

1/2005 Februar

C 14118

derm

Praktische Dermatologie

Wechsel

Transformat

Veränder

Symbol der

Harmonie

Symbol der

Transformatic

Veränderung

Wechse

Integrative
Psoriasisstherapie
unter Berücksichtigung
der Provokationsfaktoren

J. G. Ionescu, D. Schüle

Sonderdruck
aus derm (11) 2005, 59-64

omnimed

Integrative Psoriasisstherapie unter Berücksichtigung der Provokationsfaktoren

J. G. Ionescu, D. Schüle

Dass die Schuppenflechte eine entzündliche Hauterkrankung mit Rötung, Schuppung und Bläschenbildung ist, einhergehend mit einem stark beschleunigten Wachstum der oberen Hautschicht, dürfte allen Betroffenen bekannt sein. Auch die Einteilung in mehrere klinische Phänotypen (Psoriasis vulgaris, Psoriasis pustulosa, Psoriasis arthropathica, psoriatische Erythrodermie) ist einstimmig anerkannt, bringt allerdings wenig Einblick in die Pathogenese dieser Erkrankung.

Klassische Therapieverfahren bei Psoriasis

Die Analyse des Therapiespektrums bei Psoriasis in den Industrieländern in den letzten 30 Jahren zeigt immer wieder dieselben Verfahren wie:

1. Die Bestrahlungstherapie: UV-Behandlung unter stationären oder ambulatorischen Bedingungen, oft kombiniert mit Chemotherapeutika wie Psoralen (PUVA-Therapie).
2. Klima-Therapie in hohen Gebirgen oder am Meer kombiniert die positive Wirkung der Sonne (UV-Bestrahlung) mit der Mineral- und Spurenelementeinwirkung des Meerwassers. Auf dieser natürlichen Therapieform basieren auch klinische oder ambulatoische Ansätze mit UV-Strahlen und Sole-Therapie, die in Kliniken und Kurorten angeboten werden.
3. Lokale symptomatische Behandlung mit verschiedenen Salben, Cremes und Emulsionen, meistens basierend auf Kortison-, Retinoid-, Salizylsäure-, Cignolin- und Teerformulierungen.

4. Innere Behandlung schwerster Psoriasisformen mit Vitamin-A-Derivaten (Tigason, Roaccutan) oder mit Zytostatika (Methotrexat, Cyclosporin).

Die oben erwähnten Therapieformen sind mit Sicherheit allen Psoriasis-Betroffenen längst bekannt, haben jedoch leider drei Gemeinsamkeiten:

1. Keines dieser Verfahren berücksichtigt wichtige Provokationsfaktoren psoriatischer Erscheinungen.
2. Alle diese Verfahren richten sich lediglich auf die psoriatischen Symptome (Entzündung und hohe Vermehrungsrate der Epidermalzellen, verbunden mit Schuppung), daher ist die beschwerdefreie Zeit begrenzt und die Rezidive kommen nach wiederholter Behandlung immer schneller wieder.
3. Alle dieser Verfahren haben verschiedene Nebenwirkungen, die bei langfristiger Anwendung für den Patienten leichter oder gravierender sein können, von Hemmung der zellulären Immunreaktion mit steigender Infektanfälligkeit über Hautatrophie, Ödeme, Haarverlust und innere Organschäden bis hin zu Hautkrebs.

Anhand dieser Tatsache konzentriert sich die Aufmerksamkeit der Betroffenen in den letzten Jahren verstärkt auf neue biologische, nebenwirkungsarme Therapieansätze, die unter Umständen auch eine längere Beschwerdefreiheit sichern können.

Aktuelle Therapieansätze

Von verschiedenen Therapiezentren hört man in den letzten Jahren von dem Einsatz der einen oder anderen biologischen Mittel, meistens als Er-

gänzung zu den klassischen Therapieformen. Hierzu gehören zum Beispiel die Anwendung von

- Vitamin-D3-Derivaten (Calcipotriol etc.) zur Lokalbehandlung psoriatischer Effloreszenzen,
- Fumarsäurepräparaten für den inneren und äußerlichen Gebrauch,
- mehrfach ungesättigten Fettsäuren, zum Beispiel aus Nachtkerzen- und Fischöl,
- gentechnologisch hergestellten Biologicals zur Hemmung der aktivierten T-Zellen und deren Zytokinen (Calcineurin-Inhibitoren etc.),
- verschiedenen Diättempfehlungen, die ebenfalls eine Linderung der Beschwerden bringen sollen.

Auch hier werden die Ansätze und die Therapieerfolge kontrovers diskutiert, da bisher keines dieser neuen Mittel im Alleingang eine dauerhafte Beschwerdefreiheit für sich verbuchen konnte.

Damit wird immer deutlicher, dass es nicht darum geht, die Diagnose Psoriasis pauschal, sondern vielmehr darum, den einzelnen Patienten mit seinem eigenen biologischen Muster zu behandeln.

Das Neukirchener Modell

Seit 1986 werden in der Spezialklinik Neukirchen die verschiedenen klinischen Formen der Psoriasis anhand eines integrativen, komplexen Therapiemodells behandelt. Die Ärzte und Wissenschaftler der Klinik waren vorher mehrere Jahre mit der Problematik der verursachenden Faktoren psoriatischer Erscheinungen beschäftigt.

Die heute zur Verfügung stehenden Daten aus der Fachliteratur zeigen eindeu-



Abb. 1a und b: Psoriasis vulgaris a) vor und b) nach vier Wochen integrativer Therapie

tig, dass in 50–65% der Psoriasis-Fälle (Typ 1) eine genetische Disposition vorliegt, die man mit den so genannten genetischen Blutmarker-Systemen (Antigene der Lewis-Blutgruppen, der HLA- und MHC-Systeme) feststellen kann. Interessant ist aber die Tatsache, dass sowohl in diesen Fällen, als auch bei einer Vielzahl von Patienten, bei denen weder eine familiäre Veranlagung noch genetische Merkmale erkennbar waren (Psoriasis Typ 2), die Krankheit erst relativ spät (meist im 2. Lebensjahrzehnt oder später) zum Ausbruch kam.

Diese Tatsache zeigt, dass hier neben der erwähnten genetischen Disposition zusätzliche Provokationsfaktoren eintreten müssen, um eine latente, genetisch verankerte Psoriasis in eine klinisch definierte, sichtbare Erkrankung umzuwandeln.

Provokationsfaktoren psoriatischer Schübe

Nach den uns zur Verfügung stehenden Daten gelten als wichtige somatische Auslöser psoriatischer Schübe:

- Hautreize chemischer oder physikalischer Natur/Verletzungen (Köbner-Phänomen);
- negative Klimaeinflüsse (nasskalte Witterung, Sonnenbrand);
- rezidivierende bakterielle, virale oder mykotische Infektionen der Haut, der Schleimhäute und des Darms;
- Abweichungen in der zellulären Immunfunktion durch klonal expandierte T-Zell-Subpopulationen, die durch bestimmte Antigene aktiviert wurden;
- die langfristige Einnahme verschiedener Medikamente wie Anti-Malaria-Mittel, β -Blocker, Lithium, Penizilline, Sulfonamide, Cimetidin, Interferon, und andere;
- der Konsum von Alkohol und bestimmten Nahrungsmitteln beziehungsweise Zusatzstoffen, die durch pseudoallergische Reaktionen den Reizzustand der Haut deutlich steigern;
- Schadstoffe wie Nikotin, Pestizide, Düngemittel, Holzschutzmittel,

Lösungsmittel, Kosmetikbestandteile oder Schwermetalle aus Dentallegierungen, Schmuck, Konservendosen, die als potenzielle Aktivatoren der T-Zellen gelten;

– Abweichungen im Purin-, Eiweiß- und Fettstoffwechsel, meist durch falsche Ernährung;

– eine mangelnde antitoxische Funktion der Leber und des Blutes (eigene Untersuchungen zeigen erniedrigte MAO-, DAO- und GST-Werte);

– die erhöhte Produktion von Neuropeptiden aus Nerven- und Hautzellen mit Einfluss auf die epidermale Hyperproliferation und T-Zellen-Funktion;

– neurohormonelle Störungen, verbunden mit signifikanten Katecholamin-Abweichungen und Blockaden der β -Rezeptoren. Neuere Ergebnisse aus unserem Labor zeigen in diesem Zusammenhang signifikant erhöhte Noradrenalinwerte im Plasma, welche auf eine chronisch veränderte Reaktionslage in der neurohormonellen Regulation beim Psoriatiker hinweisen.



Abb. 2a und b: Psoriasis vulgaris a) vor und b) nach vier Wochen integrativer Therapie

Über Abweichungen in der Hypophysen-Funktion, verbunden mit signifikant erhöhten STH-Werten sowie über die negativen Stresseinflüsse auf die zelluläre Immunfunktion wurde ebenfalls in der Literatur berichtet;

- die Hemmung des Energiestoffwechsels, verbunden mit niedrigen Werten energiereicher Stoffe (ATP) und zyklischer Nukleotide (cAMP) in den Hautzellen und Leukozyten;

- die negative Wirkung verschiedener psychogener Faktoren wie zum Beispiel Konfliktsituationen, Prüfungsangst, Verlust des Arbeitsplatzes, Unfälle, Operationen, Scheidung, Tod von Angehörigen und anderes konnte ebenfalls bei über 40% der Psoriatiker statistisch dokumentiert werden.

Integrative, individuelle Therapieformen

Bei der oben genannten multifaktoriellen Determinierung psoriatischer Schübe ist es leicht verständlich, dass

nur eine individuelle Integrativtherapie, die die oben genannten Provokationsfaktoren berücksichtigt, langfristig Erfolg haben kann.

Ziel dieser Therapie ist es, die manifeste Psoriasis in eine erscheinungsfreie Form umzuwandeln und diesen Zustand langfristig zu stabilisieren.

Da die genetische Prädisposition der Psoriatiker nicht zu beeinflussen ist und jeder Patient seine eigene Form der Krankheit hat, wird versucht, in erster Linie möglichst genau die individuellen Provokationsfaktoren exogener und endogener Natur herauszufinden und diese gezielt auszuschalten.

In der Spezialklinik Neukirchen wird dies zuerst im Rahmen eines umfassenden Diagnoseprogramms anhand klinischer und spezieller biochemischer, mikrobiologischer, immunologischer und umweltmedizinischer Untersuchungen gewährleistet.

Die nachfolgenden individuellen Therapiemaßnahmen orientieren sich

strikt an den im Diagnoseprogramm gewonnenen Ergebnissen und beinhalten vor allem:

Innere Behandlungskomponente

Hierzu gehören Maßnahmen wie

- Sanierung mikrobieller Herde, die die Haut, die Schleimhäute, die Luftwege, Harnwege, den Darm oder den Genitalbereich befallen haben.

- Wiederherstellung einer gesunden Darmflora und Darmfunktion, zum Beispiel anhand von milchsäureproduzierenden Bakterien und gesunden E.-coli-Stämmen.

- Identifizierung und Ausleitung relevanter Schadstoffe wie Pestizide, Holzschutzmittel, Schwermetalle aus Dentallegierungen und anderem.

- Aktivierung der Phase-I- und -II-De-toxmechanismen der Leber und des Blutes (Alkohol/Aldehyddehydrogenasen, Phenoloxidasen, Mono- und Diaminoxidasen, Glutathion-S-Transferase)

sen u.a.). Hier kommen biologische Leberschutzstoffe, ausgewählte Nahrungsmittel und B-Vitamine mit Ko-Enzym-Funktion sowie die drastische Reduzierung von Nikotin und Alkohol zum Einsatz.

– Eliminierung erhöhter Konzentrationen von krankheitsfördernden Stoffen im Blut (Endotoxine, biogene Amine und zirkulierende Immunkomplexe) durch Ausschluss-Diät, Enzymgaben und Darmsanierung.

– Abbau erhöhter Harnsäure- und Fettwerte im Blut anhand diätetischer und phytotherapeutischer Maßnahmen.

– Aktivierung der humoralen und zellulären Abwehrfunktion mittels Immunglobulingaben, Autovakzine und biologisch-pflanzlicher Präparate wie Echinacea, Thuja, Baptisia.

– Ersatz fehlender Vitamine, Spurenelemente, ungesättigter Fettsäuren (Omega-3, -6 und -9) und energetisch wirksamer Stoffe (Fumarsäure, ATP). Die Verordnung solcher Mittel hat ebenfalls individuellen Charakter und orientiert sich strikt an den Untersuchungsergebnissen (ATP-Werte, Fettsäurenprofil in Erythrozytenmembranen, Vitaminstatus etc.)

Diätetische Maßnahmen

Erfahrungsgemäß müssen die meisten Psoriatiker auf die Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel verzichten, die allergische oder pseudoallergische Reaktionen auslösen können oder eine ungünstige Wirkung auf den intermediären Stoffwechsel entfalten. Hier kommen Nahrungsmittel in Frage

– mit steigender Wirkung auf die Harnsäure- und Blutfettwerte (Schweinefleisch, Innereien, Spargel, Fettspeisen),

– mit ungünstiger Wirkung für die Unterhaltung bakterieller oder mykotischer Herde (Zucker- und Mehlprodukte, Alkohol),



Abb. 3a und b: Psoriasis vulgaris a) vor und b) nach fünf Wochen integrativer Therapie

– mit reizender Wirkung auf das Nerven- und Gefäßsystem (biogene Amine, Kaffee, Konservierungsstoffe, Farbstoffe sowie bestimmte vasoaktive Gewürze wie Pfeffer, Paprika, Curry, Chili),

– die mit IgE-Antikörpern allergische Reaktionen hervorrufen oder ohne Immunglobulinbeteiligung zu der Entstehung pseudoallergischer Reaktionen beitragen (verschiedene Nahrungsmittelbestandteile und/oder Zusatzstoffe).

Lokale, äußerliche Behandlung

Die Behandlung wird in der Regel mit keratolytischen, wachstums- und entzündungshemmenden oder antimikrobiellen Präparaten (Harnstoff, Milchsäure, Teer, Dithranol, Zink, ATP, Antimykotika) durchgeführt, welche regelmäßig unter nassen oder trockenen Umschlägen – je nach Hautzustand und den Ergebnissen der mikrobiologischen Untersuchungen – zur Anwendung kommen.

Die so erzielte herdsanierende, antiinflammatorische und hautaufbauende Wirkung wird durch medizinische Bäder (Teer, Milchsäure, Ölbäder) unterstützt. In der Nachbehandlungsphase werden in der Regel vitaminhaltige sowie energie- und feuchtigkeitsspendende Präparate angewandt.

Psychologische Betreuung

Die konsequente, individuelle psychologische Betreuung der Patienten wird in Neukirchen durch einen sehr engen Kontakt zu unseren Ärzten und Psychologen sowie durch zusätzliche Entspannungstherapien wie autogenes Training, Yoga und Bio-Feedback gewährleistet. Hierzu kommen auch regelmäßige Einzel- und Gruppensprache zur Erläuterung der Therapieprinzipien und verhaltenstherapeutische Einweisungen (z. B. Selbstsicherheitstraining) für die Nachbehandlungsphase.

Nachbehandlungsphase

Obwohl die meisten Psoriasis-Patienten die Spezialklinik Neukirchen erscheinungsfrei verlassen, ist es nötig, in den folgenden sechs bis acht Monaten der Nachbehandlungsphase weitere diätetische, stoffwechselunterstützende und immunstimulierende Maßnahmen zu veranlassen, um eine dauerhafte Beschwerdefreiheit zu sichern.

Dabei wird die Therapie anhand der Ergebnisse wiederholter klinisch-biologischer Kontrolluntersuchungen schrittweise abgebaut. Eine enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Hausarzt ist während dieser Zeit von wesentlicher Bedeutung.

Eine im Jahr 1990 abgeschlossene Studie des Deutschen Psoriasis-Bundes dokumentiert, dass über 80% aller in Neukirchen behandelten Patienten mit ihrem Therapieergebnis langfristig zufrieden oder sehr zufrieden sind (Abb. 1–3).

Wir denken, dass dieses Ergebnis von Bedeutung ist, gerade wenn bekannt-

lich in diesem Therapiemodell weder Kortisonpräparate (extern oder intern), noch Immunsuppressiva, Retinoide oder Photochemotherapie (PUVA) einen Platz finden.

Literatur

1. Baker BS, Bolith S., Powles AV (1992): Streptococcal antigen-specific T lymphocytes in skin lesions of guttate psoriasis. *J Invest Dermatol* 98, 535–538
2. Böckelmann F (1990): Die Psoriasis-Therapie der Spezialklinik Neukirchen. *PSO-Magazin* 2, 26–32
3. Goldner B, Henehan JF (1990): Neue Strategien gegen die Psoriasis. *Selecta* 21, 1050–1058
4. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Ellis CN (1993): Alcohol intake and treatment responsiveness of psoriasis: a prospective study. *J Am Acad Dermatol* 28, 730–732
5. Ionescu G, Kiehl R, Peters G, Peters V, Ona L, Müller-Steinwachs J (1991): Psoriasis vulgaris – Die Notwendigkeit einer umfassenden psychosomatischen Behandlung. *Der informierte Arzt/Gazette Medicale (Basel)* 17, 1665–1668
6. Ionescu G, Kiehl R (1991): Biogene Amine und Histamin-Abbauende Enzyme bei Psoriasis und atopischem Ekzem. *H+G Zeitschrift für Hautkrankheiten* 66 (5) 405–407
7. Ionescu G, Kiehl R (1990): Increased Plasma Norepinephrine in Psoriasis. *Acta Derm Venereol (Stockh)*, 169–180
8. Ionescu G, Kiehl R (1989): Monoamine- and diamine-oxidase activities in psoriasis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 69, 264–265
9. Ionescu G, Merk M, Bradford R (1999): Simple Chemiluminescent tests for Free Radicals in Venous Blood and Serum Samples. Results in Atopic, Psoriasis, MCS and Cancer Patients. *Res Compl Med* 6, 294–300
10. Ionescu G, Müller-Steinwachs J (1994): Intossicazione da amalgami: intossicazione da mercurio nella psoriasi e dermatite atopica. Diagnosi e terapia. *Accademia: UArte Medica* 1, 38–40
11. Ionescu G, Weber D, Bradford R (2000): Application of Redox and Free Radical Assessment in the Clinical Practice. *Int J Geront Geriat* 3, 47–56
12. Ionescu G (1987): Psoriasis: Dauerhafte Beschwerdefreiheit. *Psoriasis Magazin* 6, 9–10
13. Ionescu G (1990): Triggering factors and new therapy approaches in Psoriasis. Communication at the Annual Meeting of the Belgian Psoriasis Association, Brüssel
14. Kiehl R, Ionescu G (1992): A defective purinucleotide synthesis pathway in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 72, 253–255
15. Luger TA (2002): Neuromediators – a crucial component of the skin immune system. *J Dermatol* 30, 87–93
16. Mrowietz U (2003): Therapie der Psoriasis mit Biologicals. *Hautarzt* 54, 224–229
17. Ockenfels HM, Keim-Maas C, Funk R (1996): Ethanol enhances the IFN- γ , TGF- α and IL-6 secretion in psoriatic co-cultures. *BR J Dermatol* 135, 746–751

18. Ortonne JP (1996): Aetiology and pathogenesis of psoriasis. *Br J Dermatol* 135, 1–5
19. Prinz JC, Gross B, Vollmer S (1994): T cell clones from psoriasis skin lesions can promote keratinocyte proliferation in vitro. *Eur J Immunol* 24, 593–598
20. Scholzen T, Armstrong CA, Bunnett NW (1998): Neuropeptides in the skin: interactions between the neuroendocrine and the skin immune systems. *Exp Dermatol* 7, 81–96
21. Tsankov N, Angelova I, Kazandjieva J (2000): Drug-induced psoriasis. Recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 1, 159–165
22. Vollmer S, Messen A, Prinz JC (2001): Dominant lesional T cell receptor rearrangements persist in relapsing psoriasis but are absent from nonlesional skin: evidence for a stable antigen-specific pathogenic T cell response in psoriasis vulgaris. *J Invest Dermatol* 117, 1296–1301

Anschrift der Verfasser:

Dr. John G. Ionescu
 Dr. med. Dieter Schüle
 Spezialklinik Neukirchen
 Krankenhausstraße 9
 93453 Neukirchen
 www.spezialklinik-neukirchen.de

