

DERMATOLOGIE FÜR DIE TÄGLICHE PRAXIS

Auf der diesjährigen **DDG-Tagung** wurden einige Krankheitsbilder diskutiert, die auch in der hausärztlichen Praxis von großer Relevanz sind. Etwa die Behandlung des offenen Beins, der Nesselsucht oder der Nagelmykose.

Fortschritte der Kompressionstherapie

Neben der Wundbehandlung basiert der Erfolg einer konservativen Therapie des Ulcus cruris auf der Kompressionstherapie. Davon profitieren nicht nur Patienten mit chronisch venöser Insuffizienz sondern fast alle Patienten mit Ulcus cruris und Ödemen. Auszuschließen sind lediglich Kontraindikationen wie die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK). Wie Prof. Joachim Dissemond aus Essen betonte, ist es essenziell, zunächst das Ödem zu behandeln. „Denn ein ödematöses Bein heilt nicht ab, unabhängig davon, welche Wundauflagen oder Wachstumsfaktoren man anwendet.“

Die Therapie untergliedert sich in zwei Phasen: Zunächst sollte der Unterschenkel entstaut werden, anschließend erfolgt die Kompressions-Erhaltungstherapie. Zur Entstauung



Die **49. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft** (DDG) in Berlin (26. – 29.4.2017) behandelte eine breite Palette brandaktueller dermatologischer Themen.

*Dr. Marion Hofmann-Abmus,
Fürstenfeldbruck*

verwendet man hierzulande häufig Kurzzugbandagen – welche die Patienten selbst jedoch nicht anlegen können und deren Qualität beim Fachpersonal sehr unterschiedlich ausfällt. Wenig genutzt werden dagegen Alternativen wie die Mehrkomponentensysteme oder adaptive Bandagen. Mehrkomponentensysteme können den Anpressdruck über mehrere Stunden konstant halten und erwiesen sich in Studien den Kurzzugbandagen überlegen. Marker auf den Binden helfen zudem, den gewünschten Druck zu erreichen bzw. zu überprüfen. Adaptive Kompressionssysteme kann sich der Patient selbst anlegen. Vorteilhaft ist, dass die Patienten den Druck bei abnehmendem Beinumfang mittels Klettverschlüssen auch selbst nachjustieren können. Ulcus-Strumpfsysteme stellen den Goldstandard für die Erhaltungstherapie dar. „Mit diesen Systemen ist es deutlich einfacher geworden, auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten mit Ulcus cruris einzugehen“, resümierte Dissemond.



Nagelpilze nachhaltig therapieren

Nagelmykosen sind sehr häufig und breiten sich zunehmend aus. So leidet jeder Zweite über 65-Jährige darunter, insgesamt sind etwa 14 bis 18 Prozent der Bevölkerung betroffen. Immer öfter findet sich das Krankheitsbild auch bei jüngeren Menschen und Kindern. Meist sind die Zehen befallen, da sich in luftundurchlässigen Schuhen ein für das Wachstum von Pilzen optimales feucht-warmes Klima entwickelt. Ein großes Problem bei der Therapie der Nagelmykose ist, dass sie immer wieder auftritt. Experten machen die Pilzsporen als Ursache für die hohe Rezidivrate verantwortlich. Die Überlebensform der Pilze (Chlamydosporen) zeichnet sich durch eine extrem hohe Widerstandsfähigkeit aus. Die dickwandigen Sporen überleben „magere Zeiten“ ebenso gut wie sehr hohe oder sehr niedrige Temperaturen. Um Rezidive zu vermeiden, müssen die Sporen unbedingt ebenfalls eradiert werden. Daher ist darauf zu achten, dass der eingesetzte Wirkstoff sowohl fungizide als auch sporozide Eigenschaften aufweist. Sofern die Nagelmatrix noch nicht vom Pilz befallen ist, reicht in der Regel eine lokale Behandlung aus, um den Nagelpilz zu kurieren. Bei stärkerem Befall sollte eine systemische Therapie dazu kommen.

NOTIZEN



Skabies bei Älteren

Skabies tritt häufig in Gemeinschaftseinrichtung auf, da Haut-zu-Haut-Kontakte hier unvermeidbar sind. Insbesondere bei älteren, multimorbiden Menschen in Senioren- oder Pflegeeinrichtungen kann aufgrund einer medikamenten- oder altersinduzierten Immunsuppression eine Skabies crustosa (Borkenkrätze) auftreten. Diese wird zunächst oft übersehen, da Hautfunktionsstörungen oder weitere Hauterkrankungen die Symptome überlagern. Massenausbreitungen sind die Folge einer zu späten Diagnose. In diesen Fällen bleibt die Eindämmung der Skabies – trotz der Zulassung von Ivermectin zur systemischen Therapie – eine Herausforderung.

Psoriasis-Arthritis

Psoriasis manifestiert sich meist an der Haut, doch entwickeln rund fünf bis 15 Prozent aller Psoriasis-Patienten eine Psoriasis-Arthritis als Folge der systemischen Erkrankung. In der Rheumatologie wird seit einiger Zeit das „treat-to-target“ (T2T) Konzept praktiziert, um eine Krankheitsprogression und die

damit einhergehende irreversible Gelenkerstörung zu vermeiden. Dazu dient eine festgelegte Vorgehensweise mit konsequenter Therapieüberwachung und -anpassung innerhalb eines engen Zeitrahmens. Wie ein auf die Psoriasis angepasstes T2T-Konzept aussehen könnte, wird derzeit diskutiert.

Kombinationen beim Melanom

Die Therapie des (metastasierten) Melanoms hat sich in den letzten Jahren sehr gewandelt. Beim BRAF-mutierten Melanom steht mit den Kombinationen aus jeweils einem BRAF- und MEK-Inhibitor ein neuer Standard zur Verfügung. Für großes Aufsehen sorgt nach wie vor die Immuntherapie des Melanoms. Auch hier werden größere Erfolge mit Kombinationstherapien erreicht. So lag das Gesamtüberleben unter Ipilimumab plus Nivolumab deutlich höher als unter der Monotherapie mit Ipilimumab. Derzeit werden bereits Triplekombinationen aus drei Immun-Checkpoint-Inhibitoren oder einem Immun-Checkpoint-Inhibitor plus BRAF- und MEK-Kinasehemmer untersucht.

Leitlinien Update: Chronische Nesselsucht

Mit einer akuten Nesselsucht (Urtikaria) ist schätzungsweise jeder Vierte einmal im Leben konfrontiert. Wesentlich belastender wirkt sich eine chronische Urtikaria aus, die definitionsgemäß über sechs Wochen anhält und mit Quaddeln und/oder Angioödem einhergeht. Treten nur Quaddeln auf, sollten seltene Autoinflammatorische Erkrankungen ausge-

schlossen werden. Bestehen die Quaddeln länger als 24 Stunden liegt der Verdacht auf eine Urtikariavaskulitis nahe. Ebenfalls auszuschließen sind Angioödem als Nebenwirkung von ACE-Hemmern. Gemäß der aktualisierten Urtikaria-Leitlinie wird die chronische Urtikaria mit einem H1-Antihistaminikum (AH) der 2. Generation behandelt. Bei nicht aus-

reichender Kontrolle erfolgt eine bis zu vierfache Erhöhung der AH-Dosis. Reicht diese Maßnahme ebenfalls nicht aus, wird AH mit Omalizumab kombiniert. Als letzte Möglichkeit empfiehlt die Leitlinie Ciclosporin zusätzlich zu AH.

