

pharma-kritik

AZA 9500 Wil

ISSN 1010-5409

Jahrgang 23

Nummer 7/2001

Psoriasis (UP. Masche und T. Weissenbach) 25

Eine Psoriasis kann in den meisten Fällen mit Lokaltherapeutika behandelt werden, wobei Steroide und Vitamin-D-Präparate die wirksamsten Substanzen sind. Für schwerere Fälle stehen die UVB- und die PUVA-Therapie sowie Immunsuppressiva und Retinoide zur Verfügung. Wenn möglich, sollte immer eine Kombinationstherapie angestrebt werden.

Update

Psoriasis

UP. Masche und T. Weissenbach

Manuskript durchgesehen von A. Cajacob, T. Hunziker, P. Itin, J. Kaufmann und R. Panizzon

Die Psoriasis (Schuppenflechte) ist eine chronische, rezidivierende Hautkrankheit, die bei 1 bis 2% der Bevölkerung auftritt. Obschon die Psoriasis in der Regel eine gutartige Krankheit darstellt und viele Betroffene spontane Remissionen erleben, kann sie die Lebensqualität in erheblichem Mass beeinträchtigen.

Typisch für die Psoriasis sind gerötete Flecken mit silbrig-weißen Schuppen (erythemat-squamöse Plaques). Beim Küretieren lösen sich die Schuppen wie der Wachs einer Kerze (Kerzenfleckphänomen); darunter stösst man auf ein glänzendes Häutchen (Phänomen des letzten Häutchens); wird dieses entfernt, beginnt es aus Gefässen zu bluten, die in die Papillen hinaufragen (Phänomen des blutigen Taus, Auspitz-Phänomen). Drei Merkmale prägen das histologische Bild: (1) eine Hyperproliferation der epidermalen Keratinozyten mit parakeratotischen Hornschichten, die nicht mehr ausdifferenziert sind; (2) eine Gefässproliferation in der Dermis; (3) ein entzündliches Infiltrat in der Dermis, reich an T-Lymphozyten, was darauf hinweist, dass es sich bei der Psoriasis um eine Autoimmunerkrankung handeln könnte (wobei das Autoantigen noch nicht identifiziert ist).

Die Psoriasis tritt in verschiedenen klinischen Formen auf: am häufigsten ist die *Psoriasis en plaques*; daneben gibt es die *Psoriasis guttata*, bei der sich die Läsionen – weniger schuppig und gerötet – wie Farbtropfen präsentieren, die *Psoriasis pustulosa*, die von Pusteln begleitet ist, und die *Erythrodermia psoriatica*, bei welcher der ganze Körper stark gerötet und schuppig ist. Bei der *Psoriasis en plaques* sind die am häufigsten betroffenen Hautregionen – typischerweise mit einer symmetrischen Verteilung – die Streckseiten von Ellbogen und Knie, die behaarte Kopfhaut sowie die Lumbosakralregion. An den *Nägeln* beobachtet man oft Onycholysen, Tüpfel und Dys-

trophien. Rund 10% der Psoriasis-kranken leiden an einer *Oligo- oder Polyarthrit*, bei der – im Unterschied zur rheumatoiden Arthritis – die Gelenke asymmetrisch befallen, die distalen Interphalangeal- oder die Sakroiliakgelenke betroffen und keine Rheumafaktoren vorhanden sind.

Verschiedene Faktoren können bei einer Psoriasis als *Triggermechanismus* wirken, beispielsweise Infekte (β -hämolyisierende Streptokokken, HIV), Stress, Alkohol oder Medikamente (Betablocker, Antimalariamittel, nicht-steroidale Entzündungshemmer, Lithium).

Viele Psoriasis-kranken suchen Hilfe durch *alternative Methoden*, die – nach schulmedizinischen Kriterien – allerdings kaum wirksam sind. Umso wichtiger ist es deshalb, die Betroffenen möglichst genau über die Krankheit aufzuklären, zum Beispiel dass Psoriasis keine Allergie ist und dass sie weder bösartig noch ansteckend ist.

Mit der Psoriasis hat sich pharma-kritik in der ersten Hälfte der 1980er Jahre in einer Übersicht befasst.¹ Da sich seither einige Neuerungen ergeben haben, soll hier der aktuelle Stand der Behandlung zusammengefasst werden.

Lokale Behandlung

Die lokale Behandlung stellt die Therapie der Wahl dar, wenn die Psoriasis weniger als 20% der Hautfläche befallen hat und nicht sehr aktiv ist; dies trifft auf etwa 80% der Psoriasis-kranken zu. Bei der Lokalbehandlung werden Salben, Crèmen, Gels und – für behaarte Regionen – Lotionen eingesetzt. Salben sind wirksamer als Crèmen, werden aber weniger gerne verwendet; als Kompromiss kann man tagsüber Crèmen und nachtsüber Salben verordnen. Im Allgemeinen sind Lokaltherapien zeitraubend; bei einigen wird die Akzeptanz zusätzlich durch kosmetische Gründe vermindert, weil sie schlecht riechen oder Haut und Kleider verfärben.

Hautpflegemittel enthalten Fette, zum Teil auch Vitamine und pflanzliche Wirkstoffe. Sie helfen gegen das Austrocknen und wirken der Schuppenbildung entgegen. Auch reine Vaseline kann diesem Zweck dienen.

Keratolytika wie Salicylsäure oder Harnstoff verwendet man zur Entfernung der Schuppen am Anfang der Behandlung. Oft reicht es, wenn man Keratolytika in kurzen Behandlungszyklen von wenigen Tagen einsetzt. Schwefelbäder (z.B. mit Soufrol®) haben ebenfalls einen keratolytischen Effekt.

Zs.B

2201

ZB MED

Jahrgang 23, Nr. 7/2001

25