine wie Interleukin (IL)-4, IL-13 und IL-31- zunehmend als wesentlicher Krankheitspromotor verstanden. Die damit verbundene neuronale Sensibilisierung unterscheidet die atopische Dermatitis von anderen inflammatorischen Dermatosen wie Psoriasis nicht nur biologisch, sondern auch psychologisch.

Patient:innenfokus: Minimal Disease Activity (MDA)

Mit der MDA-Konzeption, wie sie u. a. von Silverberg geprägt wurde, rückt die subjektive Krankheitsbelastung ins Zentrum: Juckreiz, Schmerz, mentale Gesundheit. Die alleinige klinische Kontrolle des Ekzems greift zunehmend zu kurz.

Kombinierte Endpunkte als neue Messlatte

Die LEVEL-UP-Studie untersuchte in einem offenen Head-to-Head-Design die Effektivität von Upadacitinib (15–30 mg) gegenüber Dupilumab. Im Zentrum: ein neuartiger kombinierter Endpunkt aus EASI-90 und Pruritus-NRS 0–1, der klinische und subjektive Remission integriert.

Ergebnisse Woche 16

Doppelt so viele Patient:innen erreichten EASI-90 + NRS 0–1 unter Upadacitinib

- Rascher Wirkungseintritt ab Tag 2
- 52 % erreichten Endpunkt mit 15 mg; 48 % benötigten Dosissteigerung auf 30 mg

Sicherheit und Langzeitdaten

Aktuelle Fünffjahresdaten zu Upadacitinib zeigen:

- Kein Anstieg schwerer Infektionen
- Keine Hinweise auf erhöhte Raten an Malignomen, kardiovaskulären oder thromboembolischen Ereignissen

Upadacitinib in atopic dermatitis: Efficacy, depth of remission, and patient-centered targets

Summary of the presentation of Knut Prillinger, St. Pölten

Annual Conference of the ÖADF in Vienna, Erste Campus Vienna, May 29–31, 2025

Atopic dermatitis extends beyond a chronic eczematous phenotype. Emerging neuroimmunological concepts frame pruritus – driven by TH2 cytokines such as IL-4, IL-13 and IL-31 – as a primary pathogenic axis. The associated neural sensitization differentiates atopic disease from other inflammatory dermatoses, including psoriasis, both biologically and psychologically.

Patient focus: Minimal Disease Activity (MDA)

Silverberg's Minimal Disease Activity (MDA) framework elevates patient-reported outcomes such as pruritus, pain, and mental health to primary therapeutic targets. Focusing solely on visible eczema control is no longer sufficient.

Composite endpoints as novel benchmarks

The LEVEL-UP trial evaluated the efficacy of upadacitinib (15–30 mg) versus dupilumab in a multicenter open-label setting. The composite primary endpoint – EASI-90 combined with pruritus NRS 0–1 – captures both objective and patient-perceived remission.

Week 16 outcomes:

- Twice as many patients achieved the composite endpoint under upadacitinib compared to dupilumab. Clinical response onset occurred by day two
- 52% of responders did so on the 15 mg dose alone

Safety and long-term data

five-year data for upadacitinib reveal no signals of increased risk for malignancy, cardiovascular, or thromboembolic events.

Take-home messages

- Upadacitinib enables rapid, deep, and patient-perceived remission in atopic dermatitis.

Take home messages

- Upadacitinib ist in der Lage, tiefe, subjektiv empfundene Remissionen rasch zu erzielen.
- Die Kombination aus EASI-90 und NRS 0–1 bildet einen neuen Goldstandard patientenorientierter Endpunkte.
- Die langfristige Sicherheitslage ist stabil – allergologische Nebeneffekte sollten jedoch individuell gewichtet werden.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Wir danken Herrn Dr. Prillinger für die Durchsicht des Beitrages

Korrespondenz: editors@skinonline.at

- The composite endpoint of EASI-90 and NRS 0–1 sets a new benchmark for patient-oriented outcomes.
- Long-term safety profile of upadacitinib is stable.

Editorial production: With the help of AI (see legal notice, impressum)

We would like to thank Dr. Prillinger for reviewing this article.

Correspondence: editors@skinonline.at

<https://doi.org/10.61783/oegdv10719>

Wann sollte ich mein Patholabor kontaktieren?

Zusammenfassung des Vortrages von Babak Itzlinger-Monshi und Julia Tittes, Wien/Salzburg, St. Pölten

Jahrestagung der ÖADF in Wien, Erste Campus Wien, 29.-31. Mai 2025

In der dermatologischen Diagnostik bildet die enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und Pathologie das Fundament für eine belastbare, patientenzentrierte Befundung. Doch in diesem komplexen, vielschichtigen System entstehen nicht selten Fehler – oft an Schnittstellen, an denen Kommunikation versäumt oder implizit erwartet wird. Die zentrale Frage lautet daher nicht nur: Wann sollte ich mein Pathologielabor kontaktieren? Sondern vielmehr: Wie kann ich durch gezielte Interaktion Fehlerquellen frühzeitig identifizieren und die diagnostische Qualität nachhaltig steigern?

Die dermatopathologische Prozesskette gliedert sich grob in drei Phasen: Prä-Analytik, Analytik und Post-Analytik. Während sich Kommunikationsprobleme in der Post-Analytik (z. B. fehlende Befundübermittlung) oft rasch klären lassen, bergen präanalytische Fehler wie falsche Patientenidentifikation, unzureichende Fixierung oder nicht repräsentative Proben das Potenzial gravierender diagnostischer Verzerrungen. Hier braucht es Aufmerksamkeit für Details – und ein waches interdisziplinäres Auge.

Auch die analytische Phase ist nicht vor Fallstricken gefeit: Zu geringe Schnitttiefe, Kippung bei der Paraffineinbettung oder eine unvollständige Darstellung der Tumorarchitektur können negative Konsequenzen haben – insbesondere dann, wenn die klinische Verdachtsdiagnose nicht mit dem histopathologischen Befund korreliert. So kann etwa ein Basalzellkarzinom in frühen

When should I contact my pathology laboratory?

Summary of the presentation by Babak Itzlinger-Monshi and Julia Tittes, Vienna/Salzburg, St. Pölten

Annual Conference of the ÖADF in Vienna, Erste Campus Vienna, May 29–31, 2025

In dermatologic diagnostics, the collaboration between clinic and pathology is not merely supportive—it is foundational. Yet within this complex and highly interdependent system, errors frequently emerge at the interfaces—often where communication is absent or assumed. The key question is not only: When should I contact my pathology lab? but rather: How can proactive interaction help detect sources of error early and enhance diagnostic precision?

The dermatopathologic workflow can be roughly divided into three phases: pre-analytics, analytics, and post-analytics. While issues in the post-analytic phase—such as missing reports—are typically resolved quickly, pre-analytic errors like misidentification, inadequate fixation, or non-representative sampling can profoundly distort diagnostic outcomes. Meticulous attention to detail and interdisciplinary vigilance are thus indispensable.

Analytical challenges are equally impactful. Insufficient section depth, tissue tilting during paraffin embedding, or incomplete tumor representation may lead to misdiagnosis—especially if the clinical impression is not aligned with the histopathological findings. A basal cell carcinoma might remain undetected in early slides, or a heterogeneously differentiated neoplasm might be misclassified as a squamous cell carcinoma. Clinical