

Leitliniengerechte Versorgung bei atopischer Dermatitis und Psoriasis

— Personen mit chronisch-entzündlichen Hauterkrankungen erfahren häufig eine Ablehnung durch andere Menschen. „Gerade die sichtbaren Areale bringen viel Leid mit sich“, sagte Prof. Petra Staubach-Renz, Mainz. Neben einer raschen Juckreizlinderung wünschen sich Patientinnen und Patienten mit atopischer Dermatitis daher von einer Therapie auch eine schnelle Verbesserung der Haut [Augustin M et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2020 Jan;34:142-52]. Für Psoriasispatientinnen und -patienten steht ebenfalls eine schnelle Hautverbesserung im Vordergrund [Maul JT et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2019;33:700-8]. Dieses Ziel kann durch Systemtherapien erreicht werden, die in den jeweiligen Leitlinien vorgesehen sind.

In der Pathophysiologie der beiden Erkrankungen spielen Interleukine eine zentrale Rolle. Nach der Bindung der Interleukine an Rezeptoren werden die Signale ins Zellinnere weitergeleitet, wofür zytoplasmatische Januskinasen (JAK) erforderlich sind.

JAK1 kann durch Upadacitinib (Rinvoq®) selektiv und reversibel blockiert werden. Der JAK-Inhibitor ist zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren zugelassen, die für eine systemische Therapie infrage kommen. „Die bei einer Psoriasis hochregulierten Interleukine sollen durch eine Behandlung normalisiert werden“, so Staubach-Renz. Das Biologikum Risankizumab (Skyrizi®) bindet dazu spezifisch an die p19-Untereinheit von Interleukin-23 und hemmt so die Interaktion mit dem Rezeptor. Risankizumab wird angewendet zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie infrage kommen.

Ingo Schroeder

Online-Frühstücksseminar „Neue Standards in Psoriasis und atopischer Dermatitis – ist ein Paradigmenwechsel schon Gegenwart oder Zukunft?“ anlässlich der 28. FOBI München, 15. Juli 2022; Veranstalter: AbbVie

Pflegeempfehlung bei Beschwerden im Anogenitalbereich

— Pruritus, Brennen oder Schmerzen im äußeren Anogenitalbereich können für Betroffene sehr belastend sein und sind häufig ein Grund für die Konsultation einer Facharztpraxis. Um die ärztliche Beratung zu unterstützen, bietet Deumavan® jetzt eine neue Pflegeempfehlung in Form eines kompakten Faltblatts an. Darin werden kurz und übersichtlich Ursachen der Beschwerden und Handlungsoptionen für die Patientinnen und Patienten aufgezeigt. Die Faltblätter sind sowohl auf Deutsch als auch auf Englisch, Arabisch, Türkisch und Russisch erhältlich, um möglichst viele Patientinnen und Patienten unterstützen zu können. Die neue Pflegeempfehlung kann von Fachkreisen ab sofort kostenlos angefordert werden. Die medizinische Schutzsalbe kann bei

Rötungen, Reizungen, Trockenheit oder Überempfindlichkeit im äußeren weiblichen und männlichen Anogenitalbereich angewendet werden. Sie eignet sich sowohl zur Prophylaxe als auch als begleitende Therapie von Hautschädigungen. Ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit sind klinisch belegt [Bohbot JM et al. Medizin für die Frau 2016; Bohbot JM et al. Der Privatarzt Gynäkologie 2014]. Mit ihrer wasserfreien, fettreichen Formulierung stärkt die Salbe die natürliche Schutzbarriere der Haut, unterbricht so den Juck-Kratz-Zirkel und macht die Intimhaut elastischer und belastbarer. So werden Heilung und Regeneration der geschädigten Hautpartien unterstützt. red

Nach Informationen von Kaymogyn

Versteckte Pilzinfektionen

— Eine nicht erkannte Pilzinfektion kann ihr klinisches Bild unter einer falschen Behandlung verändern. Auch eine inadäquate Selbstmedikation kann dazu führen, dass eine Tinea incognita außergewöhnlich lange perpetuiert. „Die Tinea incognita ist eine Dermatophyteninfektion, hervorgerufen durch eine inadäquate immunsupprimierende Behandlung mit konsekutivem Verlust der typischen Klinik“, so Dr. Bartosz Malisiewicz, Frankfurt am Main.

Er schilderte den Fall einer Patientin mit Pusteln auf erythematösem Grund an Beinen und Oberkörper. Bekannt war eine Behandlung mit Steroiden in der Vergangenheit. Mittels Histologie konnte Malisiewicz jedoch *Trichophytum rubrum* nachweisen, womit der Verdacht einer Mykose bestätigt war. Nach der korrekten Diagnose wurde die Patientin topisch mit Ciclopiroxolaminhaltigen Externa und systemisch mit Itraconazol behandelt, was im Verlauf zu einer kompletten Abheilung führte. Außerdem litt die Patientin unter einer Onychomykose, die sich unter der Behandlung verbesserte. Als typische Klinik beschreibt Malisiewicz lichenoid, rosazeaartige oder psoriasiforme Befunde. „Aufgrund der häufigen Steroidvorbehandlung sieht man kaum oder nicht die Schuppung oder die Randbetonung“, sagte Malisiewicz. Oft fänden sich bei einer Tinea incognita jedoch folliculäre Pusteln. Auch Plaques oder Knoten mit mäßig ausgeprägtem Juckreiz seien möglich. Prädisponierende Faktoren können ein Diabetes mellitus, eine Xerosis cutis, ein Morbus Cushing oder eine Immunsuppression sein.

Das Ziel der erregerspezifischen Behandlung sei die klinische und mykologische Heilung. „Weil die Patienten einen ausgeprägten Befund haben, der schon lange besteht, muss regelhaft systemisch behandelt werden“, erklärte Malisiewicz, etwa mit Itraconazol. Ergänzend sei die Therapie immer mit einer Lokalthherapie zu kombinieren. „Zum Beispiel mit Ciclopiroxolamin, das ist ein Klassiker“, so Malisiewicz.

Ingo Schroeder

Online-Frühstücksseminar „Mykologie vor Ort II – Mykologische Herausforderungen im klinischen Alltag“ anlässlich der 28. FOBI München, 14. Juli 2022; Veranstalter: Almirall