

Reboundwachstum von Hämangiomen nach Propranolol – wer ist betroffen?

Hämangiome sind die häufigsten Tumore bei Kindern. Inzwischen ist Propranolol nach der Erstbeschreibung 2008 für die Therapie proliferierender Hämangiome bei Kindern fest etabliert und zugelassen. In der aktuell erschienenen größten retrospektiven Kohortenstudie wurden Faktoren identifiziert, die einen mit bis zu 25 % auftretenden unerwünschten Rebound nach Therapieende begünstigen.

Im Rahmen einer retrospektiven Multi-centerstudie wurden knapp 1.000 Patienten mit Hämangiomen und nach Propranololtherapie (1,5–2,5 mg/kg KG und Tag) analysiert. Mit einem Durchschnittsalter von 17,1 Monaten kam es bei 25,3 % der Patienten zu einem Re-

bound. Ein erneutes Wachstum war signifikant häufiger zu verzeichnen, wenn die Kinder bei Therapieende < 9 Lebensmonate waren im Vergleich zu Kindern zwischen 12 und 15 Lebensmonaten. Mittels univariater Analyse wurden Mädchen, Befall von Kopf und Nacken, segmentale Muster und tiefer oder gemischter Hautbefall als Faktoren für ein erneutes Wachstum identifiziert. Nur tiefe Hämangiome und weibliches Geschlecht ließen sich multivariat noch mit Signifikanz für einen Rückfall belegen. 83 % aller Reboundfälle benötigten eine Therapiemodifikation, die in 62 % das Propranolol betraf. Insgesamt bedurfte es in 15 % aller Patienten einer Modifikation der systemischen Therapie.

Shah SD et al. Rebound growth of infantile hemangiomas after propranolol therapy. *Pediatrics* 2016;137:e20151754

Kommentar

Selten können Hämangiome durch Atemwegsobstruktion, kongestives Herzversa-

gen und konsumptive Schilddrüsenunterfunktion lebensbedrohlich werden. Weitere typische Komplikationen sind Ulzeration, Blutung, funktionelle und anatomische Probleme. In diesen Fällen ist eine Therapie unumgänglich. Zahlreiche „gewöhnliche“ Hämangiome bilden sich jedoch erfreulicherweise spontan zurück.

In der vorliegenden Arbeit kamen die Autoren zu der Erkenntnis, dass es bevorzugt zum Rebound nach Propranolol kommt, wenn die Therapie früh unterbrochen beziehungsweise beendet wird; zusätzlich wurden signifikante prädiktive Indikatoren für ein erhöhtes Reboundrisiko identifiziert. Die maximale Dosis von oralem Propranolol korrelierte übrigens nicht mit dem Reboundrisiko. Begünstigt wurde ein Rebound jedoch von einem abrupten Therapieende. So bleibt derzeit die Definition einer optimalen Therapiedauer offen – die herausgearbeiteten Faktoren können aber helfen, typische Risikogruppen zu benennen und für diese entsprechend die Therapielänge anzupassen.

Bereits im Kommentar von Professor Anthony J. Mancini in derselben Ausgabe der Zeitschrift *Pediatrics* (2016;137:e20153739) werden offene Fragen formuliert: Existiert eine Dosis-Response-Beziehung zwischen oralem Propranolol und Rebound von infantilen Hämangiomen? Sollten differenzierte Empfehlungen zu Dosis und Länge einer Propranololtherapie je nach Reboundrisiko formuliert werden? Verlängert eine Propranololtherapie möglicherweise das Proliferationspotenzial infantiler Hämangiome?
Dr. Thomas Hoppen



© Prof. H. Cremer

Flächiges Hämangiom im Oberlidbereich vor der Therapie mit Propranolol

Neue Optionen bei der Behandlung der atopischen Dermatitis

Die lokale Behandlung des atopischen Ekzems umfasst üblicherweise neben einer Basiscreme die Anwendung von Kortikoiden, Calcineurininhibitoren oder in schweren Fällen auch oralen Immunsuppressiva. Ein neuer Wirkstoff wurde jetzt in einer Phase-II-Studie erprobt, und zwar der Januskinase-Inhibitor Tofacitinib.

Kanadische Forscher untersuchten in einer randomisierten Doppelblindstudie die Wirkung von topisch angewendetem Tofacitinib bei 69 Erwachsenen [1]. Diese hatten seit über sechs Mo-

naten eine atopische Dermatitis, die etwa 7 % ihrer Körperoberfläche betraf. Sie waren im Schnitt etwas über 30 Jahre alt und hatten einen Schweregrad im mittleren Bereich.

Die betroffenen Areale sollten von den Probanden zweimal täglich mit einer 2%igen Tofacitinib-Salbe beziehungsweise einer wirkstofffreien Salbe behandelt werden. In der Verumgruppe sank der spezifische Ekzemscore um circa 80 % gegenüber dem Placebopräparat, das immerhin 30 % erreichte. Weitgehende Erscheinungsfreiheit konnte bei 73 % der Patienten mit Tofacitinib beziehungsweise 22 % der Patienten unter Placebo erreicht werden. Kopfschmerzen oder Schmerzen an den behandelten Arealen traten sowohl unter der Tofacitinib-Salbe wie auch unter der wirkstofffreien Salbe auf.