

nicht von der Kleidung bedeckte Hautareale beschränkt, reagieren bereits bei sehr viel niedrigeren Dosen als Patienten mit einem unauffälligen Ekzemmuster. Bei Patienten mit einer hinweisenden Anamnese zeigen sich öfter positive APT-Reaktionen.

Grundlagen noch offen

Welche genauen immunologischen Vorgänge durch den Atopie-Patch-Test erfasst werden, ist derzeit aber noch nicht bekannt. So zeigen die Ergebnisse verschiedener klinischer Untergruppen von Patienten mit einem atopischen Ekzem, dass nur bei einem Teil von ihnen die Aeroallergene bei Kontakt mit der Haut ekzematöse Erscheinungen auslösen können.

Im Vergleich der Methoden APT, Pricktest und RAST wird keine 100%ige Übereinstimmung gefunden, jedoch eine hochsignifikante Assoziation. „Dies ist ein Hinweis darauf, dass der APT eine etwas andere Dimension der atopischen Hautentzündung erfasst, die nicht mit der klassischen IgE-vermittelten Soforttyp-Reaktion übereinstimmt“, so Darsow.

Kutane Provokation

Kommerziell verfügbar sind die Allergenpräparationen momentan noch nicht, letzte Standardisierungsfragen werden derzeit in einer europäischen Multicenterstudie geklärt. Auch muss noch festgelegt werden, für welche Neurodermitispatienten diese Diagnosemethode sinnvoll ist. Doch könnte in nicht allzuferner Zukunft der Atopie-Patch-Test als ein „kutaner Provokationstest für atopische Ekzeme“ dienen, vergleichbar mit den bronchialen oder nasalen Provokationstests. Auch der ATP mit Nahrungsmittlextrakten wird weiter untersucht.

Darsow: „Mit dem APT verfügen wir hoffentlich bald über ein praktisches Verfahren für die Routinediagnostik, mit dem die klinische Relevanz IgE-vermittelter Sensibilisierungen bei Patienten mit einem atopischen Ekzem beurteilt werden kann.“ *bk*

Darsow U

Seminarvortrag anlässlich 21. DGAI-Kongresses, München, 1999.

Atopische Dermatitis

„Asthma der Haut“ – ein multifaktorielles Geschehen

Das atopische Ekzem ist nicht nur ein diagnostisches und therapeutisches Problem – auch die Pathophysiologie wird noch heftig diskutiert. Wie beim Asthma muss auch bei dieser Atopieform zwischen einer intrinsischen und einer extrinsischen Form unterschieden werden. Die allergologisch-immunologischen Mechanismen des IgE-vermittelten Ekzems sind dabei schon recht gut erforscht.

Das atopische Ekzem stellt nicht nur an das therapeutische Können des Arztes hohe Anforderungen. Auch die Diagnose und vor allem die pathophysiologische Zuordnung, so A. Kapp (Hannover), ist ein Problem. Darauf weisen auch die für dieses Krankheitsbild verwendeten unterschiedlichen Bezeichnungen wie Neurodermitis, atopische Dermatitis oder – teilweise noch verwendet – endogenes Ekzem hin.

Kritische Diagnosestellung

Die Diagnose beruht nach wie vor in erster Linie auf dem klinischen Erscheinungsbild – Morphe und Lokalisation der Hautveränderungen – und der Anamnese – atopische Eigen- und Fremdanamnese sowie Juckreiz. Der Juckreiz gilt unumstritten als Leitsymptom des atopischen Ekzems. Beachtet werden sollte, dass sich diese Atopieform auch z.T. in lebensaltertypischen Symptomen manifestieren kann, beginnend im Säuglingsalter mit einem Milchschorf, dann dem Beugenekzem und weiteren Ekzemformen beim Kind und Jugendlichen und schließlich beim Erwachsenen als Prurigo.

„Es existieren heute leider noch verschiedene Diagnosekriterien für die atopische Dermatitis, die unterschiedlich gut evaluiert sind und damit nicht unbedingt für eine hohe Reproduzierbarkeit der Diagnosestellung geeignet sind“, umriss Kapp die Schwierigkeiten. Daher sind z.B. auch die Patientenkollektive in klinischen Studien nicht immer vergleichbar.

Wie beim Asthma unterscheidet man bei der atopischen Dermatitis eine endogene und exogene Form. Dabei nimmt der intrinsische, also nicht IgE-vermittelte Typ heute zwar offensichtlich zu, ist aber noch vergleichsweise schlecht erforscht. Fortschritte wurden dagegen bei der Aufklärung allergischer Mechanismen der atopischen Dermatitis erzielt. Bei dieser extrinsischen Form ist ein erhöhtes Gesamt-IgE bzw. ein erhöhtes spezifisches IgE, vor allem gegen Inhalations- und Nahrungsmittelallergene, zu finden.

Aeroallergen-Kontaktallergie?

Die Auslösung des klinischen Erscheinungsbildes erfolgt am häufigsten über die Haut. „Eine besondere Rolle spielen hierbei die T-Lymphozyten, Langerhanszellen wie auch eosinophile Granulozyten“, sagte Kapp. Mediatoren der Eosinophilen wie das eosinophile kationische Protein (ECP) wurden bei Atopikern in erhöhter Konzentration im Serum und Urin gefunden und als Atopie-Aktivitätsmarker vorgeschlagen.

Das atopische Ekzem könnte also u.a. als eine Art „Kontaktallergie auf Aeroallergene“ angesehen werden. Eine kutane Provokationstestung beispielsweise mit Hilfe des Atopie-Patch-Tests macht daher Sinn – auch wenn die Aussagekraft dieses Tests noch weiter evaluiert werden muss. *bk*

Kapp A

Plenarvortrag anlässlich 21. DGAI-Kongresses, München, 1999.