

Intertriginöse Psoriasis

Bei schätzungsweise 3 bis 12 Prozent der an Psoriasis erkrankten Patienten sind intertriginöse Hautareale betroffen. Bei der Auswahl der topischen Therapie gilt es, die erhöhte Empfindlichkeit der intertriginösen Haut zu berücksichtigen.



Abbildung: Intertriginöse Psoriasis

(Foto: Dr. Marguerite Krasovec Rahmann)

Die intertriginöse Psoriasis betrifft intertriginöse Hautpartien wie die Axillen, die inframammäre Haut, die retroaurikuläre Region, die periumbilikale Haut, die Rima ani und die Inguinalfalten. Neben intertriginösen sind oft auch genitale Hautareale betroffen. Die intertriginöse Psoriasis kann zusammen mit einer chronischen Plaquesoriasis an anderen Körperstellen auftreten. Auch bei generalisierter pustulöser Psoriasis können intertriginöse Hautgebiete betroffen sein. Wenn sich die Dermatose nur auf intertriginöse Hautareale beschränkt, wird oft von «Psoriasis inversa» gesprochen. Nicht ungewöhnlich ist es, dass im Säuglings- und Kleinkindesalter eine seborrhoische Windeldermatitis diagnostiziert wird, aus der sich später im Leben eine Psoriasis entwickelt (1).

Diagnose

Anders als akute Ausschläge in den Hautfalten (z.B. Candida-Infektion) verläuft die intertriginöse Psoriasis chronisch. Häufig klagten Patienten mit intertriginöser Psoriasis über Pruritus und bei Mazeration oder Infektion über Schmerzen und unangenehmen Geruch. Wenn bei der Untersuchung der Haut des ganzen Körpers auch an anderen Stellen typische Psoriasiszeichen auffindbar sind, ist die Diagnose relativ leicht zu stellen. Bei der intertriginösen Psoriasis fehlt die für Psoriasisplaques an anderen Stellen typische raue, dicke Schuppung. Die scharf begrenzten, dünnen Plaques sind bei intertriginöser Psoriasis rot oder pink, glänzend und in der Regel frei von Schuppen. Feuchtigkeitsstau und Reibung erhöhen in intertriginösen Haut-

arealen das Risiko von Mazeration und Superinfektion mit Bakterien und Pilzen. Der PASI (Psoriasis Area and Severity Index) zur Bewertung von Schweregrad und Ausdehnung (Erythem, Schuppung, Infiltration, betroffene Körperoberfläche) ist bei intertriginöser Psoriasis nicht geeignet, weil die Schuppung in der Regel fehlt (1).

Topische Therapie

Bei der topischen Therapie müssen die erhöhte Vulnerabilität der intertriginösen Haut und das erhöhte Nebenwirkungsrisiko (z.B. Irritationen, kortikosteroid-induzierte Hautatrophie) berücksichtigt werden. Dithranol und topische Retinoide erweisen sich in der Regel auf intertriginöser Haut als zu starke Irritantien. Der Einsatz von topischen Kortikosteroiden sollte vorsichtig erfolgen, weil intertriginöse Haut, ähnlich wie die Haut der Genitalien, speziell empfindlich gegenüber Steroidnebenwirkungen ist (Hautatrophie, Striae, Teleangiectasien). Empfohlen werden niedrig potente oder mässig potente Kortikosteroide, die am besten nicht länger als 2 Wochen pro Monat angewendet werden. Auch topische Calcineurininhibitoren (Tacrolimus, Pimecrolimus) kommen in Betracht, da sie entzündungshemmend wirken und keine Hautatrophie provozieren. Bei chronischer Plaquesoriasis wird sehr oft Calcipotriol eingesetzt. Weil die Haut durch das Vitamin-D₃-Derivat Tacalcitol (Curatoderm®) und durch Calcitriol (Silkis®), die aktive Form von Vitamin D, weniger irritiert wird, können diese topischen Medikamente bei intertriginöser Psoriasis bevorzugt eingesetzt werden (1).

AL ▲

Referenz:

1. Borg J et al. How to approach flexural psoriasis. *Dermatology in Practice* 2014; 20 (No 3): 10-14.