

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Psoriasis ist eine chronische, entzündliche Hautkrankheit, bei der das Immunsystem eine wichtige Rolle spielt.

Sie kommt weltweit bei rund 2% der Bevölkerung vor und äußert sich meist durch chronisch-wiederkehrende, verdickte, gerötete und mehr oder weniger stark schuppene Hautveränderungen. Diese finden sich einzeln oder zahlreich irgendwo, oft symmetrisch verteilt, vor allem an Ohren, Kopfhaut, Ellbogen, Knien, im Gesäßspalte oder im Genitalbereich.

Ein Nagelbefall ist häufig, in Form von kleine Dellen oder gelblichen bis bröckeligen Verdickungen. Die Psoriasis kann auch die Gelenke, vor allem die kleinen Finger- und Zehengelenke befallen (Psoriasisarthritis).

Ursachen und Krankheitsauslöser.

Meist besteht eine erbliche Disposition. Infektionen (z.B. sog. Superantigene von Streptokokken) und Medikamente (z.B. Lithiumpräparate, Betablocker, Chloroquin), aber auch emotionale Faktoren (Stress) können Psoriasis-Schübe auslösen. Zudem können Sonnenbrände oder mechanische Reibung den Verlauf ungünstig beeinflussen oder eine Abheilung verhindern.

Krankheitsverlauf

Die Psoriasis zeigt sich meist erstmals im jungen Erwachsenenalter, kommt aber auch bei Kindern vor. Ihr Verlauf ist sehr variabel. Oft trifft sie nur wenige Körperstellen und kann ganz diskret ablaufen (z.B. an der Kopfhaut), was oft in der Familie nicht bekannt oder dem Betroffenen lange nicht bewusst ist. Bei 20% verläuft die Psoriasis mild mit wenigen Schüben und langen beschwerdefreien Phasen. In der Hälfte der Fälle kommt es immer wieder zu akutem Aufblühen und anschließender Abheilung, wobei nach dem Abklingen einzelne Herde an Ellbogen, Knien oder Kopfhaut fortbestehen können. Selten kommt es zum totalen Befall der ganzen Haut, einer sogenannten Erythrodermie, einem Zustand, der dringend ärztlicher Hilfe bedarf. Obschon die Psoriasis meist nicht lebensbedrohlich ist, kann sie doch jucken und schmerzhaft sein und wegen der möglichen psychischen und sozialen Belastungen sich auf die Lebensqualität der Patienten sehr negativ auswirken.

Therapeutische Möglichkeiten

Leichte Formen der Psoriasis können mit lokal wirksamen Mitteln in Salben oder Lotionen oft wirksam behandelt werden. Sie enthalten zur Lösung der Schuppen Salizylsäure, gegen die Entzündung und Proliferation Glucocortikoide (Kortison), Dithranol/Cignolin oder die bezüglich Nebenwirkungen günstigen Vitamin D3-Analoga .

Die für die Behandlung der Neurodermitis zugelassenen neueren Tacrolimus- und Pimecrolimus-salben haben an problematischen Stellen zwar oft eine gute Wirkung, müssen aber selber bezahlt werden, da die Krankenkasse diese Verordnung nicht bezahlen dürfen. Patienten, die stärker (mittelschwer bis schwer) betroffen sind, können zusätzlich mit UV-Licht behandelt werden, eine seit 2000 Jahren bekannte Therapieform, die den Vorteil hat, dass sie ausschließlich die Haut behandelt und die übrigen Organe des Körpers schont. Mit der Entdeckung besonderer biologischer Wirkungen einzelner Wellenlängen und der Entwicklung neuer selektiver Geräte ist es in den letzten Jahrzehnten gelungen, auch die Risiken einer wiederholter UV-Exposition der Haut in der Lichttherapie zu vermindern und die Behandlungszeiten zu verkürzen.

Lichttherapie der Psoriasis

Die heilende Wirkung des Ultraviolettlichtes auf Hautkrankheiten zeigt sich v.a. an sonnenreichen Meerküsten oder im Gebirge. Auch am diesbezüglich besonders bekannten Toten Meer ist wohl nicht vorwiegend das magnesiumreiche Salzwasser, das Entzündungsfaktoren auswaschen soll, sondern die intensive UV-Exposition verantwortlicher Hauptfaktor der günstigen Wirkung auf die Psoriasis. Die Lichttherapie hat sich in den letzten Jahren als wissenschaftliche Behandlung von Hautkrankheiten bewährt, bei denen sich abnorme Immunvorgänge abspielen. Gegenüber der länger bekannten PUVA-Therapie (UVA-Bestrahlung nach vorheriger Sensibilisierung der Haut durch Psoralen-Bäder- oder -Tabletten) hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten die Schmalspektrum-UVB-Lampen den besonders wirksamen Wellenlängen zwischen 304 und 320 nm durchgesetzt. Die Wirkung der Narrowband-UVB Lampen beruht u.a. auf der hemmenden Wirkung auf T-Zellen, Entzündung und Hornzellenproliferation.

Bei der 2-3xwöchentlich stattfindenden Therapie wird mit einer niedrigen Dosis begonnen und dann schrittweise die Dosis erhöht, ohne länger andauernde Rötungen zu provozieren. Je nach Ausdehnung und Dynamik der Psoriasis kann es sinnvoll sein, die ganze Haut in einer Kabine zu behandeln, um die Entstehung neuer Herde zu vermeiden. Bei chronischem Verlauf der gleichen Hautstellen können diese selektiv mit Teilkörpergeräten oder dem UVB311 Lichtkamm (z.B. Hände, Füße, Kopfhaut) behandelt werden.

Eine noch genauere Behandlung einzelner Herde unter Schonung der gesunden Haut gelingt mit dem Excimer-Laser oder der Excimer Lampe, die ein ultraviolettes Licht von 308nm so intensiv erzeugt, dass die Bestrahlung pro Herd gegenüber den üblichen UVB311nm Lampen enorm verkürzt und differenziert dosiert werden kann. Diese effiziente Therapie muss durch eine geschulte Person durchgeführt werden. Mit den erwähnten modernen Lichttherapien kann die mittelschwere bis schwere Psoriasis in 15-20 Sitzungen eine über 50%-ige Verbesserung erwartet werden, kombiniert mit Salben kommt es bei 60-80% zu einer weitgehenden Abheilung.

Das bekannte Risiko des UV-Lichtes für das spätere Auftreten von Hauttumoren scheint nach den bisherigen Langzeitstudien bei der UVB-311-nm Therapie klein zu sein, mit Ausnahme des Genitales beim Mann, weshalb es sich empfiehlt, diesen Bereich bei der Ganzkörperbehandlung in der Regel abzudecken. Wenn Gesicht und Handrücken, die im Verlauf des Lebens viel der Sonne ausgesetzt sind, nicht von der Psoriasis betroffen sind, empfehlen wir, auch diese bei der Lichttherapie zu schützen.

Für Patienten mit schwerer Psoriasis, bei denen eine UV-Therapie nicht genügt, stehen eine ganze Reihe von Medikamenten zur Verfügung, die systemisch, d.h. in Form von Tabletten oder Spritzen, verabreicht werden: Methotrexat, Ciclosporin, Acitretin, Fumarsäureester und neuerdings die sogenannten Biologics. Wegen möglicher unerwünschter Nebenwirkungen und Risiken können diese Medikamente aber nur periodisch und auch mit einer beschränkten Dosis zum Einsatz kommen und erfordern meist eine Überwachung der inneren Organe, ein sog. Monitoring (Leber, Niere, Blutbild, etc). Diese Medikamente führen in vielen Fällen zur vollständigen Abheilung, oder zumindest zu einer wesentlichen Verbesserung des Hautzustandes, und nach Behandlungsende kommt es zumeist zum Wiederauftreten der Schuppenflechte.

Behandlung der Psoriasis durch Medikamente von innen.

Methotrexat ist ein schon lange und gut bekanntes Zytostatikum, das sich in der Behandlung von Krebs und schweren rheumatischen Erkrankungen bewährt hat. In niedrigen Dosen (maximal 25 mg/Woche) wirkt es immunmodulatorisch und antientzündlich und hilft damit auch bei schwerer Psoriasis. Dosisabhängig kann es zu Beschwerden des Magen-Darm-Traktes, zu Haarausfall, Leber-, Nieren-, Lungen- und Knochenmarkschädigungen kommen, weshalb ein Monitoring erforderlich ist. Unter Methotrexatbehandlung sollte nie Trimethoprim oder Acetylsalicylsäure und nur mit grosser Vorsicht nichtsteroidale Antirheuma-Mittel oder Penicilline eingenommen werden. Methotrexat lässt sich hingegen gut mit allen lokalen Medikamenten und mit Lichttherapie kombinieren.

Ciclosporin wirkt immunmodulatorisch und antientzündlich und wurde zunächst in der Transplantationsmedizin entwickelt. Die in der Dermatologie eingesetzten Dosen sind viel geringer (maximal 5 mg/kg/Tag). Wegen des Risikos möglicher Nierenschädigungen darf das gut wirksame Medikament aber nur periodisch (meist 12-14 Wochen), selten über längere Phasen verordnet werden (Eine maximale Behandlungsdauer von zwei Jahren sollte nicht überschritten werden).

Retinoide (v.a. Acitretin) sind Vitamin-A-Abkömmlinge, die Proliferation und Verhornung hemmen und für sich allein nur beschränkt gegen Psoriasis wirksam sind. Sie lassen sich aber gut mit andern Behandlungen (z.B. UV-Licht oder Ciclosporin) kombinieren. Hauptproblem ist die mögliche Fruchtschädigung bei Eintreten einer Schwangerschaft. Die anderen Nebenwirkungen wie Austrocknung von Haut und Schleimhäuten oder Haarausfall sind kontrollierbar und reversibel. Fumarsäureester haben sich vor allem in der bei Langzeittherapien als sicher und wirksam erwiesen. Da zu Beginn der Behandlung Unverträglichkeiten wie Hitzewellen (Flush) und Durchfälle, häufig sind, wird die Dosis langsam gesteigert.

Biologics:

In den letzten Jahren wurden biotechnologisch hergestellte Medikamente entwickelt, die in den Immunmechanismus der Psoriasis gezielt eingreifen können.

Etanercept (Enbrel),
Adalimumab (Humira) und
Infliximab (Remicade)
sind sogenannte TNF-alpha-Inhibitoren.

Das Medikament Stelara (Ustekinumab) hemmt einen anderen entzündungsfördernden Mechanismus im Immunsystem.

Die recht unterschiedliche therapeutische Wirksamkeit der Biologics ist, allerdings z.T. erst nach mehreren Behandlungszyklen, insgesamt vergleichbar mit Methotrexat und Ciclosporin. Auch die unerwünschten Wirkungen sind unterschiedlich. Beim Einsatz der TNF-alpha-Inhibitoren muss ein erhöhtes Infektionsrisiko beachtet werden; v.a. muss eine Tuberkulose ausgeschlossen sein. Trotzdem scheinen diese neuen Medikamente bei guter Betreuung wegen ihrer fehlenden Organtoxizität und Arzneimittelinteraktionen relativ sichere Medikamente zu sein. Es fehlen allerdings noch die Langzeiterfahrungen, um diese Einschätzung zu bestätigen. Ihr Einsatz wird zudem noch durch die hohen Medikamentenkosten begrenzt

Psoriasis-Diät?

Es gibt keinen speziellen Diäten zur Besserung der Psoriasis. Viele Patienten berichten aber, dass Alkohol insbesondere Wein, Sekt und Branntwein sich ungünstig auf die Haut auswirken kann. Gleiches gilt für Nüsse und sehr scharfe Gewürze wie Chili, Tabasco, Pfeffer, Curry, Paprika..

Bei Fragen sprechen Sie uns bitte an: