

Komorbiditäten bei Psoriasis – eine Herausforderung für die Dermatologie

Rein dermatologisch reicht nicht

Am eigenen Patientengut untersuchten Susanne Kastl, Stefan Herger und Prof. Dr. med. Ulrich Amon von der PsoriSol Hautklinik Hersbruck die Häufigkeit des Auftretens von Komorbiditäten bei Psoriasis wie auch Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Komorbiditäten.

Die Psoriasis ist eine chronisch entzündliche Hauterkrankung mit einer Prävalenz in Deutschland von 2,1 Prozent. Mit dieser Erkrankung ist eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität verbunden. Dies betrifft

der Myokardinfarkt, kommen deutlich vermehrt bei Psoriasis-Patienten vor. Es wird mittlerweile postuliert, dass die Psoriasis per se ein Risikofaktor zur Entwicklung eines Myokardinfarktes darstellen könnte.



Psoriasis vulgaris

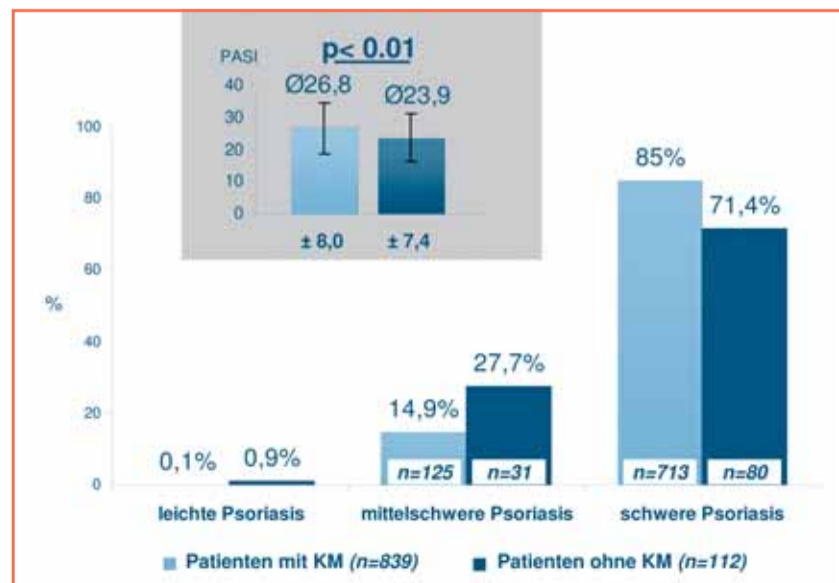
nicht nur körperliche, sondern auch psychosoziale Bereiche des täglichen Lebens. Schwere Formen dieser Hauterkrankung können mit einer verkürzten Lebensdauer einhergehen: In einer Studie von Gelfand JM wurde im Mittel eine verkürzte Lebenszeit um 3,5 Jahre bei Männern und 4,4 Jahre bei Frauen festgestellt im Vergleich zu Patienten ohne Psoriasis.

Signifikant erhöhtes Risiko für weitere prognostisch relevante Begleiterkrankungen

Neben der „klassischen“ Komorbidität der Psoriasis, der Psoriasis arthropathica, mit einer Prävalenz von sieben bis 26 Prozent wurde in den letzten Jahren in der wissenschaftlichen Betrachtung deutlich, dass bei Patienten mit Psoriasis darüber hinaus ein signifikant erhöhtes Risiko besteht, weitere prognostisch relevante Begleiterkrankungen zu entwickeln. Hierzu zählen vor allem kardiovaskuläre Risikofaktoren wie arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie und Adipositas, aber auch M. Crohn, COPD oder Depressionen. Auch kardiovaskuläre Komplikationen, wie etwa

Relevanz der Theorie für die alltägliche Praxis

Patienten mit Psoriasis machen einen signifikanten Teil unseres Patientenguts aus. Allein im Jahr 2010 behandelten wir akutstationär 1.314 Patienten mit der ICD10-Diagnose L40ff. Vor dem Hintergrund unseres ganzheitlichen Therapieansatzes mit der diagnostisch-therapeutischen Interaktion von Dermatologen, Internisten, Ernährungswissenschaftlern, Psychologen und anderen Disziplinen untersuchten wir retrospektiv Quantität und Qualität von Komorbiditäten bei Patienten mit Psoriasis aus dem Jahr 2010. Eingeschlossen wurden 1.104 Patienten, welche akutstationär in unserer Klinik behandelt wurden, mit mittelschwerer (n = 156 mit PASI 10 bis 20) beziehungsweise schwerer (n = 793 mit PASI >20) Form der Psoriasis. Ziel war es, am eigenen Patientenkollektiv zu überprüfen, inwieweit die theoretischen Überlegungen Relevanz für die alltägliche Praxis haben. Es sollten die Häufigkeit des Auftretens von Komorbiditäten wie auch Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Komorbiditäten untersucht werden. Ebenso stellte sich die Frage der Berücksichtigung der Komorbiditäten bei der Auswahl der Therapie – insbesondere der systemischen Therapie.



Grafik 2: Der durchschnittliche PASI-Wert war in der Gruppe mit Komorbiditäten signifikant höher.

Großteil der Komorbiditäten vermeidbar

88 Prozent unserer Patienten wiesen mindestens eine der aufgeführten (hier selektiert dargestellten) Komorbiditäten auf, wobei die Adipositas,



Susanne Kastl



Stefan Herger



Prof. Dr. med. Ulrich Amon

die Hyperlipidämie und der Nikotinabusus dominierten (siehe Grafik 1). Beachtenswert ist, dass der Großteil der Patienten eine vermeidbare Komorbidität respektive eine Präadipositas (BMI 25 bis 29,9 nach WHO) oder eine Adipositas Grad 1 (BMI 30 bis 34,9 nach WHO) aufwiesen. Eine ebenfalls vermeidbare Begleiterkrankung

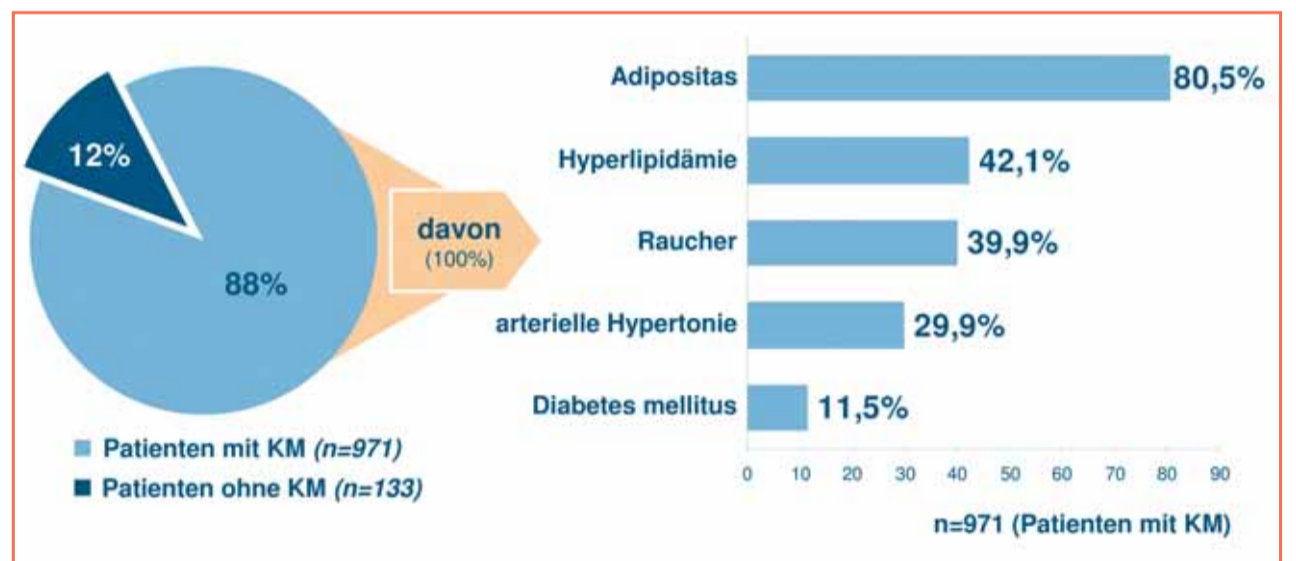
ist die Hyperlipidämie. Die große Mehrheit der stationären Patienten weist mindestens eine Komorbidität auf. Unseren Daten zufolge scheinen vor allem Patienten mit schwerer Psoriasis Komorbiditäten zu entwickeln. Im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung von Psoriasis-Patienten reicht somit eine rein

der stationären Patienten weist mindestens eine Komorbidität auf. Unseren Daten zufolge scheinen vor allem Patienten mit schwerer Psoriasis Komorbiditäten zu entwickeln. Im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung von Psoriasis-Patienten reicht somit eine rein

auch die Frage der angemessenen ambulanten Vergütung berührt.

Große Herausforderung für das Gesundheitssystem

Bei dem zunehmenden klinischen und wissenschaftlichen Bewusstsein des Zusammenhangs zwischen



Grafik 1: Adipositas, Hyperlipidämie und Nikotinabusus dominierten unter den Komorbiditäten.

stellt der Nikotinkonsum dar, welcher sich zumeist zwischen fünf und 20 Zigaretten täglich bewegte. Bezüglich des Diabetes mellitus ergab sich bei unseren Patienten wenig akuter Handlungsbedarf; die meisten Patienten waren mit einem HbA1c bis acht Prozent nach der Deutschen Diabetes Gesellschaft bereits gut eingestellt. Regelmäßige Kontrollen und gegebenenfalls Therapieanpassungen wurden vorgenommen. Besonders in der Gruppe der Patienten mit schwerer Psoriasis fanden sich deutlich häufiger Komorbiditäten; der durchschnittliche PASI-Wert war in der Gruppe mit Komorbiditäten signifikant höher (siehe Grafik 2). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Patienten mit Psoriasis und Komorbiditäten in unserer Klinik war deutlich länger als in der Gruppe ohne Komorbiditäten. Die Einleitung einer Systemtherapie war wesentlich häufiger bei Patienten mit Komorbiditäten notwendig.

dermatologische Betreuung allein nicht aus. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere mit Internisten, Ernährungswissenschaftlern beziehungsweise Diätassistenten und Psychologen nötig. Neben laborchemischen und klinischen Vorsorgeuntersuchungen sollten die Patienten wiederholt und für den Patienten nachvollziehbar angehalten werden, ihre Lebensgewohnheiten bezüglich der diagnostizierten Komorbiditäten nachhaltig zu verändern. Vermeidbare Risikofaktoren wie Nikotinabusus und Adipositas sind generell zu thematisieren.

Patientenprogramme können hilfreich sein

Weitere Komorbiditäten bedürfen engmaschiger Kontrolle und gegebenenfalls einer medikamentösen Einstellung. In diesem Zusammenhang könnten spezielle Patientenprogramme, welche neben Informa-

tionen zur Erkrankung und zu den Komorbiditäten auch Schulungen zu Nikotinkarenz, Gewichtsreduktion und gesunder Ernährung anbieten, hilfreich sein. Im stationären Setting wird dies in unserer Klinik bereits verwirklicht, sollte sich aber auch im ambulanten Rahmen mittels kollegialer Netzwerke verschiedener Bereiche weiter etablieren. Entscheidend ist, langfristig primäre und sekundäre prophylaktische Strategien auch in der dermatologischen Grundversorgung zu verankern, was