

Es liegt in den Genen – Pathophysiologie und Diagnostik der Psoriasis



Rote Punkte auf dem Rücken, Rhagaden in der Analfalte, gelb-braun verfärbte Fingernägel, versteifte Iliosakralgelenke: nicht nur der mit weißen Schuppen bedeckte Hautausschlag am Ellenbogen, sondern all das kann Psoriasis sein. Und es gibt vielleicht noch mehr, was Sie bisher noch nicht über die Psoriasis wussten.

Nicht jeder Mensch kann an Psoriasis erkranken, denn Psoriasis ist genetisch programmiert. Innerhalb des Genoms müssen mehrere Gene spezifisch verändert sein, damit irgendwann ein sogenannter Trigger (► **Kasten**) die Krankheit auslösen bzw. einen neuen Schub verursachen kann. Diese Genveränderungen können Eltern auch an ihre Kinder weitergeben. Leidet beispielsweise nur ein Elternteil an Psoriasis, liegt das spätere Krankheitsrisiko für das Kind bei ca. 8 %. Wenn Mutter und

Trigger, die den Ausbruch der Psoriasis oder einen Schub auslösen können

- Infektionen der oberen Atemwege, hier besonders mit β -hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A (Sinusitis, Angina, Tonsillitis, Pharyngitis etc.)
- Infektionen der Haut, vor allem mit Staphylococcus aureus
- Medikamente (β -Blocker, Lithiumpräparate, Antirheumatika)
- Mechanische Reizung (► KÖbner-Phänomen)
- Psychischer Stress, Konflikte
- Kälte
- HIV-Infektion (Grund bisher unklar)

Vater psoriasiskrank sind, steigt das Erkrankungsrisiko für den Nachwuchs sogar um das 5-Fache an. Doch was ist Psoriasis eigentlich?

Haut- oder Autoimmunerkrankung?

Psoriasis ist eine **chronische Hauterkrankung, die schubweise verläuft** und der eine **falsch gesteuerte Immunreaktion** zugrunde liegt. Es handelt sich bei der Psoriasis also eigentlich um eine **Autoimmunerkrankung der Haut**, ausgelöst durch ein bisher noch unbekanntes körpereigenes Antigen.

Dieses Antigen gelangt zu den Lymphknoten und stimuliert dort die T-Lymphozyten (T-Zellen) zu TH1-Zellen sowie einem kürzlich neu entdeckten Typ von T-Zellen, TH17-Zellen. Die aktivierten T-Zellen wandern von dort in die Haut und sorgen über eine Reihe immunologischer Reaktionen dafür, dass verstärkt Entzündungsfaktoren ausgeschüttet werden. Die Keratinozyten entzünden sich, werden vermehrt gebildet und gelangen verfrüht an die Hautoberfläche. Während es bei Gesunden etwa 4 Wochen dauert, bis ein im Stratum basale gebildeter Keratinozyt bis zum Stratum corneum gelangt, erreichen die Zellen bei der Psoriasis in nur 4 Tagen die Hautoberfläche (► **S. 24**). Es bleibt ihnen keine Zeit, sich zu differenzieren, weshalb sie auch noch ihre Zellkerne besitzen, wenn sie die Hornschicht erreichen. Wieder und wieder bildet sich also neue Dermis, die nicht vollständig entwickelt ist.

Die ausgeschütteten Entzündungsfaktoren bewirken auch, dass sich T-Zellen, Monozyten etc. im betroffenen Hautgebiet ansammeln und Granulozyten in die Epidermis einwandern. Es bilden sich entzündliche Infiltrate.

Ein Wachstumsfaktor, der sich bei Psoriasis ebenfalls vermehrt in der erkrankten



Abb. 1 Typisch für die Psoriasis sind erythematotquamöse Plaques mit weißen Schuppen. Foto: © SciencePictures/KES/Thieme Verlag

Haut nachweisen lässt, sorgt zudem für vermehrt längere und erweiterte Blutgefäße im betroffenen Hautareal. Die Entzündung wird dadurch unterstützt.

Psoriasis vulgaris

90 % aller Psoriasis-kranken leiden an der Psoriasis vulgaris. Sie tritt meist erstmalig im jugendlichen Alter auf, zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr. Es handelt sich dann um eine **Psoriasis vulgaris Typ 1**. Bei diesem Typ finden sich meist in der Familienanamnese viele Psoriasis-kranken, oft mit schweren und häufigen Schüben.

Der **Psoriasis vulgaris Typ 2** erkrankt dagegen meist erst um das 40. Lebensjahr oder später. Er ist oft als Einziger in seiner Familie betroffen und die Symptome sind bei ihm weniger stark ausgeprägt.

Weißlich schuppene Effloreszenzen: das chronische Stadium

Die Psoriasis vulgaris verläuft in Schüben. Zwischen den Schüben finden sich **im chronischen Stadium** die typischen Effloreszenzen: Es sind **entzündlich gerötete,**



Abb. 2 Im chronischen Stadium können die Effloreszenzen zu einer großflächigen verschmelzen. Foto ©: SciencePictures/KES/Thieme Verlag



Abb. 3 Bei der Psoriasis inversa schuppen die Hautstellen nicht, sondern Rhagaden entstehen. Foto: © Science Pictures/KES/Thieme Verlag



Abb. 4 Der akute Schub der Psoriasis beginnt mit kleinen punktförmigen Effloreszenzen. Foto ©: SciencePictures/KES/Thieme Verlag

deutlich zum gesunden Hautareal abgegrenzte Flecken (erythematosquamöse Plaques), die mit nicht fest haftenden, weiß-silbrigen Schuppen bedeckt sind (Abb. 1). Vor allem an den Knien und Ellenbogen, in der Sakralregion und am Kopf sind diese Plaques zu finden. Sie jucken normalerweise nicht. Die Herde können auch zu einem oder mehreren zusammenfließen und sich großflächig und mit unregelmäßigen Rändern über den Körper erstrecken. Man spricht dann von der Psoriasis geographica, denn die Herde erinnern an Inseln bzw. Kontinente (Abb. 2).

Oft haben die Patienten auch in der Analfalte Plaques, die jedoch nicht schuppen, dafür aber Rhagaden bilden. Manchmal können auch nur die Analfalte sowie die Innenseiten der Ellenbeugen, der Knie, die Leistenfalten sowie das Hautareal unter der Brust von entzündlichen, nicht schuppenden Plaques befallen sein. Es handelt sich dann um eine Sonderform der Psoriasis, die Psoriasis inversa (Abb. 3). Dieselben Symptome können aber auch von einer Pilzinfektion ausgelöst sein, entsprechend wichtig ist es daher, diese Diagnose zuerst auszuschließen.

Von kleinen Punkten zu großen Inseln: der akute Schub

Bei einem akuten Psoriasissschub, der durch einen Trigger ausgelöst wird (Kasten S. 20), finden sich über den ganzen Körper verteilt Psoriasisherde, die zunächst die Form von Punkten (Psoriasis punctata Abb. 4) haben, schnell aber in ihrer

Größe zunehmen und bald tropfenförmig (Psoriasis guttata) erscheinen und auf die Größe von Münzen (Psoriasis nummularis) anwachsen. In diesem Stadium kann verstärkt Juckreiz auftreten. Ist der ganze Körper von einer schuppenden Entzündung überzogen, spricht man von einer psoriatischen Erythrodermie.

! Das atopische Ekzem, das Sézary-Syndrom und die Ichthyose ähneln der psoriatischen Erythrodermie. Unbedingt durch einen Hautarzt abklären lassen!

Während eines akuten Psoriasissschubs können sich auch Pusteln bilden. Sie sind die stark ausgeprägte Form der entzündlichen Infiltrate in der Haut. Die Pusteln sind steril und können entweder in vielen Einzelgruppen auftreten oder ineinanderlaufen. Sind sie nur an den Händen und Füßen lokalisiert, spricht man von der Psoriasis pustulosa Typ Barber. Sind sie einem Exanthem ähnlich über den gesamten Körper verteilt, liegt eine Psoriasis pustulosa generalisata Typ Zumbach vor (Abb. 5, S. 22). Oft bestehen Fieber und Leukozytose, die Patienten fühlen sich schwer krank. Meist ist eine Krankenhauseinweisung notwendig zur i.v.-Gabe entzündungshemmender Medikamente und Kortison.

Nicht ungepflegt, sondern krank: Veränderungen an den Fingernägeln

Über die Hälfte aller Psoriasispatienten entwickelt im Laufe ihrer Erkrankung auch

charakteristische Symptome an den Nägeln. Typisch sind beispielsweise die Trichternägel, bei denen es zu vielen kleinen, kraterartigen Vertiefungen im Nagel kommt (Abb. 6, S. 22). Sie entstehen durch die mangelhafte Verhornung des Nagels, weshalb sich allmählich kleine Teile herauslösen.

Auch gelblich-bräunliche, schmutzig aussehende Verfärbungen finden sich häufig an den Nägeln von Psoriasispatienten. Diese sogenannten Ölflecke entstehen ebenfalls infolge der unreifen und zu früh an die Oberfläche gelangten Keratocyten (Abb. 7, S. 22).

Sind nicht nur einzelne Bereiche des Nagels von der Psoriasis befallen, sondern die gesamte Nagelplatte, entsteht ein Krümelnagel. Der Nagel ist verformt, gewölbt und verdickt, das Bild ähnelt einer Nagelmykose, weshalb differenzialdiagnostisch auch daran zu denken ist!

Diagnostik: Der Holzspatel ist wichtig

Familienanamnese (Disposition) und Fragen zur aktuellen Krankengeschichte können sowohl bei der akuten als auch der chronischen Psoriasisform erste Hinweise geben. Eine gründliche Inspektion der Haut am ganzen Körper, einschließlich des Kopfes und ggf. der Analfalte, zeigt, ob sich Effloreszenzen finden, die eventuell der akuten, der chronischen oder einer anderen Form zuzuordnen sind.

Bei der Psoriasis lässt sich das sogenannte Köbner-Phänomen auslösen. Reizt



Abb. 5 Typische Pusteln bei der Psoriasis pustulosa generalisata Typ Zumbach.
Foto ©: SciencePictures/KES/Thieme Verlag

man die Haut eines Patienten mit einer Hauterkrankung mechanisch, entsteht an dieser Stelle eine für die Hauterkrankung typische Effloreszenz. Bei einem Psoriasispatienten kann man also mit einem Holzspatel die Haut reizen und es entsteht an der gereizten Stelle ein Psoriasisplaque.

Im **chronischen Stadium** führen die **typischen Effloreszenzen an den typischen Hautstellen** meist sehr schnell zur Verdachtsdiagnose Psoriasis vulgaris. Mithilfe des sogenannten **Kratzphänomens** lässt sich der Verdacht weiter erhärten.

- **Kerzenphänomen:** Schabt man vorsichtig mit einem Holzspatel oder einem anderen stumpfen Gegenstand die Oberfläche des Psoriasisherds ab, lösen sich weiße Schuppen. Sie sehen aus wie kleine, von einem Tisch gekratzte Kerzenwachstropfen
- **Phänomen des letzten Häutchens:** Schabt man weiter, erscheint unter den Schuppen ein dünnes, glänzendes, stark durchblutetes Häutchen: die Dermis
- **Phänomen des blutigen Taus:** Schabt man noch etwas weiter, eröffnet man die Dermis und es kommt zu punktförmigen Blutungen aus den kleinen Blutgefäßen

Im Zweifelsfall zum Hautarzt!

Mykosen, Basaliome, Ekzeme (seborrhoisches, atopisches, Kontaktekzem), Ichthyosis sowie auch eine Syphilis können Hautveränderungen hervorrufen, die den typischen Psoriasisplaques sehr ähnlich sind. Daher ist **bei der Untersuchung besonders**

auf die Lokalisation zu achten. Im Zweifelsfall sollte der Patient einen Hautarzt aufsuchen und die Diagnose abklären lassen.

Zum Syphilisausschluss muss nach kürzlich ungeschütztem Geschlechtsverkehr und Kontakt mit Risikopersonen gefragt werden.

! Bei einer Erstmanifestation der Erkrankung sollte der Patient vor Therapiebeginn grundsätzlich zur Bestätigung der Diagnose einen Hautarzt aufsuchen.

Psoriasis arthropathica: wenn's auch die Gelenke trifft

Nachdem die Psoriasis vulgaris durch einen Trigger ausgelöst worden ist und sich erste Hautsymptome manifestiert haben, entwickeln etwa 5 % aller Psoriasispatienten auch Symptome an den Gelenken. Es sind vor allem diejenigen mit **Psoriasis vulgaris Typ 1**. Selten ist eher, dass Gelenkveränderungen auffallen, bevor die Plaques entstehen bzw. Plaques und Gelenkbeschwerden gleichzeitig auftreten. Manchmal zeigen sich Gelenkveränderungen aber auch nur zufällig im Röntgenbild, ohne dass der Psoriasis-Patient jemals zuvor Gelenkbeschwerden verspürt hat. Die Rheumafaktoren sind im Serum immer negativ.

Auch bei der Psoriasis arthropathica gibt es 2 Formen.

Der periphere Typ

Der sogenannte **periphere Typ** ist häufig. Zehen- oder Fingergelenke sind meist **ge-**

schwollen, entzündlich gerötet und schmerzen stark. Oft sind **mehrere Gelenke gleichzeitig betroffen**, typischerweise alle Gelenke eines Fingers oder Zehes. Auch die Psoriasis arthropathica verläuft schubweise, wobei sie das Gelenk wechselt. Eine Polyarthritiden ist auszuschließen.

Der axiale Typ

Seltener ist der **axiale Typ**. Er befällt die **Iliosakralgelenke und die Wirbelsäule**, die kleinen Gelenke sind selten betroffen. Beim axialen Typ kommt es zu einer **Gelenkversteifung**, weshalb sich auch ein Morbus Bechterew hinter den Symptomen verbergen kann und ausgeschlossen werden muss.

Nicht heilen, nur lindern

Die Psoriasis ist genetisch bedingt und lässt sich daher nicht ursächlich behandeln. Symptomatisch behandelt die **Schulmedizin**, indem sie zunächst die auf den Plaques aufgelagerten Schuppen mit Salicylsäure entfernt. Danach erhält der Patient Salben, die die Entzündung und die verfrühte Reifung der hornbildenden Zellen hemmen. Verbessert sich die Psoriasis unter dieser lokalen Therapie nicht, wird die Ultraviolet-Phototherapie eingesetzt. Um die Wirkung der UV-Bestrahlung zu verbessern, bekommen die Patienten vor der Bestrahlung meist ein Medikament verabreicht, das die Haut lichtempfindlicher macht. Bessert sich die Psoriasis auch unter der Phototherapie nicht, wird systemisch mit Immunsuppressiva und Zytostatika behandelt.



Abb. 6+7 Auch die Nägel bleiben nicht verschont. Die Trichternägel zeigen kraterartige Vertiefungen (li. Bild), während die Ölflecknägel gelb-braun verfärbt sind (re. Bild).

Foto ©: SciencePictures/KES/Thieme Verlag

Zahlen und Fakten zur Psoriasis

Sucht man nach Angaben, wie viele Menschen weltweit an Psoriasis leiden, stößt man je nach Quelle auf Zahlen in einer Größenordnung von **80–125 Millionen Erkrankten**. Die Quellen stimmen aber überein, wenn es um den „Ranglistenplatz“ der Psoriasis unter den Hauterkrankungen geht: Sie ist weltweit eine der führenden. In Europa leiden 2–3 % der Gesamtbevölkerung an Psoriasis, die Prävalenz ist hier weltweit am höchsten. Menschen schwarzafrikanischer Herkunft und die Ureinwohner Amerikas erkranken dagegen nicht an dieser Hautkrankheit. Die Psoriasis macht keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern, sie kommt bei Männern und Frauen gleichermaßen vor.



HP Elvira Bierbach

Kreuzstraße 32
33602 Bielefeld

Elvira Bierbach leitet seit 1992 eine Heilpraktikerschule in Bielefeld. Außerdem schreibt sie Fachbücher, gibt verschiedene Lehrbücher für Heilpraktiker(-anwärter) heraus und hält Vorträge. Seit 2001 ist sie Beiratsmitglied im „Bund Deutscher Heilpraktiker“, seit 2006 die Hauptschriftleiterin der DHZ.

E-Mail: e.bierbach@freenet.de

Die **Naturheilkunde** setzt dagegen vor allem eine konstitutionelle Behandlung ein. Hierdurch kann der Organismus umgestimmt und überschießende Reaktionen der Haut können abgemildert werden (📍 **S. 34–35**). Außerdem werden symptomatisch die Abschuppung und Rückfettung der Haut unterstützt und der Juckreiz gelindert. In manchen Fällen kann eine psychosomatische Begleitbehandlung sehr unterstützen. Mit all diesen Maßnahmen lässt sich zwar die Psoriasis nicht ursächlich heilen, aber doch in vielen Fällen auch langfristig eine Linderung erzielen.



Verwendete Literatur

- [1] **Elsner P, Norgauer J (Hrsg)**. Psoriasis. Diagnostisches und therapeutisches Management. Stuttgart: Thieme; 2009.
- [2] **Moll I**. Duale Reihe. Dermatologie. 6. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2005.