

# Pruritus – Ursachen und Behandlung

Von Marguerite Krasovec Rahmann

Nach einem Vortrag der Autorin an der pharmActual-Fortbildung vom 4. April 2013 in Zürich



*Pruritus wird definiert als ein störendes Gefühl, das auf der Haut auftritt und die Betroffenen dazu veranlasst, sich zu kratzen, zu scheuern oder zu drücken. Die aktuell geschätzte Prävalenz von chronischem, definitionsgemäss über 6 Wochen dauerndem Pruritus liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 16 bis 23 Prozent. Chronischer Pruritus geht mit einer erhöhten psychiatrischen Komorbidität, mit Schlafstörungen und mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität einher. Der Begriff «Juckreiz» ist im klinischen Alltag gebräuchlich, aber unpräzise. Es wird deshalb empfohlen, diesen Begriff im wissenschaftlichen Kontext zu vermeiden und ihn durch «Jucken» oder «Juckempfindung» zu ersetzen.*

*Pruritus wird definiert als ein störendes Gefühl, das auf der Haut auftritt und die Betroffenen dazu veranlasst, sich zu kratzen, zu scheuern oder zu drücken. Die aktuell geschätzte Prävalenz von chronischem, definitionsgemäss über 6 Wochen dauerndem Pruritus liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 16 bis 23 Prozent. Chronischer Pruritus geht mit einer erhöhten psychiatrischen Komorbidität, mit Schlafstörungen und mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität einher. Der Begriff «Juckreiz» ist im klinischen Alltag gebräuchlich, aber unpräzise. Es wird deshalb empfohlen, diesen Begriff im wissenschaftlichen Kontext zu vermeiden und ihn durch «Jucken» oder «Juckempfindung» zu ersetzen.*

Anatomisch werden Pruritus und Schmerz durch gleichartige, langsam leitende, nicht myelinisierte, sensorische C-Nervenfasern vermittelt. Die Nervenendigungen für die Juckreizfasern befinden sich in der Epidermis, für die Schmerzfasern an der dermoepidermalen Grenzzone. Laut der «Schichthypothese» (Bigliardi-Qi) regt ein schwacher Stimulus die oberflächlichen Nervenfasern an und löst Pruritus aus. Ein starker Stimulus regt tiefere Fasern an, was zu einer Schmerzempfindung führt. Neue Untersuchungen haben durch Beobachtung des Gehirns mittels MRI und CT gezeigt, dass ganz spezifische Gehirnzonen auf die Juckempfindung reagieren.

Auslöser von Pruritus sind Neuropeptide, Neurotransmitoren, Enzyme, Zytokine oder Entzündungsmediatoren (Histamin, Serotonin, Dopamin, Tryptase, Papain, Kallikrein, Substanz P, Bradykinin, Morphin, Cannabinoide, Leukotriene, Prostaglandine usw.). Diese bewirken einen Reiz an den vermittelnden Nervenendigungen. Die Systemtherapien wirken auf dieser Ebene, indem sie die entsprechenden Mediatoren blockieren.

## **Pruritus bei Dermatosen**

Pruritus tritt mit oder ohne Hautveränderungen auf. Viele Hautkrankheiten wie atopische Dermatitis, Ekzeme, Urtikaria, Lichen planus, Mastozytose, Prurigo, bullöses Pemphigoid können von Juckempfindungen begleitet sein.

Eine klassische Dermatose, welche Pruritus verursacht, ist die Dermatitis atopica (Abbildung 1). Mechanische oder schmerzhaft Reize (z.B. durch Wollfasern, Schwitzen oder beim Prick-Test) werden als Pruritus empfunden. Es wurden anatomische Veränderungen von peripheren sensorischen C-Fasern festgestellt. Antihistaminika sind bei Dermatitis atopica nur wenig wirksam.



Abbildung 1: Die Dermatitis atopica ist das klassische Beispiel einer Dermatose, die Pruritus verursacht.

Allgemein besteht die Meinung, dass Psoriasis (Abbildung 2) nicht juckt. Dennoch zeigen jüngere Studien, dass 30 bis 80 Prozent der Befragten an Pruritus leiden und dass dieser als zweitlätigstes Symptom genannt wird. Diese Thematik wird seitens der Ärzte oft unterschätzt, möglicherweise weil die Intensität und Prävalenz geringer als bei den anderen, klassischen juckenden Dermatosen ist. Frauen sind häufiger als Männer betroffen. Juckreiz plagt sogar zwei Drittel der Kinder mit Psoriasis. Besonders juckend sind die Kopfhaut und die von genitaler Psoriasis betroffenen Regionen. Psoriatischer mit Pruritus neigen mehr zu Depressionen und zu emotionalem und sozialem Rückzug. Die Linderung des Pruritus sollte somit in die Therapie der Psoriasis

## Pruritus – Ursachen und Behandlung



Abbildung 2: Auch die Psoriasis juckt häufig, besonders an der Kopfhaut und in der Genitalregion.



Abbildung 3: Die Urticaria pigmentosa ist eine kleinfleckige, disseminierte, kutane Mastozytose mit Pruritus, der beim Reiben oder Kratzen stärker wird.



Abbildung 4: Das bullöse Pemphigoid kann sich initial nur mit Pruritus manifestieren.

einbezogen werden. Interessanterweise wird die UV-Phototherapie von der Mehrzahl der Patienten als nicht antipruritogen empfunden.

Die Urticaria pigmentosa (Abbildung 3) ist eine kleinfleckige, disseminierte, kutane Mastozytose. Die bräunlich-rötlichen Papeln und Flecken sind am Rumpf und an den proximalen Extremitäten am stärksten ausgeprägt. Als Beschwerdesymptomatik wird lediglich Jucken angegeben, das beim Reiben oder Kratzen stärker wird. Das Darier-Zeichen (lokale Schwellung der Haut nach Reiben) ist charakteristisch und kommt zum Teil auch in nicht befallenen Arealen vor. Zur Therapie leichter Fälle eignen sich Antihistaminika (H1- und H2-Antagonisten), Mastzellegranulationshemmer und Phototherapie.

### Alterspruritus

Ein häufiges Thema im Alter ist der Pruritus senilis (Alterspruritus). In erster Linie müssen eine organische Ursache und eine sogenannte «unsichtbare Dermatose» ausgeschlossen werden. Gewisse Hautkrankheiten können sich initial ohne Hautläsionen nur mit Pruritus manifestieren, wie das bullöse Pemphigoid (Abbildung 4), die Dermatitis herpetiformis Dühring, Porphyrien oder Parasitosen. Die Alteration des Stratum corneum, Anomalien der Keratinisierung und die reduzierte Talg- und Schweißdrüsensekretion führen zur Xerosis cutis. Es wurden degenerative Veränderungen der peripheren Nervenfasern beobachtet, was zu Juckempfindungen beitragen könnte. Der senile Pruritus prädominiert an den Armen und an den Vorderseiten der Unterschenkel. Häufig besteht ein Kontrast zwischen den Beschwerden der Patienten und dem (blanden) Hautstatus.

Bei Jucken ohne Hautläsionen sind Abklärungen nötig, weil metabolische, infektiöse, tumorale und neuropsychiatrische Erkrankungen dahinterstecken können (Tabelle). Die Ursache von Pruritus bleibt dennoch in 5 bis 15 Prozent der Fälle unklar.

### Topische Pruritustherapien

Grundsätzlich sollte immer nach der Ursache des Pruritus gesucht und entsprechend behandelt werden. Initial können folgende symptomatische Prozeduren empfohlen werden:

- Kurze Körperwäsche mit pH-neutralen Produkten auf Ölbasis, wenig schäumend und mit lauwarmem Wasser.
- Die Luftfeuchtigkeit sollte 40 Prozent überschreiten, die Raumtemperatur etwa 20 Grad betragen.
- Mechanische Reize (z.B. durch Gürtel, enge Socken) und ungünstige Textilien (z.B. Wolle, raue Stoffe) sollten vermieden werden.

Zur Wiederherstellung der Hautbarriere bei trockener Haut empfiehlt sich eine Basistherapie mit Lotionen, deren Inhaltsstoffe zur Rückfettung geeignet sind (z.B. Mandelöl, Avocadoöl), und mit Präparaten, deren Ingredienzien das Wasserbindungsvermögen verbessern und die Hautfeuchtigkeit erhöhen (z.B. Milchsäure, Harnstoff).

Tabelle:

### **Mögliche Ursachen von Pruritus mit interner Genese**

- Endokrine Erkrankungen (Hyperthyreose, Hypothyreose, Hyperparathyreoidismus, Diabetes mellitus)
- Chronische Niereninsuffizienz
- Cholestase (z.B. primäre biliäre Zirrhose, primär sklerosierende Cholangitis, Hepatitis C, medikamentöse Cholestase, extrahepatische Cholestase, Schwangerschaftscholestase)
- Infekte (HIV-Infektion, Parasitosen, Hepatitis C)
- Hämatologische und lymphoproliferative Erkrankungen (Eisenmangel, essenzielle Thrombozytose, Hämochromatose, M. Hodgkin, Non-Hodgkin-Lymphome)
- Solide Tumoren
- Neurologische Erkrankungen (Notalgia paraesthetica, postzosterische Neuralgie, Neuropathien, multiple Sklerose, Tumore, Abszesse)
- Psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen (somatoformer Pruritus, Depression)
- Medikamente

(nach Dr. Torsten Schäfer)

Zur Juckreizstillung werden Präparate mit dem Lokalanästhetikum Polidocanol verwendet. Eine kühlende Wirkung hat Menthol (als Lotion oder Schüttelmixtur anwendbar).

Über Cannabinoidrezeptoren auf Keratinozyten, Entzündungszellen, Mastzellen und sensorischen Nervenfasern beeinflussen Endocannabinoide die epidermale Differenzierung und vermitteln antiinflammatorische und antinozizeptive Effekte. Bei topischer Anwendung des Cannabinoidrezeptor-Agonisten N-Palmitoylethanolamin (Physiogel® A.I.) wurde eine Anti-Pruritus-Wirkung festgestellt.

Topisch appliziert bindet das Vanilloid-Alkaloid Capsaicin an den Hitze-Ionenkanal TRPV1, der auf sensorischen Nervenfasern und Keratinozyten exprimiert ist. In den ersten Tagen der Therapie entsteht dabei ein Brenn- und Wärmegefühl, welches bei weiterer Applikation verschwindet. Obschon diese initiale Nebenwirkung nur vorübergehend auftritt, führt sie erfahrungsgemäss zum Therapieabbruch. Durch seinen direkten Angriffspunkt an den sensorischen Nervenfasern ist Capsaicin auch bei Pruritus wirksam, der nicht durch Histamin induziert ist.

Rezeptpflichtige Substanzen, die direkt auf das Immunsystem einwirken, sind topische Kortikosteroide, Pimecrolimus und Tacrolimus.

Bäder mit Wirkstoffen sind als Therapiemöglichkeiten in der Dermatologie etwas in Vergessenheit geraten. Jedes Bad mit der richtigen Temperatur (34–36 Grad

Celsius) hat einen juckreizstillenden Effekt und stimmt das vegetative Nervensystem um. Ölbäder bekämpfen die Xerosis cutis, Schwefel hilft bei chronischem Ekzem und Psoriasis, ist aber bei akuten Dermatitiden nicht geeignet. Eichenrinde enthält adstringierende Gerbstoffe und hilft bei Ekzemen, Hämorrhoiden und Ulzera. Kamillenblüten (alpha-Bisabolol) wirken entzündungshemmend und werden bei Wunden, Analfissuren und Ekzemen verschrieben. Weizenkleie hat antiphlogistische und juckreizstillende Eigenschaften.

### **Systemische Pruritus Therapien**

Antihistaminika sind kompetitive Antagonisten des Histamins an den H1-Rezeptoren. H1-Rezeptoren finden sich im Gehirn und in der Peripherie, H2-Rezeptoren im Magen und im Herz, H3-Rezeptoren im Gehirn. Die Antihistaminika der 3. Generation haben eine starke Affinität zu den H1-Rezeptoren in der Peripherie.

Bei therapieresistentem Pruritus kommen andere Medikamente wie Opiat-Rezeptorantagonisten, selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Serotonin-Rezeptorantagonisten, trizyklische und tetrazyklische Antidepressiva, Gabapentin oder Substanz-P-Rezeptorantagonisten zum Einsatz.

Eine Klassifikation von Pruritus-Erkrankungen und eine 2012 neu bearbeitete S2k-Leitlinie für chronischen Pruritus sind zu finden auf der Website [www.awmf.org](http://www.awmf.org). ●

Korrespondenzadresse:

Dr. Marguerite Krasovec Rahmann  
FMH Dermatologie und Venerologie  
Uitikonstrasse 9  
8952 Schlieren  
Tel. 044-730 40 00  
E-Mail: [dr-krasovec@bluewin.ch](mailto:dr-krasovec@bluewin.ch)

Interessenkonflikte: keine