

Behandlungsprinzipien der atopischen Dermatitis

Die Behandlung der Neurodermitis ist komplex: Neben der lokalen antientzündlichen und antimikrobiellen Therapie ist auch an die tägliche rückfettende Hautpflege zu denken, ebenso an das Vermeiden des Juckreizes oder Allergien auslösender Faktoren. Für Betroffene sind zudem Patienten- und Elternschulungen empfehlenswert.

von Dr. med. Dagmar Simon

Bei der atopischen Dermatitis (AD, Synonym: Neurodermitis) handelt es sich um eine chronische entzündliche Hauterkrankung. Gemeinsam mit Asthma bronchiale und allergischer Rhinitis zählt sie zu den Erkrankungen des atopischen Formenkreises, welche sämtlich eine genetische Disposition aufweisen. Meist beginnt die Erkrankung im Säuglings- oder Kleinkindesalter, aber auch Erstmanifestationen im Erwachsenenalter sind möglich. Die Häufigkeit, welche in den letzten Jahrzehnten stark anstieg, liegt bei etwas über 10 Prozent bei Schulkindern und bei 1 bis 3 Prozent bei Erwachsenen. Der Verlauf der AD ist durch teilweise heftige Schübe charakterisiert. Histologisch findet man neben Hyperkeratose, Akanthose und Spongiose der Epidermis ein meist dichtes entzündliches Infiltrat in der Dermis, welches sich überwiegend aus T-Zellen zusammensetzt. Langerhanszellen, die bei AD den hochaffinen IgE-Rezeptor an ihrer Oberfläche tragen, sind in der Lage, eindringende Allergene zu erkennen, den T-Zellen zu präsentieren und damit zu aktivieren. Bei etwa 80 Prozent der Patienten mit AD lassen sich im Pricktest oder mittels Bestimmung spezifischer IgE im Blut Sensibilisierungen nachweisen. Während bei Säuglingen und Kleinkindern Nahrungsmittelallergene im Vordergrund stehen, sind es bei den Erwachsenen die Aeroallergene.

Lokalisation und Erscheinungsbild der Hautveränderungen bei AD sind abhängig vom Alter. Bei Säuglingen sind häufig das Gesicht und die Streckseiten der Extremitäten mit geröteten, aufgeschwollenen, nässenden und verkrusteten Ekzemherden befallen. Anhand der

Kratzspuren mit kleinen Exkorationen kann man auf den begleitenden Juckreiz schliessen. Im späteren Lebensalter sind die Ekzeme, die nun neben der Rötung eher eine Lichenifikation und Schuppung aufweisen, meist in den Gelenkbeugen wie Ellenbeugen oder Kniekehlen lokalisiert, können sich jedoch auf alle Körperregionen ausdehnen. Durch Beanspruchung der Haut im Beruf und/oder Haushalt sind bei Erwachsenen oft die Hände betroffen. Die gesamte Haut ist ausgesprochen trocken, teilweise leicht schuppig, und die Barrierefunktion ist gestört. Sowohl auf läsionärer als auch nichtläsionärer Haut lässt sich bei den meisten Patienten *Staphylococcus aureus* nachweisen. Diese Bakterien, welche eine Impetiginisierung des Ekzems hervorrufen können, sind gleichzeitig als Stimulator von T-Zellen bekannt und können somit die Entzündung in der Haut unterhalten. Ausgehend vom klinischen Bild und den in der Pathogenese eine wichtige Rolle spielenden Faktoren, gestaltet sich die Therapie der AD sehr breit. Sie soll in erster Linie die Entzündung in der Haut eindämmen, eine ausreichende Rückfettung der Haut garantieren, gegen die mikrobielle Besiedlung mit pathogenen Bakterien oder Hefen gerichtet sein, den Juckreiz mildern und die Triggerfaktoren eliminieren.

Antientzündliche Therapie

Als Mittel der ersten Wahl sind die Kortikosteroide zu nennen. Sie führen zu einer relativ raschen und wirksamen Symptomlinderung. Entsprechend der Krankheitsaktivität und der Ekzemloka-

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Dagmar Simon
Fachärztin für Dermatologie und Venerologie,
Allergologie und klinische Immunologie
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
und Venerologie, Inselspital, 3010 Bern
Tel. 031-632 22 72
E-Mail: dagmar.simon@insel.ch

lisation kann auf verschiedene Wirkklassen zurückgegriffen werden. So sind für stark verhornte Hautareale wie Palmae und Plantae potente Kortikosteroide zu empfehlen, während für empfindliche Partien wie das Gesicht oder für die kindliche Haut mildere Wirkklassen geeignet sind. Um einem Rebound vorzubeugen, sollte die Therapie mit lokalen Kortikosteroiden langsam ausgeschlichen werden, zum Beispiel mit reduzierter Anwendung jeden zweiten und dann jeden dritten Tag. Gefürchtet sind die Nebenwirkungen bei Langzeitanwendungen, besonders die Hautatrophie und die Ausbildung von Teleangiektasien im Gesicht. Bei chronischen Verläufen sind deshalb die Tandem- oder Intervalltherapie anzuwenden. Auch die UV-Therapie hat sich als wirksam in der Behandlung der AD erwiesen.

Mit der Einführung der Calcineurininhibitoren (Makrolide, topische Immunmodulatoren) steht eine neue, steroidfreie Substanzgruppe zur Verfügung. Ihre Wirksamkeit wurde in Kurz- und Langzeitstudien hinreichend belegt. Zugelassen sind Pimecrolimus für leichte bis mittelschwere AD und Tacrolimus für mittelschwere bis schwere AD bei Erwachsenen und bei Kindern (ab 2 Jahren). Ihr Vorteil ist darin zu sehen, dass selbst bei längerer Anwendung keine Gefahr einer Hautatrophie droht. Sie sind deshalb auch für die Anwendung im Gesicht geeignet. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass sich bei sofortiger Anwendung auf initiale Läsionen eine Befundzunahme und Ausdehnung der AD verhindern lässt, das heisst, Schubfrequenz und Intensität nehmen mit der Zeit ab.

Eine systemische Therapie der AD ist nur in den seltenen Fällen erforderlich, die resistent gegenüber einer adäquat durchgeführten topischen Therapie sind. Der Einsatz von Kortikosteroiden, Cyclosporin, Mycophenolat-Mofetil oder Methotrexat muss unter Berücksichtigung potenzieller Nebenwirkungen erfolgen.

Rückfettung

Die trockene Haut schuppt nicht nur und sieht stumpf aus, sie führt auch zu vermehrtem Juckreiz und begünstigt durch



Ekzema infantum

eine gestörte Hautbarriere das Eindringen von Allergenen und die Besiedlung durch Mikroben. Daher ist eine regelmässige Hautpflege unerlässlich. Geeignet sind hierfür Lotionen, Cremes und Salben, da sie der Haut sowohl Fett als auch Feuchtigkeit zuführen. Ein zusätzlicher hydratisierender Effekt wird beispielsweise durch Zugabe von Harnstoff, Milchsäure oder Kochsalz erreicht. Die Auswahl der Pflegeprodukte richtet sich nach Hautzustand, Akuität der Läsionen, Körperregion, Temperatur und äusseren Einflüssen sowie der Akzeptanz durch den Patienten. Duschen und Baden sind für Patienten mit AD durchaus erlaubt, befreien sie doch die Haut von Schuppen, Krusten, Salbenresten, Mikroben und Allergenen. Allerdings gilt: nicht zu lange und nicht zu heiss. Ausserdem sollten so genannte Syndets oder Ölbäder benutzt werden, die im Gegensatz zu herkömmlichen Seifen, Gels und Schaumbädern ein zusätzliches Austrocknen der Haut verhindern. Nach dem Abtrocknen sollte die Haut sofort mit einem Pflegeprodukt eingefettet werden.

Antimikrobielle Therapie

Die Haut des Patienten mit AD bietet Staphylokokken gute Bedingungen, andererseits greifen diese als Superantigene in das Entzündungsgeschehen direkt ein. Die Zahl der Bakterien lässt sich mit desinfizierenden Massnahmen (Kaliumpermanganat, Chloramin, Triclosan, Chlorhexidin) reduzieren. Die Gabe von Antibiotika ist nur bei klinisch manifester Impetiginisierung in Erwägung zu ziehen.

Als Komplikation der AD ist das Ekzema herpeticum anzusehen, bei dem es zu einer grossflächigen Ausbreitung der Herpesviren auf der ekzematös veränderten Haut kommt. Diese Patienten sollten einer systemischen antiviralen Therapie zugeführt werden. Ihr Hautzustand und auch der schlechte Allgemeinzustand erfordern meist eine stationäre Behandlung. Kinder mit AD weisen häufig Mollusken auf, die nach kurzem Aufsprühen von Chloräthylsprit kürettiert werden können. Neuere Untersuchungen zeigen, dass auch *Pityrosporum*spezies in der Genese der AD, insbesondere bei Befall der Nackenregion, eine Rolle spielen können. In diesen Fällen bietet sich eine antimykotische Therapie, zum Beispiel mit einem Shampoo, an.

Juckreizmanagement

Die Reduzierung des Juckreizes wird seitens der Patienten als primäres Therapieziel angesehen. Sein quälender Charakter, seine Attacken, die zu heftigem Kratzen mit Verletzungen der Haut Anlass geben, seine zu Schlafverlust, Konzentrationsschwäche und Nervosität führende Permanenz erfordern dringendes Einschreiten. Andererseits macht die Komplexität seiner Entstehung dieses Einschreiten so schwierig. In erster Linie sollte die Entzündung in der Haut bekämpft werden. Antihistaminika führen bei einigen Patienten zu einer Linderung des Juckreizes. Kurzzeitige Kühlung der Haut (kaltes Wasser, Eisbeutel, Pflegelotion aus dem Kühlschranks) kann gegen Juckreizattacken helfen. Massnahmen wie das Kurzschneiden der Nägel sollen

Service

Kinder-Patientenschulung

Die Schweizerische Elternvereinigung asthma- und allergiekranker Kinder (SEAAK) führt in verschiedenen Ortschaften Kinder-Patientenschulungen durch.

Informationen:

Schweizerische Elternvereinigung
asthma- und allergiekranker Kinder (SEAAK)
Südbahnhofstrasse 14 C
Postfach
3000 Bern 14
Tel. 031-378 20 10, Fax 031-378 20 11
E-Mail: seak@swissonline.ch
Internet: www.seak.ch

Neurodermitis-Elternschulung

Das Schweizerische Zentrum für Allergie, Haut und Asthma (aha!) führt in verschiedenen Ortschaften Neurodermitis-Elternschulungen durch.

Informationen:

aha!, Nicole Thüring, Gryphenhübeliweg 40
Postfach 378, 3000 Bern 6
Tel. 031-359 90 16
E-Mail: nthuering@ahaswiss.ch
Internet: www.ahaswiss.ch

Neurodermitis-Schulung für Erwachsene

Am Inselspital finden regelmässig interdisziplinäre Kurse für Patienten mit atopischer Dermatitis statt.

Informationen:

Dr. med. Dagmar Simon
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Inselspital, 3010 Bern
Fax 031-632 22 33
E-Mail: dagmar.simon@insel.ch

dazu beitragen, dass die Haut nicht lädiert wird. Die Anwendung von Entspannungsverfahren wie autogenes Training oder progressive Muskelrelaxation ist sehr hilfreich gegen den Juckreiz. Diese Verfahren müssen allerdings von den Patienten erlernt und geübt werden. Jeder Patient sollte über einen gewissen Zeit-

raum beobachten, welche Faktoren Juckreiz auslösen. Nicht nur Hautveränderungen lösen Juckreiz und Kratzen aus, sondern auch Aufregungen, Anspannungen, Langeweile, bestimmte Situationen oder Gewohnheiten. Wichtig ist es, dieses unbewusste und automatische Kratzen abzustellen.

Auslösende Faktoren meiden

Da trotz genetischer Disposition zahlreiche innere und äussere Faktoren in das Krankheitsgeschehen der AD eingreifen können, ist es erforderlich, diese Triggerfaktoren für jeden Patienten individuell zu identifizieren. Alle Einflüsse, die zu einer Irritation der Haut führen können, wie starkes Schwitzen, mechanische Reizung, zum Beispiel durch Kleidung, Austrocknung durch feuchtes Milieu oder lange Wasseranwendungen, Kontakt mit chemischen Substanzen in individuellem Umfeld wie auch im Beruf, sollten gemieden werden. Bei unumgänglichen die Haut strapazierenden Tätigkeiten muss nach entsprechenden Schutzmassnahmen (Hautschutzpräparate, Handschuhe, Kleidung) gesucht werden. Auch wenn wir Klima und Wetter nicht unmittelbar beeinflussen können, so scheint doch eine Auswahl von Urlaubsregionen mit entsprechend günstigen Verhältnissen, wie Meer oder Hochgebirge, angebracht. Zur Identifizierung von Allergien, die einen AD-Schub auslösen oder unterhalten können, sollte eine gezielte allergologische Diagnostik (Bestimmung spezifischer IgE im Blut, Pricktest, Epikutantest) vorgenommen werden. Ausserordentlich wichtig ist es, die klinische Relevanz positiver Testreaktionen zu ermitteln. Dies kann mit Auslassversuchen oder Provokationen erfolgen. Eine strikte Karenz sollte dann erfolgen, wenn ein Einfluss des Allergens auf die AD gegeben ist. Dieses strenge Vorgehen soll die Patienten da-

vor bewahren, unnütze und belastende Massnahmen, insbesondere Diäten, zu ergreifen.

Interdisziplinäre Patientenschulungen

Die Therapie der atopischen Dermatitis ist sehr umfangreich. Dies erfordert eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen Arzt/Ärztinnen und Patienten. Der Patient sollte grundlegende Prinzipien der Krankheitsentstehung, ihrer Beeinflussung durch innere und äussere Faktoren und Therapie kennen und verstehen, um die verordnete Behandlung auch umzusetzen. Zu diesem Zweck werden neben der ambulanten und stationären Behandlung Patientenschulungen, so genannte Neurodermitisschulungen, sowohl für Eltern betroffener Kinder (aha!, SEAAK) als auch Erwachsene (Inselspital Bern) angeboten. In diesen Schulungen informieren Dermatologen oder Pädiater, Allergologen, Psychologen, Ernährungsberater ausführlich über das Krankheitsbild der AD sowie die therapeutischen Ansätze. Ausserdem werden Entspannungstechniken vermittelt. Diese Kurse helfen den Patienten oder Eltern, ein fundiertes Wissen zu erlangen und damit Informationen aus den Medien oder wohlgemeinte Ratschläge aus dem Freundes- oder Familienkreis besser einzuordnen und zu gewichten. Auch wenn heute die AD nicht heilbar ist, so haben wir doch ein breites Spektrum therapeutischer Möglichkeiten, die gerade in ihrer Kombination und bei fachgerechter Anwendung sehr wirksam sind. Für Patienten und/oder Eltern ist die Beherrschung und Behandlung der AD ein Gewöhnungs- und Lernprozess, der sowohl auf eigenen Erfahrungen aufbaut und bei dem wir als Ärzte mit medizinischem und psychologischem Fachwissen hilfreich zur Seite stehen können. ◉