

Psoriasis vulgaris

Tipps zur Behandlung der Problembereiche

Psoriasismanifestationen an Händen, Füssen, Nägeln, Kopfhaut, Gesicht oder im Genitalbereich sind sehr weitverbreitet und häufig nur schwer zu behandeln. Scheitern topische Therapien, können konventionelle oder moderne systemische jedoch oft weiterhelfen. Prof. Nikhil Yawalkar vom Inselspital Bern erläuterte am diesjährigen Swiss Derma Day in Bern die Behandlungsmöglichkeiten solcher «Problemregionen».



Foto: AZA

Nikhil Yawalkar

Psoriasis auf Problemarealen wie Kopfhaut, Gesicht, Genitalbereich, Hände, Füsse und Nägel gehören laut den europäischen Guidelines zu den «Upgrade-Kriterien» bei einer Psoriasis. Wenn zusätzlich zu diesen Bereichen auch nur eine kleine Plaque-Psoriasis am Körper zu entdecken ist, handelt es sich daher um eine schwere Psoriasis. Damit kann mit modernen systemischen Therapeutika behandelt werden.

Hohe Prävalenzen

Gemäss einer Studie aus Dänemark ist die Prävalenz solcher Psoriasis-Problemareale sehr hoch, nämlich auf der Kopfhaut 48 bis 66 Prozent, im Gesicht 27 bis 53 Prozent, im Palmarbereich 13 bis 20 Prozent, im Plantarbereich 16 bis 22 Prozent, im Genitalbereich 12 bis 27 Prozent und auf den Nägeln 25 bis 42 Prozent (*Abbildung*) (1). Bei über der Hälfte der Patienten treten 2 dieser Manifestationen parallel auf, bei 20 bis 30 Prozent sogar 3 oder mehr. Zudem sind die Manifestationen an den Nägeln, auf der Kopfhaut und im Genitalbereich mit einer erhöhten Inzidenz der Psoriasis-Arthritis (PsA) assoziiert. So leiden 90 Prozent der Patienten mit Nagelpsoriasis auch unter PsA (2). «Nagelpsoriasis ist ein wichtiger Prädiktor. Wenn jemand davon betroffen ist, muss zwingend die Frage gestellt werden, ob Gelenkbeschwerden vorliegen», erklärte Yawalkar.

Nagelpsoriasis

Bei der Nagelpsoriasis kommt es zu typischen klinischen Präsentationen der Nagelmatrix mit Tüpfelnägeln, Leukonychie, Verdickungen der Nagelplatte oder Erythemen der Lunula (3). Ist dagegen eher das Nagelbett betroffen, können Onycholyse, Ölflecken, Splitterblutungen oder subunguale Hyperkeratosen beobachtet werden. Die Behandlung ist abhängig vom Schweregrad, der Anzahl der befallenen Nägel und der Einschränkung der Lebensqualität respektive der Arbeitsfähigkeit der Betroffenen. Sind nur

einige Nägel befallen, wird zuerst mit einer Lokalthherapie begonnen. Infrage komme dabei eine Behandlung proximal am Nagelfalz mit einer Fixkombination aus Calcipotriol und Betamethason (Daivobet Salbe® oder Enstilar Schaum®) und/oder topische Steroide mit Salicylsäure (die Lösung wird distal am Nagelrand appliziert). Dabei sei zu beachten, dass Salicylsäure nicht gleichzeitig mit Vitamin D kombiniert wird. Voraussetzung für den Erfolg sei jedoch eine gute Compliance, betonte Yawalkar. Eine weitere, wenn auch oft schmerzhaft und deshalb wenig beliebte Möglichkeit für die Behandlung einzelner befallener Nägel ist die intraläsionale Injektion von Kortikosteroiden (5–10 mg Triamcinolon, max. 0,1–0,5 ml) mittels einer feinen Nadel oder Dermojet.

Sehr häufig sind solche lokalen Behandlungen bei Nagelbefall jedoch nicht ausreichend, sodass systemische Therapien eingesetzt werden (4). Dabei zeigen Acitretin (NAPSI-Verbesserung nach 6 Monaten: 41%), MTX (NAPSI-Verbesserung nach 6 Monaten: 43–75%), Ciclosporin (NAPSI-Verbesserung nach 6 Monaten: 37%), Dimethylfumarat (Nagel PGA 0 nach 1 Jahr: 50%) und Apremilast (NAPSI-Verbesserung nach 8 Monaten: 60–64%) gute Ergebnisse. Zu beachten sei, dass zumeist Kombinationstherapien (topisch und systemisch) erforderlich sind, sagte der Dermatologe. Ist das Ergebnis mit diesen Medikamenten unbefriedigend, bleibt eine Therapie mit Biologika. Gemäss einer neueren Metaanalyse wiesen dabei Ixekizumab (Erscheinungsfreiheit der Nägel nach 48–52 Wochen bei 77%), Adalimumab (76%), Brodalimumab (72%), Bimekizumab (67%), Secukinumab (51%) und Ustekinumab (48%) sehr gute Resultate auf (5). In einer weiteren, unter «Real-world»-Bedingungen durchgeführten Untersuchung zeigten bereits nach 12 Wochen Ixekizumab (67%), Secukinumab (64%), Ustekinumab (65%), Adalimumab (51%), Risankizumab (50%) und Guselkumab (40%) eine völlige Erscheinungsfreiheit (6). Insgesamt seien das

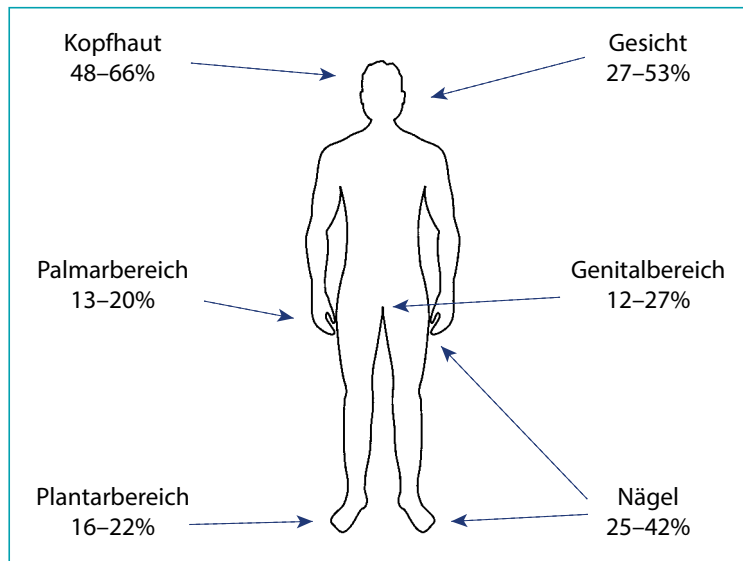


Abbildung 1: Prävalenz der Problemaerale bei der Psoriasis (nach 1).

Allgemeine Empfehlungen zur Nagelpsoriasis

- ▲ Nägel kurz halten
- ▲ Nägel nicht traumatisieren
- ▲ keine Manipulation an Kutikula und proximaler Nagelfalte
- ▲ keine Nagelextensionen
- ▲ keine engen Schuhe
- ▲ Verwendung von Pflegesalben
- ▲ Tragen von Handschuhen bei Feuchtarbeiten

schon sehr schöne Resultate, so Yawalkar. «Was man letztlich einsetzt, ist immer auch davon abhängig, unter welchen Komorbiditäten die Patienten zusätzlich leiden. Aber wenn wir bei den Nägeln wirklich etwas erreichen wollen, vor allem, wenn mehrere davon betroffen sind, müssen wir zumeist systemisch behandeln.»

Palmoplantare Plaque-Psoriasis

Auch bei der palmoplantaren Plaque-Psoriasis sollte mit einer Kombinationstherapie vorgegangen werden, denn Monotherapien würden meistens nicht funktionieren, berichtete Yawalkar. Infrage kommen topische Steroide zusammen mit Vitamin-D-Analoga oder niedrig dosiertes Acitretin in Verbindung mit Teerpinselungen. Letztere «wirken Wunder», so der Dermatologe, allerdings müssen die Patienten wegen der sehr starken Geruchsbildung das auch akzeptieren. Auch niedrig dosiertes Acitretin plus Bade-PUVA plus eine Lokalthherapie ist eine mögliche Kombination. Weitere gute Therapieoptionen sind Methotrexat (das auch bei Handekzemen eingesetzt werden kann) oder Apremilast. Wegen potenzieller Nebenwirkungen werden hingegen Ciclosporin oder Dimethylfumarat kaum mehr bei palmoplantarer Plaque-Psoriasis eingesetzt.

Schliesslich könne mit Biologika, genauer gesagt mit IL-17A- respektive IL-23A-Hemmern, noch einiges mehr erreicht werden. So wurde mit Secukinumab (IL-17A) eigens für die palmoplantare Plaque-Psoriasis eine 2-jährige Studie durchgeführt (7). Tatsächlich waren bei 59,2 Prozent der Patienten nach Ende der Studie keinerlei Läsionen mehr auf der Haut nachzuweisen. Noch wirksamer scheinen Risankizumab (IL-23A) und Bimekizumab (IL-17AF) zu sein, mit deren Hilfe 81,6 Prozent respektive 92 Prozent der Patienten erscheinungsfrei waren (8, 9). In sehr schwierigen Fällen kann zudem eines dieser Biologika mit niedrig dosiertem Acitretin kombiniert werden.

Kopfhautpsoriasis

Wie die Nägel und die Hände und Füße ist auch die Psoriasis der Kopfhaut nicht einfach zu behandeln. Liegt eine starke Beschuppung vor, kann unter einer nächtlichen Badekappe eine Therapie mit Lotion decapans® oder Salicylsäure-Öl (10%) erfolgen (10). Zudem wird am nächsten Morgen ein spezielles Shampoo eingesetzt, beispielsweise mit Zinkpyrithion (Squa-med®), Seleniumdisulfid (Dercos Anti-Schuppen), Ichthyol (Lubex Ichthyol®), Ketoconazol (Lur®) oder Clobetasolpropionat (Clobex®). Kleiner Trick: Werden bei diesen Shampoos anfangs die Haare nicht nass gemacht, kann das Öl noch besser aus den Haaren entfernt werden.

Als fixe Kombinationspräparate (Calcipotriol plus Betamethason) stehen zudem Daivobet Gel® und Enstilar Schaum® zur Verfügung. Auch Kortikosteroide (Diprosalic Lsg®, Betnovate Lotion®, Dermovate Saale Lsg® und Clarelux Schaum®) können hier erfolgreich zum Einsatz kommen. So wurde in einer Studie gezeigt, dass bei einer täglichen Anwendung von Enstilar Schaum® nach 4 Wochen bei rund der Hälfte der Teilnehmer der Haarboden frei von Läsionen war (11). In hartnäckigen Fällen werden auch bei der Kopfhautpsoriasis systemische Mittel eingesetzt. So würden rund 20 Prozent der Patienten sehr gut auf MTX reagieren, sagte Yawalkar. Laut einer randomisierten Phase-III-Studie bedeutete die Behandlung mit Apremilast nach 52 Wochen für 62 Prozent der Betroffenen eine komplette oder annähernde Erscheinungsfreiheit auf dem Kopf (12). In einer anderen, eigens für die Scalp-Psoriasis entworfenen Phase-III-Studie erreichten bereits nach 12 Wochen Secukinumab-Therapie 35 Prozent eine komplette Erscheinungsfreiheit (Plazebo: 0%) (13). Schliesslich zeigten in einer Studie Patienten, die mit Guselkumab behandelt worden waren, nach 16 Wochen zu 83 Prozent und nach 48 Wochen zu 78 Prozent keine oder nur noch eine minimale Krankheitsaktivität (IGA-Score 0/1) (14, 15). Auch mit den anderen IL17- und IL23-Blockern sei man in der «Champions League», rund 70 bis 90 Prozent der damit behandelten Patienten hätten gar keine oder nur noch minimale Verän-

derungen im Gesicht oder auf der Kopfhaut, betonte Yawalkar.

Gesicht und Genitalien

Eine Gesichtsporiasis ist zwar gut zu behandeln, sie kann für die Betroffenen jedoch eine grosse Belastung darstellen. In diesen Lokalisationen wird mit Calcineurin-Inhibitoren (Protopic®, Elidel®) behandelt, manchmal ist aber auch eine zeitlich auf 5 bis 7 Tage beschränkte Induktionstherapie mit Steroiden (Prednitop®, Elocom®, Monovo®, Ovixan®) hilfreich (15). Bisweilen muss bei einer Sebopsoriasis zudem antimykotisch vorgegangen werden (Nizoral® Creme, Mycoster® Creme). Ähnlich wie im Gesicht könne auch die Psoriasis im Genital- und Perianalbereich eine «Riesenbelastung» sein. Auch hier wird mit einer Steroid-Induktion für 5 bis 7 Tage (Prednitop®, Elocom®, Monovo®, Ovixan®) und bei Bedarf antimykotischen Therapie (Travocort® Creme, Nystalocal® Creme) begonnen und dann proaktiv – allerdings off-label – mit Calcineurin-Inhibitoren (Protopic®, Elidel®) sowie evtl. mit gerbstoffhaltigen Sitzbädern (Tannosynt flüssig®) weitergemacht.

Sind Systemtherapien notwendig, zeigt Apremilast eher moderate Erfolge (39,6% vs. Placebo 19,5%) (16). Besser erweist sich hier der IL-17A-Hemmer Ixekizumab. In einer eigens für Genitalpsoriasis angelegten Untersuchung waren 73 Prozent der Betroffenen mit zuvor moderater bis schwerer Erkrankung bereits nach 12-wöchiger Ixekizumab-Therapie nahezu oder völlig erscheinungsfrei (17). Auch mit den neuen IL-23 Blockern seien sehr schöne Resultate bei der Behandlung der Genitalpsoriasis festzustellen sehen, berichtete der Dermatologe. ▲

Klaus Duffner

Quelle: Swiss Derma Day, 10. bis 11. Januar 2024 in Bern.

Referenzen:

- Egeberg A et al.: Epidemiology of psoriasis in hard-to-treat body locations: data from the Danish skin cohort. *BMC Dermatol.* 2020;20(1):3.
- Scarpa R et al.: Nail and distal interphalangeal joint in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2006 Jul;33(7):1315-9.
- Haneke E.: Nail psoriasis: clinical features, pathogenesis, differential diagnoses, and management. *Psoriasis (Auckl).* 2017;7:51-63.
- Battista T et al.: Nail Psoriasis: An Updated Review of Currently Available Systemic Treatments. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2023;16:1899-1932.
- Egeberg A et al.: Network meta-analyses comparing the efficacy of biologic treatments for achieving complete resolution of nail psoriasis at 24-28 and 48-52 weeks. *J Dermatolog Treat.* 2023;34(1):2263108.
- Piaseurico S et al.: Comparative effectiveness of biologics for patients with moderate-to-severe psoriasis and special area involvement: week 12 results from the observational Psoriasis Study of Health Outcomes (PSoHO). *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1185523.
- Gottlieb A et al.: Secukinumab shows significant efficacy in palmoplantar psoriasis: Results from GESTURE, a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76(1):70-80.
- Elewski BE et al.: Efficacy and Safety of Long-term Risankizumab Treatment for Nail, Scalp, and Palmoplantar Psoriasis: A 4.5-Year Interim Analysis From the LIMMItless OpenLabel Extension Trial. Poster 1535 beim EADV-Kongress 2022; 7.-10. September 2022 in Mailand.
- Merola JF et al.: Bimekizumab 3-year efficacy in high-impact areas in moderate to severe plaque psoriasis: pooled results from five phase 3/3b trials. Poster P2547 beim EADV-Kongress 2023, 11.-14. Oktober 2023 in Berlin.
- Schlager JG et al.: Topical treatments for scalp psoriasis: summary of a Cochrane Systematic Review. *Br J Dermatol.* 2017;176(3):604-614.
- Lebwohl M et al.: Fixed Combination Aerosol Foam Calcipotriene 0.005% (Cal) Plus Betamethasone Dipropionate 0.064% (BD) is More Efficacious than Cal or BD Aerosol Foam Alone for Psoriasis Vulgaris: A Randomized, Double-blind, Multicenter, Three-arm, Phase 2 Study. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2016;9(2):34-41.
- Rich P et al.: Apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor, in patients with difficult-to-treat nail and scalp psoriasis: Results of 2 phase III randomized, controlled trials (ESTEEM 1 and ESTEEM 2). *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(1):134-42.
- Bagel J et al.: The effect of secukinumab on moderate-to-severe scalp psoriasis: Results of a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3b study. *J Am Acad Dermatol.* 2017 Oct;77(4):667-674.
- Blauvelt A et al.: Efficacy of guselkumab within specific body regions in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: results from the phase 3 VOYAGE-1 Study. Poster #P4768 beim AAD 2017, 3.-7. März 2017 in Orlando.
- Reich K et al.: Efficacy of guselkumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis with involvement of the scalp, nails, hands, and feet: results from the phase 3 VOYAGE-2 Study. Poster #P4827 beim AAD 2017, 3.-7. März 2017 in Orlando.
- Merola JF et al.: Efficacy and safety of apremilast in patients with moderate-to-severe genital psoriasis: Results from DISCREET, a phase 3 randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2024; 90(3):485-493.
- Ryan C et al.: IXORA-Q Study Group. Efficacy and safety of ixekizumab in a randomized, double-blinded, placebo-controlled phase IIIb study of patients with moderate-to-severe genital psoriasis. *Br J Dermatol.* 2018; 179(4):844-852.