

Patientenmerkblatt Psoriasis

Was ist die Psoriasis?

Die Psoriasis ("Schuppenflechte") ist eine chronische, schubweise verlaufende Hauterkrankung. Das klinische Bild reicht von einer akuten Aussaat vieler kleinfleckiger Schuppenflechtenherde an der gesamten Haut bis zu chronischen, über Jahre hinweg gleichmäßigen und unveränderten Plaques an wenigen Lokalisationen. Auf dem Boden einer bestehenden Anlagebereitschaft sind verschiedenartige Auslöser wie Infekte, mechanische, physikalische oder chemische Faktoren, bestimmte Grunderkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, HIV-Infektion), einige Medikamente oder auch psychische Faktoren für die Realisation des Krankheitsbildes verantwortlich. Die Hauterscheinungen sind gekennzeichnet durch entzündlich gerötete, scharf begrenzte Krankheitsherde unterschiedlichster Konfiguration mit einer charakteristischen, silbrig glänzenden Schuppung. Die Schuppenflechtenareale können sich auf wenige Herde begrenzen, zu großen Flächen zusammenfließen oder in seltenen Fällen auch den gesamten Körper umfassen. In 30 bis 50 % ist die Schuppenflechte von einer Nagelbeteiligung begleitet. Nicht selten tritt im Zusammenhang mit der Schuppenflechte auch eine Gelenkerkrankung auf.

Die Schuppenflechte war bereits im Altertum bekannt und wurde erstmalig in England zu Beginn des 19. Jahrhunderts beschrieben. Mit einer Erkrankungshäufigkeit von 1 bis 2 % der Bevölkerung ist die Psoriasis bei uns eine der häufigsten und bedeutsamsten Hauterkrankungen. Sie ist in ihrem Auftreten etwa so häufig wie der Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit).

In dermatologischen Kliniken macht sie etwa 6 bis etwa 8 % der Patienten aus. Geographische und ethnische Faktoren sind für die Psoriasis-Häufigkeit bedeutsam. In tropischen und subtropischen Klimazonen ist die Erkrankung wesentlich seltener als bei uns. Weiße Rassen erkranken am häufigsten, gelbe Rassen weniger häufig, schwarze Rassen selten und bei Menschen roter Rassen (Eskimos oder südamerikanischen Indianern) kommt die Psoriasis so gut wie nicht vor. Die Erkrankung kann in jeder Altersstufe beginnen, wenn auch eine Erstmanifestation in früher Kindheit oder bei sehr alten Menschen selten ist.

Welche Formen der Psoriasis gibt es?

Aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes werden verschiedene Formen der Psoriasis unterschieden:

Psoriasis vulgaris

Die Psoriasis vulgaris stellt mit 90 % die häufigste Form der Schuppenflechtenformen dar. Es zeigen sich entzündlich gerötete Plaques mit charakteristischer silbriger Schuppung an den bevorzugten Lokalisationen: Streckseiten der Arme und Beine, vor allen Dingen Knie und Ellenbogenregionen, Steißbeinregion und am behaarten Kopf. Ein deutlicher Juckreiz findet sich bei ca. 20 %. Bei einem möglichen Nagelbefall ist dieser durch charakteristische Merkmale gekennzeichnet. Diese beinhalten gelblich-bräunliche umschriebene Schuppenflechtenherde im Nagelbett unterhalb des Nagels (Ölfleck) sowie sogenannte Krümelnägeln mit bröckeligem Nagelzerfall durch gestörte Nagelverhornung oder feine, wie gestanzte wirkende Nageleinsenkungen durch umschriebene Veränderung der Nagelmatrix (Tüpfelnagel). Der Verlauf der Psoriasis vulgaris ist meist durch gleichförmige Plaques an den genannten bevorzugten Lokalisationen charakterisiert (chronisch-stationäre Form). Dieser Zustand besteht oft über lange Zeiträume ohne wechselndes klinisches Bild, eventuell auch mit klinisch stummen Phasen. Im Erkrankungsschub kommt es entweder zur Entwicklung neuer punktförmiger Herde (Psoriasis guttata), die sich allmählich vergrößern und zusammenfließen können (Psoriasis geographica) oder zu einer plötzlichen Aussaat kleinfleckiger Schuppenflechtenherde (eruptiv-exanthematische Form). Die Abheilung der Schuppenflechtenherde unter Therapie erfolgt narbenlos, gelegentlich treten aber zwischenzeitlich bestehende Hyper- oder Hypopigmentierungen auf.

Psoriasis inversa

Bei dieser Form der Schuppenflechte ist die Lokalisation im Gegensatz zur klassischen Psoriasis vulgaris umgekehrt (invers), das heißt, die Schuppenflechte zeigt sich typischerweise nicht an den Streckseiten der

Arme und Beine, sondern vielmehr an den Beugeseiten des Körpers. Der Befall der Schuppenflechte kann dann auch die sogenannten intertriginösen Räume (Achsel- und Leistenregion, Genitalregion und bei Frauen unterhalb der Brüste) umfassen. Die Therapie an diesen genannten Lokalisationen kann den Arzt oder Therapeuten oft vor nicht unerhebliche Probleme stellen. Sehr häufig kann sich die Schuppenflechte entweder zusätzlich oder auch ausschließlich an den Handinnenflächen und Fußsohlen manifestieren; sie wird dann als Psoriasis palmoplantaris bezeichnet. An den Handinnenflächen und Fußsohlen ist die Schuppenflechte entweder von starken Hornplatten und mitunter sehr schmerzhaften Hautrissen gekennzeichnet oder es treten viele kleine sterile Eiterbläschen bzw. stark juckende wasserklare Bläschen auf. Auch diese Schuppenflechtenform stellt oft ein erhebliches therapeutisches Problem dar.

Psoriasis pustulosa

Diese Form der Schuppenflechte ist durch eine schwere entzündliche Variante gekennzeichnet, die in manchen Fällen durch eine Infektion oder Medikamente ausgelöst wird. Dabei ist das gesamte Integument von zunächst einzelnen, später zusammenfließenden sterilen Pusteln (Eiterbläschen) auf gerötetem Grund befallen. Die charakteristische Schuppung tritt bei dieser Variante eher in den Hintergrund. Allerdings können die beschriebenen Pusteln auch neben oder innerhalb von typischen Schuppenflechtenherden angetroffen werden. Wie bereits beschrieben, kann ein Schuppenflechtenverlauf mit Pustelbildung auch lediglich die Handinnenflächen und Fußsohlen betreffen.

Psoriasis arthropathica

Bei der Psoriasis arthropathica handelt es sich um den Befall der Schuppenflechte an den Gelenken. Ca. 10 bis 15 % der Psoriasis-Patienten sind von einer Gelenkbeteiligung betroffen. Die Schuppenflechte an den Gelenken kann im Zusammenhang mit einem Schuppenflechtenbefall der Haut auftreten. Seltener ist der alleinige Befall der Gelenke ohne typische Hautveränderungen. In diesen Fällen ist die Psoriasis arthropathica oft nur schwer von anderen rheumatischen Gelenkerkrankungen zu unterscheiden. Prinzipiell kann jedes Gelenk von einer Psoriasis arthropathica befallen sein. Das Ausmaß der Erkrankung kann von einem Eingelenksbefall über Teilgelenksbereiche bis hin zum Befall aller Körpergelenke reichen. Häufig sind die kleinen Gelenke an Finger und Zehen sowie Händen und Füßen befallen. Ähnlich wie bei der Bechterew'schen Erkrankung können aber auch die großen Wirbelsäulengelenke mit in das Krankheitsbild einbezogen sein. Oftmals ist in der Therapie der Psoriasis arthropathica die Zusammenarbeit eines Dermatologen und eines Rheumatologen erforderlich.

Wie sieht die Therapie der Psoriasis aus?

Die Behandlung der Psoriasis reicht befundabhängig von einer indifferenten Lokalthherapie bis hin zur nebenwirkungsreichen systemischen Therapieform. Die Auswahl des therapeutischen Konzeptes richtet sich nach der Verlaufsform der Psoriasis sowie den therapeutischen Möglichkeiten (ambulant oder stationär), wobei gesagt werden kann, dass die meisten Schuppenflechtenpatienten mit lokalen, ambulant durchführbaren Therapien auskommen. Als allgemeine therapeutische Maßnahme für den Schuppenflechtenpatienten ist es wichtig, dass irritative Einflüsse vermieden werden. Dazu gehören das Tragen beengender Kleidung, der Kontakt mit Chemikalien, Sonnenbrände, eine starke Hautaustrocknung und Verletzungen. Bei Befall der Nägel sollten Nagelirritationen vermieden werden (z. B. Schreibmaschine schreiben, Klavier spielen). Die Nägel sollten stets kurz gehalten werden, um Traumatisierungen der Nagelmatrix zu verhindern. Die Hautreinigung sollte mit rückfettenden und nicht hautreizenden Substanzen (sogenannten Syndets) erfolgen. Zur Haarwäsche werden milde Shampoos, bei stärkerer Kopfschuppung schieferöhlhaltige oder teerhaltige Präparate empfohlen. Eine spezielle Schuppenflechtendiät gibt es nicht. Allerdings sollten scharfe Gewürze und Alkohol, bei einer bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeit natürlich auch diese verantwortlichen Stoffe unbedingt gemieden werden. Eine stationäre Behandlung ist in der Regel dann erforderlich, wenn die Schuppenflechte nicht ausreichend auf ambulante Lokalthapien anspricht, eine Schuppenflechte vom sogenannten eruptiv-exanthematischen Typ (s.o.) vorliegt, eine generalisierte Pustelbildung besteht oder ein schwerer Gelenkbefall das Krankheitsbild kennzeichnet.

Die Behandlung der Schuppenflechte umfasst "drei therapeutische Säulen":

- Die äußerliche Therapie,
- die UV-Bestrahlungstherapie
- und die innere Therapie.

Äußerliche Therapie

Zu Beginn einer Behandlung der Schuppenflechte steht oftmals das reine Ablösen der Schuppen mit sogenannten Keratolytika (Salicylsäure). Bei geringem Befall können Teerpräparate oder Schieferöle eingesetzt werden. Das klassische Therapeutikum im stationären Bereich bildet das Dithranol, das seit über 80 Jahren in der Dermatologie eingesetzt wird und einen guten therapeutischen Effekt aufweist. Leider verfärbt diese Substanz unwiderruflich Kleidung und sanitäre Einrichtungen, so dass der Einsatz im ambulanten Bereich praktisch nicht möglich ist. Als neuere, gut wirksame Präparate haben sich in den letzten Jahren die sogenannten Vitamin D3-Analoga und die topischen Retinoide erwiesen. Mitunter ist der Einsatz von äußerlichen Kortisonpräparaten sehr effektiv und hilfreich, jedoch können sie mit der Zeit ihre Wirksamkeit einbüßen.

UV-Bestrahlungstherapien

Während in früheren Zeiten lediglich reine UV-A- oder UV-B-Bestrahlungen, ggf. kombiniert mit Sole-Bädern, zur Verfügung standen, haben die technischen Entwicklungen in letzter Zeit zu einer erheblichen Erweiterung des therapeutischen Spektrums geführt. Die Festlegung der therapeutischen Dosis und des Therapieregimes sollte nach Bestimmung der individuellen Lichtempfindlichkeit und unter Berücksichtigung des Gerätetyps erfolgen. Ein besonderer Stellenwert wird in letzter Zeit der sogenannten PUVA-Therapie beigemessen. Hierbei handelt es sich um eine Bestrahlungsform, der eine Gabe einer lichtempfindlichmachenden Substanz vorausgeht. Durch diesen Behandlungsschritt kann die Haut für einen besonderen therapeutisch zu nutzenden Spektralbereich empfindlich gemacht werden und so sehr hohe Dosen der UV-Bestrahlung eingespart werden. Während in früheren Zeiten die lichtempfindlichmachende Substanz nur in Tablettenform zur Verfügung stand und nicht selten von erheblichen Magen-Darm-Problemen begleitet war, kann die Gabe der lichtempfindlichmachenden Substanz jetzt in Form eines Medikamentenbades erfolgen (sogenannte PUVA-Bad-Therapie). Die Anwendung dieser PUVA-Bad-Therapie kann sowohl als Vollbad wie auch als Teilbad an den Händen und Füßen erfolgen. Zur Anwendung an den Händen und Füßen steht die lichtempfindlichmachende Substanz auch als Lösung oder Cremegrundlage zur Verfügung.

Innere Therapie

Immer dann, wenn die Kombination aus den vorgenannten Therapiemöglichkeiten keinen ausreichenden Behandlungserfolg gezeigt hat oder die Durchführung nicht möglich war, sollte eine systemische Therapie erwogen werden. Dabei ist auf jeden Fall zu berücksichtigen, dass eine Systemtherapie immer von einer Lokaltherapie begleitet werden sollte, um die Wirksamkeit der Behandlung zu erhöhen und um die Dosis des systemischen Therapeutikums so gering wie möglich zu halten. Das Spektrum innerer Schuppenflechentherapeutika umfasst die sogenannten Fumarsäureester (Fumarate), die Retinoide, Methotrexat, Ciclosporin und Biologika. Über die Wahl des Präparates, dessen Auswirkung und mögliche Nebenwirkungen sollte Sie Ihr behandelnder Arzt vor Therapiebeginn unbedingt ausführlich aufklären. Zusammenfassend ist zu sagen, dass aufgrund des chronischen individuellen Verlaufes eine erfolgreiche Therapie der Schuppenflechte eine gute Kooperation des behandelnden Arztes und des Patienten unbedingt voraussetzt.