



Endlich Orientierung

Neue Leitlinie gibt Empfehlungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Ihre Psoriasis sieht häufig anders aus als bei ausgewachsenen Menschen und ist deshalb schwerer zu diagnostizieren. Beispielsweise sind die Herde oft kleiner und geringerschuppig und lassen die Verwechslung mit einer Neurodermitis zu. Bei Säuglingen ist in vielen Fällen zunächst nur die Windelregion betroffen. Das lässt an eine Windeldermatitis denken.

Die erstmals erschienene S2k-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen gibt einen Überblick über die unterschiedlichen klinischen Bilder der Psoriasis auf junger Haut und Hinweise zur Diagnosestellung.

Basispflege

Nur eine richtig diagnostizierte Psoriasis kann angemessen behandelt werden. In der Leitlinie geben die Expertinnen und Experten Empfehlungen für die äußerliche

(topische) und innerliche (systemische) Therapie. Zunächst rät die Leitlinie zu einer täglichen Basispflege mit einer wirkstofffreien Körperlotion oder -milch. Bei geringer Schuppung sollte sie Harnstoff enthalten. Ist die Schuppung sehr stark, so dass Wirkstoffe über die Haut schlecht aufgenommen werden können, erfolgt das Auf- und Ablösen der Schuppen (Keratolyse) mithilfe von verschiedenen Wirkstoffen (beispielsweise Salicylsäure), deren Dosierung in der Leitlinie genau beschrieben wird, denn sie ist anders als bei Erwachsenen.

Äußerliche Therapien

Als wichtigste Therapie bei Kindern und Jugendlichen stellt die Leitlinie die Behandlung mit äußerlich anwendbaren Präparaten dar. Die Verfasserinnen und Verfasser weisen darauf hin, dass sie bei der Mehrheit der Kinder erfolgreich ist. Die Übersicht der äußerlichen Therapie-

möglichkeiten für Kinder und Jugendliche haben die Expertinnen und Experten in drei Bereiche unterteilt: „wird empfohlen“, „kann empfohlen werden“ und „kann erwogen werden, bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, Unverträglichkeit, Kontraindikation gegenüber anderen topischen Therapieoptionen“.

Empfohlen werden Vitamin D-Derivate (Calcipotriol und Tacalcitol) und Glukokortikosteroide (von Laien häufig Kortison genannt), die jeweils allein oder in Kombination als erster Schritt angewendet werden sollten. Während Glukokortikosteroide nur für eine kurze Anfangsbehandlung infrage kommen, da sie bei längerer Anwendung zu Nebenwirkungen wie etwa dem Dünnwerden der Hautschichten führen können, sind Vitamin D-Derivate auch für eine längere Behandlungsdauer empfohlen. Insgesamt gibt die Leitlinie genaue Hinweise auf Anwendungsdauer und -dosis für bestimmte Altersgruppen. Eine Therapie der Psoriasis mit Dithranol empfehlen die Expertinnen und Experten ebenfalls für Kinder ab einem Jahr. Allerdings sollte sie nur stationär oder tagesstationär angewandt werden.

In die zweite Kategorie („kann empfohlen werden“) stufen die Leitlinien-Verfasserinnen und -verfasser ausschließlich die topischen Calcineurininhibitoren (Tacrolimus und Pimecrolimus) ein. Sie eignen sich besonders als (Folge-) Therapie in Hautfalten oder auch bei Therapie einer Psoriasis im Gesicht (Off-label).

Als Therapiemöglichkeit in der dritten Kategorie listeten die Expertinnen und Experten zwei Wirkstoffe auf. Zum einen ist das Tazaroten. Es kann in Deutschland zurzeit allerdings nur als „Reimport“ über internationale Apotheken bezogen werden. Der zweite Wirkstoff ist Dithranol. Er ist in der Anwendung nicht ganz einfach, weil unter der Therapie zunächst die Entzündung in der Umgebung der Psoriasisplaques zunimmt und die Läsionen erst im weiteren Verlauf zurückgehen. Deshalb wird die Behandlung nur im stationären Rahmen empfohlen, wo die Dosierung dem jeweiligen Patienten langsam angepasst werden kann.

Innerliche Therapien

Die innerliche (systemische) Therapie sollte für Kinder und Jugendliche nur bei mittelschwerer und schwerer Form der Psoriasis angewandt werden. Sie kann auch mit einer topischen Therapie kombiniert werden. Die Empfehlungen der Leitlinie wurden ebenfalls in Stufen differenziert, die allerdings komplexer ausfallen als bei der topischen Therapie. Empfohlen werden hier gleich in der ersten Stufe das Biologikum Adalimumab (für Kinder ab 4 Jahren) und Methotrexat. Auch der Wirkstoff Acitretin wird in der ersten Stufe genannt, allerdings nur zur Behandlung der pustulösen Form.

Die Wirkstoffe der zweiten Stufe werden bei nicht ausreichendem Therapieerfolg empfohlen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von Methotrexat oder Adalimumab. Es sind die Biologika Etanercept (zugelassen ab 6 Jahren) und Ustekinumab (zugelassen ab 12 Jahren).

Als eine schwächere Empfehlung („kann empfohlen werden“) bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von Methotrexat oder Adalimumab führen die Leitlinien-Autorinnen und -Autoren Ciclosporin (als Anfangstherapie) und Fumarsäureester an.

Als letzte Option, wenn alle vorgegangenen Empfehlungen nicht erfolgreich waren, Unverträglichkeiten aufgetreten sind oder Kontraindikationen bestehen, führen die Expertinnen und Experten sieben unterschiedliche Biologika und Biosimilars auf (Brodalumab, Certolizumab Pegol, Guselkumab, Infliximab, Ixekizumab und Secukinumab).

Grundsätzlich wird bei den systemischen Therapieformen jeweils auf spezielle Dosierungen für bestimmte Altersstufen sowie sonstige wichtige Aspekte für die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen hingewiesen. Die Empfehlungen sind darüber hinaus keine Behandlungsanweisungen, die die Dermatologinnen und Dermatologen Schritt für Schritt abzarbeiten haben. Weil jede Psoriasis anders ist und die Situation und Konstitution jeder einzelnen Person ebenfalls,

gelten die Empfehlungen der Leitlinie tatsächlich nur als Richtschnur und Hilfestellung.

Off-label-Medikamente

In der Leitlinie für Kinder und Jugendliche

werden Wirkstoffe empfohlen, deren Anwendung für diese Patientengruppe offiziell nicht zugelassen ist. Das liegt daran, dass eine Zulassung jeweils für jede einzelne Indikation und Dosierung erfolgen muss. Antragsteller sind die Arznei-

DPB-Patientenvertreterinnen in der Leitliniengruppe

Die Leitlinie zur Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen haben Fachleute aus Forschung und Wissenschaft sowie aus der niedergelassenen Ärzteschaft der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD) entwickelt und ausformuliert. Mit dabei waren außerdem zwei Patientenvertreterinnen aus dem Deutschen Psoriasis Bund. Sie haben als gleichberechtigte Mitglieder an der Entstehung der Leitlinie mitgewirkt.

„Es war eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe“, ist das Fazit von Renate Eiler. Die DPB-Kontaktperson aus dem bayerischen Grafenau war beeindruckt vom wertschätzenden Miteinander der beteiligten 16 Verfasserinnen und Verfassern der Leitlinie.

Zunächst gab es eine Telefonkonferenz mit allen Beteiligten. Dort wurden die Themen abgesprochen, die jeder zu bearbeiten hatte. Dann dauerte es nicht lange, bis die ersten Entwürfe vorlagen. Es folgten zwei weitere Telefonkonferenzen und jeweils weitere Überarbeitungen der Entwürfe. Schließlich mussten alle Bewertungen in eine verbindliche Fassung gebracht werden, um für die Leitlinie einen Konsens zu erzielen. Lediglich ein gemeinsames Treffen in Berlin hat es gegeben. Der ganze Prozess dauerte ungefähr ein Jahr. Dann lag die Leitlinie vor.

Dabei herrschte unter den Expertinnen

und Experten durchaus nicht immer Einigkeit. „Ich habe mich manchmal gewundert, wie zum Teil um Formulierungen gerungen wurde, etwa zu bestimmten Nebenwirkungen“, erinnert sich Sabine Bach. Die DPB-Kontaktperson aus Essen war die zweite Patientenvertreterin im Team.

Beide konnten ihr Fachwissen aus dem Beruf (examinierte Krankenschwester und Pharmazeutisch-technische Assistentin) sowie als Eltern von Kindern mit Psoriasis in die Leitliniengruppe einbringen. Beispielsweise wurde das Kapitel zur Komplementärmedizin durch ihre Initiative in die Leitlinie aufgenommen.

Sabine Bach sieht es rückblickend als sinnvoll an, dass Patientenvertreterinnen an der Erarbeitung der Leitlinie beteiligt waren. „Es ist wertvoll, dass wir uns in die Rolle als Eltern hineinversetzen konnten.“ Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis kennen sie aus eigener Erfahrung und haben sie als schwierig erlebt – gerade auch, weil die Behandlungsmöglichkeiten beschränkt sind und Dermatologinnen und Dermatologen häufig selbst nicht so genau wussten, was sie als nächstes tun sollten. Deshalb freuen sie sich, dass es jetzt endlich eine Leitlinie gibt, an der sich Ärztinnen und Ärzte orientieren können. Eiler: „Ich hoffe, die Leitlinie wird jetzt auch vielfach genutzt.“



mittelhersteller. Sie schauen immer auch auf die Markterwartung und verzichten deshalb auf teure Zulassungsverfahren, wenn anschließend nur eine kleine Gruppe dieses Medikament benötigt. Das ist bei Kindern und Jugendlichen mit Psoriasis häufig der Fall. Trotzdem gibt es wissenschaftliche Studien, die die Wirksamkeit und Unverträglichkeit bestimmter Medikamente bei Kindern und Jugendlichen belegen. Auf Basis dieser Erkenntnisse sind in die Therapieempfehlungen der Leitlinie zahlreiche nicht zugelassene Wirkstoffe eingeflossen. Medizinerinnen und Mediziner haben die Möglichkeit, sie im „Off-label use“ (sinngemäß „nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch“) zu verschreiben. Die Leitlinie gibt Hinweise dazu, was Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung mit Off-label-Medikamenten beachten müssen.

Lichttherapie

Ein weiteres Kapitel ist der Lichttherapie gewidmet. Sie wird bei der Anwendung für Kinder und Jugendliche kontrovers diskutiert und in der Leitlinie als eher problematisch angesehen. Die Gefahr bei UV-Strahlung ist immer eine beschleunigte Hautalterung und die Ausbildung von Hautkrebs. Und da steigt nach Meinung der Leitlinien-Expertinnen und -Experten das Risiko mit Dauer der Anwendung. Jüngere Menschen werden in ihrem Leben eben einfach noch eine Menge UV-Strahlung abbekommen. Mit dem Hinweis „kann empfohlen werden“ wurde deshalb lediglich eine UVB-Schmalspektrumtherapie in Einzelfällen bei Heranwachsenden aufgeführt.

Komplementärmedizin

Die Leitlinie enthält ebenfalls ein Kapitel zur Komplementärmedizin. Zwar liegen zur Therapie der Psoriasis bei Kindern in diesem Bereich keine placebokontrollierten und/oder verblindeten Studien und generell nur wenige Veröffentlichungen vor. Doch die Verfasserinnen und Verfasser berücksichtigen, dass gerade bei Kindern diese Behandlungsoptionen in der täglichen Praxis angefragt werden. Das

passiert vorwiegend dann, wenn Kinder mit Psoriasis nicht ausreichend durch die klassische Medizin versorgt oder unerwünschte Wirkungen auf Dauer gefürchtet werden. In der Leitlinie wird beispielsweise auf einen Review aus dem Jahr 2018 verwiesen, der die Studienergebnisse an erwachsenen Psoriasis-Patientinnen und -patienten zusammenfasst, die Phyto-

Die Erstellung dieser Leitlinie war extrem wichtig, da wir bisher keine zur kindlichen Psoriasis hatten. Dabei zeigt die kindliche Psoriasis eine Reihe wichtiger Unterschiede zur Psoriasis der Erwachsenen. Das macht eine differenzierte Behandlung von Kindern und Jugendlichen nötig. Sie ist aber möglich – und zwar bevorzugt topisch, aber auch mit UV- und Systemtherapie.

*Prof. Dr. Michael Sticherling, Erlangen.
Er war zusammen mit Prof. Dr. Matthias Augustin, Hamburg, Initiator der Leitlinie*



therapeutika, Vitamine und Nahrungsergänzungsmittel eingenommen hatten. Dabei wurden gute Ansprechraten bei Aloe Vera, Neembaum, Ingwer, Kurkuma, Distel, Sojabohne, Harzkllee, Schlüsselblume, Distel und Vitamin D bei der alleinigen oder zusätzlichen Therapie vorgestellt. Zur Schwere der Psoriasis waren in der Studie jedoch nicht immer Angaben zu finden. Auch auf ein paar weitere Studien im Bereich der Phytotherapeutika und Akupunktur wird hingewiesen. Empfehlungen sprechen die Autorinnen und Autoren allerdings keine aus.

Begleiterkrankungen

Wichtig ist den Verfasserinnen und Verfassern der Leitlinie auch die Problematik der Begleiterkrankungen. Sie weisen darauf hin, dass Kinder mit Psoriasis etwa dreimal häufiger von Adipositas (krank-

haftes Übergewicht) betroffen sind als Kinder ohne Psoriasis. Und sie informieren darüber, dass Kinder und Jugendliche mit Psoriasis ein erhöhtes Risiko haben, eine psychiatrische Erkrankung wie Angststörung oder Depressionen zu entwickeln. Deshalb ist ihr Rat, dass Dermatologinnen und Dermatologen neben der Behandlung der Hautveränderungen bei jeder Konsultation auch auf Begleiterkrankungen achten sollten.

Auslöser

Auch mögliche Auslöser (Trigger) für eine Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen werden besprochen. Gerade bei Kindern spielen Infekte eine große Rolle. Deshalb behandelt ein Kapitel der Leitlinie das Thema Entfernung von Mandeln und Antibiotikatherapie bei wiederkehrenden Infekten.

S2k-Leitlinie

Die Verfasserinnen und Verfasser haben ein ehrgeiziges Ziel. Sie hoffen, dass durch die Leitlinie „verbesserte Therapieergebnisse bis möglichst zur Erscheinungsfreiheit bzw. bestmögliche Reduktion der Psoriasisläsionen in Kombination mit einer Erhöhung der Lebensqualität und Verminderung der Inzidenz unerwünschter Wirkungen“ erreicht werden. Für Leitlinien gibt es drei Qualitätsstufen. S1-Leitlinien haben die niedrigste Stufe. Ihnen liegen Empfehlungen zugrunde, die am wenigsten mit wissenschaftlichen Fakten belegt sind. Für S2-Leitlinien wenden Expertinnen und Experten formale Methoden an, um zu einem Konsens zu kommen (S2k) oder sie werten wissenschaftliche (evidenzbasierte) Veröffentlichungen aus und kommen darüber zu ihren Empfehlungen (S2e). Für S3-Leitlinien müssen noch höhere Anforderungen erfüllt sein, um zu einer Empfehlung zu kommen.

Die Leitlinie zur Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen ist eine S2k-Leitlinie. Sie soll im Januar 2022 auf neue Erkenntnisse hin überprüft und gegebenenfalls ergänzt werden. ■