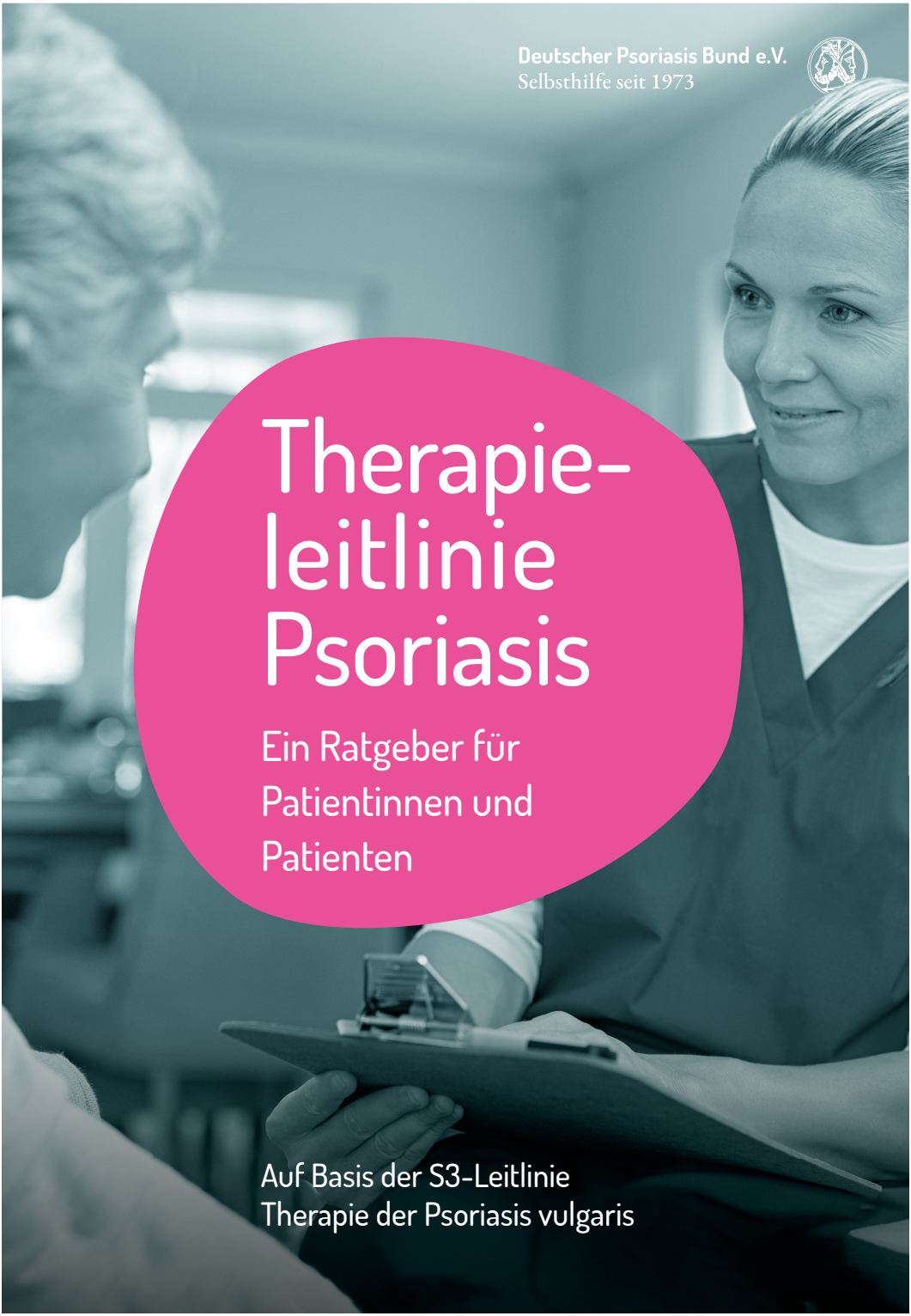


Deutscher Psoriasis Bund e.V.
Selbsthilfe seit 1973

Therapie-leitlinie Psoriasis

Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten

Auf Basis der S3-Leitlinie
Therapie der Psoriasis vulgaris

Liebe Leserinnen und Leser,

ein Ansatz, der sich in der Medizin zurzeit immer weiter durchsetzt, ist die gemeinsame (partizipative) Entscheidungsfindung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient.
Der Fachbegriff lautet „Shared Decision Making" (SDM). Voraussetzung dafür ist eine zweiseitige Kommunikation. Sowohl die Ärztin oder der Arzt als auch die Patientin oder der Patient stellen und beantworten Fragen.

Studien zeigen: SDM führt sowohl auf ärztlicher Seite als auch bei den Patientinnen und Patienten zu einer besseren Therapieentscheidung und damit letztlich zu einer effektiveren Behandlung der Symptome, zu weniger Therapieabbrüchen, zu weniger Konsultationszeit, zu weniger daraus resultierender Kosten, zu einer besseren Krankheitsbewältigung und zu größerer Zufriedenheit.

Nur gut informierte Patientinnen und Patienten können zusammen mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt eine gemeinsame Entscheidung über ihre Therapie treffen. Da ist es hilfreich, wenn Patientinnen und Patienten wissen, welche Behandlungsmöglichkeiten es für die Psoriasis gibt und welche im jeweils individuellen Fall überhaupt infrage kommen. Berücksichtigt werden muss nicht nur die Schwere der Erkrankung. Es spielen weitere Faktoren eine Rolle – etwa das Alter der/des Erkrankten oder ob sie/er bestimmte Medikamente gut verträgt und diese auch wirken oder ob sie/er zusätzlich noch andere Erkrankungen hat und ob sie/er noch weitere Medikamente einnimmt.

Ärztinnen und Ärzte orientieren sich bei ihrer Entscheidungsfindung an sogenannten Leitlinien. Das sind Therapieempfehlungen, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Im Jahr 2006 erschien die erste S3-Leitlinie „Therapie der Psoriasis vulgaris", herausgegeben von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft e.V. (DDG) und dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD) unter Beteiligung von Mitgliedern des Deutschen Psoriasis Bundes e.V. (DPB). S3 bezeichnet die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik einer Leitlinie.
Sie bezieht weltweites, durch Studien überprüftes (evidenzbasiertes) Wissen in die Bewertung der beschriebenen Therapien mit ein.

Impressum

Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)
Seewartenstraße 10
20459 Hamburg
Telefon 040 223399 - 0
info@psoriasis-bund.de
www.psoriasis-bund.de

1. Auflage – auf Basis der S3-Leitlinie „Therapie der Psoriasis vulgaris"
Dezember 2022

Gestaltung:
agenturimturm.com, Bremen

Fotos/Illustrationen: Titel, S. 8, 22, 26, 29 Adobe Stock; S. 7, 8, 30-31, 38-39 agenturimturm, alle übrigen privat

Um Patientinnen und Patienten an diesem Wissen teilhaben zu lassen, gab der DPB gleich nach Erscheinen der ersten S3-Leitlinie „Therapie der Psoriasis vulgaris“ eine Version für Patientinnen und Patienten heraus – die DPB-Patientenleitlinie. Darin wurden die Inhalte der S3-Leitlinie für Patientinnen und Patienten verständlich aufbereitet und um weitere Informationen ergänzt, die dem Verständnis der Erkrankung und ihrer Behandlung dienen. Seit dem Jahr 2006 hat der DPB in Anlehnung an die erfolgten Aktualisierungen der S3-Leitlinie insgesamt drei Überarbeitungen seiner DPB-Patientenleitlinie vorgenommen – die vorläufig letzte erfolgte im Jahr 2018.

Die hier vorliegende Leitlinie in der Aufbereitung für Patientinnen und Patienten ist nicht nur eine aktualisierte Fassung der vierten Auflage der DPB-Patientenleitlinie, sondern eine überarbeitete, erweiterte und neu layoutete Version, die alle Therapiemöglichkeiten vorstellt, ein Stufenschema zur Behandlung aufzeigt und auch auf Besonderheiten der Medikation bei Begleiterkrankungen (Komorbidität) eingeht. Darüber hinaus enthält sie ein Kapitel zum Thema Corona-Impfung bei Psoriasis. Ihre Basis ist nach wie vor die aktuellste Fassung der S3-Leitlinie „Therapie der Psoriasis vulgaris“, in diesem Fall die aus dem Jahr 2022.

Wir wünschen Ihnen viele interessante Einblicke beim Lesen und gute Gespräche und Therapieentscheidungen gemeinsam mit Ihren Ärztinnen und Ärzten.

Das Team der Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Matthias Augustin

Roland Meyer, Prof. Dr. Ulrich Mrowietz, PD Dr. Rachel Sommer, Anette Meyer, Marius Grosser

Vorwort 02
Inhalt 04

S3-Leitlinie „Therapie der Psoriasis vulgaris“ 06

Was ist Psoriasis? 07

Wie erkennen Sie Psoriasis? 08
Psoriasis vulgaris 09
Was ist für die Therapie zu beachten? 09
Was können Sie selbst tun? 10
Wichtige Hinweise zum Lesen dieser Therapieleitlinie 11

Therapie der Psoriasis vulgaris 12

Wirkstoffe der äußerlichen Therapie
Kortison-artige Präparate (Kortikoide) 14
Vitamin-D-Analoga 15
Dithranol (Cignolin oder Anthralin) 16
Teer 16
Calcineurin-Inhibitoren 17

Wirkstoffe der innerlichen Therapie
Kontrolluntersuchungen 18
Fumarsäureester 20
Methotrexat 20
Retinoide 20
Ciclosporin 21
Apremilast 21
Biologika 22

Möglichkeiten einer Lichttherapie
UVB-Lichttherapie 26
PUVA-Lichttherapie 26
Bade- und Klimatherapien 27

Basistherapie 28

Psychosomatische Behandlung und Schulung 28

Spezielle Lokalisationen der Psoriasis vulgaris 29

Psoriasis der Kopfhaut (Psoriasis capitis) 29

Psoriasis der Nägel

Tüpfelnägel 30

Psoriatische Ölflecken, Ablösen der Nagelplatte (distale Onycholyse) 30

Starke Schuppung unter dem Nagel (subunguale Hyperkeratose) 31

Krümelnägel (Onychodystrophie) 31

Behandlung der Nägel 31

Besondere Formen der Psoriasis 32

Psoriasis in den Körperfalten (intertriginöse Psoriasis) 32

Tropfenförmige Psoriasis (Psoriasis guttata) 32

Psoriatische Erythrodermie 33

Pustelförmige Psoriasis (Psoriasis pustulosa)

Pusteln an Händen und Füßen (Pustulosis palmoplantaris (PPP)) 34

Generalisierte pustulöse Psoriasis (GPP) 35

Psoriasis bei Kindern 36

Psoriasis-Arthritis 36

Paradoxe Psoriasis 39

Behandlung bei weiteren Erkrankungen 40

Komorbidität 40

Psoriasis-Therapie und COVID-19 41

Wichtiger Hinweis!

Die vorliegende Broschüre ersetzt in keiner Weise das direkte Gespräch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

S3-Leitlinie „Therapie der Psoriasis vulgaris“

Grundlage für die Erstellung dieser „Therapieleitlinie Psoriasis. Ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten“ ist die S3-Leitlinie „Therapie der Psoriasis vulgaris“, die 2022 in einer aktualisierten Fassung erschienen ist.

Erstmals handelt es sich bei der aktualisierten Leitlinie um eine Anpassung der europäischen Leitlinie „EuroGuiDerm Guideline on the Systemic Treatment of Psoriasis“ aus dem Jahr 2020. Die 17-köpfige deutsche Leitliniengruppe übersetzte eine Vorversion dieser Guideline, stellte sie neu zusammen und passte sie an die deutschen Versorgungs- und Rahmenbedingungen an. Somit bildet die europäische Herangehensweise die Basis für den deutschen Weg.

Außerdem ist die Leitlinie von nun an ein fortlaufendes Projekt, das jährlich überarbeitet wird, um die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse zeitnah einfließen zu lassen. Diese Form wird „Living Guideline“ genannt.

Die aktuelle S3-Leitlinie „Therapie der Psoriasis vulgaris“ ist zu finden auf der Homepage des Deutschen Psoriasis Bundes e.V. (DPB) unter: **www.psoriasis-bund.de/wissen/leitlinien**

Dort finden sich auch weitere Leitlinien, etwa zur Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen, zur Teledermatologie und zur Stationären Dermatologischen Rehabilitation.

Psoriasis

„Psoriasis“ leitet sich vom griechischen Wort „psora“ ab. Das bedeutet: Ich kratze. In Deutschland verwenden die meisten Menschen das Wort „Schuppenflechte“, weil silbrig-weiße Schuppen den Körper wie eine Flechte bedecken. Doch dieser Begriff führt in die Irre, denn die Psoriasis ist keine reine Hauterkrankung. Sie ist eine komplexe Entzündungserkrankung, die den gesamten Körper betrifft. Im englischsprachigen Raum wird deshalb zunehmend der Begriff „psoriatic disease“ („Psoriasis-Krankheit“) verwendet.

Was ist Psoriasis?

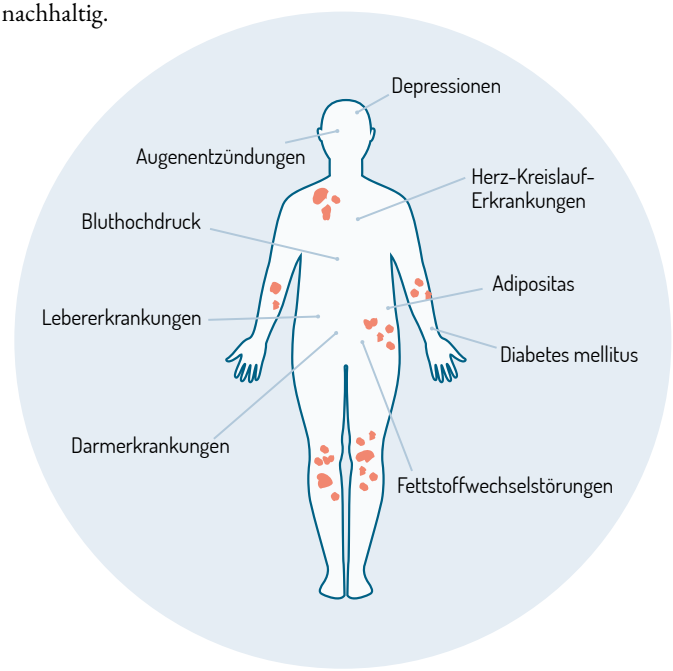
Psoriasis ist der medizinische Fachausdruck für die Schuppenflechte. Das ist eine Erkrankung, die mit entzündeten und schuppenden Hautstellen einhergeht. Sie beruht auf einer erblichen Veranlagung. Zu einer Psoriasis kommt es, wenn weitere Auslösefaktoren hinzukommen, sogenannte Triggerfaktoren. Hierzu können zählen: Infekte, Verletzungen der Haut, Stress, Alkohol, Medikamente. In manchen Fällen lassen sich die auslösenden Faktoren nicht ermitteln.

Psoriasis ist nicht ansteckend.

Alle Formen der Psoriasis können jedoch mit einem erheblichen Leidensdruck und starken Einschränkungen der Lebensqualität und -zufriedenheit einhergehen. Jede erfolgreiche Therapie verbessert die Lebensqualität und Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit Psoriasis nachhaltig.

Bei 20 bis 30 Prozent der Betroffenen kommt es im Zusammenhang mit der Psoriasis-Veranlagung zu einer Gelenkentzündung, der Psoriasis-Arthritis. Für Psoriasis-Arthritis gelten zusätzliche Regeln der Diagnostik und der Therapie, die nicht Gegenstand der vorliegenden Leitlinie sind.

Auch innerliche Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck, Fettleibigkeit und/oder Herzerkrankungen kommen bei Patientinnen und Patienten mit Psoriasis häufiger vor. Ebenfalls entwickeln Menschen mit Psoriasis häufiger Depression und Angststörungen sowie Autoimmunerkrankungen, zum Beispiel chronische Darmentzündungen. In der Medizin wird das als Begleiterkrankungen (Komorbidität) bezeichnet.



Wie erkennen Sie Psoriasis?

Zur Psoriasis zählen zahlreiche unterschiedliche Erscheinungsformen. Am häufigsten kommt die sogenannte Psoriasis vulgaris vor, bei der sich Schuppungen auf gerötetem Grund an typischen Stellen (Streckseiten der Arme und Beine, Kopfhaut, Rücken) finden (Abb. 1). Nur diese Form ist Gegenstand der vorliegenden Leitlinie.

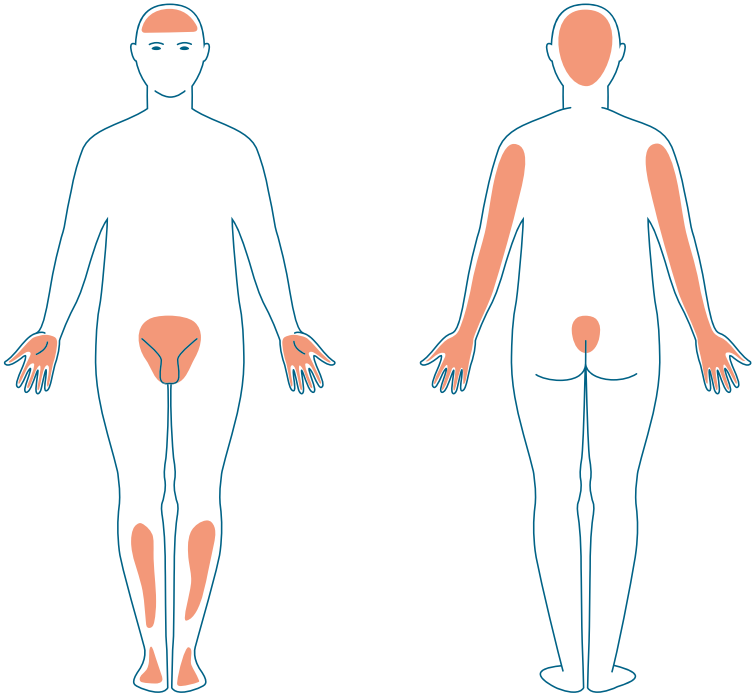


Abb. 1: Typische betroffene Stellen bei Psoriasis vulgaris. Prinzipiell können die sogenannten Läsionen aber an allen Stellen des Körpers auftreten.

Psoriasis vulgaris

An dieser Form erkranken etwa 80 Prozent aller Personen mit Psoriasis. Psoriasis vulgaris wird im englischen Sprachraum auch als „chronic plaque psoriasis“ bezeichnet. In Deutschland wird zunehmend die Bezeichnung „Psoriasis vom (chronischen) Plaque-Typ“ verwendet. Psoriasis beginnt oft plötzlich als kleinfleckig über den Körper verstreuter Hautausschlag (Herde), häufig begleitet von Juckreiz. Die Herde sind stark gerötet und schuppen zunächst noch wenig.

Bei 80 bis 90 Prozent aller Menschen mit Psoriasis vulgaris vergrößern sich im Laufe der Zeit die Herde an den verschiedenen Körperstellen sehr langsam, aber kontinuierlich und fließen zusammen. Die Herde entwickeln sich zu sehr dicken, fest haftenden, gelblich bis silbrig glänzenden Schuppen. Unter der Schuppung ist ein scharf begrenzter, roter Entzündungsherd. Diese Herde können sehr große Flächen einnehmen.

Es gibt Köperstellen, an denen eine Psoriasis vulgaris besonders häufig und geradezu typischerweise auftritt. Diese Stellen werden medizinisch als Prädilektionsstellen bezeichnet. Dazu gehören behaarter Kopf, Ellenbogen, Kniescheibe und Gesäß. Charakteristisch ist auch die Erkrankung des Bauchnabels und der Gesäßfalte. Es können aber auch alle anderen Körperfalten sowie Hände und Füße erkranken. Lediglich die Schleimhaut ist nie erkrankt. Psoriasis ist nicht ansteckend.

Was ist für die Therapie zu beachten?

Psoriasis ist ursächlich nicht heilbar, da ihre Veranlagung im Erbgut liegt und seit Geburt besteht. Allerdings kann mit geeigneten Therapien meist eine langfristige Erscheinungsfreiheit erreicht werden. Damit ist gemeint, dass die betroffenen Hautstellen kaum oder sogar nicht mehr erkennbar verändert sind und die Lebensqualität der Betroffenen wiederhergestellt wird.

Die Diagnose Psoriasis sollte durch eine erfahrene Fach-Ärztin/einen erfahrenen Fach-Arzt (Dermatologin/Dermatologe) sichergestellt werden.

Für die individuelle Therapie sollte gemeinsam mit der Ärztin/dem Arzt eine Entscheidung unter Beachtung von Wirksamkeit, Nebenwirkungen, Gegenanzeigen und persönlichem Nutzen getroffen werden. Wichtig ist dabei, gemeinsam zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient individuelle Behandlungsziele festzulegen und deren Erreichung im Verlauf zu messen. Details zu den verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten sind in folgende Abschnitte gruppiert:

- wirkstofffreie Basistherapie
- äußerliche (topische) Therapie
- innerliche (systemische) Therapie
- Licht- und Klimatherapie
- psychosomatische/psychotherapeutische Therapie

Was können Sie selbst tun?

Wer sich gemeinsam mit der Ärztin/dem Arzt für eine Therapie entschieden hat, sollte zum Gelingen der Behandlung beitragen:

Wichtig ist, sich möglichst genau an den vereinbarten Therapieplan zu halten. Wenn dies nicht möglich ist, sollte so zeitnah wie möglich die Ärztin/der Arzt informiert werden.

Informationen über Unverträglichkeiten oder andere Besonderheiten im Verlauf der Behandlung sollten an die Ärztin/den Arzt weitergegeben werden.

Es gibt Faktoren (sogenannte Trigger), die nachweislich einen ungünstigen Einfluss auf die Behandlung nehmen können (Abb. 2): Nikotingenuss, übermäßiger Alkoholkonsum, starkes Übergewicht, Stress, starke mechanische Belastungen der Haut und Sonnenbrände zählen dazu. Diese gilt es zu vermeiden.

Arzneimittel zur Behandlung anderer Erkrankungen können auf die Therapie einen Einfluss haben. Ärztinnen/Ärzte aller Fachrichtungen sollten deshalb unbedingt den gesamten Medikationsplan kennen, damit es nicht zu unerwünschten Wechselwirkungen zwischen zwei Arzneien kommt.

Externe Trigger (Beispiele)

- physikalisch/mechanisch (Verletzungen)
- chemische Reize
- saisonale Faktoren
- Alkohol, Nikotin
- Überernährung, Adipositas

Interne Trigger (Beispiele)

- Infektionskrankheiten
- Schwangerschaft/Entbindung
- Hormonelle Veränderungen (Pubertät, Schwangerschaft, Wechseljahre)
- Metabolisches Syndrom
- Stress, psychogene Faktoren

Abb. 2: Faktoren, die eine Psoriasis auslösen oder verschlechtern können

Wichtige Hinweise zum Lesen dieser Therapieleitlinie

Diese Leitlinie befasst sich nur mit der Behandlung der häufigsten Form der Schuppenflechte, der Psoriasis vulgaris.

Einige der besprochenen Medikamente haben auch eine Wirkung, zum Beispiel auf die Psoriasis der Gelenke. Solche Wirkungen werden in der Leitlinie erwähnt, aber nicht vertieft. Auch wird nur die Therapie zu Beginn der Behandlung (Induktionstherapie) betrachtet, das heißt die ersten drei Monate der Behandlung. Meist ist jedoch eine länger dauernde Therapie notwendig.

Die entsprechenden Studien hierzu wurden nicht einzeln beurteilt, sondern es wird dafür eine zusammenfassende Empfehlung der medizinischen Expertinnen und Experten durch die Autorinnen und Autoren dieser Therapieleitlinie wiedergegeben. In den folgenden Empfehlungen wird nur auf die wichtigsten Gegenanzeigen und Nebenwirkungen eingegangen.

Zur vollständigen Information gehört die entsprechende Fachinformation bei Arzneimitteln, die der Ärztin/dem Arzt verfügbar ist. Offene Fragen der Patientin/des Patienten klärt die Ärztin/der Arzt.

Bei Schwangerschaft und Stillzeit gilt generell die Empfehlung, mit der äußerlichen und innerlichen Anwendung von Medikamenten sehr zurückhaltend zu sein. Auch bei Kinderwunsch kann eine Behandlung der Psoriasis, eventuell auch die des Mannes, mit bestimmten Wirkstoffen problematisch sein. Die Ärztin/der Arzt ist auch für diese Fragen die Ansprechperson. Bei notwendigen (Auffrisch-)Impfungen sollte im Vorfeld die Ärztin/der Arzt angesprochen werden.

Bei einigen Medikamenten dürfen bestimmte Impfungen nur in Therapiepausen durchgeführt werden. Zur Beurteilung der Wirksamkeit von Therapien werden gängige klinische Messmethoden herangezogen, die die Schwere und Ausbreitung der einzelnen Psoriasis-Herde an verschiedenen Körperarealen bewerten.

In der Leitlinie wird auf dieser Basis als Wirksamkeit beurteilt, wie viele der behandelten Patientinnen/Patienten prozentual eine „weitgehende Erscheinungsfreiheit“ erreichen. Zugleich wird erwähnt, in welchem Maße mit einer Besserung der Lebensqualität zu rechnen ist.

Diese Leitlinie befasst sich nur mit der Behandlung der häufigsten Form der Schuppenflechte, der Psoriasis vulgaris.

Therapie der Psoriasis vulgaris

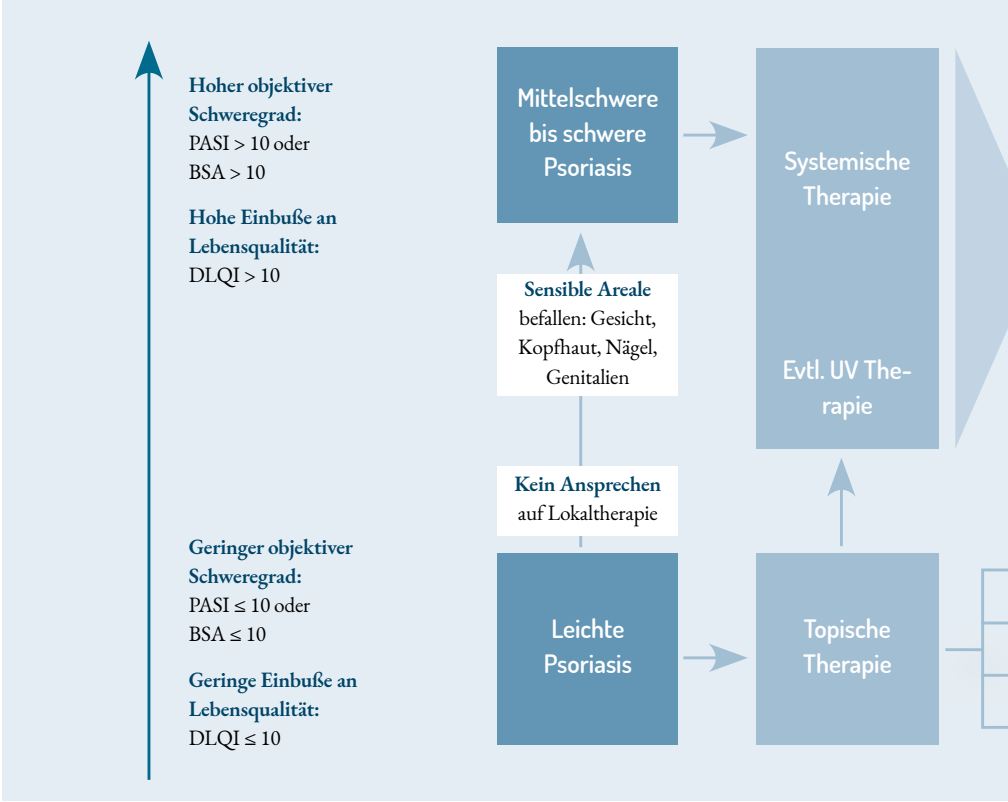
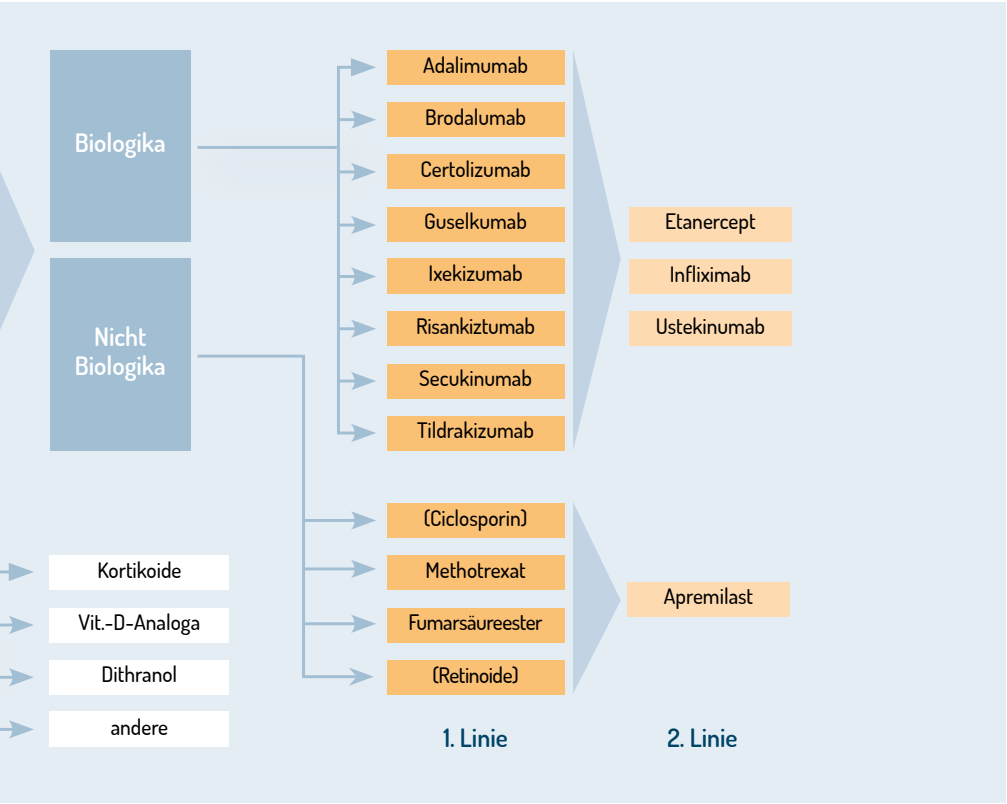


Abb. 3: Stufenschema der Behandlung von Psoriasis vulgaris in Anlehnung an die deutsche S3-Leitlinie (angepasst an Nast 2021)

Sind nur wenige Körperareale mit einer geringen Fläche erkrankt, werden gemäß der S3-Leitlinie vornehmlich äußerliche (topische) Therapien mit Wirkstoffen in Cremes, Salben, Lösungen oder Schäumen durchgeführt (Abb. 3). Bei zunehmender Ausdehnung oder nicht ausreichendem Ergebnis wird diese Therapie gelegentlich mit einer UV-Therapie (Behandlung mit ultraviolettem Licht) kombiniert. Ist die Psoriasis großflächig oder sprechen äußerliche Therapien nicht ausreichend an, wird meist eine innerliche (systemische) Therapie mit Tabletten oder Spritzen durchgeführt. Diese kann mit der äußerlichen Therapie auch kombiniert werden. Wenn eine Kombination von Therapien besonders wichtig ist, wird dies in dieser Leitlinie extra erwähnt.



Begleitend zur Wirkstoff-Therapie der Psoriasis bedarf die Haut meist einer wirkstofffreien Basistherapie. Sie sollte die Grundlage sein, auf der jegliche weiterführende Behandlung erfolgt. Hierfür kommen rückfettende und pflegende Cremes, Salben oder Lotionen zur Anwendung. Deren Einsatz verbessert den Zustand der Haut und hilft mit, die erscheinungsfreie Zeit zu verlängern.

Wirkstoffe der äußerlichen Therapie

Kortison-artige Präparate (Kortikoide)

Kortikoide wurden in den 1950er Jahren für die äußerliche Therapie der Psoriasis zugelassen. Inzwischen zählen die Präparate zu den am häufigsten eingesetzten und äußerlich wirksamsten Wirkstoffen, für die eine sehr große Therapieerfahrung besteht. Kortikoide werden insbesondere bei hoher Entzündungsaktivität und an bestimmten Körperstellen eingesetzt. Dabei macht man sich sowohl den guten entzündungshemmenden Effekt wie auch die Wirkung gegen eine übermäßige Zellvermehrung der Oberhaut zunutze.

Es werden bei äußerlicher Anwendung vier Klassen von Kortikoiden unterschieden, die sich in ihrer Wirkstärke unterscheiden (Klasse I = schwach, Klasse II = mittelstark, Klasse III = stark, Klasse IV = sehr stark). Die Wirkstärke wird unter Berücksichtigung der Körperstelle, möglicher Kombinationstherapien, der erwünschten Geschwindigkeit der Abheilung und dem Schweregrad der Entzündung gewählt. Im Allgemeinen genügt die einmal tägliche Behandlung. Mit einem Eintritt der Wirkung kann nach ein bis zwei Wochen der Behandlung gerechnet werden.

Je nach Wirkstärke kann zum Beispiel nach vier Wochen mit einer deutlichen Verbesserung oder dem fast komplettem Verschwinden der Hautveränderungen gerechnet werden. Zu empfehlen ist eine zeitliche Begrenzung der Therapie auf wenige Wochen oder die Kombination mit anderen Wirkstoffen. Kombinationen sind insbesondere mit Vitamin-D-Analoga, mit Harnstoff und mit UV-Licht möglich.

Wirkstoffe der neueren Kortikoid-Generation haben ein günstigeres Verhältnis zwischen Wirkungen und Nebenwirkungen (wird als „Therapeutischer Index“ (TIX) bezeichnet) als die früheren Kortikoidpräparate.

Bei unsachgemäßem Einsatz können nach monatelanger, täglicher Anwendung unerwünschte Nebenwirkungen und sogar bleibende Schädigungen der Haut auftreten. Hierzu zählt insbesondere, dass die Haut dünner (Atrophie) und damit verletzungsanfälliger wird. Atrophie tritt besonders bei falscher oder zu langer Anwendung im Gesicht und im Genitalbereich auf, während die Anwendung an der behaarten Kopfhaut und an Hand- und Fußflächen eher unproblematisch ist. Auch von einer großflächigen Anwendung ist abzuraten, da dann bestimmte Mengen des Wirkstoffes in das Blut aufgenommen werden.

Kortikoide sollten bei äußerlicher Anwendung nicht prompt abgesetzt werden. Es kommt in diesem Fall oft zu einer erneuten, raschen Verschlechterung der Haut, dem sogenannten Rebound-Phänomen. Die Therapie sollte deshalb ausschleichend beendet werden. Dazu werden zum Beispiel die Wirkstärke herabgesetzt oder das Intervall der Gabe immer weiter verlängert.

Standard ist heute die Anwendung der Kortikoide in fester Kombination mit einem Vitamin-D3-Präparat.

Vitamin-D-Analoga

Als Alternative oder für die Kombination mit Kortikoiden werden mit Calcipotriol und Tacalcitol synthetisch hergestellte Abkömmlinge (=Analoga) des Vitamin-D3 (Calcitriol) eingesetzt. Sie wurden erstmals 1992 für die Behandlung der Psoriasis zugelassen und werden in Form von Cremes, Salben, Emulsionen, Lösungen oder Schäumen auf die Haut aufgetragen. Vitamin-D-Analoga hemmen dort das übermäßige Zellwachstum und die Entzündung.

Die Anwendung erfolgt je nach Präparat ein- bis zweimal täglich. Ein Wirkungseintritt kann frühestens nach ein bis zwei Wochen erwartet werden. Etwa 30 bis 50 Prozent der Patientinnen und Patienten erreicht nach vier- bis achtwöchiger Therapie eine weitgehende oder komplette Abheilung.

Die Vitamin-D3-Analoga können auch in der Langzeitbehandlung von zwölf bis zu 18 Monaten eingesetzt werden. Die Therapie kann sowohl als Monotherapie (Anwendung nur von Vitamin-D-Analoga) als auch in Kombination mit topischen Kortikoiden oder einer UV-Therapie durchgeführt werden.

Die fixe Kombination von Calcipotriol mit einem Kortikoid in einem Präparat stellt heute die Standardtherapie der Psoriasis dar, die auch im Langzeitverlauf als „proaktive Therapie“ eingesetzt werden kann. Mit „proaktiver Therapie“ ist die Behandlung betroffener Stellen über die Abheilung hinaus in größeren Intervallen gemeint, um ein Wiederaufkommen der Psoriasis zu vermeiden. Üblicherweise erfolgt dies ein- bis zweimal pro Woche.

Bei sachgemäßer Anwendung sind die Vitamin-D-Analoga auch in der Langzeit-Behandlung sehr gut verträglich. Als unerwünschte Nebenwirkungen können jedoch Hautreizungen, Brennen, Juckreiz und Rötungen auftreten, insbesondere an empfindlichen Hautarealen (Haaransatz, Gesicht und Achseln). Bei großflächiger äußerlicher Anwendung werden die Vitamin-D3-Abkömmlinge in gewissen Mengen über die Haut in den Körper aufgenommen und können dann Einfluss auf den Kalziumhaushalt im Körper haben, insbesondere bei Kindern.

Die Präparate sollten deswegen auf nicht mehr als 20 bis 35 Prozent der Körperoberfläche angewendet werden. Abwechselnde Behandlungen verschiedener Körperareale (zum Beispiel in zweitägigem Wechsel) haben sich bewährt, wenn größere Hautflächen behandelt werden sollen. Studiendaten über die Behandlung während Schwangerschaft und Stillzeit liegen nicht vor, so dass eine Anwendung in diesen Phasen nicht empfohlen wird.

Dithranol (Cignolin oder Anthralin)

Nur noch selten wird Dithranol eingesetzt, welches bereits 1916 für die äußerliche Behandlung der Psoriasis eingeführt wurde. Es ist auch unter den Namen Cignolin oder Anthralin bekannt. Seine Wirkung beruht auf einer Hemmung der übermäßigen Zellvermehrung in der Oberhaut. Auch gegen die durch Psoriasis entzündete Haut ist Dithranol wirksam. Dithranol wird ein- bis zweimal täglich auf die erkrankten Hautstellen aufgetragen. Die Konzentration wird zunächst niedrig gewählt und im Abstand von mehreren Tagen stetig gesteigert.

Alternativ kann einmal täglich eine „Minutentherapie" mit kurzer Einwirkzeit und anschließendem Abwaschen des Dithranols durchgeführt werden. Bei der Minutentherapie wird neben der Konzentration vor allem die Einwirkzeit des Dithranols im Verlauf der Behandlung gesteigert.

Die Anwendung erfolgt in beiden Fällen für ungefähr vier bis sechs Wochen. Ein erster Erfolg der Behandlung ist üblicherweise nach zwei bis drei Wochen erkennbar. Eine Kombination von Dithranol mit den Wirkstoffen Calcipotriol (Vitamin-D3-Analoga), Salizylsäure und Harnstoff sowie mit Lichttherapie ist möglich und kann die Wirksamkeit erhöhen. Durch die Behandlung kommt es zu einer (gewünschten) Reizung der Haut. Eine geringe oder mäßige Reizung der Haut ist ein Zeichen für die Wirksamkeit der Behandlung. Bei starker Rötung und Brennen der Haut muss gegebenenfalls die weitere Steigerung der Dosierung beendet oder die Intervalle unterbrochen werden. Eine weitere unangenehme Nebenwirkung ist die starke Verfärbung von Haut, Kleidung und Sanitäreinrichtungen.

Heute wird Dithranol nur noch bei (teil)stationärer Behandlung eingesetzt. Fertigarzneien für Zuhause sind in Deutschland nicht mehr erhältlich.

Teer

Teere werden schon seit über 100 Jahren in der Psoriasis-Therapie eingesetzt und waren insbesondere vor der Entwicklung besser wirksamer Präparate wie Kortikoide oder Vitamin-D3-Abkömmlinge ein wichtiger Bestandteil der äußerlichen Behandlung. Heute haben sie bei Psoriasis nur noch eine geringe Bedeutung, sollen aber hier erwähnt werden.

Am häufigsten wird hoch gereinigter Steinkohleteer verwendet, dessen Inhaltsstoffe Entzündungen hemmen, Juckreiz lindern und übermäßige Schuppen lösen können. Ein Eintritt der Wirkung der Behandlung ist nach vier bis acht Wochen zu erwarten. Allerdings liegen nicht genügend Studien zur Wirksamkeit vor, die den Nutzen der Behandlung mit Teer belegen würden. Eine Langzeitbehandlung mit Teer wird nicht empfohlen.

Die unter der äußerlichen Therapie mit Teer auftretende Lichtempfindlichkeit der Haut macht eine erhöhte Vorsicht bei UV- oder Sonnenbestrahlung notwendig. Die Kombination von Teer und UV-Licht verstärkt die Wirkung von Teer. Als alleinige Behandlung reicht Teer meist nicht aus und wird deshalb nicht empfohlen.

Zur Ergänzung anderer Behandlungen ist Teer in Salben, Lotionen, Shampoos und Badezusätzen bedingt geeignet. Der Geruch, wie auch die Verfärbungen der Haut und der Wäsche werden vielfach als unangenehm empfunden.

Calcineurin-Inhibitoren

Calcineurin-Inhibitoren sind äußerlich anzuwendende Präparate, die lediglich für die Neurodermitis zugelassen sind. Die beiden verfügbaren Wirkstoffe Tacrolimus und Pimecrolimus sind jedoch auch bei manchen Formen der Psoriasis wirksam. Da sie für die Behandlung der Psoriasis nicht zugelassen sind, kommen sie seltener zum Einsatz. Empfohlen werden sie aber in bestimmten Therapiesituationen auch außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use), insbesondere für die Behandlung der Psoriasis im Gesicht und im Genitalbereich. Bei ihnen treten die Nebenwirkungen der Kortikoide wie zum Beispiel eine Verdünnung der Haut (Atrophie) nicht auf.

Wirkstoffe der innerlichen Therapie

Innerliche (=systemische) Medikamente werden bei größerer Ausdehnung der Psoriasis, stark entzündeten Stellen und hoher Einbuße an Lebensqualität eingesetzt. Zur Ermittlung des Schweregrades der Psoriasis werden die erkrankte Fläche der Haut, die Dicke der Hautstellen und die Rötung bestimmt und zu einem Summenwert (Score) zusammengefasst, der PASI genannt wird (Psoriasis Area and Severity Index). Die Einbuße an Lebensqualität wird meist mit dem DLQI (Dermatology Life Quality Index) gemessen, der aus zehn Fragen besteht.

Werden vorgegebene Richtwerte überschritten, können systemische Medikamente eingesetzt werden. Weitere Kriterien für den Einsatz einer innerlichen Therapie sind ausgeprägte Psoriasis des behaarten Kopfes, Erkrankung sichtbarer Areale (zum Beispiel Gesicht, Handrücken) sowie Genitalbefall, gegebenenfalls verbunden mit starkem Jucken und schweren Nagelveränderungen an mindestens zwei Fingernägeln. Von dieser Bewertung kann im Einzelfall auch abgewichen werden, wenn dies medizinisch notwendig und zweckmäßig ist.

Die verfügbaren Wirkstoffe für die Systemtherapie werden nachfolgend vorgestellt (Tab. 1). Üblicherweise werden sie in „konventionelle" Medikamente und Biologika eingeteilt. Die „konventionellen" Medikamente werden sinngemäß auch als „Nicht-Biologika" bezeichnet.

Für die Verordnung spielt der Zulassungsstatus eine sehr wichtige Rolle. Medikamente mit einer „first-line" (Erstlinien)-Zulassung sollten zuerst verordnet werden, wobei den Nicht-Biologika aus wirtschaftlichen Gründen zunächst der Vorzug vor den Biologika zu geben ist, da deren Jahres-Therapiekosten deutlich niedriger sind. Dieses „Wirtschaftlichkeitsgebot" findet sich in §12 Sozialgesetzbuch V. Wurde mindestens ein konventionelles (nicht-biologisches) Medikament nicht vertragen, war nicht wirksam oder durfte zum Beispiel aufgrund medizinischer Gründe nicht eingesetzt werden, kann ein Biologikum verordnet werden. Wenn absehbar ist, dass die Nicht-Biologika keine hinreichende Aussicht auf Behandlungserfolg bieten, dann kann auch gleich ein Biologikum gestartet werden. Dies ist häufig bei sehr hohem Schweregrad der Fall.

Von den Biologika werden zunächst solche eingesetzt, die eine Zulassung als „Erstlinien-Präparat" haben, bei weiteren Wechseln auch ein Präparat mit einer „second-line" (Zweitlinien)-Zulassung.

In jedem Falle besteht in Deutschland bei Psoriasis die Möglichkeit, eine individuelle Therapiewahl aus einer Vielzahl zugelassener systemischer Medikamente zu treffen.

Kontrolluntersuchungen

Innerlich gegebene (systemische) Medikamente können Nebenwirkungen hervorrufen. Um diese frühzeitig zu erkennen, führen Ärztinnen/Ärzte bei Patientinnen und Patienten, die systemisch behandelt werden, regelmäßige Kontrolluntersuchungen durch. Auch vor Beginn einer systemischen Therapie prüfen Ärztinnen und Ärzte genau, ob das Medikament im individuellen Fall infrage kommt. Welche Laboruntersuchungen oder anderen Maßnahmen (zum Beispiel Messung des Blutdrucks) für das jeweilige Medikament durchgeführt werden müssen, legt die Ärztin/der Arzt nach den Empfehlungen der Fachinformation und der Leitlinie fest.

Patientinnen/Patienten sollten die mit der Ärztin/dem Arzt vereinbarten Termine zu Kontrolluntersuchungen stets einhalten.

#	Wirkstoff (Präparat)	Psoriasis vulgaris			Psoriasis-Arthritis		Wirkmechanismus
		Erstlinie	Zweitlinie	Kinder	Erstlinie	Zweitlinie	
Nicht-Biologika							
1	Acitretin (u. a. Neotigason®)	X		Pustulose			Retinoid
2	Apremilast (Otezla®)		X			X	PDE4-Inhibitor
3	Ciclosporin (u. a. Immunosporin®)	X					Calcineurin-Inhibitor
4	Dimethyfumarat (Skilarence®)	X					Fumarat
5	Fumarsäureester - DMF+MEF (Fumaderm®)	X					Fumarat
6	Leflunomid (u. a. Lantarel®)				X		Dihydroorotat-DH-Antagonist
7	Methotrexat (u. a. Avara®)	X			X		Folsäure-Antagonist
8	Tofacitinib (Xeljanz®)					X	JAK-Inhibitor
9	Upadacitinib (Rinvoq®)					X	JAK-Inhibitor
Biologika							
1	Abatacept (Orencia®)					X	CD28-Rezeptorblocker
2	Adalimumab (Humira®)	X		4 J.		X	TNF-alpha-Antagonist
3	Bimekizumab (Bimzelx®)	X					IL-23-Antagonist
4	Brodalumab (Kyntheum®)	X					IL-17-Antagonist
5	Certolizumab (Cimzia®)	X				X	TNF-alpha-Antagonist
6	Etanercept (u. a. Enbrel®)		X	6 J.		X	TNF-alpha-Antagonist
7	Golimumab (Simponi®)					X	TNF-alpha-Antagonist
8	Guselkumab (Tremfya®)	X				X	IL-23-Antagonist
9	Infliximab (u. a. Remicade®)		X			X	TNF-alpha-Antagonist
10	Ixekizumab (Taltz®)	X		6 J.		X	IL-17-Antagonist
11	Risankizumab (Skyrizi®)	X				X	IL-23-Antagonist
12	Secukinumab (Cosentyx®)	X		6 J.		X	IL-17-Antagonist
13	Tildrakizumab (Ilumetri®)	X					IL-23-Antagonist
14	Ustekinumab (Stelara®)		X	6 J.		X	IL-12/23-Antagonist
		14	4		2	14	
		Psoriasis:	18		PsA:	16	

Tabelle 1: Übersicht der im Jahr 2022 zugelassenen systemischen Arzneimittel bei Psoriasis und Psoriasis-Arthritis

Fumarsäureester

Fumarsäureester werden als Erstlinien-Medikament für die innerliche Therapie der Psoriasis seit 1994 häufig angewendet. Die Einnahme der Tabletten erfolgt in der Regel nach einem vorgegebenen Schema. Eine individuelle Anpassung der Dosis ist möglich. Die Wirkung der Behandlung kann nach ungefähr sechs Wochen erwartet werden. Bei vielen Betroffenen kann die Therapie zu einer weitgehenden Erscheinungsfreiheit führen. Fumarsäureester dürfen bei Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und der Nieren nicht eingenommen werden. Unter der Therapie kann es zu Magen-Darm-Beschwerden, plötzlich auftretenden Rötungen der Haut und Veränderungen im Blutbild kommen. Unter den beiden verfügbaren Präparaten wird heute am häufigsten das Dimethylfumarat (Skilarence®) eingesetzt, welches die früher verwendete Mischung aus verschiedenen Salzen der Fumarsäure (Fumaderm®) weitgehend abgelöst hat.

Methotrexat

Eines der am längsten zur Erstlinien-Behandlung der Psoriasis verwendeten Medikamente ist der Wirkstoff Methotrexat (MTX). Er wird einmal wöchentlich in die Haut gespritzt oder als Tablette eingenommen. Die Injektion ist besser wirksam und wird meist besser vertragen. Die Dosierung wird individuell festgelegt und liegt meist zwischen 15 und 25 Milligramm pro Woche. Die Wirkung tritt nach ungefähr vier bis acht Wochen ein. Bei vielen Patientinnen und Patienten kann es durch die Therapie zu einer weitgehenden Erscheinungsfreiheit kommen. Methotrexat darf bei gestörter Funktion der Leber nicht gegeben werden. Durch die Behandlung kann es zu Leberschäden, Lungenentzündung, Zerstörung von Knochenmark und Schäden an den Nieren kommen. Patientinnen und Patienten sollten während einer Methotrexat-Behandlung Alkohol eher meiden.

Retinoide

Abkömmlinge vom Vitamin A, sogenannte Retinoide (Wirkstoff: Acitretin), werden schon sehr lange zur Erstlinien-Behandlung der Psoriasis als Kapseln verwendet. Die Dosierung erfolgt angepasst an das Körpergewicht (meist 0,3 bis 0,8 Milligramm pro Kilogramm Körpergewicht täglich). Die Wirkung tritt nach vier bis acht Wochen ein. Jedoch erreicht nur ein kleinerer Teil der Patientinnen und Patienten eine weitgehende Erscheinungsfreiheit.

Bei Nieren- oder Leberschäden und bei Frauen mit Kinderwunsch dürfen Retinoide nicht angewendet werden. Retinoide schädigen immer das werdende Kind (den Embryo). Während der Behandlung können trockene Lippen, trockene Haut, Nasenbluten und vorübergehender Haarausfall auftreten. Als alleinige Behandlung

sind Retinoide meist nicht ausreichend wirksam. Daher wird dieser Wirkstoff häufig mit einer UV-Lichttherapie kombiniert. Frauen mit Kinderwunsch müssen bis drei Jahre nach der Beendigung der Behandlung mit Retinoiden eine sichere Verhütung einer Schwangerschaft (Konzeptionsschutz) sicherstellen.

Angesichts vieler besser wirksamer und verträglicher Medikamente kommen Retinoide heute bei Psoriasis vulgaris nur noch in Ausnahmefällen zum Einsatz.

Ciclosporin

Der Wirkstoff Ciclosporin ist seit 1993 zur Erstlinien-Therapie der Psoriasis zugelassen. Es werden täglich Kapseln oder eine Trinklösung in einer an das Körpergewicht angepassten Dosierung eingenommen (2,5 bis 5 Milligramm pro Kilogramm an Körpergewicht). Mit einer Wirkung ist nach ungefähr vier Wochen zu rechnen. Bei den meisten Patientinnen und Patienten wird eine weitgehende Erscheinungsfreiheit erzielt.

Nicht angewendet werden darf Ciclosporin bei einer Störung der Funktion der Nieren, nicht einstellbarem Bluthochdruck sowie bei bösartigen Krebserkrankungen. Als Nebenwirkungen können Störungen der Funktion der Nieren und der Leber, ein Anstieg des Blutdrucks und Magen-Darm-Beschwerden auftreten. Bei Einnahme anderer Medikamente können Wechselwirkungen auftreten. Patientinnen und Patienten, die früher längere Zeit mit einer UV-Lichttherapie behandelt wurden, sollten Ciclosporin nicht nutzen. Sie haben ein erhöhtes Risiko, an Hautkrebs zu erkranken.

Angesichts vieler für die Langzeittherapie besser geeigneter Medikamente kommt Ciclosporin heute bei Psoriasis vulgaris nur noch in Ausnahmefällen zum Einsatz.

Apremilast

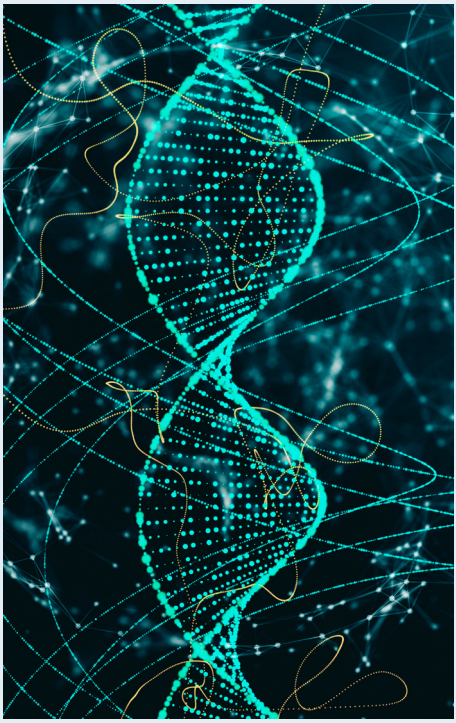
Ein neues Medikament für die Zweitlinientherapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis und der Psoriasis-Arthritis ist Apremilast. Nach einer kurzen Phase der Aufdosierung für eine bessere Verträglichkeit wird Apremilast in der Erhaltungstherapie mit 30 Milligramm zweimal täglich als Tabletten eingenommen. Die Wirkung tritt verzögert ein, nach acht bis zwölf Wochen kann beurteilt werden, ob eine ausreichende Abheilung vorhanden ist. Bei einem kleineren Teil der Patientinnen und Patienten wird eine weitgehende Erscheinungsfreiheit erzielt.

Bis auf gelegentliche Magen-Darm-Beschwerden ist die Verträglichkeit gut. Auch ist Apremilast ein vergleichsweise sicheres Präparat, bei dem in allen Studien nur wenige unerwünschte Ereignisse auftraten. Auch besteht eine Zulassung für die Psoriasis-Arthritis, so dass diese Erscheinungsform der Psoriasis auch Anlass für eine Behandlung mit Apremilast sein kann.

Biologika

Biologika sind Medikamente, die aus sehr großen Eiweißmolekülen bestehen, die durch biotechnologische Verfahren aus lebenden Organismen hergestellt werden. Biosimilars sind nachgemachte Wirkstoffe der Biologika, die dem Original-Präparat ähnlich, mit ihm aber nicht identisch sind. Während der Behandlung mit Biologika dürfen keine Impfungen mit Lebendimpfstoffen erfolgen.

Biologika sind gegen bestimmte Moleküle der körpereigenen Abwehr gerichtet, die eine Bedeutung bei der Entstehung und Unterhaltung der Psoriasis haben. Sie wirken besonders zielgenau und blockieren nur die jeweiligen Entzündungswege, belasten sonst aber den Körper nur wenig. Alle Präparate werden entweder in die Haut gespritzt (subkutane Injektion) oder – seltener – als Infusion in die Vene gegeben. Daher können als Nebenwirkungen lokale Einstichreaktionen auftreten.



TNF-α-Hemmer

Diese Gruppe von Biologika blockiert den entzündungsfördernden Botenstoff mit Namen Tumor-Nekrose-Faktor alpha. Er wird auch als TNF-α-Hemmer bezeichnet.

Bei schweren Herzerkrankungen (Herzinsuffizienz) dürfen keine Biologika vom Typ der TNF-α-Hemmer verwendet werden. Unter der Therapie mit TNF-α-Hemmern können auch schwere Infektionen auftreten. Alle unter der Therapie auftretenden Infektionen bedürfen deshalb sofortiger ärztlicher Kontrolle. Vor einer Therapie muss immer eine Tuberkulose, eine Entzündung der Leber und eine HIV-Infektion, sicher ausgeschlossen werden.

- **Adalimumab**

Seit dem Jahr 2005 ist Adalimumab zur Therapie der Psoriasis-Arthritis und später auch zur Erstlinien-Therapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis zugelassen. Die Gabe erfolgt durch eine Injektion alle zwei Wochen in die Haut (Dosierung: 40 Milligramm). Die Wirkung tritt nach vier bis acht Wochen ein. Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten erreicht eine weitgehende Erscheinungsfreiheit. Ist die Wirkung nicht ausreichend, kann für den Zeitraum von bis zu drei Monaten mit 40 Milligramm Adalimumab einmal wöchentlich behandelt werden.

Inzwischen gibt es auch eine Zulassung für Kinder und Jugendliche ab vier Jahren.

- **Certolizumab Pegol**

Dieser Wirkstoff unterscheidet sich von anderen Biologika durch seine chemische Struktur. Er hat eine Erstlinien-Zulassung für die mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris (Plaque Psoriasis) sowie eine Zweitlinienzulassung für die Psoriasis-Arthritis. Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten erreicht eine weitgehende Erscheinungsfreiheit. Die Dosierung beträgt zweimal 200 Milligramm zu Beginn und nach zwei beziehungsweise vier Wochen, dann 200 Milligramm alle zwei Wochen.

Ein Vorteil von Certolizumab Pegol ist, dass er bei Schwangeren nicht über die Plazenta auf das Kind übergehen kann.

- **Etanercept**

Etanercept ist seit dem Jahr 2002 zur Zweitlinien-Therapie der Psoriasis-Arthritis und seit dem Jahr 2004 zur Zweitlinien-Therapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis zugelassen. Die übliche Dosierung beträgt heute einmal 50 Milligramm wöchentlich. Nach vier bis acht Wochen ist mit einem Wirkungseintritt zu rechnen. Da ein deutlich geringerer Teil der Patientinnen und Patienten als bei den anderen Biologika eine weitgehende Erscheinungsfreiheit erreicht, wird Etanercept bei Neueinstellungen nur noch selten eingesetzt.

Inzwischen gibt es auch eine Zulassung für Kinder und Jugendliche ab sechs Jahren.

- **Golimumab**

Der Wirkstoff ist derzeit nur zur Zweitlinien-Therapie der Psoriasis-Arthritis zugelassen und weist an der Haut nur eine mäßiggradige Wirksamkeit auf. Die Dosis beträgt 50 Milligramm alle vier Wochen. Bei Patientinnen und Patienten über 100 Kilogramm Körpergewicht und nicht ausreichendem Ansprechen kann die Dosis auf 100 Milligramm alle vier Wochen erhöht werden.

- **Infliximab**

Seit dem Jahr 2005 ist Infliximab zur Therapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis zugelassen. Die Gabe erfolgt durch eine Infusion in der ärztlichen Praxis und wird in der Erhaltungstherapie alle acht Wochen gegeben. Dosierung: Fünf Milligramm pro Kilogramm an Körpergewicht. Die Wirkung tritt nach ein bis zwei Wochen ein. Unter der Therapie können Infusionsreaktionen auftreten. Infliximab ist ein schnell wirksamer Wirkstoff zur Behandlung der Plaque-Psoriasis.

Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten erreicht eine weitgehende Erscheinungsfreiheit, allerdings kommt es im Laufe der Behandlungszeit häufiger als bei den anderen Präparaten zu Wirkabschwächungen. Häufig wird bei einer Infliximab-Therapie niedrig dosiertes Methotrexat (fünf bis 10 Milligramm pro Woche) zusätzlich gegeben.

Weitere Informationen finden Sie in der DPB-Broschüre „Biologika + Biosimilars“.

Interleukin-17-Hemmer

Wirkstoffe dieser Gruppe von Biologika blockieren den entzündungsfördernden Botenstoff Interleukin-17 (IL-17) oder seine Bindestelle (Rezeptor). Zurzeit gibt es vier verfügbare Blocker. Sie sind alle als Erstlinientherapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis zugelassen. Die Wirkung ist sehr gut. Zwei Wirkstoffe (Ixekizumab, Secukinumab) haben zudem auch eine Zulassung für die Psoriasis-Arthritis.

Eine Besonderheit in dieser Gruppe ist das gehäufte Auftreten von umschriebenen Hefepilzinfektionen im Mund- beziehungsweise Rachenraum und seltener auch im Genitalbereich oder in den Körperfalten. Auch können vorbestehende chronische Darmentzündungen schlimmer werden. Bei allen IL-17-Hemmern erreicht der größte Teil der Patientinnen und Patienten eine weitgehende Erscheinungsfreiheit und spricht auch recht schnell innerhalb von wenigen Wochen an.

- **Bimekizumab**

Dieses Molekül ist der neueste Wirkstoff zur Erstlinientherapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis und wurde 2021 für Erwachsene zugelassen. Der Wirkstoff blockiert die Botenstoffe IL-17A und IL-17F. Die Wirkung tritt schon innerhalb der ersten beiden Wochen ein. Die empfohlene Dosis ist 320 Milligramm, die in zwei Injektionen unter die Haut (subkutan) alle vier Wochen bis Woche 16 und danach alle acht Wochen verabreicht wird. Bei einigen Patientinnen und Patienten mit einem Körpergewicht über 120 Kilogramm, die bis Woche 16 keine vollständige Erscheinungsfreiheit der Haut erreichten, kann Bimekizumab in einer Dosis von 320 Milligramm alle vier Wochen nach Woche 16 das Ansprechen auf die Behandlung weiter verbessern.

- **Brodalumab**

Der Wirkstoff ist zur Erstlinientherapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis von Erwachsenen seit 2017 zugelassen. Der Wirkstoff blockiert den Rezeptor auf Zellen, an den IL-17A bindet, aber auch andere Mitglieder der Interleukin-17-Familie. Die Wirkung tritt schon innerhalb der ersten beiden Wochen ein. Die Dosierung beträgt 210 Milligramm zu Beginn, nach einer und zwei Wochen, dann 210 Milligramm alle zwei Wochen in der Erhaltungstherapie.

- **Ixekizumab**

Der Wirkstoff ist seit dem Jahr 2016 zur Erstlinientherapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis und inzwischen auch bei Psoriasis-Arthritis zugelassen. Die Wirkung tritt innerhalb der ersten beiden Wochen ein. Es werden am Anfang 80 Milligramm alle zwei Wochen über drei Monate gegeben, dann in der Erhaltungstherapie 80 Milligramm alle vier Wochen.

Inzwischen gibt es auch eine Zulassung für Kinder und Jugendliche ab sechs Jahren.

- **Secukinumab**

Secukinumab war der erste IL-17A-Hemmer und ist seit dem Jahr 2015 zur Therapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis als Erstlinientherapie zugelassen. Die Wirkung tritt innerhalb der ersten vier Wochen ein. Für die Therapie werden 300 Milligramm einmal wöchentlich für vier Wochen gegeben, dann in der Erhaltungstherapie alle vier Wochen 300 Milligramm. Bei nachlassender Wirkung können die 300 Milligramm auch zeitweise alle zwei Wochen gegeben werden. Bei Psoriasis-Arthritis beträgt

die Start- und Erhaltungsdosis 150 Milligramm. Die Intervalle der Injektionen sind die gleichen wie bei der Plaque-Psoriasis.

Inzwischen gibt es auch eine Zulassung für Kinder und Jugendliche ab sechs Jahren.

Interleukin-23-Hemmer

Der erste Wirkstoff in dieser Gruppe, Ustekinumab, blockierte nicht nur den Botenstoff IL-23, sondern auch IL-12 durch Bindung an eine gemeinsame Untereinheit der Moleküle (p40). In der Folgezeit wurden die Moleküle Guselkumab, Risankizumab und Tildrakizumab entwickelt, die nur IL-23 blockieren (p19-Untereinheit), aber noch wirksamer sind.

Eine Besonderheit all dieser Moleküle liegt darin, dass sie in der Unterhaltungsphase nur alle zwei bis drei Monate angewendet werden müssen.

- **Ustekinumab**

Der Wirkstoff Ustekinumab ist seit dem Jahr 2009 als Zweitlinienmedikament zugelassen und wird nach der ersten Gabe ein zweites Mal nach vier Wochen und dann alle zwölf Wochen in die Haut gespritzt. Dosierung: 45 Milligramm pro Injektion bei Patientinnen und Patienten bis 100 Kilogramm Körpergewicht und 90 Milligramm bei Patientinnen und Patienten mit mehr als 100 Kilogramm an Körpergewicht. Die Wirkung tritt nach sechs bis zwölf Wochen ein, und ein großer Teil der Patientinnen und Patienten erreicht eine weitgehende Erscheinungsfreiheit. Inzwischen gibt es auch eine Zulassung bei Psoriasis vulgaris für Kinder und Jugendliche ab sechs Jahren sowie bei Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen.

- **Guselkumab**

Guselkumab ist als Erstlinientherapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen seit Ende 2017 zugelassen. Die Wirkung tritt innerhalb der ersten beiden Wochen ein. Die Dosierung beträgt zum Einstieg jeweils 100 Milligramm zu Beginn und nach vier Wochen. Danach wird sie alle acht Wochen als Erhaltungstherapie verabreicht. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten erreicht eine weitgehende Erscheinungsfreiheit. Inzwischen gibt es auch eine Zulassung bei Psoriasis-Arthritis.

- **Risankizumab**

Auch Risankizumab ist zur Therapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis als Erstlinientherapie bei Erwachsenen zugelassen. Die Zulassung erfolgte 2019. Die Wirkung tritt innerhalb der ersten beiden Wochen ein. Die Dosierung beträgt zum Einstieg jeweils 150 Milligramm zu Beginn und nach vier Wochen. Danach wird sie alle zwölf Wochen als Erhaltungstherapie verabreicht Der größte Teil der Patientinnen und Patienten erreicht eine weitgehende Erscheinungsfreiheit. Inzwischen gibt es auch eine Zulassung bei Psoriasis-Arthritis.

- **Tildrakizumab**

Tildrakizumab ist seit 2018 zur Therapie der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis als Erstlinientherapie bei Erwachsenen zugelassen. Die Wirkung tritt innerhalb der ersten vier bis sechs Wochen ein. Die Dosierung beträgt zum Einstieg jeweils 100 Milligramm zu Beginn und nach vier Wochen. Danach wird sie alle zwölf Wochen als Erhaltungstherapie verabreicht. Bei sehr schweren Erkrankungsfällen können auch 200 Milligramm gegeben werden. Der größte Teil der Betroffenen erreicht eine weitgehende Erscheinungsfreiheit.

Möglichkeiten einer Lichttherapie

Die UV-Lichttherapie ist ein schon lange bewährter Therapieansatz, der heute aber zunehmend seltener durchgeführt wird. Auch der Einsatz der Lichttherapie ist wie bei den innerlichen Medikamenten vom Schweregrad der Hautveränderungen und von den Einschränkungen an Lebensqualität abhängig.

UVB-Lichttherapie

UVB-Licht hat eine Wellenlänge von 280 bis 320 Nanometer. In den letzten Jahren werden zunehmend schmalere Bereiche der Wellenlängen bis hin zu 311 Nanometer verwendet. Die Behandlung erfolgt in der dermatologischen Praxis mit speziellen UV-Lichtgeräten.

Es werden unterschiedliche Schemen zur Therapie genutzt. Die kombinierte UV- und Solebehandlung (Sole ist Wasser mit einem sehr hohen Salzgehalt) in speziellen Anlagen unter Aufsicht der Dermatologin/des Dermatologen hat sich in Studien als sehr wirksam erwiesen. Seit dem Jahr 2008 gehört diese ambulante Form der Behandlung (Balneo-Phototherapie) in der dermatologischen Praxis zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Oft wird mit 70 Prozent der Lichtdosis begonnen, die einen Sonnenbrand auslöst. Danach wird die Dosis täglich gesteigert. Eine Bestrahlung erfolgt drei bis fünf Mal pro Woche. Eine erste Wirkung ist nach ein bis zwei Wochen zu beobachten. Als unerwünschte Wirkungen können Juckreiz und Rötungen bis hin zu Blasenbildung der Haut auftreten. Es gibt keine aussagekräftigen Daten, ob eine UVB-Lichttherapie das Hautkrebsrisiko steigert. Da bestimmte Medikamente zu einer Wechselwirkung mit der UVB-Lichttherapie führen können, sollten die Hausärztin/der Hausarzt sowie alle weiteren behandelnden Fach-Ärztinnen/Ärzte über alle genutzten Medikamente, inklusive pflanzlicher Substanzen und naturheilkundlicher Präparate, wie zum Beispiel Johanniskraut, informiert werden. Zusätzliches natürliches Sonnenlicht sollte während der Dauer der Therapie gemieden werden.

PUVA-Lichttherapie

PUVA kommt seit mehr als 30 Jahren zum Einsatz. Der Begriff steht als Abkürzung für **P**soralen plus **U**ltra**v**iolettlicht des langwelligen Bereichs **A**. Das ist eine kombinierte Behandlungsmethode aus einer lichtsensibilisierenden Substanz (Psoralen) und Ultraviolettstrahlen (UVA). Psoralen wird äußerlich als Bade- oder Creme-PUVA der Haut zugeführt. Ein gängiges Schema der Behandlung ist der Beginn der Bestrahlung mit 75 Prozent der Dosis, die zu Rötungen der Haut führen würde. Die Dosis wird nach jeweils 72 Stunden erhöht. Die Bestrahlung erfolgt zwei

bis vier Mal in der Woche. Eine Wirkung zeigt sich nach ein bis zwei Wochen. Als unerwünschte Wirkungen können Juckreiz, Rötungen bis hin zu Blasenbildung der Haut auftreten. Eine gleichzeitige Behandlung mit Ciclosporin darf nicht stattfinden.

Die PUVA-Lichttherapie erhöht das Risiko, an Hautkrebs zu erkranken. Patientinnen und Patienten mit einem solchen erhöhten Risiko (zum Beispiel, wenn sie schon Hautkrebs hatten oder eine sehr lichtempfindliche, helle Haut haben) sollten die PUVA-Lichttherapie nicht nutzen. Zusätzliches natürliches Sonnenlicht sollte auf jeden Fall gemieden werden. Bei der PUVA-Therapie mit Einnahme des Psoralens als Tablette muss Lichtschutz, auch für die Augen, für mindestens zwölf Stunden sichergestellt werden. Da bestimmte Medikamente zu einer Wechselwirkung mit der UVA-Lichttherapie führen können, sollte die Ärztin/der Arzt immer über alle genutzten Medikamente inklusive pflanzlichen Substanzen und naturheilkundlichen Präparaten wie zum Beispiel Johanniskraut informiert werden.

Weitere Informationen finden Sie in der DPB-Broschüre „Fibel zur Lichttherapie der Psoriasis".

Bade- und Klimatherapien

Viele Menschen mit Psoriasis berichten, dass sich ihre Haut unter dem kombinierten Einfluss von Salzwasser und UV-Licht oder Sonne erheblich bessert oder sogar abheilt. Dementsprechend sind Meeresaufenthalte unter sommerlichen Bedingungen grundsätzlich zu empfehlen. Dies gilt auch für das Tote Meer (Israel oder Jordanien), wo spezielle Kliniken mit hautärztlicher Leitung die Therapie begleiten können. Auch bei einer Bade- und Klimatherapie muss bei regelhaften Aufenthalten ein erhöhtes Hautkrebsrisiko akzeptiert werden.

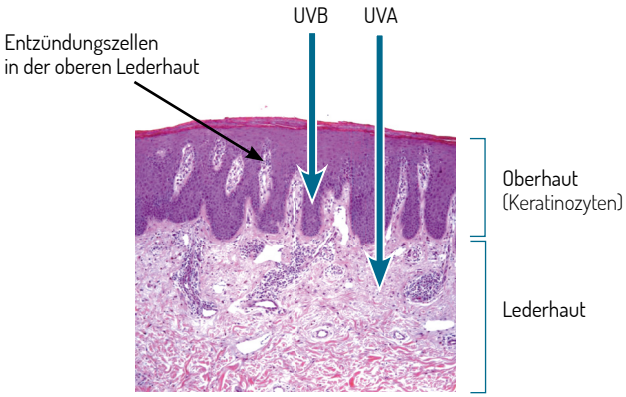


Abb. 4: Schuppenflechte unter dem Mikroskop – Eindringtiefe

Basistherapie

Als Basistherapie wird die rückfettende und pflegende Behandlung der Haut mit Salben, Cremes und Lotionen bezeichnet, die frei von (medizinischen) Wirkstoffen sind. Die Wahl des geeigneten Präparates richtet sich nach dem Zustand der Haut, insbesondere danach, wie trocken und/oder wie entzündet die Haut ist. Das Pflegepräparat kann je nach erwünschtem Zweck drei bis zehn Prozent Harnstoff (Urea) enthalten. Harnstoff bindet Feuchtigkeit in den oberen Hautschichten.

Die Basistherapeutische Pflege ist ein sehr wichtiger Bestandteil der ergänzenden Behandlung einer Psoriasis. Dies gilt für die ergänzende Therapie der akuten Psoriasis-Herde und für die Nachbehandlung der abheilenden Haut gleichermaßen. Die Basistherapie kann dazu beitragen, eine intakte Hautbarriere wiederherzustellen. Basistherapie reicht jedoch bei Psoriasis als alleinige Behandlung in der Regel nicht aus. Die Basistherapie kann mit allen Therapieformen der Psoriasis kombiniert werden.

Psychosomatische Behandlung und Schulung

Psoriasis geht oft mit einem erheblichen Leidensdruck und psychischen Belastungen einher. Umgekehrt geben viele Patientinnen und Patienten mit Psoriasis an, dass ihre Psoriasis unter Stress und psychischen Belastungen schlimmer wird oder sogar neue Herde auftreten. In diesen Fällen ist es sinnvoll, nicht nur den Zustand der Haut, sondern auch psychosomatische Wechselwirkungen als Teil der Diagnostik abzuklären. Bei manchen Patientinnen und Patienten mit Psoriasis kann neben der Behandlung der psoriatischen Haut auch eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung insbesondere bei hohem psychischem Leidensdruck hilfreich sein.

Als sehr hilfreich haben sich auch Schulungen für Patientinnen und Patienten erwiesen. Bei solchen Schulungen werden Informationen zur Psoriasis und praktische Hinweise zu Therapien, zur Pflege der Haut sowie Möglichkeiten zur Verringerung von Stress vermittelt.

Der bessere Umgang mit der eigenen Psoriasis ist ein wichtiges Ziel dieser Schulungen. Spezielle Schulungen werden während einer stationären Rehabilitation routinemäßig durchgeführt, im ambulanten Bereich aber nur in einzelnen Zentren angeboten. Die Kosten für ambulante Schulungen werden nicht grundsätzlich von gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Spezielle Lokalisationen der Psoriasis vulgaris

Bei Psoriasis vulgaris können Stellen mit speziellem Krankheitswert betroffen sein, auf die in der Leitlinie nicht gesondert eingegangen wird. Dies sind vor allem die Kopfhaut, die Nägel, das Gesicht, aber auch der Anal- und Genitalbereich. Sie sind deswegen von besonderer Bedeutung, weil sie oft mit einem besonderen Leidensdruck einhergehen, obwohl ihre Fläche nicht sehr groß ist und sie mit dem PASI-Flächen-Score nicht ausreichend erfasst werden. Deswegen muss ihr Schweregrad gesondert erhoben werden. Auch ist ein starker Befall dieser Zonen allein schon ein Kriterium für die innerliche Therapie (Systemtherapie), da die äußerliche (topische) Therapie häufig nicht ausreichend wirkt oder manchmal eine Gegenanzeige auf bestimmte topische Medikamente in einer Körperregion besteht. Auf die Systemtherapie sprechen die Psoriasis-Läsionen an diesen Arealen jedoch durchaus gut an.

Psoriasis der Kopfhaut (Psoriasis capitis)

Bei mehr als 70 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Psoriasis sind, zumindest zwischenzeitlich, auch Herde auf dem behaarten Kopf vorhanden. Sie können lokal begrenzt oder großflächig auftreten und überschreiten typischerweise den Haaransatz. Die Herde sind stark schuppend und entzündlich gerötet. Die Psoriasis der Kopfhaut kann gelegentlich mit Haarausfall einhergehen, der sich in der Regel nach erfolgreicher Behandlung wieder zurückbildet. Juckreiz ist fast immer vorhanden.

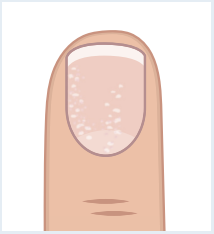
Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung einer Kopfhaut ohne Schuppung, Rötungen und Juckreiz. Dies erfolgt am wirksamsten durch Lösungen mit Kortikoiden (manche enthalten Alkohol, der brennen kann) oder Schäumen. Gerade bei Juckreiz sind Kortikoide besonders effektiv. Auf der Kopfhaut werden sie auch bei längerer Anwendung gut vertragen und erzeugen keine relevanten Nebenwirkungen. Für die längerfristige Anwendung eignen sich ergänzende Präparate mit Vitamin-D3-Abkömmlingen, auch in fixer Kombination mit einem Kortikoid. Bei Neigung zu erneuten Schüben hat sich eine proaktive Behandlung bewährt, bei der das Kortikoid nur ein- bis zweimal wöchentlich eingesetzt wird.

Patientinnen und Patienten berichten von guten Erfahrungen mit UV-Lichtkämmen. Vor deren Verwendung müssen allerdings die Schuppen beseitigt sein. Auch ist diese Behandlung sehr aufwändig.

Als Basis dafür dient die Anwendung von Shampoos mit schuppenlösender Wirkung, die auch in Drogerien erhältlich sind. Inhaltsstoffe können beispielsweise sein: Zink-Pyrithion oder Ciclopirox. Bei sehr starken, festsitzenden Schuppen kann eine Vorbehandlung mit auswaschbaren, emulgierenden Cremes oder Lösungen mit Salizylsäure oder spreitenden Ölen erfolgen. Wichtiger ist aber die Wirkstoff-Therapie, da mit der abschuppenden Behandlung allein die Neubildung von Schuppungen nicht vermindert wird.

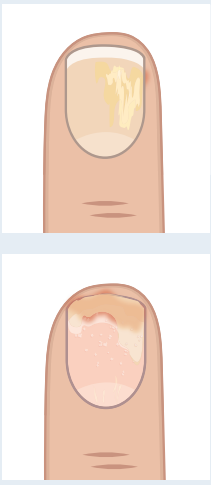
Psoriasis der Nägel

Bei bis zu 69 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Psoriasis sind die Finger- und/oder Fußnägel mehr oder weniger auffällig verändert. Noch häufiger ist eine Erkrankung der Nägel bei gleichzeitiger Psoriasis-Arthritis. Etwa 80 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Psoriasis-Arthritis haben auch Veränderungen an den Nägeln. In der Regel sind mehrere Nägel an Händen und Füßen beidseitig gleichzeitig erkrankt. Es gibt unterschiedliche Veränderungen an den Nägeln. In abnehmender Häufigkeit werden die Wichtigsten beschrieben.



Tüpfelnägel

Tüpfelnägel sind sehr häufig. Tüpfel sind kleine bis Stecknadelkopf große Grübchen (Einsenkungen) in der Nagelplatte.
Anzahl, Größe und Tiefe der Tüpfel können variieren. Tüpfel sind meist zufällig verteilt, können jedoch auch entlang längsverlaufender Linien angeordnet sein. Fingernägel sind stets häufiger erkrankt als Fußnägel.



Psoriatische Ölflecken, Ablösen der Nagelplatte
(distale Onycholyse)

Das Nagelbett und die Haut unter dem vorderen Nagelteil sind beteiligt.
Es sind gelb-gräulich, ovale Verfärbugen zu sehen. Sie stammen von der Entzündung mit Schuppenbildung unter der Nagelplatte im Nagelbett.
Bei ausgeprägten Veränderungen kann sich die Nagelplatte vom Nagelbett ablösen.

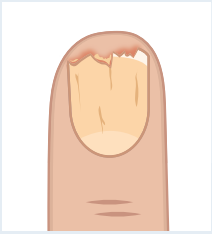
Die wichtigsten Veränderungen an den Nägeln

Behandlung der Nägel

Bei der Behandlung der Psoriasis der Nägel zeigen sich Erfolge der Therapie erst mit großer, zeitlicher Verzögerung, da die Nägel nur sehr langsam nachwachsen. Ein Fingernagel braucht etwa sechs Monate, ein Fußnagel bis zu zwölf Monate zur vollständigen Erneuerung. Tüpfelnägel und Ölflecken werden manchmal nicht behandelt, sie können bei Bedarf gegebenenfalls mit Nagellack überdeckt werden. Für leichtere Formen der Psoriasis der Nägel mit Ablösung der Nagelplatte oder bei Veränderungen der Nagelsubstanz werden Kortikoide in Lösungen oder ein Vitamin-D3-Abkömmling in Kombination mit einem Kortikoid in Salbe, Gel, Lösung oder Schaum aufgebracht.

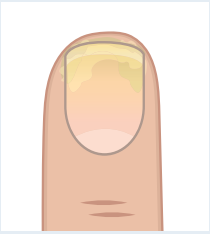
Die Behandlung dauert mehrere Monate. In Einzelfällen können Injektionen mit Kortikoid-Kristall-Lösungen erfolgreich sein. Diese werden gern nadelfrei mit einem „Dermojet“ eingespritzt, was weniger schmerzhaft ist.

In schwereren Fällen oder bei Versagen der äußerlichen Maßnahmen wird die Nagelpsoriasis mit innerlichen Medikamenten behandelt. Geeignet sind prinzipiell (fast) alle für die Psoriasis zugelassenen Medikamente. Die Aussicht auf ein Ansprechen ist aber bei den stärker wirkenden Systemtherapeutika höher. Für die Behandlung der Psoriasis der Nägel sind Biologika daher besonders gut geeignet.



Starke Schuppung unter dem Nagel
(subunguale Hyperkeratose)

Unter dem Nagel kann es zu sehr starken Schuppungen kommen.
Ist auch der Bereich erkrankt, wo der Nagel aus dem Nagelbett herauswächst, kann sich dort die Nagelplatte abheben.



Krümelnägel
(Onychodystrophie)

Bei einem Krümelnagel ist die Nagelplatte vollständig zerstört. Der Nagel selbst ist krümelig und aufgetrieben.

Besondere Formen der Psoriasis

Psoriasis kann neben der Plaque-Psoriasis (Psoriasis vulgaris) auch in anderen Erscheinungsformen auftreten und dabei unterschiedliche Verläufe haben. Es gibt besondere Merkmale, an denen unterschiedliche, klinische Formen erkannt werden. Die genaue Bestimmung der Psoriasis ist für die Auswahl einer geeigneten Therapie wichtig. Diese besonderen Formen sind nicht Bestandteil der S3-Leitlinie, sollen hier aber trotzdem Erwähnung finden.

Psoriasis in den Körperfalten (intertriginöse Psoriasis)

Auch die Haut in Körperfalten kann eine Psoriasis entwickeln. Am häufigsten betroffen sind Achselhöhlen, Falten in der Leistengegend (Inguinalfalten), die Haut unter der weiblichen Brust, am Nabel und in der Analfalte (Pofalte). Bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten kann sich auch in Bauchfalten eine Psoriasis entwickeln. Bei Körperfalten liegt Haut auf Haut. Die Haut ist dort immer feucht. Dadurch können sich die Schuppen leicht ablösen. Meist ist nur noch ein hochroter, glänzender Herd erkennbar.

Fehlen die charakteristischen Schuppen, ist die Diagnose manchmal schwer. Es kann zu Verwechselungen mit Pilzinfektionen und Ekzemen kommen. Zur Behandlung werden kurzfristig Kortikoide in einer Grundlage als Milch/Lotion, in Creme oder Paste eingesetzt. Anschließend sollten die Falten durch Pflege trocken gehalten werden, um dort einem erneuten Auftreten der Psoriasis vorzubeugen. Ein Versuch mit Vitamin-D-artigen Präparaten (Emulsion, Creme, Schaum) ist möglich, wobei sie weniger stark wirken und zu Reizungen führen können.

Tropfenförmige Psoriasis (Psoriasis guttata)

Bei der tropfenförmigen Psoriasis sind die Herde bis zu Linsen groß, rot und nur leicht schuppend. Meistens entwickeln sich die Herde sehr schnell und auf der gesamten Haut. Stärker als bei allen anderen Formen der Psoriasis ist die Psoriasis guttata an Auslöser (Trigger) geknüpft.

Sehr oft gehen eine Entzündung der Mandeln oder Scharlach (Streptokokkeninfektion) voraus. Deshalb sind vielfach Kinder und Jugendliche an Psoriasis guttata erkrankt. Bei häufiger Entzündung der Mandeln (Tonsillitis) kann ein Entfernen der Mandeln bei Kindern eine Verbesserung der Psoriasis erreichen. Auslöser können auch Medikamente sein.

Folgende Wirkstoffe sind sicher als Auslöser identifiziert: Lithium, Beta-Blocker, ACE-Hemmer, Chloroquin/Hydroxychloroquin.

Eine Psoriasis guttata kann in eine Plaque-Psoriasis übergehen, aber auch vollständig abheilen. Zur Anwendung kommen äußerlich anzuwendende Kortikoide, bei Erwachsenen häufig in Kombination mit einer UVB-Lichttherapie und gegebenenfalls zusätzlich die Behandlung der auslösenden Erkrankung. Bei Kindern ist die Lichttherapie mit Zurückhaltung einzusetzen.

Psoriatische Erythrodermie

Bei der psoriatischen Erythrodermie ist die gesamte Haut erkrankt. Die Haut ist komplett entzündlich gerötet und zeigt meistens eine eher feine, lockere Schuppung. Die Erythrodermie ist die schwerste Form der Plaque-Psoriasis und die seltenste. Oft besteht heftiger Juckreiz.

Die Patientinnen und Patienten fühlen sich sehr krank, haben Fieber, sind abgeschlagen, klagen über Gewichtsverlust und schmerzende Gelenke. Die Lymphknoten sind geschwollen. Eine psoriatische Erythrodermie wird in der Regel stationär in einer Hautklinik behandelt. Es werden immer innerliche Medikamente zusammen mit einer äußerlichen Therapie eingesetzt.

Pustelförmige Psoriasis
(Psoriasis pustulosa)

Bei dieser Form zeigen sich auf der Haut Stellen (Areale) mit Pusteln. Die Pusteln enthalten vor allem weiße Blutkörperchen (neutrophile Granulozyten). Während Pusteln oft durch eine Infektion mit Bakterien entstehen, ist der Inhalt psoriatischer Pusteln steril. Sie enthalten keine Bakterien. Die Pusteln sind ungefähr drei Millimeter groß und gelblich. Sie platzen nach einiger Zeit auf, trocknen ein und hinterlassen dabei eine gelbliche Kruste. Manchmal treten diese Pusteln im Bereich von Herden einer Plaque-Psoriasis auf. Die Pusteln entstehen sehr plötzlich und besonders im Randbereich der Herde. Häufig „wachsen" die Pusteln zu einer „Pusteldecke" zusammen.

Pustulöse Formen der Psoriasis sind eng an Auslöser gebunden. Häufig geht eine Entzündung der Mandeln (Streptokokkeninfektion) voraus. Auch die Einnahme von Medikamenten mit Wirkstoffen wie Lithium, Beta-Blockern, ACE-Hemmern, Chloroquin/Hydroxychloroquin gelten als typische Auslöser. Die pustulöse Psoriasis wird fast immer innerlich behandelt. Die wichtigsten Wirkstoffe sind Retinoide, Methotrexat (MTX) oder Ciclosporin.

Auch eine PUVA-Lichttherapie kann sinnvoll sein. Biologika und deren Biosimilars aus der Gruppe der Tumor-Nekrose-Faktor-Antagonisten (Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Infliximab) sowie die Interleukin 17-Hemmer können ebenfalls eingesetzt werden.

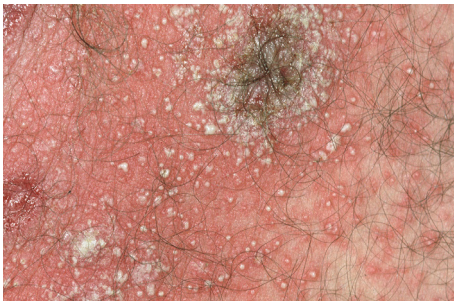
Pusteln an Händen und Füßen
(Pustulosis palmoplantaris (PPP))

Diese Form wird heute nicht mehr der Psoriasis zugerechnet, sie wird als eigenständiges Krankheitsbild betrachtet. PPP beschränkt sich ausschließlich auf Handflächen und/oder Fußsohlen. Auf geröteter Haut sind Hautpusteln, die bei sehr schwerer Erkrankung zu kleinen Eiterseen zusammenfließen können. Frische gelbliche Pusteln und ältere braune Pusteln mit eingetrocknetem Inhalt und häufig kleinen ringförmigen Schuppenkrausen sind nebeneinander zu finden. Bei großer Fläche und vielen frischen gelben Pusteln ist die Erkrankung schmerzhaft und schränkt das Gehen oder das Greifen deutlich ein.

Die Rückfallquote der Erkrankung ist sehr hoch. Wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass besonders Rauchen den Verlauf verschlechtern und die Rückfallquote erhöhen kann. Kleine einzelne Herde lassen sich gut mit äußerlich aufgebrachten, stark wirksamen Kortikoiden behandeln. Bei mittelstarker Erkrankung wird die äußerliche Gabe von Kortikoiden durch Bade- oder Creme-PUVA-Lichttherapie ergänzt. In schweren Fällen werden innerliche Medikamente gegeben.

Generalisierte pustulöse Psoriasis (GPP)

Eine eigenständige Form der pustelbildenden Erkrankungen ist die über den ganzen Körper verteilte pustulöse Psoriasis (generalisierte pustulöse Psoriasis oder Psoriasis pustulosa generalisata). Diese Form gehört, wie die psoriatische Erythrodermie, zu den schwersten psoriatischen Erkrankungen. Es zeigen sich sehr schnell, innerhalb von Stunden, viele Pusteln auf entzündlich geröteter Haut. Die Pusteln sind großflächig über den ganzen Körper verteilt (generalisiert). Viele Patientinnen und Patienten mit generalisierter pustulöser Psoriasis hatten vorher keine Plaque-Psoriasis als Grunderkrankung. Erkrankte sind im Allgemeinbefinden in der Regel stark beeinträchtigt, haben Fieber und fühlen sich abgeschlagen. Die Behandlung muss stationär in einer Hautklinik erfolgen. Oft sind auch internistische Maßnahmen erforderlich. Die Therapie ist eine Kombination von innerlichen und äußerlichen Medikamenten. Die äußerliche Behandlung ist dabei nur unterstützend, denn in der Regel muss GPP mit innerlichen Medikamenten versorgt werden.



Bei den pustelbildenden Formen der Psoriasis sollte äußerlich Dithranol nicht verwendet werden und muss auch bei den anderen Wirkstoffen (Kortikoide, Vitamin-D3-Analoga) auf die maximal behandelbare Körperoberfläche geachtet werden.

Als erstes für die GPP entwickeltes Medikament steht in schweren Fällen Spesolimab zur Verfügung. Da es noch nicht im Handel ist, wird es derzeit nur über spezialisierte Hautkliniken abgegeben.

Psoriasis bei Kindern

An Psoriasis erkranken ungefähr 50 Prozent aller Patientinnen und Patienten bereits vor Vollendung des 18. Lebensjahres. Für diese Altersgruppe wurde eine S2-Leitlinie publiziert (Eisele 2021).

Die kindliche Psoriasis (juvenile Psoriasis) hat eine Reihe von Besonderheiten, sowohl im Erscheinungsbild als auch in der Therapie. Etwa 0,7 bis 1,0 Prozent aller Kinder und Jugendlichen entwickelt eine Psoriasis. Sie ist häufig mit bakteriellen (Pharyngitis/Halsentzündung) oder auch viralen Infektionen der oberen Luftwege verknüpft. Spontane Abheilungen sind etwas häufiger als bei Erwachsenen und kommen bei ungefähr 35 Prozent der Kinder vor.

Häufig fängt die kindliche Psoriasis sehr plötzlich an und zeigt sich anfänglich oft auch im Gesicht (ungefähr bei 40 Prozent der Kinder). Die Herde an Armen, Beinen, Brust und Rücken sind zwar deutlich gerötet, schuppen aber zumeist nur leicht. Bei Säuglingen und kleinen Kindern darf Salizylsäure nicht angewandt werden. Es ist bei Säuglingen durch Salizylsäure zu Todesfällen gekommen.

Die Basistherapie mit Pflegeprodukten sowie die äußerliche Behandlung mit Kortikoiden stehen im Vordergrund. Ab dem sechsten Lebensjahr darf Calcipotriol in Salbengrundlage angewandt werden. Weiterhin steht Dithranol (Cignolin, Anthralin) in Salben zur Verfügung, erfordert aber intensive Mitbetreuung durch die Ärztin/den Arzt. Die UV-Lichttherapie wird bei Kindern zurückhaltend eingesetzt, die innerliche Behandlung in schweren Fällen ist dagegen angezeigt. Dafür sind derzeit fünf Biologika bei Kindern zugelassen (siehe Tabelle 1, Seite 19).

Psoriasis-Arthritis

Der Begriff bezeichnet eine entzündliche Erkrankung der Gelenke, die bei etwa 20 Prozent der Patienten mit einer Psoriasis der Haut zusätzlich auftritt. Bei den meisten Patientinnen und Patienten (über 80 Prozent) besteht zunächst über viele Jahre nur eine Psoriasis der Haut, bevor eine Psoriasis-Arthritis hinzukommt. Obwohl ein bestimmtes Muster der Erkrankung auf eine Psoriasis-Arthritis schließen lässt, ergibt sich die Diagnose in vielen Fällen erst beim gleichzeitigen Vorliegen typischer Haut- und Nagelveränderungen und dem Fehlen des sogenannten Rheuma-Faktors. Dieser Faktor kann typischerweise bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis im Blut nachgewiesen werden.

Bei den wenigen Erkrankten, bei denen sich eine Psoriasis-Arthritis vor einer (ungefähr 10 Prozent) Psoriasis der Haut oder sogar ohne Hautsymptome (unter 10 Prozent) entwickelt, kann die Diagnose sehr schwierig sein.

Psoriasis-Arthritis ist bei Patientinnen und Patienten mit einer Beteiligung der Nägel doppelt so häufig wie bei Betroffenen ohne Erkrankung von Nägeln. Die sehr genaue Untersuchung der gesamten Haut einschließlich des Bauchnabels, der Analfalte und des behaarten Kopfes ist wichtig, um bisher nicht entdeckte einzelne, manchmal sehr kleine Psoriasis-Herde zu identifizieren.

Eine Besonderheit der Psoriasis-Arthritis gegenüber anderen rheumatischen Erkrankungen ist ihre klinische Vielgestaltigkeit. Pso-

riasis-Arthritis kann sich als Entzündung der Gelenkhaut (Synovitis), der Knochen (Osteitis und Osteomyelitis) und der Knochenhaut (Periostitis) sowie des gelenknahen Ansatzes von Gelenkkapseln, Sehnen oder Bändern (Enthesitis) äußern. Verschiedene Muster der Erkrankung lassen sich unterscheiden. Dazu gehört eine Entzündung der kleinen Gelenke der Finger und/oder Zehen. Eine Beteiligung aller Gelenke eines Fingers (Erkrankung im Strahl) oder die Entzündung nur der Endgelenke in den Fingerspitzen (DIP-Arthritis) sind typisch.

Häufig verändert sich eine entzündliche Schwellung der Fingersehnen (Dakylitis) zu einem verdickten Finger oder einer verdickten Zehe. Bei ausgeprägter Psoriasis-Arthritis sind viele kleine Gelenke erkrankt. Daneben können einzelne große Gelenke, zum Beispiel die Kniegelenke, erkranken (Oligoarthritis).

Zu einer knöchernen Zerstörung der Gelenke (Arthritis mutilans) kommt es bei ungefähr fünf Prozent der Betroffenen. Etwa 40 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Psoriasis-Arthritis haben Rückenschmerzen oder Schmerzen in den Steißbeinfugen als Folge einer Beteiligung der Wirbelsäule.

Psoriasis-Arthritis kann sich durch morgendliche Steifigkeit verbunden mit einem Anlaufschmerz bemerkbar machen, der sich bei zunehmender Bewegung bessert.

Bei Erkrankung des Achsenskeletts und des Kreuz-Darmbeingelenks (Iliosakralgelenk) können neben nächtlichen Schmerzen im Rücken vor allem auch Schmerzen im Gesäß und eine Einschränkung der Bewegungen des Kopfes auftreten. Die Entzündung der Sehnen (Enthesitis) kann sich als spontaner Schmerz oder Druckschmerz äußern. Schwellungen nahe am Gelenk und Schmerzen schränken die Beweglichkeit ein. Nicht selten verlaufen Entzündungen der Sehnen ohne deutliche Beschwerden und bleiben von den Betroffenen unbemerkt.

Bei einer Psoriasis-Arthritis sind der Ansatz der Achillessehne an der Ferse sowie die am Fersenbein ansetzende Sehnenplatte der Fußsohle häufiger erkrankt. Auch im Bereich der Wirbelsäule und an den Gelenken im Bereich der oberen Rippen, dem Brustbein und dem Schlüsselbein können Entzündungen der Sehnen recht häufig vorkommen.

Bei der Auswahl einer geeigneten Therapie sind Ausmaß, Verlauf, Beeinträchtigung, Ansprechen sowie die Verträglichkeit früherer Therapien zu berücksichtigen. Bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankung der Haut und der Gelenke sollte die Therapie auf die Entzündung in der Haut und in den Gelenken wirken.

Bei leichter Erkrankung an Psoriasis-Arthritis ohne Hautbeteiligung können Azulfidine oder nicht-steriodale Anti-Rheumatika (NSAR) helfen. Auch Leflunomid kann alleine oder in Kombination mit MTX bei vorwiegend Gelenkbeteiligung eingesetzt werden. Dazu be-

gleitend können bei Kontrolle der Entzündungen und der Schmerzen physiotherapeutische Maßnahmen und orthopädische Hilfsmittel sinnvoll sein. Bei Erkrankung einzelner größerer Gelenke sollten Injektionen mit Kortison erwogen werden.

Keine der vorgenannten Therapien eignet sich aber zur Behandlung der Haut-Symptome von Psoriasis.

Als antirheumatische Basistherapie mit günstiger Wirkung auch auf die Haut wird seit vielen Jahren Methotrexat (MTX) eingesetzt. Auf stärkere Hauterscheinungen wirkt MTX allerdings oft nur mäßig und zeitlich verzögert. Qualitativ hochwertige Studien, die eine gute Wirksamkeit des MTX bei Psoriasis-Arthritis belegen, liegen nicht vor.

Deutlich wirksamer als alle bisher eingesetzten Therapien sind die für die Behandlung der Psoriasis-Arthritis zugelassenen Biologika und Biosimilars, die verordnet werden, wenn andere Maßnahmen keine ausreichende Wirksamkeit zeigen, keine Aussicht auf hinreichende Wirkung haben oder nicht gegeben werden können. Biologika und Biosimilars aus der Gruppe der TNF-α-Hemmer und der Interleukin-17-, sowie Interleukin-23-Hemmer zeigen gute Wirksamkeit gegen mehrere Formen der Psoriasis-Arthritis, auch bei Entzündungen an den Sehnen und Fingergelenken (Enthesitis/Daktylitis). Auch wirken sie sehr gut gegen die Hautentzündungen.

Vorteil dieser Präparate ist auch die Verhinderung eines Voranschreitens der Psoriasis-Arthritis. Es kann sogar zu einer leichten Verbesserung bestehender Zerstörungen an Knochen kommen.

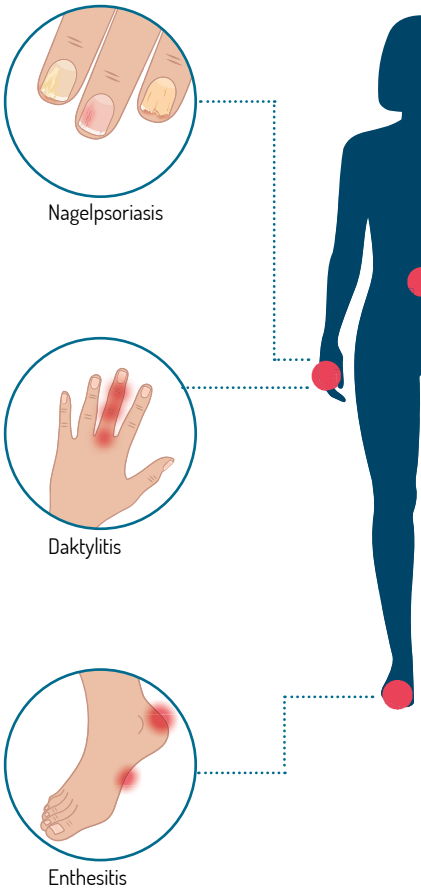
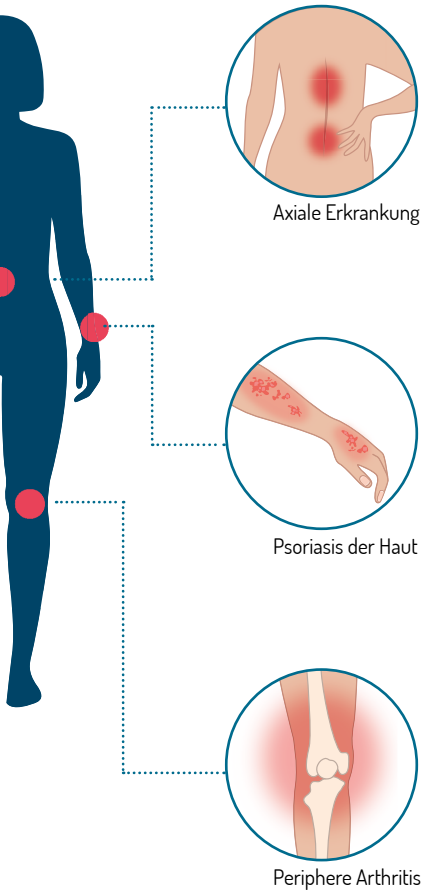


Abb. 5: Die verschiedenen Domänen der Psoriasis-Arthritis



Paradoxe Psoriasis

Durch ein immer besseres Verständnis der zugrundeliegenden Entzündung bei der Psoriasis ist mittlerweile gut bekannt, dass die Psoriasis mit chronischen Darmerkrankungen (CED) und Rheuma eine gewisse Ähnlichkeit bei den beteiligten Entzündungsvermittlern besitzt.

Aus diesem Grunde werden Patientinnen und Patienten mit Rheuma oder CED teils mit den gleichen Biologika oder Biosimilars behandelt wie solche mit einer Psoriasis. Bei wenigen dieser behandelten Personen mit Rheuma oder CED tritt in diesem Rahmen eine sogenannte paradoxe Psoriasis auf. Diese wird deshalb paradox genannt, weil das Biologikum eigentlich ebenfalls eine Psoriasis bessern kann.

Im Einzelfall kann das wegen der Behandlung von Rheuma eingesetzte Medikament allerdings auch eine Psoriasis auslösen. Häufig sind bei dieser Form verstärkt der Kopf sowie die Hände und Füße an Psoriasis erkrankt. Diese Körperareale sind in den meisten Fällen gut behandelbar. Muss die zugrundeliegende Therapie umgestellt werden, heilt die Psoriasis meist auch wieder von allein ab.

Behandlung bei weiteren Erkrankungen

Komorbidität

In die Entscheidungsfindung der Psoriasis-Therapie gehen nicht nur die subjektiven Beschwerden und die Symptome an der Haut ein, sondern es sind auch Vor- und Begleiterkrankungen, Begleitmedikation sowie weitere Risikofaktoren zu beachten. Eine besondere Bedeutung hat das Vorliegen von Begleiterkrankungen, von denen einige bei Psoriasis deutlich häufiger vorkommen. Hierzu zählen vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall), Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Depression und Angsterkrankungen sowie eine Vielzahl weiterer chronischer Entzündungskrankheiten (rheumatische Erkrankungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen). Von Bedeutung ist zum Beispiel die Mit-Entzündung der Gefäßwände, die zu Arterienerkrankungen führen kann, sowie die Entzündung im Fettgewebe, das selbst Entzündungsbotenstoffe produzieren und damit andere Entzündungskrankheiten verstärken kann.

Grundsätzlich wird die Entzündung der Psoriasis heute somit nicht als reine Hautentzündung aufgefasst, sondern als Entzündung auch anderer Gewebe, so dass man von „Systementzündung“ spricht. Die Neigung zur Systementzündung ist genetisch mitbedingt, wird aber durch Lebensstilfaktoren wie Überernährung, Rauchen und Bewegungsmangel verstärkt. Starker Hautbefall geht demnach mit einem höheren Risiko für schwere andere entzündliche Erkrankungen einher. Durch die Komorbidität führt eine unbehandelte Psoriasis zu einer um mehrere Jahre verringerten Lebenserwartung. Umgekehrt kann die moderne Systemtherapie diese Sterblichkeit nach den neuesten Daten verringern.

Die Komorbidität ist aus mehreren Gründen wichtig: Zum einen können die Erkrankungen Risikofaktoren für die Therapie der Psoriasis darstellen und sich im Therapieverlauf verschlechtern. Beispielsweise sollten MTX und Fumarsäureester nicht bei schweren Leber- beziehungsweise Nierenerkrankungen eingesetzt werden und TNF-α-Hemmer nicht bei vorausgehenden bösartigen Tumoren. Zum zweiten sollte es Ziel sein, die Komorbidität mitzubehandeln. Dabei kann es notwendig sein, mit anderen Fachrichtungen eine gezielte Therapie zu planen. Manchmal kann aber auch mit der Therapie der Psoriasis die Komorbidität mitbehandelt werden, beispielsweise bei einer Autoimmunerkrankung des Darmes oder bei Arthritis.

Wichtige Maßnahme in der Versorgung der Psoriasis ist daher die Früherkennung der Komorbidität. Deshalb haben die deutschen Dermatologinnen und Dermatologen mit vielen anderen Fachrichtungen ein Empfehlungspapier zur Früherkennung von Komorbidität herausgegeben, das verbindlicher Standard sein sollte. Damit dies besser erreicht werden

kann, haben die Vertreterinnen und Vertreter der regionalen Psoriasis-Netze (PsoNet) auch in ihren Nationalen Versorgungszielen die Früherkennung von Psoriasis-Arthritis und von Psoriasis-Komorbidität als wichtige Ziele erklärt.

Psoriasis-Therapie und COVID-19

Für Personen mit Psoriasis besteht nach aktueller Datenlage aufgrund der Hautentzündung kein größeres Risiko für eine erhöhte Ansteckungswahrscheinlichkeit mit SARS-CoV-2. Auch ist kein schwererer Verlauf einer COVID-19-Erkrankung zu erwarten. Eine erhöhte Risikolage kann sich bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren wie Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Rauchen ergeben, die bei Psoriasis häufiger vorkommen. Diese Risikofaktoren werden deswegen stets auch im Rahmen der Therapie erfasst (siehe auch Kapitel Komorbidität).

Die Behandlung der Psoriasis mit den zugelassenen Systemtherapeutika stellt ebenfalls keinen Risikofaktor für mehr Ansteckungen oder einen schwereren Verlauf durch SARS-CoV-2 dar. Im Gegenteil: Studien zeigen sogar, dass im Falle einer Ansteckung der Verlauf unter bestimmten Systemtherapeutika (zum Beispiel Interleukin-Blockern) milder sein kann. Dementsprechend wurde seit Beginn der Corona-Pandemie dazu geraten, die Systemtherapie grundsätzlich beizubehalten, was auch über 90 Prozent der Patientinnen und Patienten in Deutschland getan haben.

Im Falle einer Ansteckung wird dazu geraten, individuell zu entscheiden, ob es eine Therapieanpassung für die Psoriasis geben soll oder nicht. Bei einem schweren Verlauf der COVID-19-Erkrankung mit starker Allgemeinsymptomatik sollte die Psoriasis-Therapie unterbrochen und die nächste Arzneimittelgabe bis zur Symptombesserung verschoben werden.

Patientinnen und Patienten mit Psoriasis ist grundsätzlich zu einer Impfung gemäß den Impfempfehlungen der ständigen Kommission (STIKO) zu raten. Hierzu zählt auch die COVID-19-Impfung. Die derzeit verfügbaren Impfstoffe gegen COVID-19 sind keine Lebendimpfstoffe und daher bei allen Systemtherapien der chronischen Hautkrankheiten grundsätzlich einsetzbar. Auch unter einer Systemtherapie ist eine vergleichbare Sicherheit der Impfung wie bei Nichterkrankten zu erwarten. Systematische Daten hierzu kommen erst in den nächsten Monaten.

Für einen bestmöglichen Impferfolg sollte bei Biologika-Therapie ein größtmöglicher Abstand zwischen zwei Injektionen angestrebt werden. Bei Nicht-Biologika (zum Beispiel Methotrexat, Fumarsäureester) ist das Vorgehen im Einzelnen zu besprechen, aber auch diese Wirkstoffe müssen bei hohem Entzündungsdruck nicht abgesetzt werden. Wenn dies

individuell für notwendig gehalten wird, dann reicht in der Regel eine Pause von ein bis zwei Wochen vor und nach der Impfung.

Wenn Patientinnen und Patienten bei vorherigen Impfungen eine starke allergische (anaphylaktische) Reaktion gezeigt haben oder eine bekannte Unverträglichkeit von Impfstoffbestandteilen vorherrscht, dann sollten sie dies vor der Impfung unbedingt der Impfärztin/dem Impfarzt mitteilen.

Bei Verdacht auf eine aktuelle Coronainfektion oder nach kürzlich durchgemachter Coronainfektion wird derzeit keine Impfung empfohlen. Ein Test vor Impfung zum Ausschluss einer symptomlosen Coronainfektion ist nicht erforderlich.

Wer an einer akuten Krankheit mit Fieber über 38,5 Grad Celsius leidet, sollte erst nach Genesung geimpft werden. Eine Erkältung oder gering erhöhte Temperatur (unter 38,5 Grad Celsius) ist jedoch kein Grund, die Impfung zu verschieben. Da noch keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen, ist die Impfung in der Schwangerschaft und Stillzeit derzeit nicht empfohlen.

Neben der Covid-19-Impfung sind im Einklang mit der STIKO bei allen Patientinnen und Patienten unter Systemtherapien weiterhin Impfungen gegen saisonale Grippe, gegen Pneumokokken und im Alter ab sechzig Jahren (bei Risikopatientinnen und -patienten ab fünfzig Jahren) gegen Herpes Zoster zu erwägen.

Und weiterhin gilt der Rat an alle Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen: Bleiben Sie vorsichtig, beachten Sie die geltenden Verhaltensregeln und die Hygienevorschriften.

Alles zu den Themen Erscheinungsformen, Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten der Psoriasis wird im DPB-Handbuch „Psoriasis + Psoriasis-Arthritis“ beschrieben.

Das geballte Wissen des DPB in einer App: PSO Kiosk

Das PSO Magazin und alle weiteren DPB-Publikationen stehen zusätzlich zu den gedruckten Versionen auch digital zur Verfügung – ganz komfortabel als Smartphone-/Tablet-App und für den Internet-Browser. Über eine integrierte Stichwortsuche lassen sich bequem einzelne Texte wiederfinden und aufrufen.

PSO Kiosk im Internet-Browser: kiosk.psoriasis-bund.de

PSO Kiosk im Google Play Store

PSO Kiosk im Apple App Store

Deutscher Psoriasis Bund e.V.
Selbsthilfe seit 1973

Deutscher Psoriasis Bund e.V. (DPB)

Seewartenstraße 10
20459 Hamburg

Telefon 040 223399 - 0
info@psoriasis-bund.de

www.psoriasis-bund.de

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Vielen Dank! Die Erstellung und der Druck dieser Broschüre wurden freundlicherweise vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Für den Inhalt ist ausschließlich der DPB verantwortlich.