

Zeitschrift:	Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti
Herausgeber:	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band:	27 (1991)
Heft:	2
Artikel:	Psoriasistherapie : Bewährtes und Neues
Autor:	Sigg, C.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-930039

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Psoriasistherapie – Bewährtes und Neues

Originalbeitrag von Dr. med. Chr. Sigg, Zürich*

Die Psoriasis vulgaris (der Name leitet sich vom griechischen *Psora* = Krätze ab wegen des Juckens und der Schuppenbildung) war bereits im Altertum bekannt. Die exakte Beschreibung des Krankheitsbildes erfolgte jedoch erst durch Robert Willan zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Die Psoriasis vulgaris ist als entzündliche Hautkrankheit mit unterschiedlichen Verlaufstypen auf der Basis einer vererbten Disposition definiert. Die Hauterscheinungen sind durch entzündlich gerötete, scharf begrenzte Herde mit typisch ausgeprägter Schuppung gekennzeichnet. Eine Beteiligung der Nägel ist häufig, zudem ist die Erkrankung bei etwa 5 Prozent der Patienten mit Gelenksveränderungen verbunden (bei Kindern ist die Psoriasis arthropathica extrem selten. Bei rund 60 Prozent der Patienten gehen die Hauterscheinungen den Gelenkssymptomen voraus). Der Verlauf der Erkrankung ist von Fall zu Fall verschieden, und atypische Formen sind recht häufig.

Mit einer Morbidität von 1 bis 2 Prozent der Bevölkerung ist die Psoriasis vulgaris bei uns die wohl bedeutsamste Hauterkrankung. Geographische und ethnische Faktoren sind für die Erkrankungsmanifestation bedeutsam: In tropischen Klimazonen ist die Erkrankung seltener, weisse Rassen erkranken am häufigsten, gelbe Rassen weniger häufig und negroide Rassen sehr selten. Bei Eskimos und südamerikanischen Indianern kommt die Psoriasis so gut wie nicht vor. Die Tatsache, dass die Psoriasis familiär gehäuft vorkommt und dass bei eineiigen Zwillingen in 90 Prozent der Fälle eine Konkordanz der Psoriasis nachzuweisen ist, deutet eindeutig auf Vererbungsfaktoren hin. Zahlreiche moderne Untersuchungen kommen heute zum Schluss, dass die Disposition zur Psoriasis vulgaris genetisch verankert ist. Was dabei vererbt wird, ist nicht die Hauterkrankung selbst, sondern die stoffwechselmässige Bereitschaft der Haut zur psoriatischen Reaktion. Über den Vererbungsmodus bestehen jedoch

bis heute keine einheitlichen Auffassungen. Vieles spricht jedoch dafür, dass die Psoriasis vulgaris eine sogenannte polygene Erkrankung darstellt, das heißt: Durch die kombinierte Wirkung von verschiedenen Genen wird die Erkrankungshäufigkeit bedingt. Umweltfaktoren sind nun aber an der Krankheitsmanifestation wesentlich beteiligt:

Durch klinische Beobachtungen sind physikalische und chemische Reize sowie andere entzündliche Dermatosen als Realisationsfaktoren einer Psoriasis einwandfrei belegt. Infektionskrankheiten, gewisse Medikamente, Schwangerschaft, Diät, Stress oder auch Hyperkalzämie können zusätzlich als endogene Provokation eine klinische Manifestation auslösen. Über den Einfluss des Alkohols bei der Auslösung der Psoriasis vulgaris bestehen bis heute noch widersprüchliche Vorstellungen.

Wenn es durch äussere und innere Provokation zum Übergang einer vererbten (latenten) Psoriasis in eine klinisch manifeste Psoriasis gekommen ist, liegen die wesentlichen funktionellen Störungen im erkrankten Hautareal selbst. Psoriasisherde zeichnen sich durch eine etwa 8fach erhöhte mitotische Tätigkeit der epidermalen Zellen aus, gleichzeitig finden sich Störungen in der Ausdifferenzierung der Hornzellen. In dem der Epidermis angrenzenden Bindegewebe sind die Kapillaren erweitert und lassen sich unschwer grössere Mengen entzündungsfördernder

Zellen, welche wahrscheinlich auch die Verdickung der Epidermis selbst beeinflussen, nachweisen. Möglicherweise zeigt sich die Bereitschaft zur psoriatischen Hautreaktion in einer gesteigerten Regenerationsbereitschaft der Epidermis mit Verhorngungsstörungen und in sogenannten immunologischen Anomalien, die nach heutigen Erkenntnissen äusserst komplex ablaufen.

Die Behandlung der Psoriasis ist nicht einfach, da viele Faktoren wie das Patientenalter, die inneren auslösenden Faktoren (Infektionskrankheiten, Medikamente, Schwangerschaft oder Entbindung, Diät, Stress), die Ausdehnung, die Lokalisation der Veränderung und die Intensität der entzündlichen Reaktion zu berücksichtigen sind. Die «Psoriasistherapie» kann es damit nicht geben, und von den angeführten Faktoren ist unter anderem auch stets die Entscheidung abhängig, ob eine ambulante oder klinische Behandlung erforderlich ist.

Jede Psoriasistherapie muss vom Grundgedanken begleitet sein, dass die psoriatischen Hauterscheinungen zwar beseitigt werden können, die erbliche Disposition zur psoriatischen Hautreaktion nicht. Jederzeit kann damit aus einer klinisch «geheilten» wieder eine manifeste Psoriasis werden. Rückfälle sind also nicht zu vermeiden. Da die Ursache der Psoriasis bislang nicht bekannt ist und auch keine Möglichkeiten bestehen, die sogenannten endogenen Faktoren individuell zu ändern, ist auch die Behandlung der Psoriasis bis zum heutigen Tag unspezifisch geblieben. Generell stehen zur Behandlung innerliche und äusserliche Massnahmen zur Verfügung.

Äussere Behandlung der Psoriasis

Die örtliche Behandlung ist, was Schnelligkeit, Bedenkenlosigkeit und Vollständigkeit der Wirkung angeht, nach wie vor allen anderen Massnahmen überlegen. Wichtig ist dabei, dass man die Dynamik der Psoriasis beachtet: Aufschiesende entzündliche Formen benötigen eine milde Behandlung als die chronisch-stationäre Psoriasis. Vor jeder Behandlung müssen soweit als möglich äussere und

* Zum Thema «Dermatologie» erschienen bzw. erscheinen folgende Fachbeiträge:

Nr. 12/90 Zum Thema Melanom
Nr. 2/91 Therapeutische Aspekte der Psoriasis
Nr. 4/91 Therapeutische Aspekte von Hand- und Fussmykosen
Nr. 5/91 Patienten mit Hautentzündungen und Wundsein in der täglichen Physiotherapie



Abbildungen 1 und 2: Scharf begrenzte, von dicker Schuppenschicht belegte psoriatische Hautveränderungen.

innere Provokationsfaktoren gesucht und – falls erkannt – eliminiert werden. Eine möglichst komplettete Entschuppung der Hautveränderungen steht am Anfang einer äusseren Therapie, da durch die Auflagerungen die Penetration antipsoriatisch wirksamer Substanzen deutlich gehemmt wird. Salicylvaseline, jedoch auch entschuppende Bäder mit Zusätzen von Öl und/oder Teeren, haben sich dabei bewährt.

Die äusserliche antipsoriatische Behandlung erfolgt nun im wesentlichen mit 3 Pharmaka:

1. *Dithranol*, ein bereits 1916 in die Psoriasis eingeführtes Medikament, hat einen zytostatischen Effekt und führt damit zu einer Normalisierung des erhöhten Zell-turn-over der psoriatischen Veränderungen. Dithranol führt zu leichten Hautrötungen, die durchaus erwünscht sind. Sehr gut bewährt hat sich die vorsichtige Psoriasistherapie mit Dithranol, kombiniert mit Teerbädern und künstlicher UV-Therapie (Ingram-Methode).

2. *Teere* sind seit langer Zeit in ihrer antipsoriatischen Wirkung bekannt, und teerhaltige Salben, Bäder sowie vor allem Shampoos sind aus der Psoriasisbehandlung heute nicht mehr wegzudenken.

3. Die Erfolge in bezug auf Schnelligkeit der Rückbildung von antipsoriatischen Hautveränderungen unter Verwendung *fluorierter Glucocorticoide* (Kortison) sind frappierend. Allerdings wird die Anwendung dieser Substanzen durch örtliche Nebenwirkungen und durch den Umstand eingeschränkt, dass eine Psoriasis meist prompt wieder auftritt, wenn die örtliche Kortisonbehandlung abgesetzt wird. Im Bereich des Kopfes, Gesichtes und der Ohren, in den Achselhöhlen und zur Behandlung einer Nagelpsoriasis hingegen nehmen die sogenannten flu-

rierten Glucocorticoide (kortisonhaltige Salben mit starker Wirkung) einen festen Platz ein.

In speziellen Fällen haben sich Quecksilbersalze seit langem als Antipsoriatika bewährt. Zudem darf nie vergessen werden, dass Röntgenweichstrahlentherapien grundsätzlich sehr gut geeignet sind zur Behandlung einzelner, vor allem hartnäckiger Psoriasisherde.

Fototoxisch wirksame Substanzen in Verbindung mit UV-Bestrahlung, Zytostatika, Vitamin-A-Säurepräparaten und immunmodulierenden Substanzen alleine oder in Kombination stellen nun heute das wesentliche moderne Arsenal zur Behandlung der Psoriasis dar.

Zytostatika

Der Folsäureantagonist Methotrexat hemmt die DNS-Synthese und damit die Zellverteilung, vor allem in den psoriatischen Herden. Die Tatsache, dass Methotrexat auf psoriatische Hauterscheinungen bereits in relativ niedriger Dosierung von günstiger Wirkung ist und dass es sich um eine saubere, auch oral durchzuführende Therapieform handelt, hat dazu geführt, das Methotrexat in vielen Ländern ein häufig angewendetes erfolg-

reiches Antipsoriatikum geworden ist. Wichtig ist die genaue Beobachtung der recht langen Liste von Kontraindikationen sowie die engmaschige Überwachung der blutbildenden Organe während der zytostatischen Therapie. Nach Absetzen von Methotrexat kommt es leider bei über 80 Prozent der Patienten zu Rückfällen.

Die zeitlich zwar recht aufwendige, jedoch nur mit geringen Nebenwirkungen versehene innerliche Fotochemotherapie (PUVA) stellt heute die Methode der Wahl bei ausgedehnten psoriatischen Veränderungen dar: Nach der Einnahme von sogenannten Psoralenen (fotosensibilisierenden Substanzen) wird nach etwa 2 Stunden ein maximaler Blutspiegel aufgebaut. Erfolgt nun in diesem Zeitraum eine Ganzkörper-UVA-Bestrahlung mit einem Hochintensivbestrahlungsgerät, resultiert daraus eine Hemmung der DNS-Synthese in der Epidermis und wohl auch in empfindlicheren tieferen Lagen. Diese elegante, saubere und für den Patienten wenig belastende Behandlungsform erlaubt zudem auch Intervalltherapien über längere Zeiträume. Als mögliche Langzeitebenenwirkungen müssen insbesondere Sonnenschäden der Haut und möglicherweise auch das Auslösen von Hauttumoren diskutiert werden. Aus diesem Grunde verlangt die Fotochemotherapie der Psoriasis eine entsprechend strenge Protokollierung und Langzeitüberwachung.

Aromatische Retinoide (Tigason) haben einen bemerkenswerten Einfluss auf die psoriatischen Hauterscheinungen im Sinne einer Normalisierung der krankhaften Verhorngungsvorgänge, Rückbildung der erhöhten Zellproliferation und der entzündlichen Veränderungen. Vor allem die pustulösen Psoriasisformen an Händen und Füßen sowie schwere ausgedehnte Formen sind mit der Kombination von Retinoiden und PUVA (sogenannte Re-PUVA)



Abbildung 3:
Psoriasis der Nägel, gekennzeichnet durch Abhebung der Nagelplatte im distalen Anteil.

äusserst erfolgreich angehbar. Leider ist Tigason wie alle aromatischen Retinoide (Vitamin-A-Säureabkömmling) teratogen, das heisst Frauen im gebärfähigen Alter müssen während der Einnahme und einige Monate danach eine sichere Schwangerschaftsverhütung beachten. Die Psoriasis als multifaktorielle Hautkrankheit ist durch Entzündung und Verdickung der Epidermis gekennzeichnet. Bis heute ist jedoch noch unklar, ob die Hautverdickung durch Stoffwechselprozesse in der Epidermis selbst oder aber durch sogenannte dermale Einflüsse (d.h. Einflüsse aus dem angrenzenden Gewebe) bedingt ist. Verschiedene biochemische und zelluläre Veränderungen, die Psoriasis auftreten und andauern lassen, können heute durch immunmodulierende Medikamente (Cyclosporin) unterbunden werden. Die Beeinflussung der Entzündungszellen im Bereich der psoriatischen Herde wird als Wirkungsmechanismus von Cyclosporin postuliert, und damit steht die Psoriasisbehandlung möglicherweise am Anfang einer neuen Ära: Die Einnahme von Cyclosporin oder ähnlicher Substanzen der gleichen Wirkgruppe dürfte möglicherweise in Zukunft die Psoriasistherapie wesentlich ergänzen. Bis heute liegen zwar ermutigende Ergebnisse in einzelnen Studien vor, die Nebenwirkungen, die vor allem die Nierenfunktion betreffen, sind jedoch noch keineswegs genügend unterdrückt, um das Medikament bereits einer breiten Patientenschicht zur Verfügung stellen zu können. Die Kombination verschiedenartiger Wirkstoffe zur Beseitigung der manifesten Psoriasisveränderungen stellt damit die moderne Therapieform dieser weitverbreiteten und den Patienten in seinen Lebensqualitäten oftmals stark beeinträchtigenden Hautkrankheit dar. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die immunmodulierenden Substanzen die zur Verfügung stehende therapeutische Palette ergänzen, in der vor allem die aromatischen Retinoide in den vergangenen zehn Jahren einen wesentlichen Durchbruch dargestellt haben. Die Disposition zur Psoriasis – damit die eigentliche Psoriasisheilung – bleibt jedoch auch durch modernste Mittel nach wie vor unbeeinflusst.

Iliteratur auf Wunsch beim Verfasser!

Adresse des Autors:

Dr. med. Chr. Sigg
FMH für Dermatologie und Venerologie,
speziell Andrologie
Regensbergstrasse 91
8050 Zürich

Infektiöse und nicht infektiöse Hepatitis

Unter «Gelbsucht» versteht der Laie meistens jene Infektionskrankheit der Leber, die auch als epidemische Gelbsucht oder als Spritzenhepatitis bekannt ist. Für Mediziner stellt die Gelbsucht aber ein sehr weites Gebiet dar, das im Verlaufe der vergangenen Jahrzehnte diagnostisch und therapeutisch zunehmend vielfältiger geworden ist.

Gelbsucht (Ikterus) heisst Anstieg des Bilirubins, das heisst des gelben Farbstoffes im Blut bzw. im Serum des Blutes, äusserlich sichtbar an den Augen, an der Haut, eventuell auch an der Stuhl- und Urinfarbe. In der Regel wird ein Patient dabei nicht einfach nur gelb, sondern er fühlt sich eigentlich krank. Die Art der Symptome, mehr oder weniger aufwendige Blutuntersuchungen und manchmal auch apparative Kontrollen erlauben die genaue Diagnosestellung.

Die wichtigsten Ursachen, die zu einer Gelbsucht führen können, sind die verschiedenen Formen der Virusgelbsucht, Medikamente oder Gifte wie zum Beispiel Alkohol, Gallensteinerkrankungen oder Steinbildungen im Bereich der Gallenwege, Geschwulstkrankheiten im Bereich der Leber, der Gallengänge oder der Gallenblase, am benachbarten Darm oder an der benachbarten Bauchspeicheldrüse, aber auch ein zu rascher Zerfall von roten Blutzellen, der zu einer sogenannten Hämolyse und damit ebenfalls zu einem Anstieg des gelben Blutfarbstoffes führt.

Die Hepatitis (Virusgelbsucht) wird durch verschiedenste Virusarten hervorgerufen. Neben der bereits erwähnten epidemischen Gelbsucht (A-Hepatitis) und der Spritzen-Hepatitis (B-Hepatitis) bestehen nach neuesten Erkenntnissen mindestens drei weitere Formen, die durch spezielle Blutuntersuchungen (z.B. Antikörperbestimmung) unterschieden werden können. Alle diese Viruserkrankungen sind infektiös. Die Übertragung erfolgt entweder auf dem Blutweg oder durch Stuhlgang oder andere Körperausscheidungen.

Dank der Tatsache, dass die Infektionswege der Hepatitis heute ziemlich gut

bekannt sind, konnten diese Krankheiten jetzt einigermassen unter Kontrolle gebracht werden. Allerdings haben gemäss statistischen Angaben 1989 sowohl die A-Hepatitis (571 gemeldete Fälle) wie auch die B-Hepatitis (430 gemeldete akute Infektionen) wieder zugenommen. Einerseits ist dies durch häufigere Auslandreisen bedingt (A-Hepatitis). Andererseits ist es der Drogenmissbrauch, der die B-Hepatitis noch immer relativ häufig auftreten lässt.

Der Verlauf bzw. die Gutartigkeit einer Hepatitis ist sehr unterschiedlich. Ein Grossteil zeigt glücklicherweise eine starke Selbstheilungstendenz. Eine eigentliche medikamentöse Behandlung (wie zum Beispiel bei einer Lungenentzündung) ist bei der Virusgelbsucht im akuten Stadium nicht möglich. Medikamente können nur mithelfen, die Krankheitssymptome zu lindern. Sehr wichtig ist die Vorbeugung. Das richtige prophylaktische Verhalten betrifft vor allem das Pflegepersonal sowie die Ärzteschaft im Spital und in der Arztpraxis. Glücklicherweise gibt es seit Jahren eine wirksame Impfung gegen die B-Hepatitis; gegen die A-Hepatitis (Reisen in ferne Länder!) ist ebenfalls ein Impfschutz möglich, der zumindest einige Monate anhält.

Bluttransfusionen stellen praktisch nie mehr eine Infektionsquelle für die Hepatitis dar, weil alle Blutspenden in den grossen Laboratorien der Schweiz in dieser Hinsicht getestet werden.

Wenn eine Gelbsucht auftritt, sollte baldmöglichst ärztliche Hilfe gesucht werden. Eine klare Diagnose kann meistens sehr rasch gestellt werden, sei es durch den Hausarzt, durch den Spezialisten oder auch im Spital. Bei einer frühzeitigen Diagnose ist Hilfe vor allem bei der durch den Verschluss bedingten, nicht infektiösen Gelbsucht besser möglich als nach längerem Zuwartern. Jedenfalls stellt die Gelbsucht oft ein Krankheitsbild dar, das vom Patienten mehr Geduld erfordert als viele andere Krankheiten. (SAell)