

Psoriasis vulgaris

Aktueller Behandlungsstandard bei Kindern und Jugendlichen

Dass eine Psoriasis bereits im Kindesalter auftritt, ist keine Seltenheit. Ein früher Krankheitsbeginn weist zudem häufig auf einen schweren Krankheitsverlauf hin. Behandelt wird die Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen in erster Linie mit topischen Therapien.

von Dr. med. Richard Eyermann

Mit einer Prävalenz von 1 bis 2 Prozent zählt die Psoriasis vulgaris zu den häufigsten dermatologischen Erkrankungen. Auch im Kindesalter ist sie keineswegs selten. Die Erstmanifestation liegt im Mittel bei etwa acht Jahren, selten vor dem zweiten Lebensjahr. 25 Prozent der betroffenen Kinder und Jugendlichen erkranken bis zum 15. Lebensjahr erstmalig. Mädchen sind dabei häufiger betroffen als Jungen. In über 50 Prozent ist die Familienanamnese positiv. Ein früher Erkrankungsbeginn und Erstbefall von Rumpf und Gesicht deuten zumeist auf einen schweren Krankheitsverlauf hin. Der Verlauf der Psoriasis ist chronisch, eine Heilung nicht möglich. Auf aktive Krankheitsphasen können aber jahre- oder jahrzehntelange erscheinungsfreie Intervalle folgen. Bis heute konnte die Pathogenese nicht vollständig geklärt werden. Die typische epidermale Hyperproliferation und Differenzierungsstörung ist jedoch Resultat einer komplexen, TH1-Zellen dominierenden, entzündlichen Reaktion.

Klinisches Erscheinungsbild

Die klinische Diagnose ist in typischen Fällen einfach. Nur in Ausnahmefällen ist ein histopathologischer Nachweis erforderlich. Beim Erheben der Anamnese ist besonders auf schuppige Hautveränderungen bei Verwandten zu achten. Bei 20 bis 40 Prozent der Patienten zeigt sich ein unterschiedlich starker Juckreiz. Objektiv sind Hautveränderungen aus scharf abgegrenzten, unterschiedlich konfigurierten, geröteten Plaques mit typischer silbrig-grauer Schuppung sichtbar. Die klinische Variabilität ist dabei gross. Oft lassen sich nur wenige typische ery-

thematosquamöse Läsionen nachweisen. Die charakteristischen Stellen sind Ellenbogen, Knie, Lendenregion, behaarter Kopf sowie die Region hinter den Ohrmuscheln. Kinder haben zumeist münzenförmige Herde. Oft findet sich bei ihnen eine Psoriasis guttata (meist assoziiert mit Streptokokkeninfektionen). Meist sind der behaarte Kopf und das Gesicht betroffen, selten sind Nägel, Hand- und Fusssohlen befallen. Pustulöse, erythrodermatische Formen und psoriatische Arthropathien treten im Kindesalter kaum auf.

Typische Psoriasisphänomene: Nach Kratzen mit der Kürette treten nacheinander das Kerzentropfphänomen (wachsartige Schuppen), das Phänomen des letzten Häutchens (letzte Epidermisschicht vor Papillenspitzen) und das Phänomen des blutigen Taus (kleine Blutstropfen) auf.

Psoriasisstherapie

Behandlungsziel ist es, einen aktiven Schub zurückzudrängen. Dabei geht es prinzipiell darum, mögliche Auslösefaktoren zu beseitigen und eine intensive topische Therapie – allein oder in Kombination mit Fototherapie oder systemischer Therapie – durchzuführen.

Im Kindesalter ist die alleinige topische Behandlung die Therapieform der Wahl. Sie ist der systemischen Therapie vielfach konkurrenzlos, bei jedoch deutlich weniger Nebenwirkungen. Eine systemische Behandlung ist daher nur bei sehr schweren Verlaufsformen indiziert. Die Fototherapie sollte bei Kindern aufgrund von möglichen Langzeitschäden nur mit alleräusserster Zurückhaltung eingesetzt werden, und auch dann nur kombiniert mit einer adäquaten topischen Therapie.

Service

Patientenorganisation:
Schweizerische Psoriasis und Vitiligo Gesellschaft (SPVG), Postfach 345, 3000 Bern 6,
E-Mail: spvg@bluewin.ch
Internet: www.spvg.ch

Auslösefaktoren beseitigen

Bei der Guttata-Form der Psoriasis ist eine Infektion mit Beta-hämolysierenden Streptokokken auszuschliessen und allenfalls gemäss den pädiatrischen Leitlinien zu beseitigen. Bei wiederkehrenden Psoriasissschüben in steter Verbindung mit Streptokokkeninfekten und Tonsillitiden konnte durch eine Tonsillektomie eine signifikante klinische Verlaufsverbesserung erreicht werden, wobei aber dazu kontrollierte Studien noch fehlen. Zudem sollten kariöse Zähne saniert werden. Neben akut entzündlichen Erkrankungen gelten als weitere mögliche Auslösemechanismen exogene Traumen physikalischer, chemischer oder entzündlicher Art sowie Auslösefaktoren auf emotional-psychogenem Gebiet, die in die Behandlung miteinbezogen werden sollten.

Topische Therapien

◉ *Unterstützende Basispflege*

Unabhängig vom klinischen Erscheinungsbild ist eine konsequente unterstützende Basispflege von essenzieller Bedeutung, da mechanische Reizungen die Psoriasis rasch verschlimmern können. Empfehlenswert ist eine regelmässige Hautpflege mit rückfettenden Externa (z.B. Excipial® U Lipo-lotio) sowie mit Ölbädern (z.B. Balmandol®).

◉ *Psoriatische Läsionen*

Liegt eine Psoriasis vom chronisch-stationären Typ vor, muss die Behandlung neben keratolytischen Massnahmen unter Verwendung salizylsäure- und harnstoffhaltiger Externa eine Therapie der betroffenen Areale mit Cignolin (in Form von Minuten- oder wirksamer Über-Nacht-Behandlung) oder mit Vitamin-D₃-Analoga – im Bereich des Kapitulum häufig auch mit topischen Glukokortikoiden – einbeziehen.

Exanthematische Verläufe der Psoriasis vulgaris erfordern bei Streptokokken-Triggerung eine entsprechende Antibiose sowie zusätzlich auch einen kurzfristigen Einsatz topischer Glukokortikoide oder Vitamin-D₃-Analoga.

Bei ungenügendem Ansprechen muss darüber hinaus – aber mit äusserster Zurückhaltung – eine Fototherapie erwogen werden.



Abbildung 1: Psoriasis: Die typischen erythematösen Plaques sind von silbrigen Schuppen bedeckt.

◉ *Abschuppung*

Sind die Schuppen sehr hartnäckig, empfiehlt es sich, die Salizylsäure über Nacht mit Frischhaltefolie oder Plastikhandschuhen zu bedecken. Wird Salizylsäure grossflächig aufgetragen, kann dies bei Kindern eine Salizylatvergiftung bewirken, daher gilt es, zunächst halbseitig zu behandeln. Bei Kindern bis zum dritten Lebensjahr ist zu empfehlen, völlig auf Salizylsäure-Keratolytika zu verzichten. Alternativ können zur abschuppenden Therapie harnstoffhaltige Salben oder Cremes (z.B. Calmurid® Creme) eingesetzt werden.

◉ *Dithranoltherapie*

Die topische Therapieform mit Dithranol (Cignolin) verlangt dermatologische Erfahrung. Eltern und Patienten müssen genau angeleitet werden, da Haut und Kleider verfärbt werden könnten. Allenfalls empfiehlt sich auch eine kurze stationäre Aufnahme. Ansonsten ist die Dithranoltherapie sehr wirksam und äusserst nebenwirkungsarm. Dithranol wird in ansteigender Konzentration mit allmählicher Dosiserhöhung alle drei bis vier Tage bis zu einer Konzentration von maximal 2 Prozent appliziert. Im Bereich von Gesicht und Beugen sind geringere Konzentrationen ausreichend. Bei stärkeren Hautreizungen muss pausiert und allenfalls mit topischen Glukokortikosteroiden behandelt werden.

◉ *Vitamin-D₃-Analoga*

Hyperkalzämien sind bei der Anwendung bei Erwachsenen beschrieben, sichere Maximaldosen für Kinder wurden noch nicht evaluiert. Calcipotriol in Salbengrundlagenform ist bereits ab sechs Jahren zugelassen (z.B. Daivonex® Salbe/Creme). Hautirritationen können bei Applikation in Gesicht und Beugen hervorgerufen werden. Insgesamt liegen wenig Erfahrungen im Kindesalter vor.

◉ *Teertherapie*

Nicht zuletzt aufgrund der krebserregenden Wirkung werden Teere nur noch sehr selten topisch eingesetzt und derzeit nicht zur Behandlung der kindlichen Psoriasis verwendet.

◉ *Phytotherapeutika*

Für Mahonia aquifolium konnte in klinischen Studien ein entzündungshemmender, antipsoriatischer Effekt belegt werden. Die Wirksamkeit der Substanz (Rubisan® Salbe) wird klinisch zwar als gering eingeschätzt, jedoch für grossflächige, wenig befallene Herde und besonders kombiniert mit Cignolin-Minutentherapie als sinnvolle Massnahme angesehen.

◉ *Topische Glukokortikosteroide*

In den USA gelten sie als die häufigsten Psoriasismedikamente und sind durchaus potent, vor allem unter Okklusionstherapie. Sie sind jedoch aufgrund der Nebenwirkungen und des ausgeprägten Rebounds nach dem Absetzen als Dauertherapie nur beschränkt anwendbar. Die neueren Steroide (Mometasonfuroat, Methylprednisolon, Prednicarbat) zeichnen sich durch ein geringeres Atrophierisiko bei ausgeprägter antiinflammatorischer Aktivität aus und können auch bei Kindern kurzfristig eingesetzt werden.

◉ *Topische Therapie nach Lokalisation*

Am behaarten Kopf eignet sich zum Abschuppen Lygal® Kopfsalbe N als 3-prozentige Fertigzubereitung. Das Gesicht ist besonders sensibel gegenüber topischer Therapie. Vorwiegend sollten hier wirkstofffreie Basisexterna eingesetzt werden. In den Intertrigines sind Farbstoffe hilfreich, vor allem als Solutio



Abbildung 2: Psoriasis guttata: Kleine Plaques mit typischen Schuppen breiten sich nach einer Streptokokkenpharyngitis rasch aus.

Castellani in modifizierter Zubereitung ohne Resorcin und Chlorokresol.

Fototherapie

Trotz hervorragender Wirksamkeit von PUVA (UVA-Strahlung mit fotosensibilisierender Substanz) sollte eine Fototherapie bei Kindern nur mit äusserster Zurückhaltung erfolgen. Die lange prospektive Lebenszeit von Kindern birgt das Risiko der Malignominduktion oder Entwicklung von Plattenepithelkarzinomen in sich.

Systemische Behandlung

Eine systemische Therapie ist nur in Einzelfällen erforderlich. Bei exanthematischen Verlaufsformen sind bei Streptokokken als Auslöser Antibiotika indiziert. Systemische Glukokortikosteroide sind dagegen kontraindiziert, da ihr Absetzen zu einem psoriatischen Erythroderm führen könnte. Zytostatika wie MTX sind aufgrund der Nebenwirkungen (z.B. Hepatotoxizität) nur bei schwersten Formen, wie etwa schwerer Psoriasisarthro-

pathie, indiziert. Orale Retinoide gelten als wirksam bei pustulösen Psoriasisformen und bei psoriatischer Erythrodermie, beinhalten jedoch die Gefahr des vorzeitigen Epiphysenfugenschlusses und sind bei niedrigster effektiver Dosis schweren Fällen vorbehalten. ●

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Richard Eyermann
Facharzt für Kinder- und
Jugendmedizin,
Kinderkardiologie, Allgemein- und
Sportmedizin
Therese-Giebse-Allee 57
D-81739 München

Pä
PÄDIATRIE
 ist eine Beilage zu ARS MEDICI

Verlag: Rosenfluh Publikationen AG
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen a/Rhf.
Redaktion: Alexandra Suter
 Telefon 052-675 51 76, Telefax 052-675 50 63
 E-Mail: a.suter@rosenfluh.ch
Redaktionssekretariat: Manfred Müller
 Telefon 052-675 50 60, Telefax 052-675 50 61
 E-Mail: info@rosenfluh.ch

Satz und Gestaltung: Manuela Bühler, Christophe Spichiger
Druck, Versand: Stamm+Co.
 Grafisches Unternehmen, CH-8226 Schleithelm

Abonnemente, Adressänderungen:
 EDP Services AG
 Ebenaustrasse 10, Postfach, 6048 Horw
 Telefon 041-349 17 60, Telefax 041-349 17 18

Anzeigenregie: Rosenfluh Media AG
 Sekretariat: Barbara Illi
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen a/Rhf
 Telefon 052-675 50 50, Telefax 052-675 50 51
 E-Mail: romed@rosenfluh.ch
Anzeigenverkauf: Rose Kuchler
 Telefon 052-675 50 54, Telefax 052-675 50 51
 E-Mail: rose.kuchler@rosenfluh.ch

Abonnementspreise (zuzüglich MwSt):
 6 Ausgaben jährlich
 Jahresabonnement: Fr. 40.–; Westeuropa: Fr. 51.–
 Übriges Ausland: Fr. 69.–; Einzelhefte: Fr. 10.–
 (inkl. Porto, plus MwSt)

Diese Zeitschrift wird im EMBASE/Excerpta Medica indiziert.

10. Jahrgang, Heft 2/2004 – ISSN 1424-8468

Für unaufgefordert eingehende Manuskripte übernimmt der Verlag keine Verantwortung.
 Für Angaben zu Dosierung und Verabreichungsformen von Medikamenten kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden.
 © Rosenfluh Publikationen
 Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags

Offizielles Mitteilungsorgan der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendgynäkologie (SAGKJG)
 Organe officiel du Groupement Suisse de Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente (GYNEA)