Möglicher Zusatznutzen

Tacrolimus unterstützt UV-Therapie bei Kindern mit Vitiligo

Tacrolimussalbe und Schmalspektrum-UV-B können zusammen die Haut bei Kindern mit Vitiligo deutlich besser repigmentieren als die alleinige UV-Behandlung. Darauf deutet eine Studie mit 20 Patienten.

Bei Erwachsenen mit Vitiligo hat sich die Kombination von UV-Licht und lichtsensibilisierenden Präparaten bereits bewährt, bei Kindern gibt es sowohl Untersuchungen zum Nutzen der Schmalspektrum-UV-B-Bestrahlung als auch einer Therapie mit Tacrolimussalbe, berichten Dermatologen um

Dr. Surabhi Dayal von der Hautklinik in Kurukshetra, Indien.

Die UV-Bestrahlung wird in der Regel bei großflächigen Pigmentierungsstörungen angewandt, die Salbe bei kleineren Flecken. Über die Wirksamkeit einer Kombitherapie bei Kindern sei jedoch wenig bekannt, schreiben die Hautärzte. Diese Lücke wollten sie mit einer eigenen kleinen Studie füllen. Für ihre 24 Wochen dauernde Untersuchung konnten sie 20 Kinder mit stabiler Vitiligo und einem Alter bis zu 14 Jahren gewinnen. Die Erkrankungsdauer bei drei Jahren; im Mittel waren 12 % der Hautoberfläche depigmentiert.

72 % der Haut repigmentiert

Nötig für die Studienaufnahme war ein symmetrisches Fleckenpaar. Den linken Fleck dieses Paares sollten die Kinder zweimal täglich mit 0,03 %iger Tacrolimussalbe eincremen, die rechte Seite hingegen unbehandelt lassen.

Alle Kinder bekamen zudem dreimal in der Woche eine Ganzkörperbestrahlung mit UV-B-Licht der Wellenlänge 310–315 nm. Die Ärzte begannen die Bestrahlung mit 280 mJ/cm² und steigerten sie bei jeder Behandlung um 20 %. Dadurch sollte ein persistierendes asymptomatisches Erythem entstehen. Bildete sich eine symptomatische Reizung, warteten die Ärzte, bis die Beschwerden verschwunden waren und setzten die Therapie mit der halben Dosis und eine 10 %igen Steigerung bei jeder Anwendung fort. Die Kinder und deren Eltern wurden zudem angewiesen, tagsüber direktes UV-Licht zu meiden und Sonnencreme zu verwenden. Den Therapiefortschritt evaluierten die Ärzte alle vier Wochen.

Mit alleiniger UV-Bestrahlung repigmentierten nach zwei, vier und sechs Monaten jeweils 7, 23 und 32 % der Kontrollflecken, mit zusätzlicher Tacrolimussalbe entsprechend 26, 46 und 72 %. Nach vier und sechs Monaten waren die Unterschiede zwischen Läsionen mit und ohne Tacrolimustherapie statistisch signifikant ($p < 0,001$).

Wie eine Kombination von UV-Licht und lichtsensibilisierenden Präparaten bei Kindern wirkt, wurde nun in einer Studie in Indien untersucht.

Gesichtshaut wieder weitgehend normal

Am besten gelang die Repigmentierung im Gesicht, hier verschwanden alle Flecken mit der Kombitherapie; mit alleiniger UV-Therapie lag die Repigmentierungsrate nur bei 65 %. Am geringsten waren die Erfolge im Bereich von Bauch und Rücken: Hier ließ sich die Haut mit der Kombitherapie nur zu 60 % und mit alleiniger Bestrahlung zu 20 % repigmentieren.

Ähnlich groß waren die Unterschiede bei den Ansprechraten: 60 % aller Läsionen mit Kombitherapie sprachen gut (50–75 % Repigmentierung) oder sehr gut (über 75 % Repigmentierung) an, mit alleiniger Bestrahlung lag der Anteil nur bei 20 %.

Unter der Kombitherapie wurden die ersten Erfolge im Schnitt nach elf Bestrahlungen sichtbar, ohne Tacrolimus waren dafür 18 Sitzungen nötig. Entsprechend benötigten die Ärzte für einen ersten sichtbaren Erfolg bei alleiniger Bestrahlung eine deutlich höhere kumulative UV-Dosis (9,0 versus 3,7 J/cm²).

Nur zwei Patienten entwickelten symptomatische Erytheme, bei einem davon bildeten sich Blasen in beiden Testregionen, nach der Strahlendosisreduktion konnten beide die Therapie fortsetzen.

Aufgrund ihrer Resultate sehen die Ärzte um Dayal in der Tacrolimus-Kombitherapie auch für Kinder eine gute Option, vor allem für solche, bei denen eine alleinige Schmalspektrum-UV-B-Behandlung nicht genügt: Tacrolimus stoppt als Immunmodulator den Krankheitsprozess, und das UV-B-Licht stimuliert die Melanozytenneubildung sowie -migration. Die beiden Wirkmechanismen ergänzten sich sehr gut, schreiben sie. Allerdings könne ein erhöhtes Tumorrisiko unter der Kombitherapie nicht ausgeschlossen werden. Hierzu seien Langzeitdaten nötig.

Thomas Müller

Literatur

Surabhi Dayal et al. *Pediatr Dermatol.* 2016 Oct 4;doi:10.1111/pde.12991