



# Psolnsight – Situation der Psoriasis-therapie in der Schweiz: Stand 2016

von Tobias Plaza<sup>1</sup>, Frank Eicher<sup>II</sup>,  
Ruth C. Wicki<sup>III</sup>

In der Schweiz sind schätzungsweise 2 Prozent der Bevölkerung von Psoriasis betroffen (1). Der Leidensdruck der Patienten ist angesichts der stigmatisierenden und häufig sichtbaren Manifestationen gross (2). Trotz relevanter Fortschritte in den vergangenen Jahren bleibt die Therapie eine Herausforderung, bei der es häufig nicht gelingt, den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden (3).

Sowohl die subjektive Krankheitsbelastung wie auch die Patientenzufriedenheit mit der Therapie waren bereits mehrfach Gegenstand verschiedener Untersuchungen. In der Regel berücksichtigten diese Arbeiten jedoch entweder die Patienten- oder die Arztperspektive (3). Darüber hinaus bestehen erhebliche geografische Unterschiede im Hinblick auf die Häufigkeit der Erkrankung (2) und den Zugang zu modernen Therapien. Entsprechend ist die Aussagekraft dieser Publikationen für die Schweiz limitiert. Bisher waren keine entsprechenden Schweizer Daten verfügbar.

Die vorliegende Arbeit schliesst nun diese Lücke. Ziel war dabei, die derzeitige Situation von Schweizer Patienten mittels eines populationsbasierten Projektes zu erfassen. Befragt wurden Patienten mit Psoriasis sowie deren behandelnde Dermatologen. Die Erhebung zielte darauf ab, den Leidensdruck sowie die Zufriedenheit mit der Therapie, unter Berücksichtigung der Einschätzung des behandelnden Arztes, zu formalisieren.

## Material und Methoden

Die Umfrage Psolnsight wurde 2015/16 durch PsoriNet in Kooperation mit der impulze GmbH durchgeführt. Anhand einer nationalen Datenbank wurden Schweizer Dermatologen zufällig ausgewählt und zur Teilnahme eingeladen. 101 Zentren konnten für die Zusammenarbeit gewonnen werden und rekrutierten ihrerseits 521 Patientinnen und Patienten. Die Datenerhebung erfolgte schriftlich, wobei jeder Patient einen Fragebogen ausfüllte. Unabhängig davon dokumentierte der behandelnde Arzt seine Einschätzung auf einem Zusatzblatt. Die Daten wurden digitalisiert und anschliessend im Statistikprogramm SPSS ausgewertet. Unvollständige Datensätze wurden dort, wo Daten verfügbar waren, bei der Analyse berücksichtigt. Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird das «n» im Fliesstext nur bei Auswertungen ausgewiesen, bei denen die Daten von weniger als 500 Patienten verfügbar waren.

## Resultate und Diskussion

### Demografie

Bei einer Population dieser Grösse, rund 160 000 Patienten mit Psoriasis, wird eine Stichprobengrösse von mindestens 384 Teilnehmern empfohlen. Mit 521 befragten Patienten wurde diese Anforderung deutlich übertroffen, und die Daten bilden somit einen guten Querschnitt ab.

Grundsätzlich ist Psoriasis bei Männern und Frauen praktisch gleich häufig (1). Im Kollektiv sind 63 Prozent der Befragten männlich, was entsprechend auf eine Überrepräsentation hinweist. Die Altersverteilung präsentiert sich gemäss den Erwartungen (1, 2).

## QUINTESSENZ

1. Das Ausschöpfen der therapeutischen Optionen ermöglicht die Optimierung der Lebensqualität von Patienten mit Psoriasis.
2. Trotz grundsätzlicher Zufriedenheit geben rund 80 Prozent der befragten Patienten an, zurzeit nicht abgedeckte Bedürfnisse zu haben.
3. Der Zeitaufwand in Zusammenhang mit der Therapie stellt für die Patienten eine unabhängige Belastung dar.
4. Bei der Wahl der Therapie sollte individuellen Patientenbedürfnissen genügend Gewicht beigemessen werden.

### Diagnosen

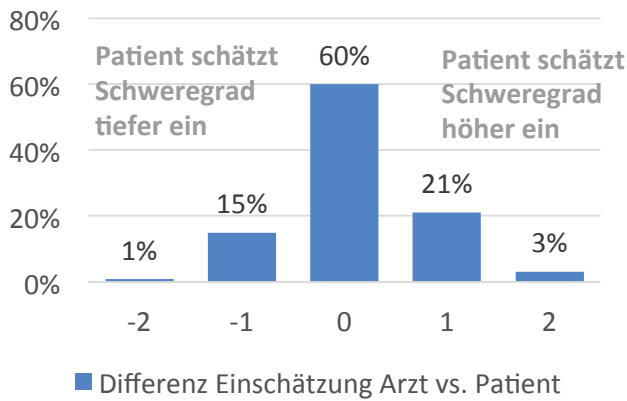
Bei der Mehrheit der Patienten (52%) lag der Zeitpunkt der Diagnose bei Befragung bereits mehr als 10 Jahre zurück. Diagnostiziert wurde die Krankheit mehrheitlich durch Dermatologen (68%) oder Hausärzte (28%). Bei 17 Prozent der Patienten ist die Diagnose histologisch bestätigt worden. 47 Prozent der Teilnehmer wiesen eine positive Familienanamnese auf. 90 Prozent des Kollektivs leidet an plaqueförmiger Psoriasis, und bei 9 Prozent der Befragten wurde zusätzlich eine Psoriasisarthritis diagnostiziert.

Es wird davon ausgegangen, dass bei Patienten mit Psoriasis Komorbiditäten gehäuft auftreten (4, 5). Im untersuchten Kollektiv ist rund die Hälfte der Patienten zusätzlich von mindestens einer weiteren Erkrankung betroffen, wobei Übergewicht (24%) und Rauchen (18%) am häufigsten vertreten sind.

Während «Übergewicht» als Diagnose stark von der angewendeten Definition abhängt und deshalb schwierig direkt zu vergleichen ist, ist der Rauchstatus einfacher zu erfassen. Rund 17,6 Prozent der Schweizer Bevölkerung rauchten 2015 täglich (6), was deckungs-

<sup>1</sup> Dr. med. Tobias Plaza, FMH Dermatologie, Allergologe, 8610 Uster; <sup>II</sup> Dr. med. Frank Eicher, impulze GmbH, 8032 Zürich  
<sup>III</sup> Dr. Ruth Cecile Wicki, Celgene GmbH, 8048 Zürich

## Unterschiede in der Schweregradeinschätzung



Basis: n = 521 Patienten, Schweregrad Einschätzung Arzt n = 509, Selbsteinschätzung Schweregrad Patient n = 515

Abbildung 1

gleich mit den 18 Prozent im Kollektiv ist. Auch die Prävalenz von 4 Prozent Diabetes mellitus in den Psolnsight-Daten deckt sich – berücksichtigt man den höheren Männeranteil – relativ gut mit den bekannten Zahlen von Bopp et al. (3% Frauen und 4,5% Männer) (7). Im Kontext der zwei verglichenen Parame-

ter konnte somit die eingangs beschriebene Häufung von Komorbiditäten nicht bestätigt werden. Dennoch kommt dem Umstand eine bedeutende Rolle zu, da Komorbiditäten einerseits die Wahl der Therapeutika einschränken können und sich andererseits der Schweregrad bestehender

Sekundärkrankheiten durch eine ungenügende Kontrolle der Psoriasis verschlechtern kann (8).

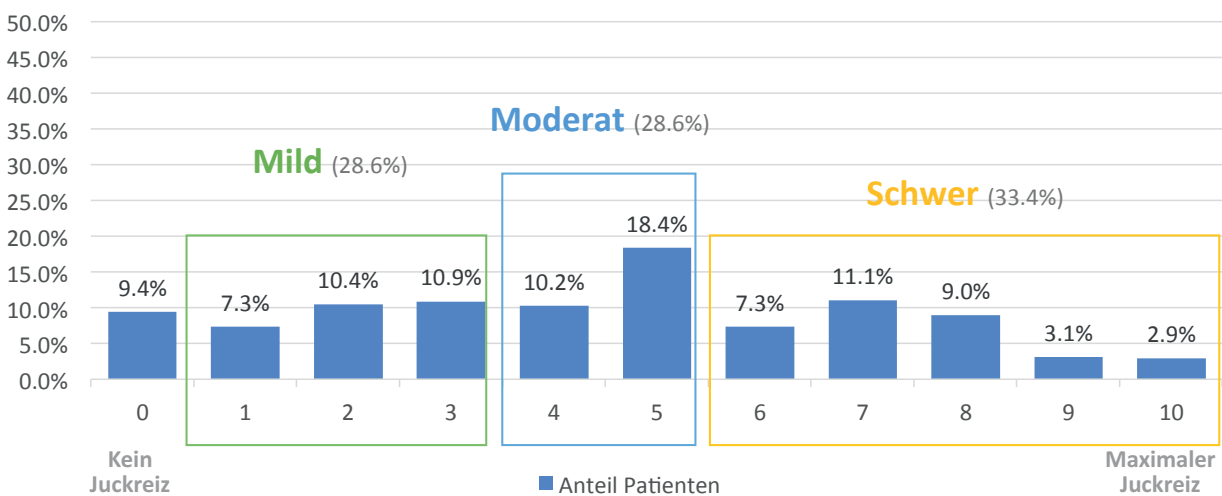
### Schweregrad der Krankheit

Bei rund zwei Dritteln des Kollektivs waren jeweils Arme, Rumpf und/oder die Kopfhaut von Effloreszenzen betroffen (67%, 67%, 66%); bei rund einem Drittel der Patienten Füße, Hände und Nägel (34%, 34%, 27%).

Der durchschnittliche PASI (Psoriasis Area and Severity Index) lag gemäss den behandelnden Ärzten bei 10,1. Die Psoriasis wurde bei 23 Prozent der Befragten (PASI Ø 4,9) als mild, bei 56 Prozent (PASI Ø 9,8) als mittel und bei weiteren 21 Prozent (PASI Ø 15,4) als schwer eingestuft. Die durchschnittlichen PASI-Werte der drei Kategorien widerspiegeln relativ gut die von Schmitt et al. propagierten Schwellenwerte für milde Psoriasis (PASI < 7), moderate Psoriasis (PASI: 7–12) und schwere Psoriasis (PASI > 12) (9).

Da unbekannt ist, in welcher Situation der Fragebogen ausgefüllt wurde (z.B. Neudiagnose, Rückfall, Verlaufskontrolle), lassen die Resultate nur bedingt Rückschlüsse zu. Eine mögliche Schluss-

## Juckreiz – Einschätzung durch Patient



Basis: n = 521 Patienten; Juckreiz, Einschätzung n = 479

Abbildung 2

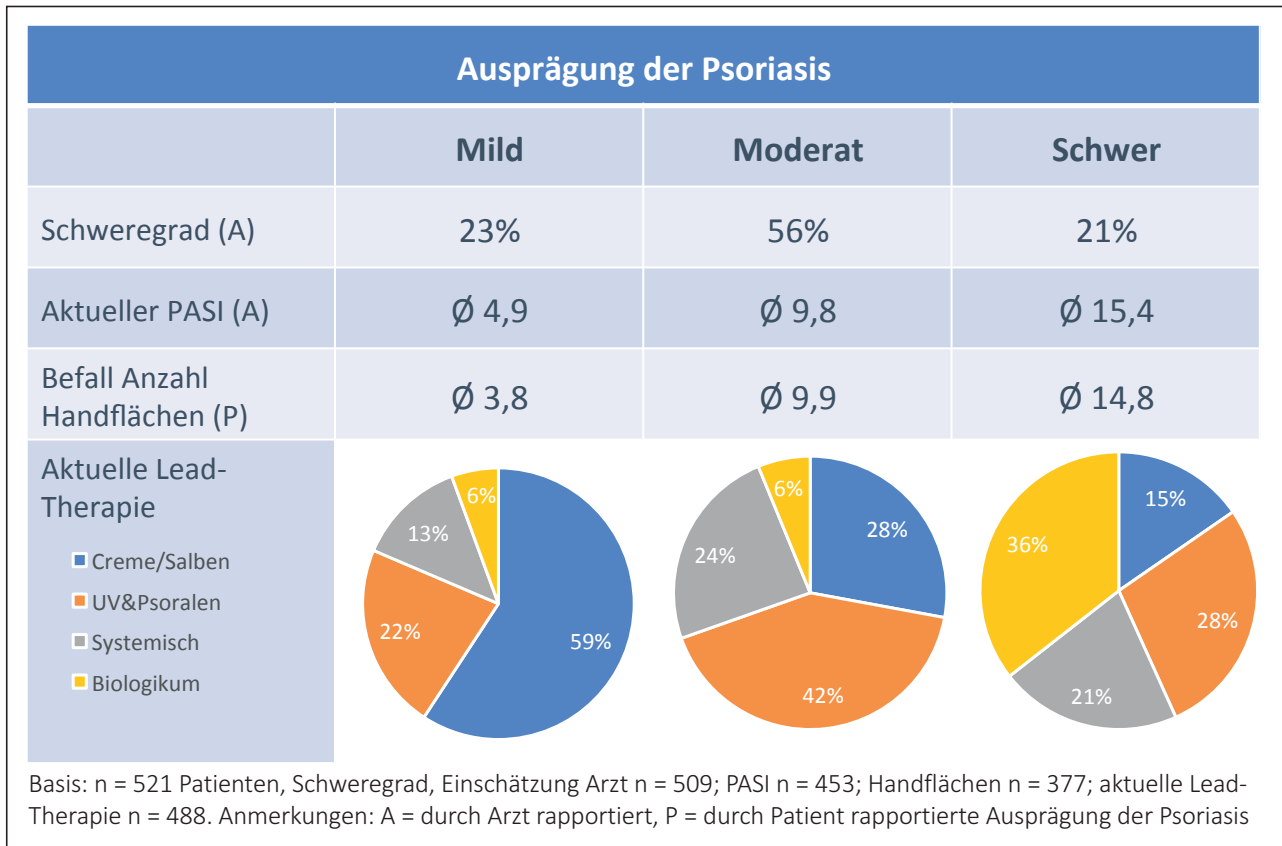


Abbildung 3

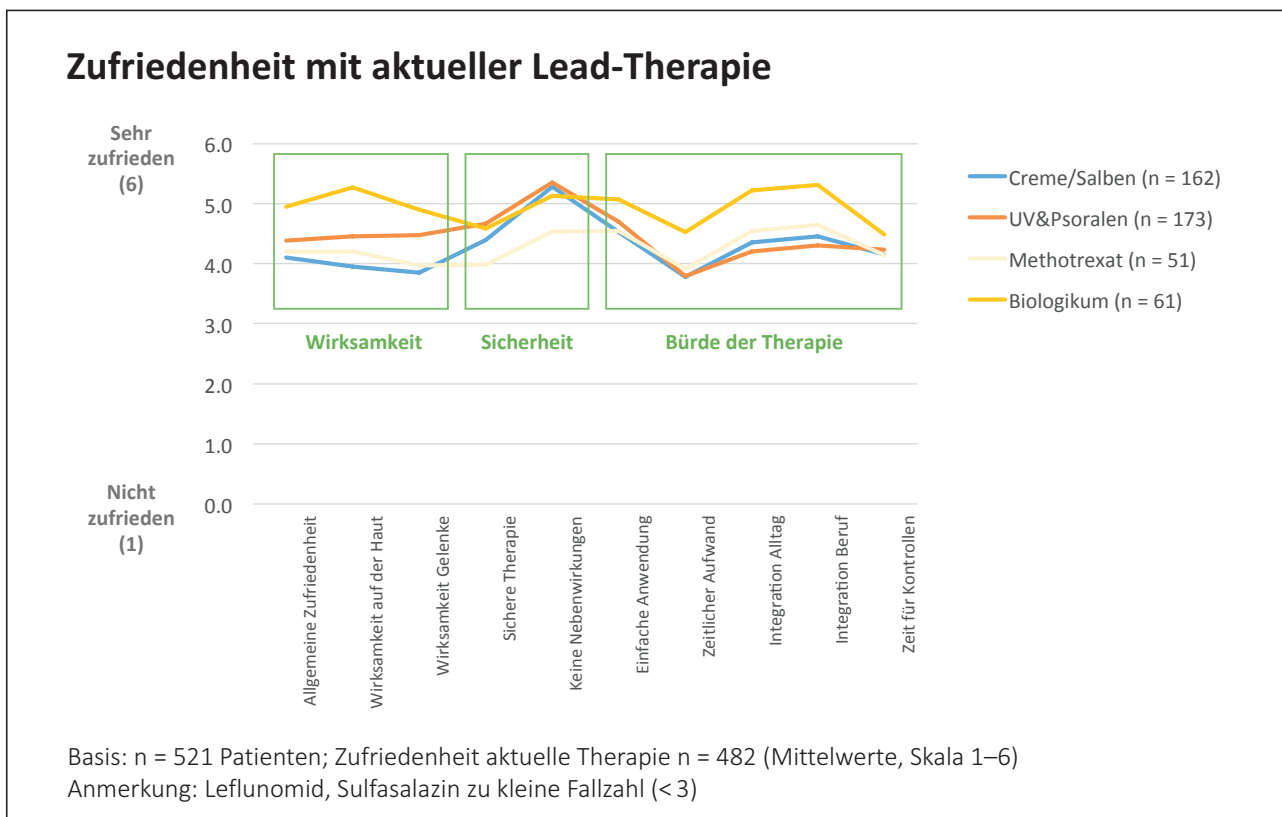
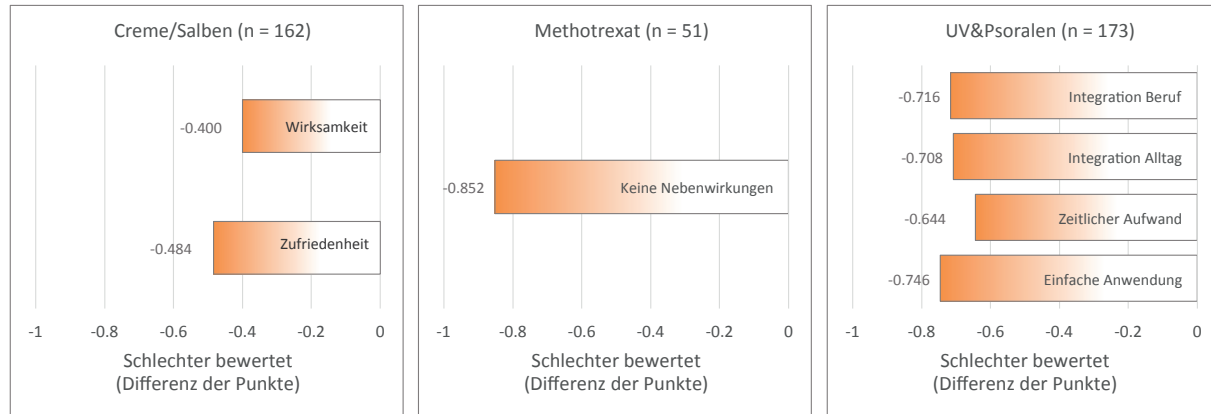


Abbildung 4

### Unterschied der Bewertung zwischen Patienten, die das jeweilige Regime «als letzte Lead-Therapie» erhielten im Vergleich zu Patienten, die aktuell mit dem Regime behandelt werden



Die Baseline (= 0) stellt die durchschnittliche Bewertung der aktuellen Benutzer dar, von der die durchschnittliche Bewertung der vormaligen Benutzer abgezogen wird. Negative Punkte signalisieren eine schlechtere Bewertung. Es wurden diejenigen Items dargestellt, bei denen der Unterschied am grössten war.

Abbildung 5

folgerung wäre jedoch, dass die therapeutischen Möglichkeiten eventuell nicht überall optimal ausgeschöpft sind. Ebenfalls befragt wurden die Patienten nach ihrer eigenen Einschätzung des Schweregrads. Rund 60 Prozent der Patienten schätzten dabei den Aktivitätsgrad ihrer Psoriasis gleich wie der behandelnde Arzt ein. 16 Prozent der Teilnehmer schätzen die Aktivität ihrer Krankheit als tiefer ein, und umgekehrt fühlten sich 24 Prozent stärker betroffen (Abbildung 1).

#### Belastung durch die Krankheit

Der Schweregrad der Krankheit oder der PASI korrelieren nur bedingt mit der Beeinträchtigung der Lebensqualität. Auch kleinere Manifestationen an sichtbaren Stellen oder im Genitalbereich können als extrem störend wahrgenommen werden.

Insgesamt beschreiben knapp weniger als die Hälfte der Patienten (42%) die Krankheit als beeinträchtigend im Alltag. Mehr als die Hälfte (59%) der Befragten erlebt eine psychische Belastung durch sichtbare Manifestation, wobei sich wiederum die Hälfte dieser Patienten (27%) dadurch blossgestellt

fühlt. Erfreulich wenig Patienten erleben beruflich eine Stigmatisierung (18%).

Schuppung (53%) und Juckreiz (52%) werden am häufigsten als lästig erlebt, wobei der Schweregrad des Juckreizes (n=479) deutlich mit der subjektiv wahrgenommenen flächenmässigen Ausdehnung der Krankheit korreliert ( $r^2=0,208$ ) (Abbildung 2). Zwischenzeitlich ist der Juckreiz bei Psoriasis als Symptom und zugleich plagende Beeinträchtigung gemeinhin akzeptiert. Der Juckreiz selbst ist zwar einer direkten Behandlung kaum zugänglich, wird jedoch in der Regel durch eine bessere Kontrolle der kutanen Läsionen gelindert (10).

26 Prozent der Psolnsight-Patienten berichten über Arthralgien, die am häufigsten Beine und Finger befallen. In der Literatur wird die Prävalenz von Psoriasisarthritis (PsA) (nach CASPAR-Kriterien) auf zirka 17 Prozent geschätzt (11). Interessanterweise wurde im untersuchten Kollektiv formal nur bei 9 Prozent der Patienten eine PsA diagnostiziert. Es stellt sich somit die Frage, ob allenfalls eine diagnostische Lücke besteht. Insbesondere auch bei Patienten mit Nagelveränderungen, bei denen die PsA gehäuft auftritt, sollte deshalb konsequent

nach Morgensteifigkeit oder unklaren Gelenkbeschwerden gefragt werden.

#### Therapie

In den aktuellen Schweizer Empfehlungen wird bemängelt, dass rund 50 Prozent der Patienten mit moderater bis schwerer Psoriasis ausschliesslich topisch behandelt werden (8). Im Artikel wird vor allem die begrenzte Erfahrung mit der systemischen Therapie als Begründung für die suboptimale Situation angeführt.

Die Psolnsight-Daten unterstützen numerisch dieses Bild. Auch bei schwerer Psoriasis erhalten nur 57 Prozent der Patienten ein Biologikum oder eine systemische Therapie (Abbildung 3). Bei moderater Psoriasis schrumpft dieser Anteil auf 30 Prozent zusammen.

Um Exazerbationen von Komorbiditäten zu verhindern, die Anzahl Hospitalisationen zu reduzieren und nicht zuletzt auch die Lebensqualität der Patienten zu optimieren, sollte die Therapie so lange eskaliert werden, bis eine adäquate Therapie gewährleistet ist (8). Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass 77 Prozent der Befragten nach wie vor mittelgrosse bis grosse unerfüllte



Bedürfnisse in therapeutischer Hinsicht angeben, stellt sich die Frage, ob die therapeutischen Optionen wirklich überall genügend ausgeschöpft werden.

### Bedürfnisse der Patienten

Vergleicht man die letzte Lead-Therapie\* mit der aktuellen Lead-Therapie, fällt im Hinblick auf die Gesamtheit der Behandlungen auf, dass die Anteile der therapeutischen Klassen relativ stabil bleiben. Dies trotz regem Wechsel der Patienten zwischen den therapeutischen Klassen. Einzig die Gruppe Biologika/Apremilast wächst auf Kosten der Klasse «Cremen und Salben». Der Wechsel geht jedoch nicht direkt vonstatten, sondern via ältere orale Therapien sowie UV und Psoralen.

Gemäss Patienten ist die «Allgemeine Zufriedenheit» (Abbildung 4) mit der aktuellen Therapie befriedigend bis gut. Während die Zufriedenheit mit Biologika am grössten ist, liegt die Kategorie «Cremen und Salben» im Vergleich dazu signifikant tiefer ( $p < 0,05$ ). Die mangelhafte Wirksamkeit wird, direkt abgefragt, weitaus am häufigsten als Grund für den Therapiewechsel aufgeführt (53%), gefolgt von «Mühsamkeit» in Zusammenhang mit der Anwendung (13%). Auch dürfte die «Unvereinbarkeit mit dem Alltag bzw. dem Berufsleben» zu letzterer Kategorie dazugezählt werden (total 14%).

Vergleicht man die Profile von aktuellen Benutzern einer Therapie mit den Bewertungen von Patienten, welche die entsprechende Therapie zwischenzeitlich nicht mehr einsetzen (Abbildung 5), werden Unterschiede in der Wahrnehmung sichtbar. Bei Patienten, die Methotrexat als Therapie verlassen haben, schneiden rückblickend vor allem Nebenwirkungen und die Sicherheit des Medikamentes deutlich schlechter ab. Bei Cremes und Salben ist es vor allem die Wirksamkeit, die von ehemaligen Benutzern als deutlich schlechter benotet wird. Bei UV und Psoralen wird sowohl die Wirksamkeit als auch der

mit der Therapie verbundene Zeitaufwand als schlechter eingestuft.

Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass bei schlechterem individuellem Ansprechen der Zeitaufwand nicht mehr im Verhältnis steht und an Akzeptanz verliert. Oder umgekehrt: dass grösserer Zeitaufwand – bei guter Wirkung – zwar in Kauf genommen wird, aber dennoch eine unabhängige Belastung darstellt. Ebenso wird ersichtlich, dass Patienten die Therapie innerhalb eines multidimensionalen Wertsystems beurteilen, das klar über die Achsen Wirksamkeit und Verträglichkeit hinausgeht.

Es überrascht deshalb wenig, dass ungeachtet des Schweregrades der Krankheit die grosse Mehrheit der Befragten angibt, maximal 5 bis 10 Minuten täglich in die Therapie der Psoriasis investieren zu wollen ( $n = 477$ ; leicht: 79%, mittel: 73%, schwer: 78%). Entsprechend gross ist der Wunsch nach einer Tablette, in der 65 Prozent der Patienten die ideale Applikationsform sehen, vor der Heiminjektion, die 20 Prozent der Befragten bevorzugen. Die Identifikation der individuell besten Therapie ist somit ein hochkomplexer Vorgang, der aus ärztlicher Sicht auch kommunikativ eine Herausforderung darstellt, da letztlich die Akzeptanz der Therapie entscheidend für den Therapieerfolg ist. Dies unterstreicht die zentrale Bedeutung, die in diesem Kontext dem Patientengespräch zukommt.

### Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit dokumentiert, dass die Therapie der Psoriasis in der Schweiz bereits sehr stark individualisiert ist. Trotz durchschnittlich guter Zufriedenheit mit der Therapie bleiben bei einer Mehrzahl der Patienten wichtige Bedürfnisse unerfüllt. Dies in einer Situation, in der bei der Mehrheit die therapeutischen Optionen nicht vollumfänglich ausgeschöpft sind.

Moderne hochwirksame Therapien wie die Biologika oder Apremilast bieten eine ausgezeichnete Wirksamkeit bei guter Verträglichkeit. Das orale Apremilast sowie die subkutan applizier-

baren Therapien optimieren zusätzlich den Zeitaufwand aufgrund der raschen und autonomen Verabreichung. Es gilt deshalb, die verfügbaren therapeutischen Optionen optimal abgestimmt auf den Erkrankungsgrad und die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Patienten einzusetzen. ▲

### Korrespondenz:

Dr. med. Tobias Plaza  
Oberlandstrasse 100, 8610 Uster  
E-Mail: t.plaza@hin.ch

Deklaration: Die Durchführung des Projektes wurde durch freundliche Unterstützung der Firma Celgene ermöglicht.

### Referenzen:

1. Katja I et al.: Psoriasis. Schweiz Med Forum 2012; 12: 410-415.
2. Global report on PSORIASIS. World Health Organization 2016; published online Jan 19, 2017.
3. van de Kerkhof PCM et al.: Physician perspectives in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis survey. J Eur Acad Dermatol Venerol 2015; 29: 2002-2010.
4. Oliveira M de FSP de, Rocha B de O, Duarte GV: Psoriasis: classical and emerging comorbidities. An Bras Dermatol 2015; 90: 9-20.
5. Van Voorhees AS et al.: THE PSORIASIS AND PSORIATIC ARTHRITIS POCKET GUIDE. National Psoriasis Foundation 2016; 1-127.
6. Gmel Get al.: Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2015. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz, 2016.
7. Bopp M, Zellweger U, Faeh D: Routine Data Sources Challenge International Diabetes Federation Extrapolations of National Diabetes Prevalence in Switzerland. Diabetes Care 2011; 34: 2387-2389.
8. Kolios AGA et al.: Swiss S1 Guidelines on the Systemic Treatment of Psoriasis Vulgaris. Dermatology 2016; 232: 385-406.
9. Schmitt J, Wozel G: The Psoriasis Area and Severity Index Is the Adequate Criterion to Define Severity in Chronic Plaque-Type Psoriasis. Dermatology 2005; 210: 194-199.
10. Szepletowski JC, Reich A: Pruritus in psoriasis: An update. Eur J Pain 2015; 20: 41-46.
11. Ficco HM, Citera G, Cocco JAM: Prevalence of psoriatic arthritis in psoriasis patients according to newer classification criteria. Clin Rheumatol 2014; 33: 1489-1493.

\* Stärkste Therapie im Mix