

Wie atopische Dermatitis und Psoriasis therapieren?

Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen, die unter Immuntherapie stehen, müssen im Fall einer SARS-CoV-2-Infektion theoretisch mit einem höheren Risiko rechnen. Die meisten Empfehlungen zum weiteren Prozedere beruhen derzeit auf Expertenwissen.

Die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) rät in Anlehnung an Empfehlungen der europäischen Task Force für atopische Dermatitis (ETFAD) und der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAKI) folgendes Vorgehen bei atopischer Dermatitis (1):

Basistherapie, topische antientzündliche Therapie: Grundsätzlich wird die konsequente Fortsetzung einer leitliniengerechten Basistherapie und antiinflammatorischen Therapie mit topischen Kortikosteroiden und topischen Calcineurininhibitoren empfohlen.

Trotz des bekannten Hautbarriere-defekts und der erhöhten Hautempfindlichkeit bei atopischer Dermatitis werden konsequente Handwaschungen- und -desinfektionen empfohlen. Nicht reizende Seifenersatzstoffe (Syndets) sollten in der Intensität verwendet werden, wie sie für Seife empfohlen ist.

Nach Hautreinigung und -desinfektion wird bei Patienten mit atopischer Dermatitis und empfindlicher Haut die konsequente Verwendung von rückfettenden Basistherapeutika empfohlen.

Systemtherapie: Reicht die topische Therapie zur Behandlung der atopischen Dermatitis nicht aus, kann die systemische Behandlung mit Dupilumab (zugelassen ab 12 Jahren) empfohlen beziehungsweise mit konventionellen immunsuppressiven Substanzen wie Ciclosporin (bei atopischer Dermatitis zugelassen ab 16 Jahren) oder gegebenenfalls Azathioprin, Methotrexat oder Mycophenolatmofetil (off label bei atopischer Dermatitis) erwogen werden.

Weder für Dupilumab noch für niedermolekulare Immunsuppressiva gibt es zuverlässige Sicherheitsdaten bezüglich der Frage, ob diese einen Einfluss auf die Empfänglichkeit für eine Infektion mit SARS-CoV-2 oder auf den Verlauf einer COVID-19 Erkrankung haben.

Dupilumab: Folgende Gründe sprechen dafür, eine Th2-gerichtete Behandlung mit Dupilumab bei gegebener medizinischer Indikation (d. h. moderate oder schwere atopische Dermatitis, die mit topischen Medikamenten nur unzureichend behandelbar ist) weiterzuführen oder zu beginnen:

- Th2-gerichtete immunologische Prozesse, die durch Dupilumab reduziert werden, nehmen nach

bisherigem Kenntnisstand keine zentrale Rolle in der Virusabwehr ein.

- Systemische Infekte wurden unter der Behandlung mit Dupilumab in kontrollierten Studien nicht vermehrt beobachtet, Hautinfektionen (inkl. das virusbedingte Eczema herpeticum) konnten bei der Behandlung der atopischen Dermatitis sogar signifikant reduziert werden.
- Virusbedingte Asthma-Exazerbationen treten unter einer TH2-gerichteten Biologikatherapie seltener auf oder verlaufen weniger schwer (2).
- Bei gleichzeitig bestehendem Asthma bronchiale kann das Absetzen von Dupilumab zu einer Verschlechterung der respiratorischen Symptomatik führen, was wiederum mit einer erhöhten Gefährdung für einen ernsteren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung einhergehen könnte (2).

Ciclosporin, Azathioprin, Methotrexat, Mycophenolatmofetil können grundsätzlich mit Abwehrmechanismen gegen Viruserkrankungen interagieren. Es ist derzeit nicht bekannt, ob und in welchem Maße die genannten Substanzen SARS-CoV-2-Infekte bei Patienten mit atopischer Dermatitis in besonderem Maße beeinflussen. Bei nachgewiesenem, klinisch manifestem SARS-CoV-2-Infekt wird bis auf Weiteres eine Unterbrechung der Behandlung der atopischen Dermatitis mit diesen adjuvanten Immunsuppressiva vorgeschlagen.

Systemtherapie der Psoriasis

Das Deutsche Psoriasis Register (PsoBes) teilt mit, dass – nach Sichtung der verfügbaren Literatur und aller Daten, die aus Registern und der Pharmakovigilanz bekannt sind – Patienten folgende Risiken aufweisen:

- Bei bestimmungsgemäßer Anwendung **kein erhöhtes Risiko** für/bei Virusinfektionen unter Therapie von IL-17-, IL-23- und IL-12/23-Blocker, Fumarsäureester, Apremilast und Methotrexat.
- Bei den TNF-Blockern könnte ein **geringfügig erhöhtes Risiko** vorliegen, insbesondere für Infliximab.
- Bei Ciclosporin ist die **Datenlage uneinheitlich**. In vorausgehenden Virusendemien wiesen mit Ciclosporin exponierte Transplantatpatienten keine signifikant erhöhten Risiken für Komplikationen auf, wobei diese vermutlich gesonderten Schutzmaß-

nahmen unterlagen. Besondere Vorsicht ist hier grundsätzlich bei älteren Patienten (> 60) sowie Patienten mit Komorbidität (u. a. Diabetes, COPD) geboten, ebenso bei Patienten mit vorbekannter Infektneigung unter der laufenden Therapie.

- Grundsätzlich wird zur Beibehaltung der vorgenannten Medikamente bei allen Patienten mit Psoriasis geraten, die eine entsprechende Indikation aufweisen.
- Neueinstellungen sind möglich und sollten wie immer nach detaillierter Erklärung, sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung und dokumentiertem Einverständnis erfolgen.
- Bei den TNF-Blockern und Ciclosporin sind individuelle Risikofaktoren für Infektionen besonders zu beachten und die klinischen Verläufe sorgfältig zu verfolgen (cave: fehlende Fieberreaktion unter TNF-Blockade). Im Fall einer akuten Fieber- oder Atemwegssymptomatik sowie bei klinischem Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion gilt für alle Patienten unter Systemtherapeutika, dass die nächste Arzneimittelgabe um einige Tage bis wenige Wochen verschoben werden sollte.
- Generell wird den Patienten die Pneumokokkenimpfung empfohlen.
- In individuellen Fällen wird auch jetzt die Influenza-Impfung (Vierfach-Totimpfstoff) empfohlen. Hier sind die notwendigen Therapiepausen nach Impfung zu beachten.

Berichte über Kawasaki-Syndrom

In seltenen Fällen kommt es bei Kindern nach Infektion mit SARS-CoV-2-Viren zu einer schweren Entzündungsreaktion, die dem Kawasaki-Syndrom ähnelt. Britische Pädiater haben jetzt eine Leitlinie veröffentlicht, die die Diagnose erleichtern soll (2). Das Kawasaki-Syndrom ist eine Vaskulitis im Kleinkindalter, die zu einer irreversiblen Schädigung der Koronargefäße führen kann. Die Erkrankung beginnt mit plötzlich einsetzendem Fieber, das über mindestens 5 Tage andauert. Hinzu kommen:

1. ein Hautausschlag (Erythem und Ödeme von Händen und Füßen), der unter Abschuppung abheilt,
2. ein polymorphes Exanthem,
3. bilaterale, schmerzlose konjunktivale Injektionen ohne Exsudat (trockene Bindehautentzündung),
4. Veränderungen an Lippen und Mundhöhle (Erythem und Risse von Lippen, Erdbeerzunge, diffuse Injektion von oralen und Rachenschleimhäuten),
5. eine zervikale Lymphadenopathie (etwa 1,5 cm Durchmesser, meist einseitig).

Die Diagnose wird gestellt, wenn (neben dem Fieber) 4 der 5 Kennzeichen vorhanden sind. ■

DOI: 10.3238/PersDerma.2020.06.12.07

Dustin Grunert, Rüdiger Meyer

1. <https://derma.de/corona/therapieempfehlungen-register/>

2. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112543/COVID-19-Berichte-ueber-Kawasaki-Syndrom-bei-Kindern>