



PSORIASIS

Psoriasis vulgaris

BEDEUTUNG DER KLIMATHERAPIE

von Rainer Disch und Gisela Stauber

Die Psoriasis ist eine chronisch verlaufende, immunologisch medierte Hauterkrankung, bei welcher auch Schleimhaut, Nägel und Gelenke betroffen sein können. Die Morbidität der Psoriasis entspricht mit 2 bis 3 Prozent derjenigen des Diabetes mellitus und ist somit von allgemeinem Interesse. Selbst bei schwersten Psoriasisformen kann mit Hilfe adäquater Therapiemassnahmen, unterstützt durch das einzigartige Heilklima des Davoser Hochgebirges, eine langfristige Remission erzielt werden. Die Klimatherapie basiert auf einer durch spezifische Reizwirkung induzierten Umstimmung des Organismus.

Eine einheitliche Ätiopathogenese der Psoriasis gibt es nicht. Unbestritten ist jedoch, dass die Krankheit multifaktoriell vererbt werden kann. Die genetische Prädisposition beinhaltet verschiedene mit Psoriasis assoziierte Genorte auf unterschiedlichen Chromosomen. Sie wird vor allem durch Gene mit Bedeutung für Entzündung, Immunität und Differenzierung der Epidermis beeinflusst. Endogene und exogene Faktoren tragen zur Ausprägung des Krankheitsbildes bei.

Epidemiologie und Klinik

Klinisch lassen sich zwei Subtypen der Psoriasis vulgaris unterscheiden. 60 bis 70 Prozent der Patienten weisen eine Psoriasis vom Typ I auf, welche gekennzeichnet ist durch einen schweren Krankheitsverlauf mit früher Manifestation (zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr) sowie eine hohe familiäre Belastung mit erhöhter Assoziation mit bestimmten HLA-Antigenen. In der Regel kann dieser Krankheitstyp durch mechanische Provokationsfaktoren wie Hautreizung, Kratzen, wiederholte Druckbelastungen (Köbner-Effekt) ausgelöst werden. Ebenso scheint eine besondere immungenetisch definierte Reaktionsbereitschaft gegenüber Streptokokken-Antigenen vorhanden zu sein. Bei zirka 5 bis 18 Prozent der Patienten tritt eine Mit-erkrankung der Gelenke auf.

Beim Typ II handelt es sich um eine eher mild verlaufende Krankheitsform mit später Manifestation (zwischen dem 35. und 60. Lebensjahr) und fehlender familiärer Häufung. Der Köbner-Effekt als Krankheitsauslöser kann bei diesem Psoriasis-Typ im Allgemeinen nicht festgestellt werden.

Verlauf und Klinik der Psoriasis sind individuell sehr unterschiedlich. Typischerweise treten scharf begrenzte,

entzündliche Papeln mit groblamellärer, silbrig-weißer Schuppung auf. Die Effloreszenzen können punkt- oder tropfenförmig, nummulär (münzenartig) oder exanthematisch sein und zu landkartenähnlichen, bizarren Formen konfluieren. Bei vermehrtem Eruptionsdruck kann es zu generalisierten erythematösen Reaktionen kommen. Charakteristisch für psoriatische Nagelveränderungen sind punktförmige, oft gruppierte Grübchen der Nagelplatte (Rosenau'sches Zeichen) oder «Ölflecken», die Ausdruck subungualer Hyperkeratosen sind. Im weiteren Verlauf der psoriatischen Onychopathie tritt eine Onychodystrophie mit Nagelablösung oder krümeligem Nagelzerfall auf.

Therapeutisches Spektrum

Jeder Patient sollte einen dermatologischen Facharzt zur Diagnosesicherung und zur Einleitung einer adäquaten Therapie aufsuchen. Diese richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung. Die Keratolyse erfolgt äusserlich durch Salicylsäure- und Harnstoffhaltige Salben in Kombination mit Sole- oder Ölbädern. Des Weiteren gibt es eine Reihe bewährter Externa, von welchen Dithranol, Teere, Vitamin-D₃-Analoge und Kortikosteroide von besonderer Bedeutung sind. Diese lassen sich untereinander oder auch mit anderen Behandlungsmethoden wie der Foto- oder Klimatherapie kombinieren. Bei hartnäckigen Infiltrationen können zusätzlich systemische Massnahmen zur Anwendung kommen.

Dithranol

Das altbekannte Dithranol (Cignolin¹) wird als Ersttherapie eingesetzt. Die Konzentration wird stufenweise bis zur subtoxischen Reizgrenze gesteigert. Hierbei soll es zu therapeutisch erwünschten Hautreizungen, jedoch nicht zu einer exsudativen Dermatitis kommen. Aufgrund der Nebenwirkungen (Reizung auch gesunder Hautabschnitte und unangenehme Verfärbung der Wäsche) wird die klassische Dithranol-Therapie nur stationär in Hautkliniken durchgeführt. Eine Therapievariante sind Fertigpräparate als Kombination von Dithranol und Harnstoff, bei welchen dessen hornsichtlösende, wasserbindende und permeationsfördernde Wirkung genutzt wird.

Teere

Steinkohlenteer-Extrakte werden wegen ihrer antiproliferativen Eigenschaften angewandt. Diskussionen bezüglich der Kanzerogenität von Steinkohlenteer-Extrakten zeigten kein Risiko bei einer reinen Teerextrakt-Therapie, sofern nicht weitere Faktoren wie eine hoch dosierte UV-A-Therapie oder eine Behandlung mit immunsuppressiven Substanzen hinzukamen.

Topische Kortikosteroide

Am häufigsten werden – leider immer noch – Glukokorti-

1 In der Schweiz nicht zugelassen

Merksätze

- Die Psoriasis ist eine chronisch verlaufende, entzündliche Systemerkrankung, bei welcher T-Zellen im Mittelpunkt des Entzündungsgeschehens stehen. Diese initiieren und unterhalten den Entzündungsvorgang durch Sekretion eines besonderen Zytokinmusters und regen dabei Keratinozyten zur überschüssigen Proliferation an.
- Die typische Effloreszenz besteht aus scharf begrenzten, entzündlichen Papeln mit groblamellärer, silbrigweißer Schuppung.
- Nägel und Gelenke können mitbetroffen sein.
- Für die Therapie gibt es eine Reihe bewährter Externa wie Dithranol, Teere, Vitamin-D₃-Analoge und Kortikoidsalben.
- Systemisch können Glukokortikoide, Retinoide und im äussersten Fall Immunsuppressiva eingesetzt werden.
- Anwendung finden vor allem auch Foto- und Klimatherapie (Heliotherapie); gerade Letztere sollte im Zweifel jeder Chemotherapie vorgezogen werden.

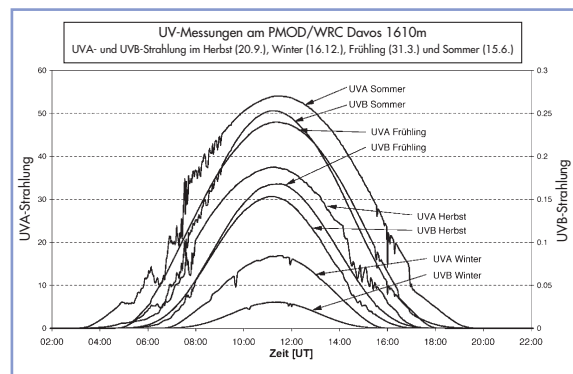


Abbildung 1: UV-Messungen in Davos (1610 m ü.M.): UV-A- und UV-B-Strahlung im Herbst (20.9.), Winter (16.12.), Frühling (31.3.) und Sommer (15.6.)



Abbildung 2: Patientinnen auf einer der Sonnenterrassen der Deutschen Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Alexanderhausklinik). Die Heliotherapie in über 1560 Metern Höhe über dem Meer wird ärztlich überwacht.

koidhaltige Salben und Cremes verwendet, wobei längerfristige und grossflächige Anwendungen insbesondere potenter Kortikosteroide (Klasse III und IV) aufgrund der Nebenwirkungen und der Exazerbation nach Absetzen dieser Therapie vermieden werden sollten.

Dies gilt nicht für den Kopfhautbefall, wo die Anwendung effektiv, gut tolerabel und nebenwirkungsfrei ist.

Für Hautareale des Gesichts, des Nackens, der Gelenkbeugen und im Genitalbereich, wo Substanzen wie Dithranol oder auch Teer nicht toleriert werden, führt der Einsatz von Kortikosteroiden in der richtigen Konzentration zu einer Verbesserung des Hautzustandes.

Besondere Vorsicht und fachdermatologische Kontrolle ist jedoch geboten.

Dies gilt auch für die Behandlung besonders hartnäckiger Hautareale unter Okklusivbedingungen (Folienverband), die grosser therapeutischer Erfahrung bedarf.

Neuerdings steht eine Kombination eines mittelpotenten Kortikosteroids mit einem Vitamin-D₃-Analogon (Calcipotriol) zur Verfügung, in welcher sich die unterschiedlichen Wirkstoffe sinnvoll addieren. Gleichzeitig können die potenziellen Begleitscheinungen beider Substanzen (vor allem Hautatrophie bei den Steroiden respektive Irritationen bei Vitamin-D₃-Analoge) verringert werden.

Vitamin D₃ und seine Analoga

Eine weitere Alternative zur Psoriasisbehandlung bietet die Einführung von Vitamin D₃ (Calcitriol) und seinen Analoga (Calcipotriol, Tacalcitol) als Lokaltherapeutika. Diese werden aufgrund ihrer Wirkung auf die Regulation von Proliferation und Zelldifferenzierung der Epidermis sowie ihrer immunmodulatorischen Funktionen eingesetzt. Sie lassen sich gut mit anderen Wirkstoffen, zum Beispiel Kortikosteroiden, beziehungsweise physikalischen Methoden wie der Fototherapie kombinieren.

Retinoide

Auch eine Lokaltherapie mit Tazaroten (Zorac®), einem Retinoid der dritten Generation, ist möglich. Eine weitere Behandlungsmöglichkeit der Plaque-Typ-Psoriasis ist die lokale Anwendung eines rezeptorselektiven Retinoids (Tazaroten). Dieses lässt sich mit der Fototherapie kombinieren.

Systemische Therapien

Bei therapieresistenten Patienten besteht die Möglichkeit, systemische Behandlungen mit Methotrexat, Cyclosporin oder Retinoiden einzuleiten. Bei der systemischen Glukokortikosteroid-Behandlung besteht immer die Gefahr eines Rebound-Phänomens, das heisst eines schweren und ausgedehnten Rezidivs nach Absetzen des Medikaments. Deshalb ist diese Therapie bei der chronisch-stationären Psoriasis vulgaris nicht indiziert. Bei sonst nicht kontrollierbaren erythrodermatischen Zuständen, bei der generalisierten Psoriasis pustulosa (Typ von Zumbusch) und

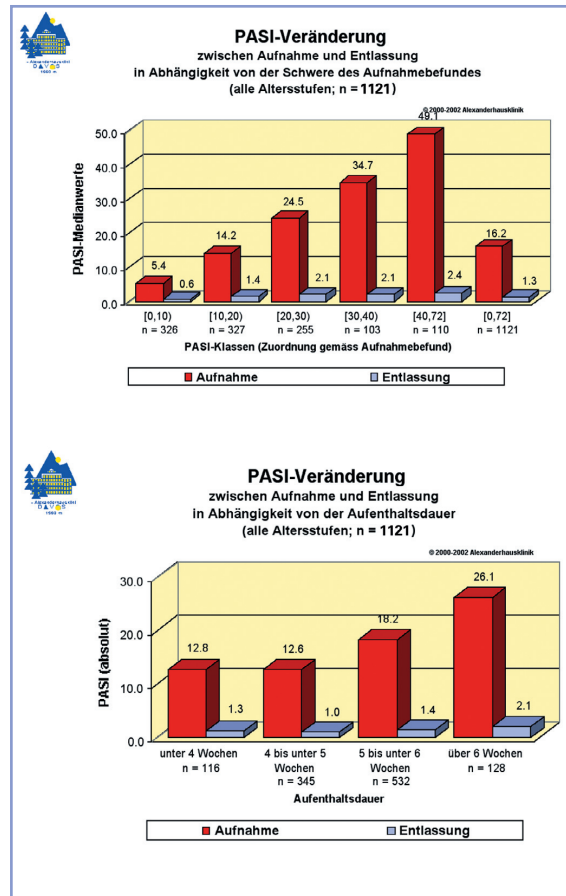


Abbildung 3: PASI-Veränderungen (PASI = bei Psoriasis vulgaris zwischen Aufnahme und Entlassung)

- a) in Abhängigkeit von der Schwere des Aufnahmebefundes (alle Altersstufen; n = 657)
- b) in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer

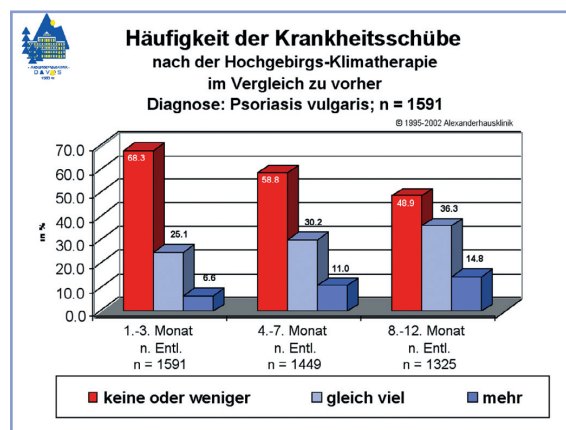


Abbildung 4: Häufigkeit der Krankheitsschübe bei Psoriasis vulgaris vor und nach einer Hochgebirgs-Klimatherapie in Davos

auch bei der Psoriasis-Arthritis mit hyperakuten Entzündungszuständen und somit der Gefahr von Gelenkdestruktionen kann eine systemische Steroid-Gabe erforderlich werden.

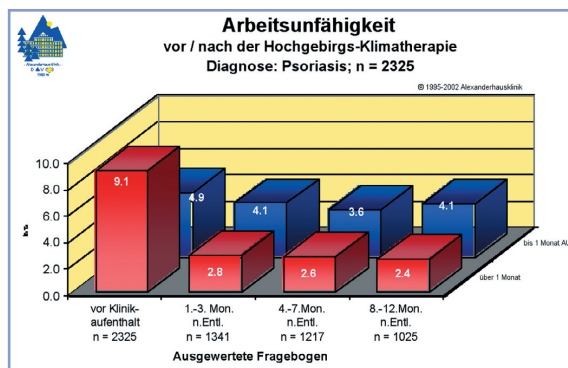


Abbildung 5: Arbeitsunfähigkeit bei Psoriasis vulgaris vor und nach einer Hochgebirgs-Klimatherapie in Davos

Die Anwendung aromatischer Retinoide erfolgt in der Regel in Kombination mit lokalen Massnahmen, wobei sich Patient und Arzt über Nebenwirkungen und insbesondere die Teratogenität im Klaren sein müssen. Die vorgeschriebene ununterbrochene Kontrazeption bei Frauen muss auch unbedingt bis zwei Jahre nach der letzten Einnahme eingehalten werden.

Immunsupprimierende Wirkstoffe wie Cyclosporin und Methotrexat sollten wegen den potenziell schwerwiegenden Nebenwirkungen nur in hartnäckigen Fällen in Erwägung gezogen werden.

Neue Immunmodulatoren

In den letzten Jahren wurden Wirkstoffe entwickelt, welche ganz spezifisch in die Entzündungskaskade eingreifen. Es handelt sich hierbei meist um monoklonale Antikörper, Fusionsproteine und rekombinante Proteine, welche durch Gentechnologie hergestellt werden. Diese so genannten Biologicals reagieren auf T-Zellen, dendritische Zellen und Killerzellen oder interagieren mit zirkulierendem Tumor-

Die Klinik für Dermatologie und Allergie Davos hat einen Behandlungsauftrag für das Fachgebiet Dermatologie und Allergie für Schweizer Patienten und somit auch für die Erkrankung Psoriasis. Das bedeutet, dass sich sowohl deutsche als auch Schweizer Patienten zu Lasten der Grundversicherung in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos, Alexanderhausklinik, stationär behandeln lassen können.

nekrosefaktor-alpha (TNF- α). Diese Präparate sind kostenintensiv und sollten nur in ausgewählten Fällen eingesetzt werden. Hinreichende Langzeitdaten fehlen. Das Auftreten von Infektionen (Tbc), Autoimmunerkrankungen und Malignomen erscheinen als Anwendungsfolge möglich.

Fototherapie

Eine wichtige Säule in der Psoriasisbehandlung ist die Bestrahlung mit UV-Licht. Durchgesetzt hat sich die Fototherapie mit Schmalspektrum-UV-B (Wellenlänge 311 nm). Eine weitere Variante ist die UV-A-Bestrahlung in Kombination mit Lichtsensibilisatoren wie 8-Methoxypsoralen (PUVA). Akute Nebenwirkungen sind kaum bekannt, abgesehen von unspezifischen Unverträglichkeitsreaktionen oder einer fototoxischen Dermatitis bei nicht sachgerechter Handhabung. Neuere Arbeiten weisen jedoch auf ein erhöhtes Hautkrebsrisiko nach Langzeitanwendung hin. Diese Art der Fotochemotherapie sollte deshalb bisher therapieresistenten Fällen, schweren Verlaufsformen, einer Erythrodermie oder den pustulösen Psoriasisformen vorbehalten bleiben. Bei äusserlicher Anwendung des 8-Methoxypsoralen scheint die Hautkrebsgefahr geringer zu sein. Die Substanz wird vornehmlich in der so genannten Balneofototherapie in Form eines Wannenbades (Bade-PUVA) eingesetzt.

interessiert?

Rosenfluh Media AG, Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen am Rheinfluh
Telefon 052-675 50 50, Fax 052-675 50 51, E-Mail: romed@rosenfluh.ch



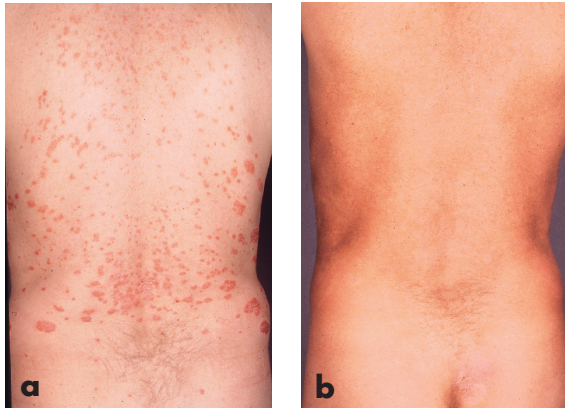


Abbildung 6: Psoriasis vulgaris vor (a) und nach (b) einer Hochgebirgs-Klimatherapie in Davos

Heliotherapie

Die natürliche Heliotherapie im Hochgebirgsklima von Davos bietet gegenüber der Kunstlichtbehandlung bezüglich Dosierung und Krebsrisiko einen grossen Vorteil. Um den gleichen Therapieeffekt beziehungsweise eine Abheilung zu erzielen, kann die Strahlendosis 30-mal geringer sein als bei künstlicher UV-Bestrahlung. Diese Dosierung liegt weit unter derjenigen, die in der Summation zu einer Erhöhung der Inzidenz für Nichtmelanom-Hautkrebs führt. Dies belegen wissenschaftliche Untersuchungen der Deutschen Klinik für Dermatologie und Allergie Davos, Alexanderhausklinik, in Zusammenarbeit mit dem Weltstrahlungszentrum Davos (Abbildungen 1 und 2).

lung zu erzielen, kann die Strahlendosis 30-mal geringer sein als bei künstlicher UV-Bestrahlung. Diese Dosierung liegt weit unter derjenigen, die in der Summation zu einer Erhöhung der Inzidenz für Nichtmelanom-Hautkrebs führt. Dies belegen wissenschaftliche Untersuchungen der Deutschen Klinik für Dermatologie und Allergie Davos, Alexanderhausklinik, in Zusammenarbeit mit dem Weltstrahlungszentrum Davos (Abbildungen 1 und 2).

Klimatherapie

Die Klimatherapie zur Behandlung der Psoriasis wirkt sich nicht nur spezifisch auf die Haut aus, sondern führt auch zu einer Umstimmung des Organismus und einer Modulation des Immunsystems. Eine Reihe relevanter Befunde belegt insbesondere den Nutzen der Hochgebirgs-Klimatherapie in Davos auf 1560 Meter über Meer (Abbildung 3).

Der Wert der Hochgebirgs-Klimatherapie wird nicht allein durch den positiven Behandlungseffekt nach einem mehrwöchigen Aufenthalt bestimmt, sondern kann auch anhand der Langzeitergebnisse in Bezug auf längerfristige Erscheinungsfreiheit, nachhaltige Milderung der Krankheitssymptome, Medikamentenverbrauch und Arbeits- oder Schulfähigkeit gemessen werden (Abbildungen 4 und 5).

Vergleichende Untersuchungen über Behandlungsergebnisse nach einmaliger Therapie wie auch Nachuntersuchungen zum Langzeiteffekt zeigen, dass im Reizklima an der Nordsee und im Davoser Hochgebirgstal Beschwerdefreiheit und wesentliche Besserung in über 95 Prozent der Fälle auftreten (Abbildung 6). Im Vergleich dazu fehlt an Klimaaorten am Schwarzen oder Toten Meer eine höhere Reizstufe. In den Reizklimazonen ist auch die Rezidivrate am niedrigsten (Abbildung 5).

Gesamtbewertung: Klimatherapie vor Chemotherapie

Bevor dem Patienten Behandlungen mit starken Nebenwirkungen zugemutet werden, sollten schonendere Behandlungsoptionen wie zum Beispiel eine klimatherapeutische Massnahme geprüft werden. ●

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Rainer Disch

Facharzt für innere Medizin

Dermatologie, Allergologie und Immunologie FMH

Leitender Arzt

Klinik für Dermatologie und Allergie Davos

Alexanderhausklinik

Tobelmühlestr. 2

7270 Davos

Tel. 081-414 77 77

medilas ag

Neu bei medilas:

EXCIMER TECHNOLOGIE
DER JÜNGSTEN
GENERATION

EXCILITE –
DER NEUE
THERAPEUTISCHE
ANSATZ ZUR
LINDERUNG
VON PSORIASIS

Nach Ablauf eines Behandlungszyklus zeigen klinische Studien eine deutliche Verbesserung der kranken Hautpartien. Dies verbessert die Lebensqualität des Patienten erheblich.

Die Vorteile:

- grosse Behandlungsfläche
- gute Akzeptanz durch die Patienten
- sichtbare Resultate nach wenigen Sitzungen
- geringe Betriebskosten
- keine giftigen Gasflaschen
- keine zusätzlichen Medikamente
- keine Nebenwirkungen





medilas ag · Grindlenstr. 3 · 8954 Geroldswil · Tel 01 747 40 00
 Fax 01 747 40 05 · E-mail info@medilas.ch · www.medilas.ch