



Deutsche ApothekerZeitung

Unabhängige pharmazeutische Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

151. Jahrgang | 07.04.2011 | Nr. 14

INTERPHARM 2011



Fortbildung pur – die Interpharm 2011

- Großer Interpharm-Bericht über alle wissenschaftlichen Vorträge und Seminare
- Die Themen: Haut, ZNS, Beratung, Stress, Komplementär-Medizin



EKZEME UND INFESTIONEN

Weniger ist mehr!

Die Haut reagiert relativ uniform auf Reize: Sie erhöht den Zellumsatz und versucht, das Problem nach aussen „wegzuschuppen“. Doch was verbirgt sich hinter schuppigen Hautveränderungen und geröteter Haut? Dr. Yael Adler, Fachärztin für Dermatologie aus Berlin, zeigte mit vielen Bildbeispielen, wie auch in der Apotheke die Bläschen, Schuppen oder Krusten der Patienten bewertet und Hilfe angeboten werden kann.

Ein akutes Ekzem tritt oft an den Fingern auf, auch an den Füßen. Es kann durch die direkte Schädigung der Haut oder eine hypererge Antwort des Immunsystems auf die spezifische Erkennung eines Allergens ausgelöst werden. Das akute Stadium der Ekzemreaktion ist durch ein Erythem am Ort des Kontaktes mit der Noxe gekennzeichnet. Es kommt es zu einer interzelluläre Ödembildung, durch die die Zellen auseinandergedrängt werden und sich charakteristische kleine Bläschen bilden. Bei intensiver Ausprägung bestimmen solche Bläschen, die mit klarer Flüssigkeit gefüllt sind und meist heftig jucken, das klinische Bild. Die Bläschen sind nur kurzzeitig sichtbar: Sie platzen schnell und es kommt zu heftigem Nässen. Durch Eintrocknen des Exsu-

dates bilden sich typische Krusten und Papeln. Dieser Verlauf sei immer gleich, so Adler, egal wodurch das Ekzem ausgelöst wurde. Charakteristisch ist, dass die Hautreaktionen auch streuen können, sie verlassen die Grenzen des primären Kontaktes. So können bei einer Allergie an einem Bein die typischen Rötungen am anderen Bein auftreten.

Chronisches Ekzem

Ein subakutes bzw. chronisches Ekzem entsteht, wenn der Ekzemherd nicht spontan abheilt. Die Haut wird durch vermehrte Infiltration mit Entzündungszellen voluminöser, dicker und gröber. Die entzündlichen Erscheinungen treten in den Hintergrund, Papeln, Juckreiz, Schuppen sowie eine Lichenifikation bestimmen das Bild.



PROF. DR. THEO DINGERMAUN UND DR. ILSE ZÜNDORF haben in ihrem Einführungsvortrag auf der Interpharm anschaulich und ausführlich den Aufbau, Schutzfunktion und Resorptionsmöglichkeiten der Haut dargelegt. Nachlesen können Sie die Fakten zur Haut im Titelbeitrag der DAZ 12 (2011) auf S. 54 bis 59.



Dr. Yael Adler

Corticosteroid ist nicht gleich Corticosteroid

Viele Ekzeme heilen auch von allein ab, wenn der Auslöser entfernt wird bzw. der direkte Kontakt mit dem Stoff vermieden wird. Bestes Beispiel ist hier eine Chrom-Nickel-Allergie, die durch Modeschmuck ausgelöst werden kann und deren Symptome nach dem Entfernen des Schmucks bald wieder zurückgehen. Dennoch sollten die Erscheinungen behandelt werden, denn Symptome wie Rötung und Schwellung können sehr belastend und auch schmerzhaft sein. Gerade auffällige Veränderungen im Gesicht oder an den Händen sollten schnell behandelt werden. Der quälende Juckreiz ist ein unangenehmes Symptom, das oft zu Schlaf- und Konzentrationsstörungen und psychischen Belastungen führt. Zumal die Patienten als eine Art natürlichen Reflex versuchen, den Juckreiz „wegzukratzen“. Dabei kann die Haut erneut verletzt werden, Entzündungen können nicht abheilen oder neue entstehen, die wieder Juckreiz hervorrufen. Dieser Teufelskreis muss unterbrochen werden! Besonders eine kindgerechte Corticoidtherapie schätzte Adler in der Regel als weniger belastend ein, als die Erkrankung selbst. Adler sprach sich für eine topische Behandlung des Ekzems mit Corticosteroiden aus. Diese werden nach ihrer Wirkpotenz in verschiedene Klassen eingeteilt: schwach wirksamen Corticoide (z. B. Hydrocortison), mittelstark wirksame (z. B. Methyl- ▶

prednisolonaceponat, Triamcinolonacetonid, Presnicarbat), stark wirksame Corticoide (z. B. Mometasonfuroat, Betamethasonvalerat, Fluocinoid) sowie die 4. Klasse der sehr stark wirksamen Corticoide z. B. Clobetasol) Letztere werden enzymatisch in der Haut abgebaut, es besteht keine Gefahr, dass sie systemisch wirken. Die Auswahl eines geeigneten Steroids mit der erforderlichen Wirkungsstärke sollte differenziert nach Lokalisation der Hautveränderungen, Schweregrad und Akuität des Ekzems unter Berücksichtigung des therapeutischen Index erfolgen. Im akuten Stadium kann das Corticoid zweimal täglich aufgetragen werden, nach ca. drei Tagen dann nur noch einmal täglich. Kurze Zeit stark wirksame Corticoide einzusetzen, „sei allemal besser, als ewig niedrigdosiert rumzudoktern“, so Adler.

Wichtig ist auch die gewählte Grundlage, denn der Wirkstoff muss auch dort ankommen, wo er wirken soll. Hier gelte die Regel: nass auf nass, fett auf fett. So kann ein akutes nässendes Ekzem allein durch eine geeignete Grundlage ausgetrocknet werden, etwa mit feuchten Umschlägen, Farbstofflösungen oder stark wasserhaltigen Grundlagen (Linimentum aquosum, Lotio alba aquosa). Bei einem chronischen trockenem Ekzem sollten dagegen rückfettende Maßnahmen mit

Unterschied Ekzem und Exanthem?

Ekzem:

- bezeichnet eine Entzündung der oberen Hautschicht
- wird durch verschiedene Auslöser hervorgerufen, meist äußerlich einwirkende, nicht-infektiöse, immunologisch, chemisch oder physikalisch wirkende Noxen
- ist durch eine typische Abfolge der Hautreaktion charakterisiert: Hautrötung (Erythem), Bläschenbildung, Nässen (Exsudation), Krustenbildung und Schuppung

Exanthem:

- bezeichnet einen Ausschlag, von dem der ganze Körper, aber nicht primär die obersten Hautschichten betroffen sind
- tritt häufig bei infektiösen Erkrankungen wie Masern, Röteln, Windpocken, Scharlach oder Typhus oder als Folge einer Arzneimittelunverträglichkeit auf

Fettcremes und Salben angewendet werden. Eine Nachbehandlung mit hydratisierenden Pflegepräparaten kann helfen, die Epidermisbarriere zu schützen bzw. zu erneuern. Dies ist notwendig, da eine ekzematisierte Haut ihre Barrierefunktion nicht mehr erfüllen kann. Es besteht die Gefahr einer Sensibilisierung oder einer Besiedlung mit Erregern bis hin zu einer Superinfektion. Eine übermäßige Besiedlung etwa mit Staphylokokken kann andersherum auch das Ekzem dauerhaft unterhalten. Die Anwendung von Hautschutzpräparaten zur Rezidivprophylaxe hält Adler für sinnvoll, wenn sie auf den Hautzustand im Einzelfall abgestimmt wird. Das Problem beim chronischen Ekzem ist, dass die Haut durch Entzündungszellen

infiltriert und verdickt ist. Wird hier eine zu fette Grundlage gewählt, kann es zu einem Okklusionseffekt mit starkem Schwitzen kommen. Zum Rückfetten der Haut sei es daher besser, nicht so fette Grundlagen zu wählen. Der Trend geht dabei zu emulgatorfreien Grundlagen. Es wird versucht, die Hautfette zu imitieren. Hierfür gibt es moderne Dermamembranstrukturen, die nicht so stark fetten, dafür aber helfen, die Haut zu regenerieren. Allerdings, so Adler, gibt es keine allgemeingültige Empfehlung, individuell muss ausprobiert werden, was der Haut am besten hilft. Nur eines gilt: Weniger ist mehr! Nach Möglichkeit sollte auf Duft-, Farb- und Konservierungsstoffe sowie auf Emulgatoren verzichtet werden. ◀

ck



SPEAKERS CORNER Viele interessierte Interpharmbesucher nutzten nach den Vorträgen die Möglichkeit, die Referenten persönlich zu sprechen und zu befragen. Besonders groß war der Andrang in der Speakers Corner bei der Dermatologin Dr. Yael Adler, die viele Tipps für die Praxis gab.