



PTA

DIE PTA IN DER APOTHEKE

REPETITORIUM

Neurodermitis – Teil 3

Welche Tipps zur Basispflege kann die Apotheke geben? Wie wird der Juckreiz effektiv gestillt und die Hautentzündung gehemmt? Welche Möglichkeiten existieren zur Behandlung schwerster Ekzemformen? Hier finden Sie die Antwort.

Besprochen wurde bereits: Je besser der Hautzustand, desto fetthaltiger kann das Pflegemittel sein. Ist die Haut dagegen entzündet und juckt, sind wässrigere Cremes zu bevorzugen, da sie durch die Verdunstungskälte die Symptome zusätzlich lindern. Als Faustregel gilt zudem, dass Cremes eher im Sommer verwendet werden, Salben im Winter. Bei schwülwarmer Witterung wirken (Fett-)Salben nämlich okklusiv und verstärken damit Juckreiz und Reizungen. In der kalten Jahreszeit begünstigen feuchtkalte Witterung außen und trockene Heizungsluft innen hingegen die Austrocknung der Haut, was eine wasserreiche Pflegecreme noch unterstützen würde. Deshalb hilft es im Herbst und Winter, auf eine fettreichere Pflegegrundlage umzustellen. Regelmäßiges Eincremen, am besten zwei Mal täglich, sollte dabei für die betroffenen Neurodermitiker in Fleisch und Blut übergehen.

Sinnvolle Reinigung Dazu wird im akuten Stadium tägliches Baden empfohlen, im chronischen Stadium sollte die Dusch- und Badehäufigkeit deutlich reduziert werden auf circa ein bis zwei Mal wöchentlich. Formulierungen zur Körperpflege werden als Waschstück oder als flüssige Waschemulsionen, -gele, -lotionen sowie Dusch- und Schaumbäder angeboten. Besser als herkömmliche Seifen sind flüssige Syndets, vor allem solche, die auf einen leicht sauren pH-Wert eingestellt sind und damit die Haut weniger austrocknen und die natürliche Keimflora erhalten. Wichtig:

Zugesetzte Lipidkomponenten tragen bereits beim Waschen zur Rückfettung der Haut bei. Durch einen besonders hohen Lipidanteil zeichnen sich Duschcremes und -öle aus. Bei den Ölbädern gibt es spreitende Ölbäder, bei denen sich ein Lipidfilm auf der Wasseroberfläche bildet und Emulsionsölbäder, wo sich das Lipid tröpfchenförmig im Wasser verteilt. Kinderdermatologen beurteilen den Unterschied als nicht therapieentscheidend.

Juckreiz stillen Der sehr starke Juckreiz beim akuten Schub wird meistens mit oralen Antihistaminika behandelt. Für Babys ist im ersten Lebensjahr nur Ketotifen, ein Antihistaminikum der ersten Generation, zugelassen. Bekannte Nebenwirkungen sind die deutliche Sedierung (macht müde!), aber auch paradoxe Unruhe sowie Appetitanregung. Von den kaum sedierend wirkenden Antihistaminika der zweiten Generation wird auch Cetirizin bei Säuglingen häufiger verordnet. Untersuchungen für diese Altersgruppe liegen vor. Zugelassen ist Cetirizin allerdings offiziell erst ab einem Jahr, ab zwei Jahren darf Loratadin und Desloratadin, ab sechs Jahren auch Levocetirizin gegeben werden. Die Antihistaminika der zweiten Generation sind auch für die Anwendung über vier bis sechs Wochen, gegebenenfalls auch länger, geeignet, da sie nur minimal müde machen und keine paradoxen Wirkungen entfalten. Eine Optimierung der antientzündlichen und rehydrieren-

den Lokalthherapie trägt langfristig allerdings sehr effektiv zur Juckreizstillung bei. Schwarz- oder Grünteumschläge sowie die „fett-feuchten“ Behandlung (siehe Repetitorium Teil 2) nutzen die Verdunstungskälte ideal für eine gezielte Juckreizbekämpfung. Empirisch gut wirksam sind auch fünfprozentige Polidocanol- oder ein bis zweiprozentige Mentholzusätze in Basiscreme DAC, was manche Ärzte auch verschreiben. Bei Polidocanol als Oberflächenanästhetikum wird dabei gezielt die Empfindlichkeit der sensiblen Hautnerven gesenkt. Auch eine Kombination aus entzündungshemmendem Bisabolol (kommt im ätherischen Öl der Kamille vor) und Heparin lindert den durch Neurodermitis bedingten Juckreiz effektiv, wie eine 2010 in der Zeitschrift „Dermatologie“ veröffentlichte Studie der Universitätsklinik für Dermatologie der Karls-Universität in Prag nahelegt. Vielfach ist eine Linderung aber auch schon gut erreichbar, wenn die gewohnte Pflegecreme einfach im Kühlschranks gelagert und kühl aufgetragen wird.

Auch leichtes Drücken, Kneifen oder Streicheln der Haut lindert den Juckreiz, da gerade bei kleinen Kindern ein Kratzverbot wenig nutzt. Neurodermitisanzüge für Kinder, wie sie mittlerweile von einigen auf Allergie spezialisierten Firmen angeboten werden, sind eine hilfreiche Alternative. Wichtig ist, dass sich das dem Juckreiz folgende Kratzen nicht „automatisiert“. Manche Neurodermitiker kratzen dann nämlich ohne erkennbaren Anlass oder auch in Trotz- oder Konfliktsituationen, einfach um ihr eigenes Anliegen und ihren Willen durchzusetzen.

Entzündung bekämpfen Neben der rückfettenden Hautpflege sowie der Juckreizstillung ist das Bekämpfen der Hautentzündung wichtigste Therapiegrundlage. Die antientzündliche Behandlung kann dabei an verschiedenen Orten angriffen, wobei lokal auf der Haut prinzipiell folgende Wirkstoffgruppen zur Verfügung stehen:

- Teer und Teerderivate (Ammoniumbituminosulfonat),
- Gerbstoffe,
- topische Glukokortikoide,
- topische Immunmodulatoren.

Steinkohlenteer (Pix lithanthracis), **Holz Kohlenteer** (etwa Pix betulina) und **Liquor carbonis detergens** (Teer-Saponin-Gemisch) werden seit Jahrhunderten in der Dermatologie angewandt. Als Naturprodukte mit polyaromatischen Kohlenwasserstoffverbindungen, die als potenziell karzinogen (krebserregend) gelten, sind sie heutzutage verschreibungspflichtig, werden jedoch kaum noch verschrieben. Bituminosulfonat, ein mit Schwefelsäure sulfoniertes Schieferöldestillat, ist jedoch praktisch frei von möglicherweise krebserregenden Polyaromaten, dazu wasserlöslich und ohne Phototoxizität. Die antientzündliche Wirkung dieser Substanzgruppe beruht auf einer Hemmung des Enzyms 5-Lipoxygenase, wodurch die Synthese des Entzündungsmediators Leukotrien B4 (LTB4) unterdrückt wird. Bituminosulfonate sind zudem antiseborrhoisch (gegen eine gesteigerte Talgproduktion) und leicht antimikrobiell wirksam. Da

die Wirksamkeit allerdings unterhalb derjenigen eines Glukokortikoids liegt, werden insbesondere Bituminosulfonate allenfalls noch bei mildem atopischem Ekzem verschrieben. **Gerbstoffe** gibt es in pflanzlicher (Extrakte aus Eichenrinde oder Hamamelis, Tannine) sowie synthetischer Form (Tannole). Sie haben direkten Einfluss auf entzündungshemmende Enzyme und Stoffe, auf den Arachidonsäurestoffwechsel und die Mastzellen, wirken durch ihre eiweißfallende Wirkung zudem adstringierend und wie festgestellt wurde schmerzlindernd, antibakteriell und antimykotisch. Ihre Wirkung ist im antientzündlichen Bereich dem von Kortison allerdings eindeutig unterlegen.

INTERESSANTE LINKS

- + www.hautapotheke.de – Website der Gesellschaft für Dermopharmazie. Präsentiert werden Apotheken aus ganz Deutschland, in denen Mitarbeiter speziell zu dermatologischen Erkrankungen beraten.
- + www.wipta.de/homepage/index.php/ihk-lehrgaenge/dermopharmazie – Weiterbildungsmöglichkeit zur „Apothekenfachkraft für dermopharmazeutische und kosmetische Beratung (IHK)“ des Weiterbildungsinstituts für PTA in Saarbrücken (WIPTA®)
- + www.blak.de/fach-pta.html – die Bayerische Landesapothekerkammer bietet immer wieder einmal die Zusatzqualifikation zur „Fach-PTA für Dermopharmazie“ an.

Topische Glukokortikoide sind bei schwerer Neurodermitissymptomatik meist notwendig. Sie sind insgesamt gesehen eine der wichtigsten Substanzgruppen zur Behandlung von Hauterkrankungen – topisch auf der Haut wie systemisch durch innerliche Einnahme. Ihre antientzündliche Wirkung beruht auf einer verminderten Synthese entzündungsfördernder Mediatoren (Prostaglandinderivate, Zytokine). Die Gefahr der Hautatrophie, also des Gewebeschwundes mit Auftreten von Pergamenthaut durch Unterdrückung der Hautkollagensynthese, ist nach neueren Untersuchungen weniger relevant als lange angenommen. Bei sachgerechter Anwendung und insbesondere als Intervalltherapie verabreicht, ist das Risiko für Nebenwirkungen an der Haut bei sehr guter Wirksamkeit überaus gering. Wichtig ist es deshalb, Betroffenen beziehungsweise deren Angehörigen die immer noch weit verbreitete Kortisonangst zu nehmen, zum Beispiel indem man den Nutzen des betreffenden Präparates hervorhebt.

Beachtet werden sollte allerdings: Glukokortikoide dürfen im Windelbereich gar nicht und im Gesicht oder der Kopfhaut nur nach strenger Indikationsstellung maximal fünf bis sieben Tage angewandt werden. Eine Resorption über die Haut ist bei großflächiger Anwendung möglich, insbesondere bei Babys und Kleinkindern aufgrund ihrer im Vergleich zu Erwachsenen größeren Körperoberfläche im Vergleich zum Gewicht. Für Säuglinge werden auch primär

nur Klasse-I- Glukokortikoide (schwach wirksam), wie Hydrokortisonacetat oder Prednisolon, ab sechs Monaten bis ins Schulkindalter auch Klasse-II- Glukokortikoide (mittelstark), wie Prednicarbat, Methylprednisolonaceponat, Triamcinolonacetonid, eingesetzt. Im Allgemeinen werden nur ein bis zehn Prozent der Dosis aufgenommen und über mehrere Tage in der Hornschicht der Haut (Stratum corneum) gespeichert. Deshalb genügt die einmal tägliche Anwendung, vorzugsweise abends. Durch das morgendliche Auftragen einer Pflegecreme wird das Glukokortikoid aus dem Stratum corneum in die Oberhaut (Epidermis) befördert, was dem körpereigenen zirkadianen Rhythmus der Kortisonaus-

gerer Anwendung aufgrund möglicher Resorption durch die Haut hindurch sowie möglicherweise auch ein erhöhtes Tumorrisiko bei Langzeitanwendung. Zudem ist während der Anwendung von topischen Immunmodulatoren ein sehr guter UV-Strahlen-Schutz an den behandelten Hautarealen wichtig. Die Anwendung ist für Patienten ab zwei Jahren zugelassen und wird hier insbesondere bei mittelschweren bis schweren atopischen Ekzemformen vorgenommen. Auch eine Kombination von topischen Glukokortikoiden und Immunmodulatoren wird bei mittelschweren oder schweren Ekzemformen von manchen Ärzten erfolgreich eingesetzt.

»Das Atopische Ekzem ist zwar (gut) zu behandeln, aber nicht zu heilen.«

schüttung entgegenkommt. Nur bei Erwachsenen werden auch lokale Glukokortikoide der Klasse III (Mometasonfuroat, Betamethasonvalerat, Diflucortolonpentanoat) und IV (Clobetasolpropionat) verschrieben. Abgesetzt werden topische Glukokortikoide nicht abrupt, sondern „ausschleichend“, indem das Dosierungsintervall verlängert oder die Wirkstoffkonzentration allmählich reduziert wird. Damit wird nicht nur ein rasches Wiederaufflammen des Ekzems, sondern zusätzlich das theoretische Risiko einer Nebennierenrindeninsuffizienz nach großflächiger Anwendung verhindert.

Topische Immunmodulatoren, gerne auch topische Immunsuppressiva oder Calcineurininhibitoren genannt, wie Tacrolimus und Pimecrolimus, werden aus Filtraten von Bodenpilzen (*Beauveria nivea*, *Streptomyces tsucubaensis* oder *Streptomyces hygroscopicus*) isoliert. Ihre immunsuppressive Wirkung beruht auf einer selektiven und reversiblen Hemmung der T-Zell-Aktivierung. Die Wirksamkeit von 0,03- sowie 0,1-prozentigem Tacrolimus und einprozentigem Pimecrolimus als Lokalthherapie bei Neurodermitis ist erwiesen. Das Auftragen erfolgt in der Regel zwei Mal täglich. Im Durchschnitt wird eine 70- bis 80-prozentige Ekzemreduktion und nach dreiwöchiger Anwendung zu 50- bis 70 Prozent Juckreizfreiheit erreicht. Dabei entspricht die Wirksamkeit der einprozentigen Pimecrolimussalbe vergleichsweise etwa einem Klasse-I- Glukokortikoid, die Tacrolimus-haltige Salbe einem Klasse-II- Glukokortikoid. Im Unterschied zu Glukokortikoiden wird die Kollagensynthese in der Haut durch Tacrolimus und Pimecrolimus definitiv nicht beeinträchtigt. So kann die Anwendung speziell im Gesicht oder auch in intertriginösen Bereichen (Achselhöhlen, Kniekehlen, Genitalgegend) erfolgen. Dafür existieren andere Nebenwirkungen, etwa vorübergehendes Brennen oder verstärkter Juckreiz an den Auftragsstellen, die Gefahr von (niedrigen) systemischen Wirkstoffspiegeln bei großflächiger

Kein Therapieerfolg? Doch was tun, wenn trotz der beschriebenen Hautpflege, einer optimierten Juckreizstilltherapie, der Behandlung etwaiger Superinfektionen oder einer konsequenten externen antientzündlichen Therapie mit Glukokortikoiden oder lokalen Immunmodulatoren keine Ekzemverbesserung eintritt? Zunächst müssen Diagnose, Compliance des Patienten (beziehungsweise seiner Angehörigen) sowie mögliche Triggerfaktoren, wie mögliche Nahrungsmittelallergene, noch einmal auf den Prüfstand. Wird dabei ein schweres atopisches Ekzem bestätigt, sind noch **orale Glukokortikoide** (0,5 bis 1,0 mg Methylprednisolon KG/Tag morgens für eine Woche, dann ausschleichen) beziehungsweise **Ciclosporin A** als orale Behandlungsmittel verfügbar. Selbst bei Kindern mit schwerstem Ekzem hat sich die immunsuppressive Wirkung von Ciclosporin A bewährt. Allerdings sollte Ciclosporin A wegen ansonsten inakzeptabler Nebenwirkungen – unter strenger Kontrolle und Einhaltung aller Sicherheitsvorkehrungen – bei Erwachsenen höchstens ein Jahr, bei Kindern maximal sechs Monate verabreicht werden. Andere systemische Immunsuppressiva (Azathioprin, Methotrexat) wurden bei Kindern gegen das Atopische Ekzem auch schon in Fallserien mit Erfolg angewandt, haben jedoch keine Zulassung für die Indikation. ■

Dr. Eva-Maria Stoya, Apothekerin / Journalistin

-
- **Informationen** zur Lichttherapie und wichtigen Alltagstipps finden Sie, wenn Sie diesen Artikel online unter www.pta-aktuell.de lesen!



WEBCODE: D6070

Frischer Wind im Cranberry-Markt.

NEU



**Weil Kunden Qualität wollen.
Ihre neue Empfehlung:**

- **Hochdosiert: 600 mg Cranberryextrakt mit 36 mg PAC** (Proanthocyanidin) – exakt wie in einer **Studie** getestet*
- Zusätzlich: **200 mg Granatapfelpulver**
- Mit **Vitamin-C-Zink-Selen-Komplex** für Immunsystem und Zellschutz
- **Das Besondere: nur 1 Kapsel täglich**
- Zum **granatenstarken Preis**

 **NUR IN DER
APOTHEKE**

PZN: 9764934 (30 Kapseln)
PZN: 9726299 (60 Kapseln)



Gesundheit mit System

system

* Quelle: Sengupta K. et al: A Randomized, Double Blind, Controlled, Dose Dependent Clinical Trial to Evaluate the Efficacy of a Proanthocyanidin Standardized Whole Cranberry (Vaccinium macrocarpon) Powder on Infections of the Urinary Tract. Current Bioactive Compounds. March 2011, Volume 7, Number 1, Pages 39-46