

Patientenmerkblatt Schuppenflechte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie leiden an einer Psoriasis. Im Folgenden möchten wir Ihnen einige kurze Informationen zu Ihrer Erkrankung sowie zu weiteren Behandlung geben.

1. Was ist eine Psoriasis?



Die Schuppenflechte, wissenschaftlich Psoriasis, ist eine chronisch schubhaft verlaufende Hautkrankheit, die in unseren Erbanlagen verankert ist und von der etwa 1-2 % der Bevölkerung der Bundesrepublik betroffen ist. Damit betrifft die Erkrankung etwa 1,5 Millionen Menschen in unserem Land und ist damit eine der häufigsten Hauterkrankungen.

Das Krankheitsgeschehen kann chronisch oder schubhaft verlaufen. Zu Hauterscheinungen kommt es, wenn z. B. Infekte, Verletzungen der Haut, Medikamente, Stress aber auch Alkohol den Körper belasten und somit aufgrund einer vorbestehenden genetischen Neigung zu neuen Krankheits-schüben führen. Die Schuppenflechte ist eine nicht heilbare Erkrankung, sie ist nicht ansteckend und sie ist behandelbar.

Typische Hautveränderungen zeigen sich durch umschrieben abgegrenzte gerötete Areale mit silbrig glänzender Schuppung, die vereinzelt aber auch als großflächige zusammenschmelzende Flächen am gesamten Körper auftreten können. Oftmals sind die streckseitigen Körperpartien primär betroffen, wie z. B. Ellenbogen oder Knie aber auch Unterschenkelstreckseiten und der untere Rücken. Neben dem Körper können auch die Gelenke entzündlich mitreagieren. In etwa 30-50 % der Fälle kommt es auch zu einer Mitbeteiligung des Nagelbettes und der Nagelplatten.

Prinzipiell kann die Erkrankung in jedem Alter beginnen, man unterscheidet aber 2 wesentliche Auftrittszeiten: Zum einen das Erstauftreten in früher Jugend und einen zweiten Erkrankungsgipfel ab dem 40. Lebensjahr.

2. Welche Formen der Schuppenflechte kommen vor?

Psoriasis vulgaris:

Die Schuppenflechte hat viele Gesichter, die häufigste Variante ist die **Psoriasis vulgaris**. Sie ist die mit Abstand häufigste Form der Schuppenflechte und betrifft zwischen 80 und 90 % der Patientinnen und Patienten. Typischerweise findet man die schon oben beschriebenen entzündlichen roten Plaques mit silbriger Schuppung an den streckseitigen Armen, Beinen, hier vor allem an den Knie- und Ellenbogenregionen, am Steißbein aber auch am behaarten Kopf. Im Gegensatz zur früheren Lehrmeinung weiß man heute, dass die Hauterkrankung mit einem ausgeprägten und sehr belastenden Juckreiz einhergehen kann.

Bei Patienten mit ausgedehntem Hautbefall kommt es auch häufig zu einer Mitbeteiligung von Nagelbett und Nagelplatte. Schuppenflechtenherde im Nagelbett, also unterhalb des Nagels, zeigen sich als ein sog. Ölfleck mit bräunlich gelblich fleckigem Aspekt des Nagels. Bei Mitbeteiligung der Nagelwachstumszone durch die Schuppenflechtenentzündung entstehen sog. Krümelnägeln mit Zerstörung der Nagelplatte oder einer Tüpfelung der Nagelplatte. Eine Beteiligung der Nägel kann ein Hinweis auf eine Mitbeteiligung der Gelenke bei der Psoriasis sein (Psoriasis arthropathica).

Der Verlauf der Psoriasis vulgaris zeigt sich oftmals chronisch anhaltend mit langfristig bestehenden Herden in oben angegebenen Arealen. In akuten Schüben können kleinfleckige oder punktförmige Herde (Psoriasis guttata) plötzlich auftreten. Im Verlauf können diese Herde dann auch zu großen Entzündungsplaques zusammenfließen. Bei der Abheilung hinterlässt die Psoriasis vulgaris keine Narben an der Haut, zeitweilig aber länger bestehende Rötungen oder bräunliche Restherde.

Psoriasis inversa:

Diese Variante der Schuppenflechte kommt im Unterschied zu den normalerweise streckseitig auftretenden Herden klassischerweise an den Beugeseiten des Körpers vor. So betrifft diese Form der Erkrankung insbesondere Achseln- oder Leistenregionen, die Genitalregion oder bei den Frauen Bereiche unter den Brüsten. Bei Männern können u. a. auch der Hodensack oder die Eichel von Entzündungsherden betroffen sein.

Eine andere Variante dieser Schuppenflechtenform kann ausschließlich mit flächiger schuppiger Rötung an Handinnenflächen und Fußsohlen auftreten (Psoriasis palmoplantaris). Durch die starke Verhornung sind die Patienten durch oftmals auftretende schmerzhafte Rißbildung in ihrem Alltagsleben sehr eingeschränkt.

Psoriasis pustulosa:

Neben den oben beschriebenen verhornenden Hand- und Fußveränderungen kann es in gleicher Lokalisation aber auch zur Entwicklung von kleinen Eiterherden bis hin zu zusammenfließenden Eiterseen kommen. Diese sog. Pusteln entstehen auch auf gerötetem Grund, sind aber nicht mit Bakterien durchsetzt, sondern zeigen sich in Wundabstrichen typischerweise steril, d. h. ohne Bakteriennachweis. Auch hier kommt es zu ausgeprägter Schmerzhaftigkeit und Behinderung bei alltäglichen Arbeiten und beim Laufen.

Eine weitere Form der Psoriasis pustulosa kann den gesamten Körper betreffen. Diese stellt ein meistens schweres Krankheitsbild dar und bedarf der intensivsten stationären Behandlung, da die Erkrankung häufig mit Allgemeinsymptomen wie Fieber und Gelenkschmerzen aber auch depressiven Phasen einhergehen kann.

Psoriasis arthropathica:

Eine Beteiligung der Schuppenflechtenentzündung an den Gelenken kann sowohl gleichzeitig mit Hautveränderungen auftreten, aber auch erst nach Entwicklung der typischen Hautläsionen auftreten. Etwa 10 - 15 % der Psoriasis-Patienten zeigen mit Beginn oder im Verlauf ihrer Erkrankung eine Gelenkbeteiligung. In ca 10 % der Fälle kommt es aber zunächst ausschließlich zu einem Gelenkbefall mit schmerzhaften Schwellungen z. B. an den Finger- oder Fußgelenken. Die Abgrenzung gegenüber anderen Rheumaerkrankungen ist schwierig. Hier ist die Zusammenarbeit mit einem Rheumatologen zur sicheren Klärung der Diagnose sinnvoll.

Therapie der Psoriasis

Bei der Behandlung der Psoriasis spielt die Vermeidung/Sanierung von „Reizen“ eine wesentliche Rolle. Hier sollten insbesondere die oben beschriebenen Faktoren wie Infekte, in der Jugend oftmals im HNO-Bereich Mandel- und Nasennebenhöhlenentzündungen, abgeklärt werden. Im Erwachsenenalter ist der Ausschluss von chronischen Infekten z. B. der Magenschleimhaut und der Zähne wichtig. Ausgeprägte Reizfaktoren wie Sonnenbrände, Kontakt zu Chemikalien, Belastung der Nagelpartien z. B. durch Schreibmaschineschreiben oder Klavierspielen **können** zur Befundverschlechterung führen. Scharfe Speisen und Alkohol sollten möglichst gemieden werden, spezifische Diäten für die Schuppenflechte sind aber nicht bekannt.

Die Pflege der Haut sollte durch milde Shampoos und rückfettende Cremes oder Lotionen erfolgen.

In den meisten Fällen ist die Behandlung der Psoriasis-Patienten ambulant möglich, bei ausgeprägten Befunden empfiehlt sich zur Befundbesserung und -stabilisierung ggf. eine stationäre Behandlung zur Fokussuche und Einleitung einer evtl. innerlichen Therapie.

Die wichtigen Standbeine der Psoriasis-Behandlung:

- die Lokalthherapie,
- die UV-Bestrahlungsbehandlung (künstliches Sonnenlicht) und Blau-Licht sowie
- die systemische (innerliche) Behandlung.

Die Auswahl der Therapie ist abhängig von den Vorbehandlungen des Patienten, der Ausdehnung des Schuppenflechtenbefalls, der Frage der Gelenkbeteiligung aber auch der Beeinflussung der Lebensqualität im Alltag des Patienten. Nach ausführlicher Anamnese und Diagnostik zum Ausschluss o. g. unterhaltender Faktoren der Schuppenflechte erfolgt die Berechnung des Krankheitsschweregrades mit dem sog. Psoriasis Aktivitätsschweregrad-Index (PASI). Dieser beruht auf der Dokumentation der Ausdehnung sowie der Schuppungs- und Entzündungsintensität der Hautveränderungen. Gleichzeitig wird der Patient zu seiner Lebensqualität im Rahmen der chronischen Erkrankung befragt und die Belastung in einem Lebensqualitätsbogen (z. B. DLQI) erfasst.

Lokalthherapie



Primär beginnt die Behandlung der Schuppenflechte mit einer **äußerlichen Therapie**, oftmals mit dem Lösen der Schuppen mit z. B. Salicylsäure. Teerhaltige Präparate bei mildem Krankheitsverlauf unterstützen die Behandlung der Entzündungsherde. Ein alter und bekannter Wirkstoff, das Dithranol, ist im Alltag aufgrund der Verfärbung von Wäsche und Sanitäreinrichtungen schwierig anzuwenden. Es wird heute im Wesentlichen im stationären Bereich eingesetzt. Praktikabler sind die modernen Vitamin-D3-haltigen Präparate und sog. lokale Vitamin A-Säurepräparate.

Daneben werden lokale Kortisonpräparate verschrieben, die allerdings bei langzeitiger Anwendung auch zu pustulösen Psoriasisveränderungen oder zu Bindegewebsrissen (Striae) führen können. Die Präparate sind insbesondere in der Behandlung der inversen Psoriasis aufgrund der höheren Resorption der Substanzen in den Körperfalten problematisch und nebenwirkungsreicher.

UV-Bestrahlungsbehandlung



Eine weitere Säule in der Behandlung stellt die **UV- /oder Lichtbehandlung** dar. In den letzten Jahren kommen im Wesentlichen die für die Schuppenflechte effektiven Ultraviolett B-Schmalbandbestrahlungen aber auch neue Blau-Licht Therapien zum Einsatz, z. T. kombiniert mit Salzbadern. Die Dosis wird unter Berücksichtigung der individuellen Lichtempfindlichkeit des Patienten festgelegt.

Die Lichtbestrahlungsvariante der sog. PUVA-Therapie, bei dem der Patient eine der Lichtbestrahlung vorausgehende Creme oder ein Bad mit einer lichtempfindlich-machenden Substanz (Meladine) erhält, ist alternativ zu der UVB-Bestrahlung möglich, z. T. aber mit höherer Nebenwirkungsrate (Sonnenbrand) verbunden. Die Behandlung mit lichtempfindlich machenden Tabletten, bei der der Patient 8 Stunden nach Einnahme lichtempfindlich verbleibt, ist aktuell schwierig, da die Tabletten in Deutschland nicht mehr zur Verfügung stehen. Bei dieser Therapie ist auch das Tragen einer Lichtschutzbrille bis 8 Stunden nach Einnahme der Tabletten erforderlich.

Innere Therapie-/Systembehandlung



Eine Therapie mit Tabletten oder Spritzen im Sinne einer internen- bzw. Systemtherapie der Schuppenflechte kommt zur Anwendung, wenn die oben geschilderte Lokalthherapie und/oder Bestrahlungsbehandlung nicht ausreichend wirksam sind, die Ausdehnung der Schuppenflechtenherde am Körper so großflächig ist, dass die Lokalthherapie zur Behandlung nicht ausreicht bzw. eine Psoriasisarthritis besteht. Dann werden sowohl die äußerliche Therapie als auch die innerliche Therapie gemeinsam angewendet.

Für den Einsatz der Systemtherapie wird die Ausprägung der Schuppenflechte mit Hilfe eines sog. Score's dokumentiert. Es gibt verschiedene Dokumentationssysteme, der häufigste ist der sog. PASI-Score, der die betroffene Körperfläche, die Dicke der Psoriasis-Plaques und die Intensität der Schuppung berechnet. Abhängig von der berechneten Summe empfiehlt die letzte S3-Leitlinie der Psoriasis vulgaris die Einleitung einer Systemtherapie für die mittelschwere Schuppenflechte ab einem PASI > 10. Ein weiteres Kriterium stellt die durch die Hauterkrankung mögliche Einbuße der Lebensqualität dar, die in die Berücksichtigung des Schweregrades der Schuppenflechte mit einbezogen wird.

Welche Medikamente für die Psoriasis vulgaris gibt es?

Prinzipiell kann man die sog. klassischen Systemtherapeutika der Psoriasis vulgaris von den **Biologica** unterscheiden. Zu den klassischen Medikamenten zählen die **Fumarate**, die seit 1995 bei der Psoriasis vulgaris eingesetzt werden, das **Methotrexat**, eines der am längsten zur Behandlung der Schuppenflechte verwendeten Medikamente, das **Cyclosporin A**, das seit 1993 für die Behandlung der Psoriasis zugelassen ist sowie die **Retinoide** (Vitamin A Säureabkömmlinge), die allerdings häufig nur noch für bestimmte Psoriasisformen (Hand- und Fußbefall) als Monotherapie Verwendung finden.

Die **Biologica** sind eine neue Wirkstoffklasse von Medikamenten, die durch biotechnologische Verfahren hergestellt werden und die Schuppenflechtentherapie etwa seit 2004 bereichert haben. Hier gibt es mittlerweile eine Vielzahl verschiedener Biologica, die an unterschiedlichen Orten der Entzündungsentstehung bei der Schuppenflechte ansetzen. Neben den sog. TNF-Alpha-Blockern, kommen Interleukin-12/23 Blocker und in der letzten Zeit Interleukin 17 sowie nur IL23 blockierende Substanzen zum Einsatz. Gemeinsam ist allen Medikamenten, dass eine Tuberkulose und eine Hepatitis-Erkrankung

vor Beginn der Therapie durch Blutuntersuchungen und die Röntgenuntersuchung der Lunge ausgeschlossen werden muss. Die Medikamente werden alle als Spritze oder Infusionen verabreicht.

Als weitere Präparategruppe sind die sog. „kleinen Moleküle“ zu nennen, hier ist aktuell Apremilast, ein niedermolekularer Phosphodiesterase-4-(PDE4)-Hemmer, vorhanden, der für die mittelschwere bis schwere chronische Plaque-Psoriasis zugelassen ist und als Einziges der modernen Präparate als Tabletten-Therapie gegeben werden kann.

Für die Frage, welche der oben genannten Therapien im Einzelfall angewendet werden sollten, ist eine ausführliche Anamnese, Diagnostik und ein Therapiegespräch mit ihrem behandelnden Stationsarzt erforderlich.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sollten Sie in Zusammenarbeit mit Ihrem Hautfacharzt am Heimatort das empfohlene Therapiekonzept, in das Sie während des stationären Aufenthaltes durch unser Ärzte- und Pflorgeteam eingewiesen werden, fortsetzen. Aus diesem Grund erhalten Sie am Entlassungstag einen vorläufigen Arztbrief, in dem unsere Empfehlungen zur weiteren Behandlung und Nachsorge aufgeführt sind sowie die dafür notwendigen Rezepte. Mit diesen Unterlagen sollten Sie sich baldmöglichst bei Ihrem Hautfacharzt vorstellen, damit er mit Ihnen gemeinsam die weitere Behandlung begleiten kann.

Wir hoffen, wir konnten Ihnen mit diesen Informationen ein wenig weiterhelfen. Sollten noch weitere Fragen bestehen, so sprechen Sie uns gerne an.

Mit freundliche Grüßen

Ihr Team der Hautklinik

Nützliche Links:

www.awmf-online.de (AWMF Leitlinien: S3 Leitlinie der Psoriasis vulgaris)

www.awmf-online.de (AWMF Leitlinien: Patientenleitlinie Psoriasis vulgaris)

www.psoriasis-bund.de (Deutscher Psoriasis Bund e. V.)