

Topische Therapie der atopischen Dermatitis

Provokation und Hauttrockenheit vermeiden

Über 90 Prozent der Kinder mit atopischer Dermatitis können mit topischen Medikamenten ausreichend behandelt werden. Bei der Wahl der Therapie sind Schweregrad, Chronizität und Lokalisation der Erkrankung sowie Alter und Leidensdruck des Patienten zu berücksichtigen, so Prof. Dr. Peter Schmid-Grendelmeier, Universitätsspital Zürich.

KLAUS DUFFNER



Peter Schmid-Grendelmeier

Die Basistherapie besteht einerseits darin, Provokationsfaktoren wie Allergene und Hautirritation zu vermeiden, und andererseits in der Stärkung der Barrierefunktion der Haut beziehungsweise der Vermeidung von Hauttrockenheit.

Dafür stehen eine Vielzahl von Emollienzien in Form von Lotionen, Duschmitteln und Badezusätzen zur Verfügung. Produkte, die weisses Paraffin enthalten, verhindern den Wasserverlust in den äusseren Hautschichten. Präparate, die Harnstoff enthalten, verbessern beispielsweise die Bindung von Wasser in der Haut. Hydrophile Cremes bringen zusätzliches Wasser in die trockenen, äusseren Hautschichten.

Auch Badezusätze, fettfeuchte Umschläge oder das Aufbringen von Emollienzien direkt nach einem Bad verstärken die Wirkung. Kombinationen mit Polidocanol verbessern die antipruriginöse Wirkung.

Bei Verschlechterung unter Steroiden an Kontaktekzem denken

Normalerweise sind Glukokortikosteroide der Klassen I bis II ausreichend. Bei ausgeprägten akuten oder lichenifizierten Ekzemformen oder exazerbierten Hand- und Fussekzemen können auch Steroide der Klasse III und ausnahmsweise der Klasse IV für



Abbildungen: Klinische Manifestationen der atopischen Dermatitis bei Kindern.

PETITE-Studie untersucht Pimecrolimus bei Kindern ab 3 Monaten

Bereits Kinder ab 3 Monaten, die an atopischer Dermatitis (AD) leiden, können von Pimecrolimus profitieren. In der 5-Jahres-Studie PETITE* zeigt Pimecrolimus die gleiche Langzeitwirksamkeit wie topische Kortikosteroide und ermöglicht deren Einsparung, wie Prof. Dr. Peter Schmidt-Grendelmeier, Zürich, anlässlich eines Workshops an der SGDV-Tagung in Montreux berichtete.

Die in Dauer und Grösse beispiellose Studie untersuchte Kleinkinder ab 3 Monaten mit milder bis moderater AD. Mehr als 2400 Patienten im mittleren Alter von 7,1 Monaten erhielten bei ersten Anzeichen von Pruritus/Ekzem zusätzlich zu Emollients entweder Pimecrolimus (PIM bid; n = 1205) oder topische Kortikosteroide (TCS; n = 1213). Bei mehr als der Hälfte der Kinder zeigte die Behandlung bereits nach 3 Wochen Erfolg. Bis zum Studienende waren bei mehr als 85 Prozent der Kinder die betroffenen Areale erscheinungsfrei.

Der Einsatz von PIM reduzierte den Einsatz topischer Steroide, 36 Prozent der Kinder kamen gänzlich ohne diese aus. Im Median wurden TCS bei den Kindern der PIM-Gruppe 7 Tage lang verwendet versus 178 Tage in der TCS-Gruppe. Pimecrolimus war gut verträglich, unerwünschte Begleiterscheinungen waren in beiden Gruppen ähnlich häufig und führten nur selten zum Abbruch der Behandlung (PIM 0,6% vs. TCS 1,1%). Die Substanz hatte weder auf Wachstumsgeschwindigkeit noch Immunsystem einen negativen Einfluss. Mü

*Luger T. The Petite study: A Breakthrough study in AD Management, präsentiert anlässlich des 12. World Congress of Pediatric Dermatology, 25. bis 27. September 2013 in Madrid.

eine kurzfristige Therapie angezeigt sein. Deren Wirkung kann unter Okklusion und mittels Tuchverband verstärkt werden. Ein einmaliges tägliches Auftragen des Steroids ist in der Regel ausreichend, in vielen Fällen reicht sogar eine Anwendung an 2 Tagen pro Woche. Bekannte Nebenwirkungen sind Hautatrophie und Teleangiektasien. Auch Hautinfektionen, eine periorale Dermatitis, eine steroidbedingte Rosazea oder Striae distensae können auftreten. Heikle Areale sind das Gesicht, die intertriginösen Bereiche und das Skrotum, bei Kindern auch das Kapillitium. An diesen Stellen sollten topische Kortikosteroidanwendungen auf wenige Tage begrenzt werden. Insbesondere Säuglinge und Kleinkinder sind anfälliger für Nebenwirkungen, deshalb sollten sie nur ausnahmsweise mit Kortikosteroiden der Klasse III behandelt werden. Dazu geeignet sind Clobetasolbutyrat, Mometason oder Prednicarbat. Bei Langzeitanwendung können Kontaktallergien sowohl gegen Kortikosteroide als auch gegen Bifexamac auftreten. Deshalb sollte bei einer Verschlimmerung unter Therapie nicht nur an eine ungenügende Compliance, sondern auch an ein Kontaktekzem gedacht und eine Epikutantestung vorgenommen werden.

Topische Calcineurinantagonisten

Seit mehreren Jahren sind auch topische Calcineurinantagonisten zur Therapie der atopischen Dermatitis verfügbar. Pimecrolimus (Elidel®) entspricht in

der Wirkung einem milden (Klasse I–II) und Tacrolimus (Protopic®) einem mittelpotenten Steroid. Beide Substanzen sind ab einem Alter von 2 Jahren als Second-Line-Therapie zugelassen. Gegenüber topischen Kortikosteroiden kommt es auch bei längerer Anwendung nicht zu einer Hautatrophie. Die Creme Pimecrolimus ist auch für den Einsatz an empfindlichen Arealen (z.B. Augenlider) geeignet, die Salbe Tacrolimus hingegen an dickeren Hautarealen und an hyperkeratotischen Stellen. Eine Nebenwirkung ist bei etwa 15 bis 30 Prozent der Patienten ein initiales Brennen. Auch auf Sonnenschutz ist besonders zu achten, da noch keine ausreichende Langzeiterfahrung mit den beiden Substanzen besteht und möglichen Hautkrebs- oder Lymphomrisiken vorgebeugt werden soll. Die zurzeit laufenden Langzeitstudien liefern bislang keine Hinweise auf eine erhöhte Karzinomgenese (1). Bei mittelgradig ausgeprägter atopischer Dermatitis ist eine UV-B-Therapie angezeigt, im akuten, schweren Schub eine Hochdosis-UV-A-1-Therapie, allerdings sollten Kinder unter 12 Jahren nicht oder nur ausnahmsweise damit behandelt werden. Die Kombination einer UV-Therapie mit bestimmten topischen und systemischen Immunsuppressiva (insbesondere Calcineurininhibitoren, Azathioprin, Mycophenolat) wird nicht empfohlen. ▲

Klaus Duffner

Literatur:

1. Tennis P et al. Evaluation of cancer risk related to atopic dermatitis and use of topical calcineurin inhibitors. *British Journal of Dermatology*, 2011; 165: 465–473.

Erstpublikation in «CongressSelection Dermatologie» (2014) vom 22. Jahreskongress der European Academy of Dermatology and Venerology (EADV), 3. bis 6. Oktober 2013 in Montreux, und von der 95. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV), 18. und 19. August 2013 in Montreux.