Neue topische Immunsuppressiva*D. Abeck*

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am
Biederstein, Technische Universität München, Deutschland

Das zeitgemäße Management des atopischen Ekzems umfasst die stadiengerechte antieozematöse Behandlung sowie die Aufdeckung und Vermeidung zugrunde liegender Provokationsfaktoren. Während topische Glukokortikoide insbesondere die der 4. Generation, die auch als „Softdrug“ bezeichnet werden, weiterhin die Therapie der 1. Wahl für die Behandlung der entzündlichen Veränderung des atopischen Ekzems darstellen, stehen dem behandelnden Arzt mit den topischen Immunsuppressiva Tacrolimus (seit dem 15. April in Deutschland als „Protopic“ zur Behandlung des atopischen Ekzems zugelassen) und Pimecrolimus (in den USA und in Dänemark unter dem Namen „Elidel“ zugelassen) therapeutische Alternativen zur Verfügung. Für Tacrolimus konnte in einer rezenten Vergleichsstudie gegenüber Hydrocortisonbutyrat (Alfason-Salbe) die Gleichwertigkeit bei der Behandlung erwachsener Patienten mit atopischem Ekzem gezeigt werden. Als Vorteil gegenüber Tacrolimus ist bei Pimecrolimus die Galenik anzuführen (Salbe vs. Creme), die insbesondere für die bei den ersten Applikationen häufig angegebenen Missempfindungen in Form von kurzfristigem Juckreiz und Brennen (10–34%) verantwortlich ist. Die systemische Resorption von Pimecrolimus scheint niedrig zu sein, wobei die Serumkonzentrationen bei Kindern im Durchschnitt über denen der Erwachsenen lagen. Im Gegensatz zu Tacrolimus waren die Serumspiegel über die Dauer der Anwendung überwiegend gleichbleibend. Als gravierender Nachteil beider topischen Immunsuppressiva gegenüber den topischen Steroiden ist derzeit auch der Preis zu nennen, der pro Gramm für die neuen Substanzen um mehr als 5mal höher liegt.

Aufgrund unserer eigenen Erfahrungen ist der therapeutische Einsatz der topischen Immunsuppressiva sinnvoll bei sehr schweren Formen des atopischen Ekzems, die bislang beispielsweise systemisch immunsuppressiv behandelt wurden. Eine weitere sinnvolle Indikation ist aufgrund der fehlenden atrophogenen Wirkung die Behandlung schwerer Ekzeme im Gesicht, insbesondere auch periokulär sowie in den intertriginösen Bereichen. Auch in den Fällen, die auf die topische Glukokortikoide nicht ansprechen, ist ein Therapieversuch mit Tacrolimus oder Pimecrolimus gerechtfertigt. Bei Anwendung des topischen Immunsuppressivums Tacrolimus ist, wie auch vom Hersteller angegeben, auf einen konsequenten UV-Schutz zu achten.

Seminare und Workshops**Europäische Multicenterstudie zum Atopie-Patch-Test**

U. Darsow, J. Laïfaoui, J. Ring und die ETFAD APT Studiengruppe

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am
Biederstein und Klinische Kooperationsgruppe GSF, Technische
Universität München, Deutschland

Aeroallergene und Nahrungsmittel sind relevante Triggerfaktoren des atopischen Ekzems (AE, Neurodermitis). Der Atopie-Patch-Test (APT) ist ein Epikutantest mit Allergenen, die bekanntermaßen IgE-vermittelte Reaktionen auslösen, und die Evaluation ekzematöser Hautreaktionen nach 24–72 Stunden. Wir führten eine prospektive Multicenterstudie zum APT mit biologisch standardisierten Extrakten in 11 Studienzentren in 6 Ländern durch. 331 Patienten mit AE in Remission wurden in die Studie eingeschlossen. Auf klinisch unauffälliger, nicht vorbehandelter Haut am Rücken wurden 200 IR/g Extrakte (Lyophilisate in Vaseline, Stallergenes, Antony, France) von Dermatophagoides pteronyssinus, Katzenepithelien, Gräser- und Birkenpollen appliziert und nach 48 und 72 h abgelesen (ETFAD Konsensus). Die Ergebnisse wurden mit Prick-Test-Befunden (PT) und spezifischem IgE (sIgE) sowie mit der prospektiv erhobenen allergenspezifischen Anamnese verglichen. Zusätzlich erfolgte die Testung von 3 nichtstandardisierten Nahrungsmittelallergenpräparationen (w/v 1/3): Weizenmehl, Ei, Sellerie. Erste Ergebnisse (n = 90) zeigten positive APT-Reaktionen allergenabhängig bei 7–35% der Patienten. Am häufigsten traten diese Reaktionen auf D. pteronyssinus auf, jedoch auch in 7–15% auf Nahrungsmittel. Positive PT zeigten sich in 24–62%, spezifisches IgE war bei 11–67% erhöht. Eine prädiktive Anamnese ergab sich je nach Allergen bei 3–40% der Patienten, z. T. mit signifikanter Konkordanz zum APT. Diesbezügliche Sensitivität betrug 56–92% (PT), 57–92% (sIgE) und 17–40% (APT). Die Spezifität lag zwischen 41–68% (PT), 43–61% (sIgE) und 69–89% (APT). Die meisten Patienten mit positiver APT-Reaktion hatten eine korrespondierende IgE-vermittelte Sensibilisierung. Während der Studie traten keine schweren Nebenwirkungen auf.

Aeroallergene und Nahrungsmittel können bei Patienten mit AE ekzematöse Hautreaktionen auslösen. Der APT kann zur Evaluation der klinischen Relevanz eingesetzt werden, wobei die Spezifität höher als die Sensitivität liegt. Daher ist die Kombination mit PT und sIgE sinnvoll. Diese und weitere Daten aus der europäischen Multicenterstudie können zur Standardisierung des APT als klinisches Routine-Provokationstestmodell des AE beitragen.