

Die Seite des Wissenschaftlichen Beirats

Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats kommentieren aktuelle Entwicklungen zum Thema Schuppenflechte.



Dr. Norbert Buhles, Dr. Hanka Lantzsch

Psoriasis und metabolisches Syndrom

Zusammenhang zwischen Schuppenflechte und metabolischem Syndrom

Als Ursache des überdurchschnittlich häufigen Auftretens eines metabolischen Syndroms bei Psoriasis-Patienten werden vermutet

- Chronische Entzündungsprozesse im Körper und/oder
- (Bei) beiden Erkrankungen gemeinsame Risikogene.

Unterstützt wird die Vermutung dieses direkten Zusammenhangs auch durch die Erkenntnis, dass bei Psoriasis das Risiko für die Verengung von Herzkranzgefäßen und einen Herzinfarkt erhöht sind. (3)

Was sind die Gründe?

Es gibt Hinweise für die Richtigkeit der „Entzündungstheorie“ bei der Entstehung des metabolischen Syndroms und der koronaren Herzerkrankung in Folge der chronischen Entzündung bei Psoriasis. Langfristig lassen sich die Folgen der parallelen kardiovaskulären Erkrankungen durch anti-entzündliche Therapien deutlich senken!

Außerdem sind vielfältige unterschiedliche „genetische Zusammenhänge“ zur Psoriasis nachgewiesen worden. Beispielsweise wurden Veränderungen des Gens des IL-23-Rezeptors (Entzündungsbotenstoff) nachgewiesen. Das Gen ist ein bekanntes „Risikogen“ für die chronisch-entzündliche Erkrankung des Darms: Mor-

bus Crohn. Die Erkrankung verläuft wie die Psoriasis in Schüben.

Bedeutung für den Alltag

Will ein Psoriasis-Patient im „hier und jetzt“ seine Lebensqualität und seine Lebenserwartung verbessern, muss er mehr-gleisig vorgehen:

- Die Entzündung seiner Haut und gegebenenfalls an seinen Gelenken stoppen und
- im Falle eines metabolischen Syndroms seine oben genannten Risikofaktoren „in den Griff“ bekommen bzw. schon bei eingetretenen Erkrankungen (zum Beispiel Herzkranzgefäßverengungen/-verkalkung, (Herz-) Infarkt und/oder Blutzucker) behandeln lassen.

Konsequenz für den Psoriasis-Patienten

Um die Haut- und /oder die Gelenkentzündungen zu stoppen (zu reduzieren), wird sich der Psoriasis-Patienten aus seiner Alltagssituation heraus zunächst vom Hausarzt als Lotse zum Hautarzt bzw. Rheumatologen überweisen lassen. Dort wird je nach Schweregrad der Erkrankung eine Mono- oder Kombinationstherapie eingeleitet werden.

Eine gute Selbsthilfe-Gruppe vor Ort gibt Tipps unter anderem bezüglich sozialer Rahmenbedingungen (gegebenenfalls Grad der Behinderung, Adressen von Psoriasiszentren, Umgang mit Krankenkassen und anderen Kostenträgern) usw.

Psoriasis und metabolisches Syndrom treten häufig zusammen auf

In Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit Psoriasis überdurchschnittlich häufig an einem metabolischen Syndrom leiden. Von einem metabolischen Syndrom spricht man, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien nachzuweisen sind (1)

- Bauchumfang > 102 cm (Männer) > 88 cm (Frauen)
- Triglyceride (Blutfette) > 150mg/dl
- HDL (High Density Lipoprotein, besteht aus Fetten und Eiweiß transportiert „fettähnliche Stoffe“) < 40 mg/dl (Männer) < 50 mg/dl (Frauen)
- Nüchtern Blutzucker > 100 mg/dl.

Eine Untersuchung von mehr als 2.400 Probanden (2) im Alter von 20 bis 59 Jahren, die in den USA von 2003 bis 2006 durchgeführt wurde zeigte, dass 40 Prozent der Patienten mit Psoriasis zusätzlich an einem metabolischen Syndrom erkrankt waren. Im Vergleich dazu hatten nur 23 Prozent der Teilnehmer ohne Psoriasis ein metabolisches Syndrom.

In der Regel sollte sich so die „Basisentzündung“ (Mrowietz, 2008) in Grenzen halten lassen. Dabei ist stets auch die Schub- und Trigger-Prophylaxe im Hinterkopf zu behalten: Auslöser eines neuen Schubes – beispielsweise durch Infekte außerhalb des Hautorgans (z. B. an Zähnen, Mandeln, Harnwegen usw.), Stressoren (Mobbing, Bossing, Familien-, Umweltstress usw.), sind in erträgliche Schranken zu verweisen. Gelingt dies, ist das schon die „halbe Miete“ zur Minderung der Probleme durch ein metabolisches Syndrom.

Ein engagiertes ambulantes Programm zur Vermeidung des metabolischen Syndroms ist zum Beispiel im „BeWegbereiter.de“ zu finden. Darüber wurde im PSO Magazin wiederholt berichtet (siehe PSO Magazin 4/15, Seite 11 und PSO Magazin 5/16, Seite 15). Die Nutzung wird über Dermatologen im Internet kostenlos zur Verfügung gestellt und beinhaltet neben Ernährungstipps Methoden zur Selbstkontrolle sowie auch Bewegungsübungen.

Darüber hinaus sollte die regelmäßige (möglichst jährliche) Kontrolle beim Zahnarzt und dem allgemeinärztlichen/internistischen ggf. gynäkologischen/urologischen versorgenden Arzt nicht vernachlässigt werden.

Praktische Hilfen

Sind die Grenzen der ambulanten Möglichkeiten vor Ort erreicht, die Infrastruktur nicht geeignet, die Situation am Arbeitsplatz zur Umsetzung oben genannter Empfehlungen ungünstig und die Erkrankung fortgeschritten, muss eine (akut-)stationäre Einweisung in Erwägung gezogen werden.

Eine Hilfe für die Entscheidung, ob ein Krankenhausaufenthalt sinnvoll ist, ist die Zehnerregel („Rule of Ten“) bei Psoriasis.

Die Regel besagt, dass der

- PASI (Psoriasis Aktivitäts- und Schweregradindex) > 10 Punkte und/oder

- BSA (Body Surface Area), wobei die erkrankte Körperoberfläche > 10 Prozent sein sollte oder
 - DLQI (Dermatologischer Lebensqualitätsindex) > 10 Punkte liegen sollte,
- um eine stationäre Aufnahme zu begründen.

Der PASI wird vom versorgenden Arzt erhoben. Die Fragen des Fragebogens zur Lebensqualität (DLQI) sind von den Psoriasis-Patienten selbst zu beantworten. Die Fragen beziehen sich auf die letzten sieben Tage und widmen sich unter anderem dem Juckreiz, Einschränkungen bei Kleiderwahl, Freizeitgestaltung, Sport, Arbeit/Ausbildung, aber auch den Problemen im Umgang mit dem Partner, Freunden und Verwandten. Der Fragebogen enthält auch Fragen zur Beeinträchtigung des Liebeslebens durch die Psoriasis. Der Faktor zum Messen der erkrankten Hautfläche (BSA) ist selbsterklärend. So entspricht die Fläche der Handinnenseite ungefähr einem Prozent der Körperoberfläche (beim Erwachsenen).

Ist die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit nachhaltig (d. h. länger als drei Monate) gefährdet, sollte eine Maßnahme zur Rehabilitation bei der zuständigen Rentenversicherung (DRV) beantragt werden.

Da leider (noch immer) keine einheitliche Form des Antragswegs für die Vorgehensweise im Einzelfall existiert, empfiehlt sich bei Unklarheit die Rückfrage bei der gesetzlichen Krankenkasse oder bei der Geschäftsstelle des DPB.

Auch der Psoriasis-Patient im Rentenalter hat einen Anspruch auf eine Maßnahme zur Rehabilitation bei Psoriasis. Die Rehabilitation mindere die Gefahr einer sozialen oder körperlichen Destabilisierung oder der Entstehung einer Pflegebedürftigkeit. Eine solche Maßnahme kann über das Antragsformular 61 beantragt werden (zu finden bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de/media/sp/

Muster61_Ansichtsexemplar.pdf). In der zumeist stationären und im besonderen geoklimatologischen Umfeld durchgeführten Rehabilitation werde sich heutzutage nicht mehr nur um „die Haut bzw. die Gelenke“ gekümmert, sondern die medizinische Behandlung durch wichtige Hilfestellungen zur Bewältigung des „psoriatischen Marsches“ ergänzt durch

- Gewichtsreduktion
- Nichtrauchertraining
- Mobilitäts- und Sportstraining
- gesunde Ernährung
- Stressbewältigung usw.



Während einer Rehabilitation in einer aerosoler Umgebung mit professioneller Unterstützung den „psoriatischen Marsch“ beenden.

Literatur

(1) Interdisziplinäre S 3 Leitlinie der AWMF: „Prävention und Therapie der Adipositas“: Kriterien für die Diagnose des Metabolischen Syndroms nach AHA/NHLBI (2013, S. 19)

(2) Love TJ, Qureshi AA et al., Prevalence of the Metabolic Syndrome in Psoriasis: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2003-2006. Arch Dermatol. 2011;147(4):419-424.

(3) Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. Jama. 2006;196(14):1735-1741.