

Abstracts

Firmenseminar:

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



Gesellschaft für Dermopharmazie

Vorsitz:

Prof. Dr. Randolph Brehler, Münster

Priv.-Doz. Dr. Petra Staubach, Mainz

Mit freundlicher Unterstützung der Firma
LETI Pharma GmbH, Ismaning

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



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

Ganzheitliche Therapie der atopischen Dermatitis

Prof. Dr. med. Natalija Novak

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie

Universitätsklinikum Bonn

Die atopische Dermatitis ist eine komplexe Erkrankung, bei der eine Barrierestörung sowie chronisch entzündliche Mechanismen im Vordergrund der Pathophysiologie stehen. Neben einer Reihe weiterer Faktoren spielen Aeroallergene bei einer Subgruppe von Patienten eine wichtige Rolle als Triggerfaktoren der Ekzemschübe.

Die Therapie der atopischen Dermatitis beschränkt sich aktuell auf die rein symptomatische Behandlung. Lokale Basistherapeutika, lokale antientzündliche Therapie sowie systemische Immunsuppressiva können stufenweise in Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad der Ekzeme zum Einsatz kommen.

Bei Patienten, bei denen Aeroallergene einen klaren Triggerfaktor der Erkrankung darstellen, kann auch die allergen-spezifische Immuntherapie zum Einsatz kommen.

Dazu liegen einige Daten vor.



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

Allergische Haut benötigt besonderen Schutz

*Priv.-Doz. Dr. med. Petra Staubach,
Hautklinik und Poliklinik, Universitätsmedizin Mainz*

Jeder zweite Europäer klagt über trockene Haut – häufig begleitet von Juckreiz. Oft kommt es zu diesen Symptomen, wenn die Hautbarriere, die unseren Körper vor der Umwelt schützt, mit zu vielen Provokationsfaktoren, wie mechanische, chemische oder thermische Reize, Umweltgifte, Bakterien und/oder Viren, in Kontakt kommt. Die Hautbarriere wird angegriffen. Die Folgen sind trockene Haut, Juckreiz, Rötungen, Irritationen, Ekzembildung sowie ein Anstieg von Hautinfektionen.

Dieser Teufelskreis wird verschlimmert, falls die Betroffenen Atopiker sind. Das Wort „Atopie“ beschreibt die Bereitschaft des Organismus, mit Überempfindlichkeitsreaktionen auf Kontakt mit ansonsten harmlosen Substanzen aus der Umwelt zu reagieren und eine Erkrankung des atopischen Formenkreises zu entwickeln. Zum atopischen Formenkreis zählen atopisches Ekzem (Neurodermitis), Heuschnupfen und allergisches Asthma. Hier kommt es verstärkt zu den oben beschriebenen Symptomen, da die Haut aufgrund ihrer Veranlagung schon leicht irritabel ist und relevante Allergene wie Pollen, Milben und viele mehr die Haut reizen.

In den letzten Jahren hat man verstanden, dass bestimmte Hautschäden wie das Ekzem nicht nur symptomatisch behandelt werden sollten, sondern es zusätzlich sinnvoll ist, durch eine präventive Vorgehensweise die Schubhäufigkeit und -stärke zu verringern oder sogar zu verhindern. Wegbereiter ist eine Basistherapie zum Schutz und zur Stabilisierung der Hautbarriere. Deshalb gilt es, die trockene Haut regelmäßig (möglichst täglich) mit rückfettenden Externa, die vorwiegend hydratisieren, aber auch juckreizstillend sind, zu pflegen und damit zu therapieren. Additiv ist es wichtig, die Hautbarriere aufzubauen und zu stabilisieren, um sie vor Superinfektionen sowie vor Allergenen und Irritantien zu schützen. In diesem Zusammenhang ist, wie auch bei vielen anderen Hauterkrankungen, eine auf den Hautzustand abgestimmte therapiebegleitende Basistherapie auch in schubfreien Intervallen unabdingbar.

