

Atopische Dermatitis: Behandeln Sie proaktiv!

Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (SGAI)

20. und 21. März 2014 in Davos

In einem kurzweiligen Referat fasste die Dermatologin Dr. med. Lisa Weibel vom Kinderspital Zürich die wichtigsten Punkte der Betreuung von Kindern mit atopischer Dermatitis zusammen und forderte zu einem proaktiven Handeln auf.

.....
THERESE SCHWENDER
.....

Weibel schlug in ihrem Referat neun goldene Regeln für die erfolgreiche Betreuung von Kindern mit atopischer Dermatitis vor (*Tabelle*). Zu Regel eins

und zwei erläuterte sie: «Die Eltern dieser Kinder kommen mit vielen Fragen zu Ihnen. Nehmen Sie sich die Zeit, diese zu beantworten, und gewinnen Sie durch Ihr Wissen das Vertrauen der Eltern.» Besonders häufig sei zum Beispiel die Frage nach dem Grund für die Erkrankung. «Erklären Sie, dass jedes 5. Kind betroffen ist, die Eltern also nicht allein mit ihrem Problem sind, und dass die Hauptursache in einer genetischen Prädisposition liegt, die zu einer Dysfunktion der Hautbarriere führt.» Häufig tauche auch der Wunsch nach einer Testung auf Nahrungsmittelallergien auf. «Wir wissen jedoch mittlerweile, dass die Rolle von Nahrungsmittelallergien von Eltern – und oft auch Ärzten – stark überschätzt wird. Sie können jedoch bei einem gewissen Anteil an Kindern mit schwerem Ekzem relevant sein», betonte Weibel. Bei Säuglingen und Kleinkindern mit mit-



Dr. med. Lisa Weibel,
Universitätskinderspital Zürich

tel- oder schwergradigem unkontrolliertem atopischem Ekzem, insbesondere in Verbindung mit einer gestörten Darmmotilität und Gedeihstörungen, sollte eine Nahrungsmittelallergie in Betracht gezogen werden (1). «Vermeiden Sie jedoch bei Kindern unnötige Diäten», schloss die Referentin diesen Themenblock ab.

Infektionen erkennen und behandeln

Im Weiteren ging Weibel auf die Notwendigkeit ein, virale und bakterielle Infektionen korrekt zu erkennen und prompt zu behandeln. «Ein einziger Behandlungszyklus mit oralen Antibiotika ist oft sehr wirkungsvoll, besonders bei Kleinkindern», erläuterte sie. «Es ist jedoch wichtig, gleichzeitig eine topische entzündungshemmende Therapie und eine antiseptische Hautpflege zu implementieren.»

Ein Bad hat viele positive Aspekte

Das proaktive Handeln bei Ekzem, zu dem Weibel mit ihrer vierten Management-Regel aufrief, beinhaltete als ersten Punkt das Thema Hautpflege/Emollienzien. «Obwohl wir alle die Bedeutung dieser Massnahmen kennen, gibt es leider nur sehr wenige Daten aus kontrollierten Studien dazu», so die Referentin. «In den meisten Fällen genügt eine 1- bis 2-mal tägliche Ganzkörperapplikation von Emollienzien. Nach einem Bad sollten die Produkte innerhalb von 10 Minuten aufgetragen werden.» Weibel wies zudem darauf

PETITE-Studie bekräftigt Sicherheitsprofil über 5 Jahre

Der topische Calcineurininhibitor Pimecrolimus (Elidel® 1%, Creme) ist in der Schweiz für eine Kurzzeit- und intermittierende Langzeitbehandlung der leichten bis mittelschweren atopischen Dermatitis ab einem Alter von 2 Jahren als Zweitlinientherapie in Situationen zugelassen, in denen eine konventionelle Therapie mit Emollienzien und topischen Kortikosteroiden nicht angewendet werden kann (5).

In der PETITE-Studie wurde erstmals auch die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Pimecrolimus und TCS bei Kleinkindern über einen Zeitraum von 5 Jahren untersucht (6). In der multizentrischen, offenen Parallelgruppen-Studie wurden Kleinkinder mit einer leichten bis mittelgradigen atopischen Dermatitis bei den ersten Anzeichen entweder mit niedrig- bis mittelpotenten topischen Steroiden (TCS) oder Pimecrolimus behandelt. Die Untersuchung wurde unter «Real-world»-Bedingungen in 28 Ländern durchgeführt und zeigte schliesslich für beide Behandlungsgruppen einen vergleichbar raschen Wirkungseintritt. Über 50 Prozent der Patienten wiesen nach 3 Wochen keine oder fast keine atopische Dermatitis mehr auf. Dieser Anteil nahm bis zum Studienende progressiv auf 85 Prozent zu (im Gesicht: 95%).

Die mit Pimecrolimus behandelten Patienten benötigten über 5 Jahre im Median nur an 7 Tagen zusätzlich ein TCS im Vergleich zu 178 Tagen in der TCS-Gruppe. 36 Prozent der Patienten in der Pimecrolimus-Gruppe brauchten während der gesamten Studiendauer keine Steroide. Der Anteil an Patienten mit Nebenwirkungen war in beiden Studiengruppen vergleichbar, am häufigsten waren Nasopharyngitis, Pyrexie, Bronchitis und Otitis media. Der Einsatz von Pimecrolimus beeinflusste weder das Wachstum noch das Immunsystem der Kinder.

Aufgrund der Resultate dieser Studie hat eine Gruppe aus 12 internationalen Experten vor kurzem einen neuen Algorithmus zur Behandlung der milden bis mittelgradigen atopischen Dermatitis mit Pimecrolimus erarbeitet (7).



Ein Bad ist in vielerlei Hinsicht zu empfehlen, nicht zuletzt macht es vielen Kindern Spass und kann beim Einschlafen helfen.

hin, dass Urea in den ersten 3 Lebensjahren aufgrund seines beissenden Effekts vermieden werden sollte. «Und, zur Sicherung der Compliance, nehmen Sie ein Produkt, das Patient und Eltern mögen», riet sie.

Die Referentin sprach sich zudem stark für ein maximal 10 Minuten langes tägliches Bad (oder Dusche) in handwarmem Wasser aus, mit einem öligen Zusatz oder unter Verwendung milder Syndets. «Baden hat viele positive Effekte. Mikroorganismen, Krusten und Residuen der Emollients werden entfernt, die Haut wird befeuchtet, und die Penetration von im Anschluss aufgetragenen Hautpflegemitteln wird verbessert. Und nicht zuletzt macht es vielen Kindern auch einfach Spass und hilft ihnen, danach einzuschlafen.» Neuere Studien zeigen zudem einen positiven Effekt regelmässiger Bäder mit Natriumhypochlorid 0,005 Prozent (Javelwasser) (2, 3).

Stellenwert der topischen Steroide und Calcineurininhibitoren

Die antiinflammatorische Behandlung der atopischen Dermatitis beinhaltet den Einsatz topischer Steroide und Calcineurininhibitoren. Im Bezug auf die topischen Steroide riet Weibel: «Um Ängste abzubauen, weisen Sie die Eltern auf die vielen Jahre an Erfahrung hin, die wir mit topischen Steroiden haben, dass eine Intervalltherapie ange-

zeigt ist, und erklären Sie ihnen, wie wirksam diese Substanzen sind, wenn sie proaktiv und vor allem auch langfristig genug eingesetzt werden.» Sie selbst gibt bei Kindern Salben gegenüber von Cremes den Vorzug und betont, dass eine 1-mal tägliche Applikation in der Regel ausreicht. «Verwenden Sie ein Steroid, das stark genug ist, um mit dem Ekzem innerhalb von 5 Tagen fertig zu werden», erklärte sie weiter. Williams und Grindlay schlagen als Behandlungsschema 5 Tage Steroide gefolgt von 2 Tagen ohne über 2 Wochen, danach Reduktion auf 3 Tage mit/4 Tage ohne Steroide über 2 Wochen und schliesslich 2 Tage mit/5 Tage ohne Steroide bis zum nächsten Kontrolltermin vor (4).

Zu den Calcineurininhibitoren Tacrolimus und Pimecrolimus meinte die Referentin: «Haben Sie keine Angst davor, diese Substanzen einzusetzen. Sie sind für eine Erhaltungstherapie ideal, insbesondere für Areale wie das Gesicht, die Lippen, Augenlider und den Genitalbereich. Es genügt oft eine 1-mal tägliche Applikation am Abend.» Es sei jedoch notwendig, mit den meisten Eltern die Frage der Sicherheit von Calcineurin-Inhibitoren zu thematisieren. «Glücklicherweise liegen uns hier mittlerweile mehr Daten, auch bei Kindern, vor. Und bisher konnte dabei kein einziger Fall eines Malignoms festgestellt werden.»

Bei schwerem Ekzem: topische Steroide unter feuchten Wickeln

Weibel sprach sich auch stark für den Einsatz topischer Steroide unter feuchten Wickeln/Bandagen (TubeGaze®, TubiFast Garments) bei Fällen mit schweren, ausgedehnten Ekzemen aus. «Das Verdunsten der Feuchtigkeit hilft der entzündeten Haut und erhöht die Hydratation. Der Effekt kann sehr beeindruckend sein.» In chronischen Fällen könne das Hinzuziehen einer spezialisierten Pflegeperson beziehungsweise der Kispex unter Umständen zu einem Durchbruch verhelfen.

Cave: Verzicht auf wirksame Therapien zugunsten alternativer Massnahmen

Zum Schluss forderte die Referentin dazu auf, sich besonders dann einzusetzen und Verantwortung zu übernehmen, wenn Eltern bei einem schwer betroffenen Kind auf eine wirksame Therapie verzichten und lediglich alternativmedizinische Massnahmen einsetzen wollen. «Zeigen Sie ihnen die Gefahren ihres Vorgehens auf. Solche Kinder können Schlafstörungen entwickeln, an denen sie womöglich lebenslang leiden, ihr Wachstum kann beeinträchtigt werden, und das Risiko für Erkrankungen wie ADHS oder bestimmte Immunschwächen steigt.» ❖

Therese Schwender

Referenzen:

1. Atopic eczema in children: Management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years. NICE Clinical Guidelines, 2007.
2. Ryan C et al. Novel sodium hypochlorite cleanser shows clinical response and excellent acceptability in the treatment of atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2013; 30: 308–315.
3. Huang JT et al.: Treatment of *Staphylococcus aureus* colonization in atopic dermatitis decreases disease severity. *Pediatrics* 2009; 123: e808–814.
4. Williams HC, Grindlay DJ: What's new in atopic eczema? An analysis of the clinical significance of systematic reviews on atopic eczema published in 2006 and 2007. *Clin Exp Dermatol* 2008; 33: 685–688.
5. Fachinformation Elidel®, www.swissmedicinfo.ch
6. Luger T, Nieto A: Pimecrolimus cream 1% in infants with mild-to-moderate atopic dermatitis: efficacy and safety results from a 5-year randomized study. 12th World Congress of Paediatric Dermatology, 27th September 2013, Madrid.
7. Luger T et al.: Recommendations for pimecrolimus 1% cream in the treatment of mild-to-moderate atopic dermatitis: from medical needs to a new treatment algorithm. *Eur J Dermatol* 2013; 23: 758–766.

Quelle: Lunchsymposium «Diagnostic and therapeutic dilemmas – from nose to skin», Sponsor MEDA Pharma GmbH. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (SGAI), 21. März 2014, Davos