Heiner Gabele

Die Psoriasiserkrankung unter dem Schwerpunkt komplementärmedizinischer Optionen

Die Aeskulap-Klinik in Brunnen vertritt einen integrativen Diagnostik- und Therapieansatz, der konventionelle und komplementärmedizinische Methoden einsetzt. Eine umfassende Diagnostik gibt den Ärzten Aufschlüsse über Entzündungsaktivität, Mangelsituationen, Milieustörungen und Störfeld-einflüsse und ebnet den Weg zu den individuellen Therapiemassnahmen.

In den westlichen Industrieländern beträgt die Prävalenz der Psoriasiserkrankung 2–4%. Vor allem bei jungen Psoriasispatienten ist eine genetische Disposition feststellbar. Es finden sich bei ca. 40% Bezüge zum HLA-System (HLA-Cw6 und HLA-DR7) sowie zu bislang 9 Genloci (PSORS1–9). Bei etwa 60% der Psoriasispatienten liegt der Erstmanifestationsgipfel in der fünften oder sechsten Lebensdekade, wobei in diesen Fällen eine familiäre Häufung üblicherweise fehlt [1].

Klinik

Die Psoriasis ist eine chronische Dermatitis, die in die Gruppe der immunvermittelten Entzündungskrankheiten eingeordnet wird. Ihre typische Hautmanifestation ist eine scharf begrenzte erythrosquamöse Plaque mit den Prädilektionsstellen behaarter Kopf, Streckseiten von Ellenbeugen und Knien sowie Sakralregion mit Analfalte. In über der Hälfte der Fälle besteht zusätzlich ein Pruritus. Man unterscheidet die mit 80% häufige Psoriasis vulgaris von weiteren Formen wie der Psoriasis guttata und Sonderformen wie der pustulären Psoriasis. In 30% sind Nagelveränderungen und in ca. 20% Gelenkbeteiligungen zu beobachten.

Für den einzuschlagenden Therapieweg ist eine Abschätzung des Schweregrades der Psoriasis sehr wichtig. Hierzu dienen verschiedene Parameter wie unter anderem der «Psoriasis Area and Severity Index» (PASI) sowie «Body Surface Area» (BSA) und der «Dermatology Life Quality Index» (DLQI). Weitere Faktoren wie das Ansprechen auf frühere Therapien, eventuelle Rückfälle unter welchen therapeutischen Massnahmen, die Krankheitsaktivität (neue Läsionen in welcher Zeit usw.) sowie komplizierende Faktoren wie Arthritis oder Juckreiz müssen in die Beurteilung miteinfließen.

Komorbidität

Der Psoriasispatient leidet häufiger an kardiovaskulären Erkrankungen mit erhöhter Mortalität. Die Psoriasis ist gehäuft mit einem metabolischen Syndrom, einer depressiven Entwicklung mit erhöhter Suizidalität sowie bei Männern mit einem erhöhten Alkoholkonsum vergesellschaftet.

Schulmedizinische Therapie

Neben der Basispflege der Haut wird die Lokaltherapie mit verschiedenen Externa durchgeführt, wovon die

topischen Kortikoide der Wirkstärke II und III die am häufigsten verordnete Gruppe darstellen. Auch Vitamin-D3-Analoga haben sich sehr bewährt. Weitere Optionen bei schwereren Verläufen sind die Lichttherapie mit ultraviolettem Licht oder die Photochemotherapie.

Bei mittelschwerem und schwerem Verlauf einer Psoriasis sowie hoher Rezidivhäufigkeit und Krankheitsaktivität kommen Fumarsäureester, Methotrexat oder auch Ciclosporin zum Einsatz.

Eine wichtige Erweiterung des Therapiespektrums stellen die sogenannten Biologics dar, die vor allem bei unzureichendem Ansprechen der herkömmlichen Systemtherapien ihren Einsatz finden. Es sind Infliximab und Adalimumab, Antikörper gegen Tumornekrosefaktor (TNF)- α , Etanercept, ein gegen TNF- α -gerichtetes Fusionsprotein, sowie Efalizumab, ein Antikörper gegen das Zelloberflächen-Adhäsionsmolekül LFA-1.

Psyche und Psoriasis

Die langjährige Hauterkrankung hat einen starken belastenden Einfluss auch auf die emotionale Ebene. Eine australische Arbeitsgruppe ging der Frage nach, inwieweit sich die

Abb. 1. Heilpflanzen: Die Phytotherapie kann einen wertvollen Beitrag zur Unterstützung der Psoriasis leisten. Auf dem Bild befinden sich Curcumawurzel, Indigopulver, Mahonienwurzelrinde und Neemblätter.

Psoriasispatienten durch ihre behandelnden Haus- und Fachärzte in ihrer belastenden psychischen Situation wahrgenommen fühlten. Das Ergebnis war ernüchternd. Die Patienten fühlten sich emotional nicht wahrgenommen und ihr Leiden trivialisiert [2].

Komplementäre Therapieansätze

Die Psoriasis ist eine Krankheit, die als unheilbar gilt. Je nach Ausbruch der Erkrankung, zum Beispiel im Kindesalter, ist dies für die Betroffenen eine lebenslange Bürde. Daher ist es nicht verwunderlich, dass bei oft unzureichender Effizienz der schulischen Therapien und zum Teil erheblichen Nebenwirkungen nach Alternativen gesucht wird. Je nach Studien benutzen zwischen 40 und 72% der Patienten alternative Therapien, zumeist zusätzlich zu ihrer Basisbehandlung [3, 4]. Nach den Umfrageergebnissen rangieren spezielle Diäten, die Kräutermedizin und die orthomolekulare Medizin mit Supplementen an vorderster Stelle [5].

Aus der wissenschaftlichen Forschung ist bekannt, dass sekundäre Pflanzeninhaltsstoffe die Expression von TNF- α , Interleukin-1b, Cyclooxygenase-2, Lipoxygenase, Matrix-Metalloproteinasen, Adhäsionsmolekülen oder die Aktivierung von NF-kappaB modifizieren können. Gut untersuchte Beispiele hierfür wären Polyphenole wie das Curcumin aus der Wurzel der *Curcuma longa* (Abb. 1), das Resveratrol aus der roten Weinbeere oder die Catechine aus dem Grüntee [6, 7].

Es existieren nur wenige wissenschaftliche Studien, die die Wirksamkeit von alternativen oder komplementären Therapieansätzen bei Psoriasis untersucht haben. Gute Überblicke findet man bei Smith et al. [8] und Traub [9].

Vielen Ärzten ist nicht ausreichend bewusst, dass viele Patienten alternative oder komplementäre Therapien einsetzen und dies nicht spontan äussern. Es geht hier weniger um Nebenwirkungen dieser Therapien, sondern um Interaktionen mit einer schulisch medikamentösen Therapie. Gut untersucht ist die Aktivierung des

Cytochroms Cyp 3A4 durch Johanniskraut und die damit verbundene Reduktion der Wirksamkeit verschiedener potenter Medikamente wie Marcumar® oder Ciclosporin.

Es gibt eine Vielzahl von Kasuistiken zu Remissionen nach verschiedensten komplementären Therapieansätzen. Hier muss einschränkend gesagt werden, dass der natürliche Verlauf der Psoriasis sehr variabel ist und in ca. 30% Spontanremissionen vorkommen können [10].

Diät

Aus der klinischen Erfahrung ist bekannt, dass einige Gewürze, aber auch einige Nahrungsmittel einen Schub oder Verschlimmerungen einer Psoriasis auslösen können. Hierunter fallen Gewürze, die vom Blüten- oder Fruchtstand der Gewürzpflanze stammen, wie zum Beispiel Pfeffer, Muskat, Senf und Gewürznelke. Baum-, Hasel- oder Erdnüsse, aber auch die Schalen von Zitrusfrüchten sowie Wein und Essig können hier ebenfalls eine Rolle spielen [11].

Eine antiinflammatorische Diät besteht aus zwei Komponenten. Zum einen sollten die Nahrungsmittel, die Unverträglichkeiten verursachen, identifiziert und eliminiert werden. Häufiger sind glutenhaltige Produkte ursächlich hiermit vergesellschaftet. Wir empfehlen eine strenge Auslassdiät, d.h. eine glutenfreie Ernährung für 4 Wochen. Die laborchemische Testung auf Transglutaminase- und Gliadinantikörper ist aus unserer Erfahrung zu wenig sensitiv. Es kann auch eine Testung von Immunglobulin G (IgG) 1–4 auf verschiedene Nahrungsmittel eingesetzt werden, um einen Überblick über Intoleranzen zu bekommen. Zum anderen sollte ein Augenmerk auf die ausgeglichene Zufuhr von Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren gelegt werden. Die Balance zwischen proentzündlich und anti-entzündlich wirkenden Eicosanoiden wird zu einem grossen Teil über die

tägliche Fettsäurezufuhr gesteuert. Die Nahrungsmittel sollten aus sogenannten «guten» Fettquellen, wie Kaltwasserfische, Nüsse und Samen, stammen und Vollkornprodukte, Gemüse und Früchte einbeziehen. «Schlechte» Fette, wie gesättigte Tierfette, Transfette, gebratene und prozessierte Nahrungsmittel, Öle von schlechter Qualität, aber auch raffinierte Kohlenhydrate, sollten gemieden werden. Ein Übermass an Omega-6-Fettsäuren kann den Entzündungsprozess verstärken. Diese finden sich hauptsächlich in Sonnenblumen-, Distel- und Maiskeimöl. Eine wichtige Omega-6-Fettsäure stellt die Arachidonsäure dar, die unter anderem als Substrat für das potente, entzündungsvermittelnde Prostaglandin E2 dient. Arachidonsäurehaltige Nahrungsmittel sind vor allem Fleisch, Eier und Milchprodukte. Unsere Ernährung hat einen Quotienten von Omega-6- zu Omega-3-Fettsäuren von 11:1; angestrebt werden sollte ein Verhältnis von 3:1. Die aus den Fischölen stammenden Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA haben einen günstigen Effekt auf Entzündungspromotoren. Dies schliesst die Unterdrückung von Lymphproliferation, die Beeinflussung der CD4-Zell-Antigenpräsentation, die Präsentation von Adhäsionsmolekülen, die TH1- und TH2-Antwort und die Bildung proinflammatorischer Zytokine ein. Der Einbau von Omega-3-Fettsäuren in die Zellmembranen verbessert die transmembranösen Stoffwechselaktivitäten aller Zellen, und es kommt über eine verbesserte endotheliale Funktion zu einer Verbesserung der Mikrozirkulation [12, 13].

Ergänzende Massnahmen

Lifestyle-Interventionen sind gut belegte Begleitmassnahmen. Wenn eine Adipositas vorliegt, ist eine Gewichtsabnahme auf einen normalen Body Mass Index essenziell [14]. Zigaretten-

Abb. 2. Globuli: Auch homöopathische Mittel werden in der Psoriasisbehandlung eingesetzt.

und Alkoholkonsum sind mit der Schwere der Psoriasis assoziiert und sollten daher zumindest reduziert werden. Ein positives Stressmanagement hat sich als hilfreich herausgestellt. Hierunter fallen Aktivitäten wie tägliche Meditationen [15], Entspannungstechniken wie autogenes Training oder Yoga, aber auch ein tägliches Bewegungsprogramm.

Therapie der Psoriasis an der Aeskulap-Klinik

Wir vertreten in der Aeskulap-Klinik einen integrativen Diagnostik- und Therapieansatz, der konventionelle und komplementärmedizinische Methoden einsetzt. Eine umfassende Diagnostik gibt uns Aufschlüsse über Entzündungsaktivität, Mangelsituationen, Milieustörungen und Störfeldinflüsse.

Die Therapie besteht je nach individueller Situation des Patienten in einer Therapie der Hauteffloreszenzen mit einer Vitamin-B12-haltigen Creme [16] oder einer *Aloe-vera*-halti-

gen Creme [17]. Dokumentiert ist auch die Wirksamkeit von externem Extrakt aus *Mahonia aquifolium* [18], einer Indigo-naturalis-haltigen Creme [19] oder einer Neem-Blattextrakt-Creme (Abb. 1) [20, 21]. Eine Entlastung des Darmmilieus bei häufigen Darmmukosabarrierestörungen erfolgt durch eine geeignete Kost [22, 23] unter Berücksichtigung der Unverträglichkeiten und eventueller Nahrungsmittelprovokateure, durch Einleitung einer Probiotikatherapie und eventuell unterstützt durch Colonyhydrotherapien. Eine Supplementierung mit Zink und Selen sollte bei festgestelltem Mangel erfolgen. Eine homöopathisch konstitutionelle Therapie (Abb. 2) zeigt häufiger längerfristigen Erfolg [24]. Stumme oder latente Entzündungsprozesse können die Psoriasisaktivität unterhalten. Diese zu finden und zu eliminieren, ist vorrangig. Als ein Beispiel sei hier die Parodontitis angeführt [25]. Die psychotherapeutische Betreuung mit dem Fokus auf Stressmanagement und Entspannung hat einen hohen Stellenwert. Wenn irgendwie möglich,

Abb. 3. Die Maltherapie kann eine unterstützende Wirkung auf das Psoriasis-Problem haben.

sollten nebenwirkungsarme Therapieansätze (Abb. 3) bevorzugt werden, da es sich häufig um eine jahrelange intermittierende Therapie handelt. Bei ungenügendem Ansprechen oder schweren Verläufen muss der Einsatz von schulmedizinischen Therapien unter Kooperation mit einem Dermatologen diskutiert werden.

Literatur

- 1 Mrowietz U: Psoriasis – Neue Einsichten in Pathogenese und Behandlung. Dtsch Aerztebl 2009;106:11–19.
- 2 Magin PJ, et al: Patients with skin disease and their relationships with their doctors: a qualitative study of patients with acne, psoriasis and eczema. Med J Aust 2009;190:62–64.
- 3 Chen YF, Chang JS: Complementary and alternative medicine among patients attending a hospital dermatology clinic in Taiwan. Int J Dermatol 2003;42:616–621.
- 4 Ben-Arye E, et al: Complementary medicine and psoriasis: linking the patient's outlook with evidence-based medicine. Dermatology 2003;207:302–307.
- 5 Clark CM, et al: Use of alternative treatments by patients with psoriasis. Br J Gen Pract 1998;48:1873–1874.
- 6 Khanna D, et al: Natural products as a gold mine for arthritis treatment. Curr Opin Pharmacol 2007;7:344–351.
- 7 Bright JJ: Curcumin and autoimmune disease. Adv Exp Med Biol 2007;595:425–451.
- 8 Smith N, et al: Complementary and alternative medicine for psoriasis: a qualitative review of the clinical trial literature. J Am Acad Dermatol 2009;11:841–856.
- 9 Traub M, Marshall K: Psoriasis – pathophysiology, conventional, and alternative approaches to treatment. Altern Med Rev 2007;12:319–330.
- 10 Farber EM, Nall ML: The natural history of psoriasis in 5,600 patients. Dermatologica 1974;148:1–18.
- 11 Schäfer N: Fumarsäure bei Psoriasis und endogenem Ekzem. EHK 2009;58:146–151.
- 12 Calder PC: n-3 polyunsaturated fatty acids, inflammation, and inflammatory diseases. Am J Clin Nutr 2006;83:1505–1519.
- 13 Mayser P, et al: n-3 fatty acids in psoriasis. Br J Nutr 2002;87:77–82.
- 14 Naldi L, et al: Dietary factors and the risk of psoriasis. Results of an Italian case-control study. Br J Dermatol 1996;134:101–106.
- 15 Kabat-Zinn J, et al: Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). Psychosom Med 1998;60:625–632.
- 16 Januchowski R: Evaluation of topical vitamin B (12) for the treatment of childhood eczema. J Altern Complement Med 2009;15:387–389.
- 17 Syed TA, et al: Management of psoriasis with *Aloe vera* extract in a hydrophilic cream: a placebo-controlled, double-blind study. Trop Med Int Health 1996;1:505–509.
- 18 Bernstein S, et al: Treatment of mild to moderate psoriasis with Reliëva, a *Mahonia aquifolium* extract – a double-blind, placebo-controlled study. Am J Ther 2006;13:121–126.
- 19 Lin YK, et al: The efficacy and safety of topically applied indigo naturalis ointment in patients with plaque-type psoriasis. Dermatology 2007; 214:155–161.
- 20 Pandey SS, et al: Aqueous extract of neem leaves in treatment of psoriasis vulgaris. Indian J Dermatol Venereol Leprol 1994;60:63–67.
- 21 Steele T, et al: Herbal remedies for psoriasis: what are our patients taking? J Altern Complement Med 2006;5:451–457.
- 22 Pizzorno JE, Murray MT: Textbook of Natural Medicine, ed 3. St. Louis, Churchill Livingstone, 2006, p 2080.
- 23 Pagano J: Healing psoriasis: the natural alternative. New Jersey, Pagano Organization, 1991.
- 24 Witt CM, et al: Homeopathic treatment of patients with psoriasis – a prospective observational study with 2 years follow-up. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23:538–543.
- 25 Adler E: Störfeld und Herd im Trigeminiusbereich. Heidelberg, Dr. Ewald Fischer, 1990.