

Kann Psoriasis vulgaris durch Ernährung verbessert werden?

Hintergrund

Psoriasis ist die am häufigsten auftretende entzündliche Hauterkrankung, die in über 90 % der Fälle chronisch und systemisch verläuft [1]. In Deutschland leiden etwa 1,6 Mio. Menschen an Psoriasis [2]. Es werden verschiedene Formen unterschieden. Die am häufigsten vorkommende Form ist Psoriasis vulgaris mit 80 % [2].

Psoriasis geht mit einem höheren Risiko für Komorbiditäten einher, z. B. Malignome, Infektionen, metabolisches Syndrom und kardiovaskuläre Erkrankungen [3]. Die Pathoätiologie ist bis heute nicht vollständig geklärt, jedoch wird ein Zusammenspiel von Genetik, Umwelt und einer Fehlregulierung der körpereigenen Immunabwehr als mögliche Ursachen diskutiert [3]. Einflussfaktoren, die zum Ausbruch der Erkrankung beitragen können, sind Übergewicht, Stress und Alkoholkonsum.

Lebensqualität & Therapie

An Psoriasis Erkrankte haben eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität als Personen mit Diabetes mellitus, chronischer Lungenerkrankung, Krebs oder koronarer Herzerkrankung [2, 4], sodass die Verbesserung der Lebensqualität ein wichtiges Kriterium für den Behandlungserfolg darstellt. Über die Hälfte der an Psoriasis erkrankten Personen ist mit der Behandlung zufrieden und erlebt die medikamentöse Therapie als erfolgreich [5]. Dennoch haben 40 % der Patienten Probleme mit dem Befolgen und Einhalten der Therapie [6]. Gründe sind eine schlechte Verträglichkeit der Medikamente, Angst, zu wenige Informationen, Nebenwirkungen und hoher Aufwand [7, 8].

Zusätzlich zeigen sich ökonomische Herausforderungen: Die Kosten für

medikamentöse Therapien mit ca. 500–10 000 € pro Patient und Jahr sind hoch und die finanziellen Ressourcen im deutschen Gesundheitswesen begrenzt [2, 9, 10].

Aufgrund der aufgezeigten Probleme, des hohen Leidensdrucks und des möglicherweise bestehenden Nährstoffdefizits, hervorgerufen durch Interaktionen zwischen Nährstoffen und Medikamenten, suchen viele Betroffene nach alternativen oder ergänzenden Therapien [11]. Somit steigen in der diätetischen Praxis die Anfragen zu wirksamen Nahrungsergänzungsmitteln [11]. Ziel dieses Berichts ist es daher, den potenziell positiven Einfluss einer Fettsäuresupplementation auf die Senkung der Entzündungsaktivität und die Verbesserung des Krankheitsgeschehens darzustellen.

Einfluss von Fettsäuren auf das Krankheitsgeschehen

n-3- und n-6-Fettsäuren zählen zu den mehrfach ungesättigten Fettsäuren [12]. Sie agieren als Vorläufer der Eicosanoide, welche als Regulatoren von immunologischen, thrombotischen und inflammatorischen Prozessen gelten [13]. Da es sich bei der Psoriasis vulgaris um eine entzündliche Hauterkrankung handelt, wird angenommen, dass es bei einer vermehrten Produktion von Eicosanoiden aus Arachidonsäure zu verstärkten Läsionen und nachweislich erhöhten Konzentrationen in der Haut und Erythrozytenmembran kommt [12]. n-3-Fettsäuren wirken antiinflammatorisch [12, 13].

In einer Studie von BALBAS et al. [14] wurde die Wirksamkeit des Nahrungsergänzungsmittels *Ovarex*[®] b.i.d. (bei 2-maliger, täglicher Aufnahme: 560 mg Eicosapentaensäure

[EPA], 80 mg Docosahexaensäure [DHA]) bei Patienten mit milder bis moderater Psoriasis vulgaris unter topischer Therapie mit Tacalitol¹ über 8 Wochen kontrolliert untersucht. Die Wirksamkeit der n-3-Fettsäuren-Kombination wurde mittels dreier Indizes gemessen: PASI (*Psoriasis Area Severity Index*), NAPS (*Nail Psoriasis Severity Index*) und DLQI (*Dermatological Life Quality Index*).

Unter *Oravex*[®] trat im Vergleich zur alleinigen topischen Therapie eine signifikante Verbesserung des PAS-, NAPS- sowie DLQ-Index ein. Des Weiteren wirkten sich die n-3-Fettsäuren positiv auf metabolische Marker bei Psoriasis-Patienten mit Übergewicht aus, vorausgesetzt, dass die Gesamtenergie verringert und verstärkt n-3-Fettsäuren zugeführt wurden [15].

Aufgrund des positiven Effekts der n-3- und einfach ungesättigten Fettsäuren untersuchten BARREA et al. [16], ob ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der Einhaltung einer mediterranen Ernährung besteht. Dabei zeigte sich, dass Psoriasis-Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich weniger einfach ungesättigte Fettsäuren, Fisch und Nüsse, aber mehr rotes Fleisch zu sich nahmen. Zusätzlich wurden bei Einhaltung einer mediterranen Ernährung ein geringerer PAS-Index und ein erniedrigter CRP-Wert (C-reaktives Protein) beobachtet.

Ein sinnvoller Einsatz von langkettigen n-3-Fettsäuren (EPA, DHA) wäre auch in der Behandlung von psoriatisch-arthritischen Beschwer-

¹ Tacalitol ist ein Vitamin-D-Derivat und ein Wirkstoff aus der Gruppe der Antipsoriasisika mit entzündungshemmenden Eigenschaften.

den möglich, die bei 20 % der Psoriasis-Patienten als Begleiterkrankung [2] auftreten.

In der Studie von DAWCZYNSKI et al. [17] bekamen Patienten mit psoriatischer Arthritis Kapseln mit n-3-Fettsäuren (3 g), γ -Linolensäure (3,15 g) oder einem Gemisch aus beiden (1,58 g n-3-Fettsäuren, 1,8 g γ -Linolensäure). Die Kontrollgruppe erhielt Olivenöl (3 g). In der Gruppe, die 3 g n-3-Fettsäuren einnahm, konnte eine signifikante Erhöhung der EPA- und DHA-Konzentration sowie eine signifikante Verringerung der Arachidonsäurekonzentration in den Erythrozytenmembranen nachgewiesen werden. Des Weiteren nahm das Verhältnis Arachidonsäure:EPA in den Plasmalipiden, Cholesterylestern und Erythrozytenmembranen ab.

Zusammenfassung

Es gibt viele verschiedene Behandlungsmethoden bei Psoriasis vulgaris, eine kurative Therapie gibt es bislang jedoch nicht [18]. Aufgrund der Einflussfaktoren wie Stress oder Übergewicht, welche die Erkrankung maßgeblich in ihrer Aktivität beeinflussen, und der möglicherweise bestehenden Begleiterkrankungen wie rheumatoider Arthritis, ist eine individuelle Ernährungsberatung notwendig. Bei Patienten mit Übergewicht oder Adipositas ist es angebracht, eine Gewichtsreduktion anzustreben.

n-3-Fettsäuren (insbesondere EPA und DHA) scheinen einen positiven Einfluss auf den Schweregrad der Erkrankung zu haben. Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass sie psoriatisch-arthritische Beschwerden und kardiovaskuläre Risikofaktoren verbessern können und somit zu einer Erhöhung der Lebensqualität und Senkung der Komorbiditäten beitragen. Allgemeine Ernährungsempfehlungen nicht nur für Psoriasis-Patienten zielen auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung mit einem hohen Anteil an n-3-Fettsäuren ab.

Die Nahrungssupplementation in Form von Fischöl könnte eine Möglichkeit darstellen, jedoch bedarf es weiterer Studien mit einem höheren Evidenzgrad, um geeignete Ernährungsempfehlungen formulieren zu können. Es ist wünschenswert, zukünftig konkrete Ernährungsempfehlungen in die nationalen und internationalen Leitlinien aufnehmen zu können.

Cindy Heerling, cand. B.Sc.
Betreuung: Prof. Dr. Luzia Valentini
Hochschule Neubrandenburg
Studiengang Diätetik
E-Mail: al15051@hs-nb.de

Literatur

1. Nevitt GJ et al. (1996) Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. *Br J Dermatol* 135: 533-537
2. Nast A et al. S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris. Update 2011. URL: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-0011_S3_Psoriasis_vulgaris_Therapie_01_abgelaufen.pdf Zugriff 27.12.15
3. Boehncke WH et al. (2013) Komorbiditäten der Arthritis psoriatica. *Z Rheumatol* 72: 779-783
4. Rapp SR et al. (1999) Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 41: 401-407
5. Stern RS et al. (2004) Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J Invest Dermatol Symp Proc* 9: 136-139
6. Richards HL et al. (1999) Patients with psoriasis and their compliance with medication. *J Am Acad Dermatol* 41: 581-583
7. Zaghoul SS et al. (2004) Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Arch Dermatol* 140: 408-414
8. Richards HL et al. (2006) Adherence to treatment in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 20: 370-379
9. Berger K et al. (2005) Cost-of-illness in patients with moderate and severe chronic psoriasis vulgaris in Germany. *J Dtsch Dermatol Ges* 3: 511-518

10. Schoffski O et al. (2007) Costs and quality of life in patients with moderate to severe plaque-type psoriasis in Germany: a multi-center study. *J Dtsch Dermatol Ges* 5: 209-218.
11. Millsop JW et al. (2014) Diet and psoriasis: Part 3. Role of nutritional supplements. *J Am Acad Dermatol* 71: 561-569
12. Wolters M (2006) Die Bedeutung der Ernährung und begleitender Faktoren für die Psoriasis. *Der Hautarzt* 57: 999-1004
13. Whittle SL, Hughes RA (2004) Folate supplementation and methotrexate treatment in rheumatoid arthritis: a review. *Rheumatology (Oxford)* 43: 267-271
14. Balbas GM et al. (2011) Study on the use of omega-3 fatty acids as a therapeutic supplement in treatment of psoriasis. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 4: 73-77
15. Guida B et al. (2014) Energy-restricted, n-3 polyunsaturated fatty acids-rich diet improves the clinical response to immuno-modulating drugs in obese patients with plaque-type psoriasis: a randomized control clinical trial. *Clin Nutr* 33: 399-405
16. Barrea L et al. (2015) Nutrition and psoriasis: is there any association between the severity of the disease and adherence to the Mediterranean diet? *J Tranl Med* 13: 18
17. Dawczynski C et al. (2011) Incorporation of n-3 PUFA and γ -linolenic acid in blood lipids and red blood cell lipids together with their influence on disease activity in patients with chronic inflammatory arthritis - a randomized controlled human intervention trial. *Lipids Health Dis* 10: 130
18. Naldi L et al. (1996) Dietary factors and the risk of psoriasis. Results of an Italian case-control study. *Br J Dermatol* 134: 101-106