S3-Leitlinie:
Atopische Dermatitis (AD)
Version 4.3 - Juni 2023

Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnosen

Diagnose

- Im Rahmen der allgemeinen Diagnostik soll eine gründliche Anamnese (inkl. der atopischen Eigen-, Familien- und Berufsanamnese) erhoben werden
- Bei Pat. mit AD soll das gesamte Hautorgan untersucht werden
- Bei Pat. mit AD sollen je nach Schweregrad, Anamnese und Verlauf mögliche psychosomatische, ernährungsbedingte, aeroallergene oder durch Umgebungsfaktoren bedingte Auslöser ermittelt werden
- Eine Probebiopsie zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung insbesondere kutaner Lymphome sollte speziell bei Erwachsenen erwogen werden
  - Bei Kindern kann dies in Einzelfällen bei hypopigmentierten Läsionen sinnvoll sein

Komorbidität

- AD-typische somatische (z. B. Nahrungsmittelallergie, Asthma, Rhinitis allergica) und psychische (z. B. Depression, Suizidalität) Komorbiditäten sollen bei der Betreuung von Pat. mit AD berücksichtigt werden
  - Nahrungsmittelallergien können einen Triggerfaktor der AD darstellen, aber die Pat. haben häufig auch Sofortreaktionen, von Kontakturtikaria bis zur Anaphylaxie
  - Auch allergische Ösophagitis, Enterokolitis und Proktitis können mit der AD vergesellschaftet sein
  - Eine besonders häufige dermatologische Komorbidität der AD ist die Ichthyosis vulgaris (Inzidenz in Deutschland etwa 8 %)
- Erwachsene und Kinder mit AD haben ein erhöhtes Risiko für kutane (kutane Warzen, Dermatophyteninfektion, Herpes-simplex-Virus, Impetigo, Molluscum contagiosum) und nichtkutane Infektionen (Otitis media, Lungenentzündung, Streptokokkeninfektion im Rachen)

Differenzialdiagnosen

- Bei anamnestisch und klinisch nicht eindeutiger AD oder therapierefraktärem Krankheitsverlauf sollen in jedem Lebensalter sowohl häufige als auch seltene Differenzialdiagnosen berücksichtigt werden
- Bei Hand- und Fußekzemen sollen atopische Ekzeme von anderen Ekzemerkrankungen (irritativ-toxische Ekzeme, kontaktallergische Ekzeme), der Psoriasis palmoplantaris, der Tinea manuum et pedum sowie Palmoplantarkeratosen abgegrenzt werden
- Die wichtigsten Differenzialdiagnosen betreffen andere Ekzemkrankheiten (allergisches Kontaktekzem, irritativ-toxisches Kontaktekzem, mikrobielles Ekzem) sowie im Erwachsenalter das Ekzemstadium der Mycosis fungoides
  - Im Säuglingsalter ist das SE nicht immer sicher von der AD zu differenzieren. In dieser Altersgruppe seltenere Differenzialdiagnosen stellen außerdem eine Skabies, eine Psoriasis und bestimmte genetische Erkrankungen sowie Immundefektsyndrome dar, die mit ekzematösen Hautveränderungen einhergehen können, z.B. Netherton Syndrom, Omenn-Syndrom

Objektivierung des Schweregrades

- Bei Anwendung von Systemtherapien sollen die objektive Erkrankungsschwere und die subjektiven Erkrankungssymptome inkl. der Lebensqualität zu Beginn und im Verlauf dokumentiert werden
- Laborparameter (IgE, TARC, ECP, u.a.) sollten im klinischen Alltag **nicht** zur Erhebung des Schweregrades der AD bestimmt werden
- Sogenannte „objektive“ Haut-Scores dienen zur Dokumentation der Ausdehnung und des Schweregrades der AD-Läsionen
  - Validierte Haut-Scores, die häufig empfohlen werden, sind der SCORAD sowie der EASI. Mit dem objektiven SCORAD werden sowohl die Intensität der Hautveränderungen sowie deren Körperoberflächen-bezogenes Ausmaß, beim SCORAD (Index) zusätzlich auch subjektive Parameter einbezogen
  - Zusätzlich sollten insbesondere bei der Dokumentation von Systemtherapien auch patientenseitig-berichtete Aspekte anhand validierter Instrumente erfasst werden (z.B. mittels POEM-Fragebogen)

Anmerkungen:

AD: atopische Dermatitis
EASI: Eczema Area and Severity Index
Pat.: Patientin oder Patient
POEM: Patient-Oriented Eczema Measure
SCORAD: Scoring Atopic Dermatitis Index
SE: seborrhoische Ekzem

Zur vollständigen Guideline →

Mit freundlicher Unterstützung von
Lilly
A MEDICINE COMPANY