

Basis der medikamentösen Therapie bleiben jedoch nach wie vor auch bei schwierigem Asthma die hochdosierten inhalativen Glukokortikosteroide der jüngeren Generation in Kombination mit langwirksamen inhalativen β_2 -Sympathomimetika. Wie Grootendorst u. Mitarbeiter zeigten, führt eine kurze Periode der weitgehenden Allergenkarrenz im Hochgebirge zusätzlich zur oben genannten optimierten Medikation zu einer markanten Verbesserung gemessen an klinischen Parametern und Entzündungsmarkern. Daraus resultiert die Verbesserung der Langzeitkontrolle des schwierigen Asthmas/chronisch therapieresistären Asthmas über das medikamentös Erreichte hinaus und zusätzlich eine Reduktion der systemischen Steroiddosis.

Tumor- und Infektionsimmunologie

Nicht melanozytärer Hautkrebs – aktuelle Therapieoptionen

R.-M. Szeimies

Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Regensburg, Deutschland

Epitheliale Tumoren als Hauptvertreter des nicht melanozytären Hautkrebses verzeichnen weltweit eine dramatische Inzidenzzunahme, nicht zuletzt wegen ihrer Hauptursache, einer chronischen UV-Exposition. Während für das Rezidiv- oder sklerodermiforme Basalzellkarzinom nach wie vor die chirurgische Exzision, ggf. mit histologischer Schnittrandkontrolle, als Goldstandard gilt, haben sich für die oberflächliche Variante auch Verfahren wie die Kryotherapie oder medikamentös topisch Imiquimod, 5-Fluorouracil (5-FU) oder die photodynamische Therapie (PDT) mit 5-Aminolävulinsäuremethylester mittlerweile in Langzeitstudien bewährt. Beim Morbus Bowen scheinen die topischen Therapieverfahren einer (kryo-)chirurgischen Intervention ebenbürtig zu sein, bei allerdings deutlich besserem ästhetischen Ergebnis. Plattenepithelkarzinome sollten ebenfalls in erster Linie einer chirurgischen Versorgung zugeführt werden. Besonderen Stellenwert haben medikamentöse Therapieverfahren mittlerweile in der Behandlung der aktinischen Keratosen: hier kommen gerade bei ausgedehnten Befunden (sog. „Feldkanzerisierung“) topische Behandlungskonzepte (5-FU, Imiquimod, PDT, Diclofenac-Na) mit exzellentem kosmetischen Ergebnis zum Einsatz.

Hautschutz und Prävention

UV-bedingte Hautveränderungen – was gibt es Neues?

B. Eberlein

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

UV-bedingte Hautveränderungen umfassen physiologische und pathologische Reaktionen der Haut auf akute oder chronische ultraviolette Strahlung wie Dermatitis solaris, Pigmen-

tierung, photosensibilisierende Reaktionen, Photoalterung sowie prä-maligne Hautveränderungen und Hauttumoren. Darüber hinaus können photoaggravierte Dermatosen und Photodermatosen auftreten, bei denen eine qualitativ pathologische Reaktionsbereitschaft der sonst gesunden Haut auf elektromagnetische Strahlung besteht.

Da die Photoprotektion im Hinblick auf solche unerwünschten Wirkungen der ultravioletten Strahlung einen wesentlichen Faktor darstellt, werden neue Bestimmungen zum Sonnenschutz vorgestellt sowie neuere Entwicklungen von UV-protektiven Substanzen und Aktuelles zu Wirkmechanismen.

Über die polymorphe Lichtdermatose werden neuere Studien zu Pathomechanismen und zur Genetik vorgestellt. Therapieansätze zur Behandlung der Urticaria solaris werden mitgeteilt. Neue photosensibilisierende Substanzen oder neue Erkenntnisse über bekannte photosensibilisierende Substanzen werden vorgestellt.

Mit dem Vortrag wird damit ein Überblick über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Photodermatologie gegeben.

Fallstricke im Management der Kontaktallergie

W. Aberer

Universitäts-Klinik für Dermatologie und Venerologie, Medizinische Universität Graz, Österreich

„Nicht alles, was aussieht wie ein Ekzem, ist ein Ekzem“ (P. Fritsch). Und: „Die Epikutantestung ist leicht, jeder kann’s. Nur wenige machen es gut“ (A. Kligman).

So typisch das allergische Kontaktekzem im Normalfall ist, so zahlreich sind die Sonderformen einerseits, die nicht gleich an diese Diagnose denken lassen, und so zahlreich sind auch die Differenzialdiagnosen, die ein Kontaktekzem imitieren können. Bei ersterem herrscht häufig nicht das typische Bild von Dermatitis/Ekzem vor, sodass oft nicht an die exogene Auslösung gedacht wird. Dazu zählen u. a.:

- Erythema-multiforme-artige Reaktionen bis hin zum Stevens-Johnson-Syndrom etwa nach Kontakt mit topischen Antiphlogistika und vielen anderen Allergenen;
- pigmentierte Purpura bzw. pigmentierte Kontaktdermatitis, z. B. durch Farbstoffe und Gummi;
- Lichen-planus-artige oder lichenoidale Kontaktreaktionen der Schleimhäute, z. B. bei chronischem Metallkontakt;
- bullöse, knotig-papulöse und pustulöse Reaktionen insbesondere auf Metalle;
- granulomatöse Reaktionen auf Metallsalze etwa in Tätowierungen;
- „trockene“ Kontaktdermatitis an Fingern und Händen als Berufsdermatose bei Zahnärzten und Gärtnern;
- dyshidrotisches Ekzem oder Pompholyx als eventuelle Sonderformen der Kontaktdermatitis (DD oder auch der atopischen Dermatitis);
- sklerodermieartige Veränderungen (auf organische Lösemittel);
- hämatogene Ekzeme.

Die Differenzialdiagnosen lassen sich unterteilen in:

- ätiologische wie z. B. das irritative Ekzem,
- morphologische wie das seborrhoische Ekzem und