

# Die Haut beruhigen bei Prurigo nodularis

## Wie Sie Ihrem Patienten helfen, das Juck-Kratz-Dilemma zu durchbrechen

→ Kongress der DGIM

**MANNHEIM – Chronisches Kratzen hinterlässt in der Haut Spuren und im Hinblick auf das klinische Bild ist es eigentlich unbedeutend, warum der Patient ursprünglich gekratzt hat. In der Haut des Prurigo-nodularis-Patienten entstehen narbenähnliche Veränderungen, die ihrerseits wieder Juckreiz auslösen.**

Ganz anders als beim Schmerz, der einen Fluchtreflex hervorruft, wendet sich der Patient beim Juckreiz hin zum Geschehen. Man sieht nach, was da ist, möchte die Ursache entfernen bzw. wegkratzen, erklärte Professor Dr. SONJA STÄNDER vom Kompetenzzentrum chronischer Pruritus am Universitätsklinikum Münster.

Chronischer Pruritus kann sowohl aufgrund einer Dermatose als auch auf normaler Haut entste-

hen. Wenn gekratzt wird, verbreitert sich die Hornschicht bis auf das 100-Fache, wie im Narbengewebe verdicken und verbreitern sich die Kollagenfasern, Mastzellen und Nerven vermehren sich. Diese histologischen Veränderungen erklären dann auch, warum das gesamte Hautsystem der betroffenen Patienten anfällig ist für erneuten Juckreiz.

### Therapie unerlässlich, auch wenn Ursache unbekannt ist

Das klinische Bild hängt davon ab, wie und wie viel der Patient kratzt, reibt oder scheuert, um sich Erleichterung zu verschaffen. Es erscheinen z.B. eine Lichenifizierung, knotige Vernarbungen oder viele kleine Papeln, die alle diagnostisch nicht nutzbar sind. Ein chronifizierter Pruritus nach einer Skabiesinfektion oder der Juckreiz bei Lungen-

karzinom können klinisch durchaus gleich aussehen (s. Abb.).

Auch sieht man bei vielen Patienten eine Aussparung am Rücken. Das sind die Stellen, die viele mit den Fingernägeln nicht erreichen. Die Aussparungen geben aber keinerlei Hinweis auf die Juckreizursache (s. Abb.).

Jeder chronische Pruritus quält die Betroffenen und schränkt ihre Lebensqualität wesentlich ein. Daher ist eine Therapie unerlässlich, auch wenn die Ursache nicht bekannt ist oder nicht beseitigt werden kann. Die Behandlung erfolgt immer multimodal. Natürlich sollte, wenn möglich, zunächst die Grunderkrankung behandelt werden. Bei Xerosis oder atopischer Disposition steht eine topische Behandlung mit Basistherapeutika an. Menthol, Urea oder Lidocain lindern evtl. die Symptome, allerdings nur kurzfristig.

Topische Steroide kann man direkt auf die Kratzläsionen auftragen, so die Referentin. Häufig macht eine psychosomatische Begleittherapie Sinn.

### Antihistaminika dienen als Notbehelf

Während es für die lokale Therapie des Prurigo nodularis Daten von sage und schreibe vier Studien gibt, liegen für systemische Therapeutika bislang gar keine abgeschlossenen Studien vor. Angesichts der dünnen Datenlage behilft man sich mit nicht selektiven Antihistaminika, ggf. in hoher

Dosierung oder mit UV-Phototherapie. Wenn neuropathische Ursachen

### Differenzialdiagnostische Klassifikation des Prurigo

- I **Dermatologisch:** z.B. Psoriasis, atopische Dermatitis, Exsikkationsekzem, Skabies, kutanes Lymphom
- II **Systemisch:** Ausgehend von Leber-, Nieren- oder hämatologischen Erkrankungen oder Medikamenteneinnahme
- III **Neurologisch:** z.B. ausgehend von degenerativen oder komprimierenden Nervenschäden,
- IV **Psychiatrisch/psychosomatisch**
- V **Gemischt**
- VI **unbekannte Ursache**

mitverantwortlich für den Juckreiz sind, kommen auch Gabapentin und Pregabalin infrage. Antidepressiva, meist SSRI, setzen die Kollegen in Münster eventuell additiv zu den Antiepileptika ein.

### Langwierige Therapie nicht zu früh absetzen!

Wenn das alles nicht hilft, stehen Immunsuppressiva wie Ciclosporin oder Methotrexat an. Die Kollegen versuchen in verzweifelten Fällen manchmal auch den  $\mu$ -Opioid-Rezeptorantagonisten Naltrexon/Naloxon. Diese Therapie hat aber schwerwiegende Nebenwirkungen und man befindet sich damit „ganz tief im off label“, meinte die Expertin. Noch experimentell, aber vielversprechend scheinen Versuche mit dem antiemetisch wirkenden Neurokinin1-Rezeptor-Antagonisten Aprepitant, der zurzeit in der Onkologie verwendet wird.

Aber selbst wenn der Patient auf eine dieser Therapien anspricht,



Ans untere Schulterblatt kommt man einfach nicht dran: Kratzläsionen mit typischen Aussparungen an den unerreichbaren Stellen bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (1); Diabetes mellitus (2); bullöses Pemphigoid (3).

Fotos: Prof. Dr. Sonja Ständer

dauert es oft Wochen oder Monate, bis die Knoten aus der umgebauten Haut verschwinden. „Daher die Therapie bloß nicht zu früh absetzen, auch wenn der Patient nicht mehr über Juckreiz klagt“, so der Rat der Expertin. Dr. Stefanie Kronenberger



Gleiche Klinik, unterschiedliche Erkrankungen: Prurigo-Rücken nach Skabiesinfektion (1), ähnliches Bild bei einem Patienten mit Lungenkarzinom (2).