



# **POCKET-LEITLINIE**

## **Chronischer Pruritus**

**Wissenschaftliche Bearbeitung**

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Sonja Ständer

Prof. Dr. med. Matthias Augustin

Prof. Dr. med. Marc A. Radtke

**LEO®**



# Inhalt

---

<b>1</b>	Klassifikation.....	4
<b>2</b>	Ätiologie .....	6
<b>3</b>	Anamnese .....	11
<b>4</b>	Diagnostik .....	12
<b>5</b>	Therapie .....	14

## Abkürzungsverzeichnis

---

IFSI	International Forum for the Study of Itch
NRS	Numerische Ratingskala
VAS	Visuelle Analogskala

### Quelle:

Ständer S, Zeidler C, Augustin M, Bayer G, Kremer AE, Legat FJ, Maisel P, Mettang T, Metz M, Nast A, Niemeier V, Raap U, Schneider G, Ständer HF, Staubach P, Streit M, Weisshaar, S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus - Update – Kurzversion, J Dtsch Dermatol Ges. 2017 Aug;15(8):860-873.

In Kooperation der folgenden Fachgesellschaften:  
DDG, BVDD, DGAKI, DEGAM, DGVS, DGfN, DGPM, DGSMP, DKPM, ÖGDV .

# Neuroanatomisch orientierte Klassifikation

---

## Pruritozeptiver Pruritus

- Entsteht in der Haut (z.B. infolge Dermatosen)

## Neuropathischer Pruritus

- Schädigung juckreizleitender Afferenzen des peripheren und zentralen Nervensystems (z.B. post-zosterische Neuralgie mit Pruritus)

## Neurogener Pruritus

- durch pruritogene Mediatoren induziert, ohne Schädigung der Nerven (z.B. Opioid-induziert)

## Psychogener Pruritus

- durch psychische Störungen induzierter Pruritus

# Internationale Klassifikation nach IFSI\*: Klinisch orientierte Klassifikation

---

## Gruppen:

### **IFSI I: Chronischer Pruritus auf primär veränderter Haut**

- Bei Vorliegen einer Hauterkrankung (z.B. Psoriasis, Neurodermitis)

### **IFSI II: Chronischer Pruritus auf primär unveränderter Haut**

- ohne initiales Vorliegen von Hautveränderungen (früher: Pruritus sine materia)

### **IFSI III: Chronischer Pruritus mit Kratzläsionen**

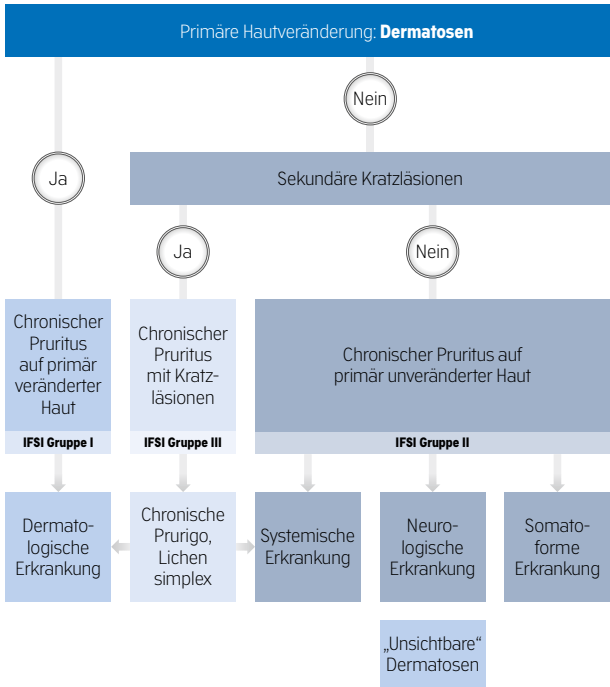
- Sekundäre Kratzläsionen, die nicht in die ersten beiden Gruppen einzuordnen sind (z.B. chronische Prurigo, Lichen simplex)

## Differenzialdiagnostische Kategorien:

1. Dermatologische Erkrankungen
2. Systemische Erkrankungen
3. Neurologische Erkrankungen
4. Psychische/Psychosomatische Erkrankungen (somatoformer P.)
5. Gemischter Pruritus (mehr als eine Ursache)
6. Andere (Pruritus unklarer Genese)

\*IFSI: International Forum for the Study of Itch

# Algorithmus der klinischen Klassifikation



**Abbildung** Algorithmus der klinischen Klassifikation (die klinischen Gruppen sind gemäß der Klassifikation des international Forum for the Study of Itch (IFSI) eingeteilt).

# Generalisierter chronischer Pruritus auf primär unveränderter Haut

---

## 1 „Unsichtbare“ dermatologische Erkrankungen

- Asteatose
- Initialstadium von kutaner Mastozytose
- Bullöses Pemphigoid
- Dermatitis herpetiformis Duhring
- Polymorphe Lichtdermatose

## 2 Endokrine und metabolische Erkrankungen

- Chronische Niereninsuffizienz
- Diabetes mellitus
- Gluten-Enteropathien
- Hepatobiliäre Erkrankungen
- Hyperthyreose, Hypothyreose
- Hyperparathyreoidismus
- Malabsorption
- Perimenopausaler Pruritus

## 3 Infekte

- Helminthen
- HIV-Infektion
- Intestinale Parasitosen (z.B. Giardia lamblia)
- Onchozerkosen

## 4 Hämatologische und lymphoproliferative Erkrankungen

- Eisenmangel
- Hypereosinophilie-Syndrom
- Myeloproliferative Neoplasien
- M. Hodgkin
- Non-Hodgkin-Lymphome
- Plasmozytom
- Systemische Mastozytose

## 5 Solide Malignome

- Cervix-, Prostata-, Bronchial-, Pankreas, Dickdarmkarzinom, Karzinoid

## 6 Neurologische Erkrankungen

- Spinalkanalverengungen
- (Kleinfaser)Neuropathien
- Multiple Sklerose
- Postzosterische Neuralgien

## 7 Psychische/Psychosomatische Erkrankungen

- Anorexia nervosa
- Depression

# Generalisierter Pruritus auf primär veränderter Haut

## 1 Entzündliche Dermatosen

- Atopisches Ekzem
- Allergisches Kontaktekzem
- Arzneimittelexantheme
- Dyshidrotische Dermatitis
- Exsikkationsekzem
- Irritative Kontaktdermatitis
- Lichen planus
- Lichen sklerosus et atrophicus
- M. Grover
- Mastozytose
- Nummuläre Dermatitis
- Persistierende Arthropodenreaktion
- Polymorphe Lichtdermatose
- Psoriasis
- Urtikaria

## 2 Infektiöse Dermatosen

- Bakterielle Infektionen (z.B. Follikulitis)
- Mykosen
- Pediculosis
- Skabies
- Virale Infektionen (z.B. Varizellen)

## 3 Autoimmundermatosen

- M. Duhring
- Bullöses Pemphigoid

## 4 Genodermatosen

- Ichthyosen (z.B. Netherton Syndrom)
- Neurofibromatose

## 5 Schwangerschaftsdermatosen

- Atopische Eruption der Schwangerschaft (AEP)
- Polymorphe Exant. der Schwangerschaft (PEP)
- Pemphigoid gestationis
- (Intrahepatische Schwangerschaftscholestase: tritt auf primär unveränderter Haut auf)

## 6 Neoplasien

- Kutanes T-Zell Lymphom

# Genitoanaler Pruritus

---

## 1 Entzündliche Dermatosen

- Atopisches Ekzem
- Allergisches Kontaktekzem
- Lichen planus
- Lichen sclerosus et atrophicus
- Psoriasis
- Plasmazell-Vulvitis

## 2 Infektiöse Dermatosen

- Bakterielle Infektionen (nicht sexuell)
  - Streptococcus pyogenicus oder pneumonia,
  - Staphylokokkus aureus, Haemophilus influenzae, Shigellen, Yersinien, Erythrasma
- Bakterielle Infektionen (sexuell übertragbar)
  - Gonorrhoe, Chlamydien, Trichomonaden
- Skabies, Candidosen
- Herpes-simplex-Infektion, Humane Papillom Virus-Infektionen, Molluscum contagiosum
- Giardia lamblia, Wurmerkrankungen (Oxyuren, Helminthen)

## 3 Neoplasien

- M. Bowen
- Erythroplasia Queyrat
- Syringome
- Extramammärer Paget
- Langerhanszell-Histiozytose
- Plattenepithelkarzinom
- M. Hodgkin
- Prostata-Colonkarzinom

## 4 Endokrin-metabolisch

- Eisenmangel
- Inflammatorische Darmerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Vaginaler Östrogenmangel
- Sjögren-Syndrom

## 5 Neuropathisch

- Erkrankungen der Wirbelsäule im Lumbo-Sakral-Bereich
- Vulvodynie, „Rotes Skrotum“ Syndrom

## 6 Psychisch/Psychosomatisch

- Somatoformer Pruritus, Depression



# Medikamenteninduzierter Pruritus

## 1 Opiode und Antagonisten

Codein, Fentanyl, Levometadon, Morphin und Derivate, Pentazocin, Sufentanil (bis 25 %), Tramadol

## 2 Antimalariamittel

Chloroquin (bis 90 % der Patienten), Hydroxychloroquin (1,5 %), Amodiaquin (23,8 %)

## 3 Antihypertensiva

Amlodipin

## 4 Chemotherapeutika

Paclitaxel, Carboplatin (17 %), Cisplatin, Mitomycin C, Gemcitabin

## 5 Desinfektionsmittel für Dialysegeräte

Ethylenoxid

## 6 Urikostatikum

Allopurinol

## 7 ACE-Hemmer

z.B. Captopril, Enalapril, Lisinopril

## 8 Antiarrhythmika

z.B. Amiodaron, Disopyramid, Flecainid

## 9 Antibiotika

z.B. Amoxicillin, Ampicillin, Cefotaxim, Ceftriaxon, Chloramphenicol, Ciprofloxacin, Clarithromycin, Clindamycin, Cotrimoxazol, Erythromycin, Gentamycin, Metronidazol, Minocyclin, Ofloxacin, Penicillin, Tetracyclin

## 10 Antidepressiva

z.B. Amitriptylin, Citalopram, Clomipramin, Desipramin, Doxepin, Fluoxetin, Fluvoxamin, Imioramin, Lithiumsalze, Maprotilin, Mirtazapin, Nortriptylin, Paroxetin, Sertralin

## 11 Antidiabetika

z.B. Glimepirid, Metformin, Tolbutamid

## 12 Antihypertensiva

z.B. Clonidin, Doxazosin, Hydralazin, Methyldopa, Minoxidil, Prazosin, Reserpin

## 13 Antikonvulsiva

z.B. Carbamazepin, Clonazepam, Gabapentin, Lamotrigin, Phenobarbital, Phenytoin, Topiramat, Valproinsäure

# Medikamenteninduzierter Pruritus

---

## 14 Antiphlogistika

z.B. Acetylsalicylsäure, Celecoxib, Diclofenac, Ibuprofen, Indometacin, Ketoprofen, Naproxen, Piroxicam

## 15 AT-II-Antagonisten

Irbesartan, Telmisartan, Valsartan

## 16 Betablocker

z.B. Acebutolol, Atenolol, Bisoprolol, Metoprolol, Nadolo, Pindolol, Propranolol

## 17 Bronchodilatator, Broncholytikum, Respirationsstimulanz

Aminophyllin, Doxapram, Ipratropiumbromid, Salmeterol, Terbutalin

## 18 Calcium-Antagonisten

Amlodipin, Diltiazem, Felodipin, Isradipin, Nifedipin, Nimodipin, Nisoldipin, Verapamil

## 19 Diuretika

z.B. Amilorid, Furosemid, Hydrochlorothiazid, Spironolacton, Triamteren

## 20 Hormone

z.B. Clomifen, Danazol, Orale Kontrazeptiva, Östrogene, Progesterone, Steroide, Testosteron und Derivate, Tamoxifen

## 21 Immunsuppressiva

z.B. Cyclophosphamid, Cyclosporin, Methotrexat, Mycophenolatmophetil, Tacrolimus (bis 36 %), Thalidomid

## 22 Lipidsenker

z.B. Clofibrat, Fenofibrat, Fluvastatin, Lovastatin, Pravastatin, Simvastatin

## 23 Neuroleptika

z.B. Chlorpromazin, Haloperidol, Risperidon

## 24 Plasmaexpander, Rheologika

Hydroxyethylstärke, Pentoxifyllin

## 25 Tranquillizer

Alprazolam, Chlordiazepoxid, Lorazepam, Oxazepam, Prazepam

## 26 Urikostatika, Urikosurika

Allopurinol, Colchizin, Probenecid, Tiopronin

# Spezifische Anamnese und Messung von Pruritus

**TIPP:** Zur Messung siehe PRURImeter ([www.prurimeter.com](http://www.prurimeter.com))

- Zeitpunkt des Beginns, Dauer
- Lokalisation (Beginn, Ausbreitung)
- Qualität: z.B. reines Jucken, aquagen, mechanisch
- Intensität: Stärke, auf der Numerischen Ratingskala (NRS) oder der Visuellen Analogskala (VAS)
- Verlauf: tageszeitliche Schwankungen, kontinuierlicher / attackenartiger Verlauf, spontane Verbesserung / Verschlechterung
- Provokations- / Linderungsfaktoren
- Kratzverhalten
- Zeitlicher Zusammenhang zu Vorerkrankungen, Operationen, Medikamenteneinnahme, andere Ereignisse
- Vortherapien mit Erfolg / Misserfolg
- Eigene Theorien des Patienten zur Ursache
- Psychogene Belastungsfaktoren
- Lebensqualitätseinschränkungen, Leidensdruck, Schlafstörungen

## Allgemein

- Vorerkrankungen einschließlich Dermatosen
- Medikamenteneinnahme, Infusionen, Bluttransfusionen
- Vorherige Operationen
- Allergien: Typ I-, Typ-IV-Allergien
- Atopische Disposition
- B-Symptomatik
- Schwangerschaft

## Besonderheiten

- Skabies oder andere parasitäre Erkrankungen
  - Mehrere Familienmitglieder betroffen?
- Pruritus bei körperlicher Aktivität
  - Cholinerg Pruritus?
- Aquagener Pruritus bei Polyzythämia vera: Pruritus während kaltem oder warmem Duschen / Baden oder durch Abkühlung der Haut nach dem Baden?
- M. Hodgkin
  - B-Symptome, Pruritus mit Frösteln, Müdigkeit, Leistungsschwäche
- Cholestatische Hepatitis, intrahepatische Schwangerschaftscholestase, Pankreas-Karzinom
  - Pruritus und Ikterus

## Initiale Laboruntersuchungen

---

- BSG / CRP
- Blutbild mit Differenzialblutbild; Ferritin
- Kalium, Kreatinin, Harnstoff, GFR
- GGT, GPT, GOT, Alkalische Phosphatase, Bilirubin
- Blutzucker nüchtern, ggf. HbA1C
- TSH, LDH
- Urinstatus

### Nur bei analem Pruritus:

- Wurmeier, Parasiten, PSA

### Ggf. bei Hautveränderungen:

- Bakteriologische und mykologische Abstriche
- Skabiesmilben-Nachweis
- Hautbiopsie (Histologie, Immunfluoreszenz, Elektronenmikroskopie)

### Pruritus in der Schwangerschaft:

- Dermatologische Untersuchung zum Ausschluss PEP, Pemphigoid gestationis
- Gallensäuren nüchtern

## Weiterführende biochemische Diagnostik

---

- Bei aquagenem und genitalem Pruritus, Pruritus unklarer Genese: Laktose-/Sorbit-Intoleranztest
- Bei Blutbildveränderungen: Vitamin B12, Folsäure, Eiweißelektrophorese, Immunfixation, JAK2-Status, ggf. KM-Punktion mit (Immun-)Zytologie und Histologie
- Bei Eisenmangel/Stuhunregelmäßigkeiten: Stuhluntersuchung auf okkultes Blut
- Bei pathologischen Leberwerten: Hepatitisserologie, Antimitochondriale Antikörper (AMA), pANCA, ANA, SMA, lösliches Leberantigen-Antikörper (SLA), Liver-Kidney-Mikrosomale Antikörper (LKM), Gewebstransglutaminase-AK, Alpha-Fetoprotein (bei Leberzirrhose / hepatischer Raumforderung)
- Bei pathologischer Nüchtern glukose: HbA1c, Glukose-Toleranztest
- Bei primären oder sekundären Hautveränderungen: Direkte und indirekte Immunfluoreszenz, Auto-Antikörper gegen dermale Proteine (BP180, 230, Desmoglein)
- Bei V.a. Allergie: Gesamt-IgE, ggf. spezifisches IgE, Prick-Testung, Epikutantestung

- Bei V.a. endokrine Erkrankungen: Parathormon, Phosphat, Ca<sup>2+</sup>, fT3, fT4, 25-OH-Cholecalciferol, TSH-Rezeptor-AK (TRAK), Thyreoperoxidase-AK (TPO-AK);
- Bei V.a. HIV: HIV-Serologie, ggf. Lues-Serologie
- Bei V.a. Mastozytose: Tryptase
- Bei V.a. neuroendokrine Tumore: Chromogranin A
- 24h-Sammelurin: Porphyrine (Porphyrinen), 5-Hydroxyindolessigsäure (neuroendokrine Tumore), Methylimidazolessigsäure (Mastozytose)

## Bildgebende Verfahren

Auch wenn in der Anamnese, bei der körperlichen Untersuchung und der Labordiagnostik kein spezifischer Krankheitsverdacht besteht, können ein Röntgenbild des Thorax und eine Sonographie des Abdomens veranlasst werden, um Hinweise auf eine eventuell bestehende maligne Erkrankung gewinnen zu können

- Röntgen-Thorax
- Abdominelle Sonographie (inkl. retroperitoneale LK)
- Lymphknotenultraschall (cervical, supraclaviculär, axillär, inguinal), ggf. Punktion/Exstirpation
- Schilddrüsenultraschall
- Gastroskopie (ggf. mit Biopsie und Hp-Diagnostik), Koloskopie (ggf. mit Biopsie)
- CT, MRT, MRCP, ggf. Szintigraphie, ggf. ERCP, ggf. Leberbiopsie

## Interdisziplinäre Kooperationen

- Neurologischer und/oder psychiatrischer Fachbefund
- Kooperationen mit weiteren Disziplinen wie: Allgemeinmedizin, Dermatologie, Innere Medizin
- (Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Hämatonkologie), Urologie, Gynäkologie

# Symptomatisch-therapeutisches Vorgehen bei chronischem Pruritus (>6 Wochen Dauer)

---

## STUFE 1

- Allgemeine Therapiemaßnahmen, rückfettende Basistherapie
- Initiale symptomatische Therapie: nichtsedierende systemische H1-Antihistaminika (ggf. Hochdosis)

## STUFE 2

- Symptomatisch ursächlich angepasste Therapie

## STUFE 3

Bei unklarer Ursache oder Therapie-refraktärität im 2. Schritt:

- Symptomatische topische und / oder systemische Therapie z.B. Capsaicin, Calcineurin-inhibitoren, Naltrexon, Gabapentin, UV-Therapie, Immunsuppressiva (Ciclosporin)
- Klinische Studien an spezialisierten Zentren

## Begleitende Therapie in jeder Stufe

- Allgemeine Therapiemaßnahmen
- Kausale Therapie (ggf. interdisziplinär)

### Bei erosiven Kratzläsionen:

- Topische Antiseptika, topische Steroide

### Bei Schlafstörungen:

- Hypnotika, sedierende Antidepressiva, niedrig potente Neuroleptika

### Bei psychischen/psychosomatischen Faktoren:

- Psychosomatische Grundversorgung, Richtlinien-psychotherapie

# Therapeutische Optionen bei nephrogenem Pruritus



## 1. Wahl:

Gabapentin nach Dialyse in Dosierung:

- 100 mg 4 x/Woche oder
- 300 mg 3 x/Woche oder
- 400 mg 2 x/Woche

## 2. Wahl:

- Pregabalin (75 mg/d bzw. 2 x/Woche)

## 3. Wahl:

- UVB-Therapie

## 4. Wahl:

- Capsaicin, topisch 3-5 x/d

## Alternativen:

- Cromoglycinsäure p.o. (z.B. 3 x 100 mg/d)
- Curcuma (3 x 500 mg/d p.o.)
- Aktivkohle 6 g/d
- Nalfurafin 5 mg i.v. nach Dialyse oder 2.5-5.0 mg tgl.p.o. (derzeit in Europa noch nicht verfügbar)

## Literatur

1. Maneti L, et al. J Nephrol 2005; 18: 86-91.
2. Gunal AI, et al. Nephrol Dial Transplant 2004; 19: 3137-3139.
3. Marquez D, et al. J Bras Nefrol 2012; 34: 148-152.
4. Naini AE, et al. Saudi J Kidney Dis Transpl 2007; 18: 378-381.
5. Rayner H al. Nephron Clin Pract 2012; 122: 75-79.
6. Aperis G, et al. J Ren Care 2010; 36: 180-185.
7. Yue J, et al. Int Urol Nephrol 2015; 47: 161-167.
8. Carmichael, A. In: Bernhard JD. Itch: Mechanisms and management of pruritus, McGraw Hill, New York, 1994:217-228.
9. Breneman DL, et al. J Am Acad Dermatol 1992; 26: 91-94.
10. Tarrg DC, eet al. Nephron 1996; 72: 617-622.

# Therapeutische Optionen bei cholestatischem Pruritus



## 1. Wahl:

- Colestyramin 4–16 g/d (4 h getrennt von Einnahme anderer Medikamente)

## 2. Wahl:

- Rifampicin 150–600 mg/d; wöchentliche Dosiserhöhung
- bei Langzeitbehandlung: Cave: Hepatotoxizität nach 4–12 Wochen

## 3. Wahl:

- Opiatantagonisten:
- Naltrexon 25–50 mg/d (Cave: Opiatentzugssyndrom bei Therapiebeginn)
  - Naloxon 0,2 µg/kg KG/min i.v.

## 4. Wahl:

- Sertraline (75–100 mg/d)

## Bei intrahepatischer Schwangerschaftscholestase:

- Ursodesoxycholsäure 10–20 mg/kg/d

## Literatur

1. Hägermark Ö, Wahlgren CF. *Semin Dermatol* 1995; 14: 320–325.
2. Ghent CN, Carruthers SG. *Gastroenterology* 1988; 94: 488–493.
3. Wolfhagen FH, et al. *Gastroenterology* 1997; 113: 1264–1269.
4. Terg R, et al. *J Hepatol* 2002; 37: 717–722.
5. Bergasa NV, et al. *Ann Intern Med* 1995; 123: 161–167.
6. Mayo MJ, et al. *Hepatology* 2007; 45: 666–674.
7. EASL. Clinical Practice Guidelines: Management of Cholestatic Liver Diseases. *J Hepatol* 2009; 51: 237–267.
8. Kondrackiene J, et al. *Gastroenterology* 2005; 129: 894–901.



# Therapeutische Optionen bei chronischer Prurigo



## TOPISCH

### 1. Wahl:

- Topische Steroide; z.B. Hydrocortison 1 % 2x/d, Betamethasonvalerat 0,1 % okklusiv 1x/d oder
- Pimecrolimus 2x/d, nicht mit UV kombinieren

### 2. Wahl:

- Capsaicin-Creme 0,025% bis 0,1 % 4 bis 6 x/d oder
- Tacrolimus 0,1 % 1-2 x/d

## SYSTEMISCH

### 1. Wahl (ggf. in Kombination mit Antihistaminika):

- UV- Phototherapie: z.B. UVB 311nm, UVA, Bade-PUVA oder Bade-PUVA + 308-nm Excimer UVB

### 2. Wahl (in Kombination mit UV-Therapie oder als Monotherapie):

- nichtsedierende systemische H1-Antihistaminika: z.B. Desloratadin, Cetirizin, Fexofenadin

### 3. Wahl:

- Gabapentin 900 mg/d oder
- Pregabalin 75 -225 mg/d

### 4. Wahl:

- Ciclosporin 3-5 mg/kg Körpergewicht/d oder
- Methotrexat 7,5-20 mg/Woche

### 5. Wahl:

- Naltrexon 50-150 mg/d
- Aprepitant 80 mg/d

## Literatur

1. Siepmann D, et al. *Dermatology* 2013; 227: 353-60.
2. Saraceno R, et al. *J Dermatolog Treat* 2010; 21: 363-366.
3. Ständer S, et al. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 471-8.
4. Lee HH, et al. *J Dtsch Dermatol Ges* 2005; 3: 690-694.
5. Tamagawa-Mineoka R, et al. *J Dermatol* 2007; 34: 691-695.
6. Bruni E, et al. *Clin Exp Dermatol* 2010; 35: 549-50.
7. Hammes S, et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25: 799-803.
8. Shintani T, et al. *Dermatol Ther* 2014; 27: 135-139.
9. Gencoglan G, et al. *Dermatol Ther* 2010; 23: 194-198.
10. Imai K, et al. *Intern Med* 2013; 52: 2629-2633
11. Spring P, et al. *Clin Exp Dermatol* 2014; 39: 468-473.
12. Brune A, et al. *Hautarzt* 2004; 55: 1130-1136
13. Ständer S, et al. *PLoS One* 2010; 5; DOI: 10.1371/journal.pone.0010968.

# Therapeutische Optionen bei chronischem Pruritus unklarer Genese

---

## 1. Wahl:

- H1-Antihistaminika, ggf. Hochdosis

## 2. Wahl:

- Gabapentin bis 3600 mg/d
- Pregabalin bis 600 mg/d

## 3. Wahl:

- Paroxetin 20 mg/d, ggf. in Kombination mit Gabapentin / Pregabalin

## 4. Wahl:

- Mirtazapin 15 mg abends, ggf. in Kombination mit Gabapentin / Pregabalin

## 5. Wahl:

- UVB 311nm Therapie (nicht in Kombination mit Antidepressiva)

## 6. Wahl:

- Naloxon (1,6 mg/h für 4 h, i.v) oder Naltrexon (50-150 mg/d oral)

## Literatur

1. Schulz S, et al. Hautarzt 2009; 60: 564-568.
2. Valdes-Rodriguez R, et al. Drugs Aging 2015; 32: 201-215
3. Park JM, et al. J Dermatol 2012; 39: 790-791.
4. Yosipovitch G, Bernhard JD. N Engl J Med 2013; 368: 1625-1634.
5. Smitz S, et al. Ann Intern Med 1982; 97: 788-789
6. Brune A, et al. Hautarzt 2004; 55: 1130-1136
7. Phan NQ, et al. J Am Acad Dermatol 2010; 63: 680-688.

# Therapeutische Optionen bei paraneoplastischem Pruritus

## Antipruritischer Effekt in kontrollierten Studien bestätigt

- Paroxetin 20 mg/d

## Kutanes T-Zell Lymphom:

- Gabapentin 300 mg bis 2400 mg/d
- Mirtazapin 7,5-30 mg zur Nacht
- Naltrexon 50-150 mg/d
- Aprepitant 80 mg/d

## Hämatologische Neoplasien:

- Mirtazapin 7,5-30 mg zur Nacht
- Paroxetin 20 mg/d
- Fluoxetin 10 mg/d
- Naltrexon 50-150 mg/d
- Acetylsalicylsäure 300 mg vor dem Wasserkontakt bei PV
- Cimetiden 800 mg - 1g/d

## Solide Neoplasien:

- Naltrexon 50-150 mg/d bei Prostata-Karzinom
- Paroxetin 20 mg/d bei Prostata-Karzinom

## Literatur

1. Zyllicz Z, et al. J Pain Symptom Manage 1998; 16: 121-124.
2. Demierre MF, Taverna J. J Am Acad Dermatol 2006; 55: 543-544.
3. Davis MP, et al. J Pain Symptom Manage 2003; 25: 288-291
4. Brune A, et al. Hautarzt 2004; 55: 1130-1136
5. Duval A, Dubertret L. N Engl J Med 2009; 361: 1415-1416
6. Tefferi A, Fonseca R. Blood 2002; 99: 2627.
7. Zyllicz Z, et al. J Pain Symptom Manage 2003; 26: 1105-1112.
8. Jackson N, et al. Br J Dermatol 1987; 116: 21-29.
9. Easton P, Galbraith PR. N Engl J Med 1978; 299: 1134.
10. Aymard JP, et al. Br Med J 1980; 280: 151-152.
11. Weisshaar E. Acta Derm Venereol 2008; 88: 488-490

# Antipruritisch wirksame Substanzen - Topische Therapie



## Topische Lokalanästhetika

- Notalgia parästhetica

## Topische Glukokortikosteroide

- Atopisches Ekzem
- Inflammatorische Dermatosen
- Kratzläsionen

## Capsaicin

- Aquagener Pruritus
- Chronische Prurigo
- Hydroxyäthylstärke induzierter Pruritus
- Inflammatorische Dermatosen
- Kutanes T-Zell-Lymphom
- Lichen simplex
- Nephrogener Pruritus
- Notalgia parästhetica
- Paraneoplastischer Pruritus (z.B. bei M. Hodgkin)
- Psoriasis
- PUVA-induzierter Pruritus

## Calcineurininhibitoren

- Chronische Prurigo
- Inflammatorische Dermatosen wie z.B. atopisches Ekzem
- Genitaler Pruritus
- Lichen sclerosus et atrophicus
- Nephrogener Pruritus
- Psoriasis (Gesicht, genital)

## Cannabinoidrezeptoragonisten

- Atopisches Ekzem
- Chronische Prurigo
- Nephrogener Pruritus
- Pruritus unklarer Ursache

## Literatur

S2k Leitlinie chronischer Pruritus Nr. 013/048; Version 3.0 / 2016 Stand: 08.05.2016

# Antipruritisch wirksame Substanzen - Systemische Therapie



## Antihistaminika

- Aquagener Pruritus
- Chronischer Pruritus
- Nephrogener Pruritus
- Urtikaria

## Mastzellstabilisatoren (Ketotifen)

- Nephrogener Pruritus
- Neurofibromatose

## Cimetidin

- Paraneoplastischer Pruritus (z.B. bei M. Hodgkin)
- Polyzythämia vera
- Verbrennungsassoziiierter Pruritus
- Nephrogener Pruritus

## Systemische Steroide

- Inflammatorische Dermatosen (z.B. atopisches Ekzem)

## Opioid-Antagonisten (Naltrexon, Naloxon)

- Aquagener Pruritus
- Cholestatischer Pruritus
- Chronische Prurigo
- Inflammatorische Dermatosen (z.B. Urtikaria, atopisches Ekzem, Psoriasis)
- Hydroxyäthylstärke-induzierter Pruritus
- Pruritus unklarer Genese

## Opiod-Agonist (Nalfurafin)

- Nephrogener Pruritus

## UV-Phototherapie

- Aquagener Pruritus
- Cholestatischer Pruritus
- Chronische Prurigo
- HIV-Infektion
- Inflammatorische Dermatosen
- Kutanes T-Zell-Lymphom
- Nephrogener Pruritus
- Paraneoplastischer Pruritus (z.B. M. Hodgkin)
- Polyzythämia vera
- Pruritus unklarer Ursache

## Leukotrienantagonisten (Montelukast)

- Atopisches Ekzem
- Urtikaria

# Antipruritisch wirksame Substanzen - Systemische Therapie



## **Gabapentinoide (z.B. Gabapentin, Pregabalin)**

- Aquagener Pruritus
- Brachioradialer Pruritus
- Chronische Prurigo
- Nephrogener Pruritus
- Neuropathischer Pruritus
- Notalgia parästhetica

## **Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (z.B. Paroxetin, Fluvoxamin, Sertralin)**

- Aquagener Pruritus
- Atopisches Ekzem
- Cholestatischer Pruritus
- Chronische Prurigo
- Kutanes T-Zell-Lymphom
- Paraneoplastischer Pruritus
- Polyzythämia vera
- Pruritus unklarer Genese
- Somatoformer Pruritus

## **Mirtazapin**

- Atopisches Ekzem
- Cholestatischer Pruritus
- Paraneoplastischer Pruritus (z.B. Adenokarzinom, M. Hodgkin, CLL)

## **Doxepin**

- HIV-induzierter Pruritus
- Urtikaria

## **Serotonin-Antagonisten (z.B. Ondasetron, Tropisetron, Granisetron)**

- Cholestatischer Pruritus
- Nephrogener Pruritus
- Opiat-induzierter Pruritus

### **Literatur**

S2k Leitlinie chronischer Pruritus Nr. 013/048; Version 3.0 / 2016 Stand: 08.05.2016

Ständer S et al. J Dtsch Dermatol Ges. 2017; 15: 860-873.

# Allgemeine Therapiemaßnahmen zur Linderung des Pruritus

## Vermeidung von:

- Faktoren, die die Hauttrockenheit fördern wie z.B. trockenes Klima, Hitze (z.B. Sauna), alkoholische Umschläge, Eispackungen, häufiges Waschen und Baden
- Kontakt mit irritierenden Stoffen oder Substanzen (z.B. Umschläge mit Rivanol, Kamille, Teebaumöl)
- Sehr heiße und stark gewürzte Essen, größere Mengen von heißen Getränken und Alkohol
- Aufregung, Anspannung, negativem Stress
- Bei Atopie: Vermeidung von Allergenen (z.B. Hausstaub bzw. Hausstaubmilben), die Pruritus extern aggravieren können

## Verwendung von:

- Milden, nicht-alkalischen Seifen, rückfettenden Waschsyndets oder Dusch- und Badeölen (Spreitungslösung mit geringen Tensidgehalt)
- Lauwarmem Wasser, Badezeit von max. 20 Minuten. Bei Vorliegen von Dermatosen: nach Wasserkontakt Abtupfen des Körpers ohne starkes Reiben, da sonst die bereits vorgeschädigte Haut noch stärker verletzt und abgelöst wird.

- Adäquater, weicher, luftiger Kleidung z.B. aus Baumwolle
- Einer Basistherapie in Rücksichtnahme auf den individuellen Hautzustand; optimal ist die mind. 1 x tägliche Anwendung insbesondere nach jedem Duschen / Baden
- Präparate zur kurzfristigen Prurituslinderung, u.a. bei nächtlichem Pruritus: Cremes / Lotionen / Sprays mit Harnstoff, Kampher, Menthol, Polidocanol, Gerbstoffen, feuchte oder kühlende Umschläge oder Fett-Feucht-Umschläge, kühles Duschen, Schwarzteeumschläge u.a.

## Psychosomatische Interventionen:

- Entspannungstechniken (z.B. autogenes Training)
- Kognitive Techniken (z.B. Entkatastrophisieren)
- Standardisierte Schulungsprogramme

## **Chronischer Pruritus**

ICD-10: L28.0, L28.1, L28.2, L29.0, L29.1, L29.2,  
L29.3, L29.8, L29.9

## **Wissenschaftliche Bearbeitung**

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Sonja Ständer  
Kompetenzzentrum Chronischer Pruritus (KCP)  
Universitätsklinikum Münster (UKM)

Prof. Dr. med. Matthias Augustin  
Prof. Dr. med. Marc A. Radtke  
Institut für Versorgungsforschung in der  
Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP)  
Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf (UKE)

© S. Ständer, M. Augustin, M. A. Radtke

[www.prurimeter.com](http://www.prurimeter.com)



## **Mit freundlicher Unterstützung von**

LEO Pharma GmbH  
Frankfurter Strasse 233, A3  
63263 Neu-Isenburg

Telefon +49 6102 201 - 0  
Telefax + 49 6102 201 - 200  
[www.leo-pharma.de](http://www.leo-pharma.de)

ENS-MAT-15964