

## Atopische Erkrankungen: Neurodermitis und Allergien gemeinsam behandeln

**A**topische Dermatitis (AD), allergische Rhinokonjunktivitis oder allergisches Asthma: Je nach epidemiologischer Studie sind 25–40% der Bevölkerung von einer Erkrankung des atopischen Formenkreises betroffen. Trotz dieser Erkenntnis werden noch zu viele Patienten anhand isolierter Symptome behandelt. „Die Erkrankungen des atopischen Formenkreises sollten in der Therapie jedoch in ihrer Gesamtheit be-

trachtet werden“, sagt der Dermatologe und Allergologe Prof. Torsten Zuberbier, Berlin.

Vielfach leiden Betroffene an mehreren atopischen Erkrankungen gleichzeitig: So hat zum Beispiel jeder fünfte Patient mit allergischer Rhinokonjunktivitis auch eine Neurodermitis [Schmitt J et al. *Allergy* 2016; 71:850–8]. Atopische Erkrankungen können daher oft nicht als alleinstehende Entitäten betrachtet werden. Sie sind in gleicher Weise Organ- wie Systemerkrankungen. Für einen Behandlungserfolg sei es notwendig, Symptome nicht isoliert zu betrachten, sondern interdisziplinär und ganzheitlich zu therapieren, so Zuberbier. „Wir stellen bei unseren Patienten mit AD fest, dass eine spezifische Immuntherapie (SIT) bei Milbenallergikern und Patienten mit Pollen-Peaks, also Neurodermitis-Schüben bei erhöhtem Pollenflug, die Entstehung der Neurodermi-

**Jeder fünfte Patient mit allergischer Rhinokonjunktivitis hat auch eine Neurodermitis**



© Ullrich / stock.adobe.com

tis positiv beeinflussen kann.“ Eine Studie konnte zum Beispiel zeigen, dass mit einer subkutanen Immuntherapie mit depigmentierten Milbenallergenextrakten bei Patienten mit schwerer AD eine Verbesserung des Schweregrads anhand des SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) erreicht werden kann [Novak N et al. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130:925–31 e4]. Ein aktueller Übersichtsartikel zeigt, dass die Behandlung der AD durch eine SIT mit Aeroallergenen in der Summe funktioniert [Ridolo E et al. *Expert Rev Clin Immunol* 2018;14:61–8]. Auch wenn es sich bisher ausschließlich um kleine Studien handelt, so Zuberbier.

Bis zu 50% der Neurodermitispatienten, aber auch einige Patienten mit allergischer Rhinitis besitzen Mutationen im Filaggrin-Gen, die mit einer gestörten Hautbarriere und trockener Haut assoziiert sind. Die dermatokosmetische Basistherapie kann die Hautbarriere regenerieren: So unterstützt die medizinische Hautpflege LETIAT4 Intensivcreme zusätzlich die Synthese von Filaggrin. Die Filaggrin-Produktion ist nach fünf Tagen Anwendung in vitro auf rekonstruierter humaner Epidermis um 67% erhöht.

red

Nach Informationen von Leti

## Schweres allergisches Asthma: IgE-Antikörper wirkt auch bei hohen Eosinophilen-Zahlen

**B**ei schwerem Asthma bronchiale werden laut aktueller Therapieleitlinie Biologika vor systemischen Glukokortikoiden eingesetzt. „Es gibt keine harmlose Dosis von systemischen Steroiden. Wer diese heute in Dauertherapie einsetzt, ohne Biologika erwogen zu haben, bewegt sich auf sehr dünnem Eis“, erklärte Prof. Jens Schreiber, Magdeburg.

Wenn Asthma trotz optimaler inhalativer Therapie unkontrolliert bleibt und immer wieder exazerbiert, stehen heute Biologika zur Verfügung, die sich gegen IgE oder Interleukin-5 richten, demnächst auch ein Anti-Interleukin-4/13-Antikörper. Deshalb muss schweres Asthma laut Schreiber zunächst phänotypisiert werden, es muss eine Allergiediagnostik durchgeführt und nach einer IgE-vermittelten Ursache geforscht werden.

Das allergische Asthma mit erhöhten IgE-Werten wird leitliniengemäß mit dem Anti-IgE-Antikörper Omalizumab (Xolair®) behandelt. Nach 16 Wochen gibt es eine Erfolgskontrolle. Bei Ansprechen wird weiterbehandelt. Bei Therapieresistenz kann, ebenso wie primär bei nicht allergischem Asthma, eine IL-5-Antikörper-Therapie erfolgen, sofern die Eosinophilen-Werte erhöht sind.

Wie aber werden Patienten behandelt, bei denen sowohl IgE als auch die Eosinophilen erhöht sind? In dieser Situation liegt man mit einer Anti-IgE-Therapie nicht falsch, wie die kürzlich publizierte STELLAIR-Studie zeigte. In der retrospektiven Studie aus dem französischen Versorgungsalltag war bei 872 schwerbetroffenen Patienten (darunter 149 Kinder) mit einem IgE-Asthma die Wirksamkeit einer Omalizumab-Therapie unter-

sucht worden [Humbert M et al. *Eur Respir J* 2018;51:1702523].

Nach einem Jahr hatte sich die Exazerbationsfrequenz bei Erwachsenen von ausgang 4,3 pro Jahr um 58,6% reduziert, bei Kindern von ausgang 5,2 pro Jahr sogar um 70,4%. Diese Verbesserung war jeweils unabhängig von den Eosinophilenzahlen und fiel bei Werten > 1.000 Zellen/ $\mu$ l nicht geringer aus als bei Werten < 150 Zellen/ $\mu$ l, berichtete Schreiber.

Nach zwölf Monaten konnte die Hälfte der erwachsenen Patienten orale Glukokortikoide vollständig absetzen. Die meisten der übrigen Patienten reduzierten ihre Dosis an oralen Glukokortikoiden. Auch die Hospitalisationsrate sank um über 70%.

Dr. Dirk Einecke

Pressegespräch „Passgenaues Therapiemanagement – im Fokus der Patient mit COPD oder schwerem Asthma“, im Rahmen der Jahrestagung der European Respiratory Society ERS, Paris, 18. September 2018; Veranstalter: Novartis