Atopisches Ekzem – Update 2013

— Seine jahrzehntelange Erfahrung im Umgang mit Neurodermitis-Patienten und mit Müttern betroffener Kinder fasste Prof. Dr. Johannes Ring, Klinik am Biederstein, Technische Universität München, in seinem Vortrag zusammen. Gerade im Gespräch mit den oft fordernden Patienten bzw. Angehörigen gilt es, Fehler zu vermeiden. „Zu viel auf die Mutter hören“ sollte der behandelnde Dermatologe ebenso wenig wie „zu wenig auf die Mutter hören“, so Ring. Auf Therapievorschläge der Patienten etwa mit der Bemerkung „Das haben wir alles schon gehabt!“, zu reagieren, wirkt auf die Betroffenen fatal. Wichtig ist, sich für die Patienten Zeit zu nehmen und insbesondere individuelle Provokationsfaktoren zu ermitteln.

Dass Neurodermitiker nicht duschen dürfen, ist längst veraltet. Die Patienten sollten jedoch rückfettende Substanzen ver-

wenden und Emollienzen auf die noch feuchte Haut auftragen. Statt beim Abtrocknen zu „rubbeln“ ist ein vorsichtiges Abtupfen empfehlenswert. Schaumbder sind zu meiden, stattdessen steht eine Vielzahl von speziellen lbdern zur Verfügung. Das Badel sollte erst gegen Ende des nicht zu heißen und langen Bades gegeben werden.

Ring machte auf eine Studie von Susanne Grether-Beck und ihren Mitarbeitern aufmerksam [Grether-Beck S et al. J Invest Dermatol 2012; 132: 1561–72]. Harnstoff scheint nach den Ergebnissen dieser Arbeit als „small molecule“ an der Regulation verschiedener Gene mit Funktion in der Epidermis beteiligt zu sein. Dazu zählen die Differenzierung (Filaggrin, Loricrin, Involucrin, Transglutaminase-1), die Lipidsynthese (Serin-Palmitoyl-Transferase) sowie die antimikrobielle Aktivität (Cathelici-

din LL37, β -Defensin-2). Harnstoff könne jedoch auch irritativ wirken, eine Anwendung im Gesicht zähle zu den Fehlern in der Basistherapie.

Anstatt das schwach wirksame Hydrocortison zu verwenden, empfahl Ring, sollten Steroide der Klasse 2 mit günstigerem Wirkungs-Nebenwirkungs-Profil verdünnt (z. B. 0,25 g Prednicarbat auf 100 g Creme) eingesetzt werden. Bei extremem Hautbefall könne kurzfristig auch ein Klasse-3-Steroid diskutiert werden. Er empfahl, bei akuter Symptomatik für kurze Zeit Glukokortikosteroide einzusetzen und später bei verminderter entzündlicher Aktivität zu Calcineurininhibitoren zu wechseln. Eine gleichzeitige Behandlung durch topische Steroide und Calcineurininhibitoren sei nicht sinnvoll.

Dr. Andreas Fischer

Ring J. Fallen und Fehler im Umgang mit atopischem Ekzem. Symposium „Atopische Dermatitis“

Neue Urtikaria-Leitlinie vorgestellt

— Das GA²LEN-Netzwerk hat im Dezember 2012 in Berlin in einer internationalen Konsensuskonferenz aktuelle Empfehlungen zum Management der Urtikaria diskutiert. Anlässlich des Dermatologenkongresses in Dresden gab es erste Einblicke in die neue Leitlinie: Erstautor Prof. Dr. Torsten Zuberbier von der Charité hätte gerne schon die publizierte Leitlinie präsentiert, die Abstimmung der Publikation [Zuberbier T et al.

Allergy 2013 in press] zieht sich derzeit aber zu seinem Bedauern noch hin. Einig waren sich die Experten hinsichtlich der grundsätzlichen Beibehaltung der Klassifikation von chronischer spontaner versus induzierbarer Urtikaria, der Empfehlung der Verwendung des Urticaria Severity Scores UAS7 zur Bestimmung des Schweregrads und in der Empfehlung, wenig Routinediagnostik einzusetzen. Zur Lebensqualittsbestimmung – auch im Therapieverlauf – wird der CU-Q2oL oder der AE-QoL empfohlen.

Das Meiden von Nahrungsmitteln sollte auf solche beschränkt werden, deren Relevanz im doppelblinden Provokationstest gesichert wurde oder die in der Anamnese sehr klar mit Krankheitsaktivität assoziiert sind. Die medikamentöse Therapie wird nun einheitlich mit Antihistaminika der zweiten Generation empfohlen, die bei ungenügendem Ansprechen in einer bis zu vierfach erhöhten Dosis eingesetzt werden können. Eine Kortikosteroidtherapie ist nach dem neuen Kon-

sensus nur als eine kurzzeitige Anwendung, beispielsweise bei einer akuten Exazerbation, zu erwägen. Therapieziel ist nach dem neuen Konsens die komplette Symptomkontrolle – ein ambitioniertes Ziel. In der Drittlinientherapie wird dazu zukünftig neben Cyclosporin A oder Montelukast auch der Anti-IgE-Antikörper Omalizumab empfohlen.

Prof. Dr. Marcus Maurer, Direktor der Hautklinik der Charité Universitätsmedizin in Berlin referierte die Ergebnisse einer zulassungsrelevanten Phase-III-Studie zu Omalizumab [Maurer M et al. (2013) N Engl J Med 368: 924–35]. Durch die Behandlung mit dem Antikörper verbesserten sich dosisabhängig Juckreiz, Quaddelbildung und hautbezogene Lebensqualität über zwölf Wochen Behandlungsdauer. Viele Patienten – egal ob mit spontaner oder induzierbarer Urtikaria – erlebten unter der Therapie eine komplette Reduktion der Beschwerden und benötigten keine Begleittherapie mehr. Zudem hat die Therapie auch einen diagnostischen Aspekt, ergänzte Maurer: „Wer darauf nicht anspricht, hat mit hoher Wahrscheinlichkeit gar keine Urtikaria“.

Friederike Klein

Urtikaria könnte nach schwerem Asthma bronchiale die zweite Indikation für die Anti-IgE-Antikörper Omalizumab werden.

Zuberbier T. Übersicht zur neuen Leitlinie. Symposium „Urtikaria und Angioödeme“

© O. Pfaar / Springer Verlag