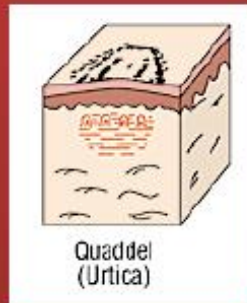


Fakten & Mythen zu Arzneimittelreaktionen der Haut

Barbara Meier-Schiesser, MD PhD

Dermatologische Klinik, Dermatologie für Grundversorger , 01.10.2020, Zürich

Sind nur Soforttyp-Reaktionen gefährlich?

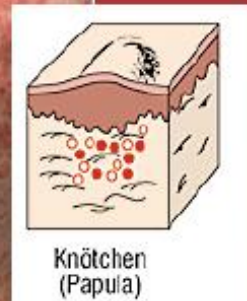


Quaddel
(Urtica)

Soforttyp

<1h

Spättyp



Knötchen
(Papula)

**>6h – mehrere
Wochen/ Monate**

Mythos: nur Soforttyp-Reaktionen gefährlich?



Kutane Arzneimittelreaktionen (Spättyp)

> 98% sind ungefährlich

→ makulo-papulöse Eruptionen,
Urtikaria, leukozytoklastische
Vaskulitis, Fixe
Arzneimittelreaktion



< 2% sind gefährlich

→ Potentiell tödlicher Verlauf
(AGEP, DRESS, SJS & TEN)





**Mythos: nicht jedes
makulopapulöse
Exanthem ist ein
klassisches
Arzneimittlexanthem**

36-jährige Frau

Anamnese:

Halsschmerzen

Therapie mit Augmentin

**Nach 4 Tagen massiv
juckendes
Exanthem**

**Amino-penicillin-induziertes
Exanthem bei Mononucleose**

**Penicillin-Hautteste: neg
IgE Penizillin: < 0.35 kU7l**

EBV-Titer: 1: 1600

Makulopapulöses Arzneimittellexanthem

- Anfang normalerweise **7-14 Tage** nach Einnahme des verursachenden Medikamentes
- **Symmetrische Distribution** (hauptsächlich Rumpf & proximale Extremitäten)
- **Fieber und Juckreiz → Leicht bis Mässig**

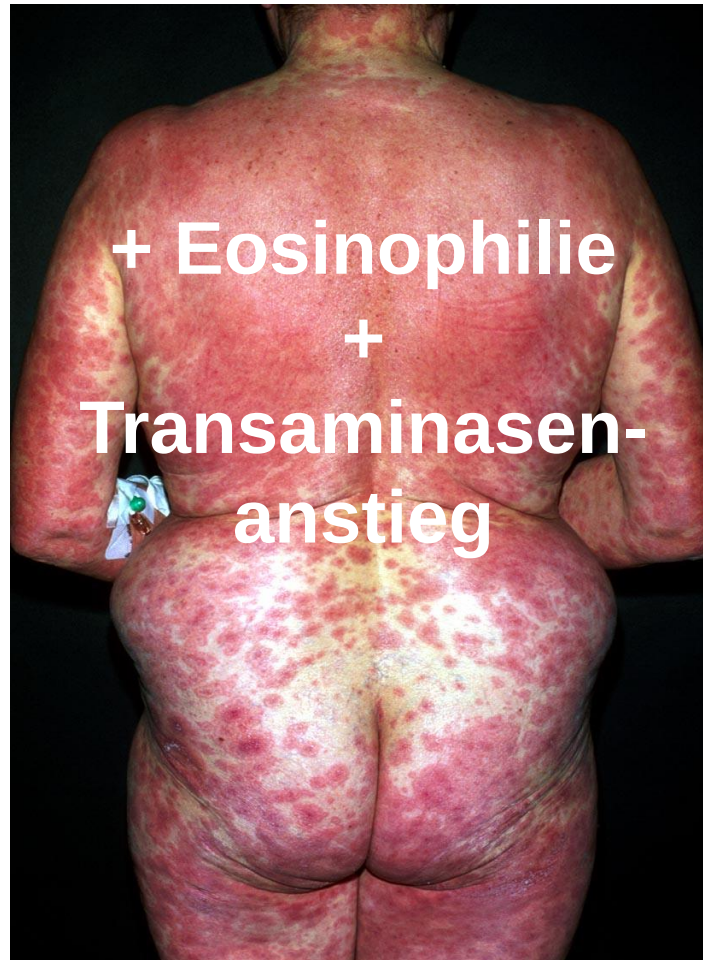


TEN = Toxische Epidermale Nekrolyse



Hoetzenecker W et al. Toxic epidermal necrolysis.
1000Res. 2016 May 20;5. pii: F1000 Faculty Rev-951

DRESS = Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms



Akute Generalisierte Exanthematische Pustulose (AGEP)

**Akutes Auftreten multipler steriler
Pusteln auf erythematösem Grund**

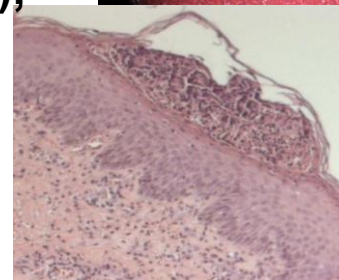
Fieber und Neutrophilie

**Schnelles Auftreten nach
Medikamenteneinnahme: < 48 h**

**Schnelle (tlw spontane) Heilung :
< 15 d (Abschuppung ++)**

**Medikamente: 80% der Fälle: Antibiotika
(β -Laktame, Macrolide, Cephalosporine...),
Antimykotika**

Mortalität: 1-5 %



Diagnostik bei Arzneimittelreaktionen

- **Anamnese**
- **Klinik**
- Hauttests (*in vivo* tests) Sofort u Spättyp
- Bluttests (*in vitro* tests)
- Provokations-Tests

Therapie bei Arzneimittelreaktionen

**Intravenöse oder perorale
Steroide stellen bei allen AMEs
die beste Therapie dar**

Mythos

Therapie bei Arzneimittelreaktionen

Identifizierung und Stop der auslösenden Medikamente!

Reaktionen vom Soforttyp:

- Antihistaminika +/- Steroide i.v. / p.o.**
- in schweren Fällen Epipen**

Therapie bei Arzneimittelreaktionen

Identifizierung und Stop der auslösenden Medikamente!

Reaktionen vom Spättyp:

- leichte AME: topische Steroide (+ Antihistaminika)**
- schwere AME: intensivmedizinische Betreuung, supportive Therapie (Flüssigkeit, Elektrolyte, Wundversorgung), spezifische Therapie**

Management SJS & TEN:

Keine Evidenz-basierte spezifische Therapie

1. **Thalidomid** (1 placebo-controlled study: Standard care + Placebo
30% mortality vs Standard care + Thalidomide 87% mortality)
2. **Hochdosis i.v. Steroide** (1 case-series)
3. **Hochdosis i.v. Immunoglobuline** (> 10 case-series)
4. **Anti-TNF Therapie** (case series + case-reports + randomized
controlled trial)
5. **Ciclosporin** (1 case-series + case-reports)

Wann soll ich den Patienten mit Arzneimittel“allergie“ abklären?

Lebensbedrohliche Reaktion (Schock, Atemnot, Angioödem) oder

Schwere kutane Reaktion (Pusteln, Blasen, Erosionen)

Eindeutige Urtikaria (Soforttyp-Rx?)

Grosse therapeutische Tragweite bei „Verbot“

Starke Verunsicherung des Patienten /Therapeuten

Wann kann ich auf eine Abklärung der Arzneimittel“allergie“ verzichten?

„simples“ AME ohne Begleitreaktion

Eindeutig nicht-allergische NW

(GI-Beschwerden bei NSAID, Diarrhöe bei AB)

**Medikamentöser Auslöser völlig unbekannt
(„Arzneimittelallergie vor Jahren, Auslöser unbekannt“)**



Take Home Message: Red Flags



- **Bei:**

- **Läsionen der Schleimhaut oder der Konjunktiva**
 - **Brennende Augen oder schmerzende Haut**
 - **Gräuliche Läsionen der Haut**
 - **Epidermale Ablösung und Erosionen**
 - **Mit positiver Medikamentanamnese**

➤ **Verdacht auf eine schwere Arzneimittelreaktion**

➤ **Notfall Spitalzuweisung**

➤ **Sofortige Hautbiopsie (Schnellschnitt)**

Welche Aussage trifft zu?

- A. Arzneimittelreaktionen sollten generell mit intravenösen oder peroralen Steroiden behandelt werden**
- B. Spättypreaktionen sind prinzipiell ungefährlich**
- C. Bei Schleimhautbeteiligung, Blasenbildung und Erosionen besteht der Verdacht auf eine schwere Medikamentenreaktion („red flags“)**
- D. auch bei völlig unbekanntem Auslöser sollte eine umfangreiche Abklärung aller Medikamentenklassen erfolgen**
- E. Bei der toxischen epidermalen Nekrolyse reicht meist eine topische Behandlung**