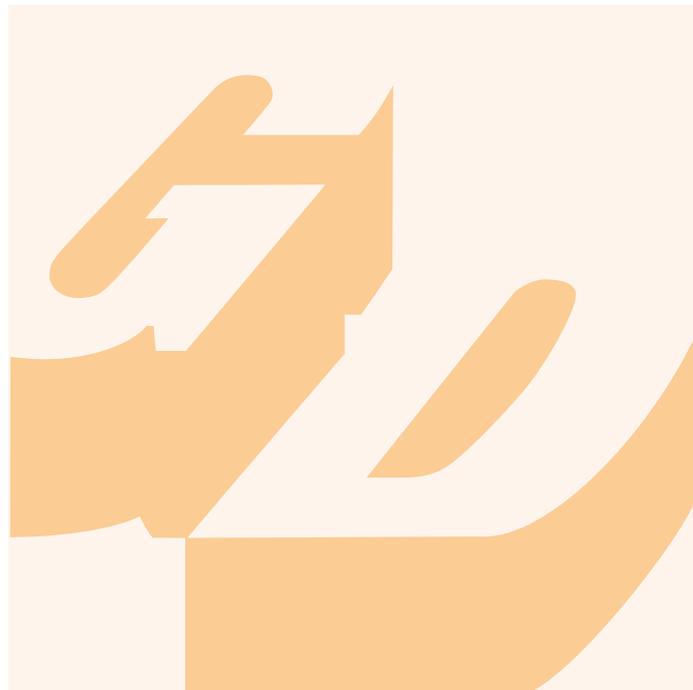


Vortragsszusammenfassungen

Symposium der GD-Fachgruppen
Dermokosmetik und Magistralrezepturen



Einsatz von Magistralrezepturen und
Dermokosmetika in der
pädiatrischen Dermatologie

Anatomische und physiologische Besonderheiten der Haut von Neugeborenen und Säuglingen

*Prof. Dr. med. Peter Höger,
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH,
Abteilung Pädiatrische Dermatologie, Hamburg*

Die Haut des Feten ist in anatomischer Hinsicht nach 40-wöchiger Gestationszeit vollständig entwickelt. Die anatomische Reife korreliert jedoch nur zum Teil mit der funktionellen Reife des Hautorgans. Verschiedene Hautfunktionsparameter zeigen eine postnatale Reifung. Bei Neugeborenen besteht eine erhöhte mechanische Verletzbarkeit der Haut für Scherkräfte, die mit zunehmender Vernetzung von Epidermis und Dermis schwindet. Die Unreife der epidermalen Lipidbarriere bei Frühgeborenen kann zu einem lebensgefährlichen Wasserverlust führen und geht mit einem erhöhten Infektionsrisiko einher. Die Thermoregulation ist postnatal unreif, die Schwelle für das ekkrine Schwitzen deutlich erhöht. Andererseits ist die Talgproduktion unter dem Einfluss maternaler Androgene gesteigert. Aufgrund ihrer erhöhten Hautoberfläche (2,5 x so groß wie die von Erwachsenen, bezogen auf das Körpergewicht) besteht bei Neugeborenen ein erhöhtes Risiko der transkutanen Resorption topischer Wirkstoffe. Relevant sind hier insbesondere Salizylsäure und verschiedene Antiseptika (Clioquinol, Hexachlorophen und andere), aber auch Antibiotika (Neomycin, Gentamicin), Steroide und topische Immunmodulatoren, die zu systemischen Wirkstoffspiegeln beziehungsweise Intoxikationen führen können. Bei jungen Säuglingen spielt zudem die Unreife hepatischer Metabolisierungsprozesse (zum Beispiel über P450-Isoenzyme) eine Rolle für die erhöhte Empfindlichkeit gegenüber transkutan resorbierten Wirkstoffen (zum Beispiel Met-Hb-Reductase).



Atopisches Ekzem und andere Hautprobleme im Säuglings- und Kindesalter?

*Prof. Dr. med. Andreas Wollenberg,
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie,
Ludwig-Maximilians-Universität, München*

Das atopische Ekzem ist bei Kindern wie auch bei Erwachsenen im Vollbild leicht zu diagnostizieren, dafür aber umso schwerer zu behandeln. Für leichtere Verlaufsformen gilt das Gegenteil, und beides stellt den Hautarzt vor größere Herausforderungen.

Aus dem Blickwinkel des Klinikers ist der hohe Anteil an Kindern mit intrinsischem atopischen Ekzem wesentlich. Bei Fehlen IgE-vermittelter Sensibilisierungen und damit negativen Pricktest und CAP-FEIA kommt es zu einer rein zellvermittelten Spättypreaktion auf die individualspezifisch relevanten Proteinallergene. Die Stärke des Atopie-Patchtests für die Diagnostik im Kindesalter liegt darin, auch diese Sensibilisierungen zu erfassen.

Das proaktive Therapiekonzept mit Steroidexterna oder topischen Kalzineurininhibitoren stellt einen modernen und gut evidenzbasierten Behandlungsansatz dar, in dem die subklinische, residuale Entzündung scheinbar frisch abgeheilter Ekzemareale mittelfristig mit niedrig dosierter, entzündungshemmender externer Therapie behandelt wird. Der immundermatologische Hintergrund des proaktiven Therapieansatzes sind die persistierende Barrierefunktionsstörung, das persistierende entzündliche Hautinfiltrat und die immunologischen Veränderungen des epidermodermalen Kompartiments, die mit bloßem Auge nicht sichtbar, jedoch experimentell nachweisbar sind. Der klinisch gut belegte Nutzen einer proaktiven Therapie mit Steroidexterna oder topischen Kalzineurininhibitoren umfasst die hochsignifikante Verringerung von Ekzemschüben und eine verbesserte Lebensqualität bei teilweise sogar geringeren Gesamtkosten.

Zahlreiche Komplikationen des atopischen Ekzems und eine Vielzahl morphologisch ähnlicher Hauterkrankungen sind im klinischen Alltag zu bedenken. Zahlreiche im Erwachsenenalter seit Jahren hilfreiche Medikamente sind im Säuglingsalter zur Therapie nicht zugelassen. Ein solides Wissen um die Differenzialdiagnose und altersgerechte Therapie dieser Hauterkrankungen im Kindesalter ist die Kernkompetenz des pädiatrischen Dermatologen.



Symposium der GD-Fachgruppen Dermokosmetik und Magistralrezepturen

Besonderheiten der dermatokosmetischen Reinigung und Pflege der Säuglings- und Kinderhaut

*Dr. Michaela Arens-Corell,
Sebapharma GmbH & Co. KG, Boppard*

Die Haut von Säuglingen und Kleinkindern weist eine Reihe von Besonderheiten auf. Die in Relation vom Körpervolumen große Oberfläche und die Konsequenzen für die Absorption topisch applizierter Präparate ist im Bereich der arzneilichen Dermatika hinreichend berücksichtigt. Bei kosmetischen Produkten geht man davon aus, dass sie nicht penetrieren beziehungsweise dass absorbierte Bestandteile keine relevanten systemischen Wirkungen ausüben, ohne dass dies evidenzbasiert ist.

Beim Neugeborenen ist zudem zu berücksichtigen, dass der Säureschutzmantel, der bei älteren Kindern und Erwachsenen zum Erhalt der mikrobiellen Abwehr und der Penetrationsbarriere wesentlich beiträgt, sich erst in den ersten Tagen bis Wochen entwickelt und bis weit ins Kleinkindesalter hinein gegenüber pH-neutralen und basischen Topika besonders störanfällig ist.

Die geringere Dicke, fehlende Talgbildung und schwach ausgeprägte Barrierefunktion der Haut von Säuglingen und Kleinkindern erfordern besonders milde Reinigung und schützende, feuchtigkeitsspendende und barrierefördernde Pflege, ähnlich wie in der Leitlinie für die Reinigung und Pflege der trockenen Haut der GD aufgeführt. .

In der Praxis kommen zur Reinigung überwiegend tensidische Wasch- und Badezusätze zum Einsatz. Klassische Babyseifen sind in Deutschland in den Hintergrund getreten, in Asien oder Lateinamerika aber nach wie vor das Mittel der Wahl. Für trockene Haut und bei Kindern mit Neurodermitis kommen vielfach Ölbäder zum Einsatz. Dabei sind die nicht spreitenden Ölbäder wegen ihres Tensidgehaltes, der für starke Verdünnung der Ölkomponenten im Badewasser sorgt, den tensidischen Badezusätzen nicht überlegen, während spreitende Ölbäder in der Handhabung oft Probleme bereiten. Wichtig ist eine besonders gute Schleimhautverträglichkeit der Reinigungsprodukte – oft mit dem claim „no tears formula“ versehen.

Für die Hautpflege sind O/W-Emulsionen wegen ihres guten Einziehvermögens am leichtesten anwendbar und bei guter Auswahl von Pflege- und Schutzstoffen auch gut wirksam, auch bei trockener Haut. W/O-Emulsionen finden als Kälteschutz oder für extrem trockene Haut Anwendung. Die Bandbreite der eingesetzten Feuchthaltestoffe, Fettkomponenten und sonstigen Pflegestoffe entspricht etwa dem, was auch für trockene Haut bei Erwachsenen üblich ist, wobei von Verbraucherseite pflanzliche Rohstoffe bevorzugt werden, ohne dass eine generelle Überlegenheit wissenschaftlich bewiesen wäre..



Für den Windelbereich gibt es spezielle Reinigungs- und Pflegeprodukte. Feuchttücher haben eine wachsende Bedeutung bei der Reinigung, wobei hier von den Eltern am ehesten gespart wird. Die Verwendung von Öl zur Reinigung des Windelbereiches ist rückläufig. Zur Behandlung des wundten Pos werden vorwiegend Zinkpasten eingesetzt oder auch Panthenol-haltige Präparate. Der Nutzen sauer eingestellter Pflegepräparate für den Windelbereich zur Vorbeugung und Behandlung der als Alkaliekzem gedeuteten Windel dermatitis setzt sich nur langsam durch. Zinkoxid kann aufgrund seiner Instabilität bei saurem pH nicht eingesetzt werden, ist jedoch durch andere Wirkstoffe wie Titandioxid zum Abdecken in Kombination mit Lipiden und Panthenol durchaus ersetzbar.

Zu beachten ist auch, dass Babypflegeprodukte verbreitet auch bei alten und bettlägerigen Menschen sowie für besonders empfindliche Haut in allen Altersgruppen angewendet werden.



Symposium der GD-Fachgruppen Dermokosmetik und Magistralrezepturen

Methoden zur Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprüfung von Topika für Säuglinge und Kinder

Prof. Dr. Klaus-Peter Wilhelm unter Mitarbeit von Dr. Alexandra Balk und Dr. Walter Wigger-Alberti,

proDERM Institut für Angewandte Dermatologische Forschung GmbH, Schenefeld

Kinder sind eine bedeutsame Verbrauchergruppe von kosmetischen Produkten. Heute werden zahlreiche Kosmetika speziell für Kinder konzipiert. Kinder sind jedoch keine kleinen Erwachsenen und stellen selbst je nach Alter vom Frühgeborenen bis zum Jugendlichen eine heterogene Gruppe dar.

Insbesondere in frühen Lebensjahren weist die Physiologie des Kindes zahlreiche Unterschiede gegenüber dem Erwachsenen auf, die hinsichtlich der Beurteilung der Sicherheit von Kosmetika, aber auch für die gewünschte Wirksamkeit eine große Relevanz besitzen. Hierzu gehören unter anderem eingeschränkte Barrierefunktion, Unterschiede in der Immunkompetenz, größeres Verhältnis der Körperoberfläche im Vergleich zum Körpergewicht, unvollständiger Metabolismus und Exkretionssystem von Xenobiotika. Darüber hinaus agieren Kinder insbesondere im ersten Lebensabschnitt als nicht willensbestimmte, passive Verbraucher, die sich zudem hinsichtlich des Auftretens von Nebenwirkungen nicht klar äußern können. Auch eine Fehlanwendung, wie zum Beispiel Verschlucken, ist bei Anwendung durch Kinder wahrscheinlicher als bei Erwachsenen.

Diesen Gegebenheiten trägt die 7. Änderung der EG-Kosmetik-Richtlinie Rechnung, indem für kosmetische Erzeugnisse, die für Kinder unter 13 Jahren bestimmt sind, eine spezifische Bewertung im Rahmen der Sicherheitsbewertung gefordert wird.

Aus diesem Grund bedarf es einer nachvollziehbaren Strategie zur Testung von Kosmetikprodukten für Kinder. Aufgrund des Fehlens allgemeinverbindlicher Richtlinien wird die eigene praktische Erfahrung der vergangenen Jahre geschildert. Diese besteht im Wesentlichen aus zwei Strategien:

1. Testung der Kinderkosmetik an Erwachsenen, zum Beispiel in Modellen, bei denen die Barrierefunktion künstlich herabgesetzt wird oder durch Instillation von Shampoos in das Erwachsenenauge, um akzidentiellen Augenkontakt von Kindern mit Shampoos untersuchen zu können.
2. Anwendungstest an Kindern. Um einen Anwendungstest an Kindern durchzuführen, gilt es, neben der besonderen Risikoabwägung durch einen Toxikologen weitere unabdingbare Voraussetzungen einzuhalten. Es darf sich nur um fertige kosmetische Erzeugnisse handeln, die dem



Kosmetikrecht entsprechen und für Kinder bestimmt sind. Zudem kommt ausschließlich eine Anwendungssituation, die dem späteren vorhergesehenen Gebrauch entspricht, in Betracht. Grundvoraussetzung ist die schriftliche Einverständniserklärung mindestens eines Elternteils und bei Jugendlichen auch deren Unterschrift selbst.

Gemäß unserer Erfahrung kann durch eine sinnvolle Kombination aus einer Sicherheitstestung an Erwachsenen, insbesondere nach vorheriger Kompromittierung der Barrierefunktion mit nachfolgendem Anwendungstest am Kinderkollektiv unter anwendungstypischen Bedingungen, eine sinnvolle und praxisrelevante Abschätzung hinsichtlich der Verträglichkeit von Kosmetikprodukten für Kinder erfolgen.



Magistralrezepturen in der Kinderdermatologie

*Apothekerin Rosemarie Eifler-Bollen,
Neues Rezeptur-Formularium,
Pharmazeutisches Laboratorium, Eschborn*

Die Kinderdermatologie ist eine facettenreiche Spezialdisziplin, bei der die Besonderheiten der Säuglings- und Kinderhaut auf die Therapie großen Einfluss nehmen. Die Art der Behandlung muss nach dem Alter des Kindes, der Lokalisation und der Manifestationsform der Hauterkrankung ausgerichtet sein. Mit der Magistralrezeptur hat der Dermatologe und der Pädiater die Möglichkeit, die Therapie gezielt auf die Bedürfnisse der Erkrankung des kleinen Patienten abzustimmen. In vielen Fällen kann dabei, aufbauend auf einer NRF-Rezeptur und unter Plausibilitätsprüfung durch den Apotheker, individuell variiert werden, sei es hinsichtlich der Wirkstoffkonzentration oder der Vehikelauswahl. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit der drei Fachgruppen Dermatologe – Pädiater – Apotheker – ist hierbei wichtig und nutzbringend.

Beispiele wichtiger Magistralrezepturen in der Kinderdermatologie

Hautantiseptikum Triclosan

Indikation: Staphylokokken-Infektion der Haut, z. B. beim Atopischen Ekzem

Magistralrezeptur	Anmerkung
Hydrophile Triclosan-Creme 1 % (NRF 11.135.)	O/W-Grundlage: Anionische hydrophile Creme SR DAC (paraffin- und wollwachsfrei, konserviert mit Kaliumsorbat, Wasseranteil 65 %) UAW: Beschränkung bei Kindern auf Triclosan 1 %, relative Kontraindikation bei Kindern im 1. Lebensjahr; keine Anwendung auf geschädigter Haut
Hydrophobe Triclosan-Creme 1 % (NRF 11.122.)	W/O-Grundlage: Hydrophobe Basiscreme DAC (wollwachsfrei, paraffinhaltig, konserviert mit Kaliumsorbat, Wasseranteil 65 %) UAW: siehe NRF 11.135.



Magistralrezeptur	Anmerkung
Variation der NRF-Rezepturen	Wirkstoffkombination mit Triclosan: <ul style="list-style-type: none"> • Externsteroid bevorzugt Klasse I (Hydrocortisonacetat 0,25 - 1 %) bei Klein- und Schulkindern auch Klasse II (Prednicarbat 0,2 %) • Polidocanol 3 - 5 % (nur mit NRF 11.135.) • Harnstoff bis 3 - 5 % (nicht bei Säuglingen und Kleinkindern) • Glycerol 10 % • Nachtkerzenöl 5 - 10 %

Breitband-Anthelminthikum Tiabendazol

Indikation: Larva migrans cutanea

Magistralrezeptur	Anmerkung
Lipophiles Tiabendazol-Gel 10 % (NRF 11.130.)	Lipophile Grundlage: Hydrophobes Basisgel DAC (Oleogel, weich und gut streichfähig, wasserfrei, paraffinhaltig, keine Konservierung, mikrobiell nicht anfällig)
	2 - 4-mal täglich vorzugsweise unter Okklusion; Behandlungsdauer 2 - 5 (7) Tage
	Trotz Resorption durch die Haut keine relevanten UAW, wie unter systemischer Anwendung beschrieben
Variation der NRF-Rezeptur	15 % Tiabendazol

