



**Entzündliche
Dermatosen**



Psoriasis (Schuppenflechte) Informationen und Behandlungsmethoden

Liebe Leserinnen, lieber Leser,

schätzungsweise leiden in Deutschland 2% der Bevölkerung an einer Schuppenflechte, womit die Schuppenflechte eine der häufigsten Erkrankungen der Haut darstellt. Gerötete und schuppige Haut prägen das klinische Bild, wobei die Schuppenflechte nicht nur auf die Haut beschränkt ist.

Eine zielgerichtete Therapie und die Anbindung an Spezialeinrichtungen können den Umgang mit der Krankheit erleichtern, zu einer deutlichen Besserung des Hautbefundes führen und somit den Leidensdruck der Patient*innen lindern.

Mit dieser Patientenbroschüre möchten wir Ihnen die wichtigsten Informationen über das Krankheitsbild der Schuppenflechte vermitteln und Ihnen die Behandlungsmöglichkeiten in unserem Hause aufzeigen.

Inhalt

1.	Hitorischer Rückblick und heutiger Wissensstand	4
2.	Was passiert bei Psoriasis in der Haut?	5
3.	Psoriasis ist nicht gleich Psoriasis	5
4.	Ist die Schuppenflechte nur auf die Haut beschränkt?	6
5.	Wie häufig ist eine Schuppenflechte?	7
6.	Therapie der Psoriasis – wie behandle ich meine Psoriasis richtig?	7
7.	Was bietet Ihnen unsere Klinik?	11



Historischer Rückblick und heutiger Wissensstand

Die Psoriasis ist eine bereits lang bekannte Erkrankung, sie wurde schon 400 Jahre vor Christus durch den griechischen Arzt Hippokrates beschrieben. Der Begriff „Psoriasis“ wurde aber erstmalig durch den Arzt Galenus eingeführt. Damals dachte man, dass die Psoriasis durch Milben und mangelnde Hygiene ausgelöst werde, daher auch die Namensgebung der Erkrankung („Psora“ = Krätze). Es wird zudem angenommen, dass Psoriasis früher oft mit Lepra verwechselt wurde, was zur Stigmatisierung und Ausgrenzung der Patienten führte.

Heute weiß man, dass die Psoriasis keine ansteckende Infektionskrankheit ist, sondern eine chronisch entzündliche Erkrankung. Die Psoriasis beruht auf einer genetischen (vererbten) Prädisposition, welche bei etwa 2,5% der Bevölkerung vorliegt. Damit die Erkrankung manifest wird, braucht es zusätzlich zur Veranlagung einen Auslöser (sogenannter Triggerfaktor). Diese Triggerfaktoren sind sehr vielfältig (bestimmte Arzneistoffe, Infektionen, starke mechanische Beanspruchung der Haut, seelischer Stress, hormonelle Veränderungen, Übergewicht, Alkohol, Rauchen), wodurch es im Einzelfall oft nicht möglich ist den genauen Auslöser zu ermitteln. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen 2 Typen von Schuppenflechte. Beim Typ I (60-70% der Fälle) treten die ersten Symptome vor dem 40. Lebensjahr auf, meistens schon im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter. Es besteht eine starke genetische Kompo-

nente und es kommt oftmals zu einer Beteiligung der Gelenke. Beim Typ II (30-40% der Fälle) manifestiert sich die Erkrankung erst im fortgeschrittenen Lebensalter (> 50. Lebensjahr). Es kommt meistens zu einem günstigeren Verlauf als beim Typ I.

Was passiert bei Psoriasis in der Haut?

Obwohl die Ursache der Psoriasis bisher nicht vollständig geklärt ist, weiß man mittlerweile, dass es zu einer Fehlfunktion des Immunsystems kommt. Die aktivierten Immunzellen setzen eine Vielzahl von Entzündungsmediatoren frei, was zu einer Entzündungsreaktion in der Haut führt. Ähnlich wie bei einer Hautverletzung, werden dadurch Prozesse der Hauterneuerung beschleunigt und es kommt zu einer übermäßigen Bildung neuer Hautzellen. In einer gesunden Haut regeneriert sich die oberste Hautschicht innerhalb von 4 Wochen, bei der Schuppenflechte in nur 3 bis 4 Tagen. Als Folge, bilden sich Schuppen und es kommt zu einer verstärkten Verhornung der Haut.

Psoriasis ist nicht gleich Psoriasis

Die Schuppenflechte ist eine sehr heterogene Erkrankung mit vielen unterschiedlichen Erscheinungsformen. Patient*innen leiden oft an mehreren Psoriasisformen gleichzeitig. Am häufigsten ist die Psoriasis vulgaris, sie macht 80 % der Psoriasisformen aus. Hier zeigen sich gerötete und erhabene Hautstellen mit silbrig-weißer, festhaftender Schuppung (sogenannte Plaques).

Die Plaques befinden sich typischerweise an folgenden Prädispositionsstellen: Kopfhaut, streckseitige Ellenbogen- und Kniegelenke, Gesäß, Gesäß-Falte, Bauchnabel und Hand- und Fußinnenflächen. Die Psoriasis geographica ist durch eine landkartenartige, flächige Verteilung der Plaques charakterisiert. Betrifft dies mehr als 90% der Körperoberfläche, spricht man von einer erythrodermen Psoriasis. Bei der Psoriasis guttata findet man ein kleinfleckiges Bild schuppender Hautveränderungen. Die Psoriasis guttata ist eine typische Erstmanifestation der Schuppenflechte und tritt häufig nach einer Mandelentzündung mit Streptokokken auf. Zwei seltene Psoriasisformen sind die Psoriasis inversa und die Psoriasis pustulosa. Die Psoriasis inversa zeichnet sich dadurch aus, dass nicht wie üblich die Streckseiten sondern die Beugeseiten der Extremitäten sowie die großen Hautfalten betroffen sind. Bei der pustulösen Psoriasis bilden sich kleine Pusteln (Eiter gefüllte Bläschen), die im Verlauf zusammenfließen können. Hier un-

terscheidet man zwischen der Psoriasis vulgaris cum pustulatione, der generalisierten Psoriasis pustulosa (GPP) und der Psoriasis pustulosa palmoplantaris (PPPP). Bei der Psoriasis vulgaris cum pustulatione besteht eine so starke Krankheitsaktivität, dass sich innerhalb der bestehenden Psoriasis-Herden Pusteln entwickeln. Bei der generalisierten Psoriasis pustulosa sind die Pusteln am gesamten Körper zu finden, bei der Psoriasis pustulosa palmoplantaris nur an Hand- und Fußinnenflächen.

Ist die Schuppenflechte nur auf die Haut beschränkt?

Die Schuppenflechte wird heutzutage als Systemerkrankung angesehen, das heißt sie betrifft mehrere Organsysteme. Neben der Haut sind oft auch die Nägel sowie die Gelenke (vor allem Finger- und Zehengelenke) mitbetroffen. Darüber hinaus, leiden die Patient*innen häufiger am sogenannten metabolischen Syndrom. Dabei handelt es sich um eine Stoffwechselerkrankung, bestehend unter anderem aus Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Übergewicht und erhöhten Blutfettwerten. Dadurch ist das Risiko für Herzinfarkte oder Schlaganfälle erhöht. Auch psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen, werden bei Psoriasis Patient*innen häufiger beobachtet. Die Psoriasis arthropatica (Mitbefall der Gelenke) geht zudem häufig mit einer Entzündung der Augen (Uveitis posterior) einher.



Wie häufig ist eine Schuppenflechte?

Die Häufigkeit der Schuppenflechte variiert je nach Land. In Deutschland leiden schätzungsweise 2% der Bevölkerung an einer Schuppenflechte. Männer und Frauen erkranken ungefähr gleich häufig.

Therapie der Psoriasis – wie behandle ich meine Psoriasis richtig?

In den letzten Jahren und Jahrzehnten hat die Forschung auf dem Gebiet der Psoriasis erhebliche Fortschritte erzielen können, wodurch sich neuartige Therapiemöglichkeiten ergeben haben. Psoriasis ist zwar nach wie vor nicht heilbar, durch eine geeignete Therapie kann aber bei vielen Patienten eine Erscheinungsfreiheit erzielt werden.

Die Therapie der Psoriasis orientiert sich stets am Schweregrad der Erkrankung. Der Schwerpunkt von uns Dermatologen liegt dabei auf den Haut- und Nagelerscheinungen. Ein international anerkannter Score zur Messung des Schweregrades einer Psoriasis ist der PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Dieser Score berücksichtigt den Grad der Rötung, der Schuppung und der Infiltration (Erhabenheit) sowie die betroffene Körperoberfläche.

Die therapeutischen Möglichkeiten der Psoriasis lassen sich in vier Kategorien einteilen: Basistherapie, äußerliche Therapie, Lichttherapie und innerliche Therapie (Systemtherapie).

Basistherapie

Eine regelmäßig angewendete Basistherapie ist ein wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Psoriasis Behandlung und sollte unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung erfolgen. Hier kommen rückfettende und pflegende Externa in Form von Cremes, Salben oder Lotionen zum Einsatz. Bei starker Schuppung kann ein Zusatz von Harnstoff (Urea) oder Salizylsäure sinnvoll sein um die Schuppen zu lösen. Das Ziel der Basistherapie ist die Stabilisierung und Erhaltung der Hautbarriere. Wichtig ist hierbei, dass die Basispflege auch in erscheinungsfreien Intervallen fortgeführt wird.

Äußerliche Therapie

Ist nur eine geringe Hautfläche erkrankt, genügt meistens eine äußerliche Therapie. Hier kom-

men mehrere Wirkstoffe zur Anwendung.

- **Äußerliche Glukokortikosteroide („Kortison“):** Es gehört zu den am häufigsten eingesetzten und wirksamsten äußerlichen Wirkstoffen gegen Psoriasis. Kortison-Präparate haben entzündliche und antiproliferative Eigenschaften und wirken somit der verstärkten Zellvermehrung der obersten Hautschicht entgegen. Man unterscheidet bei der äußerlichen Therapie zwischen vier Kortison-Klassen mit steigender Wirkstärke (Klasse I = schwach, Klasse IV= sehr stark). Je nach Dicke der zu behandelnden Haut kommen unterschiedliche Klassen zum Einsatz. Bei einer Behandlung ist ein abruptes Absetzen zu vermeiden, da dies zu einem sogenannten Rebound-Effekt (Rückfall) führen kann. Stattdessen wird ein langsames Ausschleichen über einige Wochen empfohlen. Kortison-Präparate sind bei sachgemäßer Anwendung sehr sichere Präparate und zeigen wenige Nebenwirkungen. Bei kontinuierlicher, großflächiger Anwendung hochpotenter Kortison-Präparate kann es allerdings zu unerwünschten Wirkungen wie Hautatrophie (Verdünnung der Haut) und Erweiterung oberflächlicher Blutgefäße kommen. Besonders vorsichtig sollte man in sensiblen Hautarealen wie Gesicht und Genitalbereich sein, wohingegen die Kopfhaut und die Hand- und Fußflächen meist keine Probleme bereiten.
- **Vitamin D-Abkömmlinge:** Sie werden ebenfalls äußerlich angewendet und existieren z.B. als Creme, Salbe, Gel, Schaum oder Spray. Vitamin D-Präparate wirken entzündungshemmend und verringern dadurch die Schuppenbildung. Sie sind in der Regel gut verträglich, selten kommt es zu Brennen oder Juckreiz. Der Wirkeintritt ist etwas langsamer als bei äußerlichen Kortison-Präparaten, dafür ist die Wirkung aber oft nachhaltiger. Die Kombination von Vitamin D-Abkömmlingen und Kortison-Präparaten hat sich als sehr wirksam erwiesen und kommt besonders zu Beginn einer Therapie häufig zum Einsatz. Vitamin D-Präparate dürfen maximal an 30% der Körperoberfläche angewendet werden und sollten zudem nicht mit Vitamin D-Tabletten kombiniert werden, da es sonst zu Störungen des Kalzium-Stoffwechsels kommen kann.
- **Calcineurin-Inhibitoren (Tacrolimus Salbe/Pimecrolimus Creme):** Sind immun-modulierende Substanzen, das heißt sie beeinflussen das körpereigene Immunsystem. Sie sind in Deutschland zurzeit nur für die Behandlung der Neurodermitis zugelassen. Viele Studien konnten aber ihre Wirksamkeit bei Psoriasis belegen. Sie kommen vor allem in Kortison-sensiblen Hautarealen wie Gesicht, Genitalbereich und in Körperfalten zum Einsatz, weil sie nicht zu einer Atrophie der Haut führen.
- **Dithranol:** Es wird bereits seit 1916 zur äußerlichen Behandlung der Schuppenflechte eingesetzt und war das erste Medikament was speziell zur Therapie der Schuppenflechte entwickelt wurde. Aufgrund seiner hautirritierenden und verfärbenden Wirkung, wird es heute trotz seiner guten Wirksamkeit nur noch im stationären Bereich angewendet.

Lichttherapie/ UV-Therapie

Die Lichttherapie hat einen hohen Stellenwert bei der Behandlung von mittelschweren und schweren Psoriasisformen, vor allem bei großflächigem Auftreten. Hierbei macht man sich die günstige Wirkung des UV-Lichtes auf Entzündungsprozesse und Autoimmunreaktionen in der

Haut zu Nutze. Heutzutage kommen vor allem Schmalspektrum UVB-Lampen zum Einsatz die nur Licht mit einer Wellenlänge von 311 nm freisetzen. Bei sehr dicker Schuppung und bei Befall der Hand- und Fußinnenflächen wird zudem UVA-Licht verwendet, meistens in Kombination mit einer lichtsensibilisierenden Substanz als sogenannte PUVA (Psoralen + UVA). Die Behandlungsdauer beträgt meist mehrere Wochen bis Monate. Es sollten jedoch nicht mehr als 20-30 Behandlungen durchgeführt werden, da es sonst zu einem erhöhten Hautkrebsrisiko kommt.

Systemtherapie

Eine innerliche Therapie ist nötig bei schweren Psoriasisformen, die mindestens 10% der Körperoberfläche betreffen (BSA: Body surface area >10%), insbesondere bei Mitbefall der Gelenke. Hier sollte eine genaue Nutzen-Risiko-Abwägung durch einen erfahrenen Dermatologen erfolgen, da Systemtherapien unter Umständen mit schweren Nebenwirkungen einhergehen können. Zuerst kommen klassische Systemtherapeutika wie Fumarsäureester, Methotrexat, Ciclosporin und Acitretin zum Einsatz. Sollte deren Wirksamkeit nicht ausreichend sein oder mit Nebenwirkungen verbunden sein wird auf neuere Medikamente wie kleine Moleküle („small molecules“) oder hochspezifische Antikörper, sogenannte Biologika, zurückgegriffen.

- **Fumarsäureester:** Wird in Deutschland sehr häufig zur systemischen Therapie der Psoriasis vulgaris eingesetzt. Es wird täglich als Tablette verabreicht und verfügt über ein sehr sicheres Wirkungsprofil. Leider wird es nicht von allen Patient*innen toleriert, es kann vor allem zu Beginn der Therapie zu Übelkeit, Durchfall, Flush-Symptomatik (anfallsartige Rötung des Gesichtes) und zu einem reversiblen Abfall der weißen Blutkörperchen kommen. Diese Nebenwirkungen sind meistens von der Dosierung des Medikamentes abhängig. Bei Patienten die es vertragen, ist es eine gute Therapieoption, welche über einen langen Zeitraum eingenommen werden kann.



- **Methotrexat (MTX):** wirkt entzündungshemmend und immunsuppressiv. Es wurde ursprünglich als Chemotherapeutikum entwickelt; zur Bekämpfung von Krebs. In einer viel geringeren Dosierung wird es aber heutzutage sehr erfolgreich gegen Schuppenflechte eingesetzt. Es hat auch eine gute Wirksamkeit bei der Gelenkpsoriasis. Methotrexat wird in der Regel einmal wöchentlich unter die Haut gespritzt oder als Tablette geschluckt. In regelmäßigen Abständen, sollten Leber-, Nieren- und Blutbildkontrollen erfolgen. In seltenen Fällen besteht die Möglichkeit einer dauerhaften Leberschädigung. Zur Abmilderung der Nebenwirkungen von Methotrexat sollte am Folgetag ein Folsäurepräparat eingenommen werden.
- **Ciclosporin:** wird schon sehr lange als Immunsuppressivum nach Organtransplantationen verwendet um eine Abstoßung zu verhindern. Es ist aber auch sehr wirksam gegen Psoriasis, besonders im akuten Schub wegen des schnellen Wirkeintritts. Die Gabe erfolgt täglich oral, die Dosierung ist gewichtsadaptiert. Zu den bedeutsamsten Nebenwirkungen zählen die Erhöhung des Blutdruckes und eine Schädigung der Niere, weshalb das Medikament nicht zur Dauertherapie geeignet ist. Ciclosporin sollte nicht mit einer Lichttherapie kombiniert werden, das sonst das Risiko für Hautkrebs deutlich erhöht ist.
- **Acitretin:** Ist ein Vitamin-A-Säure-Abkömmling (Retinoid) und wird seit 1992 zur Behandlung der Schuppenflechte und anderen Verhornungsstörungen der Haut eingesetzt. Es wird täglich als Tablette geschluckt und ist besonders wirksam bei pustulösen Formen der Psoriasis. Acitretin sollte bei Frauen im gebärfähigen Alter nicht angewendet werden, weil es bis zu 3 Jahre nach Absetzen der Therapie schwer fruchtschädigend wirkt. Eine typische Nebenwirkung ist die Austrocknung der Haut und Schleimhäute. Zudem ist darauf zu achten, dass während der Therapie mit Acitretin und bis zu 3 Jahre danach kein Blut gespendet werden darf.
- **Apremilast:** Gehört zu den sogenannten kleinen Molekülen („small molecules“) und hemmt die Aktivierung verschiedener Immunzellen, die bei der Psoriasis eine wichtige Rolle spielen. Apremilast wird täglich als Tablette eingenommen und hat den Vorteil, dass es nur wenige Laborkontrollen benötigt. Es gilt daher als sehr sicheres Medikament. Unter den unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind vor allem die Übelkeit und der Durchfall von großer Relevanz. Darüber hinaus, kann es zu Gewichtsverlust und selten zu depressiven Verstimmungen kommen. In diesen Fällen sollte gleich ein Arzt aufgesucht werden.
- **Antikörper-Therapie („Biologika“):** stellen eine neue Generation von Medikamenten dar. Es handelt sich um biotechnologisch hergestellte Antikörper, die spezifisch gegen bestimmte Entzündungsmediatoren (TNF-alpha, Interleukin 17, 12 und 23) wirken. Sie werden in Form von subkutanen Spritzen in verschiedenen Abständen verabreicht. Biologika sind hochwirksam gegen Schuppenflechte, einige sind zudem für die Gelenkpsoriasis zugelassen. Aktuell sind folgende Biologika in Deutschland für die Schuppenflechte zugelassen: Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Certolizumab, Secukinumab, Ixekizumab, Brodalumab, Ustekinumab, Guselkumab, Risankizumab und Tildrakizumab. Unter Biologika kann es in seltenen Fällen zu schwerwiegenden Infektionen wie z.B. der Reaktivierung einer latenten Tuberkulose kommen, weshalb diese vor Therapiebeginn ausgeschlossen werden sollte. Aufgrund der hohen Therapiekosten sind Biologika für Psoriasis Patienten vorbehalten mit

hohem Schweregrad und stigmatisierender Lokalisation (Gesicht, Genitalbereich, Handflächen und Fußsohlen), bei denen die klassischen Medikamente keine Wirkung gezeigt haben.

Psychosoziale Therapie

Eine Schuppenflechte geht oft mit einer psychischen Belastung und einem hohen Leidensdruck der Patienten einher. Da die Schuppenflechte oft an gut sichtbaren Hautstellen auftritt, kann es zu einer Stigmatisierung der Patienten führen. Dadurch hat die Erkrankung auch oft einen Einfluss auf den Beruf, die Familie und die Partnerschaft der Patient*innen. Hier kann es sinnvoll sein auf psychologische Hilfe zurückzugreifen.

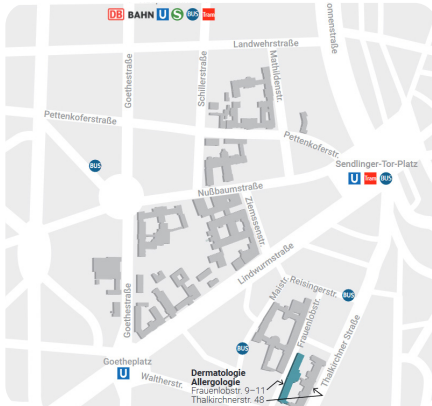
Was bietet Ihnen unsere Klinik?

Unsere Klinik ist eine der größten dermatologischen Kliniken Europas wie auch weltweit. Wir verfügen über eine eigene Psoriasis- und Lichtabteilung (bayerisches Psoriasiszentrum), welche schwerpunktmäßig Patient*innen mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis behandelt. Unser Ziel ist es unsere Patienten auf höchstem medizinischen Niveau zu beraten und ihnen die neusten therapeutischen Entwicklungen verfügbar zu machen. Zudem ermöglicht eine enge Kooperation mit der Rheumaeinheit der LMU die integrierte Versorgung der Patient*innen mit Haut- und Gelenkbefall. UVB-Bestrahlungen und Creme- oder Bade-PUVA-Therapien können in unserer Lichtabteilung durchgeführt werden. Wenn Sie oder Ihr Kind an einer Psoriasis leiden, dann stellen Sie sich gerne in unserer Psoriasis-Abteilung vor. Hierfür ist keine Terminvereinbarung nötig, es handelt sich um eine offene Sprechstunde. Bei Fragen melden Sie sich gerne unter der 089 4400-56314. Bei sehr schwerer Psoriasis mit ausgeprägter Entzündungsaktivität kann eine intensiverte Behandlung im stationären Setting oder über unsere Tagesklinik erfolgen (Terminvereinbarung unter 089 4400-56420).

Unsere Klinik bietet zudem ein erfahrenes Studienzentrum für chronisch entzündliche Hauterkrankungen, indem die Psoriasis eine der Schwerpunkte darstellt. Hier laufen regelmäßig klinische Studien mit den neuesten, auf dem Markt noch nicht erhältlichen, Therapieverfahren. Das Wohl unserer Patienten steht dabei zu jeder Zeit an erster Stelle. Besonderen Wert legen wir auf Qualität und Professionalität. Alle Studien werden nach den aktuellen rechtlichen Vorgaben und GCP-Leitlinien (Good Clinical Practice) durchgeführt. Hierfür steht ein erfahrenes Team aus Prüfärzt*innen und Studienassistent*innen zur Verfügung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Eine Terminvereinbarung für ein unverbindliches Beratungsgespräch ist unter 089 4400-56140 oder -56157 möglich.

Lageplan



Kontakt

LMU Klinikum München
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
und Allergologie
Campus Innenstadt
Frauenlobstr. 9 -11
80337 München

www.lmu-klinikum.de

Erstellung: L. Eicher

Korrektur: PD Dr. med. M. Reinholz

Stand: 2023

Bilder: Stockfotos

Mit freundlicher Unterstützung von

abbvie

almirall

AMGEN

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Schering-Plough



Lilly

NOVARTIS

Pfizer

 Inspired by patients.
Driven by science.