

25. bis 27. 11. 2011

14. Tagung der
Dermatologischen
Wissenschafts- und
Fortbildungsakademie
NRW

Maternushaus Köln



Rheinisch-Westfälische
Dermatologische
Gesellschaft e.V.

HAUPTSACHE ist: Dermatologie in allen Facetten

Peter Altmeyer, Bochum & Hans F. Merk, Aachen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Besucher der DWFA 2011, wir heißen Sie auf der 14. Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie NRW herzlich Willkommen! Vor uns liegen drei spannende Tage, an denen wir uns gemeinsam auf den neuesten Stand der Wissenschaft in allen Bereichen der Dermatologischen Medizin bringen können. Unsere Fortbildungsveranstaltung im Maternushaus im Herzen Kölns bietet mit einem umfangreichen und praxisnahen Programm hierfür die besten Möglichkeiten.

Dermatologie – ein Fach von tausend und einer Disziplin

Sie beschäftigen sich als Dermatologe mit dem größten Organ des Menschen – der Haut. Aber nicht nur das. Sie diagnostizieren und behandeln systematische Erkrankungen, die sich an der Haut manifestieren, Infektionskrankheiten, Hauttumoren, führen chirurgische Eingriffe durch, setzen sich mit der Phlebologie, Venerologie sowie Fragen der Genetik oder molekularer Diagnostik auseinander... kurzum: Dermatologie heute bedeutet ein vielfältiges Spektrum an Aufgaben und Herausforderungen.

Kaum einem wird es gelingen, sich in all diesen Disziplinen zu spezialisieren und für jeden Patienten die modernsten und optimalen Behandlungsoptionen bereitzustellen zu können. In der Praxis bedeutet dies, dass der Dermatologe nicht mehr als Einzelkämpfer bestehen kann, sondern darauf angewiesen ist, sich zu vernetzen, seine individuellen Grenzen zu kennen und im Kollegium – ob in Klinik oder in der Praxis – als Team zu (be)handeln. Welche Relevanz der permanenten und fachspezifischen Fortbildung in diesem Kontext zukommt, ist eindeutig. Spezialisierung, aber auch eine breite, diagnostische Kompetenz ist wichtig wie nie, um sowohl den hochkomplexen als auch dem breit gefächerten Spektrum dermatologischer Krankheiten gerecht zu werden.

Welche Herausforderungen ergeben sich somit zukünftig für unseren Fachbereich und uns als Dermatologen? So vielfältig und interessant der Fachbereich Dermatologie ist, so schwierig ist es zugleich, diesen als eigenständige Disziplin zu erhalten. Denn nicht nur international, sondern auch national ist der medizinische Bereich der Dermatologie heterogen strukturiert. Während bei uns beispielsweise die Syphilis-Behandlung in dermatologische Hände fällt, sieht sich andernorts ein Internist hierfür verantwortlich. Eben solche Fragen ergeben sich zunehmend auch bei dermato-onkologischen Fällen etc. Obgleich eine genaue Abgrenzung des Fachgebietes unmöglich ist, so muss die Verantwortung des Dermatologen ständig neu begründet werden und der Fachbereich verteidigt – was uns durch Nachwuchsförderung, Spezialisierung, Exzellenz und somit durch lebenslange Fortbildung gelingt.

Informieren – Vernetzen – Praktizieren

Bevor wir Ihnen kurz die Tagungsinhalte vorstellen, möchten wir uns vorweg herzlich bei unseren engagierten Kolleginnen und Kollegen bedanken, die mit uns gemeinsam das Tagungsprogramm entwickelt und gestaltet haben. Auch in diesem Jahr hält das Programm die bewährte Mischung aus informativen Vorträgen, praktischen Workshops und zahlreichen Gelegenheiten zum Austausch und zur Vernetzung bereit.

Wir starten am Freitag mit Vorträgen zur Systemtherapie, mit Fokus auf onkologische Erkrankungen sowie neue Therapieansätze bei entzündlichen- und blasenbildenden Hauterkrankungen. Besonders freuen wir auf den Gastvortrag von Prof. Aberer, Graz, der sich der Frage „der Hautarzt als Dermatologe? Chance oder Gefahr?“ stellen wird. Anschließend haben Prof. Brockmeyer, Bochum, und Dr. Rasokat, Köln, für Sie eine Session zur Reise- und Tropendermatologie zusammengestellt.

Am zweiten Kongresstag beginnen wir mit der Besprechung von „Fällen, Fakten, Pharmaka“ und widmen uns danach den Berufsdermatosen. Prof. Wehrmann, Münster, und Priv.-Doz. Hillen, Essen, stellen Herausforderungen spezifischer Allergien sowie erfolgreiche Maßnahmen zur Prävention von Hautkrankheiten vor. Die Geriatrie Dermatologie wird im Anschluss besprochen, einen ersten Überblick gibt hier Prof. Schulz aus Köln. Das Nachmittagsprogramm beginnt mit dem Gastvortrag von Prof. Uhlig, Aachen, der uns spannende Einblicke des Krankheitsbildes Asthma mittels Untersuchun-



© Lioness - Fotolia.com

gen am lebenden Lungenschnitt präsentiert. Prof. Homey, Düsseldorf, beschließt den Abend mit der Session „Neues in der Dermatologie“, die sicherlich für jeden Teilnehmer interessant ist.

Ebenso vielfältig ist das Kursangebot: Freitags bieten wir Kurse zum Studienmanagement, zur Sonographie der Haut und der hautnahen Lymphknoten, zur Magistralrezeptur, zu Naturheilverfahren, zur Mykologie und zur Photodynamischen Therapie an. Am Samstag stehen insgesamt neun Kurse auf dem Programm, u. a. zur operativen Dermatologie, zur Auflichtmikroskopie und zur molekularen Diagnostik. Und auch am Sonntag gibt es fünf Fortbildungskurse: Besuchen Sie z. B. den Kurs „Kapillarmikroskopie“ oder den Laserschutzkurs.

Wir freuen uns nun darauf, uns mit Ihnen gemeinsam den neuen und alten Herausforderungen des spannenden Faches Dermatologie zu stellen, auf den Austausch sowie interessante Diskussionen und wünschen Ihnen eine für Sie bereichernde Tagung.



Prof. Dr.
Peter Altmeyer

Prof. Dr.
Hans F. Merk

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 25. 11. 2011
Maternussaal
13.45–14.00 Uhr

Eröffnung durch den Tagungspräsidenten
Prof. Dr. Hans F. Merk, Aachen

Samstag, 26. 11. 2011
Maternussaal
ab 19.00 Uhr

Mitgliederversammlung

Dermatoonkologie

Therapie kutaner T-Zell-Lymphome

Chalid Assaf, Krefeld

Die Therapie kutaner Lymphome beruht auf einer exakten nosologischen Einordnung der klinischen Entitäten nach der gemeinsamen EORTC-WHO-Klassifikation. Da kurative Therapieansätze weder für kutane T- noch B-Zell-Lymphome zum jetzigen Zeitpunkt zur Verfügung stehen, ist die Therapie a) entitätengerecht und b) stadienadaptiert durchzuführen. Eine Basis geben die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Dermatoonkologie (www.ado-homepage.de).

Das Prinzip bei der Therapie von kutanen Lymphomen ist dennoch nach wie vor palliativ ausgerichtet ist und beruht auf drei konzeptionellen Überlegungen:

- Induktion einer Remission durch eine stadienorientierte Therapie,
 - Verlängerung der Remissionsdauer und der Überlebenszeit und
 - Verbesserung der Lebensqualität.
- Für die Mycosis fungoides (MF) und ihre Sonderformen wird im Gegensatz zu den nodalen Non-Hodgkin-Lymphomen eine stadiengerechte eher zurückhaltende Therapie empfohlen. Bereits 1989 konnten Kaye et al. zeigen, dass frühzeitige aggressivere Therapiemaßnahmen (z. B. Polychemotherapie) keine verlängerten Überlebenszeiten erzielen, aber mit einer erhöhten Morbidität

verbunden sind und zusätzlich weitere Therapiemöglichkeiten bei Progression der Erkrankung minimieren.

Klassifikation

Die aktuelle WHO-EORTC-Klassifikation beschreibt nosologische Entitäten, die durch klinische und histo- und zytomorphologische sowie phäno- und genotypische Merkmale definiert sind. Sie integriert größtenteils Entitäten, die zuvor von der Projektgruppe „kutane Lymphome“ der EORTC vorgeschlagen wurden als auch Entitäten, die in der WHO-Klassifikation beschrieben wurden. Sie ist die erste gemeinsame Klassifikation von Hämatopathologen und Dermatologen für kutane Lymphome (Tab. 1).

Diagnostik

Die Diagnosestellung bei kutanen Lymphomen erfordert umfangreiche klinische Erfahrung und beruht auf anamnestischen Angaben, klinischen Befunden, histologischen Analysen – einschließlich Immunhistologie, Klonalitätsnachweis in der Haut und Lymphknoten und bei Verdacht auf ein Sézary-Syndrom auch im Blut sowie bildgebende Verfahren zum Ausschluss von extranodalen Manifestationen. Während bei kutanen T-Zell-Lymphomen (z. B. Mycosis fungoides) eine Knochenmarksbiopsie nicht notwendig ist, ist diese Untersuchung bei kutanen B-Zell-Lymphomen zum Ausschluss eines primär systemischen B-Zell-Lymphoms (z. B. nodales Keimzentrumslymphom) unerlässlich.



Priv.-Doz. Dr. Chalid Assaf

Tab. 1: WHO-EORTC-Klassifikation kutaner Lymphome.

Kutane T-Zell- und NK-Zell-Lymphome
Mycosis fungoides (MF)
Mycosis fungoides Varianten und Subtypen
• Follikulotrope MF
• Pagetoide Reticulose
• Granulomatous slack skin
Sézary-Syndrom
Adulte T-Zell-Leukemie/Lymphom
Primär kutane CD30-positive Lymphoproliferationen
• Primär kutanes anaplastisch großzelliges Lymphom
• Lymphomatoide papulose
Subkutanes panniculitis-like T-Zell-Lymphom
Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasal type
Primär kutanes peripheres T-Zell-Lymphom, un spezifiziert
• Primär kutanes aggressives epidermotropes CD8-positives T-Zell-Lymphom (provisorisch)
• Kutanes γ/δ T-Zell-Lymphom (provisorisch)
• Primär kutanes CD4+ klein-/mittelgroßzelliges pleomorphes T-Zell-Lymphom (provisorisch)
Kutane B-Zell-Lymphome
Primär kutanes Marginalzonen B-Zell-Lymphom
Primär kutanes Follikelzentrumslymphom
Primär kutanes diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom, leg type
Primär kutanes diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom, andere
Intravaskuläres großzelliges B-Zell-Lymphom
Vorläufer hämatologische Neoplasie
Vorläufer plasmazytoide-dendritisches Lymphom/Leukämie (früher: Blastisches NK-Zell-Lymphom)

Therapie

In frühen Stadien (Stadium I und II) stehen lokale Therapieverfahren im Vordergrund wie topische Steroide

und Phototherapie (PUVA, UVB1). Bei größeren Tumoren kann zusätzlich eine Radiotherapie mit schnellen

FORTSETZUNG AUF SEITE 3

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Grüntee-Extrakt bei anogenitalen Feigwarzen

Topischer Immunmodulator zeigt überzeugende Abheilungs- und Rezidivraten

Condylomata acuminata gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Virusinfektionen. Hauptproblem der chirurgischen, aber auch der topischen Behandlung ist die hohe Rezidivrate. Mit VEREGEN® 10 % Salbe steht seit März 2010 eine topische Therapieoption zur Verfügung, die sich durch hohe Abheilungsraten und eine besonders niedrige Rezidivrate auszeichnet. Über den Einsatz des „grünen“ Immunmodulators diskutierten Experten auf einer Pressekonferenz der Abbott Arzneimittel GmbH im Rahmen der 60. Jahrestagung der deutschen STD-Gesellschaft.

Die Behandlung anogenitaler Feigwarzen ist schwierig, oft sehr schmerzhaft und langwierig. Denn Rezidive sind bei Genitalwarzen häufig und gelten als ein gravierendes Problem in der Behandlung. Bisher gibt es kein Therapieverfahren, das eine dauerhafte Warzenfreiheit garantiert. Diese hohen Rezidivraten, sowohl bei der chirurgischen als auch konservativen Therapie, bestätigen den therapeutischen Bedarf nach neuen Substanzen (unmet need for alternative therapies) [1].

VEREGEN® 10 % Salbe wurde für die dermale Behandlung äußerlicher Feigwarzen im Genital- und Perianalbereich bei erwachsenen, immunkompetenten Patienten im Jahr 2009 vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) zugelassen [2]. In den USA ist der neuartige Wirkstoff bereits seit 2007 zugelassen. Die Salbe enthält einen gereinigten Trockenextrakt aus Blättern des Grünen Tees (Camellia sinensis). Hauptbestandteil des Trockenextrakt-Gemisches ist das Epigallo-Catechingallat (EGCg) – der Wirkstoff von VEREGEN® 10 % Salbe.

Leistungsspektrum des „grünen“ topischen Immunmodulators

Die Daten aus den Zulassungsstudien [3, 4] zur Wirksamkeit und Verträglichkeit des Grüntee-Extraktes sind überzeugend: Die Patienten (608 immunkompetente Erwachsene) behandelten sich dreimal täglich entweder mit VEREGEN® 10 % Salbe

oder mit einer wirkstofffreien Salbengrundlage (Placebo) bis zur kompletten Abheilung der Genitalwarzen, maximal aber über einen Zeitraum von 16 Wochen. Daran schloss sich ein zwölfwöchiger Nachbeobachtungszeitraum an, erklärte Prof. Dr. Eggert Stockfleth, Berlin, Studienleiter.



Abb. 1: VEREGEN® 10 % Salbe wird von den Patienten dreimal täglich auf das mit Feigwarzen betroffene äußerliche Areal im Genital- und Perianalbereich aufgetragen. Die Behandlung erfolgt so lange, bis alle Feigwarzen abgeheilt sind, maximal jedoch 16 Wochen. Für die innere Anwendung in Vagina, Urethra oder Anus ist VEREGEN® 10 % Salbe nicht zugelassen [2].

© Abbott Arzneimittel GmbH

Der primäre Endpunkt war definiert als vollständige Abheilung aller äußerlichen Warzen – sowohl Baseline als auch Neubildungen – im Genital- und Perianalbereich. Die gepoolten Daten der Phase-III-Studien [4] zeigen, dass insgesamt 60,7 % der Patienten unter VEREGEN® 10 % Salbe eine vollständige Abheilung erreichten (wirkstofffreie Salbengrundlage: 44,2 %). Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($p < 0,001$). Die Durchschnittliche Abheilungsdauer lag bei 13 Wochen. Damit ist VEREGEN® das erste topische Präparat, für das eine Wirksamkeit auf ALLE Genitalwarzen in Studien gezeigt wurde.

Ein weiterer Vorteil der Behandlung mit VEREGEN® ist die gute Verträglichkeit. Die häufigsten unerwünschten Ereignisse waren lokale Hautreaktionen, die keinen Anlass zu einer Unterbrechung der Therapie geben sollten, erklärte Prof. Dr. Helmut Schöfer, Frankfurt/Main, Tagungspräsident der 60. Jahrestagung der deutschen STD-Gesellschaft.

Erfahrungen aus dem Praxisalltag

Mit dem Grüntee-Catechin gibt es nun eine Therapieoption, die den berechtigten Wunsch nach einer hohen Heilungsrate und einer guten Verträglichkeit entspricht. Mit destruktiven Behandlungsmethoden wie Laser- oder Elektrochirurgie, Kryotherapie oder Trichloressigsäure lassen sich Warzen zwar schnell entfernen, allerdings sind die Rezidivrate und das Risiko für lokale Reaktionen wie Ulzerationen und

Wundheilungsstörungen hoch, erläuterte Prof. Schöfer. Weitere Nachteile destruktiver Behandlungsmethoden sieht der Experte zudem in den auftretenden Schmerzen, der Narbenbildung respektive den Rezidiven in den Narben und den häufigen Arztbesuchen.

Handelt es sich um einen ausgedehnten Befall, ist zwar eine chirurgische Erstsanierung zu überlegen, aber auch in diesen Fällen empfehlen die Experten zur Verhinderung von Rezidiven die befallene Region nach Abheilung der Läsionen weiter topisch zu behandeln.

Da unter der Behandlung mit dem Grüntee-Catechin zunächst noch neue Warzen auftreten können und im Verlauf der 2. bis 4. Woche mit lokalen Hautreaktionen als Ausdruck der Immunantwort zu rechnen ist, empfiehlt Prof. Schöfer ein vorbereitendes Arzt-Patienten-Gespräch: „Die Patienten müssen über die Therapie aufgeklärt werden und dürfen nicht zu früh aufgeben, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden.“ VEREGEN® ist verschreibungspflichtig und voll erstattungsfähig.

Quelle: Meet the Experts im Rahmen der 60. Jahrestagung der deutschen STD-Gesellschaft „Catechine können ...“ Grüntee-Extrakt bei anogenitalen Feigwarzen – VEREGEN®, 2. September 2011 in Frankfurt, Veranstalter: Abbott Arzneimittel GmbH, Hannover

LITERATUR

- 1 Tzellos TG et al. J EADV 2011; 25:345-353
- 2 Fachinformation VEREGEN®; Stand Februar 2011
- 3 Stockfleth E et al. British Journal of Dermatology 2008; 158(6):1329-1338
- 4 Tatti S et al. British Journal of Dermatology 2010; 162(1):176-184

FORTSETZUNG VON SEITE 2
Therapie kutaner T-Zell-Lymphome

Elektronen (30–40 cGy) bzw. eine Röntgenweichteiltherapie (10x 2 Gy, 30–50 kV, 2x/Woche) durchgeführt werden. In den USA und den skandinavischen Ländern werden auch lokal applizierte Zytostatika wie Mechlorethamin und Carmustin (BCNU) eingesetzt.

In fortgeschrittenen Stadien (II, III) bietet sich eine Kombination von lokalen und systemischen Therapien an, z. B. eine Kombination aus PUVA mit Retinoiden (Bexaroten-PUVA) und/oder rekombinantem Interferon-Alpha (PUVA, alpha-RePUVA). Hier zeigt sich auch insbesondere das neue Retinoid Bexarotene als besonders wirksam bei CTCL, das ebenso zur Wirkungspotenzierung mit alpha-INF kombiniert werden kann. Eine weitere Therapieoption stellt die extrakorporale Photophorese (ECP) dar, die insbesondere in Kombination mit alpha-INF eine etablierte Therapie für das Sézary-Syndrom ist.

Erst bei weiterer Progression der Erkrankung (Stadium IV) kommen überwiegend Monochemotherapien in Betracht: Chlorambucil in Kombination mit Prednison („Knospeschema“), pegyliertes Doxorubicin oder das neuere Nucleosidanaloga wie das Gemcitabine. Polychemotherapien z. B. CHOP sind bei kutanen Lymphomen sehr zurückhaltend zu empfehlen. Hier ist zu bedenken, dass sich in der Regel ein schnelles Ansprechen zeigt, aber meist im weiteren Verlauf ein nicht mehr zu beherrschendes Rezidiv auftreten kann. Die Patienten sterben häufig unter der Polychemotherapie an Infektionen und Kachexie. Das in den USA zugelassene Fusionsprotein Denileukin Diftitox scheint insbesondere in den fortgeschrittenen Stadien eine gute Alternative zur Tumormassenreduktion („Debulking“) zu sein. Neuere zielgerichtete systemische Therapien, basierend auf monoklonalen Antikörpern wie dem Zanolimumab oder der neuen Gruppe antiproliferativer Therapien der Histondeacetylase-Inhibitoren, stehen bereits innerhalb von Studien in der BRD zur Verfügung. Es zeichnet sich schon jetzt ab, dass sich einige von diesen als mögliche Alternativen zur Mono- oder auch Kombinationstherapie fortgeschrittener Stadien bzw. nach Tumormassenreduktion als Erhaltungstherapie anbieten. Zu diesen gehören z. B. die Histondeacetylase-Inhibitoren als auch der gegen das CD4-Molekül gerichtete monoklonale Antikörper Zanolimumab. Histondeacetylase-Inhibitoren (HDAC) sind eine neue Gruppe antiproliferativer Therapien, die das Genom auf transkriptioneller Ebene regulieren. Transkriptionell aktive Chromatinbereiche sind hyperacetyliert, während inaktive Chromatinomänen hypoacetyliert sind. HDAC-Inhibitoren induzieren also indirekt die Acetylierung von Histonen, was zu einem Zellzyklusarrest und als Konsequenz zur Apoptose führen kann. In einer abgeschlossenen Phase-II-Studie wurden 33 vorbehandelte

CTCL-Patienten mit dem HDAC-Inhibitor SAHA (Suberoylanilid-Hydroxaminsäure) behandelt. Das Medikament wurde in einer Dosis von 200–400 mg oral gegeben und zeigte eine Ansprechrate von 24 %. Hierbei zeigte sich bei 8 Patienten eine partielle Remission, 4/8 mit einem Sézary-Syndrom und 3/8 im fortgeschrittenen Stadium IIB–IV. Häufigere Nebenwirkungen waren Abgeschlagenheit, Durchfälle sowie Thrombozytopenie. Basierend auf diesen Daten wurde SAHA (Vorinostat) im Herbst 2006 als erster

HDAC überhaupt zur Therapie von CTCL in den USA zugelassen. Ein weiterer HDAC-Inhibitor, das Depsipeptide (Romidepsin), ist dieses Jahr im Sommer 2011 in den USA zugelassen worden.

Zanolimumab (HuMax-CD4) ist ein vollständig humaner Antikörper, der mit hoher Affinität an CD4-Rezeptoren von Lymphozyten bindet. Zwei abgeschlossene Phase-II-Studien zeigten beim CTCL positive Resultate. Bei 38 mit Zanolimumab behandelten Patienten fand sich eine statistisch signifikante Dosis-Antwort-

Korrelation mit einer Gesamtansprechrate von 56 %. Hierbei zeigt sich das beste Ansprechen in der Dosisgruppe mit 980 mg Zanolimumab mit ORR 75 % im Vergleich zu 560 mg (50 %) und 280 mg (15 %). Häufigere Nebenwirkungen beinhalten lokale virale und bakterielle Hautinfekte sowie eine Hypersensitivität gegen das Medikament mit Dermatitis-artigen Hautveränderungen.

KORRESPONDENZADRESSE

Priv.-Doz. Dr. Chalid Assaf
 HELIOS Klinikum Krefeld

Dermatologische Klinik
 Lutherplatz 40
 47805 Krefeld
 chalid.assaf@helios-kliniken.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 25. 11. 2011
 14.00–15.30 Uhr
 Maternussaal

VORTRÄGE

Neues in der Systemtherapie

ALLGEMEINE HINWEISE

25. bis 27. November 2011

14. Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie NRW

TAGUNGsort

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

VERANSTALTER

Rheinisch-Westfälische Dermatologische Gesellschaft e. V. (RWDG)
in Zusammenarbeit mit der Deutschen Dermatologischen Akademie (DDA) e. V.

TAGUNGSLEITUNG

Prof. Dr. Hans F. Merk
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Hautklinik – Klinik für Dermatologie und Allergologie
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen

Prof. Dr. Peter Altmeyer

Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Gudrunstraße 56, 44791 Bochum

TAGUNGSSEKRETÄR

Prof. Dr. Jens Malte Baron

KONGRESSORGANISATION

ECM Expo & Conference Management GmbH
Kuniberts Klosterstraße 1, 50668 Köln
dwfa@ecm-koeln.com, www.ecm-koeln.com

www.dwfa.de

Molekulare und zelluläre Alterung

Interview mit Prof. Dr. Mark Berneburg, Tübingen

Molekulare und zelluläre Alterung – Von den Wirkmechanismen zur klinischen Perspektive, so lautet das übergeordnete Motto einer klinischen Forschergruppe, gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), mit dem Ziel, die molekularen Wirkmechanismen der zellulären Alterung und deren Bedeutung in der komplexen In-vivo-Situation verschiedener Organe näher zu charakterisieren, um darauf aufbauend, präventive und therapeutische Ansätze zu entwickeln, die ein „gesundes Altern“ ermöglichen. Im Vorfeld der diesjährigen Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie NRW hatte MedReport Gelegenheit mit Herrn Prof. Dr. Mark Berneburg über seine Forschungsarbeit zu sprechen.

Ihre Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit Fragen zur Onkologie und Alterung bei genetischen Erkrankungen mit defekter DNA-Reparatur. Welches generelle Ziel verfolgt Ihre Arbeitsgruppe? Gibt es eine den Projekten gemeinsam zugrunde liegende Arbeitshypothese?

Prof. Berneburg: Unser Erbmaterial, die DNA, ist ständig schädigenden Einflüssen ausgesetzt. Wenn diese Schäden nicht entfernt werden, kommt es zu potentiell krankmachenden Mutationen. Aus diesem Grund besitzen unsere Zellen eine



Prof. Dr. Mark Berneburg

Vielzahl von Reparaturmechanismen, die auf die Entfernung verschiedenster DNA-Schäden spezialisiert sind. Unsere Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit den molekularen, zellulären und klinischen Konsequenzen, wenn aufgrund von seltenen genetischen Erkrankungen diese Reparaturmechanismen defekt sind

oder komplett fehlen. Patienten mit der Erkrankung Xeroderma pigmentosum zum Beispiel sind durch eine defekte Reparatur von Schäden gekennzeichnet, die direkt durch ultraviolette Strahlung hervorgerufen werden. Deshalb weisen diese Patienten eine hohe Photosensitivität und ein dramatisch erhöhtes Hautkrebsrisiko auf. Im Gegensatz dazu sind Patienten, die an einem Cockayne-Syndrom leiden, durch Zeichen frühzeitiger Alterung gekennzeichnet. Zu den klinischen

FORTSETZUNG AUF SEITE 5

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

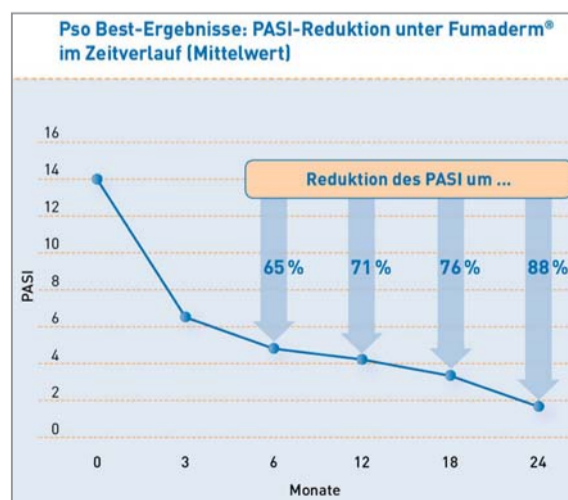
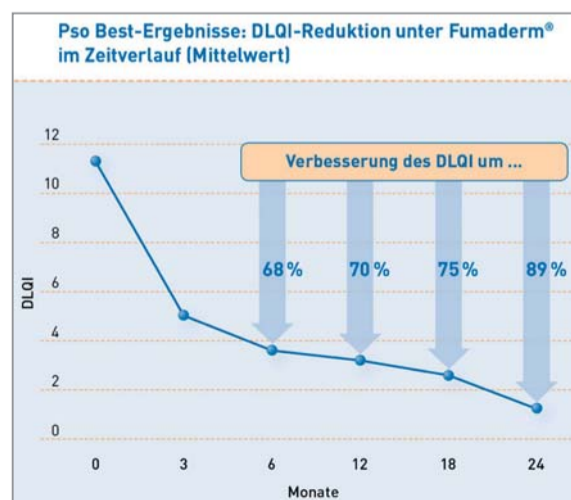


Abb. 1 und 2: Quelle Mrowietz et al. Neue Erkenntnisse zu Fumarsäureestern (Fumaderm®): Ergebnisse eines Expertenworkshops; JDDG Supplement 4-2011; N = 437 Patienten (Visite 1); Pso Best: bisher größtes dermatologisches Registerprojekt Deutschlands für Patienten unter anti-psoriatischer Systemtherapie, um Langzeitdaten zu Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit zu erheben.

FORTSETZUNG VON SEITE 4
Molekulare und zelluläre Alterung

Veränderungen gehören Wachstums- und geistige Retardierung, Neurodegeneration und vorzeitige Alterung der Haut, vor allem mit Verlust des subkutanen Fettgewebes. Unsere Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit der Frage, welche Art von DNA-Schaden und welche Art des Reparaturdefektes zu welchen klinischen Alterungserkrankungen führt. Hierbei untersuchen wir die Reparatur der DNA im Zellkern, aber vor allem auch die Reparatur von Schäden im Erbmateriale der Mitochondrien, der mtDNA.

» Mit welchem Teilprojekt beschäftigt sich Ihre Arbeitsgruppe derzeit ganz konkret?

Prof. Berneburg: Derzeit untersuchen wir die Bedeutung der Reparatur von Schäden der mtDNA, die durch oxidativen Stress hervorgerufen werden. Bei Patienten mit Cockayne-Syndrom haben wir herausgefunden, dass diese Form der Reparatur bei diesen Patienten defekt ist. Und unsere ganz konkrete Fragestellung, ist, welche Alterungsveränderungen beim Cockayne-Syndrom durch diesen Defekt bedingt sind und wie man dies möglicherweise verhindern kann.

» Welche Ergebnisse haben Sie bereits erreicht?

Prof. Berneburg: Wir konnten zeigen, dass die Proteine, die bei Cockayne-Syndrom-Patienten fehlen, normalerweise bei oxidativem Stress im Mitochondrium sind. Hier binden sie an die mtDNA und interagieren mit verschiedenen Proteinen von denen bereits bekannt ist, dass sie an der Reparatur der mtDNA beteiligt sind. Wenn diese Proteine fehlen, wie dies beim Cockayne-Syndrom der Fall ist, kommt es vermehrt zu Mutationen der mtDNA. Diese Mutationen sind vor allem in der Haut im subkutanen Fettgewebe nachzuweisen, also genau in dem Bereich, wo es altersbedingt zum Verlust kommt. Dies scheint unter anderem daran zu liegen, dass es vermehrt zur Apoptose in genau den Fettgewebszellen kommt, die vermehrt Mutationen der mtDNA aufweisen. Insofern scheint dies ein möglicher Mechanismus zu sein durch den es im Alterungsprozess

dieser Patienten zum vorzeitigen Verlust des subkutanen Fettgewebes kommt.

» Warum sind Modellsysteme für die Charakterisierung von unterschiedlichen Aspekten der Alterung wichtig?

Prof. Berneburg: Der Alterungsprozess verläuft naturgemäß über einen Zeitraum von vielen Jahren, was die Erforschung der Alterung deutlich erschwert. Die Untersuchung von Patienten, bei denen einzelne

Aspekte der Alterung aufgrund einer bekannten Erkrankung schneller ablaufen (segmentale Progeroidsyndrome), bietet die besondere Möglichkeit, wichtige Informationen in kürzerer Zeit zu erhalten. Erkrankungen mit genau bekannter genetischer Ursache bieten darüber hinaus die einmalige Möglichkeit, Altersveränderungen einer klaren genetischen Grundlage zuzuordnen. Weiter kann man mögliche Interventionsstrategien gegen einzelne Aspekte der Alte-

rung erst in den Modellerkrankungen mit genau dieser klinischen Veränderung untersuchen, bevor man sie in der gesamten Bevölkerung anwendet.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Mark Berneburg
 Eberhard Karls Universität
 Hautklinik
 Liebermeisterstraße 25
 72076 Tübingen
 Mark.Berneburg@med.uni-tuebingen.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 26. 11. 2011
 11.00–12.30 Uhr
 Maternussaal

VORTRÄGE
Geriatrische Dermatologie

INFO

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



Hidradenitis suppurativa/Acne inversa

Wie therapiere ich derzeit am besten?

Aikaterini I. Liakou & Christos C. Zouboulis, Dessau



Aikaterini I. Liakou Prof. Dr. Christos C. Zouboulis

Hidradenitis suppurativa/Acne inversa (HS/AI) ist eine chronisch rezidivierende Erkrankung des terminalen Haarfollikels, die üblicherweise nach der Pubertät auftritt und vernarbend verlaufen kann. Sie manifestiert sich mit schmerzhaften, tief lokalisierten, entzündlichen Hautläsionen, die in apokrinen drüsenreichen Hautregionen auftreten, am häufigsten in den Axillen sowie in der Inguinal- und Anogenitalregion (Dessauer Definition, 1. Internationales Forschungssymposium zur Hidradenitis suppurativa 2006) (Kurzen H et al. Exp Dermatol 2008; 17:455-472).

Der Schweregrad der Erkrankung wird nach Hurley in 3 Stadien (I–III) klassifiziert. Das Stadium I umfasst einzelne Abszesse ohne Fistelgänge oder Vernarbungen. Im Stadium II bilden sich ein oder mehrere weit auseinander liegende Abszesse mit Fistelgängen und Narbenbildung. Im Stadium III entwickelt sich ein flächiger Befall mit Abszessen, Fistelgängen und Narbenzügen (Hurley HJ. In: Dermatologic Surgery. Prin-

ciples and Practice [Roenigk RK, Roenigk HH Jr, eds] 2nd edn. New York 1996; 623-645).

Als Provokationsfaktoren der Erkrankung sind Entzündung, Hormone, Bakterien, genetische Prädisposition, Rauchen und Adipositas vorgeschlagen (Sartorius K et al. Br J Dermatol 2009; 161:831-9). HS/AI tritt häufig in Assoziation mit anderen Krankheiten auf wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, SAPHO-

Syndrom (Synovitis, Akne, Pustulosis palmoplantaris, Hyperostose und Osteitis), Pyoderma gangränosum, Morbus Adamantiades-Behcet und Spondylarthropathien (Fimmel S, Zouboulis CC. Dermatoendocrinol 2010; 2:9-16).

Therapieoptionen

Die evidenzbasierte Therapie der HS/AI umfasst eine topische Clindamycin 1 % Lösung, die orale systemische Kombination von Clindamycin und Rifampicin (alternativ Minocyclin und Rifampicin) und die orale antiandrogene Therapie mit Ethinylestradiol/Cyproteronacetat. Bei schweren Fällen können auch Biologika verabreicht werden wie Infliximab oder Adalimumab.

Die topische Therapie mit Clindamycin 1 % Lösung wird empfohlen bei leichten Initialformen der HS/AI oder als Begleitmedikation zur systemischen oder chirurgischen Therapie. Als systemische Therapie der ersten Wahl wird eine orale Therapie mit Clindamycin 300 mg 2–3x/d und Rifampicin 300 mg 2x/d über 1–3 Monate empfohlen.

Bei Unverträglichkeit kann Clindamycin durch Minocyclin (50 mg 2x/d) ersetzt werden. Vor der oralen Clindamycin/Rifampicin-Therapie kann Clindamycin i. v. über 5 Tage

(3x 300 mg/d oder 3x 600 mg/d nach Körpergewicht) verabreicht werden. Bei Bakterienresistenz gegen Clindamycin soll eine Antibiotogramm-angepasste antibiotische Therapie durchgeführt werden.

Die hormonelle antiandrogene Therapie (Ethinylestradiol in Kombination mit Cyproteronacetat) wird nicht empfohlen als primäre Monotherapie einer HS/AI. Die hormonelle Therapie wird bei weiblichen Patienten mit mittelschwerer HS/AI und PCOS (Polyzystisches Ovarialsyndrom) empfohlen oder bei weiblichen Patienten mit mittelschwerer HS/AI, die auf systemische Antibiotika nicht ansprechen. Die Dosisempfehlung ist Ethinylestradiol 30 µg/Cyproteronacetat 2 mg (bis 100 mg/d) über ≥6 Monate.

Eine orale systemische Therapie mit Isotretinoin wird nicht empfohlen, aber eine orale systemische Therapie mit Acitretin kann empfohlen werden. Die Initialdosis ist Acitretin 0,3–0,5 mg/kg Körpergewicht/d, über 3–4 Wochen.

Kortikosteroide oder Cyclosporin-A als orale systemische immunsuppressive Therapie können erwogen werden. Methotrexat oder Azathioprin werden – aufgrund nicht ausreichender Erfahrung – nicht empfohlen. Eine intramuskuläre Immunglobulintherapie kann ebenfalls erwogen werden.

Eine systemische Therapie mit Infliximab wird empfohlen und eine systemische Therapie mit Adalimumab kann empfohlen werden. Eine Therapie mit Efalizumab oder Etanercept wird nicht empfohlen. Die Dosisempfehlung für Infliximab ist 5 mg/kg Körpergewicht i. v. zu den Zeitpunkten Woche 0, Woche 2 und 6 und danach regelmäßig alle 8 Wochen. Die Dosisempfehlung für Adalimumab ist eine einmalige Dosis von 80 mg s. c. am Tag 0, 40 mg eine Woche später und dann 40 mg jede zweite Woche.

Die komplette operative Exzision der

erkrankten Areale wird beim Schweregrad nach Hurley II–III empfohlen. Bei Hurley-Grad II wird die totale Exzision der einzelnen Knoten und Abszessen empfohlen. Bei Hurley-Grad III wird die radikale Exzision der betroffenen Areale im reizfrei erscheinenden Fettgewebe teils bis epifaszial und wenn erforderlich auch tiefer empfohlen. Ein primärer Wundverschluss nach radikaler Exzision wird nicht empfohlen, sondern eine sekundäre Wundheilung mit gegebenenfalls Spalthauttransplantation nach Wundgranulation. Eine operative Therapie mit dem CO₂-Laser kann empfohlen werden. Eine konservative Laser-Behandlung [Nd-YAG-Laser, Dioden (Smooth-beam)-Laser] kann erwogen werden.

Zusammenfassung

Zusammenfassend wird es zur Therapie der HS/AI folgender Therapiealgorithmus empfohlen. Hurley-Grad I kann mit systemischen Therapeutika kontrolliert werden. Hurley-Grad II kann durch medikamentöse Therapie und durch Ektomie lokal begrenzter rezidivierender Läsionen behandelt werden. Hurley-Grad III verlangt radikale Operationen (Tab. 1) (Zouboulis CC et al. S1-Leitlinie zur Therapie der Hidradenitis suppurativa/Akne inversa, in Vorbereitung).

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Christos C. Zouboulis
Städtisches Klinikum Dessau
Klinik für Dermatologie, Venerologie,
Allergologie
Immunologisches Zentrum
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau
christos.zouboulis@klinikum-dessau.de

Der Vortrag wurde auf der 84. Tagung der Norddeutschen Dermatologischen Gesellschaft 2011 gehalten.

Tab. 1: Empfehlungen zur Behandlung von Hidradenitis suppurativa/Acne inversa.

HS/AI Hurley-Grad	Behandlung
Grad I	Clindamycin 300 mg 2–3x/d (alternativ Minocyclin 2x 50 mg/d) und Rifampicin 300 mg 2x/d p. o. für 4–12 Wo Clindamycin 300–600 mg 3x/d i. v. während der ersten 5 Behandlungstage kann appliziert werden Für Frauen mit Anzeichen von Hyperandrogenismus/Hyperandrogenemie zusätzlich oraler antiandrogener Hormontherapie mit Ethinylestradiol/Cyproteronacetat (bis zu 100 mg/d)
Grad II	Schritt 1: wie Grad I Schritt 2: begrenzte Exzision der lokal rezidivierenden Läsionen (alternativ Ablation mit dem CO ₂ -Laser)
Grad III	Schritt 1: wie Grad I Schritt 2: Infliximab (5 mg/kg) i. v. ein- oder zweimal in Abstand von einer Woche (alternativ Adalimumab 40–80 mg s. c.) Schritt 3: weite Exzision des involvierten Bereiches

Bei allen Stadien kann eine bis einmonatige lokale Therapie mit Clindamycin 1 % Lösung durchgeführt werden

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Samstag, 26. November 2011
12.45–14.15 Uhr
Maternushaus/Raum: Dreikönigssaal

MITTAGSSYMPOSIUM DER JANSSEN-CILAG GMBH
UND BASILEA PHARMACEUTICA DEUTSCHLAND

Nimm 2 – Behandlung mit System Aus der Praxis für die Praxis

Wissenschaftliche Leitung und Moderation:
Prof. Dr. Thomas Dirschka, Wuppertal

Programm

12.45–13.30 Uhr
Gut – Sicher – Einfach – Verträglich?
Ein Update zu Ustekinumab und Alitretinoin
Prof. Dr. Thomas Dirschka, Wuppertal

13.30–14.15 Uhr
Morbi-RSA – Entdecke die Möglichkeiten!
Dr. Steffen Gass, Günzburg

Mit freundlicher Unterstützung der Janssen-Cilag GmbH
und Basilea Pharmaceutica Deutschland



ANKÜNDIGUNG

24. bis 25. Februar 2012

1. DDG KOMPAKT

TAGUNGSPRÄSIDENT
Prof. Dr. Rudolf Stadler
Präsident der DDG
Johannes Wesling Klinikum Minden
Dermatologie
Hans-Nolte-Straße 1
32429 Minden

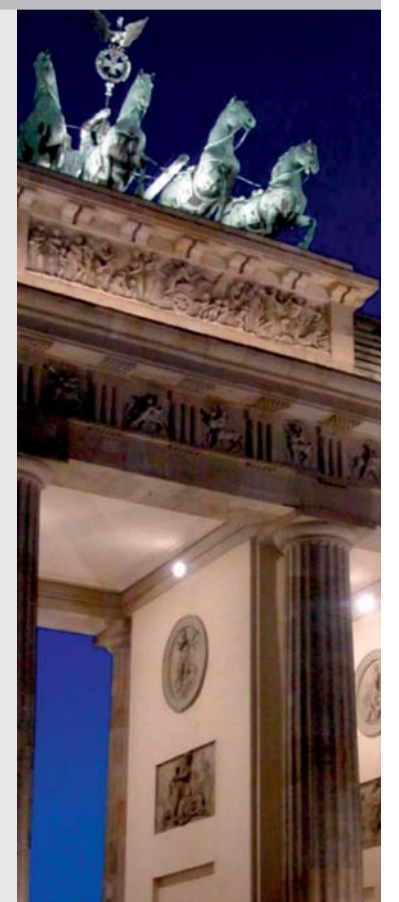
TAGUNGSLEITUNG
Prof. Dr. Roland Kaufmann
Generalsekretär der DDG
Klinikum der J. W. v. Goethe-Universität
Klinik für Dermatologie, Venerologie und
Allergologie
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt/M.

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

WISSENSCHAFTLICHES SEKRETARIAT
Die Koordinatorin des wissenschaftlichen Sekretariats der Tagung, direkt bei der DDG-Geschäftsstelle arbeitet zur Vorbereitung der Veranstaltung zusätzlich zu den bewährten Dienstleistern der Tagungsorganisation
Elke Schmeckenbecher
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin
e.schmeckenbecher@derma.de

ABSTRAKTS ZUR DDG KOMPAKT 2012
Bitte reichen Sie Ihre Abstrakte ausschließlich zum Thema „Allergologie“ ein!
Die Frist zur Einreichung von Abstrakts ist bis zum 30.11.2011 verlängert!

www.derma.de



Seminar

Management von Gesichtsdermatosen

Maria Zabel, Recklinghausen

Das Gesicht hat für den Menschen eine wesentliche Bedeutung und ein charakteristisches Aussehen. Jedes Gesicht ist anders. Der Gesichtsausdruck entscheidet häufig, ob die Person sympathisch oder unsympathisch ist. Nirgendwo sonst am Körper sieht man die Alterungsprozesse so gut wie im Bereich der Gesichtshaut. An keiner anderen Lokalisation zeigt sich die vorausgegangene UV-Belastung so gut wie im Gesicht.

Im Gesicht manifestieren sich sehr verschiedene Hauterkrankungen. Etwa 53 Dermatosen können im Gesicht auftreten. Gesichtsdermatosen können in jedem Lebensalter auftreten. Sie sind sowohl in der Klinik wie in der dermatologischen Praxis sehr häufig. Die Diagnose dieser Dermatosen ist nicht immer einfach. So ist es z. B. manchmal sehr schwierig, die einzelnen Erkrankungen voneinander zu unterscheiden. Als Beispiel ist hier die Abgrenzung der Psoriasis vulgaris von einem seborrhoischen Ekzem bei alleinigem Gesichtsbefall zu nennen. Gesichtsdermatosen zu erkennen, ist die Kür in der Dermatologie. Die Therapie muss auf die empfindliche Gesichtshaut Rücksicht nehmen. Sie unterscheidet sich zumeist von der Behandlung des übrigen Integuments.

Akneiforme Exantheme

Hautveränderungen im Gesicht treten neuerdings auch durch neue Medikamente auf. Die Behandlung durch Inhibitoren des epidermalen Wachstumsrezeptors (EGFR) führen zu Hautveränderungen, insbesondere im Gesicht. Diese onkologischen Therapien, die den epidermalen Wachstumsrezeptor hemmen, führen zu akneiformen Hautveränderungen. Die EGFR-Medikamente (z. B. Tarceva®, Iressa® und Erbitux®) werden zur Therapie solider Tumore wie Prostata-, Brust-, Magen-, Harnblase-, kolorektale und ovarielle Tumore und nicht kleinzellige Bronchialkarzinome sowie in 90 % bei Plattenepithelkarzinomen des Kopf-Hals-Bereiches eingesetzt.

Die „akneiformen Exantheme“, die im Verlauf der Therapie auftreten, sind im Bereich der seborrhoischen Hautregion von Gesicht und Stamm lokalisiert. Die Hautveränderungen beeinflussen sehr stark die Lebensqualität der Patienten. Therapeutisch ist eine konsequente Hautpflege mit rückfettenden Externa zu empfehlen. Kortikoide sind zumeist kontraindiziert. Außerdem sind antiseptische und antibiotische Externa (z. B. Rezepturen mit Erythromycin) einsetzbar. Neben den akneiformen Veränderungen können sich Xerosis cutis, schmerzhafte Paronychien und Haarveränderungen entwickeln. Alle Hautveränderungen sind bei Dosis-Reduktion oder Absetzung der Chemotherapie reversibel.

Psoriatische Gesichtshaut

Manche Hauterkrankungen müssen, wenn sie im Gesicht auftreten, anders behandelt werden, wie am übrigen Integument. Dies ist der Fall bei der



Abb. 1: Quincke Ödem mit Oberlippenangiom.

psoriatischen Gesichtshaut. Kortikoide der Klasse I bzw. II sind anfangs kurzfristig die Therapie der ersten Wahl. Die Calcineurin-Inhibitoren können als Erhaltungstherapie eingesetzt werden, obwohl eine Zulassung für diese Indikation nicht besteht. Im Bereich der Augenlider sind Augensalben mit Hydrokortison 0,5 bis 2,5 % und Prednisolon anzuwenden. Falls die behaarte Kopfhaut befallen ist, kann mit einem Gel behandelt werden, das Calcipotriol und Betamethason enthält.

Rosazea

Eine sehr häufige, nur im Gesicht auftretende Erkrankung ist die Rosazea. Bei der Rosazea gibt es lokale und systemische Behandlungsmöglichkeiten. Die Therapie hängt vom Stadium des klinischen Bildes ab. In den 1980er und 90er Jahren wurden die topischen Medikamente mit Metronidazol und Azelainsäure entwickelt. Sie gehören heute zur Standardtherapie. Sehr gut wirkt auch immer noch 1%iges Erythromycin als Fertigpräparat bzw. als Rezeptur.

In der letzten Zeit wird wieder auf die Rolle der Demodex-Milben *D. folliculorum*- und *D. brevis*-Milben hingewiesen. Sie scheinen bei der Pathogenese der papulopustulösen Rosazea eine Rolle zu spielen. Deshalb sollte man – zumeist an Beginn der Therapie – eine 5%ige Permethrin Creme anwenden. Die Rezeptursubstanz Permethrin kann sehr gut in eine hydrophile Grundlage eingearbeitet werden, auch in Kombination mit Metronidazol. Allerdings ist die Substanz bei dieser Diagnose nicht zugelassen.

Eine innerliche Therapie ist in den Stadien II und III notwendig. Die Therapie der ersten Wahl ist die Gabe von Minocyclin® 50–100 mg täglich. Seit Juni 2009 gibt es ein Präparat mit Doxycyclin (Oraycea® Hartkapsel), das aus 30 mg Doxycyclin mit einer Schnellfreisetzung und 10 mg mit einer verzögerten Freisetzung enthält. Die typischen Nebenwirkungen der Tetracycline wie z. B. Phototoxizität, gastrointestinale Beschwerden und vaginale Pilzinfektion können deutlich reduziert werden oder treten sogar gar nicht auf.



Prof. Dr. Maria Zabel

Angioödem und dem hereditären Angioödem.

Das erworbene Ödem ist häufig mit einer Urtikaria kombiniert. Ursache ist meistens eine allergische Reaktion vom Sofort-Typ. Als Auslöser sind vor allem Nahrungsmittel wie Gewürze, Fisch, Schalentiere und Hülsenfrüchte sowie auch Medikamente (z. B. Penicillin) anzuschuldigen.

Beim hereditären Angioödem sind neue Erkenntnisse und Therapien publiziert. Das hereditäre Angioödem ist eine autosomal dominant vererbte Erkrankung. Es ist ein Gen auf dem Chromosom 11 defekt, das das C1-INH-Protein kodiert. Es sind drei Subtypen bekannt. Am häufigsten sind ein Mangel oder eine Fehlfunktion des C1-Esterase-Inhibitor-Protein die Ursache. Daneben gibt es noch einen dritten Typ (Typ III), der besonders Frauen betrifft und noch nicht geklärt ist. Der Typ I ist der häufigste Typ – kommt bei 80–85 % der Patienten vor, der Typ II bei 15–20 %, sehr selten ist der Typ III. Die Akuttherapie besteht in der Gabe vom Bradykininrezeptor-Antagonist Icatibant (Firazyr®), das seit 2008 zugelassen ist und ein C1-INH-Konzentrat darstellt. Kürzlich zugelassen

wurde ein neues Produkt – Cinryze® – es handelt sich um ein hochreines, pasteurisiertes, nanofiltriertes, aus Blutplasma gewonnenes C1-Inhibitor-Protein. Dieses neue Medikament kann zur Routineprophylaxe, zur Prophylaxe für einen Eingriff, zur Akutbehandlung einer Angioödem-Attacke und zur Selbstverabreichung für entsprechend geschulte Patienten eingereicht werden. Es ist ausschließlich für die intravenöse Anwendung bestimmt.

Literatur bei der Verfasserin

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Maria Zabel
Prosper-Hospital
Haut-, Allergie- und Venenzentrum
Mühlenstraße 29
45659 Recklinghausen

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 26. 11. 2011
11.00–12.30 Uhr
Raum: Heribert

KURSE/WORKSHOPS
Management von
Gesichtsdermatosen

Reise- und Tropendermatologie

Südafrikanisches Zeckenbissfieber und Leishmaniasis

Marcellus Fischer, Hamburg

Südafrika ist aufgrund seiner Naturschönheiten und seiner gut durchorganisierten Safaris ein begehrtes Reiseziel. Ein Aufenthalt im Krüger-Nationalpark bietet tropenmedizinisch auf den ersten Blick wenig Risiken, vorausgesetzt man hält die Empfehlungen zur Malariaphylaxe ein. Dennoch kehren bis zu 5 % aller Touristen nach einer Safari im südlichen Afrika krank nach Hause zurück.

Viele berichten, dass gegen Ende der Reise oder unmittelbar nach der Rückkehr Fieber, Abgeschlagenheit und Gliederschmerzen auftraten. Über den Hausarzt wurde bei den Erkrankten folgerichtig eine Malariaerkrankung ausgeschlossen.

Afrikanisches Zeckenbissfieber

Der Hautausschlag, der dieser Prodromalsymptomatik folgt, wurde klinisch einem Virusexanthem zugeordnet. Auch der vermeintliche Insektenstich mit dem eigenartigen schwarzen Zentrum heilte zwar langsam, aber nach wenigen Wochen dann doch vollständig ab. Parallel besserte sich auch über die nächsten Wochen langsam das Allgemeinbefinden wieder. Was war hier die Ursache für diese Beschwerdesymptomatik? Mit hoher Wahrscheinlichkeit waren diese Patienten an einem sog. „Afrikanischen Zeckenbissfieber“ (Tick-bite-fever) erkrankt. Das afri-

kanische Zeckenbissfieber wird durch *Rickettsia africae* und weitere verwandte Rickettsienarten verursacht. Alle in der Reisemedizin relevanten Rickettsiosen zeigen sich

innerhalb der ersten Krankheitsstage als akut fieberhafte Infektionen mit Kopf- und Gliederschmerzen und erlauben in der Regel keine sofortige ätiologische Zuordnung. Erst das spätere Auftreten eines oder mehrerer „Eschars“ oder „tache noire“ (Abb. 1) mit oder ohne Exanthem als Leitsymptom ermöglicht klinisch eine Blickdiagnose und somit die Zuordnung zu einer Rickettsiose aus der Zeckenbissgruppe. Alle diese Rickettsienarten werden über Zecken- oder Milbenbisse übertragen. Hierbei zeigen die in die Bisswunde inokulierten Rickettsien eine besondere Affinität zu Endothelzellen. Morphologisch tritt eine nekrotisierende Vaskulitis an der Eintrittsstelle auf, die sich klinisch mit einer



Abb. 1: „Eschar“ oder „tache noire“ als Leitsymptom für das afrikanische Zeckenbissfieber.



Dr. Marcellus Fischer



Abb. 2: Kutane Leishmaniasis aus Venezuela (*Leishmania braziliensis*).

zentralen Nekrose in einem livide roten Infiltrat manifestiert. Diese mit schwärzlichem Schorf belegte Primärläsion wird in der Tropenmedizin als „Eschar“ oder „tache noire“ bezeichnet und ist oft von einer Lymphangitis begleitet. Somit erlaubt der klinische Befund eines „Eschars“ eine frühzeitige Diagnose und sollte zu einem sofortigen Therapiebeginn mit Doxzyklin (100 mg 2x/d über 10 Tage) führen, auf das alle Rickettsienarten gut ansprechen. Der Nachweis spezifischer Serumantikörper gegenüber Rickettsien gelingt üblicherweise frühestens am Ende der ersten Krankheitswoche, die zellkulturelle Erregerisolierung aus Biopsiematerial ist aufgrund der hohen Infektiosität von Rickettsien nur in Referenzzentren möglich. Somit führt hier im Idealfall der Hautbefund zum frühzeitigen Erkennen und zur Therapie der Infektionskrankheit.

Kutane Leishmaniasis

Bereits Karl May hat in seinem Jugend- und Abenteuerroman „Von Bagdad nach Stambul“ 1892 ein Krankheitsbild klinisch sehr prägnant beschrieben, das als Orientbeule schon lange vor der Entdeckung der verursachenden Protozoen wegen

FORTSETZUNG AUF SEITE 9

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Breitspektrum-Sonnenschutz und fraktionierte Photothermolyse im Direktvergleich

Neue Studiendaten zur Melasma-Therapie

Interview mit dem Herrn Prof. Dr. Christian Raulin, Karlsruhe

Das Melasma bzw. Chloasma gehört zu den häufigsten Hypermelanosen und betrifft vor allem Frauen im gebärfähigen Alter und während der Schwangerschaft. Für die Therapie des Melasmas stehen verschiedene Behandlungsansätze zur Verfügung wie Applikation eines Sonnenschutzes mit sehr hohem Sonnenschutzfaktor, topische Therapien sowie diverse Licht- und Laserverfahren. Über das Melasma-Management und über neueste Studiendaten zur Wirksamkeit eines effektiven Sonnenschutzmittels wie Daylong® extreme (SPF 50+) im Vergleich zu der fraktionierten Photothermolyse sprach Abdol Ameri mit Prof. Dr. Christian Raulin, Facharzt für Dermatologie.

Wie viele Menschen sind von Melasmen betroffen? Wann entstehen diese?

Prof. Raulin: Die Studienlage ist diesbezüglich nicht ganz eindeutig. Fast ausschließlich – d. h. zu rund 99 Prozent – sind Frauen betroffen. Ein Melasma entwickelt sich vor allem in der Schwangerschaft oder nach längerer Einnahme der Pille. In der Schwangerschaft sind schätzungsweise 10 bis 15 Prozent der Frauen vom Melasma betroffen und bei Einnahme der Pille 5 bis 20 Prozent. In den USA haben insgesamt 5 bis 6 Millionen Menschen ein Melasma. Für Deutschland haben wir leider keine verlässlichen epidemiologischen Angaben.

Das Melasma ist eine benigne Hautveränderung. Wann besteht Ihrer Meinung nach Behandlungsbedarf?

Prof. Raulin: Die für das Melasma typischen bräunlichen symmetrischen Hautveränderungen sind in der Allgemeinbevölkerung sehr häufig zu beobachten. In den meisten Fällen fallen sie aber kaum auf. Handlungsbedarf besteht erst, wenn sich

die Frauen durch das Melasma gestört fühlen. Wenn sie dann ärztlichen Rat suchen, sollte zunächst die Ursache abgeklärt werden. Dabei sollte man als Hautarzt nicht nur an Schwangerschaft und Ovulationshemmer als Auslöser denken, sondern auch an hormonhaltige Intrauterinpressare.

Wie bewerten Sie die wissenschaftliche Evidenz der derzeit verfügbaren Therapieoptionen für Patienten mit Melasmen?

Prof. Raulin: Die Behandlung des Melasma ist eine eher undankbare Aufgabe. Frauen mit entsprechender Veranlagung leiden von ihrem 20. bis 30. Lebensjahr an bis zur Menopause unter dem Chloasma. Obwohl es zahlreiche Therapieansätze und -versuche gibt, haben wir derzeit jedoch keine Behandlungsoption, die den betroffenen Frauen nachgewiesenermaßen dauerhaft weiterhilft. Die Schwierigkeit der meisten Therapien liegt darin, dass man das Melasma vielleicht vorübergehend unterdrücken kann. Aber nach einer gewissen Zeit – insbesondere bei Son-

nenexposition – bricht es erneut durch. Hinzu kommt, dass die Datenlage zu den Therapieoptionen schwach ist.

Sie haben kürzlich in einer klinischen Studie* die nicht-ablative fraktionierte Photothermolyse mit einer alleinigen Applikation eines Breitspektrum-Sonnenschutzmittels wie Daylong® extreme (SPF 50+) verglichen. Was haben Sie dabei herausgefunden?

Prof. Raulin: Neue Methoden zur Therapie des Melasma erfreuen sich



Prof. Dr. Christian Raulin

zunächst einer großen Beliebtheit. Allerdings kann die anfangs erhoffte große Erfolgsrate häufig nicht bestätigt werden. So war es auch mit der nicht-ablativen fraktionierten Photothermolyse.

Ziel unserer kontrollierten, multizentrischen Studie war es die Wirkung der nicht-ablativen fraktionierten Photothermolyse auf das Melasma wissenschaftlich zu evaluieren. Die Hälfte der Patienten erhielt dazu fraktionierte Laserbehandlungen in Kombination mit der Anwendung eines effektiven Sonnenschutzmittels. Als Vergleichsgruppe dienten Patienten, die ausschließlich den Sonnenschutz auftrugen. In unserem Zentrum verwendeten die Studienteilnehmer das liposomale UV-Schutzmittel Daylong® extreme (SPF 50+). Das Sonnenschutzprodukt wurde während der Studie nur einmal täglich morgens aufgetragen, was von der Compliance vorteilhaft ist. Interessanterweise zeigte sich in dieser Studie, dass die alleinige Applikation des Sonnenschutzmittels einen ebenso guten Effekt auf die Melasmen hatte wie die Anwendung der fraktionierten Photothermolyse.

Welche Konsequenzen ergeben sich Ihrer Meinung nach aus diesen neuen Daten?

Prof. Raulin: Die Kernaussage unserer Studie besteht darin, dass ein intensiver Sonnenschutz das Mittel der Wahl in der Behandlung des Melasma ist. Schon seit langem ist bekannt, dass die Ausprägung des Melasma im Sommer stärker ist als im Winter. Das verstärkte Auftreten

im Sommer weist auf die Notwendigkeit eines wirksamen UV-Schutzes hin. Die aktuellen Studienergebnisse zeigen nun sogar, dass ein solcher UV-Schutz der Photothermolyse ebenbürtig ist. Die Therapie der Wahl bei Chloasma ist für mich daher nicht primär die Photothermolyse, Peelinganwendungen oder bleichende Externa, sondern die konsequente Anwendung eines hochwertigen liposomalen UV-Schutzmittels. Nach meiner Erfahrung bietet insbesondere Daylong® extreme (SPF 50+) den betroffenen Patienten gleich mehrere Vorteile: Es muss in der Regel nur einmal täglich angewendet werden, zieht rasch ein, und die Wirkung bleibt auch bei Schwitzen, Sport und Schwimmen gut erhalten.

Was gilt es bei der Auswahl des richtigen UV-Schutzmittels zu beachten und wie bzw. wann sollten Patienten mit einem Melasma es anwenden?

Prof. Raulin: Wir empfehlen Patienten mit einem Melasma, ein Sonnenschutzmittel mit einem möglichst hohen Lichtschutzfaktor anzuwenden. Entscheidend ist die konsequente Anwendung: Der UV-Schutz sollte bei jedem Wetter gleich morgens als Tagescreme auf die betroffenen Hautpartien aufgetragen werden.

LITERATUR

* Karsai S et al. Is non-ablative 1550-nm fractional photothermolysis an effective modality to treat melasma? Results from a prospective controlled single-blinded trial in 51 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011 May 14. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04100.x. [Epub ahead of print]

FORTSETZUNG VON SEITE 8
**Südafrikanisches Zeckenbissfieber und
 Leishmaniasis**

seiner Langwierigkeit und entstehenden Narbenbildung bekannt und gefürchtet war. Unter diesem Pseudonym wurde zuvor in der Medizingeschichte die kutane Leishmaniasis beschrieben, die weltweit in den Tropen und Subtropen mit Ausnahme von Australien vorkommt und an der jährlich nach Angaben der WHO nach wie vor etwa 1,5 Millionen Menschen erkranken. Verschiedene Spezies der Gattung *Leishmania* verursachen je nach ihrem regionsspezifischen Vorkommen klinisch unterschiedliche Krankheitsbilder an der Haut. Hier erstreckt sich die Varianz von verkrusteten und flächenhaften Infiltraten bis zu tiefen, schmierig belegten Ulzerationen. Die Läsionen können zusätzlich von Lymphangitiden und später von Lymphsklerose begleitet sein. Übertragen werden alle Leishmanien durch Sandmücken (*Phlebotomus* spp in der alten Welt, *Lutzomyia* spp in Mittel- und Südamerika).

In der alten Welt sind Nagetiere wie der große Gerbil, aber auch Hunde und selbst der Mensch Reservoir für Leishmanien, in der neuen Welt sind es u. a. Ameisen- und Nasenbären. Leishmanien werden von diesen Reservoirs durch die Sandmücke bei der Blutmahlzeit aufgenommen. Die Erreger durchlaufen im Vektor eine Metamorphose und werden bereits nach wenigen Tagen mit einem erneuten Stich weiterverbreitet. Klinisch zeigt sich die kutane Leishmaniasis nach der Inokulation der Erreger mit einer über Wochen langsam wachsenden Papel, die später ulzerieren kann (Abb. 2). Anfänglich ähnelt der Befund durchaus einer Insektenstichreaktion. Im Gegensatz zu einem bakteriell hervorgerufenen Furunkel entwickelt sich die kutane Leishmaniasis viel langsamer und ist nicht oder nur wenig schmerzhaft. Die Diagnose erfolgt über den Erregernachweis. Leishmanien können aus Biopsiematerial histologisch oder im nach Giemsa gefärbten Gewebesausstrich nachgewiesen werden, wobei die Biopsie möglichst aus dem Randbereich stammen sollte. Auch die Durchführung einer Leishmanien-PCR aus Gewebematerial ist inzwischen ein zuverlässiges Nachweisverfahren in der Routinediagnostik geworden.

Die Therapie der Leishmaniasis ist alles andere als einfach und ist abhängig von der Leishmanien-Spezies und dem Befall. Die Behandlung der kutanen Leishmaniasis stützt sich in Entwicklungsländern gemäß den Empfehlungen der WHO überwiegend auf die systemische (i. m. oder i. v.) oder intraläsionale Applikation von 5-wertigen Antimonpräparaten ab, das täglich über mehrere Wochen verabreicht werden muss. Alternativ konnten in den vergangenen Jahren

gerade bei komplizierten kutanen Leishmaniasisformen mit Miltefosine, einem Hexadecylphosphocholin, das über 28 Tage oral verabreicht wird, Erfolge erzielt werden. Die kutane Leishmaniasis kommt keineswegs nur in den Tropen vor, Erkrankungsfälle werden regelmäßig im gesamten Mittelmeerraum beobachtet, auch das Landesinnere von Mallorca gilt als Endemiegebiet. Jeder Insektenstich, der nicht heilt oder jedes in den Tropen erworbene Haut-

geschwür, das sich nicht schließt, ist verdächtig für eine kutane Leishmaniasis.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Marcellus Fischer
 Oberfeldarzt
 Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
 Fachbereich Tropenmedizin am Bernhard-
 Nocht-Institut
 Bernhard-Nocht-Straße 74
 22049 Hamburg
 Fischer@bni-hamburg.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 25. 11. 2011
 17.00–18.30 Uhr
 Maternussaal

VORTRÄGE

Reise- und Tropendermatologie

INFO

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



Durchbruch in der Entwicklung von Therapien für Psoriasis und Multiple Sklerose

Dendritische Zellen Typ 2

Forscher am Universitätsklinikum Tübingen haben in den letzten zehn Jahren den Wirkmechanismus eines körpereigenen Moleküls aufgeklärt, das die Immunabwehr seitens der Dendritischen Zellen entscheidend beeinflusst. Dies wurde jetzt in der weltweit renommierten klinisch-experimentellen Zeitschrift *Journal of Experimental Medicine* publiziert.* Das Journal zählt zu den weltweit besten klinisch-experimentellen Zeitschriften der Biomedizin.

Prof. Martin Röcken, Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik: „Wir gehen davon aus, dass dies die Basis für die Entwicklung neuer, aller Wahrscheinlichkeit nach sehr sicherer Medikamente für Menschen mit schweren Autoimmunerkrankungen wie Psoriasis oder Multiple Sklerose ist. Erste Medikamente dazu sollen noch dieses Jahr auf den Markt kommen.“

Multiple Sklerose und Psoriasis zählen zu den häufigsten Autoimmunerkrankungen. Erstaunlich ist, dass bis heute fast alle Therapien, die für eine der beiden Krankheiten entwickelt wurden, bei der anderen eher schädlich ist, obwohl beiden Erkrankungen ein ganz ähnlicher Entzündungsvorgang zugrunde liegt.

Eine Forschergruppe am Universitätsklinikum Tübingen untersuchte den Wirkmechanismus des kleinen, körpereigenen Moleküls namens Di-Methyl-Fumarat (DMF), da DMF das erste Molekül ist, das sowohl die Psoriasis als auch die Multiple Sklerose bessert. Die Wissenschaftler fanden heraus, dass dieses körpereigene Molekül ganz entscheidend die Wirkweise der wichtigsten Immunstimulatoren, der Dendritischen Zellen, beeinflusst.

Für die Entdeckung dieser Dendritischen Zellen wurde dieses Jahr der

Nobel Preis an Ralph Steinman verliehen. Normalerweise haben Dendritische Zellen die Aufgabe, Gefahren die von Bakterien oder Viren ausgehen zu erkennen, das Immunsystem zu alarmieren und schützende Antworten gegen die Keime einzuleiten. Unglücklicherweise können Dendritische Zellen irrtümlich auch Immunantworten gegen körpereigene Zellen einleiten und diese zerstören, wenn sie die falschen Informationen erhalten. Dies ist beispielsweise auch bei Erkrankungen wie Multipler Sklerose und Psoriasis der Fall.

Das Tübinger Forscherteam konnte jetzt zeigen, dass kleine Moleküle wie DMF die Dendritischen Zellen umerziehen können. Sie erziehen sie zu Dendritischen Zellen, die vor einer Gewebeerstörung schützen können, die „Typ 2 Dendritischen Zellen“. In einer Serie komplexer Experimente deckten die Wissenschaftler die Mechanismen auf, die für diese „Umerziehung“ der Dendritischen Zellen verantwortlich sind.

Die Entdeckung dieser allgemeingültigen Regeln schafft die Basis für die Entwicklung neuer, aller Wahrscheinlichkeit nach sehr sicherer Medikamente, die das Leben der Menschen mit schweren Autoimmunerkrankungen wie Psoriasis

oder Multiple Sklerose deutlich verbessern werden. Die Universität Tübingen hat das Verfahren patentieren lassen.

* Publiziert in *Journal of Experimental Medicine* 2011, Oktober online Fumarates improve psoriasis and multiple sclerosis by inducing type II dendritic cells. Ghoreschi K, Brück J, Kellerer C, Deng C, Peng H, Rothfuss O, Hussain RZ, Gocke AR, Respa A, Glocova I, Valtcheva N, Alexander E, Feil S, Feil R, Schulze-Osthoff K, Rupec RA, Lovett-Racke AE, Dringen R, Racke MK, Röcken M. *J Exp Med*. 2011 Oct 10. [Epub ahead of print] PMID 21987655 DOI 10.1084/jem.20100977

Quelle: idw 2011

ANKÜNDIGUNG

30. November bis 2. Dezember 2012 in Köln

15. Tagung der Dermatologischen Wissenschafts- und Fortbildungsakademie NRW

TAGUNGSPRÄSIDENT

Prof. Dr. Bernhard Homey
Hautklinik am Universitätsklinikum Düsseldorf

www.dwfa.de



Paul-Martini-Stiftung

Dermatologie: Therapie am größten Immunorgan des Menschen

„Aus der Dermatologie kommen heute wichtige Konzepte zur Behandlung schwerer Krebs- und Entzündungskrankheiten, die auch für andere medizinische Teilgebiete entscheidende Fortschritte bringen. Dazu hat nicht zuletzt die hochkarätige und international anerkannte Forschungstätigkeit an deutschen Kliniken für Dermatologie maßgeblich beigetragen!“ Das erklärte Prof. Dr. Dr. h.c. Thomas A. Luger vom Klinikum der Universität Münster zu Beginn des Workshops „Dermatologie ist mehr als 'Hautsache'“ am 20. September in Berlin. Veranstalter der von Luger geleiteten Veranstaltung zu Stand und Perspektiven der Dermatologie ist die Paul-Martini-Stiftung, Berlin.

Die Haut ist nicht nur der bekannte „Spiegel der Seele“, sie kann auch zum Spiegel für Krankheits- und Heilungsprozesse werden. So lässt sich an keiner anderen Entzündungskrankheit – wie Gelenkrheuma oder Multiple Sklerose – einfacher als an Schuppenflechte studieren, wie Krankheits- oder Heilungsprozesse voranschreiten. Wie sich das für die rationale und effiziente Entwicklung neuer Medikamente nutzen lässt, wird auf dem Workshop diskutiert.

Als wegweisend für die moderne Dermatologie hat sich insbesondere die immunologische Grundlagenforschung erwiesen. Die Erkenntnis in der Haut nicht nur das größte, sondern auch mit das wichtigste Organ des Immunsystems. So sind Immunzellen der Haut oft die ersten, die eindringende Erreger erkennen und andere Komponenten der körpereigenen Abwehr aktivieren. Neue Ansätze zur Behandlung von Hautkrebs – die im Workshop angesprochen wurden – setzen darauf, die Immunabwehr der Haut durch gezielte Stimulation in die Tumorkämpfung einzubeziehen.

Die Kehrseite der extensiven Abwehr"infrastruktur" der Haut ist ihre bekannte Anfälligkeit für Immunstörungen wie Allergien und Autoimmunerkrankungen wie die Schuppenflechte. Neue Immunmodulatoren konnten hier in den letzten Jahren vielen Patienten Linderung bringen, doch besteht weiterhin Bedarf für Innovationen.

Quelle: idw 2011

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Statement – Neue Wege in der Rosazea-Therapie

Der „Fluch der Kelten“ verliert seinen Schrecken

Die Rosazea, der „Fluch der Kelten“, ist eine Erkrankung der Gesichtshaut mit fakultativer Augenbeteiligung, an der etwa 2–5 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland leiden. Die Erkrankung wirkt sich nicht nur kosmetisch beeinträchtigend aus, sondern bedingt eine signifikante Einschränkung der Lebensqualität. Mit ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen und Schweregraden stellt sie eine Herausforderung für den behandelnden Arzt dar.

Untersuchungen der letzten Jahre werfen ein neues Licht auf die Pathogenese der Rosazea und lassen folgende Hauptfaktoren erkennen: Vermehrte Bildung von fehlerhaft prozessiertem Cathelicidin LL-37 und Cathelicidinpeptiden mit überwiegend pro-inflammatorischen Eigenschaften als Ausdruck einer fehlgeleiteten angeborenen Immunantwort; UV-bedingte fortschreitende Hautmatrixdegeneration mit Blut- und Lymphgefäßschädigung; erhöhte neurovaskuläre Reaktivität auf geringe Reize sowie genetische Prädisposition.

Ein besseres Verständnis der Pathomechanismen, die zur Initiation und Perpetuation der Rosazea führen, bildet die Grundlage für neue therapeutische Ansatzpunkte bei dieser Erkrankung.

Das neue Rosaliac® AR Intense Intensiv-Serum von La Roche-Posay beeinflusst Erscheinungsformen der

Rosazea, die auf eine medikamentöse Therapie oftmals nur unzureichend ansprechen: Erytheme, Teleangiectasien sowie Hyperreaktivität der Gesichtshaut. Das Präparat ist in der aktiven Behandlungsphase ebenso einsetzbar wie in der Erhaltungsphase mit dem Ziel der Rezidivprophylaxe. Durch seinen einzigartigen, Pathogenese-orientierten Wirkansatz stellt es eine effektive, Compliance-fördernde Ergänzung zur stadien- und phasengerechten Pharmakotherapie der Rosazea dar. Als „Cosmeceutical“ unterscheidet es sich grundlegend von klassischen Kosmetika und enthält eine Reihe von aktiven Wirkstoffen, deren Wirksamkeit in aussagekräftigen experimentellen und klinischen Studien nachgewiesen wurde. Damit genügt es höchsten Ansprüchen einer Evidenz-basierten Kosmetologie.

Das Präparat enthält drei Wirkstoffkomponenten:

- Ambophénol®,
- Neurosensine® und
- Thermalwasser aus La Roche-Posay.

Der Wirkstoffkomplex **Ambophénol®** wird aus den Blättern der zur Familie der Monimiengewächse zählenden Pflanze *Tambourissa trichophylla* gewonnen, die auf den Inseln Madagaskar und den Komoren im Westindischen Ozean beheimatet ist. In der Traditionellen Medizin wird diese Pflanze zur Behandlung von



Priv.-Doz. Dr. med. habil. Thomas Jansen

Narben und Keloiden sowie zur Munddesinfektion verwendet. Als aktive Wirkstoffe wurden in dem Pflanzenextrakt die Polyphenole Rutin, Nicotiflorin und Epicatechin identifiziert. Als Flavonoide (flavus, lateinisch: gelb) verleihen sie der Rezeptur von Rosaliac® AR Intense Intensiv-Serum eine goldene Farbe. In-vitro-Testungen [1] zeigten neben antioxidativen Eigenschaften (Verbesserung des Überlebens von oxidativ geschädigten Zellen) eine Inhibition des für das Cathelicidin LL-37 kodierenden Gens (CAMP) sowie der Expression von Mediatoren wie Neuropeptiden und Zytokinen, die Angiogenese und Entzündung im Rahmen der Rosazea vermitteln.

In einer klinischen Studie an 37 Frauen [1] mit Rosazea wurde innerhalb von vier Wochen eine signifikante Reduktion der Erythem-Intensität sowie der Dichte, Größe, Ausdehnung und Anzahl der Teleangiectasien erzielt. Sogar die Dauer und Intensität der Flushreaktionen nahmen in dieser Studie signifikant ab. Mit Hilfe der Laser-Doppler-Flowmetrie konnte bei 45 Frauen [1] mit Rosazea eine signifikante, konzentrationsabhängige Reduktion der Mikrozirkulation mit Nachlassen der Erythem-Intensität gemessen werden.

Neurosensine® enthält ein körpereigenes, verestertes Lipo-Dipeptid, das an den Empfindlichkeitsrezeptoren wirksam wird, die in der Rosazeahaut vermehrt exprimiert werden und zu einer erhöhten Reaktivität auf geringe Reize führen.

Die Grundlage des Präparates bildet **Thermalwasser aus La Roche-Posay** im Westen Frankreichs, das sich durch einen hohen Gehalt an Mineralien und Spurenelementen, insbesondere zellprotektivem Selen (etwa 60 µg/l), auszeichnet.

Durch ein optimiertes Moisturizersystem und den Verzicht auf Alkohol, Parabene, Konservierungs-, Farb- und Duftstoffe kommt das Präparat dem Wunsch der Rosazeapatienten nach möglichst guter Hautverträglichkeit entgegen, die in einer klinischen Studie [1] eindrucksvoll bestätigt wurde. Auf diese Weise trägt es als Bestandteil eines Gesamtkonzeptes zu einer erfolgreichen Therapie dieser häufigen chronischen Hauterkrankung bei.

Quelle:

1 Jansen T. Rosazea – Aktueller Kenntnisstand zur Pathogenese und neue Perspektiven in der Therapie durch Rosaliac® AR Intense Intensiv-Serum. Edition La Roche-Posay. Medicalvision, Essen 2011; ISBN 978-3-00-035930-9

In Ergänzung zur Schulmedizin Naturheilverfahren in der Dermatologie

Stefan Fey & André-Michael Beer, Hattingen



Dr. Stefan Fey

Prof. Dr. André-Michael Beer

Naturheilverfahren stellen eine ideale Ergänzung zur konventionellen dermatologischen Behandlung in der täglichen Praxis dar, die auch zunehmend von Patienten nachgefragt wird. Hier vor allem haben sich die klassischen Naturheilverfahren bewährt, da diese in weiten Bereichen wissenschaftlich untersucht sind und bereits eine lange Tradition in der Anwendung haben. Bei der Therapie mit Naturheilverfahren werden körperliche, seelisch und spirituelle Anteile des Menschen im Heilungskontext betrachtet. Gerade für die Dermatologie ist dies von Bedeutung, da die Haut seit jeher als Spiegelbild der Seele betrachtet wird.

Die Arzneimitteltherapie der Naturheilkunde, die Phytotherapie, spielt hier eine besondere Rolle. Pflanzliche Heilmittel haben eine lange Tradition in unserer europäischen Medizin und werden von der Bevölkerung wegen der geringeren Nebenwirkungen gewünscht. Phytopharmaka sind zugelassene Arzneimittel (AMG §2), die bezüglich Qualität, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit geprüft sind. Man unterscheidet dabei im Wesentlichen Gerbstoffdrogen (Tab. 1) und ätherische Öldrogen (Tab. 2).

Es werden im Seminar vor allem die sog. „rationalen“ Phytopharmaka vorgestellt (Tab. 3), wie sie bei den einzelnen dermatologischen Erkrankungsbildern auf bewährter Basis eingesetzt werden können.

Anhand eines Beispiels eines Patienten mit atopischer Dermatitis wird die Behandlung mit der naturheilkundlichen Komplexbehandlung aufgezeigt, wie sie in der stationären Naturheilkunde, hier am Beispiel

Abteilung Naturheilkunde der Klinik Blankenstein in Hattingen, im Krankenhaus durchgeführt wird.

Hydro-Thermotherapie: Bei akut nässendem Ekzem kommen feuchte Umschläge mit kaltem schwarzen Tee zum Einsatz zum Aufweichen der Krusten und der Reduktion der Keimbeseidlung. Im chronischen Stadium werden rückfettende Bäder mit ölhaltigen Zusätzen wie Mandelöl oder Nachtkerzensamenöl, harnstoffhaltige Lotionen eingesetzt. **Phytotherapeutisch** haben sich Einreibungen mit Nachtkerzensamenöl, Borretschsamenöl, Hamamelis- und Dulcamaraextrakten bewährt.

Ernährungstherapeutisch ist die Entlastung des Magen-Darm-Traktes von Allergenen bedeutend. Dies wird durch eine Heilfastentherapie oder eine Kartoffel-Reis-Entlastungskost erreicht. Anschließend erfolgt die längerfristige Umstellung auf eine allergenfreie/arme vollwertige Kost.

Die **Bewegungstherapie** wirkt insgesamt positiv modulierend auf das Immunsystem.

Die **Ordnungstherapie** stellt die Verbindung zwischen der somatischen und der psychosomatischen Medizin dar. Dabei ist zu explorieren, ob möglicherweise ein Zusammenhang zwischen einer Verschlechterung des Hautbildes und psychischen Belastungen besteht. Ordnungstherapeutische Aspekte wie der Umgang mit der eigenen Erkrankung, Einbeziehung von Lebensstilveränderungen wie das Erreichen von Nikotinkarenz, ggf. Meiden von Haustieren, minimieren von Diätfehlern, Tragen atmungsaktiver Kleidung, regelmäßige Hautpflege spielen eine wichtige Rolle. Ggf. kann im weiteren Verlauf eine begleitende ambulante Psychotherapie notwendig werden.

Das naturheilkundliche Konzept muss individuell auf das Beschwerdebild des Patienten abgestimmt sein. Gerade bei Patienten mit einem



© Roman Ivaschenko - Fotolia.com

Tab. 1: Überblick über Wirkungen und Indikationen der Gerbstoffdrogen.

Wirkungen

- adstringierend, hämostyptisch
- antiphlogistisch, reizmildernd
- antibakteriell
- gering oberflächenanästhetisch
- juckreizstillend

Indikationen

- akut und chronisch nässende Hautentzündungen
- Ekzeme
- Neurodermitis
- Hämorrhoiden
- Pruritus
- Windeldermatitis
- Sonnenbrand,
- oberflächliche Wunden

Tab. 2: Überblick über Wirkungen und Indikationen der Ätherisch-Öl-Drogen.

Wirkungen

- antibakteriell, bakteriostatisch
- antimykotisch
- antiviral
- antiphlogistisch
- hyperämisierend

Indikationen

- entzündliche Hauterkrankungen
- Neurodermitis
- Candidamykosen
- Windeldermatitis
- Sonnenbrand
- Pruritus

Nebenwirkungen

allergenes Potential, Kontaktallergie, aus der Familie der Korbblütler u. a. Sesquiterpenlactone

Tab. 3: Überblick über Phytopharmaka in der Dermatologie.

Arzneipflanze	Indikationen nach Kommission	Darreichungsform
Haut-, Schleimhautentzündung		
Calendulae flos Ringelblumenblüten	Entzündung, Wundheilungsstörung, Ulcus cruris, Mund und Rachen	Creme, Gel, Salbe Aufguss, Umschläge, Tinktur
Hamamelidis folium/ -cortex Zauber- strauchblätter, -rinde	Hautverletzungen, Entzündung Haut Schleimhäute, Hämorrhoiden, Krampfaderbeschwerden	Salbe, Dekokte, Bäder, Wasserdampfdestillat
Matricariae flos Kamillenblüten	Haut- Schleimhautentzündung, Mundhöhle, Zahnfleisch, Anal-Genitalregion	Creme, Salbe, Aufguss, Spülungen, Lösungen, Badezusätze
Quercus cortex Eichenrinde	Entzündliche Hauterkrankung, Entzündungen im Mund, Rachen, Anal-Genitalregion	Spülungen, Umschläge, Badezusatz
Salviae folium Salbeiblätter	Entzündungen der Mund- und Rachenschleimhaut	Aufguss, Mundspülung, Gurgeln, Tinktur, Tropfen

Tab. 4: Phytopharmaka in der Dermatologie.

Droge	Indikationen nach	Darreichungsform
Chronisches Ekzem		
Dulcamarae stipites Bittersüßstengel	Unterstützende Therapie bei chronischem Ekzem	Cefabene Salbe
Oleum oenotherae semen Nachtkerzensamenöl	Behandlung, symptomatische Erleichterung des atopischen Ekzems (Neurodermitis), Einfluss auf Juckreiz, Schuppung, Haut- entzündung, Rötung	Epogam, Gammacur Kaps., Neobonsen, Uni-gamol Kaps., Linola Gamma Creme, Menalind derm
Virusinfektion der Haut		
Podophyllum peltatum Fußblattwurzelstock/ -harz	Condylomata acuminata	Condylox Lösung, Wartec Creme
Melissae folium Melissenblätter	Herpes simplex	Creme, Salbe, Liniment z. B. Lomaherpan
Capsici fructus Cayennepfefferfrüchte	Postherpetische Neuralgie	Crème, z. B. Capsamol, Thermo-Bürger

chronischen Verlauf wie beispielsweise der atopischen Dermatitis ist es aus ordnungstherapeutischer Sicht wichtig, ressourcenorientiert zu arbeiten und auch an die Eigenverantwortung des Patienten zu appellieren.

Literaturtipp: Beer AM, Adler M (Hrsg): Leitfaden für Naturheilverfahren für die ärztliche Praxis. 1. Aufl. München, Elsevier 2011

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Stefan Fey
Prof. Dr. André-Michael Beer, M.Sc
Klinik Blankenstein

Abteilung für Naturheilkunde
Im Vogelsang 5-11
45527 Hattingen
stefan.fey@klinik-blankenstein.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 25. 11. 2011
14.00-16.00 Uhr
Raum: Laurentius

**KURSE/WORKSHOPS
Naturheilkundeverfahren
in der Dermatologie**

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Samstag, 26. November 2011
13.00-14.00 Uhr
Maternushaus/Raum: Quirinus

ALMIRALL HERMAL SATELLITENSYMPOSIUM

**Non Melanoma Skin Cancer –
Neues aus Forschung und Klinik**

Programm

Non Melanoma Skin Cancer – Von der Diagnose zur Therapie
Prof. Dr. Ralf Gutzmer, Hannover

Neues nicht invasives Therapiekonzept bei aktinischen Keratosen
Dr. Claas Ulrich, Berlin

Mit freundlicher Unterstützung der
Almirall Hermal GmbH



BUCHTIPP

Leitfaden Naturheilverfahren

Dieser Leitfaden bietet Grundlagenwissen und anwendungsbezogene Therapiekonzepte – für den Einsatz des ganzen Spektrums der Naturheilverfahren im ärztlichen Alltag. Neben den evidenzbasierten Methoden der klassischen Naturheilverfahren wie Hydro-/Thermo-, Bewegungs-, Ernährungs-, Phyto- und Ordnungs-



therapie werden auch die erweiterten Verfahren (z. B. Ab- und ausleitende Verfahren, Neuraltherapie, Elektro- und Ultraschalltherapie) sowie komplementärmedizinische Konzepte wie Akupunktur oder Homöopathie dargestellt.

Der Indikationsteil zeigt konkrete therapeutische Anwendungsempfehlungen bei allen relevanten

Krankheitsbildern auf, z. B. aus den Fachgebieten Herz-Kreislauf- und Atmungssystem, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Verdauungssystem.

Beer, A.-M./Adler, M. (Hrsg.)
**Leitfaden Naturheilverfahren
für die ärztliche Praxis**

Elsevier, München, 2011
688 S., 33 farb. Abb., geb.
EUR [D] 39,95, ISBN 978-3-437-56103-0

Aktionswoche Haut & Job 2011 macht darauf aufmerksam, was Dermatologen für Betroffene leisten können

Erfolge in der Prävention von Hautkrankheiten

Swen Malte John, Osnabrück

Die EADV geht voran (www.eadv.org/press-corner/campaigns/), ABD, BVDD, DKG und DDG alle sind dabei – Sie auch? Machen Sie mit bei der Aktionswoche Haut & Job vom 5. bis 9. Dezember 2011. Praxisflyer, Poster und Evaluationsbögen gibt es kostenfrei unter www.hautgesund-im-beruf.de.*

Nutzen Sie die breite Unterstützung, die diese Kampagne der Dermatologen durch Politik und Sozialversicherungen national und international erfährt. Machen Sie die Kampagne zu ihrer Kampagne und informieren die örtlichen Medien.

Melden Sie schon jetzt Ihre berufsdermatologischen Patienten frühzeitig und behandeln Sie sie extrabudgetär zulasten der Unfallversicherung. Profitieren Sie von der deutlichen Anhebung der UV-GOÄ (www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=74864). Machen Sie Ihre Praxis zur Anlaufstelle für Ratsuchende mit Berufsdermatosen. Nutzen Sie das Hautarztverfahren. Schließlich ermöglicht es jedem Dermatologen, jede Woche zur Aktionswoche zu machen und für Patienten mit Berufsdermatosen eine vorzügliche individuelle Diagnostik und Therapie wirtschaftlich erbringen zu können. Ganz Europa beneidet uns darum.

Pressekonferenz aller Fachgesellschaften

Die EADV hat 2010 die „europrevention/healthy skin @work“ Kampagne ins Leben gerufen, die in ganz Europa die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf die Leistungsfähigkeit dermatologischer Prävention richtet (Slogan: „Your Skin. The most important 2m² of your life!“). Hierzulande werden die dermatologischen Fachgesellschaften die Öffentlichkeit am 5. Dezember 2011 in der Bundespressekonferenz, Berlin, informieren. Diese nationale Initiative unter dem europäischen Dach wird unterstützt vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), von den Länder-Arbeits-



Abb. 1: Handekzem.

schutzbehörden und von der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV); Spitzenvertreter dieser Institutionen werden auch in diesem Jahr wieder in der Pressekonferenz auf das Potential von Prävention aufmerksam machen. Die Politik setzt damit ein positives Signal für diese Initiative der deutschen Dermatologen.

Die Aktionswoche Haut & Job will die Hemmschwellen bei Betroffenen für die Inanspruchnahme dermatologischer Beratungen so weit wie möglich absenken. Die Öffentlichkeit wird aufgefordert, bei Hauterkrankungen, die auf den Beruf zurückgeführt werden, einen Hautcheck beim Dermatologen wahrzunehmen. Die Veranstalter hoffen, dass sich möglichst viele Kollegen in Praxis und Klinik beteiligen. Die teilnehmende Praxis wird auf diese Weise als Anlaufstelle für Patienten mit Berufsdermatosen wahrgenommen, aber auch für erfreuliche Publizität für unser kleines Fach sorgen. Schön wären im Vorfeld der Aktionswoche

zum Beispiel Telefonaktionen der ortsansässigen Dermatologen mit den regionalen Medien, um auf die sich den Patienten bietenden Möglichkeiten durch fachärztliche dermatologische Versorgung aufmerksam zu machen.

Die Aktionswoche Haut & Job wird sich 2011 besonders den hautkranken Beschäftigten in Klein- und Mittelbetrieben widmen. Dafür sollen die Möglichkeiten der arbeitsmedizinischen Betreuung und der raschen Zuweisung zum Hautarzt verbessert werden; in dem Zusammenhang wurde ein neuer „Betriebsärztlicher Gefährdungsbericht Haut“ geschaffen.

Individuelle Gesundheitsleistungen öffentlich rechtlich: „BG-IGeLn“!

In manchen europäischen Ländern steckt Prävention in den Kinderschuhen. Hierzulande ist ein System für gezielte Prävention in der Hand des Dermatologen geschaffen worden: „Stufenverfahren Haut“. Mit



Prof. Dr. Swen Malte John

den nach der Erkrankungsschwere gestuften Präventionsmaßnahmen unter Betonung des ambulanten Heilverfahrens, ergänzenden Angeboten wie Hautschutzseminaren bzw. stationär-ambulant vernetzter Heilverfahren für schwer Betroffene lassen sich große Erfolge erzielen. 80 % der ehemals schwer Erkrankten konnten am Arbeitsplatz verbleiben, bei 70 % trat unter nahtloser dermatologischer Weiterbetreuung vor Ort keine erneute Arbeitsunfähigkeit ein. Deshalb sind Arbeitgeber schlecht beraten, die ihre erkrankten Mitarbeiter nicht in dermatologische Obhut geben. Dermatologische Prävention kann unseren Patienten die Gesundheit und den Arbeitsplatz erhalten und dabei gleichzeitig Kosten für Sozialversicherungssysteme und Arbeitgeber sparen! Zudem ist das gemeinsame Engagement aller Fachkollegen für eine effiziente Sekundär- und Tertiärprävention ein wichtiger Beitrag für unser kleines Fach als Organfach. Grund genug für jede Praxis, auch im Bereich der Berufsdermatosen individuelle Gesundheitsleistungen nach der kürzlich verbesserten UV-GOÄ zu erbringen. Übrigens ist die Aktionswoche auch ein guter Anlass, in die Berufsdermatologie einzusteigen; die ABD bietet hierzu auch Zertifizierungsseminare an (http://abd.dermis.net/content/e03abd/e01zile/e105/index_ger.html).

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Swen Malte John
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD)
Coordinator EADV europrevention/
„healthy skin @work“ campaign
Universität Osnabrück, Abt. Dermatologie,
Umweltmedizin, Gesundheitstheorie
Sedanstraße 115 (Station D1)
49090 Osnabrück
johnderm@uos.de

* Gemeinsame Homepage von ABD, BVDD, DDG und der übrigen Träger: www.hautgesund-im-beruf.de. Hier können Infomaterialien, Praxisposter, aber auch Patientenfragebögen zur Kampagne kostenlos abgerufen werden.



TIPPS FÜR DIE PRAXIS

1. Bei Berufsdermatosen Hautarztbericht an den Unfallversicherungsträger erstatten. Hautarztbericht und Diagnostik können nach angehobenen Sätzen der UV-GOÄ extrabudgetär liquidiert werden. Formulare: www.dguv.de/formtexte/index.jsp.
2. Im Hautarztbericht sollte auf die Erfordernis dermatologischer Behandlung hingewiesen werden. Der Unfallversicherungsträger erteilt dem meldenden Hautarzt dann einen Behandlungsauftrag. Auch die Behandlung kann dann extrabudgetär nach angehobenen Sätzen abgerechnet werden. Die DDG-Leitlinie „Management von Handekzemen“ fasst es zusammen.
3. Ergänzend stehen dem Dermatologen Präventionsmöglichkeiten gemäß DDG-Leitlinie zur Verfügung: (a) 1- bis 2-tägige ambulante Hautschutzseminare (sekundäre Individualprävention) und (b) ambulant-stationär verzahnte Heilverfahren (tertiäre Individualprävention) bei schweren Berufsdermatosen sowie geringer Compliance, ungeklärter Kausalität etc.
4. BG auch informieren bei durch berufliche UV-Exposition hervorgerufenem hellem Hautkrebs! Das gilt auch, wenn die Manifestation erst im Rentenalter auftritt. Hier ärztliche Anzeige erstatten!

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 26. 11. 2011
9.00–10.30 Uhr
Maternussaal

VORTRÄGE
Berufsdermatologie

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. Hans F. Merk
Prof. Dr. Peter Altmeyer

CHEFREDAKTION
Alexandra Pearl (-432)
apearl@wiley.com

REDAKTION
Bettina Baierl (-431)
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. 36/35. Jahrgang
Berlin, im November 2011
ISSN 0934-3148 (Printversion)
ISSN 1439-0493 (Onlineversion)
ZKZ 30371

www.medreports.de

WILEY-BLACKWELL

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Samstag, 26. November 2011
14.30–15.30 Uhr
Maternushaus/Raum: Quirinus

MEDAC SATELLITENSYMPOSIUM

Neue Therapieoptionen und Empfehlungen – Vorstellung der S1-Leitlinie zur Therapie mit Methotrexat bei Psoriasis

Referenten:
Prof. Dr. Kristian Reich, Hamburg
Priv.-Doz. Dr. Marc Alexander Radtke, Hamburg

medac
@autoimmun

Mit freundlicher Unterstützung der medac GmbH