

Leitlinie Neurodermitis

Doris Staab

Definition und Basisinformation

Neurodermitis = Atopische Dermatitis = Atopisches Ekzem (AD) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Haut, die zum allergischen Formenkreis gehört. Die Erkrankung beginnt meist im Säuglings- oder Kleinkindesalter und geht mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung weiterer atopischer Erkrankungen wie Asthma oder allergische Rhinitis einher. Die kumulative Prävalenz im Kindesalter ist zunehmend und wird zur Zeit weltweit mit über 10% angegeben mit einer hohen Schwankungsbreite zwischen aber auch innerhalb der einzelnen Länder. Dies spricht dafür, dass neben der genetischen Disposition auch Umweltfaktoren für die Entstehung der Erkrankung eine Rolle spielen.

Leitsymptome

Auf der Basis einer trockenen, oft schuppigen Haut kommt es zu stark juckenden, erythematösen, teils papulösen entzündlichen Hautveränderungen, deren Ausdehnung und Schwere stark variieren kann. Während die Läsionen im Säuglingsalter überwiegend Gesicht, Hals und die Streckseiten der Extremitäten betreffen, sind im späteren Alter vor allem die Beugen, Handgelenke und Füße betroffen. Der Verlauf ist typischerweise undulierend. Bei im Säuglingsalter Erkrankten bessert sich die AD oft im Laufe der Jahre. Während der Schübe besteht ein heftiger Juckreiz, der vor allem durch die Schlafstörung zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Patienten und der ganzen Familie führt.

Die klassischen **diagnostischen Kriterien nach Hanifin** sind:

- 1. Juckreiz
- 2. Typische Morphologie und Verteilung:
 - a. Ekzematöse Dermatitis
 - b. Lichenifikation in den Beugen mit Hautverdickung oder verstärkten Hautlinien bei Erwachsenen
 - c. Befall von Gesicht und Streckseiten bei Säuglingen und Kleinkindern
- 3. Chronischer oder chronisch rezidivierender Verlauf der Dermatitis
- 4. weitere Atopien (Asthma, Allerg. Rhinitis, Urticaria etc.) in der Eigen-oder Familienanamnese

Diagnostik

Etwa 40% der Säuglinge mit AD leiden an einer Nahrungsmittelallergie. Da weder Hautpricktest noch spezifische IgE-Antikörper etwas über die klinische Aktualität der Nahrungsmittelallergien aussagen, ist zur Diagnostik eine doppel-blind-placebo-kontrollierte Nahrungsmittelprovokation (DBPCFC) erforderlich. (s. Leitlinie Nahrungsmittelallergie). Zur Zeit wird die Wertigkeit des Atopiepatchtestes in der Diagnostik der Nahrungsmittelallergie bei AD überprüft. Die ersten Ergebnisse sind vielversprechend.

Die häufigsten Allergene in den ersten beiden Lebensjahren sind Milch, Ei, Weizen und Soja. Mit zunehmendem Alter nehmen diese Allergien ab und es spielen inhalative Allergene wie Hausstaubmilbe, Pollen oder Tierhaare eine Rolle als Auslöser der AD. Bei Schulkindern müssen Pollenassoziierte Nahrungsmittelallergien sowie Pseudoallergische Reaktionen auf bestimmte Nahrungsmittel berücksichtigt werden. In den letzten Jahren rücken Superantigen

produzierende Staphylokokken als Auslöser in den Vordergrund. Aus diesem Grund sind Hautabstriche bei schweren Exazerbationen sinnvoll.

Außer den klassischen allergischen Auslösern gibt es eine Menge unspezifischer Irritantien, Klimafaktoren und psychische Faktoren, die als Auslöser eines Neurodermitisschubs eine Rolle spielen können. Eine spezifische Diagnostik lässt sich hier nicht durchführen.

Die Bestimmung von ECP ist zur individuellen Diagnostik nicht geeignet.

Differentialdiagnostisch müssen im Säuglingsalter das seborrhoische Ekzem und Scabies sowie Ekzeme im Rahmen angeborener Immundefekte berücksichtigt werden, später dyshidrotische Ekzeme, Kontaktekzeme und Pilzinfektionen.

Therapie

Eine kausale Therapie ist derzeit nicht möglich. Die verschiedenen therapeutischen Ansätze bestehen aus präventiver Hautpflege, antiinfektiöser und antiinflammatorischer Therapie und psychologischer Intervention.

Basishautpflege: Neben der Elimination von Auslösern steht die tägliche Hautpflege mit wirkstofffreien Pflegemitteln im Vordergrund. Regelmäßige Hautreinigung wird wegen der chronischen Staphylokokkenbesiedelung der Haut empfohlen.

- **Faustregel 1:** feucht auf feucht und fett auf trocken
- **Faustregel 2:** je entzündeter die Haut um so weniger fett die Salbengrundlage (eher Creme als Salbe)

Antiinflammatorische Therapie: Die erythematösen Veränderungen werden mit topischen Steroiden behandelt. Als Zwischenstufe können milde antiinflammatorische Substanzen wie Zink, Schieferöl oder Teer versucht werden. Bei nässendem Ekzem und Superinfektion ist eine Hautdesinfektion und Gerbung z. B. mit Kaliumpermanganatbädern oder Farbstoffen wie Eosin sinnvoll. Je nach Ausdehnung kann eine lokale (cave Sensibilisierung) oder systemische Antibiotikatherapie erforderlich sein, eventuell auch über längere Zeit.

Zur Zeit in Erprobung sind neuere antiinflammatorische Substanzen aus der Reihe der Makrolid- Immunsuppressiva wie Tacrolimus und Ascomycin zur topischen Anwendung. Bei schwersten Ekzemen muss auch eine systemische Therapie mit Steroiden oder Cyclosporin erwogen werden.

Ernährung: Ungezielte Diäten (sogenannte Neurodermitisdiäten ohne individuellen Nachweis einer Nahrungsmittelallergie) sind nicht indiziert.

Psychologische Therapie: Verhaltenstherapeutische Interventionen zum Umgang mit Juckreiz und Kratzen sowie Entspannungstechniken für Kind und Eltern können hilfreich sein. Je nach Schwere und Auswirkungen auf die Familie kann auch eine psychosoziale Begleitintervention erforderlich sein.

Rehabilitation und Patientenschulung:

Bei schwerer AD kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit Klimawechsel und Patientenschulung sinnvoll sein. Zur ambulanten wohnortnahen Rehabilitation wird zur Zeit ein Schulungsprogramm für Eltern, Kinder und Jugendliche evaluiert.

Primäre und sekundäre Prävention

Für Hochrisikokinder aus atopisch belasteten Familien ist eine Expositionsprophylaxe sinnvoll. Das heißt, nach Möglichkeit ausschließliche Muttermilchernährung bis zum 6.

Lebensmonat, alternativ eine hochhydrolysierte Säuglingsnahrung, späte und stufenweise Einführung von Beikost, Vermeidung hochallergener Nahrungsmittel wie Ei, Fisch und Nüsse im ersten Lebensjahr sowie eine Reduktion von Innenraumallergenen durch milbenarmes Klima und Verzicht auf felltragende Haustiere. Wegen des erhöhten Risikos für die Entwicklung einer Kontaktdermatitis sollte auf die Gefahren von Ohrsteckern und sonstigem Piercing hingewiesen werden.

Bei Jugendlichen sollte eine Berufsberatung durchgeführt werden, da alle Berufe, die mit häufigem Händewaschen verbunden sind sowie Berufe mit erhöhter Allergenbelastung ungünstig sein können.

Literatur

Hanifin and Rajka. Diagnostic features of AD. Acta Derm Venereol 1980;92{Suppl}:44.

Leung, D.Y.M.: Atopic dermatitis: new insights and opportunities for therapeutic intervention J Allergy Clin Immunol 2000, 105:860-876

Wahn,U, Niggemann, B.: Atopische Dermatitis - Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der kinderärztlichen Praxis. Päd. Praxis 1996, 51:263-276