

Bedeutung Immunologie in der Dermatologie

Prof. Dr. med. Nikhil Yawalkar

Stellvertretender Chefarzt

Universitätsklinik für Dermatologie, Inselspital Bern

nikhil.yawalkar@insel.ch

Informationen und Empfehlungen

30.10.2016

Immunologische Mechanismen spielen eine zentrale Rolle bei vielen entzündlichen Dermatosen. Im Vortrag werden die Urtikaria und Arzneimittelexantheme besprochen.

Urtikaria

Die Urtikaria ist durch das Auftreten von stark juckenden, flüchtigen (Bestanddauer < 24 Std.) Quaddeln unterschiedlicher Grösse, Konfiguration und Anordnung charakterisiert.

Klassifikation:

Die Urtikaria wird nach Dauer der Symptomatik in einer akuten (< 6 Wochen) und einer chronischen Urtikaria (> 6 Wochen) klassifiziert. Bei der chronischen Urtikaria (CU) unterscheidet man die chronische induzierbare Urtikaria (CINDU) und die chronische spontane Urtikaria (CSU). Die CINDU wird in einer reproduzierbaren Weise durch spezifische physikalische Faktoren ausgelöst, z. B. durch Druck, Vibrationen, Hitze, Kälte, UV-Strahlen, Wasser (aquagene Urtikaria), körperliche Betätigung (anstrengungs-induziert) oder Stress/Emotionen (cholinerge Urtikaria). Bei der CSU ist die Ursache meistens unbekannt. In einigen Fällen liegt eine Autoimmun-Urtikaria vor. Eher selten spielen Medikamente (NSAIDs, Aspirin), Nahrungsmittel (Additiva) oder Infekte (Helicobacter) eine Rolle.

Management

In der Regel sind weder bei akuter noch chronischer Urtikaria ausgedehnte Abklärungen ergiebig. Routinemässig wird nur ein Differentialblutbild (Suche nach Eosinophilie), eine Blutsenkung oder ein C-reaktives Protein (CRP) empfohlen. Weitergehende Abklärungen richten sich nach der gründlichen Anamnese und Klinik, z.B. Provokationstestungen bei CINDU, Nachweis von Helicobacter bei gastrischen Beschwerden oder Parasiten bei Eosinophilie.

Therapiealgorithmus

Erste Wahl
H1-Antihistaminika der zweiten Generation z.B. Desloratadin, Fexofenadin, Levocetirizin
<i>Wenn die Symptome nach 2 Wochen persistieren</i>
Zweite Wahl
H1-Antihistaminika der zweiten Generation in der bis zu 4-fach erhöhten Dosis
<i>Wenn die Symptome nach weiteren 1-4 Wochen persistieren</i>
Dritte Wahl
Zur zweiten Wahl hinzufügen:* Omalizumab, Cyclosporin A oder Montelukast Schübe: kurzer Zyklus (maximal 10 Tage) mit Corticosteroiden

Referenz

1. Zuberbier T, et al. Allergy. 2014;69:868–87

Arzneimittlexantheme (AZME)

Makulo-papulöse AZME gehören zu den häufigsten Medikamentenreaktion auf der Haut. Differentialdiagnostisch kommen v.a. Infekt-bedingte Exantheme in Frage. Faktoren die ein AZME favorisieren sind: ältere Patienten, dunkelrote, livide Maculae, Konfluenz, ausgedehntes Erythem, sehr starker Juckreiz sowie eine Eosinophilie im Blut oder in der Histologie.

Management

Wichtig ist die frühzeitige Sistierung des verdächtigen Medikaments (meist im letzten Monat neu eingesetzt). Bei Bedarf können systemische Antihistaminika, topische Kortikosteroide (Klasse 3) und in ausgedehnten Fällen kurzfristig systemische Kortikosteroide eingesetzt werden.

Empfehlenswert ist die Zuweisung zum Allergologen ca. 6-12 Wochen nach Abheilung des Exanthems zur Durchführung allfälliger Hauttests oder eines Lymphozytentransformationstests (LTT) und Ausstellung eines Allergiepasses.

Entscheidend ist die rechtzeitige Erkennung von Gefahrzeichen von schweren, lebensbedrohlichen AZME wie ein Stevens-Johnson-Syndrom (SJS) oder Toxische epidermale Nekrolyse (TEN).

Diese sind: Schmerzhaftes Haut, Schleimhautbeteiligung, stammbetonte atypische Kokarden, livide Flecken, Erosionen, Blasen, pos. Nikolski Zeichen (Ablösung/Verschiebung der Haut durch seitlichen Druck)

Referenz

1. Hoetzenecker W. et al. Semin Immunopathol. 2016;38:75-86