

Impfung und nachgewiesener Sensibilisierung gegen Impfstoffbestandteile sind weitere Impfungen mit diesem Impfstoff kontraindiziert. Leichte, selbstlimitierte Impfreaktionen stellen keine Kontraindikation für weitere Impfungen dar, so Brehler. Bei Risikopatienten könne auch eine fraktionierte Impfung, gegebenenfalls unter stationären Bedingungen, erwogen werden.

Allergische Reaktionen auf COVID-19-Impfstoffe sind sehr selten. Eine routine-

mäßige allergologische Abklärung vor der Impfung wird nicht empfohlen [Klimek et al. *Allergo J Int.* 2021; 30: 79–95]. Eine allergologische Diagnostik sollte jedoch erfolgen, wenn ein Verdacht auf eine Allergie gegen einen Inhaltsstoff vorliegt oder wenn auf die erste Impfung eine allergische Reaktion aufgetreten ist. Als potenzielles Allergen wurde PEG (Polyethylenglycol) beziehungsweise Polysorbat 80 identifiziert. Klinischer Hinweis auf eine Sensibilisierung gegen

PEG oder Polysorbat 80 sind Reaktionen auf Medikamente, die PEG enthalten. PEG kommt in Deutschland in zahlreichen Tabletten und Kapseln vor, unter anderem in vielen Laxantien (Macrogol), berichtete Brehler. Die Abklärung einer Allergie gegen COVID-19-Impfstoffe sollte gegebenenfalls in einem auf die Diagnostik spezialisierten Zentrum erfolgen.

Angelika Bauer-Delto

Brehler R: Allergologie. *Derma Update* 2021

Plättchenreiches Plasma bei Alopecia areata?

Die Behandlung der Alopecia areata gestaltet sich nach wie vor schwierig, insbesondere, weil keine zugelassenen Medikamente zur Verfügung stehen, erklärte Prof. Michael Sticherling, Erlangen. Bei einzelnen Herden etabliert sind topische Glukokortikoide und die Immunstimulation mit Diphenylcyclopropenon (DPCP). In ausgeprägten Fällen werden vor allem systemische Glukokortikosteroide sowie Methotrexat eingesetzt. Vielversprechende neue Therapieoptionen könnten Januskinase(JAK)-Inhibitoren werden, die aktuell in Phase-III-Studien geprüft werden.

Viel Aufmerksamkeit erfahre derzeit die Anwendung von plättchenreichem Plasma (PRP) bei Alopezien, berichtete Sticherling. PRP wird außer bei Haarwachstumsstörungen in der ästheti-

schen Dermatologie auch beispielsweise zur Hautverjüngung oder zur Behandlung von Narben und Wundheilungsstörungen eingesetzt. Das mittels Zentrifugation aus Eigenblut des Patienten gewonnene PRP weist eine drei- bis achtfach höhere Konzentration an Blutplättchen auf und ist unter anderem reich an verschiedenen Wachstumsfaktoren. Möglicherweise habe aber auch die mechanische Stimulation bei der Injektion günstige Effekte, so Sticherling.

In einer Metaanalyse wurden Effektivität und Sicherheit einer Anwendung von PRP bei der Alopezie evaluiert [Roohaninasab M et al. *Dermatol Ther.* 2021; 34: e14768]. Von 64 gefundenen Publikationen erfüllten nur acht die vorgegebenen Qualitätskriterien und

wurden in die Analyse einbezogen. Die Anwendungsschemata waren heterogen: Es wurden zwischen 0,01 ml/cm² und 5 ml/cm² mit drei bis zehn Injektionen in einem Abstand von zwei bis vier Wochen verabreicht. Bei 65,5% aller Alopezien zeigte sich eine Besserung mit einer Steigerung des Haarwuchses und der Haardicke. In vier Studien zur Anwendung bei Alopecia areata mit zusammen 174 Patienten lag die Effektivität zwischen 31,7% und 76%.

Die lokalen Injektionen des PRP sind während der Durchführung schmerzhaft, insgesamt war die Behandlung aber gut verträglich. Zudem ist die Behandlung einfach durchführbar und kostengünstig. Es handle sich jedoch nicht um eine etablierte, evidenzbasierte Therapie, so Sticherling.

Angelika Bauer-Delto

Sticherling M: Autoimmundermatosen. *Derma Update* 2021

Dermatophyten: Terbinafin-Resistenz in Deutschland angekommen

Aus Indien gibt es beunruhigende Nachrichten bezüglich Terbinafin-Resistenzen von Dermatophyten, berichtete Prof. Martin Schaller, Tübingen. Der bislang häufigste Dermatophyt *Trichophyton (T.) rubrum* ist in Indien kaum noch anzutreffen und wurde von *T. mentagrophytes* verdrängt, der bei mehr als 90% der Isolate nachweisbar ist [Verma SB et al. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2021; 87: 468–82]. Aktuell weisen 70% der *T. mentagrophytes*-

VIII-Stämme eine molekularbiologisch gesicherte Terbinafin-Resistenz auf und 90% sprechen klinisch nicht auf Terbinafin an, berichtete Schaller. Da die Erreger leicht von Mensch zu Mensch übertragbar sind, sei es in Indien zu einer regelrechten Epidemie gekommen. Ursächlich sei eine unzureichende Diagnostik und inadäquate Therapie, die in Indien häufig mit ungeeigneten, frei verkäuflichen topischen Kombinationspräparaten erfolge.

Auch in Deutschland wurden Resistenzen bei *T. mentagrophytes*-VIII-Stämmen nachgewiesen. So wiesen 13 von 29 (45%) *T. mentagrophytes*-VIII-Stämmen, die von Patienten isoliert wurden, die ursprünglich aus Indien, Pakistan, Bangladesch sowie dem mittleren Osten stammten oder von einer Reise dorthin zurückgekehrt waren, eine genetisch oder mikrobiologisch gesicherte Terbinafin-Resistenz auf [Nenoff P et al. *J Fungi (Basel).* 2020; 6: 207]. Bei drei Stämmen lag eine Resistenz gegenüber Itraconazol und/oder Voriconazol vor, ein Stamm war multi-resistent. Bei Terbinafin-Resistenz sei