

BOX  
01

**Therapie des nephrogenen Pruritus**

1. Wahl: 100 mg 4×/Woche oder  
Gabapentin 300 mg 3×/Woche oder  
nach Dialyse 400 mg 2×/Woche

2. Wahl: Pregabalin 75 mg/d bzw. 2×/Woche

3. Wahl: UVB-Therapie

4. Wahl: 3–5×/d  
Capsaicin, topisch

**Im Weiteren:**

Aktivkohle 6 g/d  
Colestyramin 4–8 g/d  
Topisches Tacrolimus 2×/d

BOX  
02

**Therapie des cholestatischen/  
hepatischen Pruritus**

1. Wahl: Colestyramin 4–16 g/d (4 h getrennt  
von Einnahme anderer  
Medikamente)

2. Wahl: Rifampicin 150–600 mg/d

3. Wahl: Opiatantagonisten

○ Naltrexon 25–50 mg/d  
(Cave: Opiatentzugssyndrom  
bei Therapiebeginn)

○ Naloxon 0,2 µg/kgKG/min

4. Wahl: Sertralin 75–100 mg/d

Bei intrahepatischer  
Schwangerschafts-  
cholestase:  
Ursodesoxycholsäure

Wie beim atopischen Ekzem verschwindet bei der Psoriasis der Juckreiz meist, wenn die psoriatischen Hautveränderungen verschwinden. Die Juckreizgenese bei der Psoriasis ist aber noch in vielem unklar. Vor allem neuere Therapeutika sollten hier speziell anzugreifen und getestet werden. Vielversprechend für die Juckreizverminderung bei Psoriasis: Apremilast hat in Studien eine sehr gute Wirkung auf den Juckreiz in der Psoriasisbehandlung gezeigt, noch besser scheint der Effekt von Tofacitinib zu sein (einem Januskinaseinhibitor, der in der Schweiz aber erst bei der Behandlung der Psoriasisarthritis eingesetzt werden kann).

Zur Behandlung der chronischen Urtikaria werden nach der letzten AWMF-Linie (ebenfalls in Überarbeitung) bei der Behandlung der ersten Wahl nicht-sedierende Antihistaminika eingesetzt. Da Antihistaminika auch zur symptomatischen Therapie bei Pruritus eingesetzt werden,<sup>2</sup> wird mit der Histaminblockade nicht nur die Histamin-vermittelte urtiarielle Reaktion direkt behandelt, sondern auch der Juckreiz in seiner unmittelbaren Entstehung.

**Behandlung von Pruritus auf primär nicht-entzündlicher Haut**

Bei Pruritus auf primär nicht-entzündlicher Haut muss zunächst eine innere Erkrankung behandelt werden, so wenn sie ursächlich gefunden worden ist. Werden Medikamente für einen Juckreiz verantwortlich gemacht, müssen diese weggelassen werden. Tatsächlich führt die Behebung der Juckreiz-Ursache häufig rasch zur Besserung des Pruritus. Klingt ein Pruritus nach Behandlung einer M. Hodgkin in der Regel sofort ab, ebenso nach Absetzen eines Medikaments, was dieses für das Jucken verantwortlich ist. Häufig kann aber eine innere Erkrankung auch wenn sie als Auslöser des Juckreizes erkannt worden ist, nicht eingewegbehandelt werden, zum Beispiel bei Dialyse-pflichtiger Niereninsuffizienz oder eine Leberzirrhose. In dieser Situation sollten neben allgemeinen symptomatischen Massnahmen je nach Krankheitsbild Therapeutika ein-

BOX  
03

### Therapie des paraaneoplastischen Pruritus

Paroxetin	20 mg/d
Gabapentin	300 - 2400 mg
Mirtazapin	7,5 - 30 mg zur Nacht
Fluoxetin	10 mg/d bei Polyzythämia vera
Naltrexon	50 - 150 mg/d bei Polyzythämia vera

BOX  
04

### Stufenplan zur symptomatischen Pruritusbehandlung

**1. Stufe**

Allgemeine Verhaltensmassnahmen  
Rückfettende und hydratisierende Basistherapie  
Initiale symptomatische Therapie: nicht-sedierende systemische H1-Antihistaminika (evtl. Hochdosis)

**2. Stufe**

Symptomatische, ursächlich angepasste Therapie

**3. Stufe**

Bei unklarer Ursache oder therapierefraktärem Pruritus:  
Weiterführende symptomatische topische und / oder systemische Therapie

gesetzt werden, die sich dafür in Studien oder Kasuistiken bewährt haben. Nach dem heutigen Wissensstand ist die beste Evidenz aufweist, ist in der neuesten AWMF-Leitlinie zur Therapie des chronischen Pruritus aufgeführt,<sup>2</sup> an der bei der letzten Überarbeitung der Autorin der Artikel mitbeteiligt war:

Beim nephrogenen Pruritus wird nach der AWMF-Leitlinie Gabapentin als erste therapeutikum der ersten Wahl bevorzugt vor dem Einsatz von Pregabalin und einer UVB-Phototherapie [BOX 01]. Die in der letzten Leitlinie noch an erster Stelle empfohlene Aktivkohle stellt weiterhin eine Alternative dar und lässt sich immer noch einfach einsetzen.

Bei cholestatichem Pruritus gilt Colestyramin als Mittel der ersten Wahl [BOX 02]. In einem nächsten Schritt wird Rifampicin empfohlen, danach der Opiatantagonist Naltrexon und darauf Sertralin. Ursodesoxycholsäure kommt nur noch bei Schwangerschaftspruritus auf pruritus unveränderter Haut zum Einsatz. Man beachte, dass bei den in der Schweiz erhältlichen Ursodesoxycholsäure-Präparaten in den Fachinformationen die Schwangerschaft als Kontraindikation gilt!

Bei hämatologischen Neoplasien werden entweder Mirtazepin, Paroxetin oder Fluoxetin empfohlen [BOX 03]. Gabapentin ist bei kutanen Lymphomen Therapie der ersten Wahl vor Mirtazepin.

Der neuropathische Pruritus kann entweder topisch mit Capsaicin oder systemisch mit Gabapentin oder Pregabalin angegangen werden.

**Pruritus mit chronischen Kratzläsionen**

Bei Pruritus mit chronischen Kratzläsionen sind nach der Empfehlung der aktuellen Leitlinie für die topische Therapie zuerst Steroide (vor allem okklusiv), Pimecrolimus (Elidel®) zu erwägen, zweite Wahl Capsaicin und Tacrolimus (Protopic®).<sup>2</sup> Systemisch gilt als erste Wahl die Phototherapie (meist UVB 311 nm, aber auch PUVA). Medikamentös kann Gabapentin oder Pregabalin eingesetzt werden, als weitere medikamentöse Optionen

Bleibt die Ursache des Pruritus trotz allen Abklärungen unklar oder der Pruritus therapierefraktär, bestehen in der **dritten Stufe** weitere therapeutische Optionen [BOX 05]: Medikamentös kann zuerst Gabapentin eingesetzt werden. In einem nächsten Schritt werden Antidepressiva empfohlen (Paroxetin oder Mirtazapin). Eine Phototherapie mit UVB311 nm ist die nächste Option. Schliesslich kann auch Naltrexon versucht werden.

#### Cave

Werden systemische Pruritusmedikamente eingesetzt, sollte bedacht werden, dass ihr Einsatz im klinischen Alltag problematisch sein kann. Die Nebenwirkungen, die zum Beispiel unter Opiatantagonisten gerade bei älteren Patienten auftreten, können sehr belastend sein, auch wenn die

Wirksamkeit der Therapeutika in Studien belegt ist. Es gilt auch in der Pruritusbehandlung zu beachten: Nicht alles, was in Studien gut ist, ist im klinischen Alltag auch für den Patienten gut. Die eigene Erfahrung im Umgang mit Therapien sowie in der Auswahl von Behandlungen nicht vergessen gehen!



#### Autor

Dr. med. Markus Streit  
Chefarzt Dermatologie  
Kantonsspital Aarau  
Bahnhofsplatz 3c  
5001 Aarau  
markus.streit@ksa.ch

#### BOX 05

### Therapie bei unklarem Pruritus

1. Wahl: H<sub>1</sub>-Antihistaminika, evtl. Hochdosis
2. Wahl: Gabapentin bis 3600 mg/d oder Pregabalin bis 600 mg/d
3. Wahl: Paroxetin 20 mg/d, evtl. in Kombination mit Gabapentin/Pregabalin
4. Wahl: Mirtazapin 15 mg abends, evtl. in Kombination mit Gabapentin/Pregabalin
5. Wahl: UVB 311 nm-Therapie
6. Wahl: Naltrexon (50 – 150 mg/d oral) oder Naloxon (1,6 mg/h für 4 h, i. v.)

#### Bibliografie

- <sup>1</sup> Streit M, Von Felbert V, Braathen LR: Pruritus sine marteria. Pathophysiology, diagnostic assessment and therapy. *Hautarzt* 2002; 53(12): 830–849.
- <sup>2</sup> Ständer S, et al.: S2k-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus. AWMF online 2016.
- <sup>3</sup> Ständer S, et al.: Clinical classification of itch. Position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol* 2007; 87(4): 291–294.
- <sup>4</sup> Schedel F, et al.: Prurigo. Klinische Definition und Klassifikation. *Hautarzt* 2014; 65: 684–689.
- <sup>5</sup> Werfel T, et al.: S2k guideline on diagnosis and treatment of atopic dermatitis – short version. *Allergo J Int* 2016; 25: 82–95.
- <sup>6</sup> Nast A, et al.: S3-guidelines for the treatment of psoriasis vulgaris Update 2011. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011; 9 Suppl 2: S1–104.
- <sup>7</sup> Zuberbier T, et al., European Academy of Allergy and Clinical Immunology, Global Allergy and Asthma European Network, European Dermatology Forum, World Allergy Organization: The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014; 69(7): 868–887.
- <sup>8</sup> Weisshaar E, et al.: European guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2012; 92(5): 563–581.