

Fortbildung

Psoriasis

Richtig beurteilen, richtig behandeln

Da sich eine Psoriasis nicht immer optisch verbergen lässt, kann der psychosoziale Leidensdruck neben den körperlichen Beschwerden sehr hoch sein. Zum Glück steht für die Behandlung eine Fülle an Medikamenten zur Verfügung. Doch wie werden sie am besten eingesetzt?

BMJ

Rund 2 Prozent der Bevölkerung in Mitteleuropa leiden an einer Psoriasis. Es handelt sich in erster Linie um eine chronische, schubweise verlaufende Hauterkrankung, bei der sich grosse Schuppen auf entzündeter, geröteter Haut bilden. Daneben können auch die Gelenke bei der sogenannten Psoriasisarthritis betroffen sein. Vor allem bei schwereren Verlaufsformen besteht zudem ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes und Depressionen. Kürzlich wurde eine Zusammenfassung der NICE-Leitlinie (National Institute for Health and Clinical Excellence) veröffentlicht. Sie gibt einen Überblick über die Beurteilung und die Behandlung der Psoriasis.

Diagnosestellung

Der behandelnde Arzt sollte regelmässig den Schweregrad der Erkrankung bestimmen. Dabei sollte auch die Selbsteinschätzung des Patienten berücksichtigt werden. Des Weiteren wird die betroffene Körperoberfläche bestimmt,

wobei vor allem Stellen wie Kopf, Genitalbereich, Gelenke sowie Hand- und Fussinnenflächen schwer zu behandeln sind. Daneben sind typische Nagelveränderungen von Interesse, und systemische Beschwerden wie Fieber oder Unwohlsein sollten berücksichtigt werden. Die Lebensqualität des Patienten ist ein wichtiger Punkt. Daher sollten die Auswirkungen der Erkrankung auf das körperliche, psychologische und soziale Wohlbefinden des Patienten ermittelt werden. Bei Kindern und Jugendlichen sind ausserdem ergänzende, altersbezogene Fragen sinnvoll. Ferner muss an mögliche Komorbiditäten gedacht werden. Insbesondere bei Patienten mit einer schweren Verlaufsform sollte das kardiovaskuläre Risiko mindestens alle 5 Jahre ermittelt werden. Mit dem validierten Psoriasis Epidemiological Screening Tool (PEST) kann zudem eine mögliche Psoriasisarthritis erkannt werden. Der axiale Typ der Erkrankung und entzündliche Rückenschmerzen lassen sich damit allerdings nicht erfassen.

Wann zum Facharzt?

Bei Kindern und Jugendlichen ist in jedem Fall ein spezialisierter Dermatologe zu Rate zu ziehen. Bei Erwachsenen sollte ein Facharzt involviert werden, falls die Diagnose nicht gesichert ist. Das ist ebenfalls ratsam, falls die Form der Psoriasis einen schweren oder grossflächigen Verlauf mit einer betroffenen Körperoberfläche von über 10 Prozent zeigt. Vor allem wenn die topische Therapie nicht anschlägt, ist unterstützende Hilfe gefragt. Doch nicht nur bei schweren körperlichen Beschwerden, sondern auch bei einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität mit psychologischen

und sozialen Einbussen sollte ein Spezialist einbezogen werden. Das ist ebenfalls bei ausgeprägten Nagelveränderungen sowie bei einer Fototherapie aufgrund einer akuten Psoriasis guttata ratsam. Ansonsten können auch Formen wie die Psoriasis pustulosa und die erythrodermische Psoriasis problematisch sein.

Therapie der ersten Wahl

Die Behandlung erfolgt symptomatisch, wobei Dermatika zur ersten Wahl gehören. Zu den eingesetzten Wirkstoffen zählen Kortikoide, Vitamin-D-Derivate und teerhaltige Produkte. Bei Erwachsenen mit einer Psoriasis am Rumpf oder an den Gliedmassen wird die einmal tägliche Anwendung eines starken Kortikoids der Klasse III in Kombination mit einem Vitamin-D-Derivat als Behandlungseinstieg empfohlen. Jeder Wirkstoff soll bis zu 4 Wochen lang einzeln aufgetragen werden, das heisst einer am Morgen und der andere am Abend. Wird damit nach maximal 8 Wochen kein zufriedenstellendes Ergebnis erzielt, kann ein Vitamin-D-Derivat zweimal pro Tag auf die betroffenen Stellen aufgetragen werden. Falls das nach 8 bis 12 Wochen ebenfalls noch keinen Erfolg zeigt, soll bis zu 4 Wochen lang zweimal täglich ein starkes Kortikoid zum Einsatz kommen. Alternativ kann auf die ein- oder zweimal tägliche Anwendung einer teerhaltigen Zubereitung ausgewichen werden. Im Zweifelsfall kann ein kombiniertes Produkt aus Calcipotriol und Betamethason zum einmal täglichen Gebrauch über 4 Wochen angeboten werden, falls das zur Therapie-treue beiträgt.

In den Köpfen vieler Menschen spuken viele Halbwahrheiten über Kortikoide herum: Deshalb ist es wichtig, die Patienten auf den richtigen Umgang hinzuweisen. Der ununterbrochene Einsatz von starken und sehr starken Kortikoiden kann irreversible Hautatrophien verursachen. Vor allem das Gesicht, die Gelenke und der Genitalbereich sind sehr anfällig, weswegen diese Substanzgruppe dort nur kurzzeitig verwendet werden soll, das heisst nur für 1 bis 2 Wochen pro Monat. Ausserdem kann die Psoriasis instabil werden, und systemische Nebenwirkungen sind beim Dauergebrauch auf grösseren Hautarealen (> 10% der Körperoberfläche) möglich.

Therapie der zweiten und dritten Wahl

Eine topische Arzneimitteltherapie kann bei stark ausgeprägten Erkrankungen zu schwach sein. Dies ist möglicherweise bei einer betroffenen Körperoberfläche von über 10 Prozent der Fall. Ein weiterer Grund können Nagelerkrankungen sein, bei denen eine äusserliche Behandlung nicht effektiv ist. Hierfür stehen Therapiemöglichkeiten der zweiten und dritten Wahl zur Verfügung. Die Schmalspektrum-UV-B-Lichttherapie ist eine Option der zweiten Wahl. Ihr Einsatzgebiet ist die Plaquepsoriasis oder die Psoriasis guttata, bei denen der Einsatz von Dermatika nicht ausreicht. Es wird ein Intervall von



Bild: doctorrennie.files.wordpress.com

Indikation zur systemischen Therapie

Für eine systemische Therapie mit nicht biotechnologisch hergestellten Arzneimitteln müssen sämtliche folgende Kriterien erfüllt sein:

- ◆ Eine topische Therapie ist nicht ausreichend.
- ◆ Die Psoriasis hat einen beträchtlichen Einfluss auf das körperliche, psychologische und soziale Wohlbefinden.
- ◆ Die Erkrankung ist grossflächig, das heisst, über 10 Prozent der Körperoberfläche sind betroffen, oder es besteht eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung oder ein grosser Leidensdruck (z.B. starke Nagelerkrankung) oder
- ◆ eine Fototherapie ist aus verschiedenen Gründen nicht geeignet.

zwei- bis dreimal pro Woche empfohlen. Systemische Arzneimittel bleiben schweren Fällen vorbehalten. Zunächst sind nicht biotechnologisch hergestellte Wirkstoffe wie das Retinoid Acitretin (Neotigason®, Acicutan®) die Mittel der zweiten Wahl. Die Immunsuppressiva Ciclosporin (Sandimmun®) und Methotrexat (Methotrexat Sandoz® und Generika) kommen in diesem Zusammenhang ebenfalls zum Einsatz. Ciclosporin ist am besten geeignet, wenn die Patienten die Kriterien für eine systemische Therapie erfüllen und eine schnelle oder kurzfristige Krankheitskontrolle notwendig ist. Weiter wird es bei Psoriasis pustulosa und bestehendem Kinderwunsch angewendet. Ansonsten wird häufig Methotrexat verabreicht.

Zur dritten Wahl gehört die systemische Gabe von biotechnologisch hergestellten Immunsuppressiva. Dazu gehören Antagonisten des Tumornekrose-Faktors wie Adalimumab (Humira®), Etanercept (Enbrel®) und Infliximab (Remicade®) sowie der monoklonale Antikörper Ustekinumab (Stelara®). ◆

Monika Lenzer

Quelle: Samarasekera E et al: Assessment and management of psoriasis: summary of NICE guidance. BMJ 2012; 345: e6712.

Die vollständige NICE-Guideline steht für Interessierte auf der NICE-Webseite (<http://guidance.nice.org.uk/CG153>) zur Verfügung.

Interessenkonflikte: Ein Autor erhielt indirekt finanzielle Zuwendungen vom Department of Health. Diese Arbeit wurde vom National Clinical Guideline Centre durchgeführt, wobei es finanzielle Mittel vom NICE erhielt.

Tabelle: Antipsoriatika und ihre Kombinationen

Vitamin-D-Derivat	Kortikoid	Handelsname CH
Calcipotriol	–	Daivonex®
Calcipotriol	Betamethasondipropionat	Daivobet®
Calcipotriol	Betamethasondipropionat	Xamiol®
Calcitriol	–	Silkis®
Tacalcitol	–	Curatoderm®

Zur Psoriasisbehandlung verfügbare Kortikoide und ihre Wirkstärken

Wirkstärke	Kortikoid	Handelsname CH
Klasse I	Hydrocortison acetat 0,5%	Sanadermil®
	Hydrocortison acetat 2,5%	Alfacorton®
	Prednisolonacetat 0,25%	Premandol®
	Prednisolonacetat 0,5%	Hexacorton®
	Klasse II	Clobetasolbutyrat 0,05%
Desonid 0,1%		Locapred®
Flumetason 21-pivalat 0,02%		Locacorten®
Hydrocortison butyrat 0,1%		Locoid®
Klasse III		Betamethasondipropionat 0,05%
	Betamethasonvalerat 0,1%	Betnovate®
	Fluocinolonacetat 0,025%	Synalar®
	Fluocinonid 0,05%	Topsym®
	Fluticasonpropionat 0,05%	Cutivate®
	Methylprednisolonaceponat 0,1%	Advantan®
	Mometasonfuroat 0,1%	Elocom®, Monovo®
	Prednicarbat 0,25%	Prednicutan®, Prednitop®
Klasse IV	Clobetasolpropionat 0,05%	Dermovate®, Clarelux®, Clobex®
	Halcinoid 0,1%	Beacorton®