

# Psoriasis des behaarten Kopfes

ICD-10: L40.0

## 1. Präambel

Fortschritte im Verständnis der Pathogenese und die Entwicklung neuer Therapeutika haben in den letzten Jahren zu einem Wandel der Betrachtungsweise der Psoriasis geführt. Der Psoriasis liegt eine systemische Entzündungsreaktion zugrunde; Patienten mit Psoriasis leiden an charakteristischen Ko-Morbiditäten und eingeschränkter Lebensqualität; Nagelbeteiligung und Befall des behaarten Kopfes sowie Befall der intertriginösen Areale sind möglicherweise prognostische Marker für die Entwicklung einer Psoriasis-Arthritis [23]. Die Erkrankung ist wie andere Erkrankungen der „*immune-mediated inflammatory diseases*“ frühzeitig und effektiv zu behandeln. Der Befall des behaarten Kopfes ist für betroffene Patienten aufgrund der Sichtbarkeit besonders beeinträchtigend. Andererseits erschweren bestimmte Besonderheiten die Behandlung – die Region gehört zu den sog. „*difficult-to-treat*“-Arealen. Neuentwicklungen speziell für die Therapie der Psoriasis des behaarten Kopfes haben in den letzten Jahren zu einer Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten geführt. Deshalb soll das therapeutische Management dieses Körperareals in Form einer S1-Leitlinie zusammengefasst werden.

## 2. Zielsetzung

Der behaarte Kopf ist sowohl bei juvenilen Formen (*umfasst Entwicklungsstufen von Säugling, Kleinkind, Schulkind sowie Adoleszenz*) als auch bei Erwachsenen das am häufigsten befallene Hautareal der Psoriasis. Die Leitlinie soll helfen, die Psoriasis des behaarten Kopfes *epidemiologisch, klinisch* und *therapeutisch* zu charakterisieren.

Darüber hinaus sollen Instrumentarien zur Erfassung des Schweregrades, der Lebensqualität vorgestellt sowie Fragen der unterstützenden Pflege auf kosmetischer Ebene berücksichtigt werden. Hauptanliegen ist jedoch, die therapeutischen Möglichkeiten aufzuzeigen und korrespondierend Empfehlungen auszusprechen.

### **3. Epidemiologie**

Statistische Angaben zur Häufigkeit des Kopfhautbefalls bei Psoriasis schwanken zwischen 50-80% [14,15]. Unabhängig davon sind im Kontext jedoch drei Sachverhalte als gesichert anzusehen [1,7,15]:

1. Sowohl bei Krankheitsbeginn als auch im späteren Krankheitsverlauf ist der behaarte Kopf mit Abstand das am häufigsten befallene Areal.
2. Die Psoriasis des behaarten Kopfes kann – in unterschiedlichen zeitlichen Phasen (*initial, intermittierend, chronisch*) – bei jedem Phänotyp der Psoriasis auftreten.
3. Bei der häufigsten Verlaufsform – chronisch-stationäre Psoriasis – nimmt der Befall des behaarten Kopfes gleichermaßen eine Spitzenposition ein.

Teilweise liegen punktuell zusätzliche Informationen vor. Eine Befragung von Psoriasis-Patienten in den Niederlanden ergab, dass 25,6% bzw. 22,3% der Patienten mit Kopfhautpsoriasis zusätzlich über Stirn- bzw. Gesichtsbeteiligung unterschiedlichen Ausmaßes berichten; in 48% war flächenmäßig mehr als die Hälfte des behaarten Kopfes befallen; außerdem bestand die Psoriasis des behaarten Kopfes bei 81% der Patienten seit einer Zeitdauer von über 5 Jahren (Übersicht bei [9]). Unter Berücksichtigung der Gesamtpopulation der Psoriasis-Patienten ergibt sich für Deutschland eine Punktprävalenz der Psoriasis des behaarten Kopfes von 1,5-2%.

#### 4. Klinisches Bild

Die Psoriasis ist hinsichtlich Hautsymptomatik durch die Trias Rötung, Infiltrat und Schuppung charakterisiert. Dieses phänotypische Bild ist auch bei Befall des behaarten Kopfes nachweisbar. Allerdings zeigen individuelle Verläufe in Abhängigkeit von Krankheitsstadium und Extensität unterschiedlich akzentuierte Dominanz eines der drei Einzelsymptome. Aus Patientenperspektive ist überwiegend die mehr/minder ausgeprägte Schuppung sehr belastend, die (seltener) so ausgeprägt sein kann, dass z. B. das Kämmen der Haare unmöglich wird. Das Spektrum der klinischen Veränderungen der Psoriasis im Bereich des behaarten Kopfes ist vielgestaltig: Beim klassischen Bild bestehen scharf begrenzte erythromato-squamöse Einzelherde, die zur mehr/minder silber-weißen Abschuppung tendieren. Die gelösten Schuppen sind besonders bei dunkler Kleidung für Patienten stigmatisierend und für die Umwelt ästhetisch störend. Im Extremfall tritt ein kompletter Befall des gesamten behaarten Kopfes auf. Häufig überlappen die unterschiedlich großen Läsionen die Frontlinie des Haaransatzes der Stirn oder befallen zusätzlich in unterschiedlicher Ausprägung die Retroaurikularregion. Meist ist ein asymmetrischer Befall der Kopfhaut charakteristisch. Juckreiz ist nach neueren Untersuchungen bei bis zu 70% der Patienten vorhanden und findet deshalb bei bestimmten Instrumentarien Eingang in die Beurteilung des Schweregrades [2].

Eine Überlappung zwischen Psoriasis und seborrhoischer Dermatitis wird diskutiert und gelegentlich als „*Sebopsoriasis*“ oder „*Seborrhiasis*“ bezeichnet. Bei dieser Konstellation besteht meist ein seborrhoischer Hauttyp mit stärkerer Rötung und fettiger Schuppung der Augenbrauenregion, der Nasolabialfalten sowie der typischen seborrhoischen Areale am Sternum.

Die überwiegende Zahl der Patienten klagt bei psoriatischem Befall des behaarten Kopfes nicht über eine Alopezie. Wie klinische Beobachtungen hingegen zeigen, können in schweren und/oder lang bestehenden – meist unbehandelten – Verläufen Alopezieherde bis zur umschriebenen vernarbenden Alopezie resultieren, die auch artefiziell bei starkem Juckreiz durch massives Kratzen entstehen kann [17,21]. Befunde von Trichogrammuntersuchungen weisen teilweise ein Telogen-Effluvium aus [19]. Differentialdiagnostisch sind unter anderem Ekzeme, Mykosen, Lichen ruber, Lupus erythematodes, Sezary-Syndrom sowie (weniger häufig) überkompensierende forcierte Haarpflegemaßnahmen auszuschließen. Ob das Koebner-Phänomen durch Kämmen, Haarwäsche u. a. Prozeduren eine im Schrifttum immer wieder thematisierte Verschlechterung der Psoriasis auslöst oder unterhält, ist nicht definitiv geklärt. Es wird ebenfalls diskutiert, dass eine Kolonisation mit *Malassezia furfur* zur Auslösung von Psoriasis im Bereich des behaarten Kopfes führen kann, so dass in einigen Fällen Therapieversuche mit topischen Antimykotika indiziert sein können [3,6,20].

Auf einen in dieser Form bislang nicht bekannten Sachverhalt weist eine aktuelle Untersuchung hin, in der über einen Zeitraum von 1970 bis 1999 Psoriasis-Patienten registriert wurden und anhand der initial befallenen Körperareale einschließlich des Nagelapparates das Risiko für die spätere Entwicklung einer Psoriasis-Arthritis berechnet wurde [23]. Im Ergebnis wird festgestellt, dass diejenigen Patienten mit Kopfhautbefall einem erhöhten Risiko (univariat: Faktor 3,89; multivariat: Faktor 3,75) ausgesetzt sind, später an einer Psoriasis-Arthritis zu erkranken. Damit ist Kopfhautbefall nicht nur epidemiologisch und klinisch bedeutsam, sondern könnte auch ein prognostischer Faktor für die Entstehung einer Gelenkbeteiligung sein

## **5. Besonderheiten der topischen Therapie des behaarten Kopfes**

Obwohl maximal nur 4-5% der Gesamtkörperoberfläche bei Kopfhautpsoriasis betroffen sein können, gestalten vier Besonderheiten die Therapie der Psoriasis im Bereich des behaarten Kopfes schwieriger als am übrigen Integument. Die Kopfhautpsoriasis beeinflusst ausgesprochen negativ Selbstwertgefühl (Eigenakzeptanz) und soziale Kommunikation (Umweltakzeptanz) [2,15]. Im Ergebnis dieser negativen Selbstwahrnehmung wird aus Patientenperspektive der Wunsch nach *rascher* und vor allem *anhaltender Besserung* unter zusätzlicher Voraussetzung einer praktikablen Therapiedurchführung verständlich. Diese Zielsetzung ist trotz verständlicher Erwartungshaltung nicht auf allen drei Ebenen zu erzielen. Da die Psoriasis nicht heilbar ist, wird nach Therapieunterbrechung früher oder später die Remissionsphase erneut in eine aktive Erkrankung übergehen. Den Widerspruch zwischen Erwartungshaltung und Umsetzung, Dauer und Erfolg einer Therapie empfinden viele Patienten als frustrierend was damit einer hohen Compliance entgegen steht.

Im Bereich des behaarten Kopfes beeinflussen zudem alle topischen Formulierungen mehr oder weniger die Haarqualität unter kosmetischen Aspekten (*z. B. öliges Haar, trockenes Haar, Verfärbungen, aufdringlicher Geruch*). Die Bereitschaft, diese Nachteile während der meist langfristig angelegten Behandlungsphasen zu akzeptieren, ist ein zusätzlich limitierender Faktor für den Behandlungserfolg. Langjährige Erfahrungen mit Patienten mit einer Kopfhautpsoriasis offenbaren, dass Patienten besonders dann die topische Therapie nicht wie empfohlen umsetzen (*Regelmäßigkeit* und *Anwendungsfrequenz*), wenn aus Patientenperspektive in einem „angemessenen“ Zeitraum keine deutlich wahrnehmbare Besserung resultiert. Inadäquate oder forcierte Haarpflegemaßnahmen oder Kratzen infolge von Juckreiz können andererseits krankheitsfördernd sein.

Als entscheidend für die Problematik einer topischen Therapie sind die anatomisch-physiologischen Verhältnisse am behaarten Kopf anzusehen. Voraussetzung für jede klinische Wirksamkeit ist eine ausreichende Bioverfügbarkeit des jeweiligen Wirkstoffes im Bereich der Kopfhaut nach Freisetzung aus dem Vehikel und kutaner Absorption. Die anatomisch gegebene Akkumulation von Talgdrüsen und Haarfollikeln im Bereich des behaarten Kopfes kann bei hoher Talgdrüsenaktivität/-dichte – vor allem bei lipophilen Zubereitungen – die Bioverfügbarkeit des jeweiligen Wirkstoffs beeinflussen. Es besteht zudem ein erheblicher Unterschied zwischen Oberfläche des behaarten Kopfes (ca. 700 cm<sup>2</sup>) und Oberfläche der Gesamthaarmasse (ca. 6 m<sup>2</sup> bei Frauen, ca. 1 m<sup>2</sup> bei Männern) [18]. Selbst bei gleichmäßigem Auftragen einer topischen Formulierung ist trotz Bemühungen einer überwiegenden Exposition des Kopfhaarbodens letztere um den Faktor 20- bis 100-fach geringer als die Exposition im Haarkleid. Im Ergebnis erklärt sich eine große interindividuelle Variation der kutanen Absorption von Wirkstoffen. Schließlich spielt die kosmetische Akzeptanz der verordneten Grundlagen eine Rolle. Werden die Kriterien *kosmetische Akzeptanz* und *Auswaschbarkeit* zugrunde gelegt, ergibt sich ein differenziertes Bild für diese Grundlagen. Wasser-in-Öl-Emulsion, Vaseline und Öle, insbesondere Mineralöle, lassen sich generell schwer auswaschen und haben angesichts der fettenden und erweichenden Eigenschaften sowie des teils vorhandenen Rohstoffgeruchs eine eingeschränkte kosmetische Akzeptanz. Sie sind deshalb nur unter besonderen Bedingungen anwendbar. Andere Grundlagen zeigen sehr gute (z. B. Shampoo, Schaum, Bio-Waschöl) bzw. gute (z. B. Emulsion, Gel) Auswaschbarkeit – bei unterschiedlicher individueller Akzeptanz – und empfehlen sich besonders für die ambulante Anwendung.

## 6. Instrumentarien zur Erfassung von Schweregrad und Lebensqualität

Zur Erfassung des Schweregrades einer Psoriasis im Bereich des behaarten Kopfes kommen unterschiedlich validierte Instrumentarien zur Anwendung. Überwiegend werden dabei *Ausmaß* und *Schwere* der Einzelläsionen beurteilt:

### 1. Physician's Global Assessment (PGA)

Dieses in klinischen Psoriasis-Studien häufig genutzte Punktesystem beschreibt global die Schwere der Läsionen halbquantitativ in Form einer 5er-, 6er- oder 7er-Skala (z. B. 0 = *erscheinungsfrei mit Punktwert 0; 6 = sehr schwere Ausprägung von Rötung, Schuppung und/oder Infiltrat mit Punktwert von 6*).

Ein Vergleich des registrierten Wertes vor Behandlungsbeginn mit Einschätzung während bzw. nach Therapieabschluss erlaubt mittels Kalkulation der Zahlendifferenz eine Besserung/Änderung des Befundes. Zu unterscheiden ist der statische PGA (sPGA) vom dynamischen PGA. Letzterer erfasst die Änderung/Besserung zum jeweils zeitlich vorher ermittelten Wert.

### 2. Scalp-modifizierter PASI (S-mPASI)

Hierbei wird mittels einer 5-Punkte-Skala (0 = *erscheinungsfrei bis 4 = sehr schwer*) eine Zahl für jedes Einzelsymptom Rötung, Schuppung und Infiltrat zugeordnet. Diese drei Werte werden addiert und mit einem Wert für die Extensität (*%-Zahl für die befallene Fläche; 0 = 0% bis 6 = 90-100%*) multipliziert und anschließend durch 10 dividiert. Damit ergibt sich eine Bewertungsskala von 0-7,2 [10].

### 3. Psoriasis Scalp Severity Index (PSSI)

Dieser entspricht dem S-mPASI. Lediglich entfällt nach Addition der Punktesumme für die drei klinischen Symptome die Division mit dem Faktor 10. Da-

mit erreicht dieses Skalierungssystem in direkter Analogie zum PASI Werte von 0-72 [22].

#### 4. Vierer-Regel („Rule of fours“)

Dieses Messinstrument wurde zur Standardisierung des Ausmaßes einer Gesichtsbeteiligung entwickelt [26]. Da bei Befall des behaarten Kopfes teils Anteile des Gesichtes zusätzlich befallen sind, kann die Vierer-Regel zur Objektivierung des Befundes in diesem Areal genutzt werden. Die anatomischen Regionen des Gesichtes werden dabei in 6 Areale aufgeteilt: Stirn (anterior u. lateraler Anteil), Wange (2x), Periorbitalregion (2x), Ohr (lateral 2x), Nase und Perioralregion, die alle jeweils dem Wert 4% bzw. Multiplikationen von 4 entsprechen. Es ergeben sich dabei für Stirn ein Wert von max. 24%, Nase 4%, Wange 20%, Perioralregion 8%, Ohraußenseite 4% und Periorbitalregion 4%.

#### 5. Patient's Global Assessment

Ähnlich dem Physician Global Assessment erfolgt im statischen *Patient's Global Assessment* die Beurteilung der Schwere der Läsion mittels einer 4er-, 5er- oder 6-er-Punkte-Skala (z. B. 0 = *erscheinungsfrei bis 4 = sehr schwer*) aus Patientenperspektive. Das dynamische Patient's Global Assessment ist ein Indikator für die Verbesserung/Verschlechterung im Vergleich zur jeweils vorherigen Beurteilung (z. B. -2 = *viel schlechter*, -1 = *mäßig schlechter*, 0 = *keine Änderung*, 1 = *leichte Besserung*, 2 = *deutliche Besserung des Befundes*) [10].

#### 6. Scalpdex

Dieses Instrumentarium ist dem 1996 entwickelten Skindex ähnlich, das allgemein die Lebensqualität bei Dermatosen erfasst. Der Scalpdex beurteilt hingegen die Lebensqualität der Patienten mit Erkrankungen ausschließlich im



Bereich des behaarten Kopfes [2]. Der Scalpdex besteht aus 23 Items, die Einschränkungen auf 3 Ebenen, *symptombezogener, funktioneller* und *emotionaler Aspekte*, abfragen. Die möglichen Antworten über ein Integral eines Zeitraumes der letzten 4 Wochen werden auf einer Skala von 0-100 registriert (z. B. 0 = niemals, 25 = selten, 50 = manchmal, 75 = häufig, 100 = immer). Das Skalierungssystem ist zuverlässig, valide und treffsicher. Die Beantwortung durch den Patienten nimmt ein Zeitvolumen von ungefähr 5-10 min. in Anspruch.

Es gibt weitere nicht speziell für den behaarten Kopf entwickelte Skalierungssysteme zur Abschätzung von Wirksamkeit, Therapiezufriedenheit und Lebensqualität (z. B. visuelle Analogskala, DLQI, u. a.).

## **7. Therapie der Kopfhautpsoriasis**

Ein Vergleich zwischen Anzahl der Veröffentlichungen über die Behandlung der Psoriasis im Allgemeinen und der Kopfhautpsoriasis im Speziellen offenbart ein Verhältnis von 60:1 [24]. Nicht für alle gegenwärtig genutzten topischen Medikamente liegen gesicherte Studiendaten auf höchstem oder hohem (A1- bzw. A2)-Evidenz-Niveau vor. Zusätzlich lassen sich angesichts unterschiedlicher Studienkonzeptionen die Ergebnisse der verschiedenen klinischen Studien nicht oder nur bedingt vergleichen. Für topische Glucocorticosteroide und Vitamin D<sub>3</sub>-Analoge sowie deren Kombination sind Studiendaten mit hoher Evidenz für Wirksamkeit und Sicherheit nachgewiesen. Unabhängig von diesen allgemeinen Einschränkungen werden topische Medikamente zur Behandlung der Kopfhautpsoriasis unverändert als Mittel der ersten Wahl angesehen [1,14]. Die unterschiedlichen Substanzklassen finden entweder als Monothera-

pie oder in Kombinationen Anwendung sowie als ergänzende topische Behandlung bei Systemtherapie.

Bei der Therapie der Psoriasis des behaarten Kopfes ist die adäquate Auswahl der unterschiedlichen Grundlagen von entscheidender Bedeutung. Wird ein Wirkstoff in einer nicht akzeptierten Zubereitung verordnet, leidet die Compliance und das Vertrauen in den behandelnden Arzt.

Zur topischen Behandlung der Psoriasis im Bereich des behaarten Kopfes finden 5 pharmakologische Substanzklassen Anwendung: Keratolytika, teerhaltige Zubereitungen, Anthralin, topische Glucocorticosteroide, Vitamin D<sub>3</sub>-Analoge. Daneben werden eine Reihe weniger intensiv untersuchter Maßnahmen genutzt (z. B. UV-Kamm, intra-läsionale Applikation von Glucocorticosteroiden, Nutzung von Antimykotika, Behandlung von Grenz-Strahlen). Vielfach tritt die Kopfhautpsoriasis im Rahmen einer mittelschweren bis schweren Psoriasis auf, die durch eine Systemtherapie behandelt wird. Es wird davon ausgegangen, dass das Ansprechen eines Kopfhautbefalls auf die verschiedenen konventionellen systemischen Therapien und Biologics dem Ansprechen von Psoriasis-Plaques am Körper vergleichbar ist; systematische Daten aus klinischen Studien liegen aber kaum vor.

## 1. Keratolytika

Ein klassisches Keratolytikum ist Salicylsäure. In niedrigen Konzentrationen hat Salicylsäure keratoplastische Eigenschaften, ab Konzentrationen von 1% überwiegt die keratolytische Wirksamkeit. Salicylsäure hat zusätzlich milde antiseptische Effekte. Salicylsäure löst die innerzelluläre Kittsubstanz und zerstört die desmosalen Strukturen durch epidermale Hydratation. Durch systemische Aufnahme kann es unter bestimmten Bedingungen zur Salicylsäure-Intoxikation kommen (Frühsymptome ab 30

mg/dl). Dies ist besonders bei ausgeprägten flächenhaften entzündlichen Veränderungen (z. B. Erythrodermie) oder bei Kindern möglich. Die Rationale der Anwendung von Salicylsäure bei Psoriasis ist die Auf-/Ablösung starker Schuppenbildung (z. B. Tinea asbestosa oder amiantacea), um nachfolgend die Wirkstoffaufnahme von topischen Antipsoriatika zu verbessern. Der Einsatz von Salicylsäure ist deshalb nur unter diesen Umständen **initial und befristet** zu empfehlen. Dabei kommen 3- bis max. 10%ige Salicylsäure-Zubereitungen in unterschiedlichen Grundlagen zur Anwendung. Es liegen zwei klinische Studien mit kleinen Patientenzahlen auf Evidenz-Level II B vor [4,16]. Die Dauer der aktiven Behandlung mit einem 6% Salicylsäure-haltigem Gel betrug dabei 3 (stationäre Patienten) bzw. 6 (ambulante Patienten) Wochen. Im Ergebnis wird eine Verbesserung beobachtet [4]. In einer anderen randomisierten 3-Tages-Studie mit drei Therapiearmen (10% Salicylsäure in Mineralöl mit TWEEN als Detergens, 10% Salicylsäure in Sofsyn<sup>®</sup> Öl, Triple Gel: 6% Salicylsäure in Propylenglykol, 2% Teerextrakt in Gel und Fluocinonid 0,05% in Gel). Die Autoren stellen trotz identischer Wirksamkeit aller 3 Zubereitungen die 10%ige Salicylsäure-Öl-Therapie als pharmakoökonomisch und hinsichtlich Akzeptanz den anderen beiden Therapieformen als empfehlenswert heraus [16]. Der Einsatz von Salicylsäure erfolgt bislang überwiegend aus langjähriger klinischer Erfahrung, ist durch Studiendaten wenig belegt. Für die Praxis empfiehlt sich deshalb der Einsatz bei folgenden Situationen:

- Zur Initialtherapie über wenige Tage nur bei stark ausgeprägter Schuppung/Tinea asbestosa (3-10%ig) über wenige Tage.
- Die gleichzeitige Anwendung mit Vitamin D<sub>3</sub>-Analoge ist wegen Inkompatibilitäten nicht zu empfehlen.
- Bei Kindern sollte Salicylsäure **nicht** angewendet werden.

Eine effektive Keratolyse lässt sich, wenn erforderlich, auch durch Anwendung emulgierender blander Cremes wie Ung. emuls. aquos. erreichen. Nach Auftragen auf die Kopfhaut über Nacht und auswaschen am nächsten Morgen kann meist eine Entfernung störender Schuppung erzielt werden.

## 2. Teer bzw. teerhaltige Zubereitungen

Teerhaltige Zubereitungen fanden ursprünglich aus Empirie Eingang in die dermatologische Therapie. Der Wirkmechanismus ist bis heute angesichts unterschiedlicher Bestandteile von aliphatischen und aromatischen Kohlenwasserstoffen nicht aufgeklärt. Darüber hinaus entspricht die Datenlage zur Wirksamkeit teerhaltiger Externa im Bereich des behaarten Kopfes nicht den Anforderungen an moderne „Evidenzbasierte Medizin“. Dementsprechend wurde in der S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris [13] die Anwendung von Teer und Teerhaltigen Produkten aufgrund der fehlenden Evidenz für eine Wirksamkeit nicht mehr empfohlen. Diese negative Bewertung kann auch für die Anwendung dieser Substanzen am behaarten Kopf übernommen werden. Zudem ist die kosmetische Akzeptanz aus Sicht der Patienten angesichts der Geruchsbelästigung begrenzt.

## 3. Anthralin

Anthralin ist ein wirksames antipsoriatisches Medikament. Es hat allerdings angesichts des eingeschränkten Behandlungskomforts (*Hautreizungen bzw. -verfärbungen, Wäscheverschmutzung, Geruchsbelästigung*) in den letzten Jahren an Bedeutung verloren. Die praktische Nutzung in der Vergangenheit steht dabei in auffälligem Kontrast zu gesicherten Studiendaten für den Bereich des behaarten Kopfes.

Eine einzige prospektive Studie über einen Untersuchungszeitraum von 3 Wochen mit insgesamt 64 Patienten mit einer Kopfhautpsoriasis hat eine überlegene Wirksamkeit von Anthralin in Bio-Waschöl vs. Micanol<sup>®</sup> 1% gezeigt [25]. Praktische Erfahrungen und die wenigen vorliegenden Daten weisen eine Wirksamkeit von Anthralin im Bereich des behaarten Kopfes aus, jedoch schränken die angesprochenen Nachteile vor allem im ambulanten Bereich den Einsatz von Anthralin-haltigen Externa ein. Unter (teil)stationären Bedingungen werden 0,05%-3%ige Zubereitungen empfohlen; ambulant ist Anthralin in Bio-Waschöl vor allem bei resistenter Kopfhautpsoriasis angezeigt. Es muss auf Haarverfärbungen (besonders bei blondem Haar), Vermeidung jeden Augenkontakts und auf adäquates Händewaschen nach Auftragen geachtet werden. Als Vorteil einer Anthralintherapie ist die relativ längere Remissionszeit zu sehen. Bei guter Compliance ist der Einsatz von Micanol<sup>®</sup> als Kurzzeittherapie möglich (1% oder 3%).

#### 4. Topische Glukokortikosteroide

Topische Glukokortikosteroide sind bei allen Schweregraden der Kopfhautpsoriasis wirksam [1,7,15]. Sie vereinen in Abhängigkeit von Wirkstärke, Konzentration und gewählter Grundlage in der Regel hohe Wirksamkeit verbunden mit guter Praktikabilität ohne wesentliche kosmetische Einschränkungen. Die mit Abstand meisten klinischen Studien liegen für topische Glukokortikosteroide auch für den behaarten Kopf vor. Viele dieser Studien entsprechen einem Studiendesign mit hoher Evidenz. Ein Vorteil ist die Verfügbarkeit von sehr unterschiedlichen Grundlagen sowohl in Magistralrezepturen als auch Fertigpräparaten. Damit ist in der Regel eine hauttypgerechte und dem Akuitätsgrad angepasste Therapie möglich. Die Behandlungsfrequenz kann initial 2 Behandlungen pro Tag umfassen; in der Regel werden 1 x tgl.

Anwendungen empfohlen. Besonders zu empfehlen sind die speziell für die Kopfhaut entwickelten Fertigpräparate als Schaum (Clarelux<sup>®</sup>, Deflatop<sup>®</sup>) bzw. Shampoo (Clobex<sup>®</sup>). Das Shampoo beeinflusst unter 1 x tgl. Anwendung über einen Zeitraum von 4 Wochen nicht die hormonelle Hypophysen-Nebennierenrindenachse [11].

Die vom Hersteller empfohlenen Hinweise müssen bei all diesen Fertigpräparaten beachtet werden. Alkoholische Grundlagen, die häufig noch als Rezepturgrundlage verwendet werden, sollten vermieden werden, da sie zur Austrocknung der Kopfhaut mit verstärktem Juckreiz oder zu Brennen bei starker entzündlicher Komponente führen. Da auch die oben erwähnten Schäume alkoholische Grundlagen haben, sollte trotz der im Allgemeinen gut verträglichen Galenik von Schäumen auf Irritationen geachtet werden. Bei dem Shampoo Clobex<sup>®</sup> und seiner Kurz-Kontakt-Anwendung bestehen hier keine Bedenken.

## 5. Vitamin D<sub>3</sub>-Analoga

Es stehen Calcipotriol und Tacalcitol zur Therapie der Kopfhautpsoriasis zur Verfügung. Sie hemmen die epidermale Proliferation, fördern eine Normalisierung der Keratinisation und haben antientzündliche Effekte. Die Datenlage für Wirksamkeit in Kurz- und Langzeittherapie ist am besten für Calcipotriol durch mehrere klinische Studien gesichert [1]. Im Allgemeinen ist die Wirksamkeit von Vitamin D<sub>3</sub>-Analoga denen der stark wirksamen Steroide wie z. B. Clobetasolpropionat unterlegen. Im Vergleich zu topischen Steroiden besitzen sie hingegen kein Tachyphylaxiephänomen, sind zur Langzeittherapie (bis 12 Monate) geeignet. Sie können initial im Gesichtsbereich Brennen und Hautreizungen hervorrufen. Neben den topischen Steroiden gehören Vitamin D<sub>3</sub>-Analoga als topische Substanzklasse zur Therapie der ersten Wahl bei Kopfhautpsoriasis.

## 6. Kombinationen

### *1. Calcipotriol und Betamethasondipropionat*

Um die Wirksamkeit von vorhandenen effektiven Kombinationspräparaten auch im Bereich des behaarten Kopfes nutzen zu können, wurde eine 2-Komponenten-Formulierung, bestehend aus Calcipotriol und Betamethasondipropionat in Gelform, entwickelt (Xamiol®). Die Wirksamkeit und Sicherheit dieses Produktes wurde in mehreren kontrollierten Studien mit hoher Evidenz für Kurzzeit- (8 Wochen) und Langzeittherapie (1 Jahr) geprüft [5,8,12]. Es bestätigt die hohe Wirksamkeit der Kombination bestehend aus dem Vitamin D-Analogon und dem Glucocorticosteroid im Vergleich zur Wirksamkeit der jeweiligen Einzelkomponenten. Werden die beiden Wirksamkeitskriterien „*erscheinungsfrei*“ und „*sehr wenig*“ zugrunde gelegt, erreichen nach 2, 4 und 8 Wochen 49%, 55% und 68% diesen Zustand [8]. Auch bei Langzeittherapie über 1 Jahr liegen keine Hinweise für kumulative Toxizität oder ein geändertes Sicherheitsprofil im Vergleich zur Anwendung der Einzelwirkstoffe vor. In der praktischen Nutzung wird das Fertigpräparat 1 x tgl. aufgetragen. Sobald ein er-scheinungsfreier Zustand erzielt ist, ist eine Behandlungspause angezeigt, um bei Rückfall erneut im gleichen Therapiealgorhithmus zu beginnen.

## **8. Systemtherapie**

Kommt es unter der oben genannten topischen Therapie nicht zu einer auch aus Sicht der Patienten akzeptablen Befundbesserung sollte eine systemische Therapie durchgeführt werden. Eine Lichttherapie mit UVB oder PUVA ist an behaarten Kopf nicht möglich und auch nicht etabliert. Zur Behandlung kommen die auch für die mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris geeigneten Medikamente in Betracht. Hier-

zu zählen Fumarsäureester, Methotrexat, Ciclosporin und Acitretin sowie die Biologika Etanercept, Infliximab, Adalimumab und Ustekinumab.

Trotz sehr guter Datenlage für die Kriterien Wirksamkeit und Sicherheit der Systemtherapeutika bei Psoriasis vulgaris liegen so gut wie keine Studiendaten dieser Substanzklassen für die Kopfhautpsoriasis vor. Umfangreiche klinische Erfahrungen der Autoren mit allen systemischen Therapieformen zeigen jedoch, dass bei vielen Patienten im Zuge der globalen Verbesserung der Psoriasis an Stamm und Extremitäten auch eine Verbesserung der Psoriasis im behaarten Kopf resultiert. Zukünftig ist allerdings die Erhebung von zuverlässigen Daten über die Effizienz einer Systemtherapie für den Bereich des behaarten Kopfes zwingend notwendig.

## **9. Kosmetische Haarpflege**

Haarpflegemaßnahmen sind notwendig, um die kosmetisch beeinflussenden Rückstände von Zubereitungen besonders von sog. „*leave-on*“-Präparaten zu entfernen, die notwendige Haarwäsche durchzuführen und bestimmten Therapie-assoziierten unerwünschten Arzneimittelwirkungen entgegen zu wirken (z. B. Austrocknung der Kopfhaut). Dafür stehen unterschiedliche Fertigpräparate zur Verfügung. Sehr gut antimikrobiell wirksam sind Zink-Pyrithion-enthaltende Shampoos, durch die die Schuppenbildung nachweislich durch diese gehemmt wird. Die Serie „Head&Shoulders“ hat für nahezu alle Belange ein entsprechend geeignetes Shampoo auf den Markt gebracht (z. B. trockene Kopfhaut, fettiges Haar). Jedoch sollte jeder Patient die für ihn geeignete Haarpflege herausfinden, die den individuellen Anforderungen an Pflege und kosmetischen Wünschen gerecht wird. Bei den handelsüblichen Haarpflegeprodukten (Shampoos, Spülungen) sind negative Effekte auf



die Psoriasis oder Wechselwirkungen mit den verordneten Medikamenten nicht zu befürchten.

Erarbeitet durch die Konsensus-Konferenz „Psoriasis des behaarten Kopfes“

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Gottfried Wozel, Dresden

Teilnehmer:

Prof. Dr. med. C. Eberhard Klein, Heidenheim

Prof. Dr. med. Ulrich Mrowietz, Kiel

Prof. Dr. med. Kristian Reich, Hamburg

Dr. med. Michael Sebastian, Mahlow

Dr. med. Volker Streit, Buchholz

Erstellungsdatum: 09/2009

**Stufe: S1**

**Gültig bis: Oktober 2012**

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Gottfried Wozel  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
an der Technischen Universität Dresden  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

Tel. +49 (0)351 458-2290  
Fax +49 (0)351 458-5345  
email: Verena.Huebner@uniklinikum-dresden.de