

Neurodermitis: ab wann systemisch behandeln?

Die Umstände, die für die Umstellung von Neurodermitispatienten auf eine systemische Therapie sprechen, gehen aus den Leitlinien nicht klar hervor. Daher hat ein internationales Expertengremium entsprechende Empfehlungen verfasst, die Ärzte und Patienten bei der Entscheidung unterstützen sollen.

Nur wenige Patienten mit atopischer Dermatitis (AD) brauchen eine systemische Therapie. Zu den eingesetzten Wirkstoffen zählen Azathioprin, Ciclosporin, Dupilumab, Methotrexat und Mycophenolat, wobei die meisten Patienten, gerade Kinder, allerdings nach wie vor „off label“ therapiert werden. Ein internationales Expertengremium rät zu einem systematischen und ganzheitlichen Ansatz bei der Beurteilung der Patienten mit schwerer AD.

Zunächst gilt es, die Schwere der Erkrankung sowie deren Einfluss auf die Lebensqualität des Patienten festzustellen. Die am besten validierten Instrumente zur Beurteilung des Schweregrades sind der Scoring of Atopic Dermatitis (SCORAD) und der Eczema Area and Severity Index. Zur Erfassung der Lebensqualität können der Dermatology Life Quality Index oder der Skindex-16 dienen. Gleichzeitig ist zu prüfen, ob konkrete Trigger oder weitere belastende und therapiebedürftige Faktoren vorliegen, etwa eine Hautinfektion. Zu den häufigsten Irritan-

zien der Haut zählen Detergenzien, Schweiß, Speichel, Aeroallergene, Kontaktallergene und psychischer Stress.

Selbst Steroidcremes sind für AD-Patienten häufig eine Quelle von Kontaktallergenen. Bakterielle Infektionen erfordern vor dem Start einer systemischen AD-Therapie üblicherweise eine systemische Antibiose. Auch alternative Diagnosen wie eine allergische Kontaktdermatitis müssen überprüft werden. Zudem ist zu klären, ob der betroffene Patient oder dessen Versorger über adäquate Informationen zur Krankheit verfügt und ausreichende Compliance vorliegt. Denn Kortikoidphobien, die Angst vor dem theoretischen Krebsrisiko topischer Calcineurininhibitoren oder geruchsintensive Teerpräparationen halten Patienten oft davon ab, die verschriebenen Therapien tatsächlich anzuwenden. Zeigen sich derartige Gründe für ein Therapieversagen, ist zunächst intensive Aufklärung gefragt.

Während all diese Punkte eruiert werden, soll den Empfehlungen zufolge zu-

nächst die topische antientzündliche Therapie, je nach Patientenalter über bis zu vier Wochen optimiert und intensiviert und von einer nachfolgenden proaktiven Erhaltungstherapie ergänzt werden. Danach werden Schweregrad und Lebensqualität erneut überprüft. Wird trotz adäquater topischer Therapie zu verschiedenen Zeitpunkten eine schwere, umfangreiche Erkrankung und/oder eine Verschlechterung der Lebensqualität festgestellt, kann dies aus ganzheitlicher Sicht der Grund sein, zu einer systemischen Therapie zu wechseln. Vor deren Beginn sollte allerdings noch die Möglichkeit einer Fototherapie geprüft werden.

Fazit: Die Entscheidung über den Beginn einer systemischen Therapie fällt letztlich individuell, so die Expertenrunde. Dabei seien neben dem Schweregrad der Erkrankung und der Lebensqualität auch Komorbiditäten, Ausgangsbefunde, Patientenalter, Kinderwunsch sowie frühere Therapieerfahrungen der Patienten zu berücksichtigen. Diese müssten ausführlich über den Nutzen und mögliche Nebenwirkungen einer systemischen Therapie aufgeklärt werden.

Christine Starostzik

Simpson EL et al. When does atopic dermatitis warrant systemic therapy? Recommendations from an expert panel of the International Eczema Council. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77: 623–33

Ein Mittelfinger erlebt sein blaues Wunder



Blau verfärbter, schmerzender Mittelfinger

© N Engl J Med 2017; 376: e53

Eine 66-jährige, bislang immer gesunde Frau stellte sich wegen plötzlich aufgetretener Schmerzen und einer Blauverfärbung des rechten Mittelfingers vor. Drei Wochen zuvor war bereits eine ähnliche Episode aufgetreten, die Symptomatik hatte sich damals innerhalb weniger Tage zurückgebildet. Die Frau konnte sich nicht an ein Trauma in der letzten Zeit erinnern. Auch stand sie unter keiner Dauermedikation. Der rechte Mittelfinger war durch ein subkutanes Hämatom angeschwollen, neurologische Ausfälle bestanden nicht. Beim Eintauchen in kaltes Wasser änderte sich die Farbe des Fingers nicht. Gerinnungsparameter und Plättchenzahl waren normal.

Man stellte die klinische Diagnose einer Finger-Apoplexie, auch bekannt als Achenbach-Syndrom. Es handelt sich dabei um eine plötzlich spontan auftretende, subkutane Blutung an Fingern oder Händen. Die Ursache der für die meisten Patienten sehr beunruhigenden Veränderung ist unbekannt. Die wichtigste Aufgabe des Arztes besteht in Aufklärung und Beruhigung, da sich die Veränderungen praktisch immer von allein zurückbilden. So war es auch in diesem Fall. Eine Woche später sah der Mittelfinger wieder normal aus.

Prof. Hermann S. Füllel

Yamamoto Y et al. Achenbach's syndrome. *N Engl J Med* 2017; 376: e53