

24. bis 25. 2. 2012

DDG KOMPAKT

Maritim Hotel
Berlin

Willkommen zu neuem Tagungsformat 1. DDG KOMPAKT

Rudolf Stadler, Minden & Roland Kaufmann, Frankfurt

Liebe Kolleginnen und Kollegen, *DDG KOMPAKT* ist ein Tagungsformat mit der Zielsetzung, zeitsparend und praxisnah Spezialwissen innerhalb einer sich modern darstellenden medizinischen Fachgesellschaft zu vermitteln.

Der rasante Fortschritt in Diagnostik und Therapie auf der einen Seite und die verunsichernden Entwicklungen in der Gesundheitspolitik auf der anderen Seite erfordern von der deutschsprachigen Dermatologie, zeitnah Gegenwart und Zukunft ihrer medizinischen Entwicklungen öffentlichkeitswirksam darzustellen. *DDG KOMPAKT* wird alle zwei Jahre im Wechsel zur traditionsreichen DDG-Tagung über zwei Tage in Berlin stattfinden.

Die Zielsetzung von *DDG KOMPAKT* besteht in der Präsentation thematisch ausgewählter Spezialgebiete unseres Faches auf höchstem Niveau. Die ausgewiesenen Experten werden zu ihrem Thema den letzten Stand und Visionen zur Forschung, Diagnostik und Therapie in Plenarvorträgen wiedergeben. Die Vortragsinhalte werden Ihnen am Ende der Kurztagung elektronisch zur Verfügung stehen.

Die Allergologie ist unser erstes Schwerpunktthema. Die Inhalte des vorliegenden Programms reichen über das atopische Ekzem, die Kontaktallergien, Berufsdermatosen, Inhalationsallergien, Arzneimittelreaktionen, Nahrungsmittelallergien bis hin zur Urtikaria. Neueste Daten zur Epidemiologie, Diagnostik und Therapie werden in überschaubarem Zeitrahmen vermittelt. Das öffentliche Interesse für Prävention, Früherkennung und Versorgungsfor-

schung zu sensibilisieren, gehört zu den weiteren Zielen. Daneben wird Ihnen in einem umfangreichen Workshopangebot ermöglicht, praktisch relevantes Wissen zu vertiefen und neue Qualifikationen zu erwerben. Satellitensymposien der pharmazeutischen Industrie zu aktuelle Entwicklungen runden das Programm ab.

Mit dem Maritim Hotel in Berlin-Tiergarten haben wir für Sie einen ebenso „kompakten“ Tagungsort ausgewählt, der Ihnen allen Komfort ermöglicht. Wir heißen Sie herzlich im Hotel Maritim zu „Allergie Kompakt“ willkommen.



Prof. Dr.
Rudolf Stadler



Prof. Dr.
Roland Kaufmann



© photocrew - Fotolia.com

ALLGEMEINE HINWEISE

24. bis 25. Februar 2012

DDG KOMPAKT – Fortbildung für die deutschsprachige Dermatologie

TAGUNGSORT

MARITIM Hotel
Berlin-Tiergarten
Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

TAGUNGSPRÄSIDENT

Prof. Dr. Rudolf Stadler
Präsident der DDG
Johannes Wesling Klinikum Minden
Dermatologie
Hans-Nolte-Straße 1, 32429 Minden
hautklinik@klinikum-minden.de

TAGUNGSLEITUNG

Prof. Dr. Roland Kaufmann
Generalsekretär der DDG
Klinikum der J. W. v. Goethe-Universität
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/M.
Kaufmann@em.uni-frankfurt.de

WISSENSCHAFTLICHES SEKRETARIAT

Elke Schmeckenbecher
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
e.schmeckenbecher@derma.de

KONGRESSORGANISATION

MCI Deutschland GmbH
Annette Gleich/Landy Siemssen
Markgrafenstraße 56, 10117 Berlin
ddgkompakt-at-mci-group.com

www.derma.de

INHALT



- 2 Workshop
Allgemeine Notfälle in der täglichen Praxis
Hartmut F. Ständer
- 3 Spezifische Notfälle in der Allergologie
Elmar Ehring
- 4 Systemische Soforttypreaktionen
Bienen- und Wespengiftanaphylaxie
Bernhard Przybilla
- 5 Die Rolle der IgE- und IgG-Diagnostik bei Nahrungsmittelallergien
Bedeutung und Bedenken
Jörg Kleine-Tebbe, Juliane Ackermann-Simon, Gerald Hanf
- 6 Pollenassoziierte Nahrungsmittelallergie
Hilft eine spezifische Immuntherapie?
Regina Treudler
- 7 Berufsdermatosen
Diagnostik bei Proteinkontaktdermatitis
Vera Mahler
- 8 Atopische Dermatitis
Wie gestalte ich eine Basistherapie?
Johannes Wohlrab
- 9 Kontaktallergie
Aktuelle Epidemiologie
Johannes Geier
- 10 Indikation und Aussage
Abriss-Epikutantest
Heinrich Dickel
- 11 **AMNOG: Wer hat den Zusatznutzen?**
- 12 Buchtipps · Kalender · Impressum

Workshop

Allgemeine Notfälle in der täglichen Praxis

Hartmut F. Ständer, Münster

In einer dermatologischen Klinik oder Praxis muss man aufgrund der Vielzahl von Menschen mit zahlreichen nicht dermatologischen Begleiterkrankungen, die sich in diesen Einrichtungen täglich aufhalten, jederzeit mit allgemeinen potentiell lebensbedrohlichen Notfällen rechnen. Zusätzlich erfolgen auch in der Dermatologie diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, die lebensbedrohliche Komplikationen zur Folge haben können. Daher ist es zwingend erforderlich, dass sowohl das ärztliche als auch das medizinische Assistenzpersonal in diesen Einrichtungen sich auf diese möglichen Notfälle vorbereitet und dazu gemeinsam regelmäßige Übungen durchführt, damit eine möglichst optimale Notfallversorgung bis zum Eintreffen des Regelrettungsdienstes erfolgt.

Die Etablierung eines Notfallsystems in den Einrichtungen mit den regelmäßigen Übungen des gesamten ärztlichen und nicht ärztlichen Teams ist Bestandteil des Qualitätsmanagements.

Um möglichen Notfällen optimal begegnen zu können, ist bereits im Vorfeld eine gute Vorbereitung erforderlich. Dazu gehört die Erstellung eines Notfallplans, der auf die jeweilige Einrichtung zugeschnitten ist und klar regelt, wie und mit welchen Personen im Falle eines Notfalles genau vorzugehen ist. Dieser Plan sollte immer im Rahmen von regelmäßigen Übungen kritisch hinterfragt werden und ggf. angepasst werden. Weiterhin muss vor der Durchführung

von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen immer eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Analyse erfolgen, um das Auftreten möglicher lebensbedrohlicher Komplikationen zu verringern.

Selbstverständlich muss eine adäquate Notfallausrüstung vorgehalten werden, die regelmäßig überprüft



Abb. 1: Infusionspaket.

werden muss und den jeweiligen Gegebenheiten angepasst werden sollte. Sinnvoll ist u. a. die Vorbereitung eines Infusionspaketes, das alles für das Legen eines intravenösen Zugangs enthält und mit einem Griff zur Verfügung steht (Abb. 1). Bei der empfohlenen Notfallausrüstung soll der Automatische Externe

Defibrillator (AED) hervorgehoben werden. Der Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung des plötzlichen Herztodes ist die frühestmögliche Defibrillation. Dafür sind kleine wartungsarme und relativ günstige automatische Defibrillatoren entwickelt worden. Da die Geräte einen regelmäßigen Selbstcheck durchführen, sind keine regelmäßigen Wartungen nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) erforderlich. Man findet AED inzwischen an vielen öffentlichen Plätzen wie Flughäfen und Bahnhöfe. Daher sollten diese Geräte auch ihren Platz in dermatologischen Kliniken und Praxen finden. Eine weitere sinnvolle Ergänzung der Notfallausrüstung stellt der Larynx-tubus dar. Dieser ist ein einfach anzuwendender

und kostengünstiger Tubus zur Atemwegssicherung. Obwohl die endotracheale Intubation weiterhin als Goldstandard gilt, ist diese dem geübten Anwender vorbehalten. Der Larynx-tubus dagegen kann ohne größere Übung angewendet werden und bietet einen Aspirationsschutz bis zu 80 %.



Dr. Hartmut F. Ständer

In den Notfallsituationen gibt es Basismaßnahmen, die in der Regel immer vor weitergehenden Maßnahmen ergriffen werden können. Dazu gehören ruhiges, selbstsicheres Auftreten der Helfenden, das Abschirmen und Beruhigen des Patienten, Schaffung des notwendigen Arbeitsraumes, die Überprüfung der Vitalfunktionen nach der ABC-Regel (Atmung, Bewusstsein, Cirkulation), die Alarmierung des Notarztes und des Rettungsdienstes sowie die Sauerstoffgabe und das Legen eines peripheren Zuganges.

An spezifischen Notfällen überwiegen internistische Komplikationen wie anaphylaktische Reaktionen, kardiozirkulatorische Störungen, respiratorische Beeinträchtigungen sowie Störungen des Bewusstseins. Seltener können traumatische Notfälle durch Stürze innerhalb der Einrichtung oder als intraoperative Komplikationen auftreten. Hierzu hat die Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e. V. (AGNN) Therapieempfehlungen für die Notfallmedizin herausgegeben, die jedem im Internet zur Verfügung stehen (www.agnn.de) und eine gute Hilfestellung zur Behandlung der Notfälle darstellen.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Hartmut F. Ständer
Paulinenkrankenhaus Bad Bentheim
Paulinenweg 1
48455 Bad Bentheim
staender@uni-muenster.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 24. 2. 2012
9.00–12.00 Uhr

WORKSHOP

Notfälle in der Dermatologie und Allergologie
Organisation: H. F. Ständer
(Bad Bentheim)

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Freitag, 24. 2. 2012
13.00–14.00 Uhr
MARITIM Hotel Berlin-Tiergarten
Salon Riga 17

MITTAGSSEMINAR

Non Melanoma Skin Cancer: State of the Art

Aktinische Keratosen (AK) treten vor allem bei älteren Patienten, die im Laufe ihres Lebens einer erhöhten UV-Lichtexposition ausgesetzt waren sowie bei Organtransplantierten auf. AK werden als Frühform „carcinoma in situ“ von Non Melanoma Skin Cancer (NMSC) wie z. B. dem Plattenepithelkarzinom gewertet.

Heutzutage stehen verschiedene Therapieformen zur Verfügung um AK zu behandeln wie physikalisches Abtragen mittels Kürettage, Kryotherapie, chemotherapeutische Lokaltherapien, Immunmodulatoren und photodynamische Therapie (PDT). Dabei unterscheiden sich Flächentherapien von läsionsgerichteten Therapien. Das Mittagsseminar vermittelt eine Übersicht insbesondere zu neuen nicht invasiven Behandlungsformen der AK sowie aktueller Entwicklungen in der Therapie von hellem Hautkrebs.

Programm

Neue Therapieansätze in der nicht invasiven Behandlung aktinischer Keratosen

Prof. Dr. Eggert Stockfleth, Berlin

Aktuelle Entwicklungen in der Behandlung von hellem Hautkrebs

Prof. Dr. Jan C. Simon, Leipzig

Mit freundlicher Unterstützung der
Almirall Hermal GmbH



AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

PROFESSOR ROHDE COSMETICS: vom Dermatologen für Dermatologen

Dermatologische Tradition und zeitgemäße kosmetische Kompetenz

Die PROFESSOR ROHDE COSMETICS-Serie, initiiert und entwickelt mit der dermatologischen Kompetenz ihres Namensgebers, Prof. Dr. med. Bernward Rohde, ist den spezifischen Bedürfnissen der empfindlichen, trockenen und belasteten Haut angepasst. Die ausgesprochen gut verträglichen Produkte sind abgestimmt auf den natürlichen chronobiologischen Rhythmus der Haut und decken die wichtigsten Anwendungsgebiete des Alltags ab. Für besondere Problemlösungen (z. B. extrem trockene Haut der Füße) enthält die bewusst überschaubar gestaltete Serie innovative „Spezialprodukte“.

Medizinische Tradition, Übersichtlichkeit, Qualität, Wirksamkeit und Verträglichkeit sowie ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis machen die PROFESSOR ROHDE COSMETICS-

Serie zu einem idealen Partner für Praxis und Kosmetik-Institut.

Fordern Sie kostenfrei und unverbindlich Produktproben sowie weiterführende Informationen an:

Thanaka GmbH
Am Tannenwald 6, D-66459 Kirkel
Tel.: 068 49/60 02-0
info@professor-rohde-cosmetics.de
www.rohde-cosmetics.de



Abb. 1: Maßgeschneiderte Kosmetikserie für den Dermatologen.

Foto: Thanaka GmbH

Deutsches Krebsforschungszentrum

Viren fördern UV-bedingten Hautkrebs

Wissenschaftler aus dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und der International Agency for Research on Cancer in Lyon entdeckten, dass bestimmte humane Papillomviren die Haut von Mäusen lichtempfindlich machen. Damit tragen die Erreger ursächlich zur Entstehung von weißem Hautkrebs bei.

Unser sonnenhungriges Freizeitverhalten wie Reisen in südliche Länder, Sonnenbaden oder ausgedehnte Outdoor-Aktivitäten fördert die Entstehung von weißem Hautkrebs (Spinaliome und Basaliome). Doch Experten bezweifeln, dass UV-Licht allein für die Krebsentstehung verantwortlich ist: In den letzten Jahren hatten Ärzte beobachtet, dass Empfänger von Organtransplantaten, deren Immunsystem dauerhaft durch Medikamente gedämpft wird, bis zu hundertmal häufiger an weißem Hautkrebs erkranken als die Normalbevölkerung. „Das legt nahe, dass auch ein infektiöser Erreger an der Krebsentstehung beteiligt ist“, sagt der Virologe Lutz Gissmann aus dem Deutschen Krebsforschungszentrum. Diese Vermutung wurde durch die Beobachtung untermauert, dass bestimmte humane Papillomviren (HPV) Hautveränderungen hervorrufen, die zu weißem Hautkrebs entarten können. Außerdem wurde in weißen Hautkrebszellen das Erbgut dieser Viren entdeckt. Gemeinsam mit Massimo Tommasino von der International Agency for Research on Cancer in Lyon untersuchten Wissenschaftler um Lutz Gissmann und Daniele Viarisio nun, ob Papillomviren tatsächlich eine ursächliche Rolle bei der Krebsentstehung spielen oder nur als zufällige „Begleiterscheinung“ auftreten. Bei den unter Verdacht stehenden Viren handelt es sich um Erreger der so genannten Beta-HPV-Gruppe.

HPV sind außerordentlich gut erforscht. So ist es bekannt, dass die beiden Virusgene E6 und E7 dafür verantwortlich sind, dass infizierte Zellen zu Krebs entarten. Das Forscherteam aus Heidelberg und Lyon wählte daher diese beiden Gene der Beta-Papillomviren aus, um sie mit gentechnischen Methoden in Hautzellen von Mäusen einzubringen und so eine chronische Virusinfektion zu imitieren.

Die Epidermis der genveränderten Tiere wucherte stärker als die ihrer normalen Artgenossen, jedoch bildeten sich keine Tumoren. Setzten die Forscher die genveränderten Tiere jedoch UV-Strahlung aus, so bildete ihre Haut so genannte Aktinische Keratosen (AK), die als Vorstufen der bösartigen Plattenepithelkarzinome (Spinaliome) gelten. Nach einiger Zeit entstand bei einem Teil der Mäuse aus den Vorstufen tatsächlich weißer Hautkrebs. Kontrolltiere dagegen zeigten bei der gleichen UV-Dosis keinerlei Hautveränderungen. „Offensichtlich machen die Beta-Papillomviren die Hautzellen anfälliger für schädliche UV-Strahlung und sind damit ursächlich an der Krebsentstehung beteiligt“, erklärt Lutz Gissmann. „Mit diesem Wissen können wir nun überlegen, ob besonders gefährdete Personengruppen wie etwa Empfänger von Organtransplantaten durch eine Impfung gegen Beta-Papillomviren vor Hautkrebs geschützt werden können.“ Gissmann war bereits maßgeblich an der Entwicklung der 2006 eingeführten Schutzimpfung gegen HPV16 und 18 beteiligt, die Frauen vor Gebärmutterhalskrebs schützen soll. „Aus den bisherigen Erfahrungen mit dieser Vakzine wissen wir, dass die Impfung gegen Infektionen mit Papillomviren schützt. So könnte auch ein Impfstoff gegen die Beta-Papillomviren weißem Hautkrebs vorbeugen.“

LITERATUR

Daniele Viarisio, Karin Mueller-Decker, Ulrich Kloz, Birgit Aengeneyndt, Annette Kopp-Schneider, Hermann-Josef Gröne, Tarik Gheit, Christa Flechtenmacher, Lutz Gissmann and Massimo Tommasino: E6 and E7 from beta HPV38 cooperate with ultraviolet light in the development of actinic keratosis-like lesions and squamous cell carcinoma in mice. PLoS Pathogen 2011, <http://www.plospathogens.org/article/info:doi/10.1371/journal.ppat.1002125>

Quelle: DKFZ, idw 2011

Spezifische Notfälle in der Allergologie

Elmar Ehring, Münster



Dr. Elmar Ehring

Notfälle in der Allergologie sind häufig immunologisch-allergischen Ursprungs. Diese „Allergologischen Notfälle“ begegnen uns in der täglichen Praxis, z. B. in Form von Urticaria, Quincke Ödem bis hin zu allergischen Reaktionen mit Systembeteiligung. Darüber hinaus müssen wir im Rahmen von Diagnostik und spezifischer Therapie jederzeit auf unerwünschte Wirkungen mit allergischen Reaktionen und Schockfragmenten, bis hin zum Vollbild des anaphylaktischen Schocks vorbereitet sein, um diesen möglichst frühzeitig und effektiv entgegenwirken zu können. Die adäquate Reaktion in der spezifischen Notfallsituation setzt standardisierte Handlungsweisen mit gezieltem therapeutischem Vorgehen

voraus. Daher gehören Notfallübungen für Ärzte/Ärztinnen und im Praxisteam in regelmäßigen Abständen heute selbstverständlich und verbindlich zum Qualitätsmanagement jeder Arztpraxis.

In dem Vortrag werden, unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien zur Akuttherapie anaphylaktischer Reaktionen und der sich anschließenden praktischen Übungen, neben juristischen Gesichtspunkten, mögliche Ursachen, pathophysiologische Zusammenhänge und gezieltes therapeutisches Vorgehen in der Notfallsituation angesprochen. Darüber hinaus werden notwendige und mögliche prophylaktische Maßnahmen wie z. B. Zusammensetzung und Umfang des

Notfallsets, Checklisten usw. dargestellt und diskutiert.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Elmar Ehring
Hautzentrum
Marktallee 26
48165 Münster – Hilstrup

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 24. 2. 2012
9.00–12.00 Uhr

WORKSHOP

Notfälle in der Dermatologie und Allergologie

Organisation: H. F. Ständer
(Bad Bentheim)

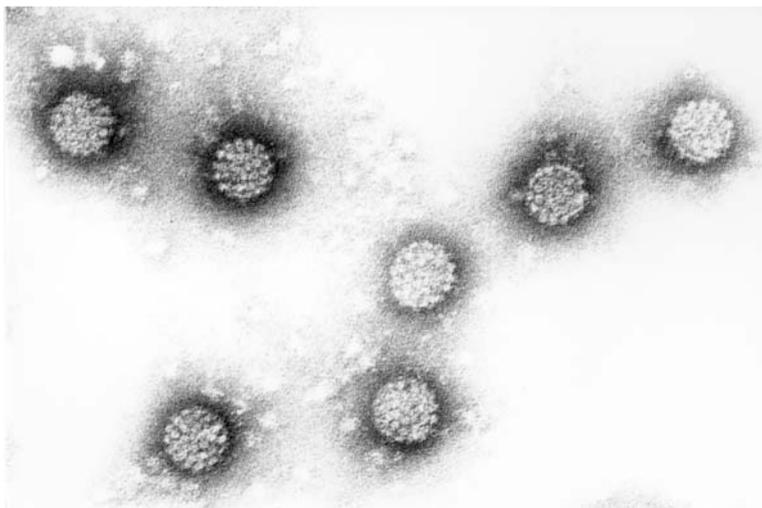


Abb. 1: Elektronenmikroskopische Aufnahme von humanen Papillomviren (Quelle: Prof. Hanswalter Zentgraf, Deutsches Krebsforschungszentrum).

Systemische Soforttypreaktionen Bienen- und Wespengiftanaphylaxie

Bernhard Przybilla, München

Systemische Soforttypreaktionen (Anaphylaxie) auf Insektenstiche sind nicht selten, sie treten bei etwa 3 % der Bevölkerung im Laufe des Lebens auf. Auslöser sind in Mitteleuropa fast immer Honigbienen oder bestimmte Faltenwespen, selten andere Insekten. Spezifische Immuntherapie (SIT) mit Gift der Honigbiene (*Apis mellifera*) oder Gift von *Vespula*-Arten schützt fast immer vor erneuter Stichenanaphylaxie, wobei manchmal eine Erhöhung der Standarddosis von 100 µg auf 200 µg (selten >200 µg) nötig ist.

Neuere Studien haben gezeigt, dass Risikofaktoren für besonders schwere Stichenanaphylaxie nicht nur höheres Patientenalter oder Mastzellerkrankung (Mastozytose und/oder erhöhte basale Serumtryptasekonzentration), sondern unter anderem auch ACE-Hemmer-Anwendung sowie wiederholte Stichreaktionen sind – mit einer Zunahme des Schweregrades der Symptome bei erneutem Stich ist also zu rechnen.

Fortschritte in der Diagnostik sind der Basophilen-Aktivierungstest und rekombinante Insektengiftallergene für die IgE-Diagnostik in vitro. Diese Tests sind sinnvoll, wenn die Standarddiagnostik nicht die erwartete Sensibilisierung zeigt. Allerdings sind „falsch-positive“ oder „falsch-negative“ Ergebnisse in allen Testsystemen möglich: Ohne Anamnese einer Stichenanaphylaxie ist eine Sensi-

bilisierung kein Risiko für eine spätere Stichenanaphylaxie, und umgekehrt kann bei lebensbedrohlichen Stichreaktionen der Nachweis einer Sensibilisierung manchmal nur schwer oder auch gar nicht zu führen sein.

Erwachsenen Patienten mit Stichenanaphylaxie ist unabhängig vom Schweregrad der Reaktion grundsätzlich zu einer SIT zu raten; SIT ist obligat bei Symptomen, die über eine Hautreaktion hinaus gingen, bei häufiger Insektenexposition oder bei individuell erhöhtem Risiko schwerer Anaphylaxie. Bei Kindern mit ausschließlich systemischer Hautreaktion kann meist auf eine SIT verzichtet werden.

Systemische Nebenwirkungen der SIT treten vor allem in der Phase der Dosissteigerung auf, besonders bedeutsame Risikofaktoren für

schwerere Nebenwirkungen sind Mastzellerkrankung, antihypertensive Therapie (ohne Bezug zur Art der Medikation) und – entgegen verbreiteter Meinung – eine rasche Dosis-



Univ.-Prof. Dr.
Bernhard Przybilla

steigerung. Bei Patienten mit wiederholten systemischen Reaktionen auf die SIT ist ein meist erfolgreicher Therapieansatz, durch den Verträglichkeit der SIT erreicht werden kann, die Begleit- und/oder Vorbehandlung mit Omalizumab.

Die immer noch einzige Möglichkeit zur Kontrolle der Wirksamkeit der SIT ist der Stichprovokationstest mit einem lebenden Insekt. Der Test wird etwa 6–18 Monate nach Erreichen der Erhaltungsdosis in notfallmedizinischer Bereitschaft vorgenommen. Kommt es weiter zu einer systemischen Reaktion, so wird die Erhaltungsdosis gesteigert.

Über die Dauer der SIT wird individuell entschieden, sie ist vom Risikoprofil des Patienten abhängig. Bei Patienten ohne besondere Risiken kann die SIT nach 3–5 Jahren be-

endet werden, sofern die Behandlung selbst und ein erneuter Stich durch das auslösende Insekt ohne systemische Reaktion vertragen wurden. Im Übrigen wird in Abhängigkeit vom Risikoprofil länger behandelt, manchmal (z. B. bei Mastozytose, früherer Stichenanaphylaxie mit Herzkreislaufstillstand) ist eine lebenslange SIT erforderlich.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass zum aktuellen Stand von Diagnose und Therapie der Bienen- und Wespengiftallergie kürzlich eine S2-Leitlinie publiziert wurde (AWMF-Registernummer 061-020; Allergo J 2011; 20: 318-339).

KORRESPONDENZADRESSE

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Przybilla
Ludwig-Maximilians-Universität
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
AllergieZentrum
Frauenlobstraße 9-11
80337 München
Bernhard.Przybilla@med.uni-muenchen.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 24. 2. 2012
17.45–18.45 Uhr

PLENARVORTRAG

Insektengiftallergie/Anaphylaxie
Vorsitz: R. Brehler (Münster),
J. Kleine-Tebbe (Berlin)



AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Subkutane Immuntherapie

Neben Akuteffekt auch Langzeitbonus und höhere Compliance

Die Studienlage für die subkutane Immuntherapie (SCIT) ist heute besser denn je. So wurden z. B. Wirksamkeit und Verträglichkeit der SCIT mit dem hochdosierten Gräserpollen-Allergoid Allergovit® durch eine multizentrische doppelblind-plazebokontrollierte Studie bei erwachsenen Gräserpollenallergikern über 2 Jahre bestätigt [1]. Zudem gibt es Hinweise auf eine über den Behandlungszeitraum hinausgehende Langzeitwirksamkeit nach Ende der SCIT mit Allergovit® Gräser bei Kindern und bei Erwachsenen [2-4]. Auch Patienten mit allergischem Asthma können von einer SCIT profitieren. Kürzlich wurde in einer kontrollierten Studie gezeigt, dass so dort wörtlich „eine zusätzlich zur pharmakologischen Behandlung erfolgreiche Milben-Allergoid-SCIT eine wirksame und sichere Strategie ist, um bei Kindern mit milben-assoziiertem allergischem Asthma die Kortikosteroiddosis zu reduzieren, während gleichzeitig die Krankheitskontrolle aufrechterhalten bleibt [5].“

Prof. Dr. Randolf Brehler, Münster, bestätigte auf der Pressekonferenz „100 Jahre Subkutane Immuntherapie“ auf dem Deutschen Allergiekongress 2011 ausdrücklich die positiven Akut- und möglichen Langzeiteffekte der SCIT. Eine ganz aktuelle Auswertung publizierter Metaanalysen [6] demonstriert, dass die SCIT bereits im ersten Therapiejahr mindestens ebenso stark die allergischen Symptome der saisonalen Rhinitis reduzieren kann wie ein nasales Steroid, ein Leukotrienantagonist und ein Antihistaminikum.

Der Münsteraner Spezialist betont weitere Effekte der SCIT: Zusätzlich zu der Akutwirkung auf die Allergiesymptome kann die SCIT auch den Bedarf an antiallergischer Medikation während der Pollensaison senken. Zudem nimmt die Wirksamkeit der üblicherweise über drei Jahre durchgeführten SCIT von Jahr zu

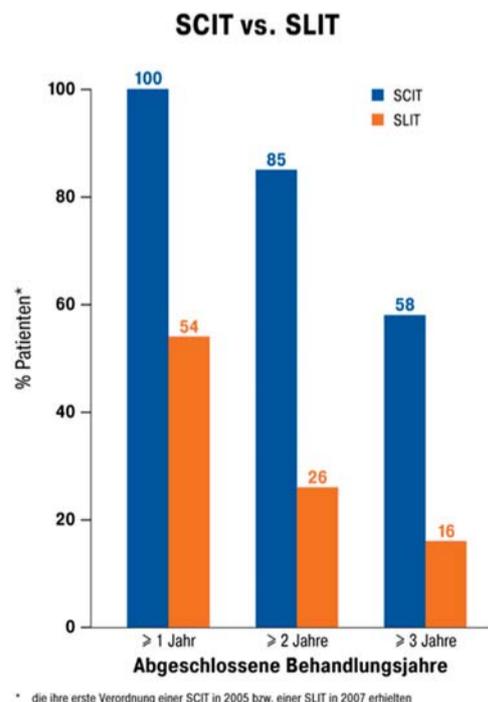


Abb. 1: Compliance gegenüber der SCIT mit einem hochdosierten hypoallergenen Pollenpräparat im Vergleich zu sublingualer Gräserpollen-SLIT [mod. nach 8].

Jahr zu. Darüber hinaus hat die SCIT das Potential bei Erwachsenen und Kindern eine über das Therapieende hinaus anhaltende Wirksamkeit und krankheitsmodifizierende Effekte im Sinne einer Verhinderung von Neusensibilisierungen und Asthmaentstehung zu induzieren. Die SCIT ist aber auch bei allergischem Asthma wirksam: „Bei Hausstaubmilbenallergischen asthmatischen Kindern konnte die zur Asthmakontrolle notwendige Fluticasonpropionat-Dosis in der mit SCIT behandelten Gruppe reduziert werden, während sich die Lungenfunktion verbesserte“ [5]. Da sich neben dem Akuteffekt auch noch ein Langzeitbonus durch die SCIT einstellt, empfiehlt Brehler die Therapie als besonders nachhaltig.

Bessere Compliance durch SCIT

Priv.-Doz. Dr. Oliver Pfaar, Wiesbaden, unterstrich, dass die Patienten-Compliance von entscheidender Bedeutung für den Behandlungserfolg bei chronischen Erkrankungen wie Allergien ist. Eine Verbesserung der Compliance in der SIT ist besonders bedeutsam, da die SIT die einzige kausale Behandlung allergischer Erkrankungen ist, ein 2. und 3. Therapiejahr die Wirksamkeit steigern kann und es für die SIT Hinweise auf einen Langzeit- und krankheitsmodifizierenden Effekt gibt. Damit die genannten nachhaltigen, zunehmenden und langfristigen Wirkungen

erzielt werden können, muss die SIT laut Leitlinien [7] über mindestens drei Jahre durchgeführt werden, so Pfaar weiter. Dabei hat sich in einer auf dem diesjährigen EAACI-Kongress in Istanbul veröffentlichten Datenanalyse zur Compliance in der SIT eine deutlich bessere Compliance gegenüber der SCIT im Vergleich zur sublingualen Immuntherapie (SLIT) gezeigt [8]. Damit ist auch eine höhere Erfolgswahrscheinlichkeit zu erwarten, ergänzte Pfaar. Der Experte bestätigte anhand seiner praktischen Erfahrungen, dass durch eine leitliniengerechte Durchführung der Therapie durch den Facharzt, ausreichende Patienten-Information und -Motivation sowie ein geeignetes Praxismangement die Compliance in der SIT zudem verbessert werden kann.

LITERATUR

- Corrigan CJ et al. Allergy 2005; 60:801-7
- Eng PA et al. Allergy 2006; 61:198-201
- Narkus A, Mussler S, Kettner J. Allergy 2009; 64[S90]:346
- Kettner J, Mussler S, Narkus A. Allergo J 2009; 18[S1], S50
- Zielen S, Kardos P, Madonini E. J Allergy Clin Immunol 2010; 126:942-9
- Matricardi PM et al. J Allergy Clin Immunol. In press 2011
- Kleine-Tebbe J et al. Allergo J 2009; 18:508-37
- Egert-Schmidt A et al. Allergy 2011; 66[S94]:628-629

Die Rolle der IgE- und IgG-Diagnostik bei Nahrungsmittelallergien

Bedeutung und Bedenken

Jörg Kleine-Tebbe, Juliane Ackermann-Simon & Gerald Hanf, Berlin

Eine rationale Abklärung von Immunglobulin E (IgE)-vermittelten Nahrungsmittelallergien beruht auf Anamnese, Hauttests, IgE-Bestimmungen, ggfs. zellulären Tests und Provokationstests (Abb. 1). Erlaubt die Vorgeschichte (schwere Anaphylaxie), der Hautzustand (z. B. urtikarieller Dermographismus, schwere Dermatose), die Medikation (z. B. Antihistaminika) oder das Alter der betroffenen Patienten (z. B. Kinder unter 6 Jahren aus psychologischen Gründen) keinen Hauttest (z. B. mit nativen Nahrungsmitteln), werden häufig direkt die spezifischen IgE-Antikörper bestimmt.

IgE-Bestimmung zur Labordiagnostik

Die verfügbaren Methoden sind überwiegend zuverlässig, empfindlich und bieten zahlreiche Nahrungsmittel als Testallergene. Allerdings sind die IgE-Ergebnisse der Hersteller (quantitativ in kUA/l, semiquantitativ als Klassen oder qualitativ, d. h. positiv/negativ angegeben) durch heterogene Allergenmischungen, ihre Aufarbeitung, diverse Messprinzipien und Einheiten nur bedingt vergleichbar.

Von der deskriptiven zur Strukturbiologie

Kenntnisse der Allergenmoleküle in Nahrungsmitteln eröffnen neue diagnostische Möglichkeiten, insbesondere zur Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper. Die bisherige biologische Zuordnung der Allergenquellen pflanzlicher oder tierischer Herkunft wird durch die Strukturbeziehung und Zuordnung der iden-

ponenten-basierten Diagnostik (Component Resolved Diagnostic, Multiplex) z. B. im Mikroarray, c) gemischt („spiked“) in Extrakten oder d) kombiniert als Extraktersatz einsetzen. Die ersten beiden Möglichkeiten gestatten eine molekülspezifische Diagnose, während die letzten beiden Varianten Testempfindlichkeit und -zuverlässigkeit verbessern.

Neue Kandidaten zur IgE-Bestimmung

Von den bereits verfügbaren Einzelallergenen sind Erdnuss-Speicherprotein Ara h 1, 2 und 3, Lipidtransfer-Protein (LTP) Ara h 9, Haselnuss-LTP Cor a 8, Bet v 1-homologes Sojaprotein Gly m 4, Pfirsich-LTP Pru p 3 und Weizengliadin Tri a 19 interessante Beispiele, die als Risikomoleküle für systemische Reaktionen und, wie das Pfirsich-Profilin Pru p 4, als Marker für Kreuzreaktionen gelten. Ähnlich vieler-

dierenden Symptomen klinisch relevant.

- Negatives IgE schließt eine allergische Sensibilisierung/Kreuzreaktion weitgehend aus, allerdings nur, wenn
 - das Gesamt-IgE hoch genug ist,
 - das Allergen intakt und ausreichend vorhanden und
 - die analytische Testempfindlichkeit optimiert ist (für viele einfache IgE-Tests mit Extrakten und manche Komponenten im ImmunoCAP ISAC bisher nicht sichergestellt).



Priv.-Doz. Dr. Jörg Kleine-Tebbe

- Der Arzt ermittelt die klinische Relevanz einer allergischen Sensibilisierung oder Kreuzreaktion, NICHT der Test.

Untaugliche Diagnostik

IgG-Antikörperbestimmungen mit Lebensmitteln sind abzulehnen, da eine IgG-Produktion gegen Nahrungsmittelproteine zur normalen Immunantwort auf Fremdproteine gehört und keinen Krankheitswert hat. Andere untaugliche Diagnoseverfahren sind der Lymphozyten-Stimulationstest mit Nahrungsmitteln, der sog. ALCAT-Test, Bioresonanz und andere „energetische“ Methoden (z. B. Elektroakupunktur), Kinesiologie und weitere Verfahren ohne ausreichende Evaluation.

Fazit zur Diagnostik: IgE ja bitte – IgG nein danke

Die spezifische IgE-Bestimmung ist der wichtigste Labortest zum Nachweis bzw. Ausschluss einer allergischen Soforttyp-Sensibilisierung gegen Nahrungsmittelallergene. Die molekulare Allergologie erweitert die diagnostischen Optionen, deren klinische Bedeutung allergenspezifisch

definiert werden sollte. IgG-Bestimmungen und andere nicht evaluierte Methoden sind untauglich zur Nahrungsmitteldiagnostik.

KORRESPONDENZADRESSE

Priv.-Doz. Dr. Jörg Kleine-Tebbe
Allergie- u. Asthma-Zentrum Westend
Praxis Hanf, Ackermann-Simon & Kleine-Tebbe
Spandauer Damm 130, Haus 9
14050 Berlin-Charlottenburg
kleine-tebbe@allergie-experten.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 24. 2. 2012
09.00–12.00 Uhr

WORKSHOP

Allergologische Labordiagnostik: Spezifität und Sensitivität (Material und Methoden)
Organisation: K. Ghoreschi (München)

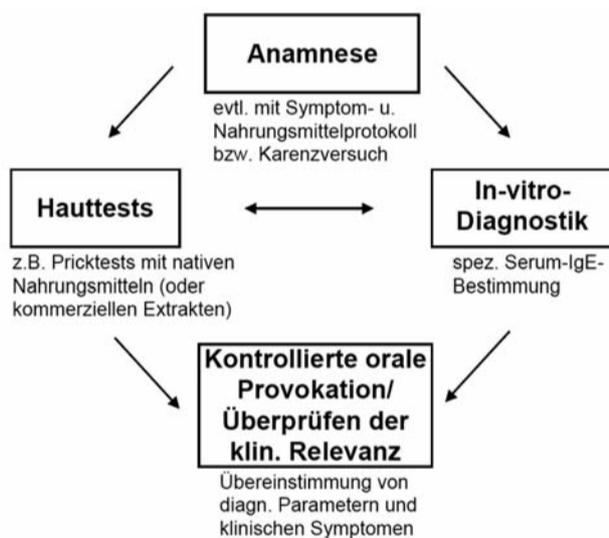


Abb. 1: Diagnostisches Vorgehen bei Nahrungsmittelallergie.

tifizierten Einzelallergene zu gemeinsamen Proteinfamilien erweitert.

Proteinfamilien pflanzlicher Nahrungsmittelallergene

Offenbar enthalten nur wenige Molekülfamilien (z. B. Bet v 1-homologe PR-10-Proteine, Lipid-Transferproteine, Speicherproteine, Oleosine, Profileine in Pflanzenprodukten) relevante Nahrungsmittelallergene ähnlicher Sequenz und Struktur, deren gemeinsame IgE-Bindungsstellen die Grundlage der Kreuzreaktionen darstellen. Kreuzreaktive Kohlenhydratpeptide (CCD), häufig pflanzlichen Ursprungs, können ebenfalls IgE binden, das selten klinisch relevant ist.

Varianten zur IgE-Bestimmung

Einzelallergene lassen sich a) alleine (Singleplex), b) zahlreich zur Kom-

sprechend werden zusätzliche, derzeit noch nicht verfügbare Risikomoleküle die Diagnostik bereichern: Oleosine von Erdnuss (Ara h 10/11), Haselnuss (Cor a 12/13) und Sesam (Ses i 4/5), LTP von Karotte (Dau c 3), Soja (Gly m 1), Apfel (Mal d 3), Kirsche (Pru av 3) und Weizen (Tri a 14) und weitere Speicherproteine von Haselnuss (Cor a 9) und Soja (Gly m 5/6).

Relevanz nur bei korrespondierenden Symptomen

Bei der Interpretation diagnostischer Resultate gelten für die Einzelallergene die gleichen Regeln wie für die Extrakt Diagnostik:

- Positives IgE entspricht einer allergischen Sensibilisierung/Kreuzreaktion.
- Der Befund ist nur bei korrespon-

Pollenassoziierte Nahrungsmittelallergie

Hilft eine spezifische Immuntherapie?

Regina Treudler, Leipzig

Viele Patienten mit Pollinosis, insbesondere bei Birkenpollenallergie, leiden unter einer begleitenden pollenassoziierten Nahrungsmittelallergie (NMA), v. a. beim Verzehr von Kern- und Steinobst (z. B. Äpfel, Haselnüsse). In den letzten Jahren wurden auch verstärkt bei Birkenpollenallergikern Reaktionen auf proteinreiche Sojaprodukte beobachtet [1]. Bis heute ist unklar, ob und wie stark eine spezifische Immuntherapie (SIT) gegen Birkenpollen auch auf die begleitende NMA wirkt. Bei einer pollenassoziierten Nahrungsmittelallergie ist es einerseits denkbar, eine SIT mit dem relevanten Nahrungsmittel selber oder aber mit dem assoziierten, kreuzreagierenden Pollenallergen durchzuführen.

Beispiele für die Durchführung einer SIT mit Nahrungsmittelallergenen existieren an kleinen Fallgruppen bei birkenassoziierten Apfel- und Haselnussallergie [2, 3]. Bezüglich des Einflusses einer SIT mit dem Pollenallergen auf die begleitende pollenassoziierte NMA gibt es einige Daten mit teils widersprüchlichen Resultaten. Neben kasuistischen Berichten über Besserungen gibt es ältere Studien, die sich bezüglich der nahrungsmittelassoziierten Symptome ausschließlich auf die Angaben der Patienten bei nicht kontrolliertem Verzehr beziehen [4]. Neuere Studien kontrollieren den möglichen Therapieerfolg in der Regel mittels einer dem aktuellen diagnostischen Standard entsprechenden oralen Nahrungsmittelprovokationstestung (FC). Drei dieser Studien zur Therapie der birkenassoziierten Nahrungsmittelallergie konnten einen Effekt der SIT zeigen [5–7], drei weitere nicht [8–10]. Ein Vergleich dieser ausschließlich monozentrisch angelegten Studien

mit zumeist kleiner Fallzahl ist aufgrund ihres sehr unterschiedlichen Designs – insbesondere in Hinblick auf die untersuchten Nahrungsmittel- bzw. Pollenallergene, die Fallzahl, das Prüfpräparat, die subkutane oder sublinguale Gabe, die Kontrollgruppe und die Therapiedauer – kaum möglich. Nur zwei Studien umfassten eine placebokontrollierte Intervention [8, 10], drei weitere wählten als Bezug für den therapeutischen Effekt eine therapiefreie Kontrollgruppe [5–7]; eine klar randomisierte Zuordnung zur (Verum-) Therapiegruppe oder zur Kontrollgruppe wurde nur in einer Studie erwähnt [8]. Zudem wird der Goldstandard einer doppelt verblindeten Nahrungsmittelprovokationstestung (DBPCFC) mit Schwellenwertbestimmung nur von zwei der sechs Studien, eine davon mit positivem Ergebnis [6], eine mit negativem Ergebnis [10], erfüllt. Der mangelnde klinische Effekt einer SIT in einzelnen Studien könnte einerseits mit einer zu geringen Fallzahl,

andererseits auch mit dem jeweils verwendeten Allergenextrakt in Zusammenhang stehen. Immunologische Effekte dagegen, z. B. ein Abfall des IgE- und Anstieg des IgG4-Spiegels auf Cor a 1 aus der Haselnuss [10], konnten durchaus auch in einer solchen Studie durch eine SIT mit Birkenextrakten induziert werden. Möglicherweise reichte der Effekt in dieser Studie jedoch nicht aus, um klinisch relevante Veränderungen beim Verzehr der Haselnuss zu bewirken. Es kann daher spekuliert werden, dass für einen positiven Effekt auf die Nahrungsmittelallergie bei Pollenassoziation die applizierte Allergendosis höher sein müsste als die, die üblicherweise für die Besserung der polleninduzierten Atemwegsbeschwerden eingesetzt wird. So wurden für bisherige Untersuchungen zur Wirkung der SIT auf die birkenassoziierte Nahrungsmittelallergie Allergenextrakte mit 12,5–25 µg Hauptallergen eingesetzt [11].

BASALIT-Studie

Ob ein hochdosierter Extrakt mit 80 µg der gefalteten Variante (FV) des rekombinanten Bet v 1 einen besseren Erfolg auf die birkenassoziierte Nahrungsmittelallergie hat, wird



Priv.-Doz. Dr. Regina Treudler

zurzeit im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten (FK 01KG0911) doppelt verblindeten, randomisierten, placebokontrollierten binationalen (Deutschland und Schweiz) Multicenterstudie unter Leitung der Leipziger Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie am Beispiel der birkenassoziierten Sojaallergie untersucht (Birkenassoziierte Sojaallergie und Immuntherapie/BASALIT-Studie) [12]. Hierbei wird vor und nach einer einjährigen subkutanen SIT eine DBPCFC mit Schwellenwertbestimmung unter Verwendung einer zentral hergestellten, verblindeten Provokationsmahlzeit (mit kontrolliertem Gly m 4-Allergengehalt im Sojamehl) durchgeführt (Abb. 1). Die Fallzahl soll ein Vielfaches der Probanden der bisherigen Studien betragen, um einen Therapieeffekt ggf. sicher demonstrieren zu können. Neben dem primären Endpunkt, der eine mögliche Verschiebung des Schwellenwertes durch die SIT betrifft, werden parallel auch der Schwellenwert und der LOAEL („lowest observed adverse effect level“) bei der DBPCFC mit Sojaallergen, eine Reihe immunologischer Parameter für Soja- wie auch für andere birkenassoziierte Nahrungsmittelallergien sowie die krankheitsbezogene Lebensqualität (FAQOL) untersucht.

LITERATUR

- 1 Treudler R, Werner M, Thierry J, Kramer S, Gebhardt C, Averbeck M, Süß A, Simon JC. High risk of immediate-type reactions to soy drinks in 50 patients with birch pollinosis. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2008; 18: 483-4
- 2 Enrique E, Pineda F, Malek T, Bartra J, Basagaña M, Tella R, Castelló JV, Alonso R, de Mateo JA, Cerdá-Trias T, San Miguel-Moncín Mdel M, Monzón S, García M, Palacios R, Cisteró-Bahíma A. Sublingual immunotherapy for hazelnut food allergy: a randomized, double-blind, placebo-controlled study with a standardized hazelnut extract. *J Allergy Clin Immunol*. 2005; 116(5): 1073-9
- 3 Nucera E, Aruanno A, Lombardo C, Patriarca G, Schiavino D. Apple desensitization

- 4 Herrmann D, Henzgen M, Frank E, Rudeschko O, Jäger L. Effect of hyposensitization for tree pollinosis on associated apple allergy. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 1995; Sep-Oct; 5(5): 259-67
- 5 Asero R. Effects of birch pollen-specific immunotherapy on apple allergy in birch pollen-hypersensitive patients. *Clin Exp Allergy*. 1998; Nov; 28(11): 1368-73
- 6 Bolhaar, STHP et al. Efficacy of birch-pollen immunotherapy on cross-reactive food allergy confirmed by skin tests and double-blind food challenges. *Clin Exp Allergy*. 2004; 34: 761-769
- 7 Bucher X et al. Effect of tree pollen specific, subcutaneous immunotherapy on the oral allergy syndrome to apple and hazelnut. *Allergy*. 2004; Dec; 59(12): 1272-6
- 8 Hansen KS, Khinchi MS, Skov PS, Bindlev-Jensen C, Poulsen LK, Malling HJ. Food allergy to apple and specific immunotherapy with birch pollen. *Mol Nutr Food Res*. 2004; Nov; 48(6): 441-8
- 9 Kinacyan T et al. Successful sublingual immunotherapy with birch pollen has limited effects on concomitant food allergy to apple and the immune response to the Bet v 1 homolog Mal d 1. *J Allergy Clin Immunol*. 2007; 119(4): 937-43. Epub 2007 Jan 3
- 10 van Hoven E et al. Effect of birch pollen-specific immunotherapy on birch pollen-related hazelnut allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2011; Jan; 127(1): 100-1
- 11 Asero R. Effects of birch pollen SIT on apple allergy: a matter of dosage? *Allergy*. 2004; Dec; 59(12): 1269-71
- 12 Treudler R, Simon JC. Schwere Sojaallergie im Erwachsenenalter: Hilft eine spezifische Immuntherapie? *Hautarzt*, eingereicht

KORRESPONDENZADRESSE

Priv.-Doz. Dr. Regina Treudler
Universität Leipzig
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Philipp-Rosenthal-Straße 23
04103 Leipzig
regina.treudler@uniklinik-leipzig.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 25. 2. 2012
10.20–11.25 Uhr

PLENARVORTRAG
Nahrungsmittelallergie
Vorsitz: J. C. Simon (Leipzig),
B. Wedi (Hannover)

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Neu: Patientenflyer zum Thema Kopfläuse in sechs Sprachen

Kopflausbefall ist die häufigste Infektionskrankheit im Kindesalter. Obwohl die Parasiten meist keine Krankheiten übertragen, geraten die Eltern der betroffenen Kinder häufig in Panik und fragen sich: Was muss ich tun, damit die Kopfläuse möglichst schnell verschwinden? Die Antwort darauf gibt der neue NYDA®-Patientenflyer. Er beantwortet die wichtigsten Fragen zum Thema Kopflausbehandlung nicht nur auf deutsch, sondern auch auf englisch, türkisch, spanisch, russisch und arabisch. Denn klar ist: Kopfläuse suchen sich ihre Opfer weltweit. Wenn Kinder beim Spielen z. B. im Kindergarten die Köpfe zusammenstecken, krabbeln die Parasiten im Nu von Kopf zu Kopf. Die zeitgemäße Antwort auf das Problem heißt NYDA®: Sein spezielles 2-Stufen-Dimeticon dringt tief in das Atemsystem der Kopfläuse ein und verdrängt dort den Sauerstoff. Die Kopfläuse und ihre Nissen ersticken, wie eine klinische Studie und zahlreiche In-vitro-Untersuchungen zei-

gen. NYDA® bietet eine sichere, gut verträgliche und effektive Behandlungsmethode gegen Kopfläuse und überwindet das Problem, dass weltweit Kopfläuse zunehmend resistent gegen neurotoxisch wirkende Kopflausmittel werden – auch wenn für Deutschland noch keine validen Daten vorliegen. Bestellen Sie den Patientenflyer unter: Anforderung@pohl-boskamp.de

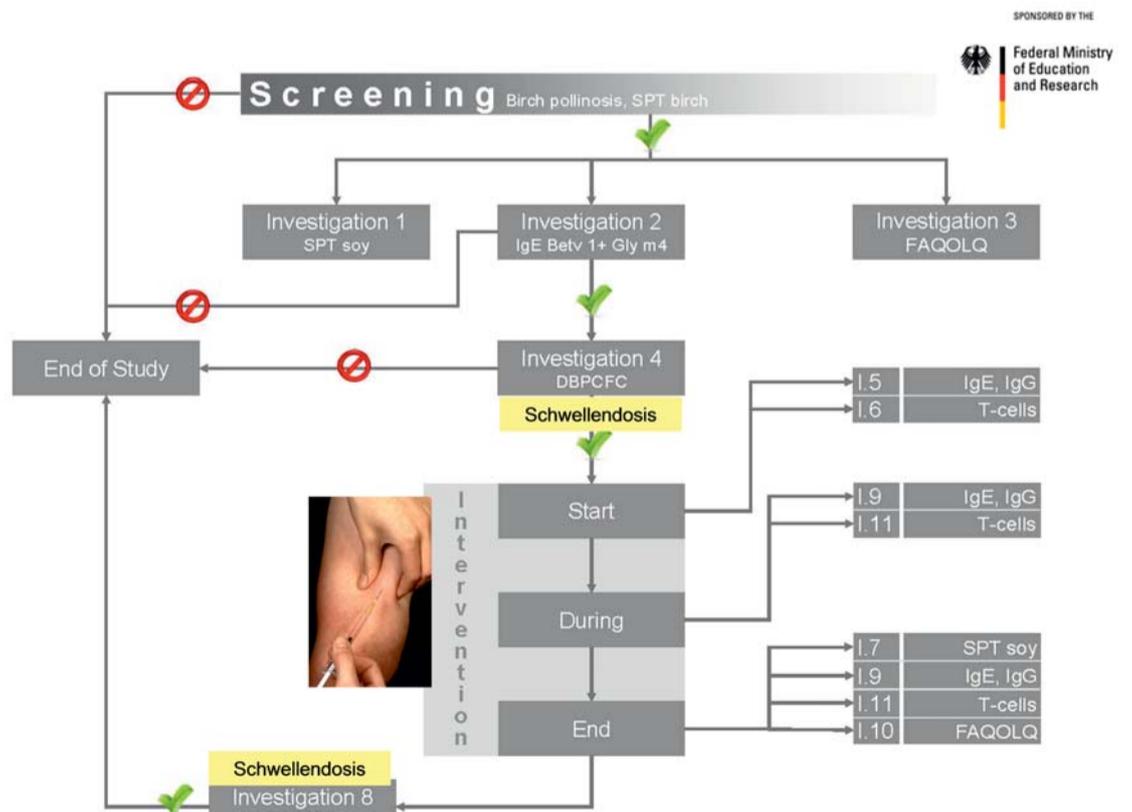


Abb. 1: Flow-Chart zur BMBF geförderten multizentrischen BASALIT-Studie (Birkenassoziierte Sojaallergie und Immuntherapie). Ein Studieneinschluss ist bei Nachweis von spezifischem IgE gegen Bet v 1 und Gly m 4 möglich. Die einjährige Intervention mit einem hochdosierten Extrakt (80 µg FV rBet v 1) schließt sich bei positiver oraler Provokationstestung (DBPCFC) an (SPT-Pricktest, FAQOLQ „Food allergy quality of life“-Fragebogen).

Berufsdermatosen

Diagnostik bei Proteinkontaktdermatitis

Vera Mahler, Erlangen



Prof. Dr. Vera Mahler

Das Krankheitsbild der Proteinkontaktdermatitis wurde 1976 erstmals beschrieben [1] und betrifft vorwiegend Beschäftigte in Nahrungsmittel verarbeitenden Bereichen. Während im Gesamtkollektiv des Informationsverbundes Dermatologischer Kliniken (IVDK) die Prävalenz 0,2 % beträgt, ist sie in den Nahrungsmittel verarbeitenden Berufen (Back- und Konditorwarenhersteller, Fleisch- und Fischverarbeiter, Köche und Speisenbereiter) mit bis zu 4 % deutlich höher [2].

Die Proteinkontaktdermatitis tritt vorzugsweise rezidivierend an den Händen auf (Abb. 1). Sie kann mit oder ohne Quaddeln, mit oder ohne Bläschen im Kontaktareal kurz nach Kontakt einhergehen [1]. Eine atopische Hautdiathese kann, muss aber nicht vorhanden sein.

Die Proteinkontaktdermatitis ist eine immunologisch bedingte ekzematöse Kontaktreaktion, die verzögert nach Proteinkontakt auftritt. Im Gegensatz zur Typ-IV-Allergie (Spättyp-Allergie), bei der Haptene präsentiert werden, werden bei der Proteinkontaktdermatitis IgE-vermittelt Peptide von Langerhanszellen präsentiert, gefolgt von Einwanderung spezifischer T-Zellen.

Eine Vielzahl auslösender Allergenquellen wurde in Einzelfallbeschreibungen und kleinen Fallserien in der wissenschaftlichen Fachliteratur beschrieben [3], die vier Hauptgrup-

pen zugeordnet werden können: Pflanzenproteinen, tierischen Proteinen, Korn/Getreide, Enzymen (Tab. 1). Insbesondere aufgrund der Seltenheit des Krankheitsbildes ist der Nachweis einer Proteinkontaktdermatitis bislang nicht standardisiert. Verschiedene diagnostische Verfahren werden eingesetzt (Pricktest mit 15–30 Minuten-Ablesung, Pricktest mit 24h-Ablesung, Intrakutantest mit 15–30 Minuten-Ablesung, Intrakutantest mit 24h-Ablesung, Scratchtest mit 15–30 Minuten-Ablesung, Scratchtest mit 24h-Ablesung, spezifische IgE-Bestimmung im Serum, Epikutantest (große Finn Chamber), Epikutantest mit Striping, Epikutan- auf Scratchtest), jedoch mit limitiertem Aufklärungserfolg. Ein analog zum Epikutantest mit Haptenen durchgeführter Epikutantest ist meist negativ, die 24h-Ablesung von Pricktests mit kom-

merziellen Pricktestlösungen zeigt ebenfalls in aller Regel keine ekzematösen Reaktionen [4]. Ursächlich hierfür können eine zu geringe Allergen-Dosis oder zu geringe Penetration sein. Im Gegensatz zum Testort (auf intakter Haut) liegt bei den Betroffenen am Manifestationsort der Proteinkontaktdermatitis (überwiegend Hände) meist eine atopische oder irritative Vorschädigung vor. Trotz des ekzematösen Erscheinungsbildes stützt sich die Diagnose einer Proteinkontaktdermatitis daher meist auf eine positive Sofortre-

aktion im Pricktest, positive in vitro IgE-Befunde und eine positive (Re)Expositionsanamnese.

Als Differenzialdiagnosen und Kofaktoren müssen in Betracht gezogen werden [2]:

- irritatives Kontaktekzem, das durch die in den Nahrungsmittel verarbeitenden Berufen immer begleitend bestehende Feuchtarbeit (Handhygiene, Okklusionseffekte durch Schutzhandschuhe) häufig ist,
 - allergisches Kontaktekzem (auf Gummiakzeleratoren, Desinfektionsmittel, Aromen, Gewürze, Stabilisatoren),
 - atopisches Handekzem.
- Multifaktorielle Ursachen von Handekzemen sind dabei häufig.

In einer multizentrisch durchgeführten Studie der Deutschen Kontakt-Allergiegruppe erfolgt derzeit unter Beteiligung von 13 Zentren eine Validierung und Standardisierung von sechs verschiedenen Testverfahren zur Verbesserung der Diagnostik bei Proteinkontaktdermatitis, deren erste Zwischenergebnisse anlässlich der DDG Kompakt Tagung in Berlin vorgestellt werden.

LITERATUR

- 1 Hjørth N & Roed-Petersen J. Occupational protein contact dermatitis in food handlers. Contact Dermatitis 1976; 2: 28-42
- 2 Mahler V. Chefs and Foodhandlers. In: Johansen JD, Frosch PJ, Lepoittevin JP (Hrsg.) Contact Dermatitis, Springer (5. Aufl.) 2011, S. 853-864
- 3 Amaro C, Goossens A. Immunological occupational contact urticaria and contact dermatitis from proteins: a review. Contact Dermatitis 2008; 58: 67-75
- 4 Janssens V, Morren M, Dooms-Goossens A, Degreef H. Protein contact dermatitis: myth or reality? Br J Dermatol 1995; 132: 1-6

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Vera Mahler
 Universitätsklinikum Erlangen
 Hautklinik
 Ulmenweg 18
 91054 Erlangen
 Vera.Mahler@uk-erlangen.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 25. 2. 2012
 16.00–16.40 Uhr

PLENARVORTRAG

Berufsdermatosen
 Vorsitz: P. Elsner (Jena),
 T. L. Diepgen (Heidelberg)

Tab. 1: Auslösende Allergenquellen einer Proteinkontaktdermatitis.

Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Pflanzenproteine	Tierische Proteine	Körner/Getreide	Enzyme
Früchte, Gemüse, Gewürze, Pflanzen, Hölzer	Epithelien, Fleisch, Innereien, Körperflüssigkeiten, Meerestiere, Fisch etc.	Mehle	α-Amylase, Glucoamylase, Cellulase, Xylanase, Protease, Papain



Abb. 1: Proteinkontaktdermatitis auf Weizen- und Roggenmehl bei einer Bäckerin.

INFO



Das umfangreiche MedReport-Archiv im Internet:
www.medreports.de

Atopische Dermatitis

Wie gestalte ich eine Basistherapie?

Johannes Wohlrab, Halle



Prof. Dr. Johannes Wohlrab

Die atopische Dermatitis ist eine immunvegetative Dysfunktion, die bekanntlich auch die physikalische Dimension der epidermalen Barriere einbezieht. Ein aus klinischer Sicht häufig beobachtetes Symptom ist „trockene Haut“. Für das Grundverständnis der Pathogenese von trockener Haut bei atopischer Diathese ist bedeutsam, dass mehrere, zum Teil sehr differente strukturelle bzw. funktionelle Veränderungen innerhalb des Stratumcorneums diesen pathologischen Zustand begründen können.

Trockene Haut kann isoliert als klinisches Symptom auftreten, kann allerdings auch Teilsymptom einer

komplexeren funktionellen Störung des Hautorgans im Rahmen des Symptomenkomplexes der „atopischen Dermatitis“ sein. Zudem können bestimmte exogene Triggerfaktoren, die entweder in physikalischen oder chemischen Triggern oder als mikrobielle Antigene bzw. Toxine zu finden sind, das Funktionsdefizit verstärken.

Um die verschiedenen Faktoren für die Entstehung der trockenen Haut auch individuell bewerten zu können, ist die Kenntnis von den funktionellen Komponenten des Systems „Stratumcorneum“ von essentieller Bedeutung. Grundsätzlich handelt es sich um ein sehr komplexes System,

wobei die physikochemischen Eigenschaften der einzelnen Komponenten ganz entscheidend für die Funktionalität des Gesamtsystems sind. Das morphologische Äquivalent für die Barriere wird durch die bipolaren Sphingolipide (Ceramide) gebildet, die aufgrund ihrer molekularen Eigenschaften in Gegenwart von Wasser zur spontanen Membranbildung fähig sind.

Zum besseren Verständnis der Pathomechanismen hat es sich bewährt, qualitative Ursachenkategorien zu definieren, die eine Dekompensation des Systems wesentlich bedingen können:

- Hydrolipidfilm (Säureschutzmantel),

- Wasserphase,
 - Wasser bindende Moleküle,
 - Lipidzement,
 - Membran bildende Lipide.
- Aufgrund der sehr unterschiedlichen funktionsstrukturellen Komponenten, deren Veränderung zum Funktionsdefizit führen kann, ist es einfach zu erklären, dass zur funktionellen Substitutionstherapie unmöglich eine einheitliche Konzeption zielführend sein kann. Für die praktische Anwendung bedeutet dies, dass unmöglich ein Präparat für alle pathologischen Veränderungen in gleicher Weise ein optimales Ergebnis erzielen kann.

Mit Bezug auf die atopische Dermatitis sind neben der Barriere-protektiven Effektivität einer Pflegetherapie auch additive antiseptische und anti-pruriginöse Wirkungen relevant. Die beabsichtigten Effektkategorien sollten nicht losgelöst, sondern immer im galenischen Gesamtkonzept betrachtet werden. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die regelmäßige Anwendung eines für den Atopiker konzipierten pflegethera-

peutischen Präparates durch einen informierten und motivierten Patienten die Grundlage für ein mittel- und langfristig erfolgreiches Krankheitsmanagement das atopischen Dermatitis darstellt.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Johannes Wohlrab
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Universitätsklinik und Poliklinik für
Dermatologie und Venerologie
Institut für angewandte Dermatopharmazie
e. V.
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle/S.

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 24. 2. 2012
16.15–17.25 Uhr

PLENARVORTRAG

Atopische Dermatitis
Vorsitz: T. Bieber (Bonn), T. A. Luger (Münster)

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Mit leitliniengerechter Psoriasis-Therapie Lebensqualität sichern und möglicherweise Folgeerkrankungen verhindern

Fumarsäureester wirken gut und anhaltend auf der Haut und könnten Folgeerkrankungen entgegenwirken

Der Bedarf an systemischen Therapien in der Behandlung der Psoriasis steigt. Immer noch erhalten nur etwa 10 % aller mindestens mittelschwer betroffenen Psoriasis-Patienten eine adäquate systemische Therapie. In vielen dieser Fälle erweisen sich topische Behandlungen mit Salben oder Lichttherapien als zeitaufwändig und nicht effektiv genug. Auch die aktuelle S3-Leitlinie zur Behandlung der Psoriasis vulgaris spiegelt den Aspekt der Unterversorgung wider; sie fordert ab einer mindestens mittelschweren Ausprägung (Entscheidungskriterien: PASI – Psoriasis Area Severity Index, BSA – Body Surface Area und/oder DLQI – individuelle Beeinträchtigung der Lebensqualität ≥ 10) eine systemische Therapie.

Neben der Notwendigkeit, die Lebensqualität und Compliance der Patienten durch angemessene Therapien zu verbessern, gibt es aus medizinischer Sicht weitere Gründe für den rechtzeitigen Einsatz von Systemtherapeutika: Nach heutigem Verständnis tragen die der Psoriasis zugrunde liegenden entzündlichen Mechanismen wesentlich zur Entstehung von Komorbiditäten wie Diabetes, Metabolisches Syndrom oder kardiovaskulären Erkrankungen bis hin zum Herzinfarkt bei (beschrieben

durch das Konzept des Psoriatischen Marsches). Dabei gilt: Je jünger und je schwerer betroffen die Patienten, sprich je höher die Entzündungslast, umso höher ihr Risiko für spätere Begleiterkrankungen. Aktuell veröffentlichte Erkenntnisse zu verschiedenen Markern der systemischen Entzündung legen nahe, dass durch eine frühzeitige systemische Therapie – wie mit dem Fumarsäureester Fumaderm® – entstehende Komorbiditäten verhindert werden können. Die dauerhafte Entzündungskontrolle gilt heute, neben der anhaltenden Reduktion der Plaques auf der Haut, als wichtiges Therapieziel und mündet in einen neuen Handlungsbedarf für Dermatologen.

trolle gilt heute, neben der anhaltenden Reduktion der Plaques auf der Haut, als wichtiges Therapieziel und mündet in einen neuen Handlungsbedarf für Dermatologen.

Fumarsäureester punkten in Langzeittherapie durch bestätigte Wirksamkeit auf der Haut

Der für die Langzeittherapie empfohlene Fumarsäureester Fumaderm® eignet sich besonders für den frühzeitigen systemischen Einsatz zunächst aufgrund seiner guten

Wirksamkeit auf der Haut. Erste Daten aus dem fortlaufend erhobenen Pso Best-Registerprojekt bestätigen die bisher bekannte gute Wirksamkeit für Patienten unter Fumaderm®. Die Lebensqualität der beobachteten Fumaderm®-Patienten, gemessen mit dem standardisierten Lebensqualitätsindex (DLQI), wurde innerhalb der bisher betrachteten zwei Jahre fast komplett wiederhergestellt (Verbesserung im Mittelwert um 89 %, Abb. 1). Auch die Plaques auf der Haut, dokumentiert durch den gängigen PASI, wurden durch den Einsatz von Fumaderm® ähnlich stark reduziert, nämlich im Mittelwert um 88 % (Abb. 2).

Plaques im Gefäß vorbeugen – Mit Fumaderm® möglicherweise Folgeerkrankungen antiinflammatorisch entgegenwirken

Zusätzlich zur PASI- und DLQI-Reduktion hat der Einsatz von Fumaderm® auch Einfluss auf die immunvermittelte systemische Entzündungsreaktion und potenzielle Folgeerkrankungen. In aktuellen Untersuchungen konnte die positive Wirkung des Fumarsäureesters anhand der regulierenden Wirkung auf verschiedene Biomarker belegt werden: So zeigte sich mit der klinischen Verbesserung der Erkrankung gleichzeitig ein Abfall der Werte der Biomarker für systemische Entzündungen hsCRP, VEGF und Resistin [1]. Erhöhte CRP-Werte stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen dar, erhöhtes VEGF wird in Zusammenhang mit Gewebshypoxie und Entzündungen sowie kardiovaskulären Ereignissen gebracht. Erhöhtes Resistin führt zu einer höheren Insulinresistenz, wodurch wiederum das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigt. Gleichzeitig zeigte

sich, dass das kardioprotektive Adiponektin anstieg und sich unter der systemischen Therapie mit Fumaderm® die Gefäßelastizität signifikant verbesserte. Man nimmt an, dass eine wieder gesteigerte Gefäßelastizität dem drohenden Myokardinfarkt möglicherweise entgegenwirken könnte. Insgesamt hemmt der Fumarsäureester die systemische Entzündung und verbessert die endotheliale Dysfunktion – Faktoren, die einen Schutz gegen Folgeerkrankungen bieten.

Neues Wissen um systemischen Charakter der Psoriasis mündet in verändertes Therapieverhalten

Die aktuellen Erkenntnisse führen zu Diskussionen über den bestehenden Handlungsbedarf, auch auf der diesjährigen Tagung der DDG in Dresden. So leitet Dr. Sebastian Rotterdam, Gelsenkirchen, aus den jüngsten Erkenntnissen Handlungsempfehlungen für die dermatologische Praxis ab. „Die Psoriasis muss heute ganzheitlich erfasst und behandelt werden – über die reine Symptomreduktion an der Haut hinausgehend“, so Rotterdam. Zur Feststellung des Schweregrades empfiehlt der Dermatologe bei jedem Psoriasis-Patienten eine Messung mit einfachen standardisierten Instrumenten wie des DLQI-Bogens. Liege eine mindestens mittelschwere Psoriasis vor, sei die Umstellung auf ein Systemtherapeutikum wie Fumaderm® der richtige Schritt, fasst Rotterdam die Handlungsempfehlung zusammen.

LITERATUR

- Boehncke S et al. Effective continuous systemic therapy of severe plaque-type psoriasis is accompanied by amelioration of biomarkers of cardiovascular risk; JEADV 2011

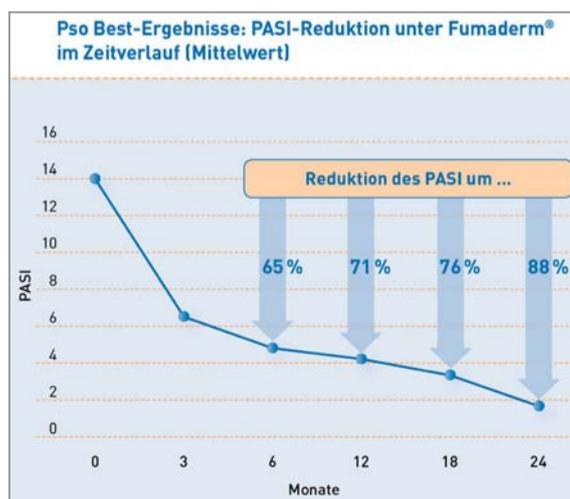
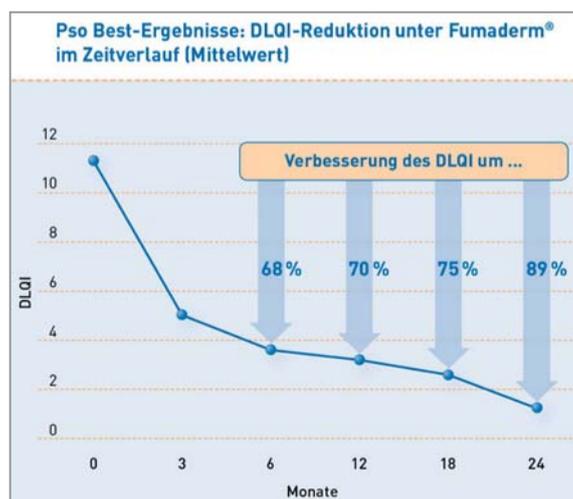


Abb. 1 und 2: Quelle: modifiziert nach Mrowietz et al. Neue Erkenntnisse zu Fumarsäureestern (Fumaderm®): Ergebnisse eines Expertenworkshops, JDDG Supplement 4-2011. Interimsanalyse Pso Best: Bisher größtes dermatologisches Registerprojekt Deutschlands für Patienten unter antipsoriatischer Systemtherapie, um Langzeitdaten zu Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit zu erheben. Patientenzahlen PASI/DLQI nach 0, 3, 6, 12, 18, 24 Monaten: N = 361/374, 216/226, 135/137, 70/73, 34/34, 8/8.

Kontaktallergie

Aktuelle Epidemiologie

Johannes Geier, Göttingen

In den letzten Jahren hat sich die Exposition gegenüber Kontaktallergenen im privaten und beruflichen Umfeld verändert. Dies spiegelt sich in Bewegungen der im Informationsverbund Dermatologischer Kliniken (IVDK) registrierten Sensibilisierungshäufigkeiten wieder.

Die „Hitliste“ der häufigsten Kontaktallergene wird noch immer von Nickel angeführt; die Sensibilisierungsquote bei jungen Frauen ist aber rückläufig (Abb. 1). Hier zeigt sich offenbar ein Erfolg der in den letzten Jahren revidierten Nickeldirektive der Europäischen Union (EU), durch die die Nickerexposition durch Schmuck und Ohrstecker begrenzt wurde. Chromat war jahrzehntelang das führende Allergen im Baugewerbe. Seit 2000 ist in Deutschland der von Hand verarbeitete Zement chromatarm (<2 ppm wasserlösliches Chromat); eine entsprechende EU-Regelung ist seit 2003 in Kraft. Dies führte zu einem deutlichen Rückgang der Neusensibilisierungen gegen Chromat bei Maurern. Zunehmend werden in diesem Berufszweig Epoxidharz-Systeme verarbeitet, was zu einer deutlichen Zunahme entsprechender Sensibilisierungen geführt hat.

Zum Screening auf eine mögliche Duftstoff-Allergie enthält die Standardreihe der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe (DKG) zwei Duftstoff-Mixe. Obwohl der „alte“ Duftstoff-Mix aus den 1970er Jahren

Obwohl seine Einsatzkonzentrationen in Kosmetika und Körperpflegeprodukten drastisch reduziert wurden, stagniert die Quote der Sensibilisierung gegen das Konservierungsmittelgemisch (Chlor)Methylisothiazolinon (MCI/MI) seit Jahren auf relativ hohem Niveau. Datenanalysen des IVDK zeigen, dass entsprechende Sensibilisierungen offenbar vermehrt im beruflichen Bereich erworben werden. Das Konservierungsmittel Methyl-dibromo glutaronitril wurde 2008 EU-weit in Kosmetika und Körperpflegeprodukten verboten, was zu einem Rückgang der Sensibilisierungen führte. Die in diesem Bereich häufig eingesetzten Parabene spielen hier als Allergene nach wie vor keine Rolle. Bei der Epikutantestung ist zu bedenken, dass mit dem recht hoch konzentrierten Paraben-Mix (die Testkonzentration ist ca. 20-mal so hoch wie die Einsatzkonzentration in Körperpflegeprodukten) viele falsch-positive Reaktionen ausgelöst werden.

Auch im Bereich der Kontaktallergie gegen Medikamente gibt es eine neue Entwicklung: Der Wirkstoff Bufexamac wurde seit vielen Jahren weit ver-

keine neuen Testallergene für die Epikutantestung mehr zugelassen wurden. Man muss also damit rechnen, dass sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich neue Sensi-

bilisierungen übersehen werden, und mögliche für den Verbraucherschutz und Arbeitsschutz relevante Entwicklungen nicht erkannt werden. Leider sind bisher alle Bemühungen, die die Dermatologen und Allergologen in den vergangenen Jahren zur Verbesserung dieser Situation unternommen haben, an der Ignoranz und am Desinteresse der zuständigen Politiker gescheitert.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Johannes Geier
Informationsverbund Dermatologischer Kliniken (IVDK)

Institut an der Universität Göttingen
von-Siebold-Straße 3
37075 Göttingen
jgeier@gwdg.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 25. 2. 2012
11.45–12.55 Uhr

PLENARVORTRAG Kontaktallergie

Vorsitz: M. Goebeler (Würzburg),
T. Jakob (Freiburg)

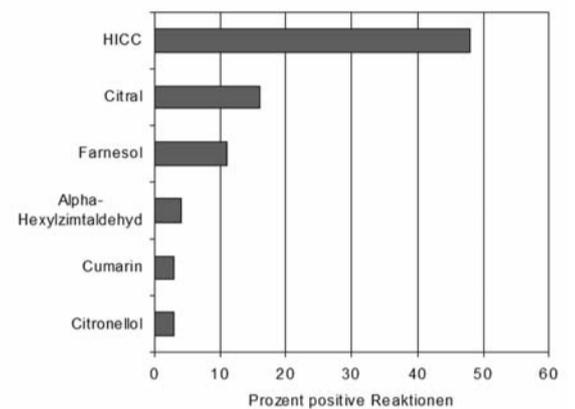
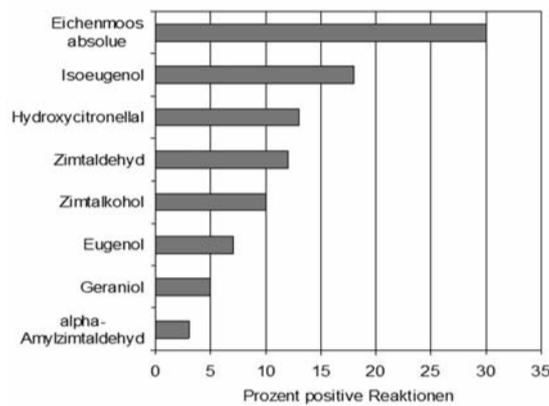


Abb. 2: Allergische Reaktionen auf die einzelnen Duftstoffe bei Patienten mit positiver Reaktion auf Duftstoff-Mix I (n = 655; links) bzw. Duftstoff-Mix II (n = 367; rechts); IVDK, 2005–2008.

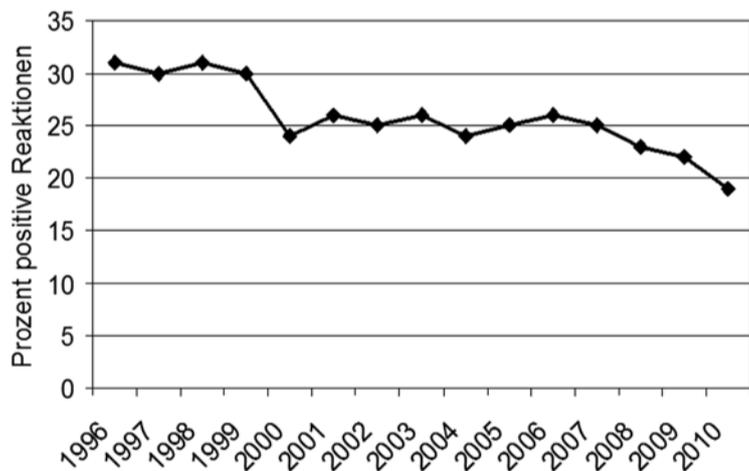


Abb. 1: Nickelallergie bei Frauen (Ekzempatientinnen) unter 30 Jahren; IVDK, 1996–2010.

stammt, ist er nach wie vor aktuell, wie die aktuellen Daten zur Sensibilisierung zeigen. Die wichtigsten Duftstoff-Allergene sind Eichenmoos absolute im Duftstoff-Mix und – trotz in den letzten Jahren mehrfach reduzierter Einsatzkonzentrationen in Kosmetika und Körperpflegeprodukten – Hydroxyisohexyl 3-cyclohexen carboxaldehyd (HICC) im Duftstoff-Mix II (Abb. 2). Zunehmend werden zur Parfümierung verschiedener Produkte aber auch ätherische Öle oder andere Auszüge aus Naturstoffgemischen verwendet. Die DKG hat im September 2010 mit Ylang-ylang (I + II) Öl, Sandelholzöl und Jasmin absolut drei weitere Testsubstanzen dieser Art in die Standardreihe aufgenommen. Erste Datenauswertungen zeigen, dass damit zusätzliche Duftstoff-Allergiker erkannt werden, die man sonst übersehen würde.

breitet in antiektzematösen Lokaltherapeutika verwendet. Er erwies sich jedoch selbst als Kontaktallergen. Das allergische Kontaktekzem durch Bufexamac wurde oft erst sehr spät erkannt, weil die Erkrankung als Ausdruck desjenigen Ekzems interpretiert wurde, das mit Bufexamac behandelt werden sollte. Wegen der Vielzahl entsprechender Sensibilisierungen erging im Sommer 2010 die Empfehlung der EU, diesem Wirkstoff die Zulassung zu entziehen. Die nationale Umsetzung dieser Empfehlung wird sich hoffentlich positiv auf die seit Jahren konstante Sensibilisierungsquote auswirken.

Schluss und Ausblick

Die epidemiologische Überwachung der Kontaktallergie wird dadurch erschwert, dass aufgrund der Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes in Deutschland seit über fünf Jahren

Indikation und Aussage Abriss-Epikutantest

Heinrich Dickel, Bochum



Priv.-Doz. Dr.
Heinrich Dickel

Die Diagnostik des allergischen Kontaktekzems stützt sich bis heute auf den Epikutantest. Eine Modifikation der Epikutantesttechnik zur Erhöhung der Testempfindlichkeit stellt der Abriss-Epikutantest dar. Seit seiner Erstbeschreibung im Jahr 1953 wurde er vielerorts uneinheitlich durchgeführt. Mit Auflegung eines ersten Protokolls zu seiner standardisierten Durchführung konnte gegenüber dem Epikutantest eine Erhöhung der Testempfindlichkeit erzielt werden. Der diagnostische Zugewinn durch den standardisierten Abriss-Epikutantest bei Vorliegen eines allergischen Kontaktekzems stellt sich als klinisch relevant heraus.

Zwar gilt der Epikutantest gemeinhin als „Goldstandard“ zum Nachweis einer Spättypsensibilisierung bei der Diagnostik eines allergischen Kontaktekzems, allerdings wurde auch schon früh im deutschsprachigen und hier insbesondere im berufsdermatologischen Schrifttum auf die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit hingewiesen. So könne der Epikutantest seine Nachweiskraft immer nur dann unter Beweis stellen, wenn nicht physikalisch-chemische Abnutzungseinwirkungen auf die Haut vorlägen oder im Vordergrund stünden, da sich die beispielsweise bei Alltagsprozessen abspielenden Vorgänge nur unvollkommen durch die Testmethode am Rücken nachahmen ließen.

Epikutantestmodifikation

Infolge langsamer Abnutzung der Haut bspw. im Rahmen von Arbeitsprozessen können verschiedenste Arbeitsstoffe leichter in die Haut penetrieren und zur Entwicklung einer verstärkten Reaktionsbereitschaft der Haut mit erst dann positivem Epikutantest führen. Folglich dürfen negative Epikutantestergebnisse auf unbetreffener Haut, nämlich dem Rücken, nicht ohne weiteres zu dem Schluss verleiten, dass keine ursächliche Beziehung zwischen Hauterkrankung und Arbeitsstoff bestehe.

In diesem Verständnis wiesen Spier und Natzel 1953 erstmalig auf die modifizierte Epikutantestmethode des „Abrifstests“ hin (Spier HW, Natzel R. Hautarzt 1953; 4: 63-5). Seither wurde die vorherige Durchführung von Klebebandabrissen im Epikutantestareal allgemein bei Verdacht auf

einen zuvor falsch-negativ ausgefallenen Epikutantest empfohlen, sei es wegen eines nur schwach ausgebildeten Sensibilisierungsgrades oder aber einer schlecht penetrierenden Testsubstanz. Dabei waren lange Zeit die fehlenden Vorgaben zur praktischen und einheitlichen Durchführung des Abriss-Epikutantests der limitierende Faktor hinsichtlich eines verbreiteteren Einsatzes.

Standardisierungsprotokoll

Im Auftrag der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe wurde 2004 ein erstes Protokoll für die standardisierte Durchführung des Abriss-Epikutantests in der allergologischen

Routinediagnostik veröffentlicht (Tab. 1; Dickel H et al. Arch Dermatol Res 2004; 296: 212-9). Wichtig ist, dass die Standardisierung bislang ausschließlich für das 3M™ Blenderm™-Klebeband (3M Deutschland GmbH), einem hypoallergenen, okklusiven Pflaster aus elastischem Polyethylen mit Polyacrylatklebstoff und mäßiger Klebkraft, erfolgt ist. Die seinerzeitige Voreinstellung auf dieses Klebeband liegt in der für ein Medizinprodukt vorgeschriebenen vorhandenen CE-Kennzeichnung ,0493-BSI 0086-Klasse I' begründet. Die standardisierte Durchführungsempfehlung mit zuerst einfach visuell, d. h. ohne großen technischen

Tab. 1: Protokoll zur standardisierten Durchführung des Abriss-Epikutantests.

Klebeband 3M™ Blenderm™ (Breite 25 mm) benutzen

1. Körperbehaarung in den Testarealen zu Beginn hautschonend entfernen (z. B. mittels 3M™ Surgical Clipper)
2. Klebebandabrisse an einer ekzemfreien oberen Rückenhälfte bis zur Glanzschicht (Abbruchkriterium ≥ 3 glänzende, bis zu stecknadelkopfgroße Punkte) ausführen
Hierzu:
 - a) Klebeband ohne Spannung längs, d. h. parallel zur Wirbelsäule aufkleben
 - b) Mit den Fingerkuppen leichten, kurzen (ca. 2 Sekunden), glattstreichenden Andruck auf das Klebeband ausüben
 - c) Klebeband in einer flüssigen Bewegung in Kleberichtung im spitzen Winkel (45°) abziehen
 - d) Jeweils mit einem neuen Klebebandabschnitt aufeinanderfolgende Abrisse über genau der gleichen Teststelle ausführen
3. Multiplikation der ermittelten Glanzschicht-Abrissanzahl mit dem klebebandspezifischen Korrekturfaktor $cf = 11/26 \approx 0,42$
4. Berechnete Abrissanzahl für den Abriss-Epikutantest an der kontralateralen ekzemfreien oberen Rückenhälfte ausführen
Hierzu:
 - i) Ausführung der Klebebandabrisse gemäß den Unterpunkten 2. a–d
 - ii) Mit Testsubstanz befülltes okklusives Epikutantestpflaster (z. B. Finn Chamber® on Scanpor® tape) über die Teststelle kleben und fixieren
 - iii) Epikutantestpflaster nach 24 Stunden entfernen
 - iv) Ablesung und Beurteilung der Abriss-Epikutantestreaktion entsprechend den Leitlinien zur Durchführung des Epikutantests

Tab. 2: Aktuell vorgeschlagene klinische Einsatzmöglichkeiten des standardisierten Abriss-Epikutantests.

- Bei im Epikutantest nicht reproduzierbarer vorbekannter, d. h. zurückliegend nachgewiesener Spättypsensibilisierung.
- Bei negativem oder fraglich positivem Epikutantest und Fortbestehen des Verdachts auf Vorliegen einer Kontaktallergie.
- Bei Testung von Kontaktallergenen mit geringer Permeation des Stratum corneum (z. B. Metallsalze, Heparine) oder niedriger Testkonzentration (z. B. patienteneigene Augenkosmetika).
- Wenn die Penetrationsfähigkeit der Kontaktallergene (z. B. Dentalmetalle, Ophthalmika) am Rücken (Testort) niedriger als am Erfolgsorgan ist.
- Wenn durch wiederholte Klebebandabriss gezielt die spezielle Situation besonders empfindlicher oder vorgeschädigter Hautbereiche (z. B. Hände) am Rücken (Testort) simuliert werden soll.

Aufwand bestimmter Klebebandabrissanzahl bis zum individuellen Endpunkt (Bezugswert nach Erreichen des Stratum lucidum bzw. nahezu vollständiger Entfernung des Stratum corneum) und nachfolgender Errechnung der individuellen Klebebandabrissanzahl für den Abriss-Epikutantest ist weitgehend unabhängig von Hautgegebenheiten und Umgebungsbedingungen.

Protokollvalidierung

In weiteren Untersuchungen (Übersicht in: Dickel H et al. J Dtsch Dermatol Ges 2011; 9: 889-96) wurde eine bei interindividuell variierender Klebebandabrissanzahl einheitliche Reduzierung der Stratum-corneum-Dicke um $31 \pm 9\%$ durch den standardisierten Abriss-Epikutantest bei zusätzlich guter Untersucherübereinstimmung belegt. Dies lässt in der allergologischen Routinediagnostik eine zwischen Patienten wie auch Durchführenden hinreichend gute Vergleichbarkeit der Stratum-corneum-Dickenreduktion erwarten. Durch die definierte Stratum-corneum-Dickenreduktion mit konsekutiv erhöhter Bioverfügbarkeit der Testsubstanz in der vitalen Epidermis ist dann auch zumindest teilweise die höhere Testempfindlichkeit des standardisierten Abriss-Epikutantests im Vergleich zum Epikutantest zu erklären. Darüber hinaus konnte im Hinblick auf eine erhöhte epidermale mRNA-Expression von TNF- α , IL-33, Hsp70, Hsp90 und IL-8/CXCL8 der durch den standardisierten Abriss-Epikutantest gesetzte unspezifische Entzündungsreiz ansatzweise charakterisiert werden. Inwieweit hierdurch letztlich irritative bzw. allergische Reaktionen gebahnt werden, die ihrerseits zur höheren Testempfindlichkeit des standardi-

sierten Abriss-Epikutantests im Vergleich zum Epikutantest beitragen, ist noch wenig verstanden.

Die tatsächlich erreichte Erhöhung der Testempfindlichkeit für den standardisierten Abriss-Epikutantest im Vergleich zum Epikutantest wurde beispielhaft mit Nickelsulfat- und Kaliumdichromat-Verdünnungsreihen nachgewiesen. Die reaktionsauslösende Testkonzentrationsschwelle für Nickelsulfat ließ sich dabei um den Faktor 10 und die für Kaliumdichromat um den Faktor 5 senken. Kontrolliert schließlich gegen ein definiertes anamnesegestütztes Außenkriterium zeigte der standardisierte Abriss-Epikutantest testsubstanzabhängig eine signifikant höhere Sensitivität als der Epikutantest, mit demgegenüber nur geringen Einbußen bei der Spezifität. Der standardisierte Abriss-Epikutantest kann deshalb als sicher in seiner Anwendung unter gegenwärtig mehreren Gesichtspunkten (Tab. 2) und die Testergebnisse können als valide gelten.

KORRESPONDENZADRESSE

Priv.-Doz. Dr. Heinrich Dickel
St. Josef-Hospital
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Ruhr-Universität Bochum
Gudrunstraße 56, 44791 Bochum
h.dickel@klinikum-bochum.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 25. 2. 2012
11.45–12.55 Uhr

PLENARVORTRAG Kontaktallergie

Vorsitz: M. Goebeler (Würzburg),
T. Jakob (Freiburg)

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

NEU: Amofin® Nagellack ist da – das erste Amorolfin Generikum

Mit Amofin® Nagellack führt die GALENpharma GmbH aus Kiel das erste generische Arzneimittel mit dem Wirkstoff Amorolfin zur Behandlung von Nagelmykosen ein.

Die Packungsgrößen orientieren sich am Originalanbieter Loceryl®: die N1 enthält 3 ml, die N2 5 ml antimykotischen Nagellack. Beide Größen beinhalten zusätzlich Spatel zum Aufbringen des Lackes, Einmal-Feilen zum Entfernen von Nagelmaterial sowie Alkoholtupfer zur Reinigung und Desinfektion der Nageloberfläche. Zusätzlich führt die GALENpharma

GmbH eine Amofin® Servicepackung ein, die ausschließlich die oben genannten Hilfsmaterialien enthält, da es sich herausgestellt hat, dass Patienten häufig nicht mit den mitgelieferten Materialien auskommen. Das mittelständische Unternehmen aus Schleswig-Holstein bietet die Produktneueinführung zu Preisen an, die deutlich unter denen des Originalanbieters liegen. GALEN-

pharma trägt damit der Tatsache Rechnung, dass antimykotische Nagellacke mit dem Wirkstoff Amorolfin vom Patienten selber bezahlt werden müssen. Aus dermatologischen Fachkreisen wurde in der Vergangenheit häufig geäußert, dass die Bereitschaft der Patienten, eine entsprechende Therapie durchzuführen, an den Preisen scheiterte.



Abb. 1: Amofin 5 % Nagellack gegen Nagelpilz.

Foto: GALENpharma GmbH

AMNOG: Wer hat den Zusatznutzen?

Neue Arzneimittel müssen sich in Deutschland seit Januar 2011 über die Zulassung hinaus einer so genannten „frühen Nutzenbewertung“ stellen. Grundlage dafür ist das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG). Der pharmazeutische Hersteller muss dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bereits vor Marktzugang ein Dossier auf Grundlage vorhandener Studien vorlegen. Dieses soll einen Zusatznutzen des Medikaments nachweisen, entweder gegenüber Festbetragsarzneimitteln, mit denen es „pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar“ ist, oder im Falle innovativer Arzneimittel gegenüber einer vom G-BA bestimmten „zweckmäßigen Vergleichstherapie“. Das Ausmaß des festgestellten Zusatznutzens bildet die Grundlage für Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband, die in jedem Fall zu einem Rabatt ab Monat 13 der Marktzulassung führen.

Das AMNOG gilt von vornherein für alle ab 2011 neu zugelassenen Medikamente. Aber nicht nur neue Medikamente können vom AMNOG betroffen sein: Das Gesetz erfasst „erstattungsfähige Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen und neuen Wirkstoffkombinationen,

1. die ab dem 1. Januar 2011 erstmals in den Verkehr gebracht werden, sofern erstmals ein Arzneimittel mit diesem Wirkstoff in den Verkehr gebracht wird,
2. die ab dem 1. Januar 2011 erstmals in den Verkehr gebracht worden sind und die nach dem 1. Januar 2011 ein neues Anwendungsgebiet nach § 2 Absatz 2 erhalten,
3. wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine Nutzenbewertung nach § 16 veranlasst,
4. wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine Nutzenbewertung wegen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse nach § 13 veranlasst,
5. auf Antrag des pharmazeutischen Unternehmers nach § 14,
6. für die der Gemeinsame Bundesausschuss über eine Nutzenbewertung mit Befristung beschlossen hat, wenn die Frist abgelaufen ist, sowie
7. für Arzneimittel, die vor dem 1. Januar 2011 in den Verkehr gebracht worden sind und die nach dem 1. Januar 2011 ein neues Anwendungsgebiet nach § 2 Absatz 2 erhalten, sofern der Gemeinsame Bundesausschuss für das Arzneimittel bereits eine Nutzenbewertung nach § 16 veranlasst hat“ [1].

„Der G-BA kann auch den Bestandsmarkt aufrufen, und häufig wird er dies auch tun“, betont Prof. Dr. Jürgen Wasem vom Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen, Gesellschafter der CAREM GmbH [2]. „Als einen Anlass nennt das Gesetz Wettbewerbsgründe – wenn etwa 2011 oder 2012 ein neuer Wirkstoff auf den Markt kommt, der faktisch zu einem anderen, bereits 2009 oder 2010 zugelassenen Wirkstoff in Konkurrenz steht.“ Und auch eine gewünschte Kostenbegrenzung im Bestandsmarkt könne ein Hintergrund für den Aufruf bereits zugelassener Arzneimittel zur Nutzenbewertung sein, so Wasem. „Das vom G-BA durch das AMNOG erwartete Einsparpotenzial ist immens“, vermutet er: „Sicherlich nicht von heute auf morgen, aber langfristig geht man von zwei Milliarden Euro aus.“

Der G-BA muss die Nutzenbewertung aber nicht selbst durchführen, sondern kann beispielsweise das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit beauftragen und hat dies für die bisher vorliegenden Dossiers auch getan [3]. Wie das IQWiG den Zusatznutzen ermitteln und bewerten soll, wird im Einzelnen in der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AM-NutzenV) geregelt, die ergänzend zum AMNOG nur wenige Tage später veröffentlicht wurde.

Autokratische Festlegung der „zweckmäßigen Vergleichstherapie“

Die Auswahl der „zweckmäßigen Vergleichstherapie“, mit der das IQWiG und vor allem die Pharmaproduzenten arbeiten müssen, erfolgt durch den Unterausschuss

selbst mit den Informationen aus laufenden Bewertungsverfahren umgehen, ist Sache der betroffenen Unternehmen“, so Fortelka.

Erheblicher Mehraufwand für die forschenden Arzneimittelhersteller

Der Zeitpunkt der Bekanntgabe der zweckmäßigen Vergleichstherapie an das Pharmaunternehmen spielt eine wichtige Rolle für die rechtzeitige Beschaffung zusätzlicher Daten, denn: „Reichen die Zulassungsstudien nicht aus, kann der Gemeinsame Bundesausschuss weitere Nachweise verlangen“, so die AM-NutzenV [1]. „Das wird wohl öfter der Fall sein“, gibt Wasem zu bedenken, „denn bei der zweckmäßigen Vergleichstherapie handelt es sich keineswegs immer um den Komparator eines neuen Medikaments aus dessen Zulassungsstudien.“ In den klinischen Stu-

Zur Problematik der Refinanzierung von Forschungskosten und Renditeerwartungen der pharmazeutischen Industrie

- Forschungskosten zum weit überwiegenden Teil Gemeinkosten
- „Erfolge“ müssen „Misserfolge“ in der Entwicklung mitfinanzieren
- Patentanmeldung weit vor Markteinführung

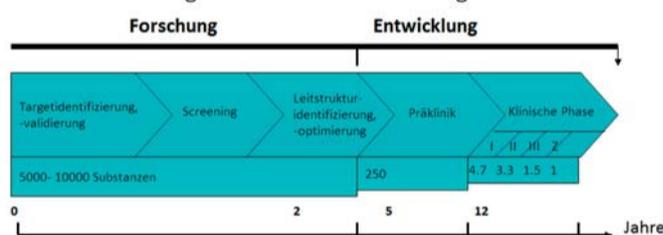


Abb. 1: Der Forschungseinsatz für neue, innovative Medikamente ist hoch. Zu Beginn der Phase-I-Studien sind durchschnittlich noch 4,7 der angenommenen 5000 bis 10000 Substanzen im Rennen, in Studien der Phase II noch 3,3 und in der Phase III noch 1,5. Letztlich schaffen etwa 30 neue Substanzen jährlich in Deutschland den Sprung auf den Markt (Quelle: Wasem 2011).

Arzneimittel des G-BA. Dieser Ausschuss besteht aus Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Weder die pharmazeutischen Hersteller noch die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften haben hier ein Mitspracherecht, und die Fachwelt wird nicht einmal öffentlich informiert. „Die zweckmäßige Vergleichstherapie wird durch den G-BA frühestens dann über seine Webseite öffentlich kommuniziert, wenn das IQWiG seine entsprechende Bewertung abgeschlossen und veröffentlicht hat“, betonte Kai Fortelka, Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Stabsbereich Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation des G-BA, gegenüber dieser Zeitschrift. Allenfalls über die beteiligten Unternehmen könnten eventuell Details schon vor Abschluss des Verfahrens durchsickern: „Wie die Unternehmen

dien spielen häufig ethische Überlegungen eine Rolle, so Wasem, was den Nachweis eines Zusatznutzens gegenüber anderen Medikamenten erschwere: „Das Design der Zulassungsstudien ist nicht selten ‚neues Medikament plus Standardtherapie vs. Placebo plus Standardtherapie‘.“ Dem G-BA gehe es aber um den Direktvergleich des neuen Wirkstoffs mit einem bereits zugelassenen Medikament. „Denn es wäre ja immerhin möglich, dass das ‚alte‘ Medikament genauso gut seinen Zweck erfüllt und dabei preiswerter – eventuell sogar schon generisch verfügbar – ist“, so Wasem. Dies mag jedenfalls die Überlegung der Kassenvertreter im Unterausschuss Arzneimittel des G-BA sein. Die AM-NutzenV sagt dazu: „Die zweckmäßige Vergleichstherapie ist regelhaft zu bestimmen nach Maßstäben, die sich aus den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin



Prof. Dr. Jürgen Wasem

ergeben. Bei mehreren Alternativen ist die wirtschaftlichere Therapie zu wählen, vorzugsweise eine Therapie, für die ein Festbetrag gilt“ [1]. Deshalb werden die Unternehmen wohl künftig häufiger in aller Eile zusätzliche Studienarme generieren oder statistische Hochrechnungen (lassen) müssen. Wasem schätzte den Mehraufwand der Unternehmen je Medikament auf „mindestens einen niedrigen sechsstelligen Betrag, dazu noch die Erbringung beachtlicher Eigenressourcen“.

Frühe Nutzenbewertung bei chronischen Erkrankungen unmöglich?

Prof. Dr. Joachim Mössner, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) 2011/2012, Direktor der Klinik für Gastroenterologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig AöR, Abteilung für Innere Medizin und Dermatologie, Leipzig, stellt die frühe Nutzenbewertung infrage, soweit sie die Therapie chronischer Erkrankungen betrifft: „Eine frühe Nutzenbewertung ist nur bei akuten Erkrankungen wie Sodbrennen, Bauchweh, Infektionen oder akuter Atemnot aussagekräftig“. Die Wirkung eines Antibiotikums beispielsweise sei sofort beobachtbar. An die Grenzen gelange die frühe Bewertung jedoch bei chronischen Erkrankungen, bei denen Symptome schleichend sind oder die dauertherapiert werden. „Welche Langzeitriskien oder welche Vorteile ein Medikament zur Blutzuckersenkung oder ein Bluthochdrucksenker hat, kann die frühe Nutzenbewertung nicht erfassen“ [4].

Arzneimittelhersteller fordern faire Festlegung der Vergleichstherapie

Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands forschender Arzneimittelhersteller (VfA), zeigt sich kompromissbereiter: „Frühe Nutzenbewertung und Preisverhandlungen können gute Steuerungsinstrumente zum Ausgleich von Versorgungsqualität und Höhe des Preises sein!“, betont sie. „Doch gibt es auch handfeste inhaltliche Probleme, etwa die Frage, wie man eine zweckmäßige Vergleichstherapie definiert. Dafür ausgewählte Kriterien dürfen nicht dazu führen, dass Innovationen blockiert werden. Fairness im Umgang mit dem neuen Instrument wie mit den Partnern des Prozesses ist hier das oberste Gebot, um eine Balance von Kosten und Nutzen herzustellen“ [5].

Europäische Rückkopplung?

„Völlig ungeklärt ist noch, wie eine solche Preisfindung überhaupt von statten gehen soll“, ergänzt Wasem: „Es ist nirgends festgelegt, wie viel Abschlag bei einem erheblichen, beträchtlichen oder geringen Zusatznutzen angemessen wäre und ob dies in allen Indikationen gleichermaßen gelten soll.“ Aber nicht nur auf das deutsche Preisniveau für innovative Medikamente wird das AMNOG sich aus-

wirken, davon ist Wasem überzeugt. „Bisher kommen die Hersteller mit ihren Innovationen sehr zügig auf den deutschen Markt; das könnte sich ändern“, betont er. Zur Erläuterung konstruiert er ein Beispiel: „Deutschland ist ein Referenzpreisland, an dem sich andere europäische Gesundheitssysteme bei der Preisbildung orientieren. So kann es in unseren Nachbarländern zu Vorgaben kommen wie etwa ‚30 Prozent Abschlag im Vergleich zu Deutschland‘. Das würde dann auch für den wegen des AMNOG geringeren deutschen Preis gelten.“ Und weiter: „Würde nun der GKV-Spitzenverband beispielsweise nach einem oder zwei Jahren die Vereinbarung wieder kündigen, das Medikament würde erneut aufgerufen, und käme es diesmal zu keiner Einigung, würde die Schiedsstelle angerufen. Diese soll sich dann am europäischen Preisniveau orientieren – der Circulus vitiosus wäre komplett.“ Es sei zudem noch offen, ob im Falle einer Entscheidung durch die Schiedsstelle das Preisniveau aller europäischen Staaten oder nur der Industriestaaten gelten solle. So gesehen sei die Entscheidung des einen oder anderen Pharmaherstellers, sein neues Medikament in Deutschland gar nicht oder erst später zuzulassen, zumindest verständlich.

Wasem betonte, dass mit Einführung des AMNOG andere Regulierungsinstrumente des Arzneimittelsektors nicht verschwinden: „Festbeträge für wirkstoffgleiche und Analogpräparate, Arzneimittelbudgets für niedergelassene Ärzte, Therapiehinweise und Leistungsausschlüsse des G-BA sowie obligatorische und ‚freiwillige‘ Rabatte der Pharmaindustrie werden trotzdem bleiben“, konstatierte er. Lediglich die Bonus-Malus-Regelung und die Zweitmeinungsregelung sollen aufgehoben werden. Einen positiven Nebeneffekt, neben den Kosteneinsparungen, könnte das AMNOG allerdings haben, wenn es denn konsequent umgesetzt werde: „Die Vereinbarungen zwischen pharmazeutischem Hersteller und GKV-Spitzenverband sollen auch Anforderungen an die Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Verordnung beinhalten“, so Wasem. „Und bei Einhaltung dieser Anforderungen ist vorgesehen, die entsprechenden Rezeptierungen als Praxisbesonderheiten anzuerkennen.“ Damit hätte wenigstens der verordnende Arzt Schutz vor Regress und damit einen – wenn auch eher späten – Nutzen vom AMNOG.

LITERATUR

- 1 <http://www.gesetze-im-internet.de/am-nutzenv/>
- 2 Statements Prof. Jürgen Wasem: Fachpressekonferenz „YERVOY“: Eine neue Zeit für Patienten mit metastasiertem Melanom“, Berlin, 31. August 2011 sowie Exklusivinterview per E-Mail
- 3 <https://www.iqwig.de/iqwig-publiziert-neue-version-seiner-allgemeinen.1364.html>
- 4 DGIM-Pressekonferenz „Volkskrankheiten wirksam behandeln – Nutzen von Arzneimitteln patientenbezogen bewerten“, Wiesbaden, 12. Oktober 2011
- 5 Pressekonferenz zum Arzneimittel-Atlas 2011, Berlin, 8. September 2011

Simone Reisdorf, Erfurt-Linderbach gekürzte Fassung

BUCHTIPPS

Wolfram Sterry

Kurzlehrbuch Dermatologie

1. Auflage, 351 Seiten
Verlag: Thieme, Stuttgart
ISBN-10: 313146271X
Preis: 24,95 €

Ohne Falten durch die Derma!

- Vollständiger Überblick – in kurzer Zeit haben Sie die Dermatologie im Griff.
- Konzentration auf das Wesentliche – klar strukturiert, verständlich und praxisnah.
- Das gesamte prüfungsrelevante Wissen ist abgedeckt.
- Schulen Sie Ihren Blick – zahlreiche klinische Abbildungen helfen Ihnen dabei.
- Hochwertige Grafiken und tabellarische Übersichten erleichtern Ihnen das Lernen und Verständnis für wichtige Zusammenhänge.
- Praxisorientiert durch zahlreiche Tipps und Fallgeschichten.

Johannes Ring

Neurodermitis – Atopisches Ekzem

1. Auflage, 201 Seiten
Verlag: Thieme, Stuttgart
ISBN-10: 3131466618
Preis: 69,99 €

- Praxisnahe Anleitung zu Diagnostik und Therapie-Management
- Symptome erkennen, bewerten und die richtige Arbeitsdiagnose erstellen
- alle therapeutischen Möglichkeiten in einem ganzheitlich-integrativen Behandlungsmodell
- die medikamentöse Behandlung, von der Basis- bis zur spezifischen Immuntherapie
- wirksame ergänzende physikalischen Maßnahmen, Diät und eine begleitende Psychotherapie
- übersichtlich aufbereitet mit vielen Merkkästen und einer Griffleiste zum schnellen Nachschlagen

Dietrich Abeck

Häufige Hautkrankheiten in der Allgemeinmedizin**Klinik, Diagnose, Therapie**

2., aktualisierte Auflage, 129 Seiten
Verlag: Springer Berlin Heidelberg
ISBN-10: 3642211399
Preis: 49,95 €

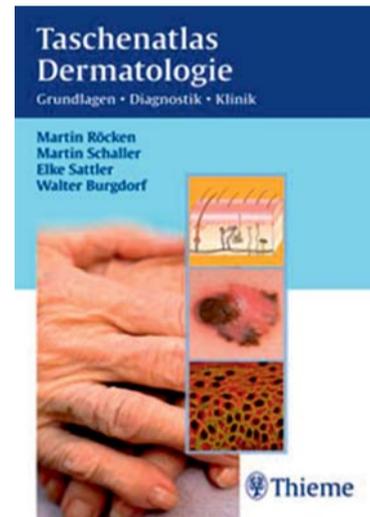
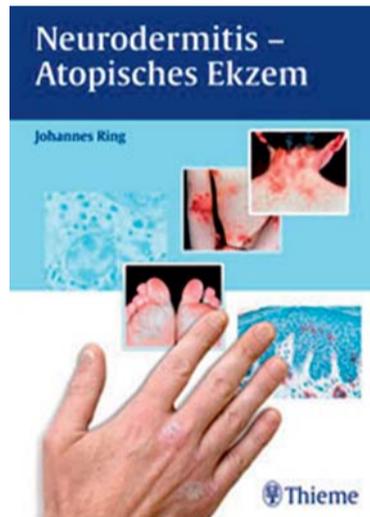
Weil Hauterkrankungen immer öfter auftreten, wird auch für Allgemeinärzte dermatologisches Wissen immer wichtiger. Der Autor behandelt in dem Band die Klinik, Pathogenese, Diagnose und Therapie der häufigsten dermatologischen Probleme. Zahlreiche Abbildungen unterstützen Ärzte bei der schnellen Zuordnung der Symptome. Der Band enthält Empfehlungen zum Ablauf der Therapie, zu Wirkstoffen und zur Hautpflege sowie Hinweise zu weiterführender Literatur. Erweitert um drei häufige Hautkrankheiten: Aktinische Keratosen, Hypertrophe Narben und Keloide, Chronische Paronychie.

Martin Röcken, Martin Schaller, Elke Sattler, Walter Burgdorf

Taschenatlas Dermatologie**Grundlagen – Diagnostik – Klinik**

1. Auflage, 406 Seiten
Verlag: Thieme, Stuttgart
ISBN-10: 3131425210
Preis: 59,95 €

Dieser Taschenatlas ist ein handliches Kompendium mit Diagnostik und Therapie der wichtigsten dermatologischen Krankheitsbilder. Zahlreiche Abbildungen und Bildtafeln sorgen für das visuelle Verständnis. Komplexe Zusammenhänge und Therapieprinzipien werden in aussagekräftigen Schaubildern und präzisen Texten dargestellt.



KALENDER DERMATOLOGIE

01.–03. 03. 2012

16. Jahrestagung der Gesellschaft für Dermopharmazie – GD

Berlin
www.gd-online.de

01.–03. 03. 2012

39. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung, ADF, e. V.

Marburg
www.adf-online.de

02.–04. 03. 2012

Dermatologische Praxis 2012

Frankenthal
<http://dermatologische-praxis.com>

03. 03. 2012

16. Südwestsächsische Vier-Klinik-Tagung der Hautkliniken Chemnitz, Plauen, Zwickau & Aue

Zwickau
www.hbk-zwickau.de

10. 03. 2012

5. Freiburger Wundsymposium – Wundbehandlung im Dialog. Know-How für die Praxis

Freiburg
<http://www.conventus.de/freiburger-wund-symposium>

16.–20. 03. 2012

70th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology

San Diego, USA
www.aad.org

16.–18. 03. 2012

4. Regensburger Intensivkurs Dermatochirurgie

Regensburg
Brigitte.Bergmann
@klinik.uni-regensburg.de

28. 03. 2012

4. Erfurter Dermatologische Frühjahrstagung

Erfurt
rudolf.herbst@helios-kliniken.de

19.–21. 04. 2012

EHNS – Joint 5th European Conference on Head & Neck Oncology

Poznan, Polen
<http://www.ehns.org/site/congresses.html>

20.–21. 04. 2012

3. Joint-Meeting – 12. Passat-Tagung und 99. Tagung der Vereinigung Schleswig-Holsteiner Dermatologen

Travemünde
wiebke.schmidt-tomkewicz-at-uk-sh.de

24.–27. 04. 2012

129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Berlin
<http://www.dgch.de>

24.–27. 04. 2012

American Burn Association 44th Annual Meeting

Seattle, USA
www.ameriburn.org

03.–13. 05. 2012

North American Clinical Dermatologic Society 53rd Annual Meeting 2012 (NACDS 2012)

Zürich, Schweiz
<http://www.nacds.com>

05. 05. 2012

9. Tübinger Symposium Dermatoonkologie

Tübingen
<http://ado-homepage.de>

09.–12. 05. 2012

72nd Annual Meeting of the International Society for Investigative Dermatology

Raleigh, USA
<http://www.sidnet.org>

17.–19. 05. 2012

10. Dermatologisches Alpenseminar

Berchtesgaden
<http://www.alpenseminar.de>

25.–26. 05. 2012

4. Neurodermitis-Seminar: Praktische Neurodermitis-Therapie im Kindes- und Jugendalter – Ein Seminar zu patientenorientiertem Management und topischer Therapie

Dresden
<http://www.di-text.de>

06.–10. 06. 2012

9th EADV Spring Symposium

Verona, Italien
<http://www.eadv.org>

IMPRESSUM

HERAUSGEBER UND VERLAG

WILEY-BLACKWELL
Blackwell Verlag GmbH
A company of John Wiley & Sons, Inc.
Rotherstraße 21, 10245 Berlin
Tel.: 030 / 47 0 31-432
Fax: 030 / 47 0 31-444
medreports@wiley.com
www.blackwell.de

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. Rudolf Stadler
Prof. Dr. Roland Kaufmann

CHEFREDAKTION

Alexandra Pearl (-432)
apearl@wiley.com

REDAKTION

Bettina Baierl
bbaierl@wiley.com

ANZEIGENLEITUNG

Rita Mattutat (-430)
rita.mattutat@wiley.com

SONDERDRUCKE

Barbara Beyer (-467)
barbara.beyer@wiley.com

VERLAGSREPRÄSENTANZ

Imke Ridder Verlagsservice e. K.
Bannzeilweg 6
86943 Thaining
Tel. 08194 / 207735
Fax 08194 / 207736
verlagsservice@imke-ridder.de

PRODUKTION

Schröders Agentur, Berlin
www.schroeders-agentur.de

z.Zt. gültige

Anzeigenpreisliste 25/2011

Einzelpreis: € 7,- zzgl. Mwst.

Abonnement: € 238,- zzgl. Mwst.
(45 Ausgaben jährlich)

Die Beiträge unter der Rubrik „Aktuelles aus der Industrie“ gehören nicht zum wissenschaftlichen Programm der Veranstaltung. Für ihren Inhalt sind die jeweiligen Autoren, Institutionen oder Unternehmen verantwortlich.

Angaben über Dosierungen und Applikationen sind im Beipackzettel auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

Nr. 5/36. Jahrgang
Berlin, im Februar 2012

ISSN 0934-3148 (Printversion)
ISSN 1439-0493 (Onlineversion)

ZKZ 30371

www.medreports.de

 **WILEY-BLACKWELL**