

30. 11. bis 2. 12. 2012

15. Tagung der
Dermatologischen
Wissenschafts- und
Fortbildungsakademie
NRW

Maternushaus Köln



Rheinisch-Westfälische
Dermatologische
Gesellschaft e.V.



Dermatologie regional

Aus Wissenschaft und Praxis

Bernhard Homey, Düsseldorf, & Hans F. Merk, Aachen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Gäste, wir möchten Sie herzlich zur 15. Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie (DWFA) NRW vom 30. November bis 2. Dezember 2012 zu unserer Veranstaltung nach Köln einladen.

Aufgrund der positiven Resonanz in den letzten Jahren, legen wir auch in diesem Jahr Wert auf die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis. Wir konnten nicht nur hochkarätige Kolleginnen und Kollegen für unsere Seminare und Workshops gewinnen, sondern haben es auch geschafft, ein vielseitiges Programm zu erstellen, welches das gesamte Themenspektrum der Dermatologie beleuchtet.

Schwerpunkte, die in den Vorträgen am Freitag und Samstag intensiv behandelt werden, stellen die Onkologie, praxisorientierte Systemtherapie, Pädiatrische- und Psycho-Dermatologie dar. Hier werden sowohl aktuelle Fälle besprochen, als auch von renommierten Referenten ein Überblick zum wissenschaftlichen Forschungsstand gegeben. In praxisrelevanten Kursen können Sie sich zudem an allen drei Tagen in verschiedensten Bereichen fortbilden (z. B. Magistralrezeptur, Kosmetische- und Operative Dermatologie, Laserdermatologie, Berufsdermatologie u. v. m.).

Besonders freuen wir uns darüber, Ihnen die Teilnahme am ADH-Schnittseminar (Sonntag, ganztägig) anbieten zu können und möchten Ihnen auch die Zusatzveranstaltung Intensivkurs-Dermatopathologie empfehlen. Durch die Vielfalt und Bandbreite der Tagung hoffen wir, sowohl jüngere als auch erfahrene Kolleginnen und Kollegen sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu begeistern. Wie in den vergangenen Jahren wird diese Veranstaltung im Maternushaus in Köln stattfinden.

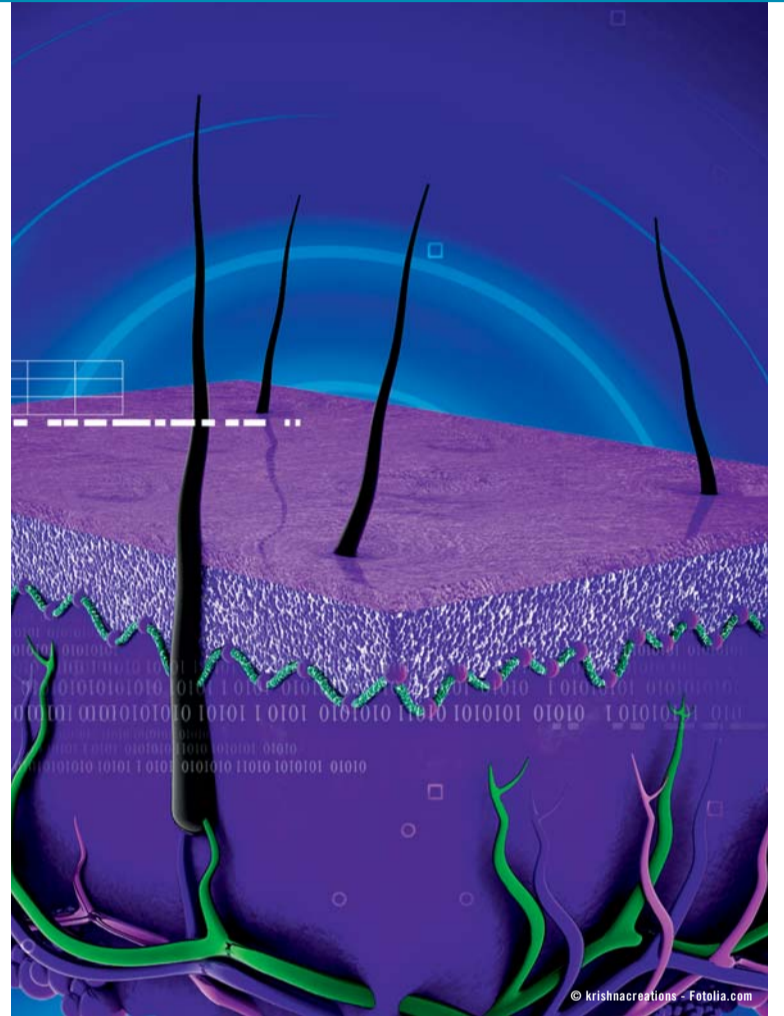
Die 15. Tagung der DWFA wird auch 2012 die größte jährlich stattfindende regionale Fortbildungsveranstaltung sein. Wir freuen uns auch in diesem Jahr über Ihr Interesse und sind zuversichtlich, dass wir die Erfolgsgeschichte der Fortbildungsveranstaltungen der Rheinisch-Westfälischen Dermatologischen Gesellschaft im November fortführen werden.



Prof. Dr.
Bernhard Homey



Prof. Dr.
Hans F. Merk



ALLGEMEINE HINWEISE

30. November bis 2. Dezember 2012

15. Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie NRW

VERANSTALTUNGSORT

Maternushaus Köln
Kardinal-Frings-Straße 1–3, 50668 Köln

VERANSTALTER

RWDG
Rheinisch-Westfälische Dermatologische Gesellschaft e. V.

TAGUNGSLEITUNG

Prof. Dr. Bernhard Homey
Hautklinik
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
Tel. 0211/8117600
Fax. 0211/8117049

Prof. Dr. Hans F. Merk
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
Tel. 0241/8088331
Fax. 0241/8082413

TAGUNGSSEKRETÄR

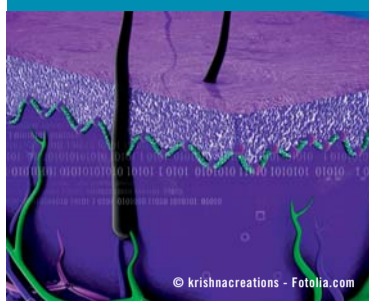
Dr. Klaus-Werner Schulte

KONGRESSORGANISATION

ECM Expo & Conference Management GmbH
Kunibertslostergasse 1, 50668 Köln
Tel. 0221/91395915
Fax. 0221/91395928
dwfa@ecm-koeln.com
www.ecm-koeln.com

www.dwfa.de

INHALT



2 Onkologie
Melanom-S3-Leitlinie: Radiologische Diagnostik
 Corinna Kochs et al.

2 Dermatologie aktuell: Allergologie
Allergische Reaktionen auf kleinemolekulare Verbindungen
 Hans F. Merk

3 Abrechnung, Durchführung und Probleme
Berufsdermatologie
 Wolfgang Wehrmann

4 Erreger mikroskopieren und Besonderheiten besprechen
Praxiskurs Mykologie
 Peter Andreas Mayser

5 Mögliche Gefahren durch Lifestyle-Produkte
Sexy skin and brown
 Markus Böhm

6 Therapeutische Optionen
Psychiatrischer Patient in der Dermatologie
 Jaroslav Malevani

7 Abschlusskurs nach DEGUM- und KV-Richtlinien
Sonographie der Haut und Subkutis inkl. Lymphknoten
 Dorothee Dill

8 Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen sowie aktuelle Entwicklungen
Lasermedizin in der Dermatologie
 Peter Arne Gerber et al.

8 Impressum

www.medreports.de

Onkologie

Melanom-S3-Leitlinie: Radiologische Diagnostik

Corinna Kochs et al.*, Essen

Nach einer dreijährigen Entwicklungsphase wurde in diesem Jahr die erste deutsche S3-Leitlinie zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge des malignen Melanoms fertiggestellt, gefördert durch das Leitlinienprogramm Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft, Deutschen Krebshilfe und Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Federführende Fachgesellschaft ist die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie. Die Leitlinie, die aktuell noch als Konsultationsfassung vorliegt, wird aller Voraussicht nach Ende des Jahres über die AWMF-Homepage öffentlich zugänglich sein.

Methodik

Die Empfehlungen wurden überwiegend auf Basis systematischer Literaturrecherchen von insgesamt neun Arbeitsgruppen erarbeitet. Diese Arbeitsgruppen setzen sich zusammen aus Mandatsträgern von 32 Fachgesellschaften, Experten der Leitliniengruppe, die hauptsächlich auf dem Gebiet der Dermatoonkologie tätig sind, sowie Mitgliedern des Koordinationsteams. Konsentiert wurden die Empfehlungen der Konsensuskonferenz im Februar 2012 bzw. in zwei anschließenden Delphi-Verfahren. Letztendlich haben insgesamt 123 Empfehlungen Eingang in die Leitlinie gefunden. Hierbei wurden auch die Empfehlungen zur Ausbreitungsdiagnostik und Nachsorge

überarbeitet. Im Gegensatz zu der bisher gültigen S1-Leitlinie sind diese stadienadaptiert formuliert.

Zusammenfassung der Empfehlungen zur Ausbreitungsdiagnostik

Entsprechend der S3-Leitlinie wird eine radiologische Diagnostik bei asymptomatischen Patienten bis Stadium IIB nicht empfohlen. Da das Rezidivrisiko von Patienten im Stadium IIC vergleichbar mit dem einer Mikrometastasierung im Stadium III ist, sollen diese Patienten bezüglich ihres diagnostischen Vorgehens wie Patienten im Stadium III behandelt werden.

Sowohl bei Primärdiagnostik als auch in der Nachsorge wird eine Bild-

gebung ab Stadium IIC befürwortet (lokoregionärer Lymphknoten-Ultraschall ab Stadium IB). Während in der vorherigen S1-Leitlinie zu den bildgebenden Untersuchungen auch die Abdomen-Sonographie und Röntgen-Thorax-Untersuchung zählten, liegt der Schwerpunkt in der S3-Leitlinie auf den schnittbildgebenden Verfahren. Hierbei hat sich insbesondere für FDG PET/CT eine Überlegenheit hinsichtlich Sensitivität und Spezifität gezeigt. Je nach praktischer und ökonomischer Verfügbarkeit können alternativ zur FDG PET/CT die Ganzkörper-MRT bzw. Ganzkörper-CT eingesetzt werden. Bei nachgewiesener Korrelation von S100 mit dem Überleben wird die Bestimmung von S100, insbesondere

bei Patienten Stadium III bzw. Stadium IV, weiterhin empfohlen. LDH hat bei asymptomatischen Patienten bis Stadium IIB keine nachgewiesene prognostische Aussagekraft. Vor allem für Patienten im Stadium IV jedoch zeigte sich ein erhöhter LDH-Spiegel als unabhängiger prognostischer Faktor für eine schlechtere Überlebensrate. Nach der aktuellen AJCC-Klassifikation ist LDH regelhaft bei Eintritt in das Stadium IV zu bestimmen.

Eine Übersicht über die empfohlene Ausbreitungsdiagnostik in den verschiedenen Tumorstadien stellt Tabelle 1 dar.

* C. Kochs, A. Pflugfelder, C. Czeschik, C. Garbe, M. Follmann, U. Leiter, D. Schadendorf

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Corinna Kochs
 Universitätsklinikum Essen
 Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
 Hufelandstraße 55, 45122 Essen
 Corinna.Kochs@uk-essen.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 30. 11. 2012
 17.00–18.30 Uhr
 Maternussaal

Sitzung: Onkologie

Tab. 1: Übersicht über die empfohlene Ausbreitungsdiagnostik in verschiedenen Tumorstadien.

Untersuchungsmethode	Asymptomatische Patienten bei Diagnose des Primärtumors bis Stadium IIB	Empfehlungsgrad	Patienten mit V. a. oder Nachweis von lokoregionaler Metastasierung (inkl. Patienten im Stadium IIC)	Empfehlungsgrad	Patienten mit V. a. oder Nachweis von Fernmetastasierung	Empfehlungsgrad
MRT-Kopf	Nein	A	Ja	GCP**	Ja	GCP**
Schnittbildgebung* (ohne Kopf)	Nein	A	Ja	B	Ja	B
Röntgen-Thorax	Nein	A	Nein	B	-	-
Abdomen-Sono	Nein	B	Nein	B	Ja	0
Lymphknoten-Sonographie	Ja	A	Ja	A	Ja	0
	(ab Stadium IB)		(ab Stadium IB)			
Skelettszintigraphie	Nein	B	-	-	Ja	GCP**
S100	Ja	0	Ja	A	Ja	A
LDH	Nein	B	Ja	0	Ja	A

* PET/CT, CT, MRT (jeweils Ganzkörper)

** GCP = 'good clinical practice'. D. h. die Empfehlung wurde konsensbasiert beantwortet, anstatt evidenzbasiert auf Basis einer systematischen Recherche.

*** Formulierung der Empfehlung mit „soll“ (Empfehlungsgrad A), „sollte“ (Empfehlungsgrad B) oder „kann“ (Empfehlungsgrad 0)

Dermatologie aktuell: Allergologie

Kleinemolekulare Verbindungen

Hans F. Merk, Aachen

Die Haut ist besonderes Zielorgan allergischer Reaktionen auf kleinemolekulare Substanzen, was zur allergischen Kontaktdermatitis und allergischen Arzneimittelreaktionen führt. Die Entwicklung unserer Kenntnisse zur allergischen Kontaktdermatitis wurde in den letzten Jahren vor allem durch die Entwicklung prädiktiver In-vitro-Tests zur Beurteilung der sensibilisierenden Eigenschaften von Chemikalien gefördert, da bereits ab kommendem Jahr bei der Entwicklung neuer Kosmetika Tierexperimente nicht mehr erlaubt sind. Unter den Kontaktallergenen ist in den letzten Jahren eine erhebliche Zunahme der Sensibilisierungen auf Methylisothiazolon aufgefallen, das anstelle der chlorierten Verbindung breite Anwendung gefunden hat (Schnuch et al. 2012). In den

Fokus des besonderen Interesses sind auch solche Substanzen gerückt, die nicht selber sensibilisieren, sondern z. B. durch irritative Eigenschaften oder Beeinflussung des Metabolismus anderer Substanzen die Gefahr der Sensibilisierung steigern können.

Wichtige Fortschritte konnten im Verständnis und der Prävention schwerer Arzneimittelreaktionen wie dem SJS/TEN oder DRESS

gemacht werden. So finden sich immer mehr HLA-Assoziationen mit schweren Arzneimittelreaktionen vor definiertem ethnischen Hintergrund. Besonders eindrucksvoll ist die Erkenntnis, dass bei Chinesen und Thailändern, die über das HLA-Allel verfügen und einen bestimmten T-Zell-Rezeptor aufweisen, mit nahezu 100%iger Sicherheit auf Carbamazepin ein SJS/TEN entwickeln (Ko TM et al. 2011).

Tab. 1: Vergleich klassischer, Hapten-bedingter Arzneimittelreaktionen und Biologics.

Unerwünschte Reaktionen auf Biologics	
Biologics	Drugs
• Proteine	• Niedrigmolekulare Substanzen
• Kein oxidationsabhängiger Metabolismus	• Oxidationsabhängiger Metabolismus
• Parenterale Applikation	• Orale Applikation
• Spezies-spezifische Effekte	• Geringere Spezies-spezifische Effekte

Eine besondere Entwicklung stellt die Erfassung und Diagnose unerwünschter Reaktionen auf Biologics dar. Tabelle 1 führt die wesentlichen Unterschiede zwischen klassischen Arzneimittelallergien und unerwünschten Reaktionen auf Biologics auf. Die Art der Reaktionen lassen sich zum einen in Target-on-Reaktionen erfassen, also Reaktionen, die sich durch die Zielstruktur des Pharmakons erklären und in Target-off-Reaktionen, die unabhängig von der Zielstruktur sind. Bei letzteren spielt gegenwärtig vor allem das Cytokin-Imbalance-Syndrom eine besondere Rolle, welches z. B. zu Autoimmunreaktionen, Anti-Inflammations-Syndromen, Infektionen führen und sogar die Onkogenese fördern kann. Das Problem ist, dass zur präklinischen Beurteilung dieser Reaktionen keine zuverlässigen Tiermodelle zur Verfügung stehen.

Neben diesen neuen Entwicklungen sind die häufigsten klinischen Fragestellungen in der Diagnostik verbunden mit klassischen Medikamentengruppen wie β -Lactam-Antibiotika,

Sulfonamide, Kontrastmittel, Lokal- und Allgemeinanästhesie und Antikonvulsiva. Dabei wird zur zellulären In-vitro-Diagnostik zunehmend neben dem LTT der ELISpot Assay angewendet, der z. B. in der Diagnostik von β -Lactam-Antibiotika-Allergien eine gute Sensibilität und Spezifität aufwies (Rozières et al. 2009).

KORRESPONDENZADRESSE

Univ.-Prof. Dr. Hans F. Merk
 Klinik für Dermatologie und Allergologie
 Universitätsklinikum der RWTH Aachen
 Pauwelsstraße 30
 52074 Aachen
 hans.merk@post.rwth-aachen.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 1. 12. 2012
 09.00–12.00 Uhr
 Raum: Gereon

Dermatologie aktuell:
Allergologie

Abrechnung, Durchführung und Probleme Berufsdermatologie

Wolfgang Wehrmann, Münster

Beruflich bedingte Hauterkrankungen stehen nach wie vor im Fokus dermatologischen Interesses. Jede Dermatologin und jeder Dermatologe hat Hauterkrankungsfälle mit beruflicher Kausalität in seiner Praxis; häufig bestehen Hemmschwellen bei der Aufarbeitung und Bearbeitung dieser Fälle, oft tragen auch negative Erfahrungen mit Unfallversicherungsträgern zu dieser Haltung bei.

Die Tatsache, dass im Verhältnis zur Anzahl beruflich bedingter Hauterkrankungen zu wenig Hautarztberichte von Dermatologen in Deutschland erstellt werden, ist im Wesentlichen auf diese Problematik zurückzuführen. Gleichwohl müssen wir uns dem Problem beruflich bedingter Hauterkrankungen aus fachlicher Sicht und unserem berufspolitischen Anspruch entsprechend stellen. Workshops bieten ideale Voraussetzungen, um Hemmschwellen abzubauen und Vorgehensweisen zu optimieren, deshalb wird dieser Workshop sowohl Anfängern wie auch Fortgeschrittenen Fortbildung bieten, die sich im Praxisalltag direkt umsetzen lässt.

Die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) hat während der letzten Jahre entscheidende Arbeit für das Zusammenwirken zwischen Unfallversicherungsträgern und den Vertragsärzten geleistet; die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung im Hautarztverfahren und bei der Begutachtung bildet ein Forum, auf dem Vertreter der Unfallversicherungsträger und der ABD an der Optimierung von Verfahrensabläufen, der Neustrukturierung von Leistungen und des Fehlermanagements arbeiten. Dabei werden auch alltägliche Probleme aus der vertragsärztlichen Praxis thematisiert und können in vielen Fällen ausgeräumt werden.

Aktuell wird das Bamberger Merkblatt überarbeitet und der Teil II des Bamberger Merkblattes, der den beruflich bedingten Hautkrebs behandelt, neu gefasst. Dabei kommt dem UV-lichtbedingten Hautkrebs besondere Bedeutung zu.

Sollte es zu einer Anerkennung des UV-lichtbedingten Hautkrebses als Berufskrankheit kommen – die Zeichen für die Anerkennung des Plattenepithelkarzinoms der Haut stehen dabei gut – kommt auf die Fachgruppe der Dermatologen eine neue dem Hautarztverfahren vergleichbare Aufgabe und Herausforderung zu; dieser Aufgabe müssen und werden wir uns stellen, insbesondere aus unserem Anspruch heraus, als die Fachleute zur Erkennung, Behandlung und Nachsorge von Hautkrebs zu gelten.

Im Workshop werden grundsätzliche Fragestellungen thematisiert und diskutiert: Wie manage ich einen berufsdermatologischen Fall im Praxisalltag? Muss ich bei einem Bäcker mit Handekzemen eine Hauttestung vor Erstellung des Hautarztberichtes durchführen oder kann ich die Hauttestungen nachreichen?

Wie rechne ich berufsdermatologische Leistungen im Gutachten, im Hautarztverfahren und im Rahmen

der Heilbehandlung mit den Unfallversicherungsträgern optimiert und korrekt ab? Ist das Ansetzen der GNR

6 sinnvoll/möglich oder rechne ich einen Hautarztverlaufsbericht ab? Unter welchen Voraussetzungen ist



Prof. Dr.
Wolfgang Wehrmann

ein Antrag zur Durchführung der besonderen Heilbehandlung zu empfehlen? Wie gehe ich Probleme mit den Unfallversicherungsträgern an? Wo stehen wir bei der Anerkennung des beruflich verursachten Hautkrebses durch UV-Licht? Wie leite ich ein Verfahren bei Vorliegen aktinischer Präkanzerosen ein?

Eigene Fälle können zur Diskussion mitgebracht werden. Die Regelkunde nach UV-GOÄ (wie gehe ich damit um) komplettiert den Workshop.

KORRESPONDENZADRESSE
Prof. Dr. Wolfgang Wehrmann
Warendorfer Straße 183
48145 Münster
dr.wehrmann@t-online.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 1. 12. 2012
11.00–12.30 Uhr
Raum: Heribert

Workshop: Berufsdermatologie

Erreger mikroskopieren und Besonderheiten besprechen

Praxiskurs Mykologie

Peter Andreas Mayser, Gießen

Mykosen der Haut und ihrer Anhangsgebilde spielen in der täglichen dermatologischen Praxis eine große Rolle, stellen aber nicht selten auch eine diagnostische Herausforderung dar.

Insbesondere vor einer systemischen antimykotischen Therapie, die in den Leitlinien für die Tinea capitis des Kindesalters und für bestimmte Formen der Onychomykose (Befall >50 % der Nagelplatte sowie insbesondere bei Matrixbefall) aufgeführt wird, wird ein Erregernachweis sowie eine Differenzierung auf das Speziesniveau gefordert. Neben epidemiologischen Fragestellungen wie der Suche nach der Infektionsquelle ist die Differenzierung zwischen einem Erreger aus der Gattung Trichophyton und einem aus der Gattung

zwar entwickelt, erfordern aber aus Rentabilitätsgründen einen hohen Probendurchsatz und werden daher im klassischen Praxislabor nur in Ausnahmen zur Anwendung kommen. Das individuelle mykologische Praxislabor ist aber eine unverzichtbare Stärke unseres Fachgebietes, denn es bietet gerade durch die Zusammenschau der klinischen und der Laborbefunde („klinisch-mykologische Korrelation“) große Vorteile hinsichtlich Diagnosestellung und letztlich auch sofortiger Therapieeinleitung. Die Diagnostik des Praxislabor

wendung optischer Aufheller eine rasche und hochsensitive diagnostische Möglichkeit, die mit der EBM-Ziffer 32181 (Färbung mit Fluorochromen [z. B. Acridinorange, Calcofluor weiß]) auf Pilze als OIII-Leistung auch deutlich besser vergütet wird (3,30 €).

Im Praxiskurs „Mykologie“ wird diese Methode vorgestellt, ferner der Prototyp eines mit Mitteln der hessischen Landes-Offensive zur Entwicklung Wissenschaftlich-ökonomischer Exzellenz (LOEWE) in Zusammenarbeit mit der Techni-



Prof. Dr. Peter Andreas Mayser

ein Laptop sowie eine Software-Unterstützung sind weitere Eigenschaften des Systems. Der zweite Schritt der mykologischen Diagnostik im Praxislabor, die kulturelle Anzucht des Erregers und seine Differenzierung, ist zwar zeitintensiver als moderne PCR-gestützte Methoden, bietet jedoch im Gegensatz zu diesen Methoden eine Aussagemöglichkeit über die Vitalität des Erregers. Dies kann besonders in der Therapie der Tinea capitis bedeutsam sein, da hier nach den Leitlinien die mykologische Heilung das vorrangige therapeutische Ziel darstellt und sich die Therapiedauer daran anpasst.

Das Dermatophytenspektrum in Mitteleuropa zeigt aber einen stetigen Erregerwandel. Unter den zoophilen Erregern sind vermehrt zu beobachten *Arthroderma benhamiae* (Hauptwirt Meerschweinchen) (Abb. 1) und *Trichophyton erinacei* (Hauptwirt Igel) (Abb. 2), unter den

Erreger von Mykosen mikroskopiert und ihre Besonderheiten besprochen. Die Fallbeispiele dienen ferner dazu, mithilfe eines TED-Systems aktuelle leitliniengerechte Therapieempfehlungen zu diskutieren. Aktuelle Aspekte der Therapie wie mögliche Einschränkungen einer systemischen Terbinafintherapie bei gleichzeitiger Psoriasis oder sog. „Kollagenosen“ sowie der Einsatz einer topischen Kombinationstherapie aus Antimykotikum und Glukokortikosteroid bei entzündlichen Mykosen werden vorgestellt. Ein farbiges Skript mit den wichtigsten Folien steht während des Kurses zur Verfügung.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Peter Andreas Mayser
Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie – Standort Gießen
Gaffkystraße 14, 35385 Gießen
Peter.Mayser@derma.med.uni-giessen.de

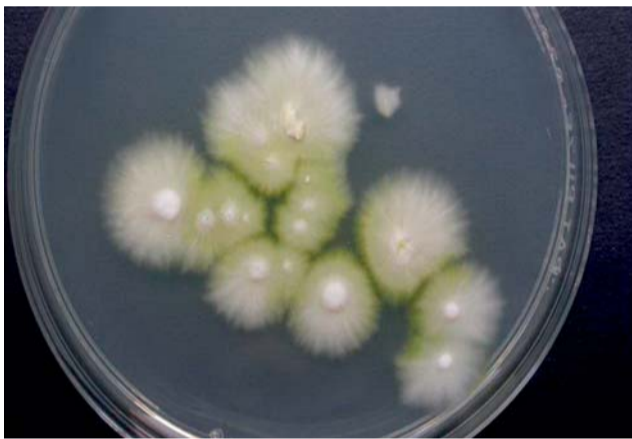


Abb. 1: *Arthroderma benhamiae*.



Abb. 2: Dyshidrosiforme Tinea manus durch *T. erinacei* – Inokulation durch die Stacheln eines infizierten afrikanischen Weißbauchigels.

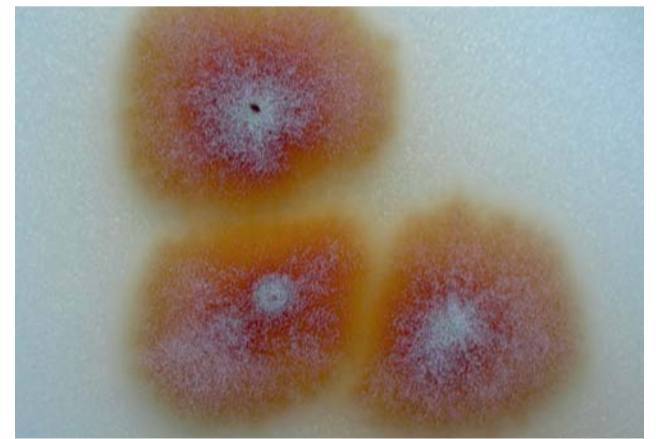


Abb. 3: *T. tonsurans*.

Microsporum praktisch bedeutsam, da eine Erreger-angepasste Therapie erfolgen sollte. So ist in der Therapie der Tinea capitis im Kindesalter bei Nachweis von *Microsporum*-Spezies (*M. canis*, *M. audouinii*) Terbinafin aufgrund geringer Wirksamkeit nicht Mittel der ersten Wahl, sondern Griseofulvin oder Itraconazol. Molekulare, PCR-gestützte Methoden zur Differenzierung der Erreger sind

bors ist üblicherweise als Stufendiagnostik aufgebaut. In einem ersten Schritt bietet das Direkt (Nativpräparat-) die Möglichkeit der „on-site“-Beurteilung und damit der raschen Entscheidung, ob eine Mykose vorliegt oder nicht. Während das klassische KOH-Präparat nach EBM (EBM 32045 0,25 €) nur gering und eigentlich nicht mehr ausreichend vergütet wird, bietet insbesondere die Ver-

schon Hochschule Gießen und der Fa. Hund neu entwickelten transportablen computergestützten LED-Fluoreszenzmikroskopes, welches die praktische Anwendung der Methode erleichtern soll. So ist die LED-Fluoreszenz deutlich weniger wartungsintensiv und damit kostengünstiger als die klassische Fluoreszenzmikroskopie mit der Quecksilber-Hochdruckdampfampe. Monitoring über

anthropophilen Dermatophyten der in Mitteleuropa bislang eher seltene *T. tonsurans* (fast ausschließlicher Erreger der Tineacapitis in den USA) (Abb. 3) sowie die vornehmlich aus Afrika stammenden *T. violaceum* und *T. soudanense*.

In dem auf der DWFA schon traditionellen 1,5-stündigen Mikroskopierkurs werden anhand von klinischen Fallbeispielen praxisrelevante

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 30. 11. 2012
14.00–15.30 Uhr
Raum: Adelheid

Kurs: Mykologie

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Samstag, 01. Dezember 2012
13.00–14.00 Uhr
Maternushaus

ALMIRALL HERMAL SATELLITENSYMPOSIUM

Non Melanoma Skin Cancer – Moderne evidenzbasierte Therapiekonzepte

Referent: Prof. Dr. R.-M. Szeimies, Recklinghausen

Mit freundlicher Unterstützung der
Almirall Hermal GmbH



AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Informationsfilm über die UV-Phototherapie

Der Hersteller von UV-Lichttherapie-Systemen Waldmann Medizintechnik hat gemeinsam mit Philips, Produzent von UV-Lampen, einen Informationsfilm für Dermatologen und Patienten unter dem Titel „UV-Phototherapie – eine wirksame und bewährte Behandlungsmethode für Hautkrankheiten“ herausgebracht. Der Film zeigt welche Möglichkeiten die moderne UV-Phototherapie zur Behandlung von chronischen Hautkrankheiten betroffenen Patienten bietet. Dazu wird die Therapie verständlich dargestellt. Es wird genau gezeigt, auf welchen Erkenntnissen die Bestrahlungsmethode basiert, wie die Therapie in der dermatologischen Praxis oder Klinik abläuft und wie sie sich positiv auf das Hautbild auswirkt. Das Video kann unter www.waldmann-medizintechnik.com angesehen oder kostenlos als DVD bestellt werden.

PHILIPS
sense and simplicity

Waldmann W
ENGINEER OF LIGHT



UV-Phototherapie

Eine wirksame und bewährte
Behandlungsmethode von Hautkrankheiten

Mögliche Gefahren durch Lifestyle-Produkte

Sexy skin and brown

Markus Böhm, Münster



Prof. Dr. Markus Böhm

Der heutige Mensch befindet sich im Spannungsfeld zwischen dem Anspruch einer möglichst makellosen Haut inkl. einer gesunden Hautfarbe („a healthy tan“) und einem adäquaten Sonnenschutz zur Vermeidung UV-bedingter Lichtschäden. Die tägliche mediale Begegnung mit gebräunten Ikonen aus Mode, Film und Sport suggeriert hier Schönheit, Erfolg und Gesundheit. Eine übermäßig gebräunte Haut steht jedoch im Gegensatz zu den Präventionsstrategien der Dermatologie, deren Ziel es ist, die besorgniserregende Zunahme aktinisch bedingter Hauttumoren in das allgemeine Bewusstsein zu rücken. Dem malignen Melanom, dem bösartigsten Hauttumor, kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu. Internationale Kampagnen wie EUROMELANOMA, unterstreichen die Wichtigkeit einer durch Dermatologen gelenkten Prävention und Früherkennung des malignen Melanoms [1].

Im Zeitalter der nahezu unlimitierten Informationsbeschaffung und Vermarktung durch das Internet ist es daher plausibel, dass medizinische Laien und Patienten nach möglichst neuartigen Möglichkeiten einer natürlichen Bräunung und Photoprotektion der Haut suchen. Selbstbräuner („sunless tanning“) werden häufig verwandt, sind kosmetisch allerdings wenig überzeugend und besitzen auch dermatologisch keinen adäquaten UV-Schutz für die Haut. Das in Selbstbräunern enthaltene Dihydroxyaceton hat zudem infolge seiner Reaktion mit Aminosäuren der Haut und Bildung von Amadori-Produkten die Eigenschaft nach UVA-Exposition reaktive Sauerstoffradikale zu bilden. Diese können die Haut schädigen und die Lichtalterung noch verstärken.

Demgegenüber sind Melanokortine natürlich vorkommende Peptide, die in der Haut nach UV-Exposition gebildet werden. Melanokortine binden an Melanokortin-Rezeptoren (MC-R), die eine gewebsspezifische Expression haben. Der Melanokortin-1-Rezeptor (MC-1R) wird besonders auf Melanozyten exprimiert, andere MC-R wie der MC4R zeigen eine besondere Präsenz im Zentralnervensystem, wo sie Verhalten und metabolische Prozesse steuern. Prototyp der Melanokortin-Peptide ist das Alpha-Melanozyten-stimulierende Hormon (alpha-MSH). Nach UV-Exposition der Haut wird es vermehrt gebildet und bewirkt eine Bräunung der Haut durch Aktivierung der Melanogenese. Zudem hat alpha-MSH pigmentunabhängige protektive Effekte gegenüber UVB-induzierten DNA-Schäden [2]. Die physiologische Relevanz dieser Alpha-MSH-MC1R-Interaktion am Melanozyten wird an Personen mit

roten Haaren und Hauttyp I nach Fitzpatrick deutlich. Ein Teil dieser Individuen besitzt Mutationen im MC1R-Gen, dessen Folge ein Funktionsverlust des Rezeptors ist. Dies erklärt die erhöhte UV-Empfindlichkeit und das erhöhte Melanomrisiko dieser Personen.

Aufgrund des natürlichen Bräunungseffektes und der photoprotektiven Eigenschaften stehen Melanokortin-Peptide gegenwärtig im Fokus der kosmetischen Industrie und Pharmaindustrie. Da Melanokortine pleiotrope immunmodulierende Effekte haben, sind sie zudem für die Entwicklung neuer Therapien sowohl in der Dermatologie als auch in anderen medizinischen Disziplinen von großem Interesse [3, 4]. Afamelanotide, eine „slow-release“-Formulierung eines superpotenten Alpha-MSH-Analogs, die in zweimonatigen Abständen subkutan verabreicht wird, zeigt vielversprechende Effekte bei der erythropoietischen Protoporphyrin [5]. Pilotstudien deuten zudem auf positive Effekte von Afamelanotide bei der Lichturticaria [6], Acne vulgaris [7] und Vitiligo hin [8].

Eine besondere Brisanz erlangen Melanokortin-Peptide allerdings jüngst durch die autonome und dermatologisch nicht empfohlene Injektion zum Zweck der Selbstbräunung. Superpotente Alpha-MSH-Analoga wie Melanotan-I und Melanotan-II lassen sich problemlos über das Internet beziehen. Die pigmentinduzierenden und photoprotektiven Effekte dieser ebenfalls subkutan zu injizierenden Substanzen werden hierbei unreflektiert vermarktet. Die Tatsache, dass Melanotan-II durch Überwindung der Blut-Hirn-Schranke und Bindung an zentralnervös exprimierte MC4R zudem stimulierende

Effekte auf die Libido und Erektionsfähigkeit hat, scheint einen weiteren Anreiz für den Erwerb und die eigenmächtige Verwendung dieser nicht lizenzierten Substanzen zu sein. Seit 2009 häufen sich in der Fachliteratur Fälle, die über das Auftreten von eruptiven Naevi, aber auch malignen Melanomen nach eigenmächtiger Injektion solcher Peptide berichten. Der Vortrag „Sexy skin and brown – mögliche Gefahren durch Lifestyle-Produkte“ thematisiert dieses für den

Dermatologen überaus wichtige Thema inkl. einer eigenen Kasuistik einer jungen Patientin, die im Anschluss an eine mehrjährige Injektion von Melanotan-II multiple Melanome entwickelte.

LITERATUR

- 1 Stratigos AJ, Forsea AM, van der Leest RJ, de Vries E, Nagore E, Bulliard JL, Trakatelli M, Paoli J, Peris K, Hercogova J, Bylaite M, Maselis T, Correia O, Del Marmol V. Euromelanoma: a dermatology-led European campaign against nonmelanoma skin cancer and cutaneous melanoma. Past, present and future. Br J Dermatol. 2012; 167Suppl 2: 99-104
- 2 Böhm M, Wolff I, Scholzen TE, Robinson SJ, Healy E, Luger TA, Schwarz T, Schwarz A. Alpha-Melanocyte-stimulating hormone protects from ultraviolet radiation-induced apoptosis and DNA damage. J Biol Chem. 2005; 280: 5795-802
- 3 Brzoska T, Luger TA, Maaser C, Abels C, Böhm M. Alpha-melanocyte-stimulating hormone and related tripeptides: biochemistry, antiinflammatory and protective effects in vitro and in vivo, and future perspectives for the treatment of immune-mediated inflammatory diseases. Endocr Rev. 2008; 29: 581-602
- 4 Böhm M, Grässel S. Role of proopioid-melanocortin-derived peptides and their receptors in the osteoarticular system: from basic to translational research. Endocr Rev. 2012; 33: 623-51
- 5 Harms J, Lautenschlager S, Minder CE, Minder EI. An alpha-melanocyte-stimulating hormone analogue in erythropoietic

protoporphyrin. N Engl J Med. 2009; 360: 306-7

- 6 Haylett AK, Nie Z, Brownrigg M, Taylor R, Rhodes LE. Systemic photoprotection in solar urticaria with alpha-melanocyte-stimulating hormone analogue [Nle4-D-Phe7]-alpha-MSH. Br J Dermatol. 2011; 164: 407-14
- 7 Böhm M, Ehrchen J, Luger TA. Beneficial effects of the melanocortin analogue Nle(4)-d-Phe(7)-alpha-MSH in acne vulgaris. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012, im Druck
- 8 Grimes PE, Hamzavi I, Lebwahl J, Ortonne JP, Lim HW. The Efficacy of Afamelanotide and Narrowband UV-B Phototherapy for Repigmentation of Vitiligo. Arch Dermatol. 2012; 15: 1-6

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Markus Böhm
Universitätsklinikum Münster
Klinik für Hautkrankheiten
Von-Esmarch-Straße 58
48149 Münster
bohmm@uni-muenster.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 30. 11. 2012
14.00–15.30 Uhr
Maternussaal

Sitzung: Psycho-Dermatologie

ANKÜNDIGUNG

17. bis 20. 7. 2013 in Hamburg

8th World Congress of Melanoma

9th Congress of the European Association of Dermatooncology (EADO)
7th Interdisciplinary Melanoma/Skin Cancer Centers Meeting
3rd European Post-Chicago Melanoma Meeting 2013

PCO

MCI Deutschland GmbH
MCI – Berlin Office
congress@worldmelanoma2013.com

www.worldmelanoma2013.com

Therapeutische Optionen

Psychiatrischer Patient in der Dermatologie

Jaroslav Malevani, Düsseldorf

Die Prävalenz komorbider psychischer Störungen bei dermatologischen Patienten ist sehr hoch und wird auf 30–40 % geschätzt. Die Dermatologen sind daher permanent mit den seelischen Erkrankungen konfrontiert. Psychische Vulnerabilitätsfaktoren wie dysfunktionale Bewältigungsstrategien, krisenbedingte Überforderungssituationen bzw. ausgeprägte Symptome psychischer

Störungen können die Diagnostik und den Therapieverlauf dermatologischer Erkrankungen erheblich beeinflussen, zur Persistenz dermatologischer Symptome führen und sogar die Wahrnehmung von Hautbeschwerden signifikant beeinflussen.

Die Differenzialdiagnose dieser Störungen kann schon für erfahrene Psychiater ein Problem darstellen,

noch mehr für die Kollegen der somatischen Disziplinen. So zeigt eine aktuelle Studie aus den USA, dass obwohl bis zu 80 % der befragten Dermatologen relativ sicher in der diagnostischen Einschätzung von psychischen Erkrankungen seien, verspürten bis zu 75 % der Befragten erhebliche Berührungsängste bei der Verordnung von Psychopharmaka. Dennoch fast drei Viertel der befrag-



Dr. Jaroslav Malevani

ten Dermatologen glaubten, dass ihre Patienten von einer multidisziplinären Behandlung mit Einbeziehung von psychiatrischen Kollegen profitieren könnten.

Da sich konkrete Zusammenhänge zwischen dermatologischen, psychiatrischen und psychosozialen Faktoren nur im Einzelfall auf der Grundlage eines speziellen Wissens aufdecken lassen, erscheint der Einsatz von interdisziplinären Behandlungsteams, z. B. in der Kooperation mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanzen, zielführend.

Im Beitrag wird auf die wichtigsten psychischen Störungen in der Dermatologie eingegangen, die im Therapieverlauf eine Berücksichtigung finden sollten; es handelt sich vor allem um depressive Erkrankungen, Angststörungen, psychotische

(wahnhaftige) Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Relevante psychiatrische Krankheitssymptome und therapeutische Optionen werden vorgestellt.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Jaroslav Malevani
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
jaroslav.malevani@lvr.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 30. 11. 2012
14.00–15.30 Uhr
Maternussaal

Sitzung: Psycho-Dermatologie

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

SCIT erfüllt Patientenwünsche nach schneller und langanhaltender Wirkung

Etwa 16 Millionen Deutsche leiden unter Allergien – doch eine wirksame kausale Behandlung bekommen sie selten. Nur 10 % aller Betroffenen erhalten laut aktuellen Erkenntnissen eine Spezifische Immuntherapie (SIT) [1, 2], obwohl sie die einzige Therapieform ist, die Allergien ursächlich bekämpft. Dabei ist es der Wunsch eines jeden Allergikers, eine langanhaltende und schnelle Wirkung bei so wenigen Nebenwirkungen wie möglich zu erhalten [3]. Damit könnte trotz seiner Erkrankung eine gute Lebensqualität erreicht werden und der Leidensdruck gemindert werden, um so wenig wie möglich unter der Allergie zu leiden. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die Erfüllung dieser Patientenwünsche durch eine hochdosierte subkutane Immuntherapie (SCIT) möglich ist [4-9, 14]. So gibt es Hinweise auf eine über den Behandlungszeitraum hinausgehende Langzeitwirksamkeit nach Ende der SCIT mit dem hochdosierten Gräserpollen-Präparat Allergovit® bei Kindern und Erwachsenen [5-7]. Ebenso kann die SCIT eine schnelle Wirkung bieten [8]. Eine Auswertung publizierter Metaanalysen [8] 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. Darüber hinaus lässt sich auch der Wunsch nach einer geringen Nebenwirkungsrate durch Allergovit® erfüllen: Daten aus dem täglichen Praxisalltag, die bei 2932 Allergikern gewonnen wurden, zeigen eine sehr geringe Rate an unerwünschten Wirkungen [9]. Letztendlich wird durch alle diese Vorteile die Lebensqualität der Patienten erhöht [6] und damit werden nicht nur die Wünsche der Patienten, sondern auch die der Ärzte für ihre Patienten erfüllt.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist es aber auch, die SIT über mindestens 3 Jahre durchzuführen, wie es in der aktuellen SIT-Leitlinie empfohlen wird [10]. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass bei längerer Therapiedauer Neusensibilisierungen oder auch der Etagenwechsel von der Rhinokonjunktivitis zum Asthma verhindert werden können. Daher ist die (sog.) Compliance der Patienten, also die Bereitschaft, den Anordnungen des Arztes Folge zu leisten und die therapeutischen Anweisungen konsequent einzuhalten, von entscheidender Bedeutung für den Behandlungserfolg. Hier scheint die SCIT gegenüber der sublingualen Immuntherapie (SLIT) einen Vorteil zu bieten und eine bessere Compliance zu sichern [11]. Allerdings zeigt eine aktuell durchgeführte strukturierte Befragung in 500 allergologisch tätigen Praxen ebenfalls, dass hinsichtlich der Compliance noch Nachholbedarf vorhanden ist und eine möglichst enge Patientenführung im Sinn einer guten Compliance angestrebt werden sollte [12].

Compliance – immer noch eine Herausforderung

„Medikamente wirken nicht bei Patienten, die sie nicht einnehmen.“ Dieser Satz von Charles Everett Koop, dem jahrelangen Chef des öffentlichen Gesundheitsdienstes der

USA, ist heute aktueller denn je. Prof. Dr. Ulrich Wahn, Berlin, weist darauf hin, dass durch eine schlechte Compliance wie sie bei vielen chronischen, z. T. auch lebensbedrohlichen Krankheiten wie beispielsweise dem Bluthochdruck oder auch beim Asthma vorhanden ist, nicht nur der Patient sich möglicherweise Schaden zufügt, sondern auch der volkswirtschaftliche Schaden enorm hoch ist. Eine Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass durch direkte und indirekte Effekte einer Non-Compliance jährliche Kosten von ca. 10 Millionen Euro entstehen [13]. Die Spezifische Immuntherapie (SIT) ist die einzige kausale Behandlung allergischer Erkrankungen und die aktuellen Leitlinien empfehlen die Durchführung von 3 Jahren [10]. Es ist wichtig, die SIT über diese 3 Jahre durchzuführen, da nicht nur ein schneller Wirkeintritt innerhalb von Wochen bis Monaten beobachtet werden kann, sondern auch das 2. und 3. Therapiejahr die Wirksamkeit steigern kann. 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 [5-7, 14]. Häufig brechen die Patienten ihre SIT jedoch frühzeitig ab. Wahn

erläuterte, dass angesichts der Bedeutung der Compliance in der SIT in den letzten Jahren Erkenntnisse gesammelt wurden, wie sich die Therapietreue der Patienten erhöhen lässt. Aber wie gut ist die Compliance wirklich in der täglichen Praxis? Darüber gibt eine aktuell durchgeführte strukturierte Befragung in 500 allergologisch tätigen Praxen Auskunft [12]. Insgesamt wurden die Daten von 11.473 Patienten erfasst, von denen 8078 Patienten perennial behandelt wurden. Dabei zeigte sich, dass die Einschätzung der Patientencompliance durch den Arzt deutlich posi-

ver ist als die reale Therapiedauer der SCIT: Während 84 % der Patienten vom Arzt als compliant eingeschätzt werden, wurden tatsächlich nur 58 % der perennalen SCIT-Patienten über die empfohlenen 36 Monate therapiert. Laut Wahn demonstriert diese Befragung erneut, dass noch mehr Anstrengungen unternommen werden sollten, um die Compliance der Patienten zukünftig zu verbessern.

Schnelle und langanhaltende Wirkung der SCIT

Priv.-Doz. Dr. Oliver Pfaar, Wiesbaden, bestätigt aus seiner alltäglichen Praxis, dass Allergiker einen hohen Leidensdruck aufweisen und oft in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind. Sie wünschen sich zur Minderung ihres Leidens eine Therapie, die schnell und langanhaltend wirkt und dabei gleichzeitig nebenwirkungsarm ist [3]. – Da eine SIT über 3 Jahre durchgeführt werden soll, wird häufig davon ausgegangen, dass positive Effekte auch erst nach diesem Zeitraum zu erwarten sind. Neuere Daten jedoch zeigen, dass bereits im ersten Therapiejahr eine gute Wirksamkeit erreicht werden kann. Eine Auswertung publizierter Metaanalysen [8] 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. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf eine über den Behandlungszeitraum hinausgehende Langzeitwirksamkeit nach Ende der SCIT mit dem hochdosierten Gräserpollenpräparat Allergovit® bei Kindern (bis 12 Jahre) und bei Erwachsenen (bis 6 Jahre) [5-7]. Zudem bestätigt die sog. PAT-Studie den Langzeit- und krankheitsmodifizierenden Effekt der SCIT über bis zu 10 Jahre nach Beendigung der Therapie [14]. Insgesamt ist es das Ziel jeder Therapie, die Beschwerden eines Patienten zu reduzieren ohne schwerwiegende Nebenreaktionen hervorzurufen und damit insgesamt die Lebensqualität des Patienten zu erhöhen. Für die SCIT konnte laut Pfaar sogar gezeigt werden, dass die Lebensqualität der Patienten auch langfristig gesteigert werden kann [6]. Aufgrund dieser vorliegenden Daten schlussfolgert der Allergie-Experte, dass eine SCIT den Patientenwünschen entspricht.

Literatur

- Böcking C et al. Bundesgesundheitsblatt 2012; 55: 303-7
- Weissbuch Allergie 2010
- Bundesweite Telefonbefragung (9.-10. 2005), Meinungsforschungsinstitut Euro-pressdienst, Bonn
- Corrigan CJ, Kettner J, Doemer C, Cromwell O, Narkus A. Allergy 2005; 60: 801-7
- Eng PA, Borer-Reinhold M, Heijnen IAFM, Gnehm HPE. Allergy 2006; 61: 198-201
- Dominicus R. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2012; 44: 135-40
- Poster Kettner J, Mussler S, Häfner D, Narkus A. Allergy 2011; 66[S94]: 296
- Matricardi PM, Kuna P, Panetta V, Wahn U, Narkus A. J Allergy Clin Immunol 2011; 128: 791-9
- Hoheisel G, Martin E, Jaeschke B, Thum-Oltmer S. Allergo J 2012; 21: 294-301
- Kleine-Tebbe J et al. Allergo J 2009; 18: 508-37
- Egert-Schmidt A, Martin E, Mueller J, Schulte M, Thum-Oltmer S. Allergy 2011; 66[S94]: 628-9
- Martin E, Schmelcher D, Thum-Oltmer S, Karadag E. Poster auf dem Deutschen Allergiekongress 2012, in press
- Gorennoi V, Schönermark MP, Hagen A. Schriftenreihe Health Technology Assessment 2006; 65: 1-76
- Jacobsen L et al. Allergy 2007; 62: 943-8
- Zielen S, Kardos P, Madonini E. J Allergy Clin Immunol 2010; 126: 942-9

Quelle: Pressekonferenz anlässlich der 46. Fortbildungsveranstaltung für HNO-Ärzte, Mannheim, am 02. 11. 2012: „Highlights der Spezifischen Immuntherapie“, Veranstalter: Allergopharma

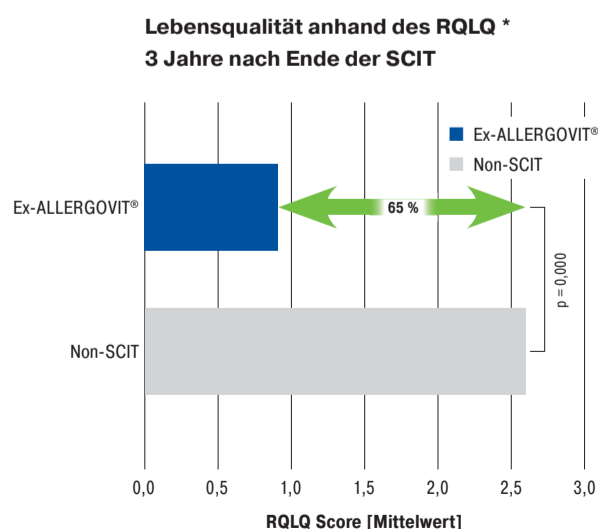


Abb. 1: Mittlerer Gesamt-RQLQ (Rhinitis-spezifischer Fragebogen zur Messung der Lebensqualität) Score nach Juniper für die Ex-SCIT-Gruppe (blau) und die Non-SCIT-Gruppe (grau), die keine SCIT während der 6-jährigen Beobachtungsphase erhalten hat.

* bearbeitet von Schmelcher D, Allergopharma, auf der Grundlage der Publikation [6].

Abschlusskurs nach DEGUM- und KV-Richtlinien

Sonographie der Haut und Subkutis inkl. Lymphknoten

Dorothee Dill, Lüdenscheid



Dr. Dorothee Dill

Die Sonographie der Haut und der Subkutis ist als bildgebendes diagnostisches Verfahren in der Dermatologie, insbesondere der dermatologischen Onkologie, etabliert und für viele Fragestellungen zum therapeutischen Vorgehen und zur Abschätzung prognostischer Parameter unverzichtbar geworden.

Die mittel- bis höherfrequente Sonographie mit elektronischen Sonden von 7,5–18 MHz hat im Staging und in der Nachsorge maligner Hauttumore ihren festen Platz und stellt ein optimales Verfahren zur frühzeitigen Erkennung von regionären Lymphknoten- und subkutanen Intransitmetastasen dar. Darüber hinaus ist eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zu anderen subkutanen Raumforderungen wie Lipomen, Zysten, Hämatomen oder Fremdkörpern möglich. Die hochfrequente 20-MHz-Sonographie mit einem mechanischen Scanner (22 MHz Transducer) fokussiert die oberen 1,5 cm des Hautorgans. Bei malignen Tumoren, speziell dem Melanom kann eine Tumordickenmessung präoperativ erfolgen und zusammen mit dem klinischen und dermatoskopischen Befund über den erforderlichen Sicherheitsabstand bei der Exzision und die Indikation zur Wächterlymphknotenbiopsie eine wichtige Entscheidungshilfe geben. Hautdicke- und Hautdichtemessungen zum Monitoring entzündlicher Dermatosen wie der Sklerodermie

oder der Strahlenfibrose und die Visualisierung der Effekte ästhetisch remodellierender Behandlungen am kollagenen Bindegewebe der Dermis sind weitere Einsatzgebiete.

Darüber hinaus ist Ultraschall ein wichtiger diagnostischer Baustein in der dermatologischen Angiologie, in der Phlebologie und Andrologie. Die eingesetzten Verfahren der CW-Doppler- und Farbkodierten Duplexsonographie (FKDS) sind Ausbildungsinhalte weiterer Kurse. Die Kombination mit der B-Bild-Sonographie wird bei den klinischen Anwendungen bereits im Grundkurs vorgestellt, um einen Bogen über alle Indikationen des Fachgebietes zu spannen.

Neben der Ausbildung im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung werden sonographische Kenntnisse und Qualifikationen durch zertifizierte Ausbildungskurse in der Dermatologie angeboten. Diese gliedern sich in Grundkurs, Aufbau- und Abschlusskurs, die nach der Ultraschallvereinbarung der Kassenzentralen Bundesvereinigung (www.kbv.de) und den Richtlinien

der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) ausgelegt sind. Weitere Informationen zu diesen Kursen sowie die Leitlinien der Arbeitsgruppe Hochfrequente Sonographie der DEGUM finden sich unter www.degum.de.

Die Ausbildungsinhalte der Kurse bauen aufeinander auf. Im Rahmen des 16-stündigen Grundkurses (an 2 Tagen) werden die physikalischen Grundlagen der Ultraschalldiagnostik, Grundkenntnisse in der Untersuchungstechnik und Einsatzmöglichkeiten sowohl der 7,5-MHz- als auch der 20-MHz-Sonographie vermittelt. Der praktische Teil des Kurses umfasst acht Ausbildungsstunden in kleinen Gruppen an den verschiedenen Sonographiegeräten. Im Aufbaukurs, ebenfalls 16 Stunden an zwei Tagen, wird das breite Spektrum der Indikationen in der Dermatologie von langjährig erfahrenen Ultraschallanwendern präsentiert und die praktische Durchführung der Applikation in Kleingruppen an modernen Ultraschallplattformen trainiert.

Abschlusskurs dieser 15. DWFA-Tagung

Im achtstündigen Abschlusskurs dieser 15. DWFA-Tagung werden die physikalischen Grundlagen der Ultraschalldiagnostik wiederholt und ein strukturierter Untersuchungsablauf an Probanden und Patienten im Praktikum vertieft. Neben dem Schwerpunkt der B-Bild-diagnostik werden ergänzende Ultraschallmethoden wie Elastografie und Kontrastmittelverstärkte Sonographie (CEUS) vorgestellt und ein neues Einsatzgebiet in der Dermatologie, die Sonographie von gelenknahen Knochen- und Bindegewebsstrukturen an akraler Lokalisation bei Psoriasis ausführlich behandelt. Gerade bei der Sonographie in der Kopf-Hals-Region „findet“ der Untersucher neben den Lymphknoten häufig Zufallsbefunde an den großen Speicheldrüsen, im Mundboden und an der Schilddrüse, deren korrekte sonomorphologische Zuordnung viel Erfahrung erfordert und Anlass für eine zielgerichtete Überweisung zum HNO-Arzt sein kann.

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 30. 11. 2012
10.00–18.00 Uhr
Raum: Dreikönigssaal

Abschlusskurs Sonographie der Haut und Subkutis inkl. subkutaner Lymphknoten nach DEGUM-Richtlinien

Die Sonoanatomie der Kopf-Hals-Region bereitet Ultraschallanfängern die größten Schwierigkeiten. Die interdisziplinär wichtigsten Differenzialdiagnosen werden von einem Ultraschallexperten der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde erläutert. Während des Kurses werden die von den Teilnehmern parallel zum Kurssystem eigenständig durchgeführten und „gesammelten“ Untersuchungsbeefunde im individuellen Tutorial besprochen. Das Abschlusszertifikat wird nach der erfolgreichen Teilnahme an der Klausur ausgestellt. Damit kann die Zulassung zur Ultra-

schalldiagnostik im KV-System durch niedergelassene Dermatologen oder Klinikärzte im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung beantragt werden. Die Leistung der B-Bild-Sonographie wird von der KV in einem qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) vergütet.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Dorothee Dill
Märkische Kliniken GmbH
Hautklinik Lüdenscheid
Paulmannshöherstraße 14
58515 Lüdenscheid
dorothee.dill@klinikum-luedenscheid.de

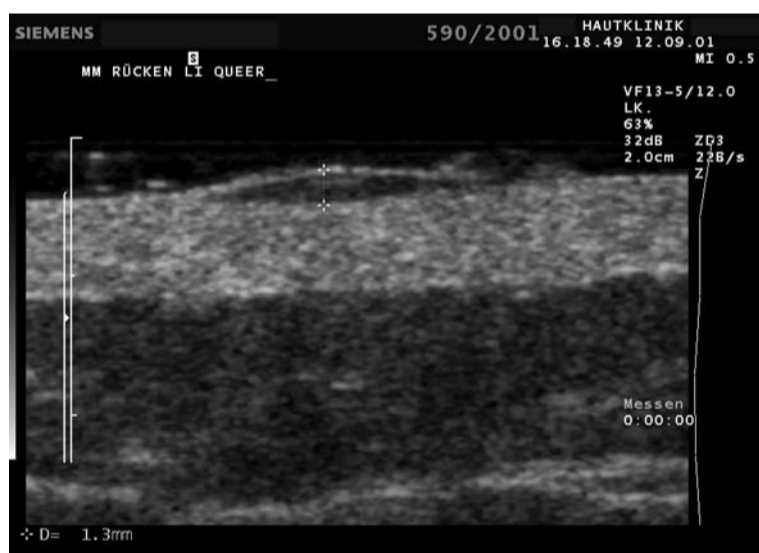


Abb. 1: Malignes Melanom am Rücken. Messung der vertikalen Tumordicke mit 1,3 mm.

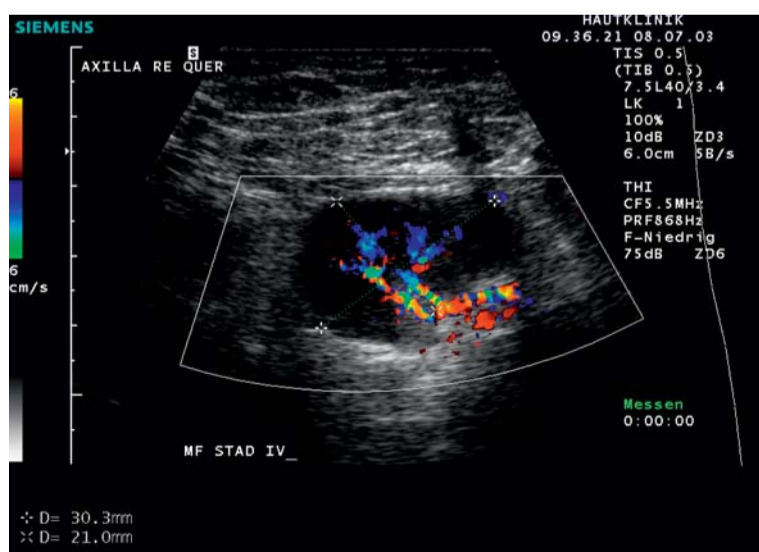


Abb. 2: Aktivierter Lymphknoten (Lk) in der Axilla bei Mykosis fungoides (CTCL) mit verstärkter Vaskularisation vom Hilus in die Parenchymzone des Lk verzweigend (sog. Branching).

Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen sowie aktuelle Entwicklungen Lasermmedizin in der Dermatologie

Peter Arne Gerber et al.*, Düsseldorf

Medizinische sowie ästhetische Laserbehandlungen sind für die dermatologische Praxis von zunehmender Bedeutung. So zeichnen sich die vergangenen Jahre durch rasante technischen Neuentwicklungen und eine hiermit einhergehende stete Erweiterung des Indikationsspektrums aus. Dies stellt auch erfahrene Anwender vor immer neue Herausforderungen. Im Folgenden sollen einige dieser neuen Entwicklungen kurz anhand ihrer Indikationsspektren diskutiert werden.

Faltentherapie

Eine effektive Option zur Therapie von Hautalterungszeichen wie etwa Falten und aktinisch geschädigte Haut ist das sogenannte Laserskin-resurfacing. In der Vergangenheit wurden hier ablative Systeme wie Er:YAG- oder CO₂-Laser zur großflächigen Abtragung betroffener Hautareale eingesetzt. Auch wenn sich diese Verfahren durch eine hohe Effektivität auszeichnen, so ist Einsatz doch durch ein erhebliches Nebenwirkungsprofil mit starken Schmerzen sowie langen Abheilungs- und Ausfallszeiten limitiert. Eine vielversprechende Alternative bieten hier fraktionierte Laser, welche sich in den letzten Jahren in der Praxis etabliert haben. Bei fraktionierten Lasern wird der konzentrierte Laserimpuls konventioneller Er:YAG- bzw. CO₂-Laser mittels Scanner oder Mikrolinsenarrays auf multiple, nadelstichartige Mikroimpulse verteilt, welche ein säulenartiges Raster von Schäden im Gewebe generieren. Inseln ungeschädigter Haut zwischen den Ablationszonen ermöglichen eine rasche Reepithelisierung und eine signifikant verkürzte Ausfallszeit. Mit Behandlungen über mehrere Sitzungen lassen sich somit durchaus Ergebnisse erzielen, die denen eines konventionellen Laserskin-resurfacing vergleichbar sind (Abb. 1). Neben anderen minimal invasiven Techniken (z. B. Neurotoxin- und Hyaluronsäureinjektionen) sind fraktionierte Lasersysteme heute ein essentieller Baustein einer multimodalen Faltentherapie (engl. full-face approach). Aktuelle Studien zur Behandlung chronisch lichtgeschädigter Haut deuten zudem darauf hin, dass sich die regenerativen Effekte fraktionierter ablativer Laser synergistisch mit denen einer photodynamischen Therapie (PDT) ergänzen

könnten (Szeimies RM et al. 2012). Erste Studienergebnisse zu diesem neuen Ansatz werden mit Spannung erwartet.

Melasmatherapie

Die Behandlung gutartiger pigmentierter Läsionen ist die Domäne gütegeschalteter Festkörperlaser (Nd:YAG-, Alexandrit- oder Rubin-Laser). Eine besondere Herausforderung ist hierbei die Behandlung dunkler Hauttypen oder die Behandlung blasser, flächiger Pigmente wie etwa beim Melasma. Eine vielversprechende neue Therapieoption bieten hier fraktionierte Rubinlaser. In einer aktuellen Studie an 15 asiatischen Melasma-Patientinnen konnte in mehreren Sitzungen eine signifikante Aufhellung der Läsionen erreicht werden, die sich auch noch bis zu vier Monaten nach der Behandlung zeigte (Jang WS et al. 2011). Ergebnisse einer eigenen Studie zeigen vergleichbare Ergebnisse bei Patienten mit kaukasischen Hauttypen (Manuskript in Vorbereitung).

Vaskuläre Läsionen

Für die Behandlung vaskulärer Läsionen (z. B. Teleangiektasien, Feuermale, Besenreiser) stehen verschiedene Lasersysteme (z. B. Nd:YAG-, Farbstoff-Laser) zur Verfügung. Eine interessante neue Option für die Therapie flächiger Gefäßnetze (z. B. im Rahmen einer Couperose) bieten frequenzverdoppelte Nd:YAG-Laser („KTP“-Laser, 532 nm), deren Impulse über einen Scanner systematisch und schnell auf umschriebene Areale appliziert werden können. Ferner können durch die Kombination verschiedener Laserqualitäten in einem Gerät bei verbesserter Effizienz, notwendige Energiedichten und gleichsam Nebenwirkungen reduziert werden. Hierbei wandelt

der Impuls eines gepulsten Farbstofflasers (PDL, 585 nm) Hämoglobin in Methämoglobin um und optimiert somit die Absorption durch einen nachgeschalteten ND:YAG-Laser (1064 nm) – eine vielversprechende Weiterentwicklung insbesondere zur Behandlung „schwieriger“ Indikationen wie etwa Besenreisern oder generell vaskulären Läsionen bei dunklen Hauttypen (Trelles MA et al. 2010).

Onychomykosetherapie

Mit einer Punktprävalenz von ca. 12 % in der deutschen Bevölkerung gilt die Onychomykose als eine der häufigsten chronischen Infektionskrankheiten. Etablierte Therapiekonzepte der Onychomykose umfassen eine konsequente medizinisch-kosmetische Nagelhygiene sowie topische und systemische Antimykotika, sind aber durch einen hohen Anteil von Therapieversagern, Nebenwirkungen sowie hohe Rezidivraten und nicht zuletzt hohe Kosten limitiert. Eine interessante neue, aber durchaus kontrovers diskutierte Therapieoption ist die nicht ablative Behandlung der Onychomykose mittels Nd:YAG-Laser (1064 nm). So berichten aktuelle Pilotstudien mit kleinen Fallzahlen (z. B. Kimura U et al. 2012; n = 13 Patienten) über ein signifikantes Ansprechen bereits nach einer bis drei Sitzungen. Diese Ergebnisse decken sich durchaus mit eigenen Erfahrungen einiger der Autoren. Gleichsam lassen sich Effekte des Lasers auf das Wachstum der Nagelpilzerreger in vitro nicht beobachten (Hees H et al. 2012), so dass für eine abschließende Beurteilung Ergebnisse randomisierter, halbseitenkontrollierter Studien mit größeren Patientenzahlen abzuwarten bleiben.



Dr. Peter Arne Gerber

LITERATUR

- 1 Babilas P, Landthaler M. New developments in laser therapy. *Hautarzt*. 2012; 63 Suppl 1: 59-66. Review. German
- 2 Szeimies RM et al. Clinical, histopathological and immunohistochemical assessment of human skin field cancerization before and after photodynamic therapy. *Br J Dermatol*. 2012; 167(1): 150-9
- 3 Worret WJ, Gehring W. *Kosmetische Dermatologie*. 2. Auflage. 2008. Springer Medizin Verlag Heidelberg. German
- 4 Jang WS et al. Efficacy of 694-nm Q-switched ruby fractional laser treatment of melasma in female Korean patients. *Dermatol Surg*. 2011; 37(8): 1133-40
- 5 Trelles MA et al. Treatment of leg veins with combined pulsed dye and Nd:YAG lasers: 60 patients assessed at 6 months. *Lasers Surg Med*. 2010; 42(9): 609-14
- 6 Kimura U et al. Treating onychomycoses of the toenail: clinical efficacy of the submillisecond 1,064 nm Nd: YAG laser using a 5 mm spot diameter. *J Drugs Dermatol*. 2012; 11(4): 496-504
- 7 Hees H et al. Laser treatment of onychomycosis: an in vitro pilot study. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2012 [Epub ahead of print]

* P. A. Gerber¹, S. Hilton², G. Zimmermann³ und U. Westermann⁴

¹ Hautklinik, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf

² Medical Skin Center, Düsseldorf

³ Asclepion Laser Technologies GmbH, Jena

⁴ Laserzentrum Osnabrück, Osnabrück

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Peter Arne Gerber
Universitätsklinikum Düsseldorf
Hautklinik
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
peterarne.gerber@med.uni-duesseldorf.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 1. 12. 2012
09.00–12.30 Uhr
Raum: Laurentius

Kurs: Lasermmedizin in der Dermatologie

ANKÜNDIGUNG

1. bis 4. 5. 2013 ICD Dresden

47. DDG-Tagung

Deutsche Dermatologische Gesellschaft
Vereinigung Deutschsprachiger Dermatologen e. V.

in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen

TAGUNGSLEITUNG

Prof. Dr. Roland Kaufmann,
Frankfurt/Main

www.derma.de

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

CHEFREDAKTION

Alexandra Pearl (-432)
apearl@wiley.com

REDAKTION

Bettina Baierl
bettina.baierl@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. 32/36. Jahrgang
Berlin, im November 2012

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

ZKZ 30371

www.medreports.de

WILEY-BLACKWELL



Abb. 1: Laserskinresurfacing mit fraktioniertem Er:YAG-Laser. a) Ausgangsbefund, b) Nach Behandlung mit fraktioniertem Er:YAG-Laser (DermaMablade MCL 30, MicroSpot-Handstück) (Mit freundlicher Genehmigung von Prof. D. Cassuto, Mailand)