

Spezifische Immuntherapie – Option auch beim atopischen Ekzem?

von Peter Schupp

Bis heute ist die Behandlung des atopischen Ekzems im Wesentlichen eine symptomatische. Im Gegensatz dazu stellt die spezifische Immuntherapie (SIT) die bis anhin einzige Art kausaler Behandlung der Atopie beziehungsweise der IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen dar. Ihre klinische Wirksamkeit beim atopischen Ekzem wurde bisher kontrovers diskutiert, doch die Ergebnisse einer neuer Multi-zenterstudie sind vielversprechend.

Juckreiz und Schlaflosigkeit sind Leitsymptome des atopischen Ekzems (AE) und tragen beträchtlich zur Einschränkung der Lebensqualität bei. In etwa 80 Prozent der Fälle finden sich Sensibilisierungen vom Soforttyp. Das wesentliche klinische Merkmal der Neurodermitis ist das Ekzem (*Abbildung 1*).

Die therapeutischen Möglichkeiten beim AE sind vielfältig, aber nur dann wirklich Erfolg versprechend, wenn gleichzeitig auf eine konsequente Vermeidung von individuellen Provokationsfaktoren geachtet wird. Zu diesen Provokationsfaktoren zählen auch Aeroallergene wie Hausstaubmilben, Pollen und Tierhaare.



Abbildung 1: Atopisches Ekzem (Handgelenkinnenseite)

Eine Verschlechterung des Hautbefundes in Pollenflugzeiten kann durch Aeroallergene verursacht sein. Das klinische Bild ist dann gekennzeichnet durch eine charakteristische Ekzemlokalisierung, insbesondere in den luftexponierten Hautarealen wie Gesicht, Décolleté, Unterarmen und Händen.

Für das Auftreten und das Persistieren der Ekzeme sind die allergenspezifischen T-Zellen der Haut von besonderer Bedeutung. Bei akuten Ekzemen finden sich hauptsächlich TH2-, in chronischen Läsionen eher TH1-Zellen.

Gemäss dem derzeitigen Kenntnisstand sind die T-Lymphozyten die wesentlichen Zielzellen der SIT. Ihre Funktion wird durch die Aktivierung regulatorischer T-Zellen (Tr) gehemmt. In der Folge kommt es zu einer Abnahme der proinflammatorischen Zytokine sowie einer Verschiebung der Immunantwort von einer primären TH2- zu einer TH1-Antwort. Sekundär verändert sich die Ig-Produktion der

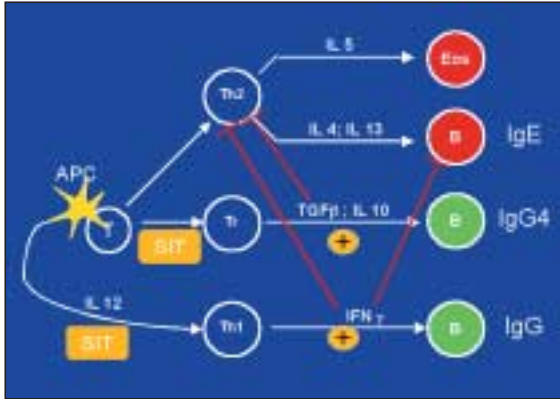


Abbildung 2: Wirkmechanismen der spezifischen Immuntherapie (SIT)

B-Lymphozyten, und die allergenspezifische IgE-Produktion reduziert sich langsam. Darüber hinaus werden Effektorzellen wie Mastzellen und basophile Leukozyten beziehungsweise eosinophile Granulozyten in ihrer Funktion gehemmt (Abbildung 2).

Vielversprechende Multizenterstudie

Während die klinische Wirksamkeit der SIT bei Heuschnupfen, Asthma und allergischer Rhinitis gut belegt ist, wird ihr Stellenwert beim AE kontrovers diskutiert. Neuere Studien konnten nun zeigen, dass durch eine Hyposensibilisierung mit klinisch relevanten Aeroallergenen eine Verbesserung des Ekzems erreicht werden kann.

In der verblindeten und randomisierten Multizenterstudie von Werfel und Mitarbeitern (Allergy 2006; 61) zeigte sich bei 51 Patienten im Verlauf eines Jahres ein dosisabhängig signifikanter Abfall des Schweregrades der Neurodermitis gemessen am SCORAD (Scoring Index Atopic Dermatitis). Dieser Effekt nahm mit der Zeit zu, während gleichzeitig der Verbrauch an topischen Steroiden signifikant abnahm. Bei keinem der Patienten wurde unter Immuntherapie eine Verschlechterung des Ekzems beobachtet.

Die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung von Werfel und Mitarbeitern geben einen vielversprechenden Ausblick auf zukünftige Therapieoptionen beim AE (Abbildung 3). Mit der SIT stünde dann erstmals eine kausale Behandlung zur Verfügung.

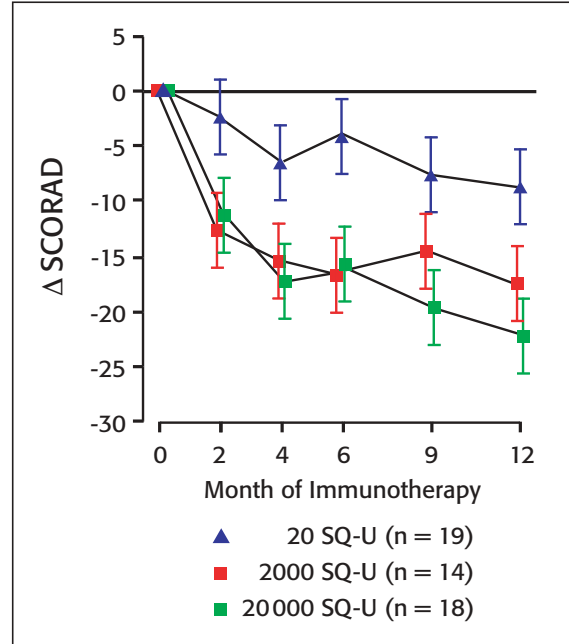


Abbildung 3: Verbesserung des atopischen Ekzems durch eine SIT, gemessen am SCORAD (nach Werfel)

Auch wenn die SIT für die Behandlung des AE noch nicht uneingeschränkt empfohlen werden kann, so stellt das AE offenbar keine Kontraindikation für eine SIT dar. Dies ist von grosser praktischer Bedeutung, da gerade die Neurodermitiker sehr häufig (bis zu 80%) auch an einer allergischen Rhinitis leiden.

Literatur:

Werfel T et al.: Usefulness of specific immunotherapy in patients with atopic dermatitis and allergic sensitization to house dust mites: a multi-centre, randomized, dose-response study. Allergy 2006; 61 (2): 202-5.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Peter Schupp
 Leitender Abteilungsarzt Dermatologie
 Allergieklinik Davos – Zentrum für Kinder und Jugendliche
 Hochgebirgsklinik Davos
 Herman-Burchard-Strasse 1
 7265 Davos Wolfgang
 Tel. 081-417 33 42
 Fax 081-417 30 37
 E-Mail: peter.schupp@hgk.ch

Interessenkonflikte: keine