Atopische Dermatitis: Erkrankungsalter verrät Allergierisiko

Die atopische Dermatitis kann bei Kindern offenbar abhängig von Erkrankungsalter und des Symptomenverlauf in vier verschiedene Untergruppen unterteilt werden. Dabei zeigen sich vor allem hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit eines Etagenwechsels große gruppenspezifische Unterschiede.

In den Industriestaaten leiden mehr als 20% der Kinder an atopischer Dermatitis (AD). Bei über 60% treten die ersten Symptome bereits vor dem zweiten Lebensjahr auf. Zwar „wächst“ sich bei einem Teil der kleinen Patienten die Problematik aus, doch gilt die AD als erstes Indiz für eine atopische Veranlagung. Gefürchtet ist in diesem Zusammenhang vor allem ein späterer Etagenwechsel hin zum allergischen Asthma oder einer Nahrungsmittelallergie. Doch auch wenn der Zusammenhang zwischen AD, Asthma und Heuschnupfen eindeutig nachgewiesen ist, ist man mittlerweile von der Vorstellung einer einheitlichen Allergikerkarriere abgerückt. Mittlerweile geht man vielmehr davon aus, dass das Risiko für weitere Allergien in Abhängigkeit von Manifestationszeitpunkt und Verlauf der AD deutlich variiert. Entsprechend hat man sich daran gemacht, Untergruppen zu identifizieren.

Kinderärzte aus der Schweiz haben dazu auf die Daten der PASTURE-Studie zurückgegriffen, einer großen europäischen Studie, in der nach Faktoren gefahndet wurde, die eine AD bei Kindern begünstigen oder verhindern helfen.

Tatsächlich konnten anhand der Daten von 1.038 Kindern im Rahmen einer Latent-Class-Analyse vier phänotypische Subgruppen definiert werden. Kinder mit einem frühen transienten Phänotyp (n = 96; 9,2%) entwickeln bereits innerhalb der ersten zwei Lebensjahre AD-Symptome, sind jedoch nach dem vierten Geburtstag wieder völlig beschwerdefrei. Kinder mit einem frühen persistierenden Phänotyp (n = 67; 6,5%) erkranken zwar ebenfalls sehr früh, die AD bleibt allerdings bis zum Alter von sechs Jahren bestehen. Kinder, deren AD dem späten Phänotyp zuzuordnen ist (n = 50; 4,8%), entwickeln erst nach dem zweiten Lebensjahr die ersten Hautsymptome. Beim sporadischen Phänotyp (n

= 825; 79,5%) wiederum treten nur vereinzelt oder gar keine Symptome auf. Auffällig war, dass das Risiko der Kinder, an einer AD vom frühen persistierenden Phänotyp zu erkranken, fünffach erhöht war, wenn beide Eltern Allergiker waren.

Die verschiedenen Phänotypen waren mit unterschiedlichen Risiken für weitere Allergien assoziiert. Bei Kindern, die bereits sehr früh in ihrem Leben erste Hautsymptome zeigten, wurden in den nächsten Jahren deutlich häufiger Nahrungsmittelallergien diagnostiziert. Beim frühen transienten Phänotyp war das Risiko mehr als dreimal so hoch (OR 3,71; 95%-KI 1,66–8,26), beim frühen persistierenden Phänotyp sogar siebenfach (OR 7,79; 95%-KI 3,42–17,73). Auch das Asthmarisiko variierte je nach Phänotyp und war bei Kinder mit früh einsetzenden und persistierenden Symptomen deutlich erhöht (OR 2,87; 95%-KI 1,31–6,31). Im Vergleich zum späten Phänotyp lag der Anteil der an Asthma erkrankten Kinder in der Subgruppe des frühen persistierenden Phänotyps mehr als doppelt so hoch (7,5% vs. 17,5%). Der frühe persistierende (Odds Ratio [OR] 4,04; 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 1,82–8,95) sowie der späte Phänotyp (OR 3,23; 95%-KI 1,37–7,61) waren wiederum mit einem erhöhten Risiko für eine allergische Rhinitis assoziiert.

Fazit: Abhängig vom Erkrankungsalter und dem Erkrankungsverlauf lassen sich bei Kindern vier verschiedene AD-Phänotypen unterscheiden. Die verschiedenen Phänotypen sind mit einem unterschiedlichen Allergierisiko assoziiert, wobei Kinder mit frühem persistierendem Phänotyp besonders allergiegefährdet sind.

Dr. Dagmar Kraus

Roduit C et al. Phenotypes of Atopic Dermatitis Depending on the Timing of Onset and Progression in Childhood. JAMA Pediatr 2017; 171: 655–62

Hier steht eine Anzeige.

Springer