



Psoriasis-Management – Leidensdruck erkennen und mindern

Prof. Dr. med. Ulrich Mrowietz, Kiel

Prof. Dr. med. Petra Staubach-Renz, Mainz

Dr. med. Andreas Pinter, Frankfurt am Main

Zusammenfassung

Viele Patienten mit chronischen Hauterkrankungen wie der Psoriasis erleben Stigmatisierung. Betroffene fühlen sich diskriminiert und entwickeln mitunter soziale Ängste. In der Folge kann es zu einem Kreislauf aus Depressionen und Begleiterkrankungen wie Übergewicht kommen, die wiederum die Entzündung verstärken. Mittlerweile haben sich verschiedene Projekte zur Aufgabe gemacht, durch Aufklärung Stigmatisierung zu begegnen und damit Diskriminierung zu verhindern.

Eine optimale Psoriasis-Therapie muss neben der Krankheitsaktivität auch die Lebensqualität berücksichtigen. Häufig besteht bei Patienten ein Leidensdruck, der vom Arzt mitunter nicht erkannt wird. Eine frühzeitige und geeignete Behandlung der Psoriasis sollte nicht nur die Krankheitslast reduzieren, sondern das Ausmaß von Begleiterkrankungen mindern.

Zur Behandlung der leichten Psoriasis vulgaris empfiehlt die Leitlinie eine topische Therapie. Liegt jedoch eine Beteiligung der Kopfhaut, Nägel oder Genito-Anal-Region vor und ist die Lebensqualität der Patienten stark beeinträchtigt, so sollte ein „Upgrade“ auf eine Systemtherapie erwogen werden. Auch bei mittelschwer und schwer betroffenen Patienten sollte eine Systemtherapie eingeleitet werden.

LERNZIELE

Am Ende dieser Fortbildung kennen Sie ...

- ✓ typische Symptome und Sondermanifestationen der Psoriasis vulgaris,
- ✓ die Bedeutung von Stigmatisierung für Betroffene,
- ✓ die Beziehung von Entzündung, Übergewicht und Depression,
- ✓ den besonderen Stellenwert der individuellen Krankheitslast,
- ✓ Strategien zum Management von mittelschwer betroffenen Psoriasis-Patienten.

Teilnahmemöglichkeiten

Diese Fortbildung steht als animierter Audiovortrag (E-Tutorial) bzw. zum Download in Textform zur Verfügung.

Die Teilnahme ist kostenfrei.

Die abschließende Lernerfolgskontrolle kann nur online erfolgen. Bitte registrieren Sie sich dazu kostenlos auf:

www.cme-kurs.de

Zertifizierung

Diese Fortbildung wurde nach den Fortbildungsrichtlinien der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz von der Akademie für Ärztliche Fortbildung in RLP mit 2 CME-Punkten zertifiziert (Kategorie D). Sie gilt für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern.

Redaktionelle Leitung/Realisation

J.-H. Wiedemann
CME-Verlag
Siebenbergsstr. 15
53572 Bruchhausen
E-Mail: info@cme-verlag.de



Die Psoriasis kann erhebliche psychische und soziale Auswirkungen für die Patienten haben und führt nicht selten zu Diskriminierung.

Patienten mit Psoriasis leiden häufiger unter bestimmten Begleiterkrankungen als Hautgesunde.

EINLEITUNG

Psoriasis ist eine chronisch-entzündliche, nicht ansteckende Erkrankung, die in Deutschland etwa zwei Millionen Menschen aller Altersgruppen betrifft [1, 2, 3]. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen. Die Ätiologie weist genetische und immunvermittelte Komponenten auf, ist jedoch nicht vollständig geklärt. Die häufigste Manifestationsform ist die Plaque-Psoriasis. An ihr leiden ungefähr 80 % der Patienten [4]. Etwa die Hälfte der Erkrankten hat eine leichte Ausprägung, etwa 30 % eine mittelschwere und etwa 20 % eine schwere Verlaufsform [5]. Die Schuppenflechte verursacht eine große körperliche, emotionale und soziale Belastung [6]. Juckreiz oder Schmerzen sind häufig begleitende Symptome [7]. Der sichtbare Befall der Haut und Nägel führt nicht selten zu Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung. Für viele ist die Lebensqualität daher erheblich eingeschränkt [6].

KLINISCHE FORMEN UND KOMORBIDITÄT

Die typische Hautveränderung (Primäreffloreszenz) der Psoriasis ist die scharf begrenzte erythrosquamöse Plaque, bei der als klinisches Korrelat der Entzündung eine Infiltration und Rötung sowie als Zeichen der Hyperparakeratose eine Schuppung zu sehen sind [8]. Prädilektionsstellen sind der behaarte Kopf, die Streckseiten von Ellenbogen und Knien und die Sakralregion mit Befall der Analfalte. Grundsätzlich können alle Körperstellen inklusive Nägel, Genitalbereich oder Handteller und Fußsohlen betroffen sein. Die meist kleinen bis handtellergrößen schuppigen Hautveränderungen sind gut begrenzt, erhaben und rötlich. Häufig sind Plaques von silbrig-weißen Schuppen bedeckt. Zusätzlich können entzündlich mitunter auch schuppene Herde in den Körperfalten (Achseln, Leisten, submammär) auftreten, was als Psoriasis intertriginosa bezeichnet wird [8]. Neben der Haut können auch Gelenke und Nägel betroffen sein.

Bei etwa 30 % der Psoriasis-Patienten wird im Verlauf der Krankheit eine Psoriasis-Arthritis (PsA) festgestellt [9] und etwa die Hälfte zeigt eine Beteiligung der Nägel. Bei Patienten mit PsA ist der Nagelbefall mit 80 % noch häufiger [10].

Die frühzeitige Diagnose einer PsA ist besonders wichtig, da bereits zehn Monate nach Beginn der Erkrankung bei jedem vierten Betroffenen erosive Veränderungen an den Gelenken nachweisbar sind. Nach zwei Jahren ist dies schon bei 40 % der Fall [11].

Patienten mit Psoriasis leiden häufiger unter bestimmten Begleiterkrankungen als Hautgesunde [1]. Dies hat erheblichen Einfluss auf die Morbidität und zum Teil auch auf die Mortalität der Erkrankten und kann die Lebenserwartung einschränken [8]. Komorbidität, die das kardiovaskuläre Gesamtrisiko erhöht, wie Diabetes mellitus, Adipositas, arterielle Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen (auch als metabolisches Syndrom zusammengefasst), ist ebenso typisch wie chronisch-entzündliche Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa) [1]. Zudem sind bei Menschen mit Psoriasis weitere Hauterkrankungen häufiger als in der übrigen Bevölkerung [10]. Auch besteht ein erhöhtes Risiko für Psoriasis-Arthritis, wenn Patienten eine Nagel-, Kopfhaut- und/oder intergluteale/perianale Psoriasis aufweisen. Psoriasis ist zudem mit einem erhöhten Risiko für Parodontitis verbunden. [12, 13].

KLINISCHE BEWERTUNG DES SCHWEREGRADES

Zur Bestimmung des Schweregrades der Psoriasis werden unterschiedliche Methoden der Quantifizierung von Haut- und/oder Gelenksymptomen oder der Beeinträchtigung der Lebensqualität (LQ) verwendet. Zu den etablierten Scores gehören der „Body Surface Area“-Index (BSA), der „Psoriasis Area and Severity Index“ (PASI) und der „Dermatology Life Quality Index“ (DLQI). Der BSA ermittelt den

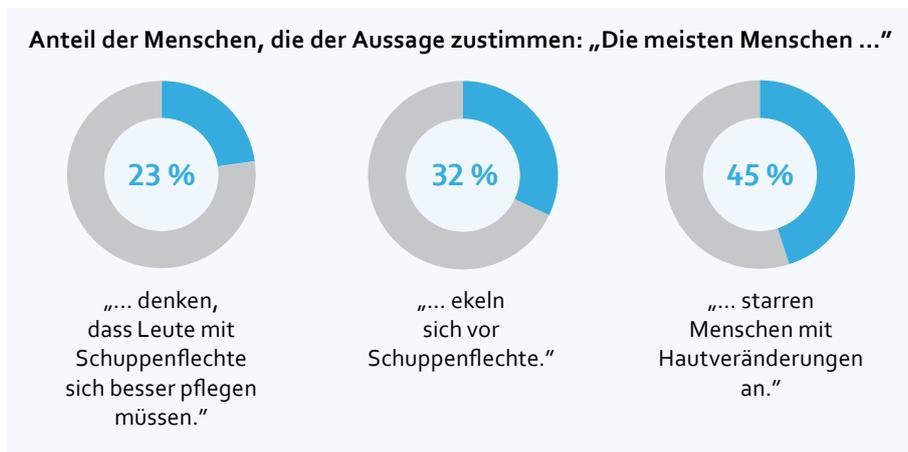
Prozentsatz der betroffenen Körperoberfläche. Der PASI erfasst die Intensität der Schuppung, Rötung, und Dicke der Hautläsion – jeweils bewertet mit 0 bis 4 Punkten – sowie das Ausmaß des Befalles an Kopf, Rumpf, Armen und Beinen – jeweils bewertet mit 0 bis 6 Punkten. Der Maximalwert beträgt somit 72 Punkte. Der DLQI misst die Beeinträchtigung der Lebensqualität und kann maximal 30 Punkte erreichen. Bei Werten <3 ist der Patient in der Regel nicht durch seine Hauterkrankung beeinträchtigt, bei Werten >10 liegt bereits eine sehr schwere Beeinträchtigung vor.

Eine leichte Psoriasis liegt bei BSA-, PASI- und DLQI-Werten von maximal 10 vor. Mittelschwere bis schwere Schuppenflechte ist definiert als BSA >10 % oder PASI >10 und DLQI >10 [11].

STIGMATISIERUNG

Menschen mit sichtbaren Hautkrankheiten sehen sich häufig Vorurteilen ausgesetzt. Sie erleben im Alltag Diskriminierung und Ausgrenzung, was die Lebensqualität stark beeinträchtigen kann. Stigmatisierung kann Angststörungen oder Depression auslösen [6]. Zu unterscheiden sind dabei die öffentliche Stigmatisierung und die Selbststigmatisierung [14]. Mögliche Reaktionen der Betroffenen – wie Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht oder Therapieuntreue – erhöhen die Krankheitslast und tragen ihrerseits zu einer weiteren Verschlechterung der systemischen Entzündung bei.

Eine Forsa-Umfrage aus dem Jahr 2018 [15] hat die Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen abgefragt: „Die meisten Deutschen denken, dass Leute mit Schuppenflechte sich besser pflegen müssen.“ Annähernd jeder vierte Befragte glaubte, dass dies die landläufige Meinung sei. Der Aussage „Die meisten Menschen ekeln sich vor Schuppenflechte“ stimmten 32 % zu. Der Meinung „Die meisten Menschen starren Menschen mit Hautveränderungen an“ schloss sich fast jeder zweite Umfrageteilnehmer an (● **Abb. 1**). Die Untersuchung zeigt, dass Wissensdefizite eine der primären Ursachen für (öffentliche) Stigmatisierung sind.



Stigmatisierendes Verhalten von Medizinstudierenden und medizinischen Laien gegenüber Psoriasis-Betroffenen haben Pearl und Kollegen untersucht [16]. Negative Attribute wie schmutzig, unhygienisch, eklig oder ansteckend wurden Betroffenen besonders von Laien zugeschrieben. Als krank, unattraktiv, unsicher oder traurig wurden Betroffene von Medizinstudierenden annähernd ebenso häufig angesehen wie von Laien. Etwa 27 % der Laien und 6 % der Studierenden hielten Psoriasis für ansteckend.

Bei manchen Betroffenen gehen solche Vorurteile in eine Selbstdiskriminierung über. In ihrem Selbstbild besitzen sie dann keinerlei Attraktivität für andere oder ihren Partner [14]. Dies ist besonders bei schwerer Psoriasis der Fall, auch bei Hautläsionen im Genitalbereich, wobei oft schon der Befall von sichtbaren Körperregionen reicht.

Stigmatisierendes Verhalten gegenüber Menschen mit sichtbaren Hautkrankheiten ist weit verbreitet.

Abbildung 1
Forsa-Umfrage zu stigmatisierenden Annahmen und Verhaltensweisen bei Schuppenflechte; mod. nach [15]

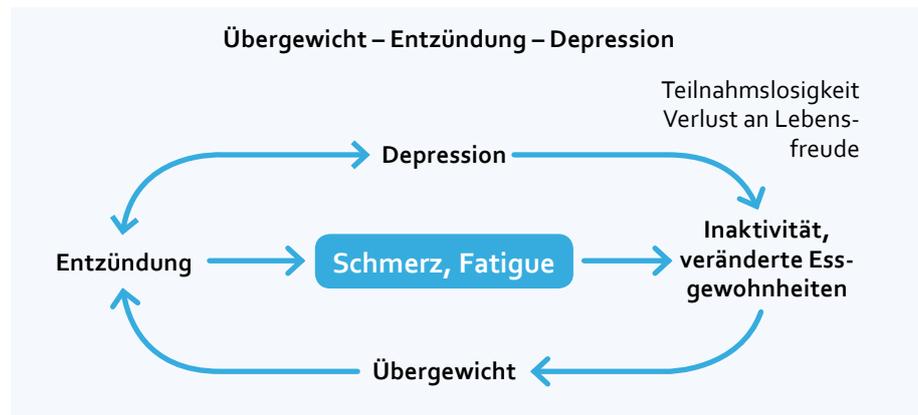
Stigmatisierung kann zu einer Selbstdiskriminierung führen.

PSYCHOLOGISCHE UND SOZIALE FOLGEN

Patienten mit sichtbaren Hautveränderungen weisen im Vergleich zu Hautgesunden deutlich erniedrigte Lebensqualitäts- und psychosoziale Funktions-Scores auf [17]. Sichtbare Plaques können beispielsweise die Erfolgsaussichten bei der Berufswahl oder der Partnerwahl senken und die Möglichkeiten der Lebensgestaltung negativ beeinflussen. Aus sozialer Angst – und um Diskriminierung zu entgehen – können der Freundeskreis oder die Öffentlichkeit gemieden werden, was langfristig zum Fehlen eines sozialen Umfeldes, Partnerlosigkeit oder einem niedrigen Bildungsstatus führen kann [18].

TEUFELSKREIS ENTZÜNDUNG

Das Risiko, an Depression zu erkranken, ist für Psoriasis-Betroffene mehr als zweifach erhöht [19]. Nicht nur das systemische Entzündungsgeschehen, dass die Psoriasis kennzeichnet, kann die Entstehung einer Depression auf zellulärer Ebene im Gehirn begünstigen. Psychische und soziale Faktoren als Folgen von Ausgrenzung können hier ebenso eine Rolle spielen. Komorbidität und manche Therapeutika können der Entstehung einer Depression ihrerseits Vorschub leisten. So leiden zum Beispiel viele Psoriasis-Patienten an Übergewicht oder Adipositas, was die systemische Entzündung antreibt und additiv gesellschaftlich stigmatisiert wird. Auch Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum können das Entzündungsgeschehen weiter verschlechtern. So kann es zu einem Teufelskreis aus Übergewicht, Entzündung und Depression kommen (● **Abb. 2**). Die Behandlung der entzündlichen Erkrankung kann diesen Teufelskreis durchbrechen [20].



Bei Psoriasis-Betroffenen kann es zu einem Teufelskreis aus Übergewicht, Entzündung und Depression kommen.

Abbildung 2
Teufelskreis aus Entzündung, Depression und Übergewicht; aus: [21]

ENTSTIGMATISIERUNG

Die Bedeutung der Stigmatisierung bei chronischen Hautkrankheiten wird zunehmend erkannt. Bei der Entwicklung von Interventionen zur Entstigmatisierung werden Annahmen und das Verhalten Nichtbetroffener gezielt berücksichtigt [14]. Öffentliche Kampagnen wie „Bitte berühren“ des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen sind erste Maßnahmen, um die Allgemeinheit für Menschen mit Hauterkrankungen zu sensibilisieren und Vorurteile und Diskriminierung zu bekämpfen.

Eine weitere Initiative ist das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Projekt „ECHT“ (Konzeption, Entwicklung und Erprobung von Interventionsformaten zur Entstigmatisierung von Menschen mit sichtbaren chronischen Hauterkrankungen in Deutschland). Es wird gestützt von einem Konsortium aus 25 Versorgungsforschern, Patientenvertretern, Dermatologen, Hausärzten, Psychologen und Erziehungswissenschaftlern. Ziel ist es, der Politik wissenschaftliche Erkenntnisse zu liefern und konsenterte Handlungsempfehlungen für zukünftige Anti-Stigma-Maßnahmen zu erarbeiten.

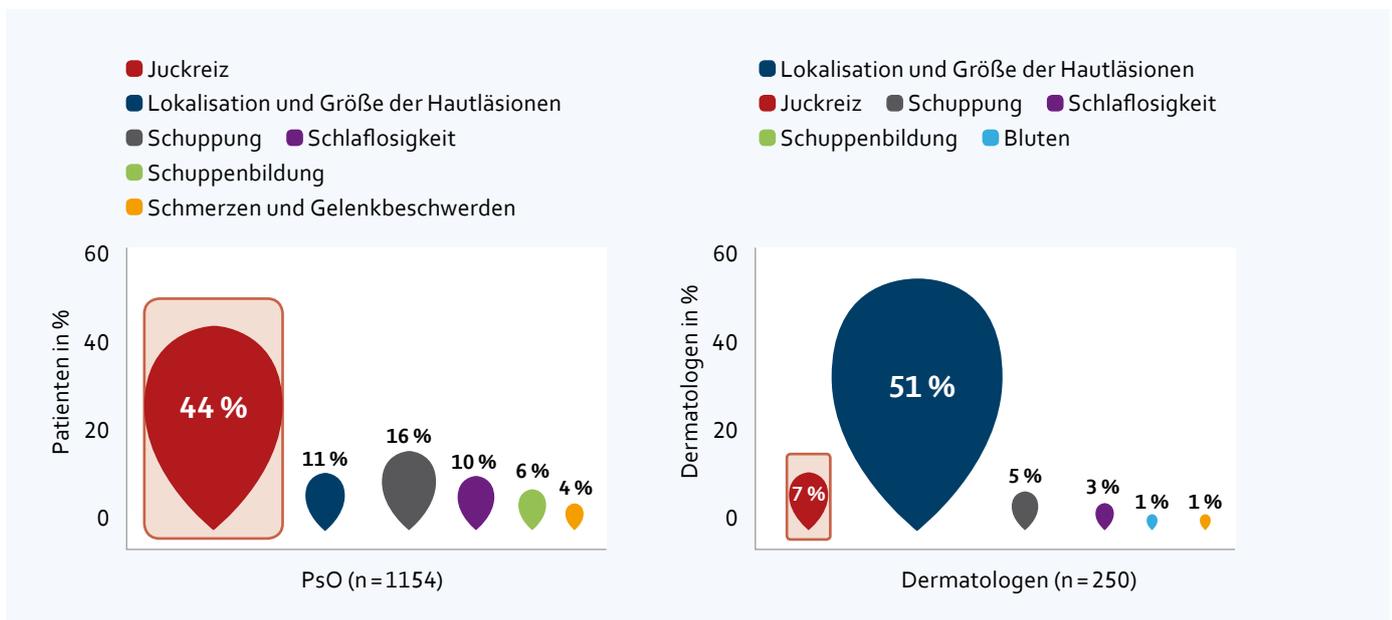
INDIVIDUELLER LEIDENSDRUCK

Unabhängig von der klinischen Bewertung des Schweregrades nehmen Patienten ihre Einschränkungen durch die Psoriasis-Erkrankung unterschiedlich wahr. Die individuelle Krankheitslast wird dabei maßgeblich durch die Faktoren Krankheitsaktivität und Lebensqualität bestimmt. Größe, Intensität und Lokalisation der Läsionen definieren die Aktivität. Wie stark die Lebensqualität eingeschränkt ist, hängt einerseits von der Wahrnehmung, andererseits von Symptomen wie Juckreiz, Schmerz, Blutungen, aber auch vom Pflegeaufwand und der allgemeinen Lebenssituation ab. Der Grad der Beeinträchtigung der Lebens- oder Berufsgestaltung und der sozialen Aktivität ist ebenfalls bedeutsam und wird je nach Geschlecht, Alter und Ausprägung individuell bewertet.

ANNÄHERUNG ZWISCHEN PATIENTEN- UND ARZTPERSPEKTIVE

Patienten und Ärzte haben offenbar sehr unterschiedliche Sichtweisen, wenn es um die Relevanz von Faktoren geht, die zur Krankheitslast der Psoriasis beitragen. So konnte eine Befragung von Psoriasis Patienten und Ärzten beispielsweise zeigen, dass bis zu 90 % der Psoriasis-Patienten unter Jucken leiden [21, 22]. Hiervon bewerten mehr als die Hälfte diesen als mittelstark bis stark (5 bis 10 auf der visuellen Analogskala). Etwa 44 % aller Betroffenen geben Jucken als das dominante Krankheitssymptom an [23, 24]. Für mehr als die Hälfte sind es andere Symptome, zum Beispiel Schuppenbildung 16 %, Lokalisation und Größe der Läsion 11 %, Schuppung 10 % (● **Abb. 3**). Die Dermatologen dagegen zeigten eine andere Einschätzung: Nur 7 % der Ärzte geben an, dass Jucken der am meisten störende Faktor sei. Hingegen hielten 51 % der Behandler Lokalisation und Größe der Hautläsionen für maßgeblich.

Krankheitsaktivität und Lebensqualität bestimmen die individuelle Krankheitslast.



LIMITATIONEN DER SCHWEREGRADEBESTIMMUNG

Die oben beschriebenen Verfahren der Schweregradeinteilung können die individuelle Belastung eines Patienten nur unzureichend charakterisieren. BSA und PASI nehmen vor allem Lokalisation und Intensität der Plaques in den Fokus, lassen aber einige Faktoren, die für den Patienten besonders wichtig sein können, außer Acht. Hautschmerzen und Juckreiz oder die Beteiligung von Kopfhaut, Nägeln, Hand- und Fußflächen sowie die Zufriedenheit mit der Therapie werden nicht entsprechend berücksichtigt (● **Abb. 4**).

Abbildung 3
Die belastendsten Psoriasis-Symptome aus Patienten- und Ärztesicht; mod. nach [23, 24]

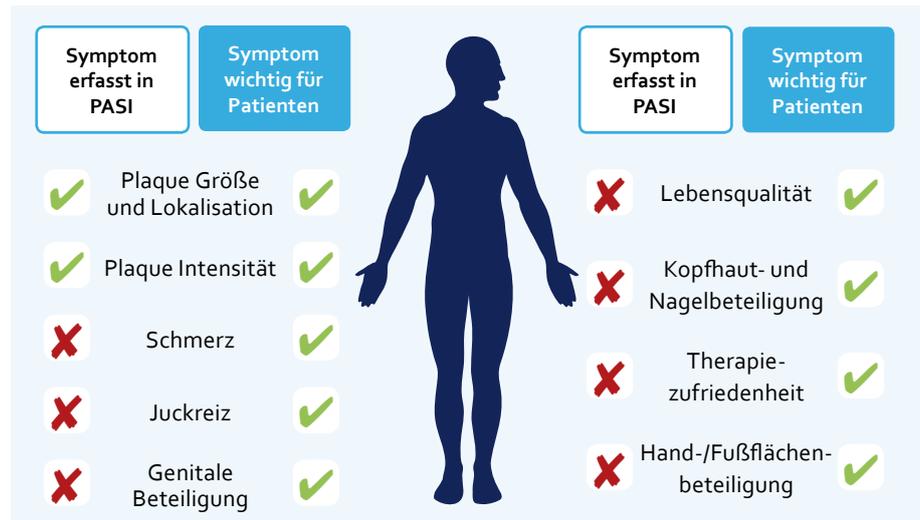


Abbildung 4
Krankheitssymptome mit und ohne Einfluss auf den PASI

>70 % der Patienten leiden an Juckreiz.

Die Versorgung von Menschen mit Psoriasis erfordert ein ganzheitliches Vorgehen.

Psoriasis-Patienten wünschen sich ein einfaches Therapieregime.

Der hohe Einfluss von Juckreiz auf die Psyche und die Lebensqualität von Patienten mit Psoriasis wurde lange Zeit unterschätzt. Nach aktuellen Erhebungen leiden mehr als 70 % der Patienten an Juckreiz und haben eine nachweisbar geringere Lebensqualität sowie eine höhere Prävalenz einer Depression [7]. Auch wird eine mögliche genitale Beteiligung im DLQI nur indirekt über die Frage nach der Beeinträchtigung der Sexualität aller Hautveränderungen erfasst. Ein genitaler Befall kann für Betroffene in physischer und psychischer Hinsicht aber besonders belastend sein.

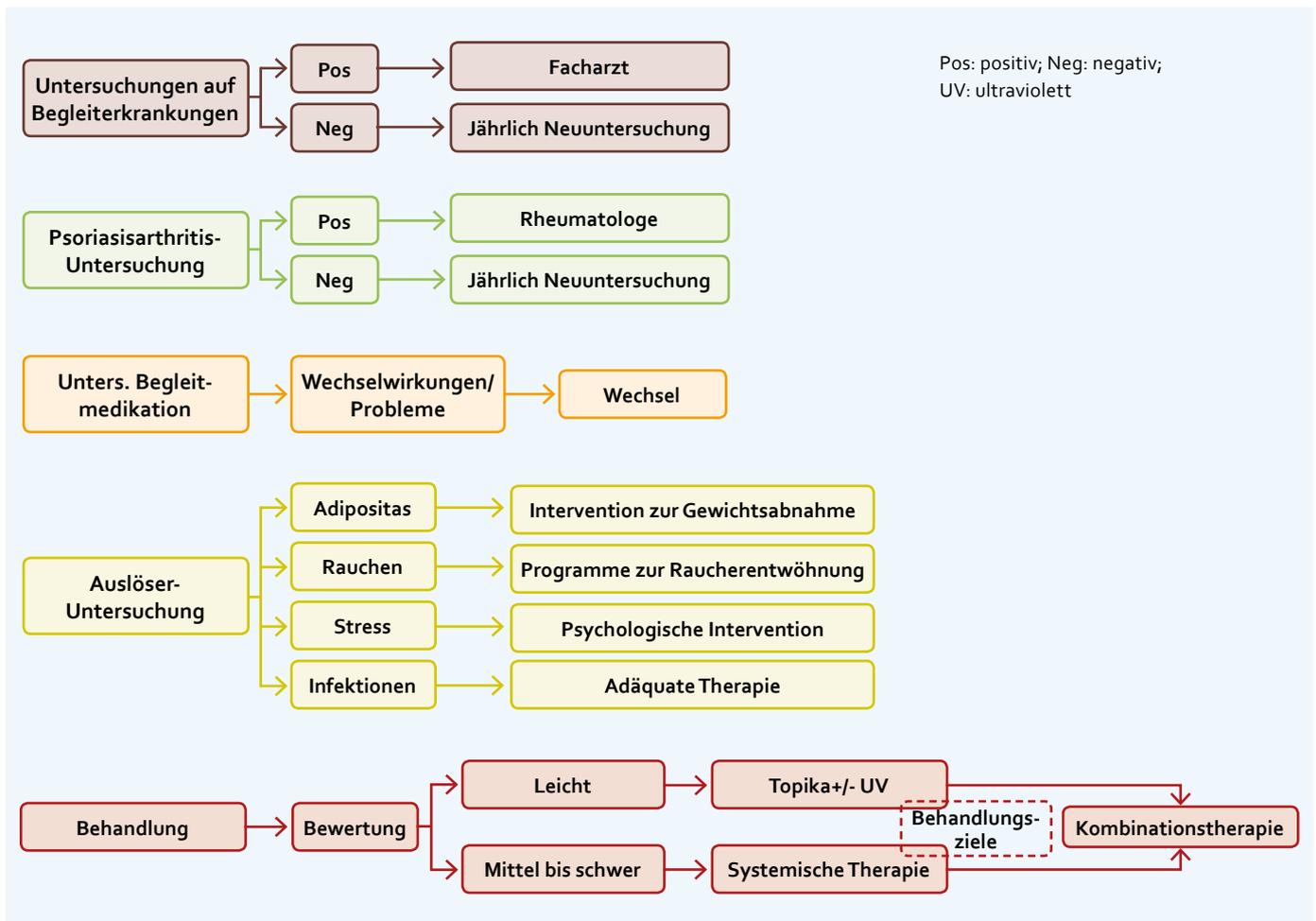
PSORIASIS-MANAGEMENT

Die Versorgung von Menschen mit Psoriasis beinhaltet mehr als die Behandlung von Symptomen. Die Komplexität der Schuppenflechte erfordert einen ganzheitlichen Ansatz im Sinne eines Managementkonzepts. Dies schließt eine Ermittlung möglicher Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Dyslipidämie, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen sowie Psoriasis-Arthritis, chronische Darmerkrankungen, anderer Hauterkrankungen wie z. B. Akne inversa und mögliche Komplikationen, wie z.B. Herzinfarkt und Schlaganfall, sowie regelmäßige Screenings einschließlich eines Screenings auf Arzneimittelinteraktionen ein (● **Abb. 5**) [25]. Bei Bedarf müssen Spezialisten wie z. B. Rheumatologen oder Internisten hinzugezogen werden.

Scores wie PASI und DLQI unterstützen dabei, individuelle Beeinträchtigungen des Patienten zu quantifizieren und das Erreichen von Therapiezielen kontinuierlich festzulegen und zu verfolgen. Nur wenn alle relevanten Informationen vorliegen, können gemeinsam mit dem Patienten geeignete therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Das optimale Management kann sich wiederum positiv auf das Ergebnis, die Adhärenz und auf die Zufriedenheit mit der Therapie auswirken.

THERAPIEZIELE AUS ARZT- UND PATIENTENSICHT

Psoriasis-Patienten wünschen sich ein einfaches Therapieregime mit schnell einsetzender, guter und lang anhaltender Wirkung bei wenigen Nebenwirkungen. Ärzte sollten additiv weitere Faktoren wie Komorbidität berücksichtigen, die sich durch die Wahl der geeigneten Therapie bzw. des Medikamentes auf den gesamten Gesundheitszustand auswirken. Bei der Therapie soll eine Wirkung auf alle Aspekte der Schuppenflechte bedacht werden, bei möglichst geringer Nebenwirkungsrate und Aufwand durch Monitoring. In Bezug auf die eingesetzten Pharmaka müssen Kombinationsmöglichkeiten, Vortherapien, Kontraindikationen sowie Wechselwirkungen oder die Bildung von „Anti-Drug-Antibodies“ (bei Biologika) bedacht werden.



THERAPEUTISCHE OPTIONEN

Das Therapieziel ist die Reduktion der Krankheitslast. Hier stehen sowohl die Ansprechrates auf den Hautzustand als auch die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund. Bei der Beurteilung von Schweregrad und Therapieerfolg haben sich PASI, BSA und DLQI bewährt, aber auch Speziallokalisationen wie Genito-Anal-Region oder Nägel sollten gesondert beachtet werden. Grundlage jeder Psoriasis-Behandlung ist die Basistherapie mit wirkstofffreien Pflegeprodukten [4]. Die Basistherapie spielt unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung oder dem angewendeten Therapiekonzept eine wichtige Rolle [26] und sollte täglich unabhängig von der Krankheitslast erfolgen. Eine adäquate Basistherapie kann die beeinträchtigte Lebensqualität von Psoriasis-Patienten positiv beeinflussen.

Zur Behandlung der leichten Psoriasis empfiehlt die Leitlinie unter anderem eine topische Therapie mit Kortikosteroiden und Vitamin D3-Analoga, auch in Kombinationspräparaten [4].

Menschen mit mittelschwerer oder schwerer Psoriasis werden systemisch behandelt. Entsprechend der deutschen S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris stehen unterschiedliche Erst- und Zweitlinienoptionen zur Verfügung [4]. Neben der Fototherapie zählen konventionelle Medikamente wie Fumarsäureester, Methotrexat, Ciclosporin und Retinoide zur Erstlinientherapie. Bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, bei Unverträglichkeit und/oder Kontraindikationen stehen in der zweiten Linie ein Phosphodiesterase-4-Hemmer und verschiedene Biologika bzw. Biosimilars zur Wahl (● Abb. 6).

Abbildung 5

Therapiealgorithmus in der Behandlung der Psoriasis; mod. nach [25]

Die leichteren Stadien werden zunächst topisch behandelt.

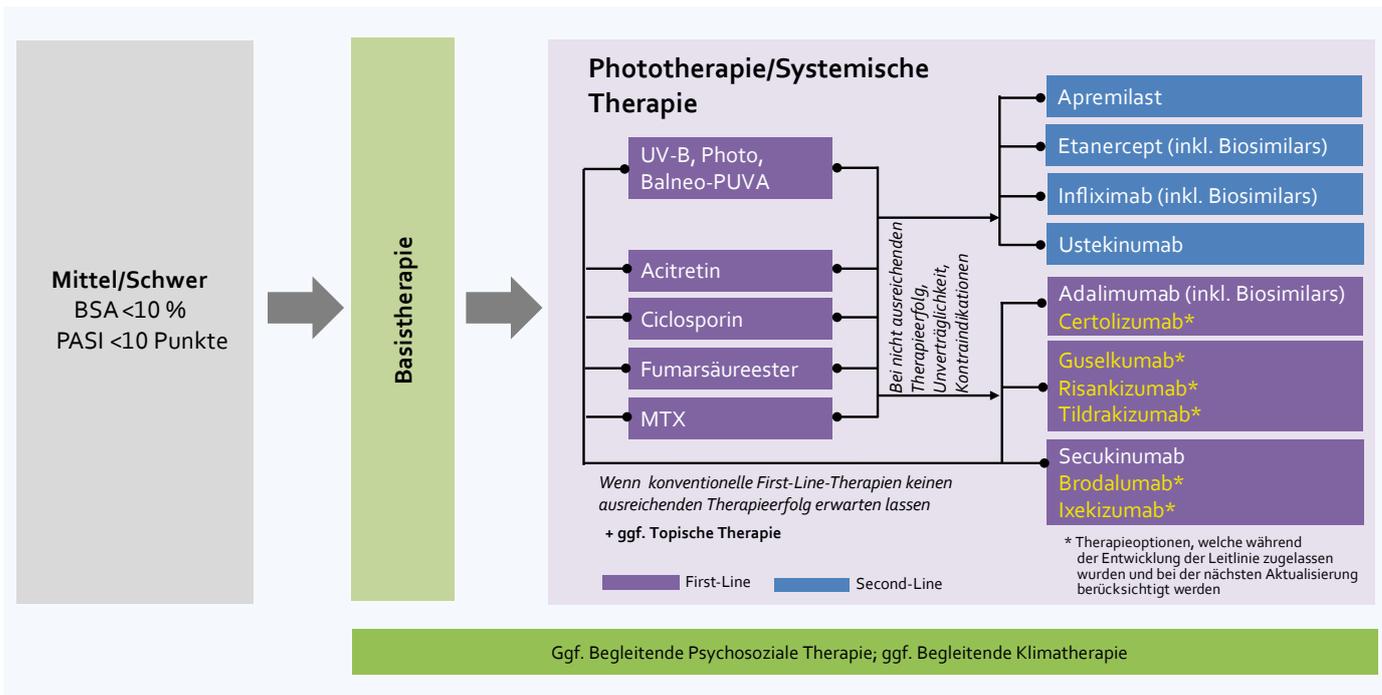


Abbildung 6
Therapieempfehlungen der Psoriasis vulgaris – modifiziert nach S3-Leitlinie [4]

Besonders starke Einschränkungen der Lebensqualität können zu einer Höhereinstufung des Schweregrades führen.

Einige Biologika mit First-Line-Status laut Zulassung, können unter bestimmten Voraussetzungen in der Erstlinientherapie zum Einsatz kommen, wenn konventionelle First-Line-Therapien keinen ausreichenden Therapieerfolg bei schwerstbetroffenen Patienten erwarten lassen. Grundsätzlich erfolgt die Entscheidung zum Einsatz eines Systemtherapeutikums auf Basis der Kriterien zur wirtschaftlichen Verordnung (Wirtschaftlichkeitsgebot) und anhand der patientenindividuellen Risiko- und Nutzeinschätzung im Sinne der Kosten-Nutzen-Relation. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit ist dann das kostengünstigere Präparat zu verordnen, wenn damit der angestrebte Nutzen bei vertretbarem Risiko gleichermaßen erreicht werden kann [27]. Zusätzlich existieren zum Einsatz von Biosimilars in einzelnen KV-Regionen Quotenregelungen, die auch zu berücksichtigen sind.

UPGRADE-KRITERIEN

Das europäische Konsensuspapier unterteilt die Schwere von Psoriasis vulgaris in leicht und mittelschwer bis schwer, und bezieht erstmals die Beurteilung der Lebensqualität in die Ermittlung des Schweregrades mit ein [11]. Bestimmte Faktoren können zu einer besonders starken Einschränkung der Lebensqualität führen und eine Höhereinstufung des Schweregrades (von leicht auf mittelschwer bis schwer) erforderlich machen. Hierzu gehören

- Befall sichtbarer Körperregionen,
- Befall größerer Regionen der Kopfhaut,
- Befall der Genito-Anal-Region,
- Befall der Handflächen/Fußsohlen,
- Befall von mehr als zwei Fingernägeln,
- Starkes Jucken, das zum Kratzen veranlasst,
- Vorhandensein einzelner hartnäckiger Plaques.

Eine Höherstufung des Schweregrades (Upgrade) aufgrund dieser Kriterien zieht in der Regel die Einleitung einer Systemtherapie nach sich und ist ausreichend zu dokumentieren.

VERSORGUNGSDEFIZITE BEI PATIENTEN MIT MITTELSCHWEREM HAUTBEFALL

Für die große, heterogene Gruppe der mittelschwer Erkrankten, die sich häufig mit einem moderaten Hautbefall und Einschränkungen in der Lebensqualität präsentieren, liegen bisher keine validen Daten aus Deutschland vor.

Dass speziell diese Patientengruppe möglicherweise unterversorgt ist, zeigt eine Real-World-Studie von Nast und Kollegen, die die Verschreibungshäufigkeiten verschiedener Psoriasis-Therapien bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Schuppenflechte untersucht hat [28]. Bei den ausgewerteten 2288 Arztbesuchen erhielten 31 % der Patienten eine systemische Therapie, knapp 50 % wurden topisch behandelt. Bei 17 % wurde additiv eine Fototherapie eingeleitet.

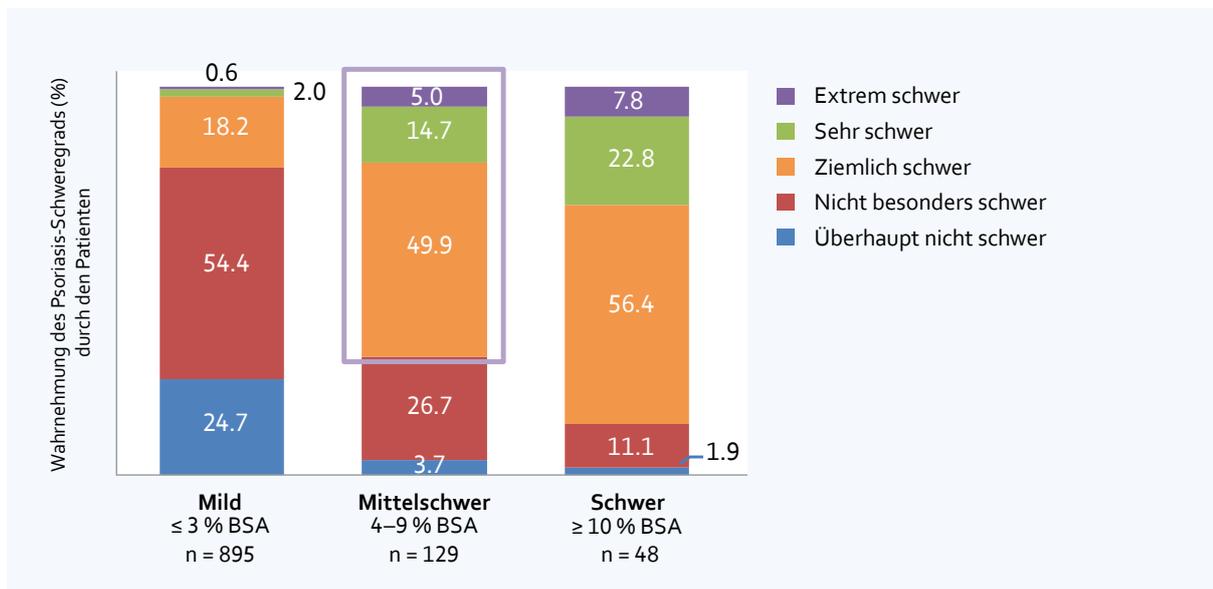
Auch für Patienten mit einer leichten Psoriasis können laut Leitlinie additiv zu den äußerlichen Therapien Systemtherapien verordnet werden, wenn zusätzlich beeinträchtigende Sondermanifestationen wie z. B. Befall der Nägel, Genito-Anal-Region, Kopfhaut oder Handflächen/Fußsohlen vorliegen. Die Nichtbeachtung oder Unterbewertung von Sondermanifestationen kann somit zu einem unzureichenden Management von Patienten beitragen.

SELBSTEINSCHÄTZUNG DER KRANKHEITSSCHWERE DURCH PSORIASIS-PATIENTEN

Tveit und Kollegen haben 1072 Patienten mit unterschiedlichem Schweregrad danach befragt, wie gravierend sie ihre Erkrankung beurteilen [29]. Die Beurteilung des klinischen Schweregrades erfolgte anhand des Anteils der betroffenen Körperoberfläche (● Abb. 7).

Abbildung 7

Subjektive Beurteilung des Schweregrades verschieden stark betroffener Psoriasis Patienten auf die Frage: „Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken, wie schwer bewerten Sie Ihre Psoriasis dann?“ Die Schätzungen des klinischen Schweregrades (Mild bis Schwer) beruhten auf Schätzungen der prozentualen Body-Surface-Area (BSA)



Patienten mit eher milder Verlaufsform gaben vorwiegend keine bzw. keine besondere Beeinträchtigung an. Schwer erkrankte Patienten zeigten sich erwartungsgemäß stark bzw. sehr stark beeinträchtigt. Ähnlich stark eingeschränkt fühlten sich sehr häufig aber auch jene Patienten, die aufgrund ihres limitierten Anteils der betroffenen Körperoberfläche klinisch als mittelschwer eingeschätzt waren. Diese Selbsteinschätzung wird häufig durch die übermäßig starke Beeinträchtigung der Lebensqualität von besonders belastenden Psoriasis-Manifestationen hervorgerufen. Anhand der bereits beschriebenen Upgrade Kriterien [11] kann daraus auch eine höhere Beurteilung der Krankheitsschwere resultieren.

REAL WORLD EVIDENCE: BESONDERE MANIFESTATIONEN

Die in Deutschland, Großbritannien und Irland durchgeführte APPRECIATE-Studie unter 250 mit Apremilast behandelten Psoriasis-Patienten ging der Frage nach, wie häufig besondere Manifestationen (Nagel, Kopfhaut, Jucken) vorkommen. Bei etwa 88 % zeigte sich mindestens eine dieser besonderen Belastungen (● Abb. 8).

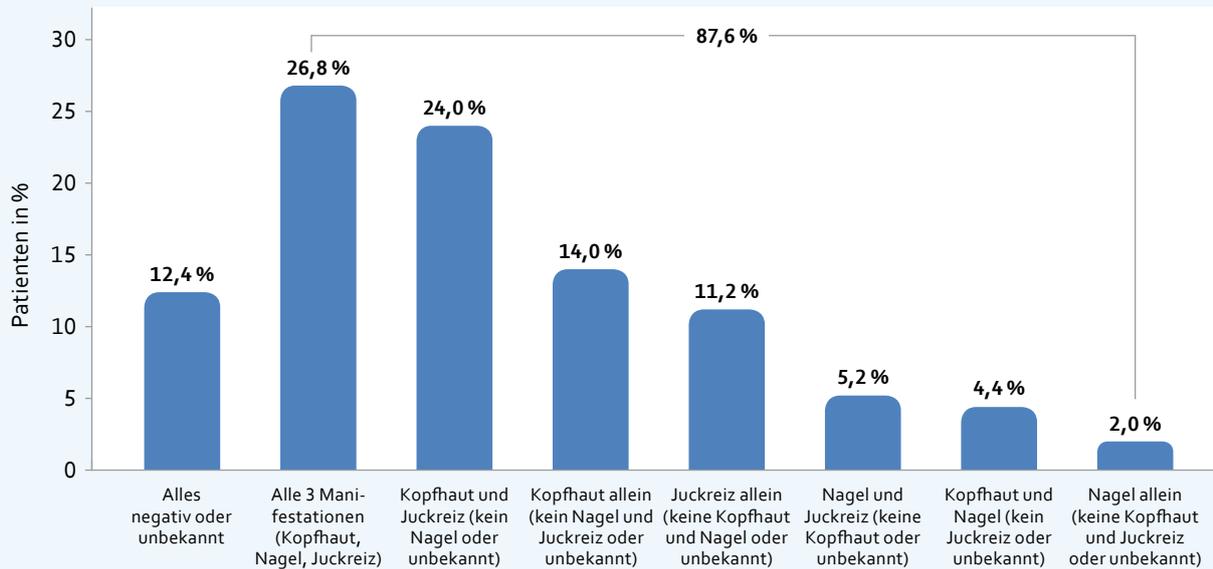


Abbildung 8
 Anteil der Patienten mit Plaque-Psoriasis und zusätzlichen besonderen Manifestationen. Daten entstammen der Patientenhistorie. N = 250

Die Patienten zeigten infolge der Behandlung mit dem Phosphodiesterase-4-Inhibitor nach fünf bis sieben Monaten eine deutliche Verbesserung ihrer PASI-Scores. Diese lagen je nach Häufigkeit der Präsenz an Sondermanifestationen zu Therapiebeginn zwischen 11,4 und 16,9 (alle drei Manifestationen) und reduzierten sich durch die Medikation auf Werte zwischen 4,8 und 5,6. Bei Ermittlung des BSA oder des Lebensqualitätsindex DLQI anstelle des PASI zeigten sich vergleichbare Effekte.

ZUSAMMENFASSUNG

Psoriasis ist eine chronische Hauterkrankung, die in Deutschland etwa zwei Millionen Menschen betrifft und mit Komorbidität assoziiert ist.

Patienten mit chronischen Hauterkrankungen wie der Psoriasis erleben im Alltag häufig Stigmatisierung. Die Betroffenen fühlen sich diskriminiert und entwickeln mitunter soziale Ängste.

Eine optimale Psoriasis-Therapie muss neben der Krankheitsaktivität auch die Lebensqualität berücksichtigen. Häufig besteht bei Patienten ein hoher Leidensdruck, z. B. ausgelöst durch Pruritus oder Beteiligung im Genitalbereich, der vom Behandler nicht erkannt wird, der sich mithilfe bekannter Scores wie BSA oder PASI und DLQI nicht ausreichend erfassen lässt.

Bei der Wahl der geeigneten Behandlung empfehlen die Leitlinien bei der milden Form eine topische Therapie. Liegt jedoch eine Beteiligung der Kopfhaut, Nägel oder Genitalien vor und ist die Lebensqualität des Patienten stark beeinträchtigt (DLQI >10), so sollte ein „Upgrade“ mit einer Systemtherapie erwogen werden.

Gerade bei Patienten mit mittelschwerer Psoriasis besteht in der Praxis häufig eine Unterversorgung, da sie keine systemische Therapie erhalten. Hier hat eine Auswertung der APPRECIATE-Studie gezeigt, dass die Manifestationen Nagel, Kopfhaut und Jucken häufig vorkommen und erfolgreich auf eine Behandlung mit einem PDE-4-Inhibitor durch Reduktion der Krankheitsaktivität und Verbesserung der Lebensqualität ansprechen.

LITERATUR

1. Augustin M et al. Co-morbidity and age-related prevalence of psoriasis: Analysis of health insurance data in Germany. *Acta Derm Venereol.* 2010 Mar; 90(2):147-51.
2. Augustin M et al. Epidemiology and Comorbidity in Children with Psoriasis and Atopic Eczema. *Dermatology.* 2015; 231(1):35-40.
3. Radtke MA et al. Prevalence and comorbidities in adults with psoriasis compared to atopic eczema. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017 Jan; 31(1):151-7.
4. Nast A et al. S3 - Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris – Update 2017. 2017. AWMF-Register Nr. 013/001
5. Augustin M et al. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology.* 2008; 216(4):366-72.
6. Globaler Bericht zur Schuppenflechte, Weltgesundheitsorganisation 2016. Abrufbar bei: <https://www.psonet.de/>
7. Reich A et al. Interplay of itch and psyche in psoriasis: an update. *Acta Derm Venereol Suppl* 2016;(Stockh)217:55–57
8. Mrowietz U, Reich K. Psoriasis - neue Erkenntnisse zur Pathogenese und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 106 Heft 1–25. Januar 2009
9. Mease PJ et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol.* 2013 Nov; 69(5):729-35
10. Zander et al. Dermatological comorbidity in psoriasis: results from a large-scale cohort of employees. *Arch Dermatol Res.* 2017 Jul;309(5):349-56.
11. Mrowietz et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res.* 2011 Jan; 303(1):1-10
12. Wilson FC et al. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum.* 2009 Feb 15;61(2):233-9.
13. Woeste et al. Oral Health in Patients with Psoriasis-A Prospective Study. *J Invest Dermatol.* 2019 Jun;139(6):1237-1244.
14. Sommer R et al. Stigmatisierungserleben bei Psoriasis – qualitative Analyse aus Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Versorgern. *Der Hautarzt* 7/2019; <https://doi.org/10.1007/s00105-019-4411-y>

15. PsoNet-Magazin 1-2019. Abrufbar bei: <https://www.psonet.de/magazin/>
16. Pearl RL et al. Stigmatizing attitudes toward persons with psoriasis among laypersons and medical students. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jun; 80(6):1556-63.
17. Gläser R, von Spreckelsen R. Neue Erkenntnisse zur Psychodermatologie bei Psoriasis. *Hautarzt* 2018;69:785–787.
18. van Beugen et al. Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2017 Mar; 176(3):687-94.
19. Kurd SK et al. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol*. 2010 Aug; 146(8):891-5.
20. Shelton RC, Miller AH. Inflammation in depression: is adiposity a cause? *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(1):41-53.
21. Amayta B et al. Patients' perspective of pruritus in chronic plaque psoriasis: a questionnaire-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 Jul; 22(7):822-6.
22. Reich A et al. Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol*. 2010 May; 90(3):257-63.
23. van de Kerkhof et al. Physician perspectives in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Oct;29(10):2002-10.
24. Lebwohl et al. Patient perspectives in the management of psoriasis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey. *J Am Acad Dermatol*. 2014 May;70(5):871-81
25. Mrowietz et al. Psoriasis: to treat or to manage? *Exp Dermatol* 2014;23:705-709
26. Thaci D et al. Importance of basic therapy in psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015 May;13(5):415-8.
27. Augustin M et al. Einsatz von Systemtherapeutika und Biologika in der leitliniengerechten Therapie der mittelschweren bis schweren Psoriasis vulgaris. *PsoNet Magazin* 2017; 4 (Supplemental 1): 1-28.
28. Nast A et al. Low prescription rate for systemic treatments in the management of severe psoriasis vulgaris and psoriatic arthritis in dermatological practices in Berlin and Brandenburg, Germany: results from a patient registry. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008; 22: 1337-42.
29. Tveit KS et al. Treatment use and satisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis: results from the NORdic PATient survey of Psoriasis and Psoriatic arthritis (NORPAPP). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Feb; 33(2):340-54.

Autoren

Prof. Dr. med. Ulrich Mrowietz
Leiter Psoriasis-Zentrum
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Arnold-Heller-Str. 3
24105 Kiel

Prof. Dr. med. Petra Staubach-Renz
Oberärztin
Hautklinik und Poliklinik der Universitätsmedizin
Johannes Gutenberg-Universität KÖR
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz

Dr. med. Andreas Pinter
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Dermatologie, Venerologie u. Allergologie
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt am Main

Fortbildungspartner

Celgene GmbH

Transparenzinformation

Ausführliche Informationen zu Interessenkonflikten und Sponsoring sind online einsehbar unterhalb des jeweiligen Kursmoduls.

Bildnachweis

Titelbild: © Antonioguilem – Adobe Stock Photo

CME-Test

Die Teilnahme am CME-Test ist nur online möglich. Scannen Sie den nebenstehenden QR-Code mit Ihrem Mobiltelefon/Tablet oder gehen Sie auf die Website: www.cme-kurs.de



CME-Fragebogen



Bitte beachten Sie:

- Die Teilnahme am nachfolgenden CME-Test ist nur online möglich unter: www.cme-kurs.de
- Diese Fortbildung ist mit 2 CME-Punkten zertifiziert.
- Es ist immer nur eine Antwortmöglichkeit richtig (keine Mehrfachnennungen).

? Welche Aussage zur Psoriasis vulgaris ist falsch?

- Psoriasis vulgaris betrifft in Deutschland etwa 2 Millionen Menschen.
- Etwa 80 % der Psoriasis-Patienten leiden am Plaque-Typ der Erkrankung.
- Typischerweise gibt es eine Beteiligung der Fußsohlen.
- Gut jeder zweite Psoriasis-Patient leidet unter Begleiterkrankungen.
- Das kardiovaskuläre Risiko ist bei vielen Patienten erhöht.

? Welche Aussage zu den Scores BSA, PASI und DLQI ist richtig?

- Eine leichte Psoriasis ist definiert für BSA-, PASI- und DLQI-Werte von maximal 10.
- Eine leichte Psoriasis ist definiert für BSA- und PASI-Werte von maximal 10 bei einem DLQI von maximal 5 Punkten.
- Der PASI kann maximal 64 Punkte erreichen.
- Der BSA kann maximal 72 Punkte erreichen.
- Der DLQI bezieht sich explizit mit auf die symptomatische Beteiligung des Genitales.

? Welche Aussage zur Psoriasis und Komorbidität ist richtig?

- Etwa 20 % der Patienten haben eine mittelschwere Psoriasis.
- Begleiterkrankungen, die das kardiovaskuläre Risiko erhöhen, sind typisch.
- Bei etwa 20 % der Patienten wird im Laufe der Zeit eine Psoriasis-Arthritis festgestellt.
- Nagelbeteiligung bei Psoriasis steht in keinem Zusammenhang zur Psoriasis-Arthritis.
- Der Befall perianaler Hautpartien steht in keinem Zusammenhang zur Psoriasis-Arthritis.

? Welche Aussage zur Stigmatisierung ist richtig?

- Laut einer Forsa-Umfrage aus dem Jahr 2018 in Deutschland glauben 32 % der Befragten, dass der größte Teil der Bevölkerung Menschen mit Hautveränderungen anstarrt.
- Laut der Umfrage glaubten 32 % der Befragten, dass der größte Teil der Bevölkerung sich vor Psoriasis ekelt.
- Die Studie von Pearl et al. 2019 zeigte, dass 27 % der befragten Medizinstudierenden in den USA Psoriasis für ansteckend hielten.

- Die Studie von Pearl et al. 2019 zeigte, dass etwa 10 % der befragten Medizinstudierenden in den USA Psoriasis-Betroffene für unintelligent hielten.
- Die Studie von Pearl et al. 2019 zeigte, dass etwa 45 % der befragten Medizinstudierenden in den USA Psoriasis-Betroffene für unattraktiv hielten.

? Welche Aussage zum Entzündungsteufelskreis und zur Depression bei Psoriasis ist falsch?

- Entzündung kann Depression begünstigen.
- Fettleibigkeit kann Entzündung begünstigen.
- Depression kann Fettleibigkeit begünstigen.
- Menschen mit Psoriasis leiden nur selten an einer Depression.
- Depression ist bei Menschen mit Psoriasis etwa 2- bis 2,5-mal so häufig wie in der übrigen Bevölkerung.

? Welche Aussage zu wichtigen Krankheitssymptomen der Psoriasis ist richtig?

- Aus Sicht der meisten Patienten ist der Juckreiz das am meisten störende Symptom.
- Aus Sicht der meisten Dermatologen ist der Juckreiz das am meisten störende Symptom.
- Aus Sicht der meisten Patienten stören Größe und Lokalisation ihrer Läsionen am meisten.
- Ein Drittel der Psoriasis-Patienten leidet unter Juckreiz.
- Juckreiz geht über den PASI in die Bestimmung des Schweregrades mit ein.

? Welche Aussage zu den Therapieoptionen bei Psoriasis vulgaris ist richtig?

- Eine Basistherapie ist nur bei sehr leichter Psoriasis sinnvoll.
- Eine Basistherapie ist in vielerlei Hinsicht sinnvoll, kann aber die Lebensqualität Betroffener nicht verbessern.
- Alle einsetzbaren Biologika sind Zweitlinienoptionen.
- Bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, bei Unverträglichkeit und/oder Kontraindikationen stehen in der zweiten Linie ein Phosphodiesterase-4-Hemmer und weitere Biologika zur Wahl.
- Zur Behandlung der leichten Psoriasis empfehlen die Leitlinien systemische Therapien.

CME-Fragebogen (Fortsetzung)

? Welche Aussage zu „Upgrade-Kriterien“ ist falsch?

- Befall sichtbarer Körperregionen ist ein „Upgrade“-Faktor.
- Befall der Genito-Anal-Region ist ein „Upgrade“-Faktor.
- Vorhandensein einzelner hartnäckiger Plaques ist ein „Upgrade“-Faktor.
- Befall von mehr als zwei Fingernägeln ist ein „Upgrade“-Faktor.
- Juckreiz, der zum Kratzen veranlasst, ist kein „Upgrade“-Faktor.

? Welche Aussage zur Selbsteinschätzung der Krankheitsschwere durch Psoriasis-Patienten ist falsch?

- 54,4 % der von milder Psoriasis Betroffenen empfand ihre Beeinträchtigung als „nicht besonders schwer“.
- Fast 50 % der mittelschwer Betroffenen empfand ihre Beeinträchtigung als „ziemlich schwer“.
- 56,4 % der schwer Betroffenen sahen sich „ziemlich schwer“ beeinträchtigt.
- Etwa ein Viertel der mittelschwer Betroffenen empfand ihre Beeinträchtigung als „nicht besonders schwer“.
- Etwa 30 % der mittelschwer Betroffenen sahen sich „sehr schwer“ oder „extrem schwer“ beeinträchtigt.

? Welche Aussage zur APPRECIATE-Studie ist falsch?

- 12,4 % der Teilnehmer litten unter keiner der drei Manifestationen Juckreiz-, Kopfhaut- oder Nagelbeteiligung.
- 87,6 % der Teilnehmer litten unter zumindest einer der drei Manifestationen Juckreiz, Kopfhaut- oder Nagelbeteiligung.
- 12 % der Teilnehmer litten unter einer isolierten Nagelbeteiligung.
- 24 % der Teilnehmer litten nur unter den Manifestationen Juckreiz und Kopfhautbeteiligung.
- Nach etwa einem halben Jahr der Behandlung mit einem Phosphodiesterase-4-Inhibitor war der PASI der Teilnehmer von zwischen 11,4 und 16,9 auf Werte zwischen 4,8 und 5,6 reduziert.