

Einsatz neuer ambulanter Therapieformen bei Psoriasis vulgaris

Eine häufig in der Arztpraxis anzutreffende Hauterkrankung ist die Schuppenflechte (Psoriasis vulgaris). Hierbei handelt es sich um eine entzündliche Erkrankung, bei der in den befallenen Arealen die Zellteilung stark beschleunigt ist. Der mehrfach gesteigerte Zellzyklus führt unter anderem zu Verhornungsstörungen der Zellen. Dies äußert sich klinisch in scharf begrenzten Herden mit entzündlicher Rötung und der typischen silberglänzenden Schuppung.

Ätiologisch spielen verschiedene Ursachen eine Rolle. Insbesondere ist von einer genetischen Disposition auszugehen, da die Psoriasis familiär gehäuft auftritt und bei eineiigen Zwillingen eine hohe Konkordanz besteht. Zu der Disposition kommen dann verschiedene endogene sowie exogene Faktoren, die einen Krankheitsausbruch auslösen können. Dies erklärt, warum die Erkrankung meist erst nach der Pubertät bis ins hohe Greisenalter auftritt.

Klinisch unterscheidet man vor allem die chronisch stationäre von der akut exanthematischen Form, bei der oft bakterielle Infekte, allergische Reaktionen sowie Impfungen als Auslöser eruierbar sind. Bei dieser Form kann daher eine zu reizende Therapie zu einer Verschlimmerung führen.



Abb. 1: 29-jähriger Patient vor Therapie



Abb. 2: Befund nach ambulanter Balneo-Photo-Therapie (20 Anwendungen)

Daneben existieren Sonderformen wie die Psoriasis arthropatica (ca. 7% der Fälle), bei der zusätzlich zu den hartnäckigen Hautveränderungen noch Gelenkdestruktionen bestehen. Bei einem generalisierten Befall spricht man von einer psoriatischen Erythrodermie. Die Therapie dieser schweren Verlaufsform erfolgt meist unter stationären Bedingungen. Das gleiche gilt für die schwere Psoriasis pustulosa, bei der die Patienten ausgeprägte Allgemeinsymptome zeigen und die stark entzündlichen Erytheme mit vielen Pusteln sich klinisch deutlich von der Psoriasis vulgaris abheben. Die in der Praxis dagegen am häufigsten vorkommende Form ist die chronisch stationäre Form. Hier sieht man die Hautveränderungen vor allem an den Prädilektionsstellen wie Ellenbogen, Knie, Lendenregion, behaarter Kopf, Ohren sowie in der Perianalregion. Grundsätzlich können jedoch sämtliche Areale betroffen sein.

Bei der Therapie sind, soweit möglich, die äußeren Behandlungsformen zu bevorzugen, da die Nebenwirkungen in aller Regel geringer sind als bei systemischen Therapien. Somit bleiben orale Therapien mit Cyclosporin (Sandimmun©) oder Methotrexat schwersten Formen vorbehalten, auch wenn hierbei gute Heilungserfolge gesehen werden.

Als eines der ältesten Lokalthérapeutika ist Dithranol (Cignolin) zu nennen, welches in Vaseline beziehungsweise Zinkpaste eingearbeitet in aufsteigenden Konzentrationen über eine entzündliche Reizung zu einer Abheilung führt. Dabei muß die jeweilige Dosissteigerung dem Hautzustand angepaßt werden. Hierdurch sowie durch die auftretende Verfärbung der Haut und der getragenen Wäsche läßt sich diese Therapie oft nur unter stationären Bedingungen optimal durchführen.

Desweiteren werden häufig Teerpräparate eingesetzt. Hier ist vor allem der Steinkohlenteer (Liquor carbonis detergens) zu nennen. Diese Produkte zeigen insbesondere am behaarten Kopf eine gute Wirksamkeit. Leider sind sie ebenfalls unangenehm riechend und wäscheverschmutzend. Zusätzlich haben in letzter Zeit aber Diskussionen über die Kanzerogenität der Teerpräparate zu einer deutlichen Verunsicherung der Patienten geführt.

Ein weiteres Standbein in der Lokalthherapie ist der Einsatz von Kortikosteroiden. Hierunter zeigen

sich oft kurzfristig frappierende Befundbesserungen, die aber nicht lange über das Therapieende anhalten. Daher ist diese Therapieform nur über einen kurzen Zeitraum indiziert.



Abb. 3: Ausgangsbefund bei weiterem Patient



Abb. 4: Zwischenbefund während ambulanter Balneo-Photo-Therapie

Ein relativ neuer Therapieansatz besteht dagegen in der Lokalanwendung von Calcipotriol. Es handelt sich hierbei um ein Vitamin-D3-Derivat, mit dem ebenfalls eine erfreuliche Suppression der psoriatischen Herde bei leichten bis mittelschweren Formen erreicht werden kann. Die bisher beobachteten Nebenwirkungen sind meist gering und beschränken sich allenfalls auf diskrete Veränderungen des Kalziumstoffwechsels. Auf Grund der noch kurzen Beobachtungszeit liegen noch keine abschließenden Studien über Behandlungen bei Kindern vor. Bei der Entwicklung weiterer Derivate steht Tacalcitol vor der Markteinführung, wobei gegenwärtig noch kein Wirkungsvergleich zu Calcipotriol möglich ist.

Die Chronizität der Psoriasis erfordert eine Behandlung, die oft lebenslang oder zumindest über viele Jahre durchgeführt werden muß. Deswegen wird durch Kombinationen einzelner Therapien versucht, ohne eine gleichzeitige Zunahme der Nebenwirkungen die Wirkungen zu potenzieren.

Lange bekannt ist zum Beispiel die Kombination von Teerbehandlungen mit UV-Bestrahlungen (Göckermann-Schema) beziehungsweise der zusätzliche Einsatz von Cignolin (Ingram-Schema). Insbesondere durch den Einsatz der Phototherapie als Bestandteil der Behandlungen erreicht man bessere Erfolge bei gleichbleibender Verträglichkeit. Dies wird seit langem auf natürliche Weise als

Klimatherapie im Hochgebirge sowie auf den Nordseeinseln durchgeführt.

Deutlich bessere Erfolge wurden jedoch bei Therapien am Toten Meer erzielt, wo neben den Bestrahlungen zusätzlich noch Bäder im Meerwasser erfolgen. Die Besonderheit bei diesem zwischen Israel und Jordanien gelegenen Binnenmeer kommt durch mehrere Faktoren zusammen. So gibt es keinen natürlichen Abfluß und die Wasseroberfläche liegt zirka 400 m unter dem Meeresspiegel. Da nur durch Verdunstung Wasser entweicht und hierbei sämtliche Mineralien zurückbleiben, liegt der Salzgehalt derzeit bei 30% und damit zirka 10fach höher als der anderer Meere. Desweiteren bedingt die Lage in einem Wüstengürtel mit zirka 12-15 Regentagen im Jahr eine intensive UV-Bestrahlung, wie sie nur an wenigen Punkten der Erde erreicht wird.

Dies erklärt die guten Behandlungserfolge an mittlerweile weit über 20.000 Patienten. Bei 80% dieser Gruppe konnte mit täglichen Anwendungen innerhalb von vier Wochen eine deutliche Abheilung der betroffenen Areale erreicht werden. Leider stehen den enormen Heilungsraten auch Einschränkungen gegenüber. Einerseits ist die körperlichen Belastung durch die große Hitze extrem und stellt insbesondere für Patienten mit Herz-Kreislaufbeschwerden eine gewisse Kontraindikation dar. Andererseits ist die Zahl der Aufenthalte am Toten Meer vor allem durch die Kosten begrenzt. Da ebenso die Behandlungsdauer limitiert ist, treten regelmäßig nach einem beschwerdefreien Intervall erneut Effloreszenzen auf. Es galt also die Vorteile des Toten Meeres in eine Therapie vor Ort umzusetzen, ohne die Nachteile berücksichtigen zu müssen. Hieraus entstand die ambulante Balneo-Photo-Therapie. Hierbei erhalten die Patienten ein Bad von 15-20 Minuten Dauer in einer Solelösung, wobei der Salzgehalt zwischen 15% und 30% liegt. Die aus dem Toten Meer gewonnene Sole zeigt sich auf Grund des hohen Anteils an Magnesium hierbei herkömmlichen Salzlösungen überlegen. Unmittelbar nach dem Bad erfolgt eine Phototherapie, wobei vor allem der UVB-Anteil den intensivsten Effekt zeigt.





Abb. 5+6: Unterschiedliche geschlossene Wannensysteme

Zu der Umsetzung werden verschiedene Therapiesysteme angeboten. So gibt es offene Systeme, bei denen der Patient im Vollbad mit einer Solelösung umspült wird. Im Anschluß an jedes Bad erfolgt die Aufbereitung der Sole, so daß die Lösung mehrfach verwendet werden kann. Dagegen badet der Patient in einem geschlossenen System (sog. Foliensystem) in einer Solelösung, die durch eine dichte Folie von der Wasserfüllung der Wanne getrennt ist. Das umgebende Wasser schmiegt die Folie so an den Patienten, daß zirka 4-5 Liter Salzlösung für ein Vollbad ausreichen. Hierdurch reduziert sich der Wasserverbrauch sowie die benötigte Salzmenge entscheidend, was wegen der Umweltbelastung zu befürworten ist.

Gleichzeitig bieten sich die Folienwannen auch zur Bade-PUVA-Therapie an. Bei dieser vor allem in skandinavischen Ländern verbreiteten Form der PUVA-Therapie badet der Patient in einer 8-Methoxypsoralenlösung (Meladinine©) für zirka 20 Minuten und wird anschließend mit UVA bestrahlt. Die bei der klassischen PUVA-Therapie oft beobachteten Nebenwirkungen wie Übelkeit, Kreislaufbeschwerden und Lichtempfindlichkeit sind praktisch nicht mehr vorhanden. Ebenso kann auf einen besonderen Lichtschutz der Augen nach Therapie verzichtet werden.

Nach zirka 30 Anwendungen in einer sogenannten Initialphase mit 3-5 Anwendungen pro Woche ist bei über 80% der Patienten eine deutliche Abheilung zu beobachten. Anders als bei Kurmaßnahmen erfolgt jetzt aber kein Abbruch der Therapie, sondern es beginnt die sogenannte Erhaltungsphase. Dabei ist in aller Regel eine wöchentliche Behandlung ausreichend, um einen befriedigenden Hautzustand auf einen längeren Zeitraum zu erhalten.

Durch diese ambulante Therapieform ist die soziale und vor allem berufliche Situation der Patienten nur gering eingeschränkt. Ebenso ist abgesehen von einer intensiven rückfettenden Hautpflege oft keine zusätzliche Therapie erforderlich. Durch die Summe dieser Faktoren läßt sich die auffallend gute Compliance der teilnehmenden Patienten erklären.

Derzeit wird diese Therapie im Rahmen eines Erprobungsmodells durch die Universitäts-Hautklinik Kiel betreut und ausgewertet. Die Behandlungsdaten, die von den teilnehmenden Hautkliniken sowie niedergelassenen Dermatologen mittlerweile gewonnen wurden, zeigen ebenfalls überzeugende

Heilungsraten.

Es ist davon auszugehen, daß bald bundesweit flächendeckend Balneo-Photo-Therapieplätze bestehen, um vielen betroffenen Patienten diese nebenwirkungsarme und zugleich effektive Therapie anbieten zu können.

(Literatur bei den Verfassern: Dr. med. D. Meyer-Rogge, Dr. med. C. Raulin)

Copyright (c) 1997-2002 PD Dr. med. Christian Raulin. Alle Rechte vorbehalten.

[Homepage](#)

Fragen, Anregungen und Kritik bitte an den [Webmaster](#).

Letzte Änderung: Freitag, 07. Juli 2000

[Seitenanfang](#)

[Webdesign und Pflege by ISD](#)