

# Der Allgemeinarzt

## Serum-Kalzium

↑ oder ↓

*Nebenschilddrüse  
ins Visier nehmen*

- Influenza-Saison beginnt:  
Wen womit impfen?
- Ein halbes Jahrhundert  
Allgemeinmedizin
- Briefe und E-Mails: Je  
klarer, desto wirksamer

## ATOPISCHE DERMATITIS

# Was hilft in welchem Stadium?

Matthias Möhrenschrager

Kinder mit atopischem Ekzem zeigen zu einem hohen Prozentsatz bereits im Säuglingsalter entsprechende Symptome. Bis zur Pubertät bilden sich die Ekzeme oft zurück, um dann im Erwachsenenalter teilweise erneut aufzutreten. In dem folgenden Beitrag sollen Probleme bei der Diagnostik sowie die aktuellen Therapieempfehlungen kurz dargestellt werden.



Abbildung 1: Beugene Ekzeme bei Neurodermitis

Das atopische Ekzem (auch endogenes Ekzem, atopische Dermatitis, Neurodermitis constitutionalis atopica) gilt als häufigste entzündliche Hauterkrankung im Kindesalter [17], findet sich jedoch nicht selten auch bei Erwachsenen.

### Diagnose: nicht immer leicht

Die Diagnosestellung wird erschwert durch

das Fehlen eines diagnostischen Gold-Standards. Weder pathognomonisch veränderte Laborparameter (wie beispielsweise der Befund einer Hyperglykämie im Rahmen der Diagnostik eines Diabetes mellitus [8]) noch spezifische histomorphologische Charakteristika [2] können derzeit für sich allein die Diagnose „atopisches Ekzem“ sichern. Gleiches gilt auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt für molekulargenetische Untersuchungen [14]. →



Hilfsweise werden daher verschiedene – größtenteils umfangreiche – Kriterienkataloge zur Diagnosefindung verwendet [5, 20, 21, 22].

Tabelle 1 zeigt die diagnostischen Kriterien des atopischen Ekzems nach Ring, welche sich im klinischen Alltag bewährt haben [18]. Um die Diagnose „atopisches Ekzem“ stellen zu können, müssen mindestens vier der sechs Kriterien vorliegen.

**Prävalenz: steigend**

In industrialisierten Ländern wird in den letzten Dekaden eine deutliche Zunahme der an atopischem Ekzem erkrankten Personen festgestellt.

Gegenwärtig wird von einer Prävalenz von bis zu 30 % bei Kindern und bis zu 10 % bei Erwachsenen ausgegangen [13, 15]. Die höchste Prävalenz wird für das nördliche Europa berichtet [1].

Die Prävalenz des atopischen Ekzems ist in ländlichen Gebieten vielfach niedriger als in Städten, was gemäß der Hygiene-Hypothese u. a. durch eine verringerte Exposition in der Kindheit gegenüber Infektionserregern zu einer Zunahme allergischer Erkrankungen führen soll [16, 14].

Abzugrenzen hiervon ist die sogenannte „Urwald“-Hypothese [10]. Demnach richtet sich Immunglobulin E, welches in der Evolution u. a. der Abwehr von Parasiten diene, nunmehr – in Ermangelung Letzterer – gegen Pollen, Milben und andere Umweltstoffe.

**Rezidive sind häufig**

Etwa 60 % der Patienten mit atopischem Ekzem zeigen initiale Krankheitszeichen im ersten Lebensjahr und 85 % der Patienten vor dem fünften Geburtstag [7, 11].

Mehr als 70 % der erkrankten Kinder erfahren zunächst eine vollständige Rückbildung der Symptome des atopischen Ekzems bis zur Pubertät [11]. Nach einer Langzeitbeobachtung des Verlaufs des frühkindlichen atopischen Ekzems über 20 Jahre [6] erlebt jedoch knapp ein Drittel im Erwachsenenalter ein Rezidiv. Das atopische Ekzem kann darüber hinaus auch erstmalig im Erwachsenenalter klinisch manifest werden [18]. Hier ist vielfach keine Im-



Foto: Mährenschlager

Abb. 2: Stigmata des atopischen Ekzems (Beispiele): Rarefizierung der Augenbrauendichte lateral und Doppelung der Unterlidfalten

**Atopisches Ekzem: Diagnostische Kriterien nach Ring [11]**

- Juckreiz
- Ekzem-Morphe (altersentsprechend)
- Typische Ekzem-Lokalisation (altersentsprechend) (vgl. Abb. 1)
- Atopie in Eigen- und/oder Familienanamnese
- Atopie-Stigmata (Xerosis cutis, Hertoghe-Zeichen u. v. m.) (vgl. Abb. 2)
- Immunglobulin-E-vermittelte Sensibilisierung

Zur Stellung der Diagnose „atopisches Ekzem“ müssen mindestens vier der sechs Kriterien vorliegen.

**TABELLE 1**

munglobulin-E-vermittelte Sensibilisierung nachzuweisen [9, 12, 13].

**Therapie: Es muss nicht immer Kortison sein**

Gemäß den aktuell gültigen S2-Leitlinien [19] sieht die Neurodermitis-Behandlung bei trockener Haut (Stufe 1) neben einer Vermeidung bzw. Reduktion von Triggerfaktoren den Einsatz von rückfettenden Topika vor. Bei leichten Ekzemen (Stufe 2) wird – neben den Therapeutika des Stadiums 1 – zum

Einsatz von Glukokortikoiden der Klasse I oder II geraten. Alternativ kommt auch ein Einsatz von Calcineurinhibitoren in Betracht. Auch →

**Knapp ein Drittel der Kinder mit abgeheiltem atopischem Ekzem erleiden als Erwachsene ein Rezidiv.**

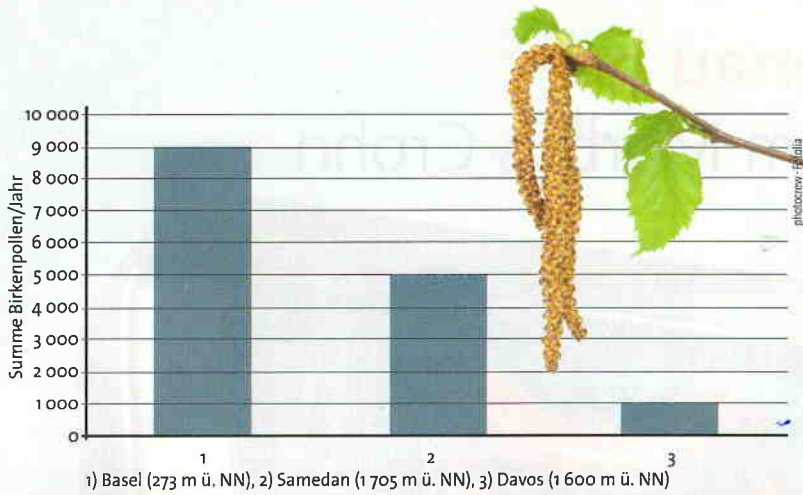


Abb. 3: Durchschnittliche jährliche Summe an Birkenpollen

werden hier Antiseptika und Antipruriginosa eingesetzt. Bei moderatem Ekzem (Stufe 3) werden neben den Maßnahmen der Stufen 1 und 2 topische Glukokortikoide der Klasse III eingesetzt. Bei persistierenden, schwer ausgeprägten Ekzemen (Stufe 4) kommen neben den Maßnahmen der Stufen 1 bis 3 systemische Immunsuppressiva (z. B. Ciclosporin) zum Einsatz. Eine UV-Therapie wird additiv ab Stufe 2 empfohlen [19].

### Klimatherapie im Hochgebirge

Ergänzend hierzu kann eine Klimatherapie die Behandlung der Neurodermitis unterstützen. In Abhängigkeit von der Höhe kommt es zu Veränderungen bedeutsamer Umgebungsparameter. Das besondere Strahlungsklima im Hochgebirge – mit Zunahme der täglichen Sonnenscheindauer oberhalb von 800 m im Herbst und Winter, einer höheren Globalstrahlung und Intensitätszunahme des für die Dermatotherapie bedeutsamen Wellenlängenbereichs von 290 und 350 nm – kann in Form der Heliotherapie nahezu ganzjährig genutzt werden. Selbst bei bedecktem Himmel erreicht noch eine therapeutisch nutzbare Reststrahlung den exponierten hautkranken Patienten [3].

Ein erniedrigter Sauerstoffpartialdruck, wie er im Hochgebirgsklima gegenüber dem Flachland besteht, bewirkt eine Kreislaufaktivierung, eine Vertiefung der Atmung sowie eine Verbesserung der Hautdurchblutung, welche therapeutisch genutzt wird.

Eine erniedrigte Luftfeuchtigkeit in der Höhe führt zu einer erhöhten Abdunstung über die Haut, zu einer Erniedrigung der Hauttemperatur sowie zu einer Minderung des Juckrei-

zes. Weiterhin führt die im Hochgebirgsklima fehlende Schwüle zu reduzierter Schweiß- und Wärmebelastung am Hautorgan. Auch wird die geschützte Hochgebirgstalage (z. B. Davos) dafür verantwortlich gemacht, dass dort eine verminderte Anzahl von Infektionserregern – im Vergleich zu tiefer gelegenen Regionen – nachgewiesen werden kann [3].

Durch die oft deutliche Entfernung vom Wohnort bzw. Arbeitsplatz ergeben sich weiterhin positive Effekte für Psyche und Haut. Oberhalb von 1 500 Höhenmetern ist von einer Hausstaubmilbenfreiheit auszugehen. Andere potente Allergene (z. B. Birken- und Gräserpollen, Schimmelpilzsporen) sind deutlich in der Konzentration als auch in der Zeitdauer ihres Auftretens reduziert bzw. fehlen fast völlig.

Abb. 3 zeigt für die Konzentration der Birkenpollen (durchschnittliche jährliche Pollensumme) die Unterschiede für Basel (273 m über NN), Samedan (1 705 m über NN) sowie Davos (1 600 m über NN) auf. Interessanterweise weist das gegenüber Davos höher gelegene Samedan hinsichtlich der Pollenkonzentration höhere Werte auf [4]. Dies wird mit, relativ gesehenen, ungünstigeren Standortbedingungen von Samedan (wie vermehrte aerogene Pollenzufuhr aufgrund meteorologischer und geographischer Besonderheiten) in Zusammenhang gebracht.

## Eine Klimatherapie im Hochgebirge kann nahezu ganzjährig genutzt werden.



Diesen Beitrag sowie die vollständige Literaturliste finden Sie auch unter [www.allgemeinarzt-online.de](http://www.allgemeinarzt-online.de)



PD Dr. med. Matthias Möhrenschrager

Zentrum Dermatologie/Allergologie  
Hochgebirgsklinik  
CH – 7265 Davos

INTERESSENKONFLIKTE:  
Der Autor hat keine deklariert.