

Dermatologische Klinik

Psoriasis – Schuppenflechte

Patienteninformation

Psoriasis (Schuppenflechte) – ein langes Leiden

Die Schuppenflechte war bereits im alten Griechenland bekannt. Damals ging man davon aus, dass es sich um eine Art der Krätze handeln würde. Aus diesem Grund nannte man diese Erkrankung „Psoriasis“ (Psora = Krätze). Die Erkrankung wurde bereits durch Hypokrates beschrieben.

Auch im Mittelalter dachte man, dass der Ursprung dieser Erkrankung in der mangelnden Hygiene liege beziehungsweise, dass es sich um eine Infektionskrankheit handelt.

Heute wissen wir es besser. Bei der Schuppenflechte handelt es sich um eine entzündliche Erkrankung, bei der es eine vererbte (genetische) Prädisposition gibt. Um eine Manifestation der Erkrankung auszulösen, bedarf es zusätzlicher Faktoren, wie zum Beispiel einer Infektion oder anderen Ursachen, die von aussen auf den Körper wirken (Hautverletzungen, bestimmte Medikamente, Stress, Rauchen, Übergewicht). Im einzelnen Fall lässt sich jedoch selten bestimmen, was der Auslöser ist.

Schuppenflechte ist nicht gleich Schuppenflechte

Es gibt zwei Typen von Psoriasis: Bei Typ I besteht eine starke genetische Komponente. Patientinnen und Patienten bemerken die ersten Symptome bereits in jungen Jahren. Oftmals sind auch die Gelenke betroffen. Beim Typ II tritt die Psoriasis im fortgeschrittenen Alter auf (ca. ≥ 50 Jahren).

Die Psoriasis und ihre vielen Unterarten

Man spricht zwar von der Psoriasis oder der Schuppenflechte, es gibt aber viele Unterarten, die sich unterschiedlich manifestieren.

Am häufigsten tritt die **Psoriasis vulgaris** auf. Diese ist durch rötliche, stark schuppige, meist grössere Hautveränderungen charakterisiert. Von einer **Psoriasis geographica** spricht man bei starker, flächiger Ausprägung.

Bei der **Psoriasis guttata** sind die Hautveränderungen sehr ähnlich, jedoch kleinfleckiger.

Autoren/Impressum

Dr. med. Florian Anzengruber, Oberarzt,
Leitung Sprechstunde Hidradenitis suppurativa, Hyperhidrose
Sprechstunde und Leitung Psoriasis-Sprechstunde

Dr. med. Julia-Tatjana Maul, Oberärztin,
Leitung SDNTT, Leitung Studienteam Dermato-Onkologie und
Entzündliche Dermatosen

Organisation/Layout: Catherine Frey-Blanc, Projektleiterin

Dermatologische Klinik, USZ

Sofern explizit die Beugeseiten (v.a. Innenseiten der Ellenbogen- und Kniegelenke) betroffen sind, handelt es sich um eine **Psoriasis inversa**.

Wenn die psoriatischen Hautveränderungen mehr als 90 % der Haut betreffen, spricht man von einer **Psoriasis erythrodermatica**.

Auch kann die Psoriasis mit Pusteln auftreten. Je nach Lokalisation spricht man von einer **generalisierten pustulösen Psoriasis** oder einer **palmoplantaren Psoriasis**.

Häufig sind die Nägel sowie die Gelenke betroffen. Die korrekte Bezeichnung

hierfür lautet **Psoriasis unguium** und **Psoriasis arthropatica**.

Patienten leidet häufig an mehr als nur an einer Psoriasisform.

Betrifft die Schuppenflechte nur die Haut?

Ursprünglich wurde angenommen, dass es sich bei der Schuppenflechte um eine reine Hauterkrankung handelt. Heute wissen wir, dass viele Organe mitbetroffen sein können. Nebst den Gelenken und den Nägeln zeigt sich durch die chronische Entzündung auch eine erhöhte Rate an Herzinfarkten bei jungen, stark betroffenen Patienten.

Betroffene leiden häufiger an Bluthochdruck, Übergewicht und erhöhten Blutfetten. Auch zeigt sich bei Patienten mit Schuppenflechte ein vermehrtes Auftreten von Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit). Bei Patienten mit Psoriasisarthritis wird vermehrt eine Entzündung des Auges (Uveitis posterior) beobachtet. Psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen, treten bei Patienten mit Schuppenflechte gehäuft auf.

Bin ich mit meiner Erkrankung allein?

Nein. Fachexperten gehen davon aus, dass in der Schweiz insgesamt 2% der Bevölkerung an einer Schuppenflechte leiden. In nördlichen Ländern ist diese

Zahl noch höher, während man z.B. in Afrika die Schuppenflechte kaum sieht.

Wie schwer bin ich betroffen?

In der Dermatologie befassen wir uns vor allem mit dem Schweregrad der Haut- und Nagelmanifestationen.

Um diesen Schweregrad zu messen, verwenden wir ein international anerkanntes System, den PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Hier wird die Rötung, die Schuppen, die Infiltration (Höhe) und das Ausmass der Ausbreitungen quantifiziert. Sofern der PASI Wert 10 oder höher ist, spricht man von einer mittelschweren bis schweren Psoriasis.



Schwerer Befall der Gelenke bei Psoriasis

Wie behandelt man Psoriasis?

Therapie der Psoriasis

In den letzten Jahren und Jahrzehnten hat sich unser Verständnis für die Psoriasis deutlich verbessert. Hierdurch sind neue Behandlungs-Möglichkeiten entstanden.

Hautpflege

Der Therapieerfolg dieser chronischen und somit rückfallfreudigen Hautkrankheit wird von der Behandlungsdisziplin – vor allem bei der Hautpflege – der Betroffenen entscheidend mitgetragen.

Grundlage jeder Behandlung, auch im erscheinungsfreien Intervall, sind eine rückfettende Hautpflege und das Ver-

meiden potentieller Provokationsfaktoren. Entscheidend sind der richtige Fettgehalt und die Erhaltung des natürlichen Säureschutzmantels der Haut. Dazu werden alkalifreie Reinigungslotions und rückfettende Duschöle verwendet. Bäder mit Öl- und Salzzusatz lösen Schuppen und helfen bei der Abheilung entzündlicher Prozesse der Haut.

Lokaltherapie

Bei der Mehrheit der Psoriasis-Patienten (80 %) ist der Befall derart begrenzt, z. B. auf die Kopfhaut, auf Ellbogen und Knie, dass eine Lokalbehandlung für einen Therapieerfolg ausreichend ist.



Vor Therapie



Nach Therapie

Folgende Substanzen kommen bei der Behandlung zur Anwendung:

Salizylsäure: Wird im Wesentlichen zum Ablösen der Schuppen verwendet und in einer Konzentration zwischen 5 und 15 % in Öl (für die Kopfhaut) oder Salben eingesetzt.

Harnstoff (Urea): Kommt in erster Linie in den Hautpflegeprodukten vor (Konzentrationen zwischen 8 und 12%) und hilft ebenfalls, die Schuppen zu lösen. Ist zudem ein natürlicher Feuchthaltefaktor der Haut.

Kortison: In verschiedenen Stärken und Grundlagen (Lotion, Crème, Salbe, Schaum, Pflaster, Shampoo) ist Kortison die am häufigsten verwendete Substanz zur Behandlung der Psoriasis. Kortison hemmt die Entzündung und die überstürzte Zellteilung der Oberhaut. Ausgezeichnete Wirksamkeit und Verträglichkeit sowie, bei sachgemäßer Anwendung, geringe unerwünschte Wirkungen zeichnen sie aus. Die längere und kontinuierliche Anwendung von Kortison-Präparaten kann zu Nebenwirkungen wie Hautverdünnung und Alterungszeichen führen; sie sollte deshalb regelmässig überprüft werden. Richtig angewendet, sind Kortison-Präparate aber für viele Patienten

von grossem Nutzen. Vorsicht ist bei Anwendung im Genitalbereich, im Gesicht und bei Kindern geboten.

Vitamin D-Präparate: Sie haben ebenfalls Einfluss auf die Entzündung, Zellteilung und Schuppung der Haut, weisen aber im Vergleich zum Kortison einen verzögerten Wirkungseintritt auf. Dafür sind sie aber oft nachhaltiger in der Wirkung. Vitamin D-Präparate gibt es als Salben und Lotionen für Körper und Kopfhaut.

Besonders wirkungsvoll ist die Kombination von Calcipotriol mit Kortison. Zu beachten sind die Höchstmengen in der wöchentlichen Anwendung, da Vitamin D den Kalziumhaushalt beeinflusst.

Tracrolimus / Pimecrolimus: Sind zwei immunmodulierende Wirkstoffe, die zur Behandlung von Neurodermitis zugelassen sind. Studien haben gezeigt, dass besonders bei Psoriasis im Gesicht, den Körperfalten und im Intimbereich eine vergleichbare Wirkung mit kortisonhaltigen Präparaten zu erwarten ist. Aufgrund der dünneren Haut an diesen Hautstellen können Tracrolimus / Pimecrolimus auch längerfristig angewendet werden.

Lichttherapie: Die Phototherapie besitzt einen hohen Stellenwert bei der Therapie der mittelschweren und schweren Psoriasis. Sie ist einfach in der Anwendung. Schliesslich kann sie vorteilhaft mit äusserlich anwendbaren Behandlungen (Cremes, Lösungen, Salben) kombiniert werden. Heute benutzt man vor allem UVB Lampen, die 311nm emittieren. Auch UV-A Wellen können hochwirksam bei der Therapie der Psoriasis sein. In manchen Fällen kommt es zu einer Kombination mit lichtsensibilisierenden Substanzen (Psoralen), was die Wirksamkeit erhöht.

Systemtherapien: Innerliche Behandlungsmethoden (systemische Therapien)

Ebenfalls bei ausgedehnten oder schweren Psoriasis-Formen - insbesondere wenn auch die Gelenke betroffen sind - kommen die innerlichen oder systemischen Therapien zum Zug. Ihr Einsatz bedingt bestimmte Voraussetzungen und vor allem ein sorgfältiges Abwägen des Nutzen-Risiko-Verhältnisses durch den erfahrenen Spezialisten. Unterschieden werden traditionelle systemische Therapien (Methotrexat, Acitretin, Ciclosporin und Fumarsäureester) von den neueren small molecules (Apremilast) und Biologics (Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Ustekinumab, Secukinumab, Ixekizumab, Brodalumab, Guselkumab und Risankizumab).



Plaque-Psoriasis



Psoriasis palmaris mit Befall der Hände

Methotrexat: Zunächst zur Krebsbehandlung entwickelt, erwies sich diese Substanz in deutlich niedrigerer Dosierung auch als wirksam in der Behandlung chronisch entzündlicher Erkrankungen. Sie ist wirksam sowohl in der Behandlung der Haut- als auch der Gelenkpsoriasis. Vorsicht ist geboten bei Lebererkrankungen, da das Medikament langfristig eine Leberschädigung verursachen kann.

Ciclosporin: Ist ein Medikament aus der Transplantationsmedizin, wo es zur Verhinderung der Abstossung transplanterter Organe durch das Immunsystem eingesetzt wird. Es zeigt auch eine hervorragende Wirkung auf die Psoriasis, insbesondere auf schwere und stark entzündliche Formen. Die Dauer der Anwendung ist begrenzt durch das Risiko der Nierenschädigung durch das Medikament.

Fumarsäureester: In Deutschland häufig verwendetes Medikament zur systemischen Therapie der Plaque-Psoriasis. Es hat soeben auch die Zulassung in der Schweiz erhalten. Diese Stoffklasse ist ein Nebenprodukt im Zitratzyklus und hat den Vorteil eines sehr sicheren Wirkungsprofils, obschon es sich beim Therapiestart häufig mit lästigen Ne-

benwirkungen bemerkbar macht, wie z.B. durch Flush (anfallsartige Rötung des Gesichts), Kopfschmerzen, Übelkeit, Durchfall und vorübergehenden Lymphopenie (Verminderung bestimmter weisser Blutkörperchen). Wird es aber toleriert, kann es über Jahrzehnte eingenommen werden und die Psoriasis vollständig unterdrücken.

Apremilast: Ist ein orales Medikament, das eine milde Unterdrückung allgemeiner Entzündung verursacht. Es braucht nur wenige Laborkontrollen und ist von der Wirkungsstärke im mittleren Bereich. Abgesehen von vorübergehender Übelkeit und Durchfall bietet es eine grosse Sicherheit.

Biologika: Hierbei handelt es sich um eine neue Generation von biotechnologisch hergestellten Antikörper mit spezifischerem Wirkungsmechanismus gegen die psoriatische Entzündung. Sie werden in der Regel gespritzt. Derzeit befinden sich für die Psoriasis TNF-alpha Inhibitoren (Infliximab, Etanercept, Adalimumab) und ein IL-12/23 Inhibitor (Ustekinumab) auf dem Markt, sowie die beiden hochgradig effektiven IL-17 Inhibitoren Secukinumab und Ixekizumab. Das am neusten zugelassene Biologikum ist der IL-23 Inhibitor Gusel-

kumab, ein ebenfalls sehr effektives Biologikum. In der Entwicklung sind weitere neuartige kleine Moleküle. Wegen der hohen Herstellungskosten sind Biologika nur für Psoriasispatienten mit einem Flächenbefall >10% bzw. ab PASI 10 oder in besonderen, invalidisierenden Lokalisationen (z. B. Handflächen und Fusssohlen) vorbehalten, bei denen die herkömmlichen Therapien versagt haben.

Alternative Behandlungsmethoden

Da die Möglichkeiten der Schulmedizin trotz aller Fortschritte ihre Grenzen aufweisen, und wirksame Medikamente auch das Risiko unerwünschter Wirkungen bergen, besteht eine Nachfrage nach Alternativmethoden, die frei von Nebenwirkungen sein sollen: Für ausleitende Verfahren, Bioresonanz, Kinesio-logie (Pendeln) und andere alternative Therapien gibt es medizinisch keine (oder nur eine sehr schlechte) wissenschaftliche Evidenz. Gerade bei der Psoriasis sind Betroffene langfristig oft enttäuscht über derartige Verfahren.

Klinische Studien

Wenn ein neuer Wirkstoff sicher und

wirksamer als die verfügbaren Medikamente sein könnte, werden klinischen Studien angeboten. Wir führen viele solcher Studien durch, von denen über die Jahre viele Hunderte Patienten und Patientinnen profitiert haben. Fragen Sie Ihren Arzt oder Ärztin bei Interesse.

Was bietet Ihnen unsere Klinik und Psoriasis-Sprechstunde?

Je nach Lokalisation, Schwere und Verlauf der Psoriasis finden Sie Beratung und Therapie in unserer allgemeinen Poliklinik, Psoriasis-Sprechstunde, Lichtabteilung, Tagesklinik oder Bettenstation.

Ambulante Therapie

Wenn Sie an einer leichten Psoriasis leiden, bietet Ihnen das Ärzte-Team in der dermatologischen Poliklinik eine umfassende Beratung und verschreibt Ihnen nach Bedarf die für Sie geeignete Lokaltherapie und Präparate zur Hautpflege. Patienten, die für eine systemische Therapie oder Biologika in Frage kommen, werden auf ärztliche Zuweisung in unserer Psoriasis-Sprechstunde speziell untersucht und beraten. Die Entwicklung neuer Behandlungs-

strategien eröffnet zudem weitere Optionen, die wir Ihnen mitunter im Rahmen laufender klinischer Studien gerne anbieten.

Stationäre Behandlung

Bei sehr schwerer Psoriasis mit hoher Entzündungsaktivität kann es sinnvoll sein, Patienten in der dermatologischen Bettenstation oder Wochenklinik stationär zu behandeln.

SDNTT

Das Swiss Dermatology Network for Targeted Therapies, ist ein Netzwerk, mittels dessen die Wirksamkeit und Sicherheit aller zugelassenen systemischen Psoriasis-Therapien bei dokumentiert wird. So kann über lange Zeit der Verlauf der Erkrankung erfasst werden. Patienten können sich für die Teilnahme bei Beginn einer Systemtherapie melden.

Biobank

Im Universitätsspital Zürich sollen Sie das bestmögliche medizinische Angebot bekommen. Dazu gehört auch, dass wir Überreste von biologischem

Material wie Blut und Gewebe aufbewahren und in anonymisierter Form für die medizinische Forschung verwenden möchten. Bitte überlegen Sie, ob Sie damit einverstanden sind und uns Ihre Proben für unsere Biobank zur Verfügung stellen. Ihre medizinische Behandlung wird dadurch nicht beeinflusst. Sie haben davon keinen direkten Nutzen, indirekt aber profitieren alle Menschen von der medizinischen Forschung. Die Informationsbroschüre über unsere Biobank gibt Ihnen weitere Informationen.

Wo finden Sie Hilfe?



Dr. med. Florian Anzengruber, Oberarzt,
Leitung Psoriasis Sprechstunde,
Leitung Sprechstunde Hidradenitis
suppurativa, Hyperhidrose Sprechstunde



Dr. med. Julia-Tatjana Maul, Oberärztin,
Leitung Psoriasis Sprechstunde,
Leitung SDNTT

Patientenorganisationen

Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen können insbesondere bei chronischen Krankheiten für Betroffene eine wertvolle Unterstützung im Umgang mit ihrer Erkrankung sein. Unsere Klinik pflegt einen engen Kontakt zur Schweizerischen Psoriasis und Vitiligo Gesellschaft (SPVG).

Die SPVG koordiniert regionale Interessengruppen, organisiert Informationsveranstaltungen und gibt mehrmals jährlich ein Bulletin mit aktuellen Berichten und Entwicklungen in der Behandlung der Psoriasis heraus.

Interessante Links

SPVG

Sekretariat, Scheibenstrasse 20

Postfach 1, 3000 Bern 22

Telefon 031 359 90 99

Fax 031 359 90 98

info@spvg.ch

www.spvg.ch

Wünschen Sie eine Konsultation in unserer Klinik?

Bitte lassen Sie sich von Ihrem Arzt überweisen.

Telefon +41 44 255 31 55

psoriasisprechstunde@usz.ch

www.dermatologie.unispital.ch



Tramlinien 5, 6 bis Haltestelle Platte.

Universitätsspital Zürich Dermatologische Klinik

Gloriatrasse 31
8091 Zürich

www.dermatologie.usz.ch

Folgen Sie dem USZ unter



Wir wissen weiter.