

Psoriasis bei Kindern

Nicht nur ein Hautproblem

Etwa 2 Prozent der Bevölkerung leidet an Psoriasis, 10 Prozent davon sind Kinder. Durch den chronischen und schubweisen Krankheitsverlauf müssen sich solche Kinder auf einen sehr langen, häufig sogar lebenslangen Umgang mit der Schuppenflechte einstellen. Deshalb sollte mit antipsoriatisch wirksamen Substanzen, deren Nebenwirkungen sich im Laufe der Zeit im Körper akkumulieren, sehr vorsichtig umgegangen werden. Bis heute sind nur wenige Psoriasismedikamente für die Anwendung speziell bei Kindern geprüft und zugelassen.

KLAUS DUFFNER

Kinder mit Psoriasis müssen schon früh lernen, mit ihrer Krankheit, die in der Regel für alle sichtbar ist, nicht nur physisch, sondern auch mental umzugehen: Hänseleien oder Stigmatisierungen, ob in der Schule oder Freizeit, sind leidvolle Erfahrungen, die fast jeder Betroffene schon einmal erlebt hat. Schon ein Schwimmbadbesuch kann so zu einem schier unüberwindlichen Hindernis werden. Es ist daher nicht verwunderlich, dass durch eine solche Krankheit die Entwicklung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens nachhaltig gestört werden kann. Eltern sollten sich die Zeit nehmen, mit ihren Kindern über deren Ängste und Hemmungen zu sprechen. Ein Beziehungssystem, bestehend aus Eltern, Arzt, Selbsthilfegruppen und gegebenenfalls einer professionellen psychologischen Beratung, kann helfen, auch kritische Phasen im Leben heranwachsender Psoriatiker zu meistern.

Merksätze

- Tritt die Erkrankung schon im Kindesalter auf, liegt eine Typ-I-Psoriasis vor, bei der die genetische Veranlagung eine grössere Rolle spielt als bei der Typ-II-Psoriasis.
- Die häufigste Erscheinungsform im Säuglings- und Kleinkindalter ist die psoriatische Windeldermatitis und im Kinder- und Jugendalter die Psoriasis vulgaris.
- Während bei Säuglingen und Kleinkindern zumeist nach Körpergewicht dosiert wird, würde bei älteren Kindern eine zu starre Anwendung der Körpergewichtsregel zu hohe Dosen ergeben. Dort ist die Körperoberfläche das bessere Richtmass: Sechs- bis neunjährige Kinder sollten etwa die Hälfte und zehn- bis zwölfjährige zwei Drittel der Erwachsenendosis erhalten.
- Calcipotriol ist die bei Kindern am besten dokumentierte Lokalthherapie.

Teufelskreis mit vielen Ursachen

Die Psoriasis ist in der Gesamtbevölkerung mit einer Inzidenz von 1 bis 2 Prozent eine der häufigsten dermatologischen Erkrankungen. Im Kindesalter tritt sie hingegen eher selten auf: Etwa 10 Prozent der Psoriasispatienten sind Kinder. Die meisten Erstmanifestationen treten im jungen Erwachsenenalter zwischen dem 16. und 21. Lebensjahr auf. Die Neigung zur Psoriasis ist erblich: Ist ein Elternteil an der Schuppenflechte erkrankt, liegt die Wahrscheinlichkeit, dass der Nachwuchs sie ebenfalls bekommt, bei etwa 30 Prozent. Haben beide Eltern Psoriasis, liegt das Risiko schon bei 65 Prozent. Eine im Jahr 2003 durchgeführte europäische Umfrage zur Lebensqualität von Psoriatikern zeigte, dass bei 110 von 412 befragten Patienten aus der Schweiz auch ein Elternteil unter Psoriasis litt. Trotz grosser Forschungsbemühungen ist bis heute nicht eindeutig geklärt, welche Ursachen der Psoriasis zugrunde liegen.



Psoriasis vulgaris im Rumpfbereich

Sicher ist, dass viele verschiedene Faktoren beteiligt sind – bei ihrer Entstehung scheint eine Störung im Immunsystem unter Beteiligung von T-Lymphozyten und deren Botenstoffen, den Zytokinen, die zentrale Rolle zu spielen. Vermutlich angeregt durch körpereigene Stoffe, die jedoch irrtümlich als Fremdkörper angesehen werden, wandern T-Zellen in die oberste Hautschicht und bilden entzündungsfördernde Zytokine (TNF-alpha, Interferon-gamma). Damit noch mehr Immunzellen aus dem Blut zu diesen «Fremdkörpern» gelangen, werden die Blutgefässe erweitert. Die Folge: Die betroffenen Hautregionen röten sich und schwellen unter der Einwirkung der Zytokine an. Gleichzeitig werden die Keratinozyten der Oberhaut zur vermehrten Teilung angeregt: Während eine normale Hautzelle in 28 bis 30 Tagen reift und anschliessend unbemerkt an der Hautoberfläche abgestossen wird, benötigen die Hautzellen bei Psoriatikern nur bis zu sieben Tage, um zu reifen und an die Oberfläche zu gelangen. Dort reichern sie sich zu grossen Zellhaufen an und formen auf der Hautoberfläche die gefürchteten

rot umrandeten Plaques. Die vorhandenen Zytokine stimulieren die Produktion neuer Zytokine: Die Entzündung wird damit permanent aufrechterhalten, ein Teufelskreis entsteht.

Neben der genetischen Prädisposition spielen auch Umweltfaktoren eine wichtige Rolle. Bei Kindern scheint die Schuppenflechte besonders häufig im zeitlichen Zusammenhang mit Streptokokkeninfektionen (Hals- und Mandelentzündungen) erstmalig aufzutreten. Aber auch andere Infektionserkrankungen wie Grippe und Masern oder Hautverletzungen, starke UV-Bestrahlung und psychischer Stress können Auslöser einer Psoriasis-erkrankung sein.

Von der Kopfhaut bis zur Fusssohle

Tritt die Erkrankung schon im Kindesalter auf, liegt eine Typ-I-Psoriasis vor. Die genetisch bedingte Veranlagung, an dieser Form zu erkranken, ist stärker ausgeprägt als bei der Spätform, der Typ-II-Psoriasis. Zudem nimmt die Typ-I-Psoriasis einen schwereren Verlauf, das heisst, die Hautveränderungen bedecken eine grössere Gesamtfläche des Körpers und bleiben über längere Zeit bestehen.

Die klar häufigste Schuppenflechte im Säuglings- und Kleinkindalter ist die psoriatische Windeldermatitis. Sie ist differenzialdiagnostisch nicht ganz einfach abzugrenzen, unter anderem gegenüber pilzbedingtem Windelsoor oder Bakterienbesiedlungen mit Eitererregern (perianale Streptokokkendermatitis). Bei zusätzlichen Herden auf der Haut (z.B. im Gesicht), bei scharfen Abgrenzungen sowie bei einer positiven Familienanamnese sollte man an eine Psoriasis denken.

Die im Kindesalter am häufigsten auftretende Manifestation ist die Psoriasis vulgaris. Diese oft grossfleckige Form beginnt mit kleinen, rötlichen Papeln, die mit feinen Schuppen bedeckt sind. Solche Herde können sich im Laufe der Zeit zu mehreren Zentimeter grossen Plaques entwickeln. Prädilektionsstellen sind Knie, Ellenbogen, Bauchnabel, Kapillitium und Lumbosakralbereich. Bei ausgedehnten Plaques kann es zu einer primären Abheilung im Zentrum kommen, ring- oder bogenförmige Herde sind dann die Folge. Die kleinfleckige Form oder Psoriasis guttata zeichnet sich dagegen durch tropfenförmige, erythematöse, schuppige Plaques mit einer Grösse von nur 3 bis 10 mm aus. Zwar sind die Herde diffus über die gesamte Körperoberfläche verteilt, der Schwerpunkt liegt jedoch am Rumpf und an den proximalen Extremitäten. Bei Kindern tritt diese Form häufig nach Streptokokkeninfekten auf. Sie kann innerhalb von drei bis vier Monaten vollständig abklingen, kann aber auch in eine Psoriasis vulgaris übergehen.

Auch der Kopf ist bei Psoriasis-erster Manifestationen im Kindesalter häufig betroffen, was gelegentlich zu Verwechslungen mit einem durch Dermatophyten verursachten Kopfpilz führt. Typisch für eine Kopfhautpsoriasis sind wiederum scharf abgegrenzte Herde, die mit silbrigen Schuppen bedeckt sind. Bei ausgedehntem Befall kann es durch die Behinderung des Haarwachstums durch die Schuppen zu Haarausfall kommen. Finger- und Zehennägel können von Psoriasis ebenfalls betroffen sein. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wird die

Häufigkeit mit bis zu 40 Prozent angegeben. Dabei stellen Tüpfelnägel – gekennzeichnet durch kleine, regelmässig angeordnete Grübchen – mit knapp 90 Prozent die weitaus häufigste Ausprägung.

Bei Kindern eher selten, dafür jedoch in manchen Fällen mit schweren Verläufen, sind pustulöse Psoriasisformen. Dabei bilden sich über entzündeten Hautstellen feine gelbe Pusteln, die vorwiegend aus neutrophilen Granulozyten bestehen. Bei grossflächigem Auftreten kann es zu schwerem Krankheitsgefühl, Fieber, Abgeschlagenheit und Gelenkschmerzen kommen. Auch die Psoriasisarthritis (oder Psoriasis arthropathica) ist bei Kindern selten. Sie tritt auf, wenn die psoriatische Entzündung die Gelenke erreicht hat, und kann sich in unterschiedlichen Formen präsentieren – oftmals auch unter Beteiligung der Augen (Entzündung von Bindehaut oder Iris). Bis heute ist der Zusammenhang zwischen Hauterkrankung und dieser Gelenkentzündung nicht genau geklärt.

Bei Dosierung Körpergrösse berücksichtigen

Bei der Behandlung von Kindern muss grundsätzlich beachtet werden, dass Kinderhaut deutlich durchlässiger für topische Medikamente ist als Erwachsenenhaut. Damit steigt auch das Risiko für systemische Vergiftungen. Gleichzeitig sind Kinder besonders empfindlich gegenüber wachstumsvermindernden Substanzen. Es ist daher immer auf alters- und wachstumsabhängige Unterschiede beim Einsatz von Medikamenten zu achten. Während bei Säuglingen und Kleinkindern zumeist nach Körpergewicht dosiert wird, würde bei älteren Kindern eine zu starre Anwendung der Körpergewichtsregel zu hohe Dosen ergeben. Dort ist die Körperoberfläche das bessere Richtmass: Sechs- bis neunjährige Kinder sollten etwa die Hälfte und zehn- bis zwölfjährige zwei Drittel der Erwachsenenosis erhalten. Da nur sehr wenige Psoriasismedikamente für die Anwendung bei Kindern geprüft und zugelassen sind, sollten Medikamente mit möglichen Langzeitnebenwirkungen nur bei strengster Indikation verwendet werden. Neben der Behandlung möglicher physiologischer Ursachen wie Streptokokkenquellen (z.B. durch Tonsillektomie), Traumata oder Sonnenbränden sollte auch der psychologische Stress bei Kindern nicht unterschätzt werden.

Nicht alles ist gut für die Kinderhaut

Damit topische Präparate zur Wirkung kommen, müssen dicke Schuppenschichten zuerst abgelöst werden. Mit harnstoffhaltigen Salben wurden hier gute Erfahrungen gemacht, allerdings verursachen sie auf der entzündeten Haut ein Brennen. Gut eignen sich auswaschbare Cremes, die auch für die Kopfhaut geeignet sind. Die

Anwendung von salicylhaltigen Salben zur Entschuppung sollte dagegen bei Kindern mit Vorsicht durchgeführt werden, da schon geringe Mengen toxisch auf Zentralnervensystem und Nieren wirken können. Auch bei der grossflächig topischen Anwendung von Kortikosteroiden muss vorsichtig vorgegangen werden. Neben den bekannten Atrophieerscheinungen bei längerer Anwendung kann es durch die hohe Durchlässigkeit kindlicher Haut auch zur Beeinträchtigung der Nebennierenrinde kommen. Trotzdem sind moderne Kortikosteroide bei zeitlicher Begrenzung und sparsamer Anwendung in der Lage, bei wenig Nebenwirkungen eine wirkliche Linderung zu bringen.

Die Verwendung teerhaltiger Produkte ist im Kindesalter problematisch, da es trotz guter und dauerhafter Wirkung zu Geruchsentwicklungen, Verfärbungen und Fototoxizität kommt. Auch zu Dithranol, einem Anthracenderivat, gibt es gegensätzliche Auffassungen darüber, ob und in welcher Konzentration es bei Kindern überhaupt verwendet werden sollte. Typischerweise werden mit Dithranol Psoriasisplaques behandelt.

Gut dokumentierte Lokalthherapie

Dem vermehrten Zellwachstum und der unvollständigen Differenzierung der Keratinozyten wirken Vitamin-D₃-Analoga entgegen. Die Folge: Eine übermässige Verhornung wird verhindert. Bei der lokalen Behandlung der Psoriasis sind Vitamin-D₃-Präparate heute unverzichtbar. Während Calcitriol (Silkis®) ein Metabolit von Vitamin D₃ ist, haben die Vitamin-D₃-Analoga Calcipotriol (Daivonex®) und Tacalcitol (Curatoderm®) den Vorteil, durch leichte chemische Veränderungen in den Seitenketten bei gleich guter Wirksamkeit deutlich weniger hormonellen Einfluss auf bestimmte Stoffwechselforgänge zu zeigen.

Calcipotriol ist die bei Kindern am besten dokumentierte Lokalthherapie und als Salbe und Creme ab sechs Jahren zugelassen. Aber auch bei jüngeren Kindern wurde die Anwendung in der Fachliteratur schon beschrieben. Wegen der ausgeprägten Resorption sollte eine grossflächige Anwendung nicht über



Links: Psoriasis en plaques: Die typischen erythematösen Plaques sind von silbrigen Schuppen bedeckt.

Rechts: Psoriasis guttata: Kleine Plaques mit typischen Schuppen breiten sich nach einer Streptokokkenpharyngitis rasch aus.

längere Zeiträume erfolgen, für Kinder gilt als Richtlinie maximal 50 g Calcipotriol-Salbe pro Woche. Als zusätzliche topische Psoriasis-therapie auf Vitamin-D₃-Basis existiert eine hochwirksame Kombination aus Calcipotriol mit dem Kortikoid Betamethason (Daivobet®), die für Jugendliche ab 16 Jahren eingesetzt werden kann. Sie vereinigt die entzündungshemmende Wirkung des Kortisons mit dem Wirkprofil eines Vitamin-D₃-Analogons und kommt dem Wunsch einer Therapievereinfachung entgegen.

Sonne und Salz

Bei der Behandlung mittelschwerer bis schwerer Psoriasis ist auch die Fototherapie (z.B. Schmalband-UV-B) eine wirksame Methode und kann gut mit topischen Therapien kombiniert werden. Allerdings sollte ein Einsatz vor dem zwölften Lebensjahr erst dann erwogen werden, wenn andere Therapien keinen Erfolg gezeigt haben. Da die kindliche Haut eine höhere UV-Empfindlichkeit aufweist als Erwachsenenhaut, steigt das Risiko für spätere Hautkrebskrankungen. In Sonnenregionen wie am Mittelmeer, Schwarzen Meer oder Toten Meer wird erfolgreich eine Kombination aus Salz- und Sonnenbädern praktiziert. Allerdings gilt immer: Vorsicht vor einem Sonnenbrand.

Die eigentlich gegen atopische Dermatitis eingesetzten modernen Immunsuppressiva (Pimecrolimus [Elidel®] und Tacrolimus [Protopic®]) könnten eine Alternative für den Einsatz von Kortikosteroiden bei Psoriasis werden. Für beide liegen jedoch noch keine klinischen Studien für die Anwendung bei Kindern mit Psoriasis vor.

Systemische Therapie nur bei sehr schweren Fällen

Mit ebenso grosser Vorsicht sollten systemische Therapien im Kindesalter erwogen werden. Sie sind zwar hochwirksam, aber auch mit Nebenwirkungen verbunden und kommen deshalb nur bei sehr schweren Psoriasisfällen in Betracht.

Ciclosporin hemmt die Aktivierung der T-Zellen und die Freisetzung von entzündungsfördernden Zytokinen. Bei Kindern sollte wegen der Nebenwirkungen (Nierenschädigungen, Hypertonie, Hyperlipidämie, Kopfschmerzen u.a.) damit nur kurzfristig behandelt werden.

Die Anwendung von Methotrexat (MTX) ist bei Kindern nur in extrem schweren Fällen indiziert. Das Zytotoxin verhindert durch Enzymhemmung die Vermehrung der Zellen und wird durch den entzündungshemmenden Effekt in niedrigerer Dosierung bei rheumatoider Arthritis und Psoriasis eingesetzt. Als unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind hauptsächlich Nausea und andere Magen-Darm-Beschwerden, Zytopenien und Haarausfall bekannt. Zudem kann es langfristig Lebererkrankungen verursachen; die Kontrolle der Leberwerte ist daher unabdingbar.

Auch das Vitamin-A-Säure-Präparat Acitretin (Neotigason®) hemmt das Zellwachstum wirkungsvoll, zudem wird die Abschuppung beschleunigt. Es wird daher primär bei Psoriasisformen mit Pustelbildung, oft in Kombination mit lokalen Therapieformen, eingesetzt. Allerdings besteht bei Kindern das Risiko von Wachstumsstörungen, es sollte daher nur mit äusserster Vorsicht – und dann möglichst kurzfristig – behandelt werden. Zusätzliche Nebenwirkungen sind Pruritus, Cheilitis, erhöhte Hautverletzlichkeit, Haarausfall, Kopfschmerzen sowie Veränderungen der Blutfett- und Leberwerte. Letztere sollten regelmässig kontrolliert werden.

Als neue Therapieoption nach erfolgloser Behandlung mit anderen Medikamenten gelten sogenannte Biologicals. Dabei handelt es sich um gentechnisch hergestellte Antikörper oder Fusionsmoleküle, die zumindest teilweise menschlichen Eiweissbausteinen entsprechen und gezielt in die T-Zell-Aktivierung eingreifen respektive krankheitsrelevante Zytokine wie TNF-alpha blockieren. Für den TNF-alpha-Blocker Etanercept (Enbrel®) liegen positive Erfahrungen bei Kindern mit juveniler rheumatoider Arthritis vor. Möglicherweise kann damit die Progression der Arthritis auch längerfristig gebremst werden. Allerdings sind diese Medikamente extrem teuer, sodass sie nur dann eingesetzt werden, wenn Patienten auf alle anderen Behandlungen nicht ansprechen oder unter zu starken Nebenwirkungen leiden. ■

Quelle:

Trüeb RM: Psoriasis in children. Dermatological Clinic, University Hospital, Zurich 2006. (ausführlicher Artikel zum Thema im Druck).

Klaus Duffner

Interessenlage: Der Bericht wurde mit freundlicher Unterstützung der Firma LEO Pharma verfasst.