



# Psoriasis in der Praxis

Dr. Marguerite Krasovec Rahmann berichtet vom EADV-Kongress 2016



Marguerite Krasovec  
Rahmann

In Wien referierten Prof. Peter van De Kerkhof (Nijmegen, Niederlande), Prof. Elisabeth Riedl (Wien) und Dr. Andreas Pinter (Frankfurt) an einem von der Firma Celgene unterstützten Symposium mit dem Titel «Psoriasis in practice: Understanding meaningful clinical improvement». Es wurde unter anderem über die Diskrepanzen gesprochen, die bei der Wahrnehmung der Psoriasiskrankheit zwischen dem Arzt und dem Patienten bestehen. In der Regel wird der Leidensdruck der Patienten von Ärzten unterschätzt. 94 Prozent der Patienten geben an, dass Psoriasis ein tägliches Problem in ihrem Leben darstellt. Aus der Sicht von 88 Prozent der Patienten ist das emotionale Wohlbefinden durch die Krankheit beeinträchtigt. 82 Prozent denken, dass die Krankheit ihre Lebensfreude trübt. Die Patienten beurteilen die Auswirkungen der Krankheit auf ihr Leben als gravierender als den Schweregrad der Hautkrankheit. Wir müssen uns bewusst sein, dass die aktuellen Hautkrankheitscores (PASI, PGA) diese subjektiven Auswirkungen nicht erfassen und dass neue Scores entwickelt werden sollten. Die Scores erfassen auch nicht den Pruritus, an dem nach neueren Erkenntnissen 64 bis 97 Prozent der an Psoriasis erkrankten Patienten leiden. Die Zufriedenheit mit den Therapien ist bei den Patienten niedrig. Entsprechend haben 40 Prozent der Patienten mit leichter oder mittelschwerer Psoriasis in den

letzten 12 Monaten keinen Arzt konsultiert. Ein Drittel der Patienten meint, dass die Ärzte sowieso nicht helfen können. In diesem Sinne sind wir Dermatologen gefordert!

Am Symposium wurde dargelegt, dass Patienten mit niedrigem PASI markant von systemischen Therapien profitieren. Der Phosphodiesterase-4-Hemmer Apremilast spielt eine zentrale Rolle bei der Regulierung inflammatorischer Mediatoren und wirkt bei Haut- und Gelenkpsoriasis. Apremilast hilft auch bei Kopfhaut- und Nagelpsoriasis ab der Woche 16 und kontinuierlich bis Woche 52. Es wurden einige Fallbeispiele von Psoriasisindikationen vorgestellt, die derzeit als off-label gelten. Es wurden Daten aus klinischen Studien (PSOR-005 und ESTEEM) präsentiert, die zeigen, dass Patienten mit palmo-plantarem Befall im Rahmen einer Plaquesoriasis von der Therapie mit Apremilast profitieren.

## **Ist Psoriasis eine autoinflammatorische Krankheit?**

In der Fortbildungsreihe «Autoinflammatory and neutrophilic diseases» sprach E. Prens (Rotterdam, Niederlande) über die Rolle der Autoinflammation bei Psoriasis. Historisch gesehen wurden autoimmun-entzündliche Erkrankungen in autoinflammatorische Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen unterteilt. Vor etwa 10 Jahren wurde das Konzept eines immunologischen Kontinuums vorgeschlagen: auf der einen Seite des Spektrums die «klassischen» autoinflammatorischen Krankheiten (charakterisiert durch systemische Entzündung in Abwesenheit von hohen Autoantikörpertitern oder autoreaktiven T-Lymphozyten) und auf der andern Seite die Autoimmunerkrankungen. Es

bestehen auch Verbindungen zwischen dem angeborenen und dem erworbenen Immunsystem, welche auf beiden Seiten des Spektrums eine Rolle spielen. Die Psoriasis stellt in diesem Konzept eine Krankheit mit gemischtem Muster dar. Einerseits werden Autoantigene vermutet, die bei der Auslösung der Erkrankung eine Rolle spielen (z.B. das antimikrobielle Peptid LL37), andererseits sind T-Lymphozyten wichtige Akteure der Krankheit.

Neutrophile Dermatosen sind definiert durch das Vorhandensein von neutrophilen Granulozyten ohne Infektion und Vaskulitis. Histologisch sind bei der Psoriasis neutrophile Granulozyten zu finden. Bei gewissen Psoriasisformen sind Pusteln auch makroskopisch sichtbar, wie bei der Psoriasis pustulosa generalisata (Typ Zumbusch), bei der palmo-plantaren Psoriasis pustulosa oder bei der Acrodermatitis continua suppurativa (Hallopeau). Die fünf diagnostischen Kriterien der Psoriasis pustulosa generalisata sind: a) systemische Symptome (Fieber, Abgeschlagenheit, Krankheitsgefühl), b) Pusteln nicht infektiöser Ursache, c) histologisch die unilokuläre spongiforme Kogoj-Pustel, d) Laboranomalien (Leukozytose, erhöhte BSR), e) Rezidive. Spannend ist die Tatsache, dass gewisse pustulöse Formen von generalisierter Psoriasis einen genetischen Hintergrund haben, wie die DITRA, bei der eine «Loss-of-Function-Mutation» im IL36RN/IL1-F5-Gen besteht, wobei IL36RN zur Interleukin-1-Familie gehört. ▲

**Informationen zu PsoriNet finden Sie im Internet unter [www.psorinet.ch](http://www.psorinet.ch)**