



© selmaksan / Getty Images / iStock

Unter **CME.SpringerMedizin.de** können Leser von APOTHEKE + MARKETING Fortbildungspunkte sammeln: dazu einfach online die Fragen zu dem folgenden, praxisrelevanten Beitrag beantworten. Detaillierte Hinweise zur – kostenlosen – Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung finden Sie auf Seite 6,

Update – Schuppenflechte

Zertifizierte Fortbildung

Beratung von Kunden mit Psoriasis

Die Schuppenflechte (Psoriasis) ist eine chronisch-entzündliche, immunvermittelte Erkrankung der Haut mit nicht einheitlicher Genetik. Klinisches Leitsymptom sind rötliche Plaques mit silbriger Schuppung. Typische Lokalisationen sind die Gelenkstreckseiten, die Kopfhaut einschließlich der Falte hinter den Ohren sowie die Analfalte. Nagelveränderungen treten im Verlauf bei zwei Dritteln der Patienten auf, sind aber nicht mit der Aktivität und/oder Schwere der Hautveränderungen assoziiert. Informieren Sie sich auf den folgenden Seiten über die Besonderheiten der Erkrankung und darüber, wie Sie in der Apotheke hinsichtlich der meist verschreibungspflichtigen Arzneimittel beraten können.

Die Prävalenz der Psoriasis in Europa und Nordamerika liegt zwischen 1,4 und 3,3 Prozent. Bei circa 25 Prozent der Patienten treten hautunabhängige Symptome auf. Die bekannteste extrakutane Manifestation ist die Arthritis. Seltener ist die Entzündung der Regenbogenhaut des Auges (Uveitis). Die Schwere extrakutaner Manifestationen korreliert nicht unbedingt mit der Schwere der Hautveränderungen. Bei Kindern beträgt die Prävalenz der Schuppenflechte zwischen 0,7 und 1,4 Prozent. Im Säuglingsalter kann sich unter einer sogenannten Windeldermatitis eine Schuppenflechte verbergen. Vor dem 20. Lebensjahr ist die Psoriasis oft infekttgetriggert, beispielsweise durch eine Streptokokkenangina. Im mittleren Erwachsenenalter überwiegt der chronisch-stationäre Typ (Plaquesoriasis).

Diagnostische Fallstricke

Gerade bei milden Verläufen der Psoriasis gibt es eine Reihe differenzialdiagnostischer Fallstricke, die gelegentlich auch in der Apotheke bemerkt werden können.

Seborrhoisches Ekzem-- Dieses geht nicht selten ohne Juckreiz und mit einer kleinlamellären Schuppung einher. Auf der behaarten Kopfhaut respektiert es im Gegensatz zur Psoriasis capitis aber stets die Haargrenze an Stirn und Nacken und kommt oft zentrozial und entlang der Schweißrinne vor.

Atopisches Ekzem-- Eine Neurodermitis ist durch starken Juckreiz mit punktförmigen Blutungen (Exkoriationen) gekennzeichnet. Das Erythem ist meist deutlich blasser, die Schuppung kleinlamellär. Eine Koexistenz mit der Schuppenflechte zur gleichen Zeit bei einem Patienten ist sehr selten.

Tinea corporis-- Die Pilzinfektion ist vor allem an Hand- und Fußsohlen (palmoplantar), zwischen den benachbarten Hautflächen (intertriginös) sowie an den Nägeln eine wichtige Differenzialdiagnose, die durch Mikroskopie und Pilzkultur nachzuweisen ist. Unter einer Steroidtherapie kann sich das typische Aussehen der Pilzinfektion mit seiner randständigen Schuppung und der zentralen Abblassung komplett verändern, was als Tinea incognito bezeichnet wird.

Selten-- Bei jeder therapieresistenten Schuppenflechte ist auch an seltenere Erkrankungen wie die Pityriasis rubra pilaris und die kutanen T-Zell-Lymphome zu denken. Dies kann histologisch und immunhistologisch abgeklärt werden.

Woran leiden Patienten?

Die Psoriasis kann in Abhängigkeit von Lokalisation, Ausdehnung und Schwere stigmatisierend sein. Bei einer Analyse von fast 3500 Psoriasispatienten gaben diese als besonders störend an:

- > Juckreiz (43 Prozent)
 - > Schuppenbildung (23 Prozent) und
 - > Abblättern (Herunterrieseln) der Schuppen (20 Prozent).
- Die Haut kann schmerzen und stark jucken. Sichtbare Hautveränderungen – insbesondere an Gesicht und Händen – belasten Patienten stark. Die Beteiligung der Genitoanalregion führt zu einer deutlichen Minderung der Lebensqualität, nicht zuletzt wegen der Beeinträchtigung des Sexuallebens. Im Vergleich zur Neurodermitis kommt es bei einer Psoriasis seltener zu Exkoriationen. Neurodermitis-typische Glanznägel, bei denen die Nageloberflächen durch häufiges Kratzen glatt poliert sind, fehlen.

Bedeutsame Komorbiditäten

In den letzten Jahren ist von verschiedenen Seiten auf die Bedeutung der Komorbiditäten hingewiesen worden. Das betrifft vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen und das metabolische Syndrom. Damit ergeben sich Konsequenzen für die Therapie und die Prognose. Im Rahmen der therapeutischen Auswirkungen sind diese vor allem für die eventuell notwendige systemische Therapie bei mittelschwerer und schwerer Psoriasis zu sehen, nicht aber für milde Verläufe, bei denen topisch behandelt werden kann.



© Suze777 / Getty Images / iStock

DIE GELENKSTRECKSEITEN GEHÖREN ZU DEN TYPISCHEN STELLEN FÜR DAS AUFTRETEN DER SCHUPPEN

Inhaltstoffe von Produkten zur Basispflege bei Psoriasis – eine Auswahl

Tabelle 1

Substanz	Charakterisierung	Effekte
Vaseline	langkettige Kohlenwasserstoffe	hydratisierend, erhöht Lipogenese
Dimeticon	Mischung aus Silicondioxid und Polydimethylsiloxanen	hydratisierend, juckreizmindernd
Ceramide	Lipide aus Sphingosin und Fettsäuren	hydratisierend, barrierefördernd
Glycerin/ Glycerol	Zuckeralkohol	hydratisierend
Milchsäure	Hydroxycarbonsäure	hydratisierend, juckreizmindernd

Die frühzeitige Erkennung und Behandlung der Risikofaktoren ist eine wichtige Schnittstelle hausärztlicher und dermatologischer Versorgung von Patienten mit Schuppenflechte. Frühere Untersuchungen haben nahegelegt, dass das Risiko für metabolische aber auch kardiovaskuläre Erkrankungen vor allem bei jungen Patienten mit einer schweren Psoriasis erhöht ist. Die Diskussion hält an, die Fakten sind nicht so schlüssig, wie anfänglich vermutet.

Die milde Psoriasis

Maximal zehn Prozent der Hautoberfläche sind bei Menschen mit milder Psoriasis betroffen. Der Hautschaden wird als BSA-Wert (body surface area) erfasst. Weiterhin wird der Schweregrad der Erkrankung über den Psoriasis Area and Severity Index (PASI) ermittelt, wobei eine milde Psoriasis maximal zehn Punkte des Scores erreicht. Die Bewertung nach dem Dermatology Life Quality Index (DLQI) sollte für diese Patientengruppe ebenfalls zehn Punkte nicht überschreiten. Da nicht jeder Patient einen Arzt aufsucht, fehlen exakte Daten zur Häufigkeit. Eine kürzlich erschienene Studie aus Cleveland/OH, USA, mit 1 050 Patienten hat bei 610 eine milde Psoriasis und bei 440 Patienten eine mittelschwere bis schwere Psoriasis festgestellt. Die milde Psoriasis dürfte aus oben genanntem Grund in dieser Studie jedoch eher unterrepräsentiert sein. In einer weiteren Studie aus den USA war etwa die Hälfte der Patienten mit milder Psoriasis ohne Therapie.

Behandlungsziele und topische Basistherapie

Bei der Psoriasis ist die epidermale Barrierefunktion gestört. Die Therapie dieser fundamentalen Störung trägt zur Symptomminderung von Juckreiz und Schuppung bei. Eingesetzt werden Moisturizer zur Verbesserung der Hautfeuchte und Emollienzen (sehr lipidreich) sowohl als adjuvante Behandlung in der Induktionsphase als auch als Pflege in der Erhaltungsphase oder während einer möglichen Remissionsphase.



© Suze777 / Getty Images / iStock

Creme- und Salbengrundlagen sind weit verbreitet (Tab. 1). Da Emulgatoren die epidermale Barrierefunktion durch Entfettung stören können, sollte auf den Grundsatz – möglichst wenige Inhaltsstoffe in der Pflege einzusetzen – geachtet werden. Durch eine gute und regelmäßige Basistherapie kann eine Juckreizminderung erzielt werden. Außerdem werden hierdurch Wirkstoffe wie Kortikosteroide eingespart und Rückfälle vermieden.

Keratolytika

Hornlösende Therapeutika werden bevorzugt in der Initialphase eingesetzt und dienen der Beseitigung der Schuppen. Sie haben aber durchaus auch antipruriginöse oder barrierefördernde Wirkungen.

Salicylsäure-- Ein klassischer abschuppender Wirkstoff ist die Salicylsäure. Üblich sind Konzentrationen von fünf Prozent (bis zehn Prozent). Da Salicylsäure resorbiert werden kann, ist eine Beschränkung der Fläche (< 20 %) und Dauer für die Anwendung unerlässlich, um einem Salicylismus vorzubeugen, bei dem Übelkeit, Erbrechen, Unruhe und Ohrensausen bis hin zur beidseitigen Schwerhörigkeit auftreten können. Vorsicht ist bei einer Konzentration von zehn Prozent geboten.

Tabelle 2

Topische Kortikosteroide bei Psoriasis – eine Auswahl

Substanz	Effektivität	Bemerkung
Klasse III Betamethasondipropionat 0,5%	nach 4 Wochen ca. 50%ige Verbesserung	nicht bei Patienten < 12 Jahren, Vorsicht im Gesicht, Psoriasiszulassung
Momethasonfuorat 0,1%	nach 4 Wochen bis zu 50%ige Verbesserung	ab 6 Jahren, Psoriasiszulassung
Amcinonid 0,1%	nach 2 Wochen deutliche Verbesserung	Vorsicht im Gesicht, bei Kindern, Schwangeren und Stillenden, Psoriasiszulassung
Klasse IV Clobetasol-17-propionat	nach 2 Wochen bis zu 75%ige Verbesserung	nicht bei Kindern < 12 Jahren, keine intertriginöse Anwendung, nicht in Augenumgebung, Psoriasiszulassung



© frank600 / Getty Images / iStock

Die Anwendung ist bei Kindern kontraindiziert, bei Erwachsenen muss die Anwendung auf maximal drei Tage und auf weniger als zehn Quadratzentimeter beschränkt werden.

Harnstoff-- Dieser wird sowohl als Humectant (Feuchthaltemittel) als auch als Keratolytikum eingesetzt. Der Wirkstoff reduziert die epidermale Hyperproliferation und erhöht die Lipidsynthese. Durch seine guten Sicherheitseigenschaften ist der Einsatz auch bei Kindern und Jugendlichen möglich. Typische Konzentrationen liegen um die zehn Prozent.

Glykolsäure-- Unter den α -Hydroxysäuren besitzt Glykolsäure keratolytische Effekte bei einer Konzentration von zehn bis 15 Prozent. Sie wirkt auch als Humectant.

Dithranol (Cignolin)

Das Anthron-Derivat besitzt starke, dosisabhängige antipsoriatische Effekte, deren Wirkungsweise noch immer nicht voll aufgeklärt ist. Es handelt sich um den topischen Wirkstoff mit der längsten Rezidivfreiheit nach Anwendung. Unter Dithranoltherapie erreichen 30 bis 70 Prozent der Patienten eine Reduktion des PASI von mehr als 90 Prozent. Nachteilig bei der ambulanten Dithranoltherapie ist die Verfärbung von Haut, Kleidung und Dusche/Bad. Dithranol ist irritierend für die unbefallene Umgebungshaut. Dosierung und Dosisanpassung setzen große Erfahrung voraus. Aus diesen Gründen hat die ambulante Dithranoltherapie in Deutschland an Stellenwert verloren.

Kortikosteroide

Wirkstoffklasse Nummer eins in der antientzündlichen, topischen Therapie sind Kortikosteroide. Für alle Körperregionen und Hautzustände stehen pharmazeutische Zubereitungen zur Verfügung. Potente und hochpotente Kortikosteroide sind in der Induktionstherapie wirksamer und weniger irritierend als Vitamin-D-Derivate. Ihre Potenz wurde in der Vergangenheit mit dem Vasokonstriktionsassay gemessen. Die vasokonstriktiven Eigenschaften korrelieren jedoch nicht unbedingt mit den antientzündlichen Wirkungen. Auf fluorierte Kortikosteroide



© Suze777 / Getty Images / iStock

***Durchdacht therapieren**-- Durch eine gute und regelmäßige Basistherapie lässt sich der Juckreiz mindern, Wirkstoffe können eingespart und Rückfälle vermieden werden.*

sollte wegen des Atrophierisikos verzichtet werden. Tab. 2 gibt eine Übersicht zu topischen Kortikosteroiden bei Psoriasis. Zu bedenken ist bei allen Kortikosteroiden die Tachyphylaxie bei langdauernder Anwendung.

Vitamin-D3-Derivate

Sie sind eine kortisonfreie Alternative in der topischen Psoriasis-therapie. Mit einer vier- bis sechswöchigen Therapie kann eine bis zu 50%ige Besserung erreicht werden. Eine Reduktion des PASI über 90 Prozent ist nicht möglich. Tab. 3 gibt eine Übersicht über die in Deutschland zugelassenen Substanzen. Die Vitamin-D3-Derivate können hautirritierend und phototoxisch wirken. Die Anwendungsflächen sind begrenzt, da eine systemische Absorption mit Auswirkungen auf den Calciumstoffwechsel zu vermeiden ist. Die Substanzen sind in Schwangerschaft und Stillperiode nicht zugelassen. Die Domäne der Vitamin-D3-Derivate als Monotherapie ist die Erhaltungstherapie.

Kombinationspräparate-- In der Initialtherapie der milden bis mittelschweren Psoriasis ist die Fixkombination aus Kortikoiden und Vitamin-D3-Präparaten wie Betamethason plus Calcipotriol sicher und wirksam. In der Erhaltungstherapie hat sich diese Kombination der Monotherapie mit einem der beiden Wirkstoffe als deutlich überlegen erwiesen. Die Auswahl der Zubereitung (Salbe oder Gel) ist nach Hautzustand und Lokalisation zu treffen. Die Behandlung ist indikationsgerecht und unter Beachtung der Anwendungshinweise nebenwirkungsarm. Die Kombinationstherapie ist auch bei Kindern mit milder Psoriasis wirksam und sicher. Allerdings ist sie für diese noch nicht zugelassen.

Tabelle 3

Vitamin-D3-Derivate zur topischen Psoriasis-therapie

Wirkstoff	Initialdosis	Erhaltungsdosis
Calcipotriol	1 – 2 x/d, max. 30 % der Körperoberfläche	maximal 100 g/Woche bis zu 12 Monate
Tacalcitol	1 x/d, max. 20 % der Körperoberfläche	maximal 3,5 g/d bis zu 18 Monate
Calcitriol	2 x/d, max. 35 % der Körperoberfläche	bis zu 6 Wochen

Topische Calcineurinhemmer

In Deutschland sind Tacrolimus (0,03%- und 0,1%-Salbe) und Pimecrolimus (1%-Creme) erhältlich. Sie sind jedoch nicht für die Behandlung der Psoriasis zugelassen. Für die intertriginöse und faziale Psoriasis liegen einzelne Studien vor, die eine Wirksamkeit der topischen Calcineurinhemmer belegen. Ihr Gebrauch wäre offlabel.

Vorgehen in der Hausarztpraxis

Bei milder Psoriasis ist eine hautbarrierebezogene Basistherapie mit Emollients und Moisturizern unverzichtbar. Keratolytika haben ihre Domäne in der Initialbehandlung. Mit diesen beiden Komponenten können der Juckreiz gemildert, die Schuppung beseitigt und damit das „Herunterrieseln“ von Schuppen deutlich vermindert werden. Diese einfache Therapie bessert somit die Top 3 der Beschwerden bei milder Psoriasis. Die Entzündung (Erythem und Infiltration der Haut) wird hierdurch nicht ausreichend bekämpft. Hierfür stehen in der Initialtherapie topische Kortikosteroide allein oder in Kombination mit Calcipotriol zur Verfügung. In der Erhaltungstherapie kann auf eine Vitamin-D3-Monotherapie übergegangen bzw. die Fixkombination zweimal wöchentlich angewendet werden. Im Gegensatz zur topischen Kortikosteroidtherapie ist die systemische (Stoß-)Therapie mit Prednisolon oder ähnlichen Präparaten nicht leitliniengerecht und kann zur Exazerbation der Psoriasis nach Absetzen führen. Auch der Wandel von der Psoriasis vulgaris zur pustulösen Schuppenflechte ist eine mögliche, unerwünschte Nebenwirkung.

Fazit für die Praxis

1. Die Schuppenflechte ist eine häufige Erkrankung. Mindestens zwei Drittel der Fälle verlaufen als milde Psoriasis.

2. Die milde Psoriasis ist definiert durch DLQI, BSA und PASI ≤ 10 .
3. Vorrangige Beschwerden der milden Psoriasis sind Juckreiz, Schuppenbildung und Abschuppung.
4. Die Basistherapie mildert diese Symptome durch Emollients und Moisturizer.
5. Keratolytika sind in der Initialphase zur Schuppenreduktion sinnvoll.
6. Die topischen Kortikosteroide sind die am häufigsten eingesetzten topischen Wirkstoffe in der Initialphase.
7. Topische Kortikosteroide sind wirksamer als Vitamin-D3-Derivate. Letztere sind eher für die Erhaltungstherapie geeignet.
8. Die Fixkombination von Kortikosteroid und Vitamin-D3-Derivat ist eine sichere und wirksame Alternative in der Initialphase und auch für die Langzeittherapie in reduzierter Applikationsform (2 x wöchentlich) untersucht und sicher.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. Uwe Wollina,
Klinik für Dermatologie und Allergologie,
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, Städtisches Klinikum,
Akademisches Lehrkrankenhaus der TU Dresden Friedrichstrasse 41,
D-01067 Dresden
E-Mail: wollina-uw@khdf.de

Exkurs systemische Therapie bei schwerer Psoriasis

Eine systemische Therapie ist indiziert ab einem BSA oder PASI größer 10. Zum Einsatz kommen der Calcineurininhibitor Ciclosporin A, der Folsäureantagonist Methotrexat, Fumarate, der Phosphodiesterase-Hemmer Apremilast, das Retinoid Acitretin und Biologika.

Ciclosporin

Das Immunsuppressivum Ciclosporin (z. B. Sandimmun®) greift in die Genregulation ein und hemmt die Produktion von entzündungsfördernden Zytokinen wie Interleukin(IL)-2. Kontraindiziert ist der Wirkstoff bei Nierenfunktionsstörungen, bei nicht einstellbarem Bluthochdruck und malignen Tumoren. Auch sollten Psoriatiker, die längere Zeit eine UV-Licht-Therapie bekommen haben, nicht mit Ciclosporin therapiert werden (Risiko für Hautkrebs erhöht).

Fumarate

Sie wirken immunmodulatorisch. Zu beachten ist, dass es unter der Therapie zu Magen-Darm-Beschwerden, plötzlichen Hautrötungen und Blutbildveränderungen kommen kann. In Deutschland ist eine Kombination von verschiedenen Fumarsäureestern (FSE; Fumaderm®) zugelassen. Auf dem 25. Kongress der European Academy of Dermatology and Venerology 2016 in Wien hat zudem Almirall positive Phase-

III-Studienergebnisse vorgestellt, die die Wirksamkeit von Dimethylfumarat (DMF) zeigen. Die Studienergebnisse belegen, dass DMF wirksam und der FSE-Kombination nicht unterlegen ist.

Methotrexat

Das Zytostatikum wird individuell dosiert (15 – 25 mg, z. B. Methotrexat Lederle® 2,5 mg Tabletten) verabreicht. Es darf nicht bei Leberfunktionsstörungen verordnet werden. Während der Behandlung sollten die Patienten keinen Alkohol trinken. Der Arzt muss Blutbild, Leber- und Nierenwerte kontrollieren.

Phosphodiesterase-Hemmer

Relativ neu auf dem Markt ist der oral einzunehmende, niedermolekulare Phosphodiesterase 4 (PDE4)-Inhibitor Apremilast (Otezla®). Er erhöht intrazellulär die Konzentration von c-AMP und moduliert ein Netzwerk von pro- und antiinflammatorischen Botenstoffen. In Folge werden weniger inflammatorisch wirkende Botenstoffe wie Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha), IL-17 und -23, aber mehr antiinflammatorisch wirksames IL-10 ausgeschüttet. Neben gastrointestinalen Beschwerden, Atemwegsinfekten und Kopfschmerzen kam es unter der Anwendung zu Depressionen und suizidalem Verhalten.

Retinoide

Das Vitamin A-Derivat Acitretin (z. B. Neotigason®) normalisiert Wachstum und Differenzierung von Haut- und Schleimhautzellen und senkt die bei Psoriasis erhöhte Proliferationsrate. Es wirkt zudem immunmodulierend und entzündungshemmend. Der Wirkstoff ist bei Nieren- oder Leberschäden und bei Frauen mit Kinderwunsch (teratogen) kontraindiziert. Während der Behandlung kann es zu trockenen Haut- und Schleimhäuten, Nasenbluten und reversiblen Haarausfall kommen.

Biologika

Sie werden eingesetzt, wenn die Therapie mit mindestens zwei anderen Systemtherapeutika unwirksam ist oder diese aus anderen Gründen nicht eingenommen werden können. Biologika werden als Injektion oder Infusion verabreicht. Die Wirkstoffe greifen gezielt in die Entzündungskaskade ein.

TNF-alpha-Antagonisten-- Adalimumab (Humira®), Etanercept (Enbrel®) oder Infliximab (Remicade®) schalten den inflammatorisch wirkenden Botenstoff TNF-alpha aus. Dadurch reduzieren sich die epidermale Entzündung, die gesteigerte Proliferation und die gestörte Ausreifung der Keratinozyten in der Haut von Menschen mit Psoriasis. Mittel der ersten Wahl ist Adalimumab. Zu den häufigen Nebenwirkungen gehören aufgrund der supprimierten Abwehr bakterielle und virale Infekte der oberen und unteren Atemwege sowie Tuberkulose. Auch kann durch die Therapie eine Hepatitis B oder eine Tuberkulose reaktiviert werden. Zudem erhöht sich das Risiko, an Lymphomen oder Leukämien zu erkranken.



© casi / stock.adobe.com

Interleukin-Hemmstoffe-- Neben TNF-alpha spielen IL-12 und -23 eine wichtige Rolle im Krankheitsgeschehen. Ihre Blockade durch den monoklonalen Immunglobulin-G1-Antikörper Ustekinumab (Stelara®) verhindert über mehrere Zwischenschritte unter anderem die Freisetzung weiterer proinflammatorischer Zytokine wie Interferon-gamma und IL-17A. Direkt auf IL-23 zielt Guselkumab (im europäischen Zulassungsverfahren). Selektiv gegen IL-17A richtet sich wiederum der monoklonale Antikörper Secukinumab (Cosentyx®), der bei Plaque-Psoriasis-Herden Erytheme, Verhärtungen und Schuppung lindert. Genauso wie Ixekizumab (Taltz®), ein Wirkstoff, der im April 2016 die Zulassung in Europa erhalten hat und seit März 2017 in Deutschland erhältlich ist.

Autoren:

Stefanie Fastnacht (stefanie.fastnacht@springer.com)
Julia Pflügel (julia.pfluegel@springer.com)
Springer Medizin

Kostenlos online punkten



APOTHEKE + MARKETING bietet Ihnen regelmäßig praxisrelevante Beiträge, die mit einem Punkt von der Bundesapothekerkammer zertifiziert sind.

 Springer Medizin

1. Schritt: registrieren/anmelden: Falls Sie noch keinen Springer-Medizin-Zugang haben und zum ersten Mal teilnehmen, bitten wir Sie, sich einmalig auf der Website www.springermedizin.de zu registrieren. Wir senden Ihnen danach per E-Mail Ihre persönlichen Zugangsdaten zu. Bitte benutzen Sie diese für alle weiteren Teilnahmen zum Login.

2. Schritt: Beitrag auswählen: Nach der Anmeldung (Login) auf springermedizin.de wählen Sie auf der neuen Website in der Kopfleiste „CME“. Unter „Kurse nach Zeitschriften“ wählen Sie dann die Zeitschrift APOTHEKE + MARKETING aus und erhalten alle zertifizierten CME-Kurse. Sie können nun einen CME-Kurs auswählen und starten.

Alternativ finden Sie auf der CME-Seite auch einen extra Button „Apotheker“.

3. Schritt: teilnehmen: Die gewünschte Fortbildung steht Ihnen als CME-Kurs mit PDF-Datei zum Lesen, Herunterladen oder Ausdrucken zur Verfügung. Außerdem finden Sie dort den CME-Fragebogen. Zum Punktesammeln müssen Sie mindestens sieben der zehn Fragen richtig beantworten.

4. Schritt: Punkte sammeln: Nach richtiger Beantwortung von mindestens sieben Fragen senden wir Ihnen umgehend eine Teilnahmebestätigung per E-Mail zu. Sie können Ihre Teilnahmebescheinigungen unter „Mein CME“ einsehen.

Springer-Verlag GmbH | Springer Medizin Kundenservice | Tel.: 0800.77 80-777 | E-Mail: kundenservice@springermedizin.de

CME-Fragebogen

Update – Schuppenflechte

Welche Differenzialdiagnose zur Psoriasis könnte sich hinter den Symptomen Glanznägel und Exkorationen verbergen?

- seborrhoisches Ekzem
- Tinea incognito
- atopisches Ekzem
- Pityriasis rubra
- kutanes T-Zell-Lymphom

Was gilt als typisches Leitsymptom für eine Psoriasis?

- starker Juckreiz
- Nagelveränderungen
- Effloreszenzen in der Analfalte
- rötliche Plaques mit silbriger Schuppung
- Uveitis

Welcher Befund stützt die Diagnose einer milden Psoriasis?

- PASI \leq 10
- BSA \leq 15
- DLQI \leq 15
- Ekzem, das die Grenze der behaarten Kopfhaut nicht überschreitet
- Ekzem mit randständiger Schuppungen und zentraler Abblassung

Was trifft nicht für die Basistherapie der milden Psoriasis zu?

- Sie ist nur in Kombination mit Kortikosteroiden wirksam.
- Die Basistherapie hilft, Rückfälle zu vermeiden.
- Der Einsatz von Vaseline erhöht die Lipogenese der Haut.
- Ein Zusatz von Dimeticon wirkt juckreizmindernd.
- Moisturizer wie Glycerin verbessern die Hautfeuchte.

Welche Aussage zu Keratolytika ist verkehrt?

- Sie werden bevorzugt in der Initialphase eingesetzt.
- Sie dienen zur Beseitigung der Schuppen.
- Typische Wirkstoffe sind Salicylsäure und Harnstoff.
- Sie wirken antipruriginös.
- Sie schädigen die Hautbarriere.

Was ist bei der Psoriasisstherapie mit 10%iger Salicylsäure zu beachten?

- Die Anwendung ist auf maximal fünf Tage beschränkt.
- Die Anwendung ist für Kinder kontraindiziert.
- Die Anwendung darf nur auf weniger als 20 cm² Haut erfolgen.
- Sie ist therapeutischer Bestandteil der Erhaltungsphase.
- Mit einer Wirkstoffresorption muss nicht gerechnet werden.

Welche Aussage trifft auf die topische Anwendung von Dithranol zu?

- Der Wirkmechanismus ist vollständig aufgeklärt.
- Das Auftragen auf unbefallene Haut ist unproblematisch.
- 30 bis 70 Prozent der Patienten können den PASI-Wert um mehr als 90 % reduzieren.
- Der Wirkstoff lässt sich aus Dusche und Bad leicht entfernen.
- Dosierung und Dosisanpassung erfolgen nach einem festen Behandlungsschema.

Welche Angabe stimmt nicht?

- Vitamin-D3-Derivate können eine PASI-Reduktion von > 90 % erzielen.
- Sie können phototoxisch wirken.
- Sie können systemisch aufgenommen werden und den Calciumstoffwechsel stören.
- Sie sind für Schwangerschaft und Stillzeit nicht zugelassen.
- Calcipotriol kann mit Betamethason sinnvoll kombiniert werden.

Welche der folgenden Aussagen zu Systemtherapeutika bei schwerer Psoriasis ist richtig?

- Azemilast erhöht intrazellulär die Interleukin-Konzentration
- Ustekinumab ist ein muriner Antikörper.
- Etanercept schaltet TNF-alpha aus.
- Retinoide wirken unter anderem mutagen.
- Adalimumab steigert die erniedrigte Proliferationsrate.

Welche Aussage zu Biologika in der Therapie der schweren Psoriasis ist falsch?

- Adalimumab, Etanercept und Infliximab werden gegen schwere Psoriasis eingesetzt.
- Sie kommen als Infusionen und als Injektionen zu Einsatz.
- Etanercept und Infliximab gelten als Mittel der 2. Wahl.
- Biologika greifen gezielt in die Entzündungskaskade ein.
- Ustekinumab und Ixekizumab hemmen den Botenstoff TNF-alpha.