

3. Wiesbadener Symposium Kinderdermatologie* Interdisziplinärer Austausch: Atopische Dermatitis und Management der Triggerfaktoren

3rd Wiesbaden Symposium Pediatric Dermatology
Interdisciplinary Exchange: Atopic Dermatitis and Management of Trigger Factors

Autor

H. S. Müller

Institut

HSM Kommunikations-Service im Gesundheitsbereich, Wiesbaden

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1256359>
Online-Publikation: 8. 4. 2011
Akt Dermatol 2010; 36:
176–179 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Dipl.-Biol. Helmut S. Müller
Fachjournalist Wissenschaft
und Medizin
Forststr. 21
65193 Wiesbaden
info@hsm-pharmed.de

Zum dritten Mal hatten die Klinik für Dermatologie und Allergologie der HSK Wilhelm Fresenius Klinik (Direktorin: Prof. Dr. med. Christiane Bayerl) sowie die Klinik für Kinder und Jugendliche der HSK Dr. Horst Schmidt Klinik (Direktor: Prof. Dr. med. Markus Knuf), Wiesbaden, Dermatologen und Pädiater der Rhein-Main-Region zu einem interdisziplinären wissenschaftlichen Austausch nach Wiesbaden geladen.

Im Fokus des kinderdermatologischen Symposiums, zu dem sich rund 200 Kinderärzte und Dermatologen im Kurhaus eingefunden hatten, stand diesmal die Prävention und Behandlung von Komplikationen und Superinfektionen bei Neurodermitis, das Management der Triggerfaktoren sowie neue Erkenntnisse zur Immunologie und Symptomatik bei atopischer Dermatitis (☉ **Abb. 1**).

Erfahrene Referenten beider Fachrichtungen beleuchteten Hintergründe und gaben wertvolle praxisnahe Tipps zu Diagnose und Behandlung der Neurodermitis, die besonders im Säuglings- und Kleinkindalter für die Betroffenen und deren familiäres Umfeld eine extrem hohe Belastung darstellen kann.

Die Organisatorin, Prof. Dr. med. Christiane Bayerl, betonte in der Begrüßung, dass der interdisziplinäre dermato-pädiatrische Schulterschluss gerade bei der Behandlung von kindlichen Hauterkrankungen besonders wichtig sei (☉ **Abb. 2**).

Prof. Dr. med. Markus Knuf, der neue Direktor der Klinik für Kinder und Jugendliche der HSK Dr. Horst Schmidt Klinik, Wiesbaden, erstmals Mitorganisator dieser Veranstaltung, zeigte sich erfreut über das große Interesse aus dem niedergelassenen Bereich und die gleichgewichtige Beteiligung beider Fachgruppen (☉ **Abb. 3**).

* Mit freundlicher Unterstützung von GlaxoSmithKline GmbH & CO KG, Stiefel/Geschäftsbereich Dermatologie, München.



Abb. 1 Bald schon eine etablierte Größe. Das dritte Wiesbadener Symposium Kinderdermatologie zog die Zuhörer in den Bann.

Neue Erkenntnisse zur Prävalenz der Atopie

Prof. Dr. med. Thomas Diepgen, Heidelberg, präsentierte neue epidemiologische Daten zum atopischen Ekzem, die auf einem bundesweit angelegten Kinder- und Jugendsurvey aus den Jahren 2003 bis 2006 mit über 17000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren basieren (☉ **Abb. 4**).

Die Lebenszeitprävalenz atopischer Erkrankungen liegt nach der Erhebung, an der sich 167 repräsentative Städte und Gemeinden mit einer Teilnahmequote von fast 67% beteiligten, bei ca. 23% und einer 1-Jahres-Prävalenz von über 16%. Das bedeute, so Diepgen, dass jedes 5.–6. Kind eine atopische Disposition aufweist. Dabei herrsche die Neurodermitis im Vergleich zu Asthma und Heuschnupfen mit Abstand vor. Während das Geschlecht, Haustierhaltung, Regionalverteilung und viele Umweltfaktoren wie Schimmel an den Wänden keinen Einfluss auf das atopische Ekzem zu haben scheinen, ist die Erkrankung offensichtlich mit dem Sozialstatus assoziiert. Bei hohem Sozialstatus liegt die Prävalenz mit 16,1% deutlich höher als bei niedrigem Sozialstatus (ca.



Abb. 2 Prof. Dr. med. C. Bayerl freute sich über die muntere Diskussion.



Abb. 4 Prof. Dr. med. T. Diepgen konnte aus dem vollen Repertoire der epidemiologischen Daten schöpfen.



Abb. 3 Prof. Dr. med. M. Knuf, Klinik für Kinder und Jugendliche der HSK Wiesbaden, lobte das fachübergreifende Konzept der Veranstaltung.



Abb. 5 Dr. med. R. Brombacher stellte ausgewogen das Pro und Contra von Probiotika vor.

10%). Bei Kindern ohne Migrationshintergrund lag die Prävalenzrate mit über 14% ebenfalls deutlich über der Population mit Migrationshintergrund mit ca. 8,0%.

Etwa 40% der Kinder hatten eine intrinsische AD, also kein erhöhtes Gesamt-IgE und keine positiven Prick-Tests, wobei mit zunehmendem Alter die extrinsischen Formen zunehmen. Bekanntlich ist das klinische Bild des atopischen Ekzems ein Ergebnis von Interaktionen aus genetischer Disposition, Umwelteinflüssen, defekter Barrierefunktion und Immunantwort, wobei eine Dysfunktion der Barriere nach heutigen Erkenntnissen einen klaren Link zwischen Umweltfaktoren und genetischer Disposition darstellt. Die gestörte Barrierefunktion beruht auf einem genetischen Filaggrin-Defekt. Dies führt zu einer verstärkten Penetration von Irritantien und Allergenen und einer immunologischen Dysregulation.

Diepgen präsentierte die aktuellen, auf Auswertung von 217 Studien beruhenden S3-Leitlinien zur Allergieprävention, die für die Pädiatrie vorrangige Bedeutung haben (🔗 **Abb. 4**). Weiterhin Bestand haben darin Empfehlungen wie die Vermeidung von Tabakrauchexposition, Stillen über 4 Monate, Vermeidung von schimmelpilzförderndem Innenraumklima und Kontaktvermeidung zu felltragenden Tieren (insbesondere Katzen). Wenn Stillen nicht möglich ist, wird die Gabe von partiell oder extensiv hydrolysiertes Säuglingsnahrung empfohlen. Sojabasierte Nahrung ist laut *Diepgen* dagegen nicht zu empfehlen. Für die Mutter wird während der Schwangerschaft lediglich eine ausgewogene Ernährung empfohlen, wobei es Hinweise darauf gibt, dass Fisch einen protektiven Effekt auf die Entwicklung atopischer Kinder haben soll. Zudem solle nach neuen Empfehlungen Übergewicht und eine Exposition gegenüber Luftschadstoffen im Innen- und Außenbereich minimiert werden.

Bezüglich der Haustierhaltung ist die Datenlage widersprüchlich. Für Personen ohne erhöhtes Allergierisiko, so *Diepgen*, gebe es allerdings keinen Grund, die Haustierhaltung aus Präventionsgründen einzuschränken. Vergleicht man Felltiere, sind Katzen im Ver-

gleich zu Hunden mit einem wesentlich höheren Allergierisiko verbunden. In den Leitlinien wurde die Reduktion des Hausstaubmilbengehaltes als primärpräventive Maßnahme gestrichen. Insgesamt gibt es laut *Diepgen* Hinweise darauf, dass eine frühzeitige unspezifische Immunstimulation wie Aufwachsen oder der häufige, regelmäßige Besuch auf einem Bauernhof und der Besuch von Kindertagesstätten in den ersten 2 Lebensjahren vor der Entwicklung atopischer Erkrankungen schützen kann. Eine spezifische Immuntherapie ist nur bei hochgradig sensibilisierten Erwachsenen sinnvoll, weitere Studien müssen jedoch zeigen, ob sie auch allein wegen der Neurodermitis gerechtfertigt ist.

Probiotika bei atopischer Dermatitis?

Probiotika, so der Wiesbadener Pädiater *Dr. med. Ralf Brombacher*, sind lebende Mikroorganismen, die in ausreichender Menge in aktiver Form in den Darm gelangen und hierbei positive gesundheitliche Wirkungen erzielen (🔗 **Abb. 5**).

Eine generelle Aussage über die Wirksamkeit von Probiotika sei problematisch und eine differenzierte und speziesspezifische Bewertung sei im Einzelfall unverzichtbar. Es gebe, so *Brombacher*, etliche Studien zur Prophylaxe der AD, die Ergebnisse seien jedoch sehr heterogen und ohne klare Tendenz. Bezüglich der Therapie der atopischen Dermatitis sind die Studienergebnisse ebenfalls sehr widersprüchlich und kritisch zu bewerten. Bestimmte Probiotika-Mischungen scheinen vielversprechend, allerdings könnten nach heutigem Wissensstand, so *Brombacher*, Probiotika zur Prophylaxe und Therapie einer AD nicht generell empfohlen werden. Weitere standardisierte Untersuchungen hinsichtlich einer optimalen Keimmischung/Synbiotika-Mischung könnten hier zu näheren Erkenntnissen führen.

Die Konzentration liege immer noch auf Allgemeinmaßnahmen wie der Wiederherstellung der Barrierefunktion, Hydrierung der Haut und Linderung des Juckreizes durch geeignete Pflegemaß-

nahmen sowie Vermeidung von Triggern und Stressfaktoren. Medikamentös stehen Kortikoide und Antihistaminika im Vordergrund, im Einzelfall kämen Calcineurin-Inhibitoren, in Ausnahmefällen auch Cyclosporin und staphylokokkenwirksame Antibiotika in Betracht.

Mollusca contagiosa im Kindesalter

Über die Viruserkrankung Mollusca contagiosa, eine häufige Begleiterkrankung bei immundefizienten Patienten, referierte *Prof. Dr. C. Bayerl*. Sie komme, so die Referentin, auch gehäuft bei Kindern mit Neurodermitis vor. Vielfach gelte die Auffassung, dass diese Erkrankung nicht zwingend behandelt werden müsse. Für eine Therapie spreche aus ihrer Sicht jedoch, so *Bayerl*, dass die Lebensqualität der betroffenen Kinder doch deutlich beeinträchtigt sei. Sie werden gehänselt und letztlich sozial isoliert, quälender Juckreiz führt oft zu Kratzen und Narbenbildung. Darüber hinaus sind die Eltern oft beängstigt und verunsichert wegen möglicher Risiken der Ausbreitung z.B. durch Schmierinfektionen beim Sport oder Utensilien im Bad, die Gefahr von Entzündungen und insbesondere das generelle Gefühl der Hilflosigkeit. Da die Erkrankung bis zur Selbstheilung und damit die Belastung für Patienten und Angehörige über 2 Jahre andauern kann, spricht heute vieles für eine Behandlung dieses Krankheitsbildes.

Als Behandlungsoptionen stehen „chirurgische“ Interventionen wie Curettage, „Ausdrücken“, Kryotherapie und gepulster Farbstofflaser zur Diskussion. Darüber hinaus haben sich verschiedene chemische oder pharmakologische Behandlungsstrategien (z.B. mit Retinoiden, TCE, Salicylsäure, Cantharidin usw.) mehr oder weniger bewährt. Gute Erfolge werden laut *Bayerl* mit Imiquimod erzielt. Die Ansprechrate liegt bei Kindern bei ca. 65–70%. Bei häufiger Anwendung oder hoher Konzentration muss jedoch mit Irritationen gerechnet werden. Bewährt hat sich die 3 × wöchentliche Anwendung von Imiquimod 5%. Nach einer Studie scheint auch die Behandlung mit Kaliumhydroxid vielversprechend zu sein. In einer Vergleichsstudie verschiedener Methoden hat sich bei Abwägung von anhaltender Effizienz und gleichzeitiger Verträglichkeit die Curettage letztlich als beste Option erwiesen.

Auf jeden Fall müsse der Patient darauf hingewiesen werden, dass – unabhängig von der Art der Behandlung – eine mehrmalige Konsultation notwendig ist.

Innovative antibiotische Therapieoption bei Impetigo

Die Impetigo contagiosa, so *Prof. Dr. med. Helmut Schöfer, Universitätshautklinik Frankfurt*, sei eine sehr verbreitete bakterielle Hautinfektion im Kindesalter (☉ **Abb. 6**).

Staphylokokken und Streptokokken sind die häufigsten Erreger, sie verursachen etwa 90% aller Infektionen. Eine Ausbreitung der Infektion im Gesicht und auf andere Körperregionen werde durch Schmiereffekte gefördert. Zur Therapie leichter und umschriebener Läsionen empfehlen die AWMF-Leitlinien die Anwendung von topischen Antibiotika und Antiseptika, lediglich bei schwerem und chronischem Verlauf sollten systemische Antibiotika eingesetzt werden.

Antiseptika sind jedoch therapeutische Grenzen gesetzt. Die Wirkung sei, so *Schöfer*, unspezifisch antimikrobiell, rein oberflächlich und häufig zu schwach.



Abb. 6 Zwei Referenten 'Seit' an Seit', Frau Prof. Dr. S. Ständer (links) und Herr Prof. Dr. med. H. Schöfer (rechts).

Zudem sei die Wirksamkeit in Studien unzureichend belegt. Deshalb sei topischen Antibiotika der Vorzug zu geben. Eine Innovation und Bereicherung der antibiotischen Palette, so *Schöfer*, stelle hier der antibiotische Wirkstoff Retapamulin (Altargo®-Salbe) dar. Der Wirkmechanismus unterscheide sich grundlegend von dem der herkömmlichen Antibiotika. An drei Ansatzpunkten hemmt Retapamulin die Proteinsynthese der Bakterien. Die Substanz ist wirksam gegen Staphylokokken und Streptokokken und damit auch geeignet zur Behandlung von Mischinfektionen. Klinische Studien an über 2000 Patienten bestätigten die gute und schnelle Wirksamkeit. *Schöfer* betonte, dass heute mit Retapamulin ein hochwirksames topisches Antibiotikum zur Behandlung bakterieller Hautinfektionen mit geringem Resistenz- und Sensibilisierungsrisiko und gleichzeitig guter Verträglichkeit zur Verfügung stehe. Dieses Präparat stelle eine gute Therapieoption bei Impetigo, auch im Kindesalter, dar.

Nahrungsmittelallergie bei Neurodermitis

Neueste Erkenntnisse zu Nahrungsmittelallergien (NMA) bei atopischer Dermatitis stellte *PD Dr. med. Jörg Kleine-Tebbe, Berlin*, vor (☉ **Abb. 7**).

Die Prävalenz der Nahrungsmittelallergie bei Kindern mit atopischer Dermatitis liege je nach Autor zwischen 34% und 63%. Im Einzelfall sei zunächst die Relevanz einer möglichen Nahrungsmittelallergie anamnestisch und diagnostisch eindeutig zu klären. Eliminationsdiät, Karenz und eventuelle Provokation stellen Möglichkeiten zur Abklärung der jeweiligen Konstellation dar. Er wies dabei auch auf Risiken und Grenzen einer offenen Provokation bei NMA und Neurodermitis hin.

Häufige risikobelastete Nahrungsmittel im Kindesalter seien Kuhmilch, Hühnerei, Erdnüsse, Weizen, Soja, Nüsse und Fisch. Bei Erwachsenen seinen an erster Stelle Nüsse und Ölsaaten, Fisch und Krustentiere, Kuhmilch und Milchprodukte, Hühnerei und naturlatexassozierte Früchte wie Banane, Avocado und Kiwi zu nennen. Darüber hinaus Früchte und Gemüse, die auch als pollenassozierte Nahrungsmittelallergene bekannt sind wie Apfel, Sellerie, Karotte, Paprika und bestimmte Gewürze.

Bei unklarem NMA-Verdacht und AD könne eine oligoallergene Basisdiät in Betracht gezogen werden bei Säuglingen mit extensiv hydrolysierten Eiweißpräparaten.



Abb. 7 Prof. Dr. med. J. Kleine-Tebbe brillierte mit einem Potpourri von Nahrungsmittelallergenen.



Abb. 8 Prof. Dr. M. Maurer sah die Mastzelle in zentraler Position auch beim Pruritus.

Der Referent stellte relevante Auszüge aus den neuen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Nahrungsmittelallergie vor, die von der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie DGKI aktualisiert und herausgegeben wurden. Nähere Informationen dazu unter <http://dgaki.de/leitlinien/aktuelle-leitlinien>.

Die Rolle von Mastzellen bei atopischer Dermatitis

Prof. Dr. med. Marcus Maurer, Berlin, verdeutlichte den engen Zusammenhang zwischen den physiologischen Aufgaben von Mastzellen und dem atopischen Ekzem (Abb. 8).

Mastzellen spielen eine Schlüsselrolle bei der Auslösung von Entzündungsreaktionen der Haut, z. B. durch Triggerfaktoren. Durch Degranulation werden zahlreiche Mediatoren, beispielsweise IL-1 bis IL-8, TNF, TGF- β , Serotonin, Enzyme, und auch Histamin freigesetzt. Es kommt zur Aktivierung von Nervenfasern und Auslösen von Juckreiz – einem der wichtigsten Symptome bei Neurodermitis. Hautentzündungen, Juckreiz und Kratzen bilden einen Teufelskreis, den es zu durchbrechen gelte. Bei Hauttrockenheit sind die Mastzellanzahl sowie der Histamingehalt in der Haut erhöht. Durch wachsende Erkenntnisse über die pathophysiologischen Zusammenhänge, so Maurer, sei man in der Lage, effiziente Behandlungsstrategien zu entwickeln. Effektive Therapeutika, so Maurer, wirken auf Mastzellen. Die Remission der Symptome korreliere mit der Mastzellzahl in der Haut.

Behandlung des chronischen Pruritus – was ist Evidenz-based?

Chronischer Pruritus, so Prof. Dr. med. Sonja Ständer, Münster, sei ein Symptom zahlreicher Erkrankungen und werde leider immer noch zu wenig ernst genommen (Abb. 6). 17% der erwachsenen Bevölkerung sind von dem Symptom betroffen, häufig ohne Behandlung. Im Kindesalter ist der Juckreiz oft mit der atopischen Dermatitis assoziiert. Eine Besonderheit ist bei diesem Krankheitsbild durch ein verändertes sensorisches Nervensystem gegeben. „Pruritusfasern“ treten vermehrt auf, ebenso ist die Dichte erhöht und Neuropeptide und Wachstumsfaktoren sind vermehrt vorhanden. Wichtigste Maßnahme bei AD sei es, so Ständer ebenfalls, den Teufelskreis Juckreiz-Kratzen so früh wie möglich zu durchbrechen. Hier können eine Reihe von spezifischen Maßnahmen greifen, wobei sich z. B. die topische Anwendung von Cannabinoid-Agonisten (z. B. PEA) mit antipruritischen Effekt in der täglichen pädiatrischen und dermatologischen Praxis in Form von Pflegepräparaten als vorteilhaft erwiesen habe.

Einfluss der angeborenen Immunität auf Infektionen durch bekapselte Erreger

M. Knuf sprach in seiner Key Note Lecture über den Einfluss der angeborenen Immunität auf Infektionen durch bekapselte Pneumokokken und Meningokokken.

In Abhängigkeit von der Jahreszeit und dem Alter tragen bis zu 60% der Kinder unter 6 Jahren Pneumokokken im Nasen-Rachen-Raum, während im Durchschnitt rund 10% der Kinder asymptomatische Träger von Meningokokken sind. Knuf ging auf die Altersverteilung invasiver Pneumokokkenerkrankungen ein und erläuterte Zusammenhänge bezüglich wirtsspezifischer Faktoren wie angeborener und adaptiver Immunität in verschiedenen Altersstufen und erregerspezifischen Eigenschaften. Darüber hinaus sprach Knuf über die Bedeutung von Defekten der angeborenen Immunität sowie deren Kompensationsmechanismen insbesondere im Säuglingsalter.

Fazit

Reger Austausch und lebhaft Diskussionen zwischen Referenten und Teilnehmern trugen zu großer Relevanz der Veranstaltung für den Praxisalltag bei. Alle Beteiligten waren sich einig, dass diese alle zwei Jahre stattfindende Fortbildung großen praktischen Wert habe und die interdisziplinäre Betrachtungsweise kindlicher Dermatosen fördere – zum Vorteil der kleinen Hautpatienten.