

Firmenseminar: „Management der atopischen Dermatitis mit subkutaner Immuntherapie und innovativen Dermokosmetika“

Allergie und Atopie - Das sagen die Leitlinien

Prof. Dr. med. Randolph Brehler

*Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten,
Westfälische Wilhelms-Universität, Münster*

Nach der aktuellen Leitlinie ist die Neurodermitis als chronische oder chronisch-rezidivierende, nicht kontagiöse Hauterkrankung, deren klassische Morphologie und Lokalisation altersabhängig unterschiedlich ausgeprägt ist und die zumeist mit starkem Juckreiz einhergeht, definiert (1). Als Komorbiditäten sind andere atopische Erkrankungen wie das allergische Asthma, die allergische Rhinokonjunktivitis und Nahrungsmittelallergien bekannt; zu beachten sind aber auch Ichthyose vulgaris und psychosomatische Erkrankungen.

Je nach Studie findet sich bei 50-80 % der Patienten eine extrinsische Form der Erkrankung, die durch IgE-vermittelte Sensibilisierung gegen Nahrungsmittel- und Inhalationsallergene gekennzeichnet ist. Abgetrennt wird die intrinsische Neurodermitis bei der keine Sensibilisierung gegen Umweltallergene nachgewiesen werden kann. In der Diskussion steht eine autoimmun bedingte Neurodermitis, in deren Pathogenese Autoantikörper im Vordergrund stehen.

Empfohlen wird eine Allergiediagnostik mittels Hauttest oder Nachweis von spezifischen IgE-Antikörpern, wobei die klinische Relevanz nachgewiesener Sensibilisierungen überprüft werden muss. Auch auf Kontaktallergien, die aufgrund der gestörten Hautbarriere auftreten können, sollte untersucht werden.

Die enge Verknüpfung mit IgE vermittelten Nahrungsmittelallergien zeigt sich in den großen populationsbasierten Studien. Dabei besteht eine Assoziation zwischen Nahrungsmittelsensibilisierung/Nahrungsmittelallergie und Chronizität und Schwere der Neurodermitis. Von besonderer Bedeutung ist hier die Störung der Hautbarriere, die wie auch die Hautinflammation für Sensibilisierungen gegen Nahrungsmittel durch Hautkontakt prädestiniert. Gerade bei Patienten mit einer Filaggrinmutationen zeigt sich eine starke Abhängigkeit der Sensibilisierung gegen Erdnussprotein von der Erdnussproteinkonzentration im Hausstaub (2). Die These, dass der Hautkontakt mit Erdnussprotein eine Erdnussallergie bedingt und weniger die orale Aufnahme zeigt auch eine Studie, in der Risikokindern entweder gezielt Erdnussprotein gefüttert wurde oder Erdnussprotein strikt gemieden wurde. Nach 6 Monaten waren in der Per-Protokollanalyse so gut wie keine Erdnussallergien bei den Kindern entstanden, die in der frühen Kindheit (nach dem vollendeten 4. Lebensmonat) gezielt Erdnussprotein zugeführt bekamen.

Eine konsequente Hautpflege kann nach aktuellen Studien die Entstehung einer atopischen Dermatitis verhindern (3). In einer aktuellen Studie an 124 Neugeborenen wurden Eltern angewiesen, über 6 Monate täglich zumindest 1 x täglich die gesamte Haut einzucremen, der Vergleichsgruppe wurde diese Basistherapie nicht empfohlen. Angewiesen wurden die Eltern, Seife,



Schaumbad, Badeöl und Feuchttücher zu meiden; zur Hautreinigung wurden duftstofffreie synthetische Hautreinigungsmittel und Shampoos empfohlen. Bei Nachuntersuchung bis zum 6. Lebensmonat lag die kumulative Inzidenz für Neurodermitis bei den Kindern der Kontrollgruppe bei 43 %, bei den Kindern der Interventionsgruppe aber nur bei 22 %. Der Unterschied war statistisch signifikant. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass bei Risiko-Kindern eine konsequente Hautpflege die Entstehung einer Neurodermitis zumindest bis zum 6. Lebensmonat verhindern kann.

In der Therapie der Neurodermitis nimmt nach Leitlinie die topische Basistherapie weiterhin einen wichtigen Stellenwert ein und ist die Empfehlung zur Behandlung der trockenen Haut.

Bei leichten Ekzemen kommt in der Stufe 2 die Behandlung mit niedrig potenten topischen Glukokortikosteroiden und topischen Calcineurininhibitoren in Betracht. Moderate Ekzeme werden in der Stufe 3 mit höher potenten topischen Glukokortikosteroide und ebenfalls Calcineurininhibitoren behandelt. Persistierende, ausgeprägte Ekzeme können zusätzlich mit systemischer Therapie behandelt werden, wobei hier Ciclosporin zugelassen ist. Neue Behandlungsoptionen stellen Biologika; Studien haben den Nutzen eines monoklonalen Interleukin-4-Antikörpers (Dupilumab) bereits belegt (4). Andere Biologika sind derzeit in der Erprobung (5).

Literatur:

1. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-0271_S2k_Neurodermitis_2015-03.pdf
2. Brough HA, et al. J Allergy Clin Immunol. 2014 Oct;134(4):867-875.
3. Simpson EL, et al. J Allergy Clin Immunol. 2014 Oct;134(4):818-23
4. Thaçi D, et al. Lancet. 2015 Oct 7. [Epub ahead of print]
5. Boyman O, et al. Allergy. 2015 Jul;70(7):727-54