

Psoriasis

Tapio Rantanen

Dieser Beitrag ist ein Nachdruck aus der Online-Version der «EbM-Guidelines: Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis». <https://www.ebm-guidelines.ch>

Allgemeines

Die Prävalenz der Psoriasis unter der erwachsenen Bevölkerung der skandinavischen und westeuropäischen Länder beträgt etwa 2%. Kleine Kinder sind selten betroffen. Es gibt zwei Gipfel für den Erkrankungsbeginn mit unterschiedlichen genetischen Ursachen. Die frühe Psoriasisform manifestiert sich vor dem 40. Lebensjahr, tritt familiär gehäuft auf und hat in der Regel einen schwereren Verlauf als die Spätform. Der Auslöser für die Frühform, insbesondere für die Psoriasis guttata, ist häufig eine Streptokokkeninfektion, während die Spätmanifestation in engem Zusammenhang mit psychischen Stresssituationen steht. Übergewicht, Rauchen und übermässiger Alkoholkonsum sind weitere Risikofaktoren.

Die Psoriasis ist eine chronische, kosmetisch unter Umständen sehr störende Erkrankung, die das Selbstbild und die Lebensqualität des Patienten beeinträchtigen kann. Sie geht gelegentlich mit beträchtlichen Angstzuständen einher und kann depressive Reaktionen auslösen.

Die Psoriasis ist mit einem erhöhten Risiko für Adipositas, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Hypertonie sowie anderen kardiovaskulären Erkrankungen verbunden. Diese sind unterdiagnostiziert und unterbehandelt.

Klinisches Bild

Die Psoriasisdiagnose basiert auf dem klinischen Bild. In speziellen Fällen kann eine Biopsie hilfreich sein. Die Probe sollte mit einer 4–6 mm Hautstanze aus der Mitte einer unbehandelten Effloreszenz entnommen werden.

Die *Plaque-Psoriasis* (Psoriasis nummularis, Psoriasis vulgaris) stellt die häufigste Form (90% aller Fälle) dar. Die charakteristischen Plaques sind symptomatisch und symmetrisch über die Ellbogen, Knie, Beine, die Kreuzregion und die Kopfhaut verteilt.

Plaques sind scharf abgegrenzte, rote und plattenartig verdichtete Infiltrate mit einem Durchmesser von nicht weniger als 0,5 cm. Die Plaques sind mit einer Schicht von silbrigen

glänzenden Schuppen bedeckt; die Dicke der Plaques ist bei jedem Patienten unterschiedlich und variiert je nach Behandlung. Nach vorsichtiger Ablösung der letzten schuppigen Auflagerung kommt es zu punktförmigen Blutungen (Auspitz-Phänomen). Die Plaque-Psoriasis kann grosse Plaques (Psoriasis geographica = Plaques über 3 cm) oder kleine Plaques (Psoriasis punctata/guttata = Plaques weniger als 3 cm) aufweisen.

Wenn die Plaques an Stellen lokalisiert sind, an denen sich 2 Hautflächen berühren – unter der Brust, umbilikal, in der Leiste, in der Analfalte, in den Achselhöhlen – schuppt sich die Haut selten («flexurale» Psoriasis, «inverse» Psoriasis).

Bei der *Psoriasis guttata* handelt es sich um ein ausgedehntes Erythem, das typischerweise bei jungen Menschen nach einer Streptokokkentosillitis auftritt. In der Regel kommt es zu einer Spontanheilung, doch kann die Psoriasis später punktförmig wieder aufflammen oder sich zu einer Plaque-Psoriasis weiterentwickeln.

Pustuläre Psoriasisformen treten selten auf. Dazu zählen die akrale Psoriasis, die palmoplantare und die generalisierte Psoriasis sowie die Psoriasis erythrodermica, die die gesamte Haut befällt.

Es kommt zu Fingernagelveränderungen wie Tüpfelnägeln, Ölnägeln, distaler Onycholyse, subungualer Hyperkeratose und zu Nageldystrophien; diese Erscheinungen können differenzialdiagnostische Hinweise liefern. Derartige Manifestationen werden in der Regel auch bei einer Psoriasis-Arthritis gesehen.

Differenzialdiagnostik

Kopfhaut

Bei der *seborrhoiden Dermatitis* sind die Schuppen dünner und «ölicher» und die Erkrankung spricht besser auf eine Behandlung an. Es kann schwierig sein, ein seborrhoides Ekzem von einer Psoriasis zu unterscheiden, wenn nicht andere Hautareale zusätzliche Informationen liefern.

Pilzinfektionen der Kopfhaut sind in den westlichen Ländern eine Seltenheit. Meist sind Kinder betroffen. Die Diagnose kann durch eine negative Pilzkultur ausgeschlossen werden.

Eine *Neurodermatitis* des Halses (Lichen simplex nuchae) ist charakterisiert durch eine isolierte, juckende Plaque, die mit dünnen Schuppen bedeckt ist.

Beugstellen mit Haut-zu-Haut-Kontakt

Eine *seborrhoiden Dermatitis* kann einer Psoriasis an den Beugstellen ähneln. Der Vergleich mit anderen Hautarealen ist hilfreich. Es ist allerdings nicht immer notwendig, zwischen den 2 Erkrankungen zu unterscheiden, da die Behandlung dieselbe ist.

Eine *Pilzinfektion* (Tinea) kann einer Psoriasis ähneln; sie heilt jedoch üblicherweise im Zentrum aus und breitet sich nach peripher aus. Eine positive Pilzkultur ist diagnostisch.

Candidiasis an den Beugstellen wird in den von Psoriasis betroffenen Altersgruppen nicht häufig gesehen (d.h. bei jungen Patienten und Patienten mittleren Alters). Sie präsentiert sich in Form eines feuchten erythematösen Hautareals und Mazeration mit umliegenden «Satelliten-Eruptionen». Eine Candidiasisdiagnose kann durch eine Kultur gesichert werden.

Ein *Erythrasma* ist ein fleckiger, brauner Hautbezirk mit geringer Symptomatik; die Prädiaktionsstellen sind Achselhöhle oder Leistenbeuge. Es wird durch Corynebakterien verursacht. Die befallenen Hautareale zeigen unter langwelligem UVA-Licht (Wood-Licht) eine leuchtend korallenrosa Fluoreszenz der Hautschuppen.

Handflächen, Fusssohlen und Füsse

Es kann schwierig sein, ein *hyperkeratotisches Ekzem* der Handflächen und eine *palmoplantare Pustulosis* von einer Psoriasis zu unterscheiden. Untersuchen Sie die gesamte Hautoberfläche.

Eine *Pilzinfektion* tritt in der Regel einseitig auf und ist aus einer guten Probe mit Hilfe der direkten Mikroskopie leicht zu diagnostizieren.

Behandlung

Behandlungsziel ist die Minimierung von Symptomen und die Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität. Es ist nicht notwendig, eine Psoriasis zu behandeln, die den Patienten nicht belastet. Mit den derzeit verfügbaren Behandlungsoptionen ist Symptomfreiheit selten zu erreichen. Eine Psoriasis kann mit Angst oder Depression sowie anderen Erkrankungen einhergehen, die interventionsbedürftig sind.

Die derzeit verfügbaren Therapieoptionen sind in Tabelle 1 angeführt. Die Behandlungen werden in die Abschnitte «topische Therapie», «Phototherapie» und «systemische Therapie»

Tabelle 1: Klassifikation der Psoriasis-Therapien.

	Topische Therapien	Phototherapien	Systemische Therapien
Selbstbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeprodukte • Keratolytische Substanzen • Schuppenschampoos • Hydrokortison • Okklusivverbände 	<ul style="list-style-type: none"> • Natürliches Sonnenlicht • UVB-Bestrahlungsgerät für zu Hause 	
Hausarzt/Grundversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamin-D3-Analoga • Kortikosteroide • Kombinierte Produkte 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisierte Klimatherapie (Heliotherapie) • SUP (UVB) 	
Dermatologe	<ul style="list-style-type: none"> • Dithranol = Cignolin • (Tazaroten)* • (Kohleleer)* • Kalzineurinhemmer* 	<ul style="list-style-type: none"> • UVB, Breitband • UVB, Schmalband • PUVA, topisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Acitretin • Methotrexat • Ciclosporin • PUVA, systemisch • Biologics

* = nicht überall zugelassene Indikation (d.h. wird in einigen Ländern nicht von der Krankenkasse bezahlt)

eingeteilt und sind den verschiedenen Stufen der Gesundheitsversorgung zugeordnet.

Die Wahl der Therapie hängt ab:

- vom Psoriasis-Subtyp und den Auswirkungen auf das Leben des Patienten;
- vom Ausmass, der Schwere und der Lokalisierung der Läsionen;
- von der Verfügbarkeit, der Machbarkeit und den Kosten der Behandlungsoptionen;
- vom Alter des Patienten und seiner Lebenssituation, vom Ansprechen auf frühere Behandlungsversuche sowie von eventuellen Komorbiditäten.

Eine Psoriasis ist eine chronische Erkrankung. Die Akuttherapie muss daher durch einen langfristigen Therapieplan ergänzt werden.

Es sollte auch den Erkrankungen und Risiken, die mit einer Psoriasis assoziiert sind (z.B. metabolisches Syndrom und damit verbundene Störungen), ebenso Aufmerksamkeit geschenkt werden wie einem Lebensstil mit ungünstigen Auswirkungen auf die Psoriasis (Alkoholkonsum, Rauchen). Das kardiovaskuläre Gesamtrisiko sollte von Zeit zu Zeit bewertet werden (z.B. mit dem ARRIBA-Risikorechner oder der SCORE-Risk-Chart), zumindest bei Patienten unter Phototherapie oder systemischer Medikation, und bei Patienten über 40 Jahren.

Topische Therapie

Für den Allgemeinarzt ist die topische Behandlung die wesentliche unter den verfügbaren Therapieoptionen und sie ist in den meisten Fällen für das Psoriasismanagement ausreichend. Salben und Cremes verstärken wahrscheinlich die Wirkung anderer Behandlungsformen.

Plaque-Psoriasis

Wenn die Läsionen von einer dicken Schupenschicht bedeckt sind, ist es sinnvoll, die Behandlung mit einer Ablösung der Schuppen zu beginnen. Salicylsäurepräparate (5%) sind rezeptfrei erhältlich und sollten ein paar

Tage lang appliziert werden. Die Schuppen dürfen keinesfalls durch Kratzen oder Rubbeln entfernt werden.

Pflegezubereitungen können entweder gleichzeitig mit anderen Therapien eingesetzt werden oder als Folgebehandlung. In sehr leichten Fällen kann die alleinige Anwendung ausreichen.

Topische Vitamin-D-Präparate und -Analoga (Calcitriol und Calcipotriol) sind wirksam und sicher in der Langzeitanwendung bei Plaque-Psoriasis. Lokale Hautreaktionen können auftreten. Die Verwendung von topischem Vitamin-D kann daran scheitern, dass das Präparat regelmässig 2× täglich aufgetragen werden muss. Ausserdem spricht der Patient erst nach 4–6 Wochen auf die Therapie an. Es handelt sich um die sicherste und empfehlenswerteste Therapieform, aber nur wenige Patienten sehen sich in der Lage, das Präparat langfristig regelmässig zu applizieren.

Topische Kortikoide (potent bis hochpotent, d.h. Wirkstoffe der Klassen III–IV) zeichnen sich durch einen raschen Wirkungseintritt aus und lindern auch den Juckreiz, der bei etwa 70% der Patienten besteht. Sie sollten anfänglich über 2–4 Wochen hinweg kontinuierlich eingesetzt werden, dann sollte langsam ausgeschlichen werden. Ein abruptes Absetzen sollte vermieden werden, da es zu einem frühen Wiederauftreten der Symptome führt. Die bekannten Nebenwirkungen sollten durch ausreichende Kontrollen gering gehalten werden.

Eine Salbenkombination aus Calcipotriol und Betamethasondipropionat ist die schnellste und effektivste Behandlung für die Plaque-Psoriasis. Die Anwendung 1× täglich ist ausreichend. Die initiale Behandlungsperiode dauert 4 Wochen, darauf sollte eine der folgenden untersuchten Erhaltungstherapien folgen:

- Calcipotriol langfristig 1 oder 2× täglich;
- Calcipotriol unter der Woche und die Kombinationssalbe an den Wochenenden oder
- die Kombinationssalbe bei Bedarf (in einer

über 52 Wochen laufenden Studie entwickelten 4,8% der Patienten steroidinduzierte unerwünschte Wirkungen).

- Es ist dokumentiert, dass Okklusivverbände allein, ohne zusätzliche Medikamente, bei umschriebener Plaque-Psoriasis effektiv sind. Sie können die Wirksamkeit von Kortikosteroiden und Calcipotriolpräparaten steigern, insbesondere bei der Behandlung von isolierten hartnäckigen Plaques.

Plaque-Psoriasis an speziellen Stellen

Kopfhaut-Psoriasis wird durch häufiges Schamponieren behandelt. Wenn nötig, kann anfänglich mit Salicylsäure exfoliiert werden, anschliessend wird eine Kortikosteroidlösung oder ein Kombinationspräparat aufgetragen. Schuppen verhindern das Eindringen der Wirkstoffe. Salicylsäure wird häufig als 5–10%ige Mischung (in der Apotheke gemischt) in einer Creme, mit Rizinusöl oder mit einer Salbengrundlage mit Makrogol verwendet.

Psoriasis im Gesicht kann behandelt werden mit mässig potenten Kortikosteroidpräparaten oder Pimecrolimus und Tacrolimus

Psoriasis im Bereich der Beugestellen (d.h. im Bereich von Hautfalten) kann mit den gleichen Präparaten behandelt werden wie den im Gesicht verwendeten. Einige Patienten vertragen auch Vitamin-D-Präparate in den Falten.

Für die Behandlung einer **Psoriasis an den Handflächen und Fusssohlen** kommen die oben für die Behandlung der Plaque-Psoriasis genannten Medikamente zum Einsatz. Gegen Hyperkeratosen kann die Salicylsäure bis zu einer 20%igen Potenz gemischt werden. In schwereren Fällen kann systemisches Acitretin verschrieben werden.

Psoriasis guttata

Wenn die Psoriasis guttata nicht sehr ausgedehnt ist, kann die oben für die Plaque-Psoriasis beschriebene topische Behandlung eingesetzt werden, insbesondere topische

Kortikosteroide. Die UVB-Phototherapie ist die Therapie der Wahl für eine grossflächige Psoriasis guttata.

Psoriasis pustulosa und Psoriasis erythrodermica

Die Therapie besteht in der Hauptsache aus der Gabe von systemischen Medikamenten, die mit Pflegeprodukten und topischen Kortikosteroiden ergänzt werden können.

Phototherapie

Bei Patienten mit ausgedehnter Psoriasis guttata und Plaque-Psoriasis, die eine Sonnenexposition gut tolerieren und leicht bräunen, kann die Phototherapie eingesetzt werden. Photosensibilisierende Medikamente können eine Kontraindikation für die Phototherapie darstellen. Der Aufenthalt im natürlichen Sonnenlicht führt zu einer Linderung der Psoriasis. Für einen guten Therapieerfolg muss die tägliche *Sonnenlichtexposition* 3 Wochen lang fortgeführt werden.

Die organisierte *Heliotherapie* (Klimatherapie) ist eine effektive, aber wegen der verlorenen Arbeitstage relativ kostspielige Behandlungsoption. Für die Kosten der Heliotherapie kommt unter Umständen die Krankenversicherung auf. Der Leistungskatalog der Krankenversicherungsträger ist unterschiedlich.

UVB-Bestrahlung (UVB-Behandlung). Der verschreibende Arzt muss den Hauttyp des Patienten kennen, ebenso muss er über das Strahlungsspektrum und die Strahlenintensität des Phototherapiegeräts Bescheid wissen. Wenn der Patient gut auf die Therapie ange-

sprochen hat, kann der Allgemeinarzt weitere Sitzungen veranlassen. Die konventionelle Breitband-UVB-Therapie ist wirksam bei Psoriasis guttata und bei leichter Plaque-Psoriasis. Die Therapie ist nicht mit einem erhöhten Karzinomrisiko assoziiert.

Möglicherweise kann in der Wohnung des Patienten ein Phototherapiegerät aufgestellt werden. Dies wäre eine sehr kostengünstige Behandlungsoption.

Die Schmalspektrum-UVB-Therapie (311–313 nm) ist effektiver als die Breitbandtherapie und repräsentiert bei Psoriasis die Phototherapie der Wahl. Viele Behandlungsstellen haben ihre alten Breitspektrumgeräte durch neue Schmalspektrumgeräte ersetzt.

Die Wirksamkeit der Behandlung ist gleich gut oder übertrifft jene der Bade-PUVA (unter Verwendung von topischen Psoralenen).

Die Datenlage hinsichtlich der Risiken bei Langzeittherapie ist noch unzureichend.

Bei der *PUVA-Therapie* (Kombination von Psoralen und UVA), wird die Haut des Patienten mit einem Psoralen für Licht sensibilisiert; dieses wird entweder topisch (Balneo-PUVA oder Creme-PUVA) oder oral (orale PUVA-Therapie) angewendet. Die PUVA-Therapie wird heute seltener angewendet, die Indikation stellt der Spezialist.

Systemische medikamentöse Therapie

Bei schwerer Psoriasis können vom Dermatologen Acitretin, Methotrexat oder Ciclosporin verschrieben werden. Methotrexat eignet sich am besten für die Langzeittherapie. Es reduziert gleichzeitig das kardiovaskuläre Risiko der Betroffenen.

Biologicals können für die Behandlung einer mittelschweren bis schweren Psoriasis erwogen werden oder wenn andere Behandlungsoptionen nicht wirksam oder kontraindiziert sind oder nicht vertragen werden. Ustekinumab ist zugelassen für die Behandlung der kutanen Psoriasis, Etanercept und Infliximab sowohl für die kutane Form als auch für die Psoriasis-Arthritis (die zugelassenen Indikationen können von Land zu Land variieren, die angeführten sind für Österreich gültig).¹

Der Einsatz von Biologicals ist mit etlichen Risiken verbunden, die zu beachten sind, insbesondere:

- rasches Fortschreiten, schwere Verlaufsform und atypische Präsentation von bacterialen Infektionen;
- Aktivierung einer latenten Tuberkulose, häufig als miliare Tuberkulose oder als eine Tb mit atypischer Präsentation;
- opportunistische Infektionen.

Überweisung zum Spezialisten

Kinder mit Psoriasis und Psoriasispatienten, die nicht auf die übliche Behandlung ansprechen, sollten an einen Dermatologen überwiesen werden. Ein erfahrener Dermatologe kann bei der Diagnostik einer fraglichen Psoriasis hilfreicher sein als eine Hautbiopsie. Bei Verdacht auf übermässigen Kortikosteroidgebrauch.

¹ Ustekinumab ist in der Schweiz für Plaque-Psoriasis und Psoriasis-Arthritis zugelassen.