

Interview mit Frau Professor D. Simon, Bern «Morphe und massgeschneiderte Basistherapie»

1. Bei der Jahresversammlung in Bern stand die Bedeutung der Morphologie im Mittelpunkt – welche Bedeutung hat die Morphe des Ekzems bei der Auswahl der geeigneten Galenik der Basistherapie?

Wie aus dem Referat von Dr. Kernland ersichtlich, ist das Auftragen von Emollienzien angebracht, also eine Mischung von Fett und Wasser. Reines Fett wie Vaseline hat einen zu grossen Okklusionseffekt und birgt die Gefahr der bakteriellen Superinfektion. Anwendung von reinem Wasser führt zur Austrocknung. Bei akuten Ekzemen (Rötung, Schwellung, Nässen, Krusten): Ablösen der Krusten mit feuchten Umschlägen, dann Lotion oder Creme. Bei chronischen Ekzemen (Lichenifikation, Schuppung): Fett-feuchte Verbände mit Cremes und Umschlägen.

2. Können Sie uns konkret Ihre Pflegeempfehlungen für folgende «Morphen» des Ekzems geben?

- **akut entzündetes, nässendes Ekzem**
Bad/Duschen, feuchte Umschläge, dann Lotion oder Cremes (mit Wirkstoff und Basistherapie).
- **chronisch entzündetes, lichenifiziertes Ekzem**
Lipolotio, Creme, Fettcreme;
wenn stark ausgeprägt: fett-feuchte Verbände.
- **trockene, schuppige Haut**
Lipolotio, Creme, Fettcreme;
Zusatz von Moisturizern wie Harnstoff.
- **nächtlicher Juckreiz**
Polidocanol-haltige Lotionen oder Cremes;
Antihistaminika systemisch; gute antientzündliche Therapie, topische Calcineurininhibitoren.
- **hyperkeratotisches Handekzem mit Rhagaden**
Starke Keratosen mit Salizylsäure auflösen; Handbäder, z.B. mit Gerbstoffen; Silbernitratlösung in Rhagaden; Creme oder Salbe, ggf. unter Okklusion (Plastikhandschuh).
- **dyshidrosiformes Handekzem**
Handbäder (Chloramin, Gerbstoffe) antientzündliche Therapie (Corticosteroide, Calcineurininhibitoren); nicht zu fette Creme; manchmal hilft eine Zinkschüttelmixtur, die Bläschen auszutrocknen und den Juckreiz zu lindern.

- **atopische «Winterfüsse»**
Harnstoffhaltige Creme oder Salbe; topische Calcineurininhibitoren;
evtl. Ölbad.

3. Bei welchen Patienten setzen Sie bevorzugt Harnstoff (Urea) zur Hydratisierung der Haut ein und warum?

- Bei allen Patienten mit trockener Haut,
- in niedrigen Konzentrationen am Körper,
- in höheren Konzentrationen bei Handekzemen, ausgeprägter Keratosis pilaris.
Urea bindet Wasser und führt zu einer Hydratisierung des Stratum corneum.

4. Erfahrung aus Ihren Patientenschulungen: Was sind die häufigsten Fehler, die Ekzem-Patienten bei der Hautpflege machen?

- Anwendung zu selten
- Verwendung zu fettiger Präparate
- Zu wenig oder zu dick aufgetragen
- Unsaubere Entnahme aus Tigeln, defekte Tuben
- Verwendung herkömmlicher Seifen und Duschgels, keine rückfettenden
- Verwendung von Schuppenshampoos, die die Kopfhaut weiter austrocknen

5. Welche Eigenschaften sind Ihnen bei der Auswahl der geeigneten Basistherapie wichtig?

- Ganz wichtig: Der Patient muss sie akzeptieren und mögen, sonst wendet er sie nicht an. Deshalb muss man die Basistherapie mit dem Patienten besprechen/verhandeln und er sollte ruhig verschiedene Produkte ausprobieren.
- muss rasch einziehen, nicht okkludieren, nicht kleben
- darf nicht reizen (cave Urea, besonders bei Kindern)
- möglichst keine Duftstoffe
- möglichst wenig Inhaltsstoffe, wenig/keine Konservierungsstoffe



94. Jahresversammlung der Schweizer Dermatologen in Bern: Kongressbericht zum Themenworkshop

Update «Ekzem»:

Gestörte Hautbarriere und Entzündung

Bei der 94. Jahresversammlung in Bern wurden erstmals «thematische Workshops» zu dermatologischen Kernthemen durchgeführt. Neues zu Diagnostik und Therapie konnte so praxisbezogen vorgestellt und interaktiv diskutiert werden. Im Rahmen des Themenkreises «Ekzem» wurden unter der Leitung von Frau Prof. Simon (Bern) die Themen Hautschutz und Atopieprävention diskutiert und konkrete Tipps zur Behandlung des atopischen Ekzems im Säuglings- und Kleinkindalter vorgestellt. In der Berufsdermatologie oder in der pädiatrischen Dermatologie gleichsam ist die möglichst schnelle Wiederherstellung der Hautbarriere oberstes Therapieziel. Die therapeutische Crux bleibt aber die richtige Anwendung der topischen Therapie: sei es «nur» die ausreichende Menge Creme oder die Wahl der richtigen Salbengrundlage.

Aktuelles aus der Berufsdermatologie:
Hautirritation und Hautschutz, P. Elsner, Jena

«Was ist wirklich gesichert beim Hautschutz?», fragte Prof. Peter Elsner, Jena zum Eingang seines Vortrags. Das Ergebnis einer strukturierten Auswertung der Literatur zu klinischen Interventionsstudien dazu ist enttäuschend: Nur vier von 21 Studien erfüllten die Cochrane-Kriterien von kontrollierten, randomisierten Studien.

Grosse Metallarbeiterstudie: Hautschutz wirkt, doch die Umsetzung von Präventionsmassnahmen bleibt problematisch

Eine grosse Studie an 1355 Metallarbeitern aus 19 Betrieben (Kütting, 2009) bringt nun endlich Licht ins Dunkel. Es zeigte sich nicht nur, dass das Handekzem dort «quasi zum Berufsbild» gehört (52% der Metallarbeiter waren betroffen), sondern auch, dass die Umsetzung der präventiven Massnahmen unzureichend ist: 28% der Patienten verwendeten vor der Intervention niemals einen Hautschutz und nur 29% befolgten einen Hautschutzplan. «Doch dies ist die erste gute Studie, die gezeigt hat, dass Hautschutz wirkt», so Prof. Elsner. Sowohl in der behandelten Gruppe «Hautschutz und Hautpflege» als auch in der Gruppe «Nur Hautschutz» konnte eine signifikante Verbesserung des Hautzustandes im Vergleich zur Placebogruppe nachgewiesen werden.

Viel hilft viel: Auf die richtige Menge Hautschutz kommt es an!

Während bei der Lichtschutzfaktorbestimmung (gemäss Protokoll von Colipa) eine durchschnittliche Creme-Menge von 2 mg/cm² definiert ist, wurde dies beim Hautschutz nie festgelegt und sehr unterschiedlich in Studien gehandhabt. In einer Studie an 31 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen konnte gezeigt werden, dass im Durchschnitt nur 1 mg Creme/cm² in der Praxis angewendet wird (Schliemann, 2012). «Deutlich weniger als in

Studien zum Einsatz kam», wie Herr Prof. Elsner anschaulich in Abb. 1 verdeutlichte. In einer Studie mit einem gängigen Hautschutzmittel konnte eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung (Abb. 2) nachgewiesen werden und – so Elsner – «gut ist, dass dieser Hautschutz auch schon in niedrigen Dosierungen wirkt. Aber er wirkt eben besser, wenn er ausreichend dosiert wird». Daher sind Patientenschulungen zum richtigen Eincremen sehr wichtig. Der Dermatologe sollte diesen Punkt bei der Verordnung von Hautschutzpräparaten ansprechen und am besten die Patienten schon in der Praxis das Eincremen üben lassen.

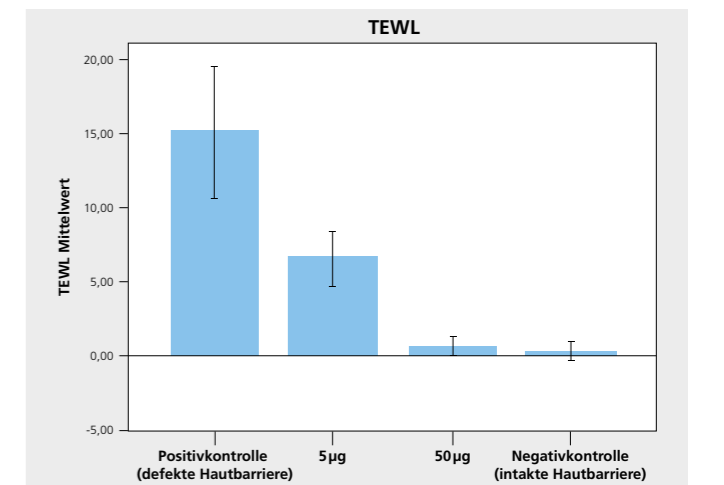


Abb. 2: Wirksamkeitsstudien zeigen eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen aufgetragener Hautschutzcreme-Menge und dem Schutz vor Irritation im TEWL (transepidermalen Wasserverlust). Aber auch bei geringerer Menge zeigt sich schon eine Schutzwirkung.

Aktuelles und Bewährtes zum atopischen Ekzem im Kindesalter: Startet der Atopic March in der Haut?, Dagmar Simon, Bern

Immer wieder wurde in Fachkreisen diskutiert, welche Faktoren den sog. «Atopic March» (siehe Infobox) auslösen und wie dieser verhindert werden kann.

Kinder mit Filaggrin-Mutationen haben nicht nur ein höheres Risiko für Neurodermitis, sondern auch für Heuschnupfen und Asthma

Filaggrin unterstützt die Vernetzung der Keratinfilamente in



Abb. 1: Ist-Soll-Vergleich zwischen der in der Praxis tatsächlich angewendeten und empfohlenen Menge Hautschutz unterstreicht die Notwendigkeit von Patientenschulungen/-aufklärung zu diesem Thema.

Literaturverzeichnis

Devillers, AC et al. «Wet-wrap treatment in children with atopic dermatitis: a practical guideline.» *Pediatr. Dermatol* 29 (2012): 24-27. He, R. et al. «Exaggerated IL-17 response to epicutaneous sensitization mediates airway inflammation in the absence of IL-4 and IL-13.» *J Allergy Clin Immunol* 124 (2009): 761-70. Kütting, B. et al. «Current acceptance and implementation of preventive strategies for occupational handeczema in 1355 metal workers in Germany.» *BJD*, 2009. Lee JH, Lee SJ, Kim D, Bang D. «The effect of wet-wrap dressing on epidermal barrier in patients with atopic dermatitis.» *J EADV* 21 (2007): 1360-8. Palmer, CN et al. «Filaggrin null mutations are associated with increased asthma severity in children and young adults.» *J Allergy Clin Immunol* 120 (2007): 64-68. Schliemann, S. et al. «How much skin protection cream is actually applied in the workplace? Determination of dose per skin surface area in nurses.» *Contact Dermatitis epub*; ahead of print (June 2012). Thyssen, JP et al. «Atopic diseases by filaggrin mutations and birth year.» *Allergy* 67 (2012): 705-8. Wahn, U. et al. «What drives the allergic march.» *Allergy* 55 (2000): 591-599. Weidinger, S. et al. «Filaggrin mutations, atopic eczema, hay fever, and asthma in children.» *J Allergy Clin Immunol* 121 (2008): 1203-9. Weidinger, S. et al. «Loss-of-function variations within the filaggrin gene predispose for atopic dermatitis with allergic sensitizations.» *J Allergy Clin Immunol* 118 (2006): 214-9.

Impressum

Autor: Dr. med. Michaela Dippel, MD Medscript, dr.michaela.dippel@gmail.com Quelle: Workshop «Gestörte Hautbarriere und allergische Entzündung», der im Rahmen der 94. Jahrestagung der SGDV am 31.8. unter Leitung von Prof. Simon veranstaltet wurde und unabhängig von den Firmen Spirig Pharma AG, Galderma SA, und Merz Pharma (Schweiz) unterstützt wurde. Die Erstellung des Kongressberichts wurde von der Firma Spirig Pharma AG gesponsert, die Inhalte wurden von den Referenten revidiert und freigegeben.

der Haut und ist daher ein wichtiger Baustein für eine intakte Hautbarriere. Seit 2006 ist bekannt, dass Patienten mit Filaggrin-Mutationen nicht nur häufiger unter einer Ichthyosis leiden, sondern auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines atopischen Ekzems haben (Weidinger, 2006). Bei diesen Patienten tritt das Ekzem früher auf, ist meist schwerer und persistiert ins Erwachsenenalter. Interessanterweise konnte aber für diesen «funktionell» auf die Haut bezogenen Defekt auch ein Zusammenhang mit dem häufigeren Auftreten von Heuschnupfen, Asthma (Weidinger, 2008) und der Schwere des Asthmas (Palmer, 2007) beobachtet werden. Daher stellte Frau Professor Dagmar Simon, Bern, die Frage, «ob es einen Zusammenhang zwischen dem frühkindlichen Ekzem und dem späteren Verlauf eines atopischen Asthmas und/oder einer allergischen Sensibilisierung gibt?» (Schliemann, 2012)

Defekte Hautbarriere und systemische Immunreaktion

Bei einer gestörten Hautbarriere werden von den Keratinozyten sogenannte «dangerous signals» ausgesendet, wie TSLP und IL-23. Diese stimulieren die Th2-Antwort und aktivieren dendritische Zellen (DC), was zu einer Erhöhung der IL-17 Spiegel führt, das wiederum mit aerogenen allergischen Entzündungsreaktionen assoziiert wird (He, 2009).

Oberstes Therapieziel: Schnelle Wiederherstellung der Barrierefunktion der Haut

Schnelle Wiederherstellung der Barrierefunktion und eine effektive antientzündliche Behandlung schon im frühen Stadium des atopischen Ekzems beim Kleinkind sind daher auch aus Prognosesicht sehr wichtig. «Wir hoffen, dass wir damit die Ausbildung eines schweren atopischen Ekzems, weitere allergische Sensibilisierungen und die Entwicklung eines allergischen Asthmas verhindern können», schloss Frau Prof. Simon ihren Vortrag.

Praktische Therapieansätze zur Behandlung des frühkindlichen atopischen Ekzems, Dr. Kristin Kernland-Lang, Bern

Konkrete Behandlungspläne zur Behandlung der frühkindlichen Formen des atopischen Ekzems stellte Frau Dr. med. Kristin Kernland-Lang vor, welche als Oberärztin die pädiatrische Dermatologie im Inselspital Bern leitet. Die Basistherapie der Neurodermitis besteht gemäss der AWMF Leitlinie Neurodermitis aus der Hydratation der Haut und Emollienzien. Dort gibt es verschiedene Wirkmechanismen wie

- Okklusion, die den Wasserverlust aus äußeren Schichten der Haut verhindert (z.B. durch weißes Paraffin)
- eine Verbesserung der Bindung von Wasser in der Haut (z.B. durch Harnstoff)
- Addition von zusätzlichem Wasser auf die trockenen äußeren Hautschichten der Haut (z.B. durch hydrophile Cremes)

Beim frühkindlichen atopischen Ekzem sollte die Anwendung des Prinzips «Fetten, Fetten, Fetten» allerdings in Abhängig-



Abb. 4: Bei der Wahl der Therapie sollte die nummuläre Form (a) von der generalisierten Form (b) unterschieden werden.

keit von Morphe differenzierter betrachtet werden, so Kernland-Lang.

Frühkindliches atopisches Ekzem: Unterscheidung zwischen nummulärer und generalisierter Form wichtig.

Die Frühform des atopischen Ekzems tritt klassischerweise schon im 3. Lebensmonat auf, während sich die spätere Form ab dem 1. Lebensjahr manifestiert. Bei der Frühform kann man morphologisch und klinisch zwei Typen unterscheiden: das nummuläre Ekzem und das generalisierte Ekzem (siehe Abb. 4, Tab. 1).

Da so gut wie alle Säuglingsekzeme superinfiziert sind, stellt die wichtigste therapeutische Massnahme immer die antimikrobielle Therapie und die Entzündungshemmung mit topischen Kortikosteroiden der Klasse 1, 2 oder evtl. 3 dar.

In beiden Formen sollten allerdings keine Emollienzien mit Okklusionswirkung eingesetzt werden. «Häufig wird das Hautbild der Kinder schon allein dadurch besser, dass man die okklusiven Emollienzien absetzt», berichtete Kernland-Lang aus ihrer Erfahrung. Anstelle von okklusiven Massnahmen, sollte man beim nummulären Ekzem mit Ölbädern und antiseptischen Zusätzen (siehe Therapieplan Tab. 2) arbeiten, während beim generalisierten Ekzem aufgrund der häufig ausgeprägten Xerodermie ein rückfettende Hautpflege und fettfeuchte Verbände gute Wirksamkeit gezeigt haben.

Fettfeuchte Verbände: hilfreiche zeitlich begrenzte Intensivtherapie zur Wiederherstellung der Hautbarriere

Fettfeuchte Verbände sind eine sehr wirksame und relativ

INFOBOX

«Atopic March» (Wahn, 2000)

Der von Professor Wahn geprägte Begriff «Atopic March» (dt. «Atopischer Marsch») beschreibt die klassische «Atopiekarriere», charakterisiert durch die typische Abfolge von Sensibilisierung (IgE) und Atopiesymptomen (Ekzem, Asthma oder Heuschnupfen) während bestimmter Altersphasen der Kindheit. Die Symptome können über Jahre bestehen und/oder sich mit dem Alter werden spontan zurückbilden.

Im 1. Lebensjahr zeigt sich die höchste Prävalenz für Sensibilisierung gegen Nahrungsmittel (Kuhmilch, Hühner- ei). Die typischerweise erste klinische Reaktion tritt dann mit einem Häufigkeitstypus um das 3. Lebensjahr im Form des atopischen Ekzems auf. Ab dem 3./4. Lebensjahr steigt die Sensibilisierung gegen Aeroallergene und ab dem 4./5. Lebensjahr auch dramatisch das Auftreten von Asthma und Heuschnupfen, während die Prävalenz des atopischen Ekzems wieder etwas zurückgeht.

nebenwirkungsarme Massnahme bei schwereren Formen. Sie verbessern unmittelbar die epidermale Barrierefunktion und erhöhen die interzellulären Lipide (Devillers, 2012) (Lee, 2007). Fettfeuchte Verbände können nur mit Emollienzien oder mit topischen Kortikosteroiden (1:10) angewendet werden. «Trotzdem sollten Sie erst ab einem Lebensalter von 6 Monaten und immer als zeitlich limitierte (=2–3–5 Tage) effiziente Intensivbehandlung eingesetzt werden» so Kernland-Lang. Wichtig ist auch, dass die Kinder während der Behandlung nicht ausküh-

len, d.h. sie sollten immer eine Mütze tragen und unter die Bettdecke.

Das atopische Ekzem ist häufig – trotzdem Differenzialdiagnosen nicht vergessen

Wenn alle therapeutischen Massnahmen nicht greifen, sollte man auch immer wichtige Differenzialdiagnosen berücksichtigen, wie z.B. die Zink-Mangel-Dermatitis oder die Dermatitis herpetiformis Duhring.

Form des atopischen Ekzems im Säuglingsalter	Nummuläre Form (a)	Generalisierte Form (b)
Klinik		
Bakterielle Superinfektion	+++	+++
Xerodermie	(+)	+++
Juckreiz	(+)	+++
Gedeihen	++	- (kühle Peripherie)
Therapie		
	1. Antimikrobielle Massnahmen 2. Antientzündliche Massnahmen 3. Okklusion absetzen/vermeiden 4. Wiederherstellen der Hautbarrierefunktion	
	z.B. Oelbad + Antiseptis	z.B. fettfeuchte Verbände + rückfettende Hautpflege

Tab. 1: Klinik und Behandlungsempfehlung bei der Frühform des atopischen Ekzems im Säuglingsalter

Therapieplan für nummuläres Ekzem		
Vor dem Bad	Bad/ Ölbad	Nach dem Bad
Gelapplikation auf Milchschorf oder Lösen der Krusten mit Waschlappen + desinfizierender Seife	Temp max. 35°C desinfizierender Zusatz • z.B. KMnO4 Lösung 5%: 1 EL • z.B. NaClO (Eau de Labarraque) 4–6%: 1dl	• antientzündliche topische Behandlung • ev. nasale Behandlung mit Mupirocin Crème (2x/d) • DermaSilk® Pyjama

Tab. 2: Beispiel für Therapieplan für antiseptisches Ölbad zur Behandlung des nummulären Säuglingsekzems

25 Jahre Stiftung Spirig Pharma AG

Wieder zwei junge Dermatologen bei Weiterbildung im Ausland unterstützt

Schon seit 25 Jahren gibt es die Stiftung Spirig Pharma AG, die junge, an Dermatologie interessierte Ärzte und Naturwissenschaftler mit Hochschulabschluss, die an einer dermatologischen Universitätsklinik der Schweiz, am dermatologischen Ambulatorium des Stadtspitals Triemli Zürich oder an einer dermatologischen Abteilung eines Kantonsospitals tätig sind, mit Beiträgen zu Weiterbildungskosten unterstützt.

Dr. med. Alexander A. Navarini (USZ) und Dr. med. Philipp Spring, (CHUV) sind die Preisträger für 2011 und wurden während der SGDV im Rahmen einer kleinen Übergabefeier geehrt. Beitragsgesuche für 2012 sind bis zum 31. Dezember 2012 an den Stiftungsrat der Stiftung Spirig Pharma AG, Froschackerstr. 6, 4622 Egerkingen zu Händen des SGDV Vorstandes einzureichen.

Freuen sich über Ihre Unterstützung zur Weiterbildung aus der Stiftung Spirig Pharma AG: Dr. Philipp Spring, (CHUV) (1.v.l.) und Dr. Alexander Navarini, (USZ) (2.v.l.) zusammen mit Dan Furrer (Geschäftsführer Spirig Schweiz) und Dr. Silvio Inderbitzin (Delegierter des Verwaltungsrats der Spirig Pharma AG)

