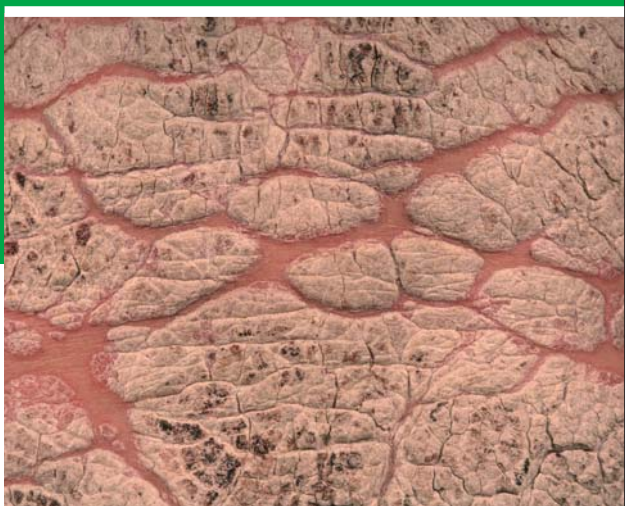


Patientenleitlinie zur Behandlung der Psoriasis der Haut

3.
AUFLAGE



**Deutscher Psoriasis
Bund e.V. (Hrsg.)**



Vorwort

„Leitlinien“ der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. Leitlinien sollen zu mehr Sicherheit in der Medizin beitragen und möglichst auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. „Leitlinien“ sind für Patienten und Ärzte medizinisch und rechtlich nicht bindend.

Leitlinien helfen zur Verbreitung einer qualitätsgesicherten Medizin. Sie sind in erster Linie für die Arbeit der Ärzte geschrieben und auf der Grundlage des höchsten Niveaus des weltweiten, wissenschaftlichen Wissens bewertet. Leitlinien beschreiben die Therapien, die nach wissenschaftlichen Methoden als „bewiesen“ gelten und als „Evidenz-basierte Therapien“ bezeichnet werden. Leitlinien erfüllen ihre wichtige Aufgabe nur, wenn deren Hinweise auch tatsächlich im Alltag der Behandlung beachtet werden. Die Nutzung einer Leitlinie wiederum ist nur dann gewährleistet, wenn ihr Inhalt verständlich und in die Praxis umsetzbar ist und sie eine große Verbreitung findet.

Zunehmend werden Leitlinien auch von Patienten gelesen, die weitergehende, qualitative Informationen zu ihrer Krankheit suchen. Jedoch sind der Aufbau, der

Inhalt

Vorwort	2
Patienten-Leitlinie Psoriasis vulgaris	4
Therapie der Psoriasis vulgaris	10
Gültigkeit der Leitlinie	20
Weitere Quellen zur Information	20
Andere Formen der Psoriasis	22



Prof. Dr. Matthias Augustin,
Hamburg



Joachim Klaus,
Osterwieck

Inhalt und die Sprache von Leitlinien für medizinische Laien nur schwer verständlich.

Die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) und der Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) haben 2006 gemeinsam mit Patientenvertretern eine Leitlinie zur Induktionstherapie (einleitende Therapie) Schuppenflechte der Haut (Psoriasis vulgaris) auf dem derzeit höchsten wissenschaftlichen Niveau (Stufe S3) erstellt. Eine Gruppe von Experten aus Klinik und Praxis hat diese Leitlinie 2010 wiederum zusammen mit Arzneimittelexperten, Psychologen und unter Einbeziehung von an Psoriasis erkrankten Vertretern des Deutschen Psoriasis Bundes e. V. dem derzeitigen Stand des „evidenten“ Wissens angepasst. Das Ergebnis wurde in einem formalen Prozess konsentiert, das heißt mit Mehrheit bestätigt.

Damit Patienten mit Schuppenflechte die Inhalte der wissenschaftlichen Psoriasis-Leitlinie besser lesen und verstehen können, haben wir uns bemüht, die wichtigsten Inhalte der ärztlichen Leitlinie als aktualisierte „Patienten-Leitlinie-Psoriasis“ laienverständlich zu formulieren. Es ist uns wichtig, die wesentlichen Informationen darzustellen und auf die Besonderheiten der in der Leitlinie aufgeführten Therapien der Psoriasis vulgaris aufmerksam zu machen.

Im Anschluss an diese Leitlinie werden weitere Formen der Psoriasis und deren Behandlung beschrieben, die nicht Gegenstand der Leitlinie Psoriasis vulgaris sind, aber durchaus gemeinsam mit einer Psoriasis vulgaris auftreten oder diese beeinflussen können. Wir hoffen sehr, dass damit Schuppenflechte-Patienten gut befähigt werden, als Experte ihrer eigenen Erkrankung, in einem partnerschaftlichen Dialog mit dem Arzt in Klinik und Praxis zu der Therapie zu finden, die den größten möglichen Erfolg verspricht.

*Prof. Dr. Matthias Augustin, Joachim Klaus,
Joachim Koza, Hans-Detlev Kunz, Prof. Dr. Ulrich Mrowietz,
PD Dr. Thomas Rosenbach*



Joachim Koza,
Berlin



Hans-Detlev Kunz,
Hamburg



Prof. Dr. Ulrich Mrowietz,
Kiel



PD Dr. Thomas Rosenbach,
Osnabrück

Patienten-Leitlinie Psoriasis vulgaris

Die Patienten-Leitlinie Psoriasis vulgaris wurde auf der Basis der von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen unter Einbeziehung von Patientenvertretern entwickelten S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris formuliert.

▶▶ Entwicklung der Leitlinie

Die medizinische Behandlung beruht auf bestmöglich gesicherten Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien. Das Wissen über die Diagnostik und Therapie der Psoriasis vulgaris wurde zusammengefasst und dient als Leitlinie nur als Empfehlung. Mit der S3-Leitlinie erhält der behandelnde Arzt einen Handlungsrahmen. Die ursprüngliche Leitlinie aus dem Jahr 2006 wurde nun aktualisiert und im Internet beim Arbeitskreis der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF), dem Dachverband der Medizinischen Gesellschaften, veröffentlicht. Die vorliegende Patientenversion der Leitlinie (Patienten-Leitlinie) wurde speziell für Patienten und ihre Angehörigen unter Beteiligung von Menschen mit Schuppenflechte geschrieben. Sie orientiert sich an den DISCERN-Kriterien für gute Patienteninformationen.

▶▶ Was diese Leitlinie leistet

Die Patienten-Leitlinie soll Menschen mit Schuppenflechte über den aktuellen Handlungsrahmen der Behandlung informieren. Hierbei wird auch darauf hingewiesen, wie gesichert („Evidenz-basiert“) die jeweiligen Erkenntnisse sind. Die Leitlinie bezieht sich nur auf die Psoriasis vulgaris der Haut, die etwa 80 bis 90 Prozent aller Psoriasis-Erkrankten betrifft. Gemeint ist damit das Auftreten entzündlicher Herde mit Schuppung an den typischen, sehr häufig erkrankten Körperstellen wie Kopf, Arme, Rücken und Beine. Sonderformen der Psoriasis der Haut und auch die Psoriasis der Gelenke (Psoriasis-Arthritis) sind nicht Gegenstand dieser Leitlinie. Hinweise zu anderen Formen der Psoriasis, die nicht Gegenstand der Leitlinie zur Behandlung einer Psoriasis vulgaris waren, sind ergänzend im Kapitel V. beschrieben.

▶▶ Ziele der Leitlinie

- Schuppenflechte-Patienten erhalten durch diese Leitlinie Informationen zu den therapeutischen Möglichkeiten bei einer Psoriasis vulgaris.
- Die Leitlinie hilft partnerschaftlich und gemeinsam mit dem Arzt, eine individuelle Therapie zu finden.

▶▶ Was diese Leitlinie nicht leistet

Die vorliegende Leitlinie ersetzt in keiner Weise das direkte Gespräch mit dem behandelnden Arzt. Die Patientenleitlinie dient nicht zur Anleitung für Patienten, eigenständige Diagnosen zu stellen oder eigene Behandlungen zu rechtfertigen.

Schuppenflechte (Psoriasis vulgaris)

▶▶ Was ist Psoriasis (Schuppenflechte)?

Psoriasis ist der medizinische Fachausdruck für die Schuppenflechte, eine mit Entzündung und Schuppungen umschriebener Hautstellen einhergehende Erkrankung. Schuppenflechte beruht auf einer erblichen Veranlagung. Zu Hauterscheinungen kommt es, wenn weitere Auslösefaktoren hinzukommen. Hierzu zählen Infekte, Verletzungen der Haut, „Stress“, Alkohol, Medikamente. In manchen Fällen lassen sich die auslösenden Faktoren nicht ermitteln. Schuppenflechte ist nicht ansteckend und praktisch nie lebensbedrohlich. Alle Formen der Psoriasis können jedoch mit einem erheblichen Leidensdruck und starken Einschränkungen der Lebensqualität einhergehen. Jede erfolgreiche Therapie verbessert die Lebensqualität nachhaltig. Bei ungefähr 20 Prozent der Patienten kommt es im Zusammenhang mit der Psoriasis-Veranlagung zu einer Gelenkentzündung, der Psoriasis-Arthritis. Für die Arthritis gelten eigene Regeln der Diagnostik und Therapie, die nicht Gegenstand der vorliegenden Leitlinie sind. Auch weitere innerliche Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck, Fettleibigkeit und Herzerkrankungen kommen bei Psoriasis häufiger vor.

▶▶ Wie erkennt man Schuppenflechte?

Zur Schuppenflechte zählen zahlreiche unterschiedliche Erscheinungsformen. Am häufigsten kommt die so genannte Psoriasis vulgaris vor, bei der sich Schuppungen auf gerötetem Grund an typischen Stellen (Streckseiten der Arme und Beine, Kopfhaut, Rücken) finden. Nur diese Form ist Gegenstand der vorliegenden Leitlinie.

▶▶ Psoriasis vulgaris

An dieser Form erkranken etwa 80 Prozent aller Psoriasis-Patienten. Psoriasis vulgaris wird im englischen Sprachraum auch als „chronic plaque-type psoriasis“ bezeichnet. In Deutschland wird zunehmend die Bezeichnung „Psoriasis vom (chronischen) Plaque-Typ“ verwendet. Diese Schuppenflechte beginnt meist plötzlich als kleinfleckig über den Körper



*Typisches
Bild einer
Psoriasis
vulgaris*

verstreuter Hautausschlag, häufig begleitet von Juckreiz. Die Herde sind stark gerötet und schuppen zunächst noch wenig. Bei 80 bis 90 Prozent aller Menschen mit Psoriasis vulgaris vergrößern sich im Lauf der Zeit die Herde an den verschiedenen Körperstellen sehr langsam und kontinuierlich und fließen zusammen. Die Herde entwickeln sehr dicke, fest haftende, gelblich bis silbrig glänzende Schuppen und können sehr groß werden. Es gibt Körperstellen, an denen eine Psoriasis vulgaris besonders häufig auftritt. Diese Stellen werden medizinisch als Prädilektionsstellen bezeichnet. Dazu gehören behaarter Kopf, Ellenbogen, Kniescheibe und Gesäß. Charakteristisch ist auch die Erkrankung des Bauchnabels und zwischen den Pobacken (Analfalte). Es können aber auch alle anderen Körperfalten sowie Hände und Füße erkranken. Lediglich die Schleimhaut ist nie betroffen. Psoriasis ist nicht ansteckend.

▶▶ Was ist für die Therapie zu beachten?

Schuppenflechte ist ursächlich nicht heilbar. Allerdings kann mit geeigneten Therapien meist eine langfristige Erscheinungsfreiheit erreicht werden. Die Diagnose sollte durch einen erfahrenen Arzt (Dermatologe) sichergestellt werden. Für die individuelle Therapie sollte gemeinsam mit dem Arzt eine Entscheidung unter Beachtung von Wirksamkeit, Nebenwirkungen, Gegenanzeigen und persönlichem Nutzen getroffen werden. Wichtig ist dabei die gemeinsame Festlegung der angestrebten Ziele der Behandlung. Details zu den verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten sind in folgende Abschnitte gruppiert:

- äußerliche (topische) Therapie
- innerliche (systemische) Therapie und
- Licht- und Klimatherapien
- Basistherapie
- psychosomatische Behandlung

Die einzelnen Therapien sind nach einem standardisierten Schema dargestellt. Zusätzliche Informationen enthält die Internet-Version der Leitlinie (www.awmf.org).

▶▶ Was kann man selbst tun?

Wer sich gemeinsam mit dem Arzt für seine Therapie entschieden hat, sollte zum Gelingen der Behandlung ernsthaft beitragen:

- Wichtig ist, sich möglichst genau an den besprochenen Therapieplan zu halten.
- Informationen über Unverträglichkeiten oder andere Besonderheiten im Verlauf der Behandlung an den Arzt weitergeben. Auch Kleinigkeiten können wichtig sein.
- Es gibt Faktoren, die nachweislich einen ungünstigen Einfluss auf die Behandlung nehmen können: Nikotingenuss, übermäßiger Alkoholkonsum, starkes Übergewicht, „Stress“, starke mechanische Belastungen der Haut und Sonnenbrände zählen dazu. Diese gilt es, zu vermeiden.

►► Was muss bei Empfehlungen zur Behandlung beachtet werden?

Diese Leitlinie befasst sich nur mit der Behandlung der häufigsten Form der Schuppenflechte, der Psoriasis vulgaris. Einige der besprochenen Medikamente haben auch eine Wirkung z.B. auf die Psoriasis der Gelenke. Solche Wirkungen sind mit den Methoden der Leitlinie jedoch nicht untersucht worden. Auch wurde nur die Therapie zu Beginn der Behandlung (Induktionstherapie) betrachtet, d.h. die ersten drei Monate der Behandlung. Selbstverständlich ist auch eine länger dauernde Therapie möglich und häufig notwendig. Die entsprechenden Studien hierzu wurden nicht einzeln beurteilt, sondern es wird eine zusammenfassende Empfehlung der medizinischen Experten durch die Autoren wiedergegeben. In den folgenden Empfehlungen wird nur auf die wichtigsten Gegenanzeigen und Nebenwirkungen eingegangen. Zur vollständigen Information gehört die entsprechende Fachinformation, die dem Arzt vorliegt. Offene Fragen erklärt der Arzt.

Bei Schwangerschaft und Stillzeit gilt generell die Empfehlung, mit der äußerlichen und innerlichen Anwendung von Medikamenten sehr zurückhaltend zu sein. Auch bei Kinderwunsch kann eine Behandlung der Schuppenflechte, eventuell auch die des Mannes, mit bestimmten Wirkstoffen problematisch sein. Der Arzt ist auch für diese Fragen der richtige Ansprechpartner.

Zur Beurteilung der Wirksamkeit werden besondere Messmethoden herangezogen, die die Schwere und Ausbreitung der einzelnen Psoriasis-Herde an verschiedenen Körperarealen bewerten. In der Leitlinie wird auf dieser Basis beurteilt, wie viele der behandelten Patienten prozentual eine „weitgehende Erscheinungsfreiheit“ erreichen.

Therapie der Psoriasis vulgaris

▶▶ Wie wird eine Psoriasis vulgaris normalerweise behandelt?

Sind nur wenige Körperareale mit einer geringen Hautfläche erkrankt, werden äußerliche Therapien durchgeführt. Bei zunehmender Ausdehnung oder nicht ausreichendem Ansprechen wird die äußerliche Therapie meist mit einer UV-Therapie (Behandlung mit ultraviolettem Licht) kombiniert. Ist die Psoriasis großflächig oder sprechen äußerliche und UV-Therapie nicht ausreichend an, wird eine innerliche eventuell auch zusammen mit einer äußerlichen Therapie durchgeführt. Kommt es hierbei zu keiner Besserung, oder bestehen Unverträglichkeiten oder Gegenanzeigen, kann auf Biologika (Biologics) zurückgegriffen werden. Fast immer wird bei mittelschweren bis schweren Formen der Psoriasis eine kombinierte Therapie durchgeführt. Wenn eine Kombination von Therapien besonders wichtig ist, wird dies in der Leitlinie extra erwähnt. Nach einer medikamentösen Therapie der Psoriasis oder nach der Anwendung von Maßnahmen wie einer Lichttherapie bedarf die Haut einer Basistherapie, um den erreichten guten Zustand der Haut zu stabilisieren. Hierfür kommen rückfettende und pflegende Cremes, Salben oder Lotionen ohne Wirkstoffe zur Anwendung. Der Einsatz verbessert den Zustand der Haut und hilft mit, die erscheinungsfreie Zeit zu verlängern. Auch diese Behandlung ist wichtiger Bestandteil jedes Konzeptes zur Therapie der Schuppenflechte.

▶▶ Welche Möglichkeiten einer äußerlichen Therapie der Psoriasis gibt es?

Kortison-artige Präparate (Kortikoide)

Kortikoide wurden in den 50er Jahren in die äußerliche Therapie der Schuppenflechte eingeführt. Inzwischen zählen die Präparate zu den am häufigsten eingesetzten und äußerlich wirksamsten Wirkstoffen. Kortikoide werden insbesondere bei hoher Entzündungsaktivität und an bestimmten Körperstellen eingesetzt. Dabei macht man sich sowohl den guten entzündungshemmenden Effekt wie auch die Wirkung gegen eine übermäßige Zellvermehrung der Oberhaut zunutze. Es werden bei äußer-

licher Anwendung vier Klassen von Kortikoiden unterschieden, die sich in ihrer Wirkstärke unterscheiden (Klasse I = schwach, Klasse II = mittelstark, Klasse III = stark, Klasse IV = sehr stark). Die Wirkstärke wird unter Berücksichtigung der Körperstelle, möglicher Kombinationstherapien, der erwünschten Geschwindigkeit der Abheilung und nach dem Schweregrad der Entzündung gewählt. Im Allgemeinen genügt die einmal tägliche Behandlung. Mit einem Eintritt der Wirkung kann nach ein bis zwei Wochen der Behandlung gerechnet werden. Je nach Wirkstärke kann z.B. nach vier Wochen mit einer deutlichen Verbesserung oder fast komplettem Verschwinden der Hautveränderungen der Psoriasis bei ungefähr 50 Prozent der Patienten gerechnet werden.

Zu empfehlen ist eine zeitliche Begrenzung der Therapie auf wenige Wochen oder die Kombination mit anderen Wirkstoffen. Kombinationen sind insbesondere mit Vitamin-D-Analoga, mit Harnstoff und mit UV-Licht möglich. Wirkstoffe der neueren Generation haben ein günstigeres Verhältnis zwischen Wirkungen und Nebenwirkungen (wird als „Therapeutischer Index“ bezeichnet) als die früheren Präparate.

Bei unsachgemäßem Einsatz können nach monatelanger, täglicher Anwendung unerwünschte Nebenwirkungen und sogar bleibende Schädigungen der Haut auftreten. Hierzu zählt insbesondere, dass die Haut dünner wird (Atrophie). Dieses tritt besonders bei Anwendung im Gesicht und im Genitalbereich auf, während die Anwendung an der behaarten Kopfhaut und an Hand- und Fußflächen eher unproblematisch ist. Kortikoide sollten bei äußerlicher Anwendung nicht prompt abgesetzt werden. Es kommt in diesem Fall oft zu einer erneuten, raschen Verschlechterung der Haut, dem sog. Rebound-Phänomen. Die Therapie sollte deshalb ausschleichend beendet werden. Dazu wird z.B. die Wirkstärke herabgesetzt oder das Intervall der Gabe immer weiter verlängert.

Vitamin-D-Analoga

Calcipotriol und Tacalcitol sind synthetisch hergestellte Abkömmlinge (=Analoga) des Vitamin-D₃ (Calcitriol), die 1992 erstmals für die Behandlung der Schuppenflechte zugelassen wurden. Sie werden in Form von Cremes, Salben, Emulsionen oder Lösungen auf die Haut aufgetragen und hemmen dort das übermäßige Zellwachstum und die Entzündung.

Die Anwendung erfolgt je nach Präparat ein- bis zweimal täglich. Ein Wirkungseintritt kann frühestens nach ein bis zwei Wochen erwartet werden. Etwa 30 bis 50 Prozent der Patienten erreicht nach vier- bis achtwöchiger Therapie eine weitgehende oder komplette Abheilung. Bei leichten Fällen ist der prozentuale Anteil noch höher. Die Vitamin-D₃-Analoge Calcipotriol und Tacalcitol können auch in der Langzeitbehandlung von 12 bis zu 18 Monaten eingesetzt werden. Die Therapie kann sowohl als Monotherapie (Anwendung nur von Vitamin-D-Analoga) als auch in Kombination mit topischen Kortikoiden oder einer UV-Therapie durchgeführt werden. Eine zeitlich enge Kombination mit Präparaten, die Salicylsäure enthalten, ist nicht sinnvoll, da dadurch die Wirkung schwächer wird.

Bei sachgemäßer Anwendung sind die Vitamin-D-Analoga auch in der Langzeit-Behandlung sehr gut verträglich. Als unerwünschte Nebenwirkungen können jedoch Hautreizungen, Brennen, Juckreiz und Rötungen auftreten, insbesondere an empfindlichen Hautarealen (Haaransatz, Gesicht und Achseln). Bei großflächiger äußerlicher Anwendung werden die Vitamin-D₃-Abkömmlinge in gewissen Mengen in den Körper aufgenommen und können dann Einfluss auf den Kalziumhaushalt im Körper haben, insbesondere bei Kindern. Die Präparate sollten deswegen auf nicht mehr als 20 bis 35 Prozent der Körperoberfläche angewendet werden. Abwechselnde Behandlungen verschiedener Körperareale (z.B. in zweitägigem Wechsel) haben sich bewährt, wenn größere Körperflächen behandelt werden sollen. Erfahrungen über die Behandlung während Schwangerschaft und Stillzeit liegen nicht vor.

Dithranol (Cignolin oder Anthralin)

Dithranol wird seit 1916 zur äußerlichen Behandlung der Psoriasis eingesetzt. Es ist auch unter den Namen Cignolin oder Anthralin bekannt. Seine Wirkung beruht auf einer Hemmung der übermäßigen Zellvermehrung in der Oberhaut. Auch gegen die Entzündung der Schuppenflechte ist es wirksam.

Dithranol wird ein- bis zweimal täglich auf die erkrankten Hautstellen aufgetragen. Die Konzentration wird zunächst niedrig gewählt und im Abstand von mehreren Tagen stetig gesteigert. Alternativ kann einmal täglich eine „Minutentherapie“ mit kurzer Einwirkzeit und anschließendem Abwaschen des Dithranols durchgeführt werden. Bei der Minuten-

therapie wird neben der Konzentration vor allem die Einwirkzeit des Dithranols im Verlauf der Behandlung gesteigert. Die Anwendung erfolgt in beiden Fällen für ungefähr vier bis sechs Wochen. Ein erster Erfolg der Behandlung ist üblicherweise nach zwei bis drei Wochen erkennbar. Eine Kombination von Dithranol mit den Wirkstoffen Calcipotriol (Vitamin-D-Analoga), Salizylsäure und Harnstoff sowie mit Lichttherapie ist möglich und kann die Wirksamkeit erhöhen.

Durch die Behandlung kommt es zur Reizung der Haut. Eine geringe oder mäßige Reizung der Haut ist ein Zeichen für die Wirksamkeit der Behandlung. Bei starker Rötung und Brennen der Haut muss ggf. die weitere Steigerung der Dosierung oder der Intervalle unterbrochen werden. Eine weitere unangenehme Nebenwirkung ist die starke Verfärbung von Haut, Kleidung und Sanitäreinrichtungen. Heute wird Dithranol vor allem bei (teil)stationärer Behandlung eingesetzt.

Teer

Teere werden schon seit über 100 Jahren in der Therapie der Schuppenflechte eingesetzt und waren insbesondere vor der Entwicklung besser wirksamer Präparate wie Kortikoide oder Vitamin-D₃-Abkömmlinge ein wichtiger Bestandteil der äußerlichen Behandlung. Am häufigsten wird hoch gereinigter Steinkohleteer verwendet, dessen Inhaltsstoffe Entzündungen hemmen, Juckreiz lindern und übermäßige Schuppen lösen.

Eintritt der Wirkung der Behandlung ist nach vier bis acht Wochen zu erwarten. Eine Langzeitbehandlung mit Teer wird nicht empfohlen. Die unter der äußerlichen Therapie mit Teer auftretende Lichtempfindlichkeit der Haut macht eine erhöhte Vorsicht bei UV- oder Sonnenbestrahlung notwendig. Die Kombination von Teer und UV-Licht verstärkt die Wirkung von Teer.

Als alleinige Behandlung reicht Teer meist nicht aus und wird deshalb nicht empfohlen. Zur Ergänzung anderer Behandlungen ist Teer in Salben, Lotionen, Shampoos und Badezusätzen bedingt geeignet. Allerdings liegen nicht genügend Studien zur Wirksamkeit vor, die den Nutzen der Behandlung mit Teer belegen würden. Der Geruch, wie auch die Verfärbungen der Haut und der Wäsche werden vielfach als unangenehm empfunden.

Tazaroten

Tazaroten, ein äußerlich anzuwendendes Vitamin A-Säure-Präparat, ist zur Behandlung der Psoriasis seit 1987 zugelassen. Es hemmt die überschießende Vermehrung von Hautzellen. Tazaroten wurde vom deutschen Markt zurückgezogen und kann nur noch über eine Auslandsapotheke bezogen werden.

Calcineurin-Inhibitoren

Calcineurin-Inhibitoren sind topische Präparate, die für die Behandlung der Psoriasis nicht zugelassen sind, aber von Ärzten auch außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use), insbesondere für die Behandlung der Psoriasis im Gesicht, empfohlen werden. Dabei treten die Nebenwirkungen der Glukokortikoide wie Hautatrophien nicht auf.

▶▶ Welche Möglichkeiten einer innerlichen Therapie der Psoriasis gibt es?

Die Voraussetzung für den Einsatz innerlicher Medikamente ist von klinischen Kennzahlen der Schwere und der Einbuße an Lebensqualität durch eine Schuppenflechte abhängig. Dazu wird die erkrankte Fläche der Haut, die Dicke der Hautstellen, die Rötung sowie die Einbuße an Lebensqualität bestimmt. Werden vorgegebene Werte überschritten, können innerliche Medikamente gegeben werden. Selbstverständlich kann davon im Einzelfall auch abgewichen werden, wenn dies medizinisch notwendig und zweckmäßig ist.

Fumarate

Fumarate werden für die innerliche Therapie der Psoriasis seit 1995 häufig angewendet. Die Einnahme der Tabletten erfolgt in der Regel nach einem vorgegebenen Schema. Individuelle Anpassung der Dosis ist möglich. Die Wirkung der Behandlung kann nach ungefähr sechs Wochen erwartet werden. Bei den meisten Patienten (50 bis 70 Prozent) kann die Therapie zu einer weitgehenden Erscheinungsfreiheit führen.

Fumarate dürfen bei Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und der Nieren nicht eingenommen werden. Unter der Therapie kann es zu Ma-

gen-Darm-Beschwerden, plötzlich auftretenden Rötungen der Haut und Veränderungen im Blutbild kommen. Der Arzt kontrolliert während der Behandlung regelmäßig Blut-, Leber- und Nierenwerte.

Methotrexat

Eines der am längsten zur Behandlung der Psoriasis verwendeten Medikamente ist der Wirkstoff Methotrexat (MTX). MTX wird einmal wöchentlich bevorzugt in die Haut oder Vene gespritzt oder als Tabletten eingenommen. Die Dosierung wird individuell festgelegt und liegt meist zwischen 15 und 25 Milligramm pro Woche. Die Wirkung tritt nach ungefähr vier bis acht Wochen ein. Bei den meisten Patienten (ungefähr 60 Prozent) kann es durch die Therapie zu einer weitgehenden Erscheinungsfreiheit kommen.

Methotrexat darf bei gestörter Funktion der Leber nicht gegeben werden. Durch die Behandlung kann es zu Leberschäden, Lungenentzündung, Zerstörung von Knochenmark und Schäden an den Nieren kommen. Während der Behandlung werden Blutbild, Leber- und Nierenwerte kontrolliert. Patienten sollten während einer Methotrexat-Behandlung keinen Alkohol trinken.

Retinoide

Abkömmlinge des Vitamin A, so genannte Retinoide (Wirkstoff: Acitretin), werden schon lange zur Behandlung der Psoriasis als Kapseln verwendet. Die Dosierung erfolgt angepasst an das Körpergewicht (meist 0,3 bis 0,8 Milligramm pro Kilogramm Körpergewicht täglich). Die Wirkung tritt nach vier bis acht Wochen ein, jedoch erreicht nur ein kleinerer Teil der Patienten eine weitgehende Erscheinungsfreiheit.

Bei Nieren- oder Leberschäden und bei Frauen mit Kinderwunsch dürfen Retinoide nicht angewendet werden. Retinoide schädigen immer das werdende Kind (den Embryo). Während der Behandlung können trockene Lippen, trockene Haut, Nasenbluten und vorübergehender Haarausfall auftreten. Als alleinige Behandlung sind Retinoide meist nicht ausreichend wirksam. Daher wird dieser Wirkstoff häufig mit einer UV-Lichttherapie kombiniert.

Ciclosporin

Der Wirkstoff Ciclosporin ist seit 1993 zur Therapie der Psoriasis zugelassen. Es werden täglich Kapseln oder eine Trinklösung in der Dosierung an das Körpergewicht angepasst eingenommen (2,5 bis 5 Milligramm pro Kilogramm an Körpergewicht). Mit einer Wirkung ist nach ungefähr vier Wochen zu rechnen. Bei den meisten Patienten (50 bis 70 Prozent) wird eine weitgehende Erscheinungsfreiheit erzielt.

Nicht angewendet werden darf Ciclosporin bei einer Störung der Funktion der Nieren, nicht einstellbarem Bluthochdruck sowie bei bösartigen Krebserkrankungen. Als Nebenwirkungen können Störungen der Funktion der Nieren und der Leber, ein Anstieg des Blutdrucks und Magen-Darm-Beschwerden auftreten. Bei Einnahme anderer Medikamente können Wechselwirkungen auftreten. Patienten, die früher längere Zeit mit einer UV-Lichttherapie behandelt wurden, sollten Ciclosporin wegen eines erhöhten Risikos an Hautkrebs zu erkranken nicht nutzen.

Biologika

Biologika sind Medikamente, die durch biotechnologische Verfahren hergestellt werden und immer als Injektion oder Infusion gegeben werden müssen. Sie dürfen nur Patienten verordnet werden, die auf andere Therapien nicht oder nur unzureichend ansprechen, bei denen diese Behandlungen nicht vertragen wurden oder nicht angewendet werden dürfen. Während der Behandlung mit Biologika dürfen keine Impfungen mit Lebendimpfstoffen erfolgen.

Bei schweren Infektionen darf nicht mit einem Biologikum behandelt werden. Bei schweren Herzerkrankungen (Herzinsuffizienz) dürfen keine Biologika vom Typ der Tumornekrosefaktor alpha (TNF α) Hemmer verwendet werden. Unter der Therapie mit Biologika können schwere Infektionen auftreten. Alle Infektionen unter der Therapie bedürfen deshalb sofortiger ärztlicher Kontrolle.

Vor einer Therapie muss immer eine Tuberkulose sicher ausgeschlossen werden. Es ist empfohlen, dass der Arzt während der Behandlung Laborwerte kontrolliert. Diese können Kontrolle des Blutbildes und der Leberwerte sein.

Als Nebenwirkungen können lokale Einstichreaktionen und Infektionen auftreten.

Adalimumab

Seit 2005 ist Adalimumab zur Therapie der Psoriasis-Arthritis und seit 2007 zur Therapie der mittelschweren bis schweren Psoriasis vulgaris zugelassen. Die Gabe erfolgt durch eine Injektion alle zwei Wochen in die Haut (Dosierung: 40 Milligramm). Die Wirkung tritt nach vier bis acht Wochen ein. Ein großer Teil der Patienten erreicht eine weitgehende Erscheinungsfreiheit (71 bis 80 Prozent).

Etanercept

Etanercept ist seit 2002 zur Therapie der Psoriasis-Arthritis und seit 2004 zur Therapie der mittelschweren bis schweren Psoriasis vulgaris zugelassen. Die Gabe erfolgt zweimal pro Woche durch eine Injektion in die Haut (Dosierung: 2 x 25 bis zu 2 x 50 Milligramm wöchentlich). Nach vier bis acht Wochen ist mit einem Wirkungseintritt zu rechnen. In Abhängigkeit von der Dosierung erreichen viele Patienten (34 bis 49 Prozent) nach bis zu 12 Wochen eine weitgehende Erscheinungsfreiheit.

Infliximab

Seit 2005 ist Infliximab zur Therapie der mittelschweren bis schweren Psoriasis vulgaris zugelassen. Die Gabe erfolgt durch eine Infusion beim Arzt und wird bei längerer Dauer der Therapie alle acht Wochen gegeben (Dosierung: 5 Milligramm pro Kilogramm an Körpergewicht). Die Wirkung tritt nach ein bis zwei Wochen ein. Über 80 Prozent der Patienten erreichen eine weitgehende Erscheinungsfreiheit. Unter der Therapie können Infusionsreaktionen auftreten. Infliximab ist ein schnell wirksamer Wirkstoff zur Behandlung der Psoriasis. Häufig wird bei einer Infliximab-Therapie niedrig dosiertes Methotrexat (5 bis 10 Milligramm pro Woche) zusätzlich gegeben.

Ustekinumab

Der Wirkstoff Ustekinumab ist seit 2009 zur Therapie der mittelschweren bis schweren Psoriasis vulgaris zugelassen und wird nach der ersten Gabe, ein zweites Mal nach vier Wochen und dann alle 12 Wochen in die Haut gespritzt (Dosierung: 45 Milligramm pro Injektion bei Patienten bis 100 Kilogramm Körpergewicht und 90 Milligramm bei Patienten mit mehr als 100 Kilogramm an Körpergewicht). Die Wirkung tritt nach sechs bis zwölf

Wochen ein, und ein großer Teil der Patienten (67 bis 74 Prozent) erreicht eine weitgehende Erscheinungsfreiheit.

▶ **Welche Möglichkeiten einer Lichttherapie der Psoriasis gibt es?**

Auch der Einsatz einer Lichttherapie ist wie bei den innerlichen Medikamenten von der Schwere und Einbuße an Lebensqualität abhängig.

UVB-Lichttherapie

UVB-Licht hat eine Wellenlänge von 280 bis 320 Nanometer (nm). In den letzten Jahren werden zunehmend schmalere Bereiche der Wellenlängen hin zu 311nm verwendet.

Die Behandlung erfolgt beim Hautarzt mit speziellen UV-Lichtgeräten. Es werden ganz unterschiedliche Schemen zur Therapie genutzt. Die kombinierte UV- und Solebehandlung (Sole ist Salzwasser) in speziellen Anlagen unter Aufsicht des Hautarztes hat sich in Studien als sehr wirksam erwiesen. Seit 2008 gehört diese ambulante Form der Behandlung (Balneo-Phototherapie) in der Hautarztpraxis zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Oft wird mit 70 Prozent der Dosis begonnen, die einen Sonnenbrand auslöst, und dann täglich gesteigert. Eine Bestrahlung erfolgt drei bis fünf Mal pro Woche. Eine abheilende Wirkung ist nach ein bis zwei Wochen zu beobachten. Bei mehr als 75 Prozent der Patienten führt die Behandlung nach vier bis sechs Wochen zur weitgehenden Erscheinungsfreiheit.

Als unerwünschte Wirkungen können Juckreiz, Rötungen bis hin zu Blasenbildung der Haut auftreten. Es gibt keine aussagekräftigen Daten, ob eine UVB-Lichttherapie das Hautkrebsrisiko steigert. Da bestimmte Medikamente zu einer Wechselwirkung mit der UV-Lichttherapie führen können, sollte der Arzt immer über genutzte Medikamente informiert werden. Zusätzliches natürliches Sonnenlicht sollte während der Dauer der Therapie gemieden werden.

PUVA-Lichttherapie

Seit mehr als 30 Jahren kommt auch eine Behandlung mit den die Haut lichtempfindlich machenden Psoralenen und UVA-Licht (PUVA) zur Anwendung. Psoralen wird entweder innerlich als Tablette oder äußerlich

als Bade- oder Creme-PUVA der Haut zugeführt. Ein gängiges Schema der Behandlung ist der Beginn der Bestrahlung mit 75 Prozent der Dosis, die zu Rötungen der Haut führen würde. Die Dosis wird nach jeweils 72 Stunden erhöht. Die Bestrahlung erfolgt zwei bis vier Mal in der Woche. Eine Wirkung zeigt sich nach ein bis zwei Wochen. Bei mehr als 90 Prozent der Patienten führt diese Behandlung zur weitgehenden Erscheinungsfreiheit.

Als unerwünschte Wirkungen können Juckreiz, Rötungen bis hin zu Blasenbildung der Haut auftreten.

Die Einnahme der Tabletten kann zur Übelkeit führen. Eine gleichzeitige Behandlung mit Ciclosporin darf nicht stattfinden.

Die PUVA-Lichttherapie erhöht das Risiko, an Hautkrebs zu erkranken. Patienten mit einem solchen erhöhten Risiko (z.B. Patienten, die schon Hautkrebs hatten oder die eine sehr lichtempfindliche, helle Haut haben) sollten die PUVA-Lichttherapie nicht nutzen.

Zusätzliches natürliches Sonnenlicht sollte auf jeden Fall gemieden werden. Lichtschutz, auch für die Augen, ist mindestens für 12 Stunden sicherzustellen. Da bestimmte Medikamente zu einer Wechselwirkung mit der UV-Lichttherapie führen können, sollte der Arzt immer über genutzte Medikamente informiert werden.

Bade- und Klimatherapien

Viele Menschen mit Psoriasis berichten, dass sich ihre Haut unter dem kombinierten Einfluss von Salzwasser und UV-Licht oder Sonne erheblich bessert oder sogar abheilt. Dementsprechend sind Meeresaufenthalte unter sommerlichen Bedingungen grundsätzlich zu empfehlen. Dies gilt auch für das Tote Meer, wo sogar spezielle Kliniken mit hautärztlicher Leitung eingerichtet wurden.

▶▶ Basistherapie

Als Basistherapie wird die rückfettende und pflegende Behandlung der Haut mit Grundlagen frei von Wirkstoffen bezeichnet. Die Wahl des geeigneten Präparates richtet sich nach dem Zustand der Haut, insbesondere danach, wie trocken und/oder wie entzündet die Haut ist. Der Grundlage, z.B. einer Salbe, kann je nach erwünschtem Zweck drei bis zehn Prozent Harnstoff (speichert Feuchtigkeit) hinzugesetzt werden. Basistherapie-

tische Pflege ist ein sehr wichtiger Bestandteil der ergänzenden Behandlung einer Schuppenflechte. Dies gilt für die ergänzende Therapie der akuten Psoriasis-Herde und für die Nachbehandlung der abheilenden Haut gleichermaßen. Die Basistherapie kann gut dazu beitragen, eine intakte Barriere wieder herzustellen. Basistherapie reicht jedoch als alleinige Behandlung in der Regel nicht aus. Die Basistherapie kann mit allen Therapien der Psoriasis kombiniert werden.

►► **Psychosomatische Behandlung und Patientenschulung**

Schuppenflechte geht oft mit einem erheblichen Leidensdruck und psychischen Belastungen einher. Umgekehrt geben viele Patienten an, dass ihre Schuppenflechte unter „Stress“ und psychischen Belastungen schlimmer wird oder sogar neue Stellen auftreten. In diesen Fällen ist es sinnvoll, nicht nur den Zustand der Haut, sondern auch psychosomatischen Wechselwirkungen als Teil der Diagnostik abzuklären. Bei manchen Patienten kann neben der Behandlung der Haut auch eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung insbesondere bei hohem, psychischem Leidensdruck hilfreich sein. Als sehr hilfreich haben sich auch Patientenschulungen erwiesen. Bei solchen Schulungen werden Informationen zur Psoriasis und praktische Hinweise zu Therapien, zur Pflege der Haut sowie Möglichkeiten zur Verringerung von Stress vermittelt. Der bessere Umgang mit der eigenen Psoriasis ist ein wichtiges Ziel der Schulung von Psoriasis-Patienten. Spezielle Schulungen für Patienten mit Schuppenflechte werden während einer stationären Rehabilitation routinemäßig durchgeführt, im ambulanten Bereich nur in einzelnen Zentren angeboten. Die Kosten für ambulante Schulungen werden nicht grundsätzlich von gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Gültigkeit der Leitlinie

Die dieser Patientenversion zugrunde liegende S3-Leitlinie Psoriasis vulgaris der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) wurde von einer Kommission der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen sowie Patientenvertretern unter Leitung von PD Dr. Alexander Nast/Berlin entwickelt. Die Leitlinie ist gültig bis zum 31.12.2014.

Weitere Quellen zur Information

- Originalfassung der S3-Leitlinie Psoriasis vulgaris
www.awmf.org
- Gute Patienteninformation
www.discern.de
- Deutscher Psoriasis Bund e. V. (DPB)
www.psoriasis-bund.de
Geschäftsstelle Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg
Telefon 040 / 223399-0, Fax -22, info@psoriasis-bund.de
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
www.derma.de
Geschäftsstelle Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
Telefon 030 / 246253-0, Fax - 29, info@ddg.de
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen
www.uptoderm.de
Geschäftsstelle Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin,
Telefon 030 / 246253-53, Fax - 33, k.genau@bvdd-berlin.de

Andere Formen der Psoriasis

Schuppenflechte kann neben der Psoriasis vulgaris in anderen Erscheinungsformen auftreten und auch unterschiedliche Verläufe haben. Auf diese Aspekte wird im Weiteren näher eingegangen. Es gibt besondere Merkmale, an denen unterschiedliche, klinische Formen erkannt werden. Die genaue Bestimmung der Psoriasis ist für die Auswahl einer geeigneten Therapie wichtig.

Die folgenden Ergänzungen sind nicht mehr Bestandteil der S3-Leitlinie Psoriasis vulgaris, sondern dienen zur weiteren Information zu anderen Formen der Psoriasis, die durchaus gemeinsam mit einer Psoriasis vulgaris auftreten können.

▶▶ Psoriasis der Kopfhaut (Psoriasis capitis)

Bei mehr als 70 Prozent der Patienten mit Psoriasis sind auch Herde auf dem behaarten Kopf vorhanden. Sie können lokal begrenzt oder großflächig auftreten und überschreiten typischerweise den Haaransatz. Die Herde sind stark schuppig und entzündlich gerötet. Die Psoriasis der Kopfhaut kann gelegentlich mit Haarausfall einhergehen, der sich in der Regel nach erfolgreicher Behandlung wieder zurückbildet. Juckreiz ist fast immer vorhanden.

Die Behandlung soll die Kopfhaut normalisieren. Die störende Schuppung hört dann auf. Als Basis dient die Anwendung von Shampoos mit Schuppen lösender Wirkung. Dafür eignen sich auch Shampoos aus der Drogerie. Bei sehr starken, festsitzenden Schuppen kann eine Vorbehandlung mit auswaschbaren, emulgierenden Cremes oder Lösungen mit Salizylsäure oder Ölen erfolgen. Lösungen mit Kortikoiden (möglichst ohne Alkohol!) oder Schäume stellen die wirksamste Therapie dar. Gerade bei Juckreiz sind Kortikoide besonders effektiv. Für die längerfristige Anwendung eignen sich ergänzende Präparate mit Vitamin D₃-Abkömmlingen auch in fixer Kombination mit einem Kortikoid. Patienten berichten von guten Erfahrungen mit UV-Lichtkämmen. Vor deren Verwendung müssen allerdings die Schuppen beseitigt sein.

▶▶ Psoriasis in den Körperfalten (intertriginöse Psoriasis)

Auch die Haut in Körperfalten kann eine Psoriasis entwickeln. Am häufigsten erkranken Achselhöhlen, Falten in der Leistenengegend (Inguinalfalten), die Haut unter der weiblichen Brust, am Nabel und in der Analfalte (Pofalte). Bei übergewichtigen Patienten kann sich auch in Bauchfalten eine Psoriasis entwickeln.

Bei Körperfalten liegt Haut auf Haut. Die Haut ist dort immer feucht. Dadurch können sich die Schuppen leicht ablösen. Meist ist nur noch ein hochroter, glänzender Herd erkennbar. Fehlen die charakteristischen Schuppen, ist die Diagnose manchmal schwer. Es kann zu Verwechslungen mit Pilzinfektionen und Ekzemen kommen.

Zur Behandlung werden kurzfristig Kortikoide in einer Grundlage als Milch/Lotion, in Creme oder Paste eingesetzt. Anschließend sollten die Falten durch Pflege trocken gehalten werden, um dort einem erneuten Auftreten der Psoriasis vorzubeugen. Ein Versuch mit Vitamin D-artigen Präparaten (Emulsion, Creme) ist möglich.

▶▶ Psoriasis der Nägel

Bei vielen Patienten mit Psoriasis sind die Finger- und/oder Fußnägel mehr oder weniger auffällig verändert. Noch häufiger ist eine Erkrankung der Nägel bei gleichzeitiger Psoriasis-Arthritis. Mehr als 70 Prozent der Patienten mit Psoriasis-Arthritis haben auch Veränderungen an den Nägeln. In der Regel sind mehrere Nägel an Händen und Füßen beidseitig gleichzeitig erkrankt. Es gibt unterschiedliche Veränderungen an den Nägeln. In abnehmender Häufigkeit werden die Wichtigsten beschrieben:

Tüpfelnägel

Tüpfelnägel sind sehr häufig. Tüpfel sind kleine bis Stecknadelkopf große Grübchen (Einsenkungen) in der Nagelplatte. Anzahl, Größe und Tiefe der Tüpfel können variieren. Tüpfel sind meist zufällig verteilt, können jedoch auch entlang längsverlaufender Linien angeordnet sein. Fingernägel sind stets häufiger erkrankt als Fußnägel.

Psoriatische Ölflecken, Ablösen der Nagelplatte (distale Onycholyse)

Das Nagelbett und die Haut unter dem vorderen Nagelteil sind beteiligt. Es sind gelb-grünlich, ovale Verfärbungen zu sehen. Sie stammen von der Entzündung mit Schuppenbildung unter der Nagelplatte im Nagelbett. Bei ausgeprägten Veränderungen kann sich die Nagelplatte vom Nagelbett ablösen.

Starke Schuppung unter dem Nagel (subunguale Hyperkeratose)

Unter dem Nagel kann es zu sehr starken Schuppungen kommen. Ist auch der Bereich erkrankt, wo der Nagel aus dem Nagelbett herauswächst, kann sich dort die Nagelplatte abheben.

Krümelnägel (Onychodystrophie)

Bei einem Krümelnägel ist die Nagelplatte vollständig zerstört. Der Nagel selbst ist krümelig und aufgetrieben.

Behandlung der Nägel

Bei der Behandlung der Psoriasis der Nägel zeigen sich Erfolge der Therapie erst mit großer, zeitlicher Verzögerung. Nägel wachsen nur sehr langsam nach. Tüpfelnägel und Ölflecken werden nicht behandelt. Bei Bedarf können solche störenden Areale mit Nagellack überdeckt werden. Für leichtere Formen der Psoriasis der Nägel mit Ablösung der Nagelplatte oder bei Veränderungen der Nagelsubstanz werden Kortikoide in Lösungen oder ein Vitamin D₃-Abkömmling in Kombination mit einem Kortikoid in Salbe oder Gel aufgebracht. Die Behandlung dauert mehrere Monate. In schweren Fällen wird mit innerlichen Medikamenten behandelt. Geeignet sind prinzipiell alle für die Psoriasis zugelassenen Medikamente. In Einzelfällen können Injektionen mit Kortikoid-Kristall-Lösungen erfolgreich sein. Biologika sind für die Behandlung der Psoriasis der Nägel gut geeignet.

▶▶ **Tropfenförmige Psoriasis (Psoriasis guttata)**

Bei der Tropfen-förmigen Psoriasis sind die Herde bis zu Linsen groß, rot und nur leicht schuppig. Meistens entwickeln sich die Herde sehr schnell und auf der gesamten Haut. Stärker als bei allen anderen Formen der Pso-



*Psoriasis
guttata*

Psoriasis ist die Psoriasis guttata an Auslöser (Trigger) geknüpft. Sehr oft geht eine Entzündung der Mandeln oder Scharlach (Streptokokkeninfektion) voraus. Deshalb sind vielfach Kinder und Jugendliche an Psoriasis guttata erkrankt. Auslöser können auch Medikamente sein. Folgende Wirkstoffe sind sicher als Auslöser identifiziert: Lithium, Beta-Blocker, ACE-Hemmer, Chloroquin/Hydroxychloroquin.

Eine Psoriasis guttata kann in eine Psoriasis vulgaris übergehen, aber auch vollständig abheilen.

Zur Anwendung kommen äußerlich anzuwendende Kortikoide, häufig in Kombination mit einer UVB-Lichttherapie zusätzlich zur Therapie der auslösenden Erkrankung.

▶▶ Psoriatische Erythodermie

Bei der psoriatischen Erythodermie ist die gesamte Haut erkrankt. Die Haut ist komplett entzündlich gerötet und zeigt meistens eine eher feine, lockere Schuppung. Die Erythodermie ist die schwerste Form der Psoriasis vulgaris und die seltenste. Oft besteht heftiger Juckreiz. Die Patienten fühlen sich sehr krank, haben Fieber, sind abgeschlagen, klagen über Gewichtsverlust und schmerzende Gelenke. Die Lymphknoten sind geschwollen.

Eine psoriatische Erythodermie wird in der Regel stationär in einer Hautklinik behandelt. Es werden immer innerliche Medikamente zusammen mit einer äußerlichen Therapie eingesetzt. Dithranol sollte nicht verwendet werden.

▶▶ Pustelförmige Psoriasis (Psoriasis pustulosa)

Bei dieser Form zeigen sich auf der Haut Stellen (Areale) mit Pusteln. Die Pusteln enthalten vor allem weiße Blutkörperchen („neutrophile Granulozyten“). Während Pusteln oft durch eine Infektion mit Bakterien entstehen, ist der Inhalt psoriatischer Pusteln steril. Die Pusteln sind ungefähr drei Millimeter groß und gelblich. Sie platzen nach einiger Zeit, trocknen ein und hinterlassen dabei eine gelbliche Kruste. Manchmal treten diese Pusteln im Bereich von Herden einer Psoriasis vulgaris auf. Die Pusteln entstehen sehr plötzlich und besonders im Randbereich der Herde. Häufig „wachsen“ die Pusteln zu einer „Pusteldecke“ zusammen. Pustulöse Formen der Psoriasis sind eng an Auslöser gebunden. Häufig geht eine Entzündung der Mandeln (Streptokokkeninfektion) voraus. Auch die Einnahme von Medikamenten mit Wirkstoffen wie Lithium, Beta-Blockern, ACE-Hemmern, Chloroquin/Hydroxychloroquin gelten als typische Auslöser.

Die pustulöse Psoriasis wird fast immer innerlich behandelt. Die wichtigsten Wirkstoffe sind Acitretin, Methotrexat (MTX) oder Ciclosporin. Auch eine PUVA-Lichttherapie kann sinnvoll sein. Biologika aus der Gruppe der Tumor-Nekrose-Faktor-Antagonisten (Adalimumab, Etanercept und Infliximab) können ebenfalls eingesetzt werden.



*Palmo-
plantare
Pustulose
an der
Fußsohle*

Eine Sonderform ist die über den ganzen Körper verteilte pustulöse Psoriasis (*Psoriasis pustulosa generalisata*). Diese Form gehört, wie die psoriatische Erythrodermie, zu den schwersten psoriatischen Erkrankungen. Es zeigen sich sehr schnell, innerhalb von Stunden, viele Pusteln auf entzündlich geröteter Haut. Die Pusteln sind großflächig über den ganzen Körper verteilt (generalisiert). Die meisten Patienten mit generalisierter pustulöser Psoriasis hatten vorher keine Psoriasis vulgaris als Grunderkrankung. Erkrankte sind im Allgemeinbefinden in der Regel stark beeinträchtigt, haben Fieber und fühlen sich abgeschlagen.

Die Behandlung muss stationär in einer Hautklinik erfolgen. Die Therapie ist eine Kombination von innerlichen und äußerlichen Medikamenten. Bei den Pustel-bildenden Formen der Psoriasis sollte Dithranol nicht verwendet werden.

▶▶ **Pusteln an Händen und Füßen** **(Pustulosis palmoplantaris (PPP))**

Die PPP wird heute nicht mehr der Psoriasis zugerechnet, ist aber noch in vielen älteren Lehrbüchern dort zu finden. Beschränkt ausschließlich auf Handflächen und/oder Fußsohlen sind auf geröteter Haut Pusteln, die bei sehr schwerer Erkrankung zu kleinen Eiterseen zusammenfließen können. Frische gelbliche Pusteln und ältere braune Pusteln mit eingetrocknetem Inhalt und häufig kleinen ringförmigen Schuppenkransen sind nebeneinander zu finden. Bei großer Fläche und vielen frischen gelben Pusteln ist die Erkrankung schmerzhaft und schränkt das Gehen oder das Greifen deutlich ein. Die Rückfallquote der Erkrankung ist sehr hoch. Wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass besonders Rauchen den Verlauf verschlechtern und die Rückfallquote erhöhen kann.

Kleine einzelne Herde lassen sich gut mit äußerlich aufgetragenen stark wirksamen Kortikoiden behandeln. Bei mittelstarker Erkrankung wird die äußerliche Gabe von Kortikoiden durch Bade- oder Creme-PUVA-Lichttherapie ergänzt. In schweren Fällen werden innerliche Medikamente gegeben.

▶▶ **Psoriasis bei Kindern**

An Psoriasis erkranken ungefähr 50 Prozent aller Patienten bereits vor Vollendung des 18. Lebensjahres. Die kindliche Psoriasis (juvenile Psoriasis) hat eine Reihe von Besonderheiten, sowohl im Erscheinungsbild als auch in der Therapie. Sie ist häufig mit bakteriellen (Pharyngitis/Halsentzündung) oder auch viralen Infektionen der oberen Luftwege verknüpft. Spontane Abheilungen sind etwas häufiger, als bei Erwachsenen und kommen bei ungefähr 35 Prozent der Kinder vor. Häufig fängt die kindliche Psoriasis sehr plötzlich an und zeigt sich anfänglich oft auch im Gesicht (ungefähr bei 40 Prozent der Kinder). Die Herde an Armen, Beinen, Brust und Rücken sind zwar deutlich gerötet, schuppen aber zumeist nur leicht.

Bei Säuglingen und kleinen Kindern darf Salizylsäure nicht angewandt werden. Es ist bei Säuglingen durch Salizylsäure zu Todesfällen gekom-

men. Die Basistherapie mit Pflegeprodukten sowie die äußerliche Behandlung mit Kortikoiden stehen im Vordergrund. Ab dem 6. Lebensjahr darf Calcipotriol in Salbengrundlage angewandt werden. Weiterhin steht Dithranol (Cignolin, Anthralin) in Salben zur Verfügung, erfordert aber intensive Mitbetreuung durch den Arzt. Sowohl die UV-Lichttherapie als auch die Behandlung mit innerlichen Medikamenten werden bei Kindern zurückhaltend eingesetzt.

►► Psoriasis-Arthritis

Der Begriff bezeichnet eine entzündliche Erkrankung der Gelenke, die bei etwa 20 Prozent der Patienten mit einer Psoriasis der Haut zusätzlich auftritt. Bei den meisten Patienten (über 80 Prozent) besteht zunächst über viele Jahre nur eine Psoriasis der Haut, bevor eine Psoriasis Arthritis hinzukommt. Obwohl ein bestimmtes Muster der Erkrankung auf eine Psoriasis-Arthritis schließen lässt, ergibt sich die Diagnose in vielen Fällen erst beim gleichzeitigen Vorliegen typischer Haut- und Nagelveränderungen und dem Fehlen des so genannten Rheuma-Faktors. Dieser Faktor kann typischerweise bei Patienten mit rheumatoider Arthritis im Blut nachgewiesen werden. Bei den wenigen Patienten, bei denen sich eine Psoriasis-Arthritis vor einer (ungefähr 10 Prozent) oder ohne (unter 10 Prozent) Psoriasis der Haut entwickelt, kann die Diagnose sehr schwierig sein.

Gerade bei Patienten mit einer Psoriasis der Nägel sollte unbedingt nach dem Vorliegen einer Psoriasis-Arthritis gesucht werden. Psoriasis-Arthritis ist bei Patienten mit einer Beteiligung der Nägel doppelt so häufig wie bei Patienten ohne Erkrankung von Nägeln. Die sehr genaue Untersuchung der gesamten Haut einschließlich des Bauchnabels, der Analfalte und des behaarten Kopfes ist wichtig, um bisher nicht entdeckte einzelne, manchmal sehr kleine Psoriasis-Herde zu identifizieren.

Eine Besonderheit der Psoriasis-Arthritis gegenüber rheumatischen Erkrankungen ist ihre klinische Vielgestaltigkeit. Psoriasis-Arthritis kann sich als Entzündung der Gelenkhaut (Synovitis), der Knochen (Osteitis und Osteomyelitis) und der Knochenhaut (Periostitis) sowie des Gelenk nahen Ansatzes von Gelenkkapseln, Sehnen oder Bändern (Enthesitis) äußern. Verschiedene Muster der Erkrankung lassen sich unterscheiden. Dazu

gehört eine Entzündung der kleinen Gelenke der Finger und/oder Zehen. Eine Beteiligung aller Gelenke eines Fingers (Erkrankung im Strahl) oder die Entzündung nur der Endgelenke in den Fingerspitzen (DIP-Arthritis) sind typisch. Häufig verändert sich eine entzündliche Schwellung der Fingergelien (Dakylitis) zu einem verdickten Finger oder einer verdickten Zehe.

Bei ausgeprägter Psoriasis-Arthritis sind viele kleine Gelenke erkrankt. Daneben können einzelne große Gelenke, z.B. die Kniegelenke, erkranken (Oligoarthritis). Zu einer knöchernen Zerstörung der Gelenke (Arthritis mutilans) kommt es bei ungefähr fünf Prozent der Patienten. Etwa 40 Prozent der Patienten mit Psoriasis-Arthritis haben Rückenschmerzen oder Schmerzen in den Steißbeinfugen als Folge einer Beteiligung der Wirbelsäule.

Psoriasis-Arthritis kann sich durch morgendliche Steifigkeit verbunden mit einem Anlaufschmerz bemerkbar machen, der sich bei zunehmender Bewegung bessert. Bei Erkrankung des Achsenskeletts und des Kreuz-Darmbeingelenks (Iliosakralgelenk) können neben nächtlicher Schmerzen im Rücken vor allem auch Schmerzen im Gesäß und eine Einschränkung der Bewegungen des Kopfes auftreten.

Die Entzündung der Sehnen (Enthesitis) kann sich als spontaner Schmerz oder Druckschmerz äußern. Schwellungen nahe am Gelenk und Schmerzen schränken die Beweglichkeit ein. Nicht selten verlaufen Entzündungen der Sehnen ohne deutliche Beschwerden und bleiben vom Patienten unbemerkt. Bei einer Psoriasis-Arthritis sind der Ansatz der Achillessehne an der Ferse sowie die am Fersenbein ansetzende Sehnenplatte der Fußsohle häufiger erkrankt. Auch im Bereich der Wirbelsäule und an den Gelenken im Bereich der oberen Rippen, dem Brustbein und dem Schlüsselbein können Entzündungen der Sehnen recht häufig vorkommen.

Bei der Auswahl einer geeigneten Therapie sind Ausmaß, Verlauf, Beeinträchtigung, Ansprechen sowie die Verträglichkeit früherer Therapien zu berücksichtigen. Bei Patienten mit Erkrankung der Haut und der Gelenke sollte die Therapie auf die Entzündung in der Haut und in den Gelenken wirken. Bei leichter Erkrankung an Psoriasis-Arthritis können Azulfidin oder nicht-steroidale Anti-Rheumatika (NSAR) helfen. Dazu begleitend können bei Kontrolle der Entzündungen und der Schmerzen physiothe-

rapeutische Maßnahmen und orthopädische Hilfsmittel sinnvoll sein. Bei Erkrankung einzelner größerer Gelenke sollten Injektionen mit Kortison erwogen werden.

Als antirheumatische Basistherapie wird seit vielen Jahren auch Methotrexat (MTX) eingesetzt, das auch auf die psoriatische Haut einen günstigen Effekt hat. Qualitativ hochwertige Studien, die eine gute Wirksamkeit des MTX bei Psoriasis-Arthritis belegen, liegen nicht vor.

Leflunomid kann alleine oder in Kombination mit MTX eingesetzt werden.



Psoriasis-Arthritis mit einer Psoriasis der Nägel

Deutlich wirksamer, als alle bisher eingesetzten Therapien, sind für die Behandlung der Psoriasis-Arthritis zugelassenen Biologika, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankversicherung eingesetzt werden dürfen, wenn andere Maßnahmen keine ausreichende Wirksamkeit zeigen oder nicht gegeben werden können. Vorteil dieser Präparate ist die Verhinderung eines Voranschreitens der Psoriasis-Arthritis. Es kann sogar zu einer leichten Verbesserung bestehender Zerstörungen an Knochen kommen. Biologika aus der Gruppe der TNF-Antagonisten zeigen gute Wirksamkeit auch bei Entzündungen an Sehnen (Enthesitis/Daktylitis).

Autoren

Prof. Dr. Matthias Augustin, Hamburg

Joachim Klaus, Osterwieck

Joachim Koza, Berlin

Hans-Detlev Kunz, Hamburg

Prof. Dr. Ulrich Mrowietz, Kiel

PD Dr. Thomas Rosenbach, Osnabrück

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied des Deutschen Psoriasis Bundes e.V. (DPB), Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg. Ich verpflichte mich, den gemäß der Beitragsordnung des DPBs jährlich im Voraus fälligen Mitgliedsbeitrag (im Lastschriftenverfahren 48,- Euro, sonst 51,- Euro) satzungsgemäß für jedes Kalenderjahr auf das Konto 7423400 bei der Bank für Sozialwirtschaft Hannover, BLZ 251 205 10 zu leisten.

Meine persönlichen Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Diese Daten unterliegen dem Datenschutz. Im Falle einer Änderung der Adresse darf die Deutsche Post AG die neue Anschrift dem DPB mitteilen. Ich willige ferner ein, dass meine Adresse, Mitgliedsnummer und das Eintrittsdatum ggf. an eine ehrenamtlich tätige Regionalgruppenleitung in meiner Region weitergegeben werden*): ja nein *) Zutreffendes-bitte markieren

Ich wurde gewonnen durch:

Datum:

Unterschrift:

Name, Vorname, ggf. DPB-Mitgliedsnummer, Anschrift

Prf.-Ul.2013





**Deutscher
Psoriasis Bund e.V.**

Seewartenstraße 10
20459 Hamburg

▶▶ Impressum

Herausgeber und Verlag:
Deutscher Psoriasis Bund e.V.,
Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg
Copyright: Deutscher Psoriasis Bund e.V.
Redaktion: Hans-Detlev Kunz (v.i.S.d.P.)

ISSN 0938-8532

3. Auflage (2013)

Satz: Atelier Ploog, Hamburg

Druck: Druckerei Weidmann GMBH, Hamburg

Auflage: 15.000 Stück

Titelfoto: Schuppung einer Psoriasis vulgaris

▶▶ Fotoverzeichnis

Privat: Seite 2, 3;
Universitäts-Hautklinik Kiel: Titel, Seite 7, 25, 27;
Deutscher Psoriasis Bund: Seite 31

Für alle vorstehenden Formulierungen zu Personen in der männlichen gelten auch die in der weiblichen Form.



Deutscher Psoriasis Bund e. V. (Hrsg.)

Seewartenstraße 10

20459 Hamburg

Telefon 040/22 33 99 0

Fax 040/22 33 99 22

E-Mail: info@psoriasis-bund.de

Internet: www.psoriasis-bund.de

Supplement zum PSO Magazin

DAK
Gesundheit

Unternehmen Leben

Die Patientenversion der S-3 Leitlinie
Psoriasis vulgaris wurde mit freundlicher
finanzieller Unterstützung der Deutschen
Angestellten Krankenkasse hergestellt.
