für die **Kitteltasche**

Adler

Hautkrankheiten im Blick

3. Auflage

WVDG
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

Adler
Hautkrankheiten im Blick

Yael Adler

Hautkrankheiten im Blick

Ein Fotoatlas

Yael Adler, Berlin

3., überarbeitete und erweiterte Auflage
Mit 366 vierfarbigen Abbildungen

WVDG
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

Zuschriften an
lektorat@dav-medien.de

Anschrift der Autorin

Dr. Yael Adler
Privatpraxis für Dermatologie, Phlebologie, Ernährungsmedizin
Allergologie, Lasermedizin
Richard-Strauss-Straße 37
14193 Berlin
www.dradler-berlin.de

Alle Angaben in diesem Buch wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die Autorin und der Verlag keine Gewähr für deren Richtigkeit übernehmen.

Ein Markenzeichen kann markenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter http://dnb.dnb.de abrufbar.

Jede Verwertung des Werkes außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Übersetzungen, Nachdrucke, Mikroverfilmungen oder vergleichbare Verfahren sowie für die Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen.

3., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
ISBN 978-3-8047-3247-6
ISBN 978-3-8047-3518-7 (E-Book, PDF)

© 2016 Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart
Birkenwaldstr. 44, 70191 Stuttgart
www.wissenschaftliche-verlagsgesellschaft.de

Printed in Germany

Satz: primustype Hurler GmbH, Notzingen
Druck und Bindung: Kösel, Krugzell
Umschlaggestaltung: deblik, Berlin

Vorwort

Angesichts oft langer Wartezeiten in Hautarztpraxen ist die Apotheke in vielen Fällen die erste Anlaufstelle für Patienten. In bewährter Weise präsentiert die vorliegende dritte Auflage eine Anordnung der häufigen Hauterkrankungen sortiert nach Lokalisation. So findet man durch Vergleich der Bilder schnell zu einer ersten Einschätzung. Ich hoffe, dass der Fotoatlas dazu beiträgt, dass Apotheker und Mitarbeiter in Apotheken schnell und effektiv zu differenzieren vermögen, wann sie einem Patienten sofort helfen können und wann sie die Dermatose von einem Arzt näher begutachten lassen müssen.

Nach mehr als 10 000 verkauften Exemplaren hat der Fotoatlas einen festen Platz in der Apotheke. Die vorliegende 3. Auflage wurde komplett aktualisiert und erweitert. Die neuen Entwicklungen, gerade im ambulanten dermatologischen Bereich, sind eingearbeitet, Tipps und Hinweise ergänzt, Überholtes weggelassen. Allgemeine Ratschläge aus dem Bereich der medizinischen Pflegekosmetik und Nahrungsergänzungsmittel sind hinzugekommen. Die Kundenberatung wird damit noch besser unterstützt.

Prof. Dr. Roland Niedner, der Mitbegründer des Werkes war und die ersten beiden Auflagen begleitet hat, hat sich aus der Dermatologie zurückgezogen, um sich anderen Themen zuzuwenden. Ihm gilt aber mein großer Dank für seine Anteile an diesem Buch, sein großes Bildarchiv sowie seine menschliche Art und langjährige Freundschaft.

Berlin, Herbst 2015 Yael Adler

Inhaltsverzeichnis

1 Kopf ... 1
1.1 Pityriasis simplex capillitii (Kopfschuppen) ... 1
1.2 Kopfläuse, Nissen ... 2
1.3 Psoriasis capillitii (Schuppenflechte) ... 4
1.4 Tinea amiantacea (panzerartige Schuppung) ... 6
1.5 Basaliom ... 7
1.6 Naevus sebaceus ... 8
1.7 Aktinische Keratosen ... 9
1.8 Altershaut mit Plattenepithelkarzinom (Spinaliom) ... 11
1.9 Angiom ... 12
1.10 Pigmentiertes Basaliom ... 13
1.11 Atherom (syn. Grützbeutel) ... 14
1.12 Alopecia areata ... 16
1.13 Trichotillomanie ... 18
1.14 Tinea capitis profunda ... 20
1.15 Poliose (Vitiligo capillitii) ... 21

2 Augen ... 22
2.1 Gerstenkorn (Hordeolum) ... 22
2.2 Herpes simplex ... 23
2.3 Basaliom ... 24
2.4 Atherom (Grützbeutel) ... 25
2.5 Xanthelasma palpebrarum ... 26

3 Nase ... 28
3.1 Rhinophym (Knollennase) ... 28
3.2 Basaliom ... 30
3.3 Perniones (Frostbeulen) und Rosazea ... 32
3.4 Rosazea Nase ... 33

4 Ohren ... 35
4.1 Borreliose Stadium II, Lymphadenosis cutis benigna Bäfverstedt ... 35
4.2 Psoriasis (Schuppenflechte) ... 36
4.3 Ekzem ... 38
4.4 Chondrodermatitis nodularis helicis ... 39
4.5 Zylindrom ... 40
4.6 Akanthoma fissuratum ... 42
4.7 Ohrläppchenrhagade ... 43
4.8 Nickel-Kontaktekzem ... 44

5 Lippen ... 46
5.1 Cheilitis actinica ... 46
5.2 Plattenepithelkarzinom (Spinaliom), Cheilitis actinica ... 47
5.3 Plattenepithelkarzinom (Spinaliom) ... 48
5.4 Angiom ... 49
5.5 Quincke-Ödem (syn. Angioödem) mit Mittelrhagade ... 50
5.6 Perleche, Cheilitis angularis und Lippenrhagade ... 51
5.7 Lippenekzem ... 52

6 Mund ... 54
6.1 Aphthen ... 54
6.2 Speichelzyste ... 55
6.3 Pemphigus vulgaris ... 56
6.4 Pemphigus vegetans ... 57
6.5 Lichen ruber mucosae ... 58
6.6 Leukoplakie ... 60
6.7 Soor ... 61
6.8 Schwarze Haarzunge (Lingua villosa nigra) ... 62
6.9 Lingua geographica ... 63
6.10 Lingua plicata ... 64
6.11 Lackzunge (Möller-Hunter-Glossitis) ... 66
6.12 Zungenbelag mit geschwollenen Papillen ... 67
6.13 Zahnimpressionen ... 68

7 Gesicht ... 69

7.1 Scharlach ... 69
7.2 Masern ... 71
7.3 Röteln ... 73
7.4 Windpocken, Varizellen ... 75
7.5 Herpes zoster (Gürtelrose) ... 77
7.6 Herpes labialis (syn. Herpes simplex) ... 79
7.7 Ekzema herpeticatum bei atopischem Ekzem (Neurodermitis) ... 81
7.8 Verrucae planae (juvenile Flachwarzen) ... 82
7.9 Lupus vulgaris (Tuberkulose) ... 83
7.10 Pseudofollikulitis barbae ... 85
7.11 Impetigo contagiosa (Grindflechte) ... 86
7.12 Tinea faciei ... 87
7.13 Tinea barbae (tiefe Trichophytie) ... 88
7.14 Candidose ... 89
7.15 Seborrhoisches Ekzem ... 91
7.16 Milchschorf ... 93
7.17 Atopisches Ekzem (Neurodermitis) ... 94
7.18 Atopisches Ekzem mit chronischen Veränderungen (syn. Neurodermitis) ... 96
7.19 Atopisches Ekzem des Kleinkinds (Neurodermitis) ... 98
7.20 Fazies atopica ... 99
7.21 Acne conglobata ... 102
7.22 Acne papulopustulosa ... 105
7.23 Aknezyste ... 106
7.24 Acne comedonica ... 109
7.25 Chlorakne ... 111
7.26 Rosazea, Schweregrad I ... 112
7.27 Rosazea, Schweregrad II ... 114
7.28 Periorale und periorbiculare Dermatitis, rosazeaartige Dermatitis ... 117

7.29 Urtikaria ... 119
7.30 Erythema exsudativum multiforme (EEM) majus ... 120
7.31 Kontaktdermatitis ... 122
7.32 Quincke-Ödem (syn. Angioödem) ... 123
7.33 Dermatitis solaris (Sonnenbrand) ... 125
7.34 Conjunctivitis allergica ... 126
7.35 Erysipel ... 128
7.36 Chloasma (Melasma) ... 130
7.37 Naevus flammeus (Feuermal) ... 131
7.38 Alopecia areata ... 132
7.39 Keloid (Wulstnarbe) nach Verbrennung ... 134
7.40 Borreliose Stadium I, Erythema chronicum migrans Afzelius (ECM) ... 135
7.41 Lentigo maligna mit nodulärem Melanom ... 136
7.42 Lentigo-maligna-Melanom (LMM) ... 137
7.43 Spitz-Naevus (juveniles Melanom) ... 138
7.44 Seniles Angiom ... 139
7.45 Basaliom ... 140
7.46 Plattenepithelkarzinom (Spinaliom) ... 141
7.47 Lentigo senilis (syn. Altersfleck) ... 142
7.48 Malignes Melanom ... 143
7.49 Systemischer Lupus erythematodes (SLE) ... 144
7.50 Subakuter kutaner Lupus erythematodes (SCLE) I ... 146
7.51 Subakuter kutaner Lupus erythematodes (SCLE) II ... 147
7.52 Dermatomyositis ... 149
7.53 Pemphigus vulgaris ... 150
7.54 Naevuszellnaevus, kongenitaler ... 151
7.55 Knutschfleck, Petechien ... 152

8 Hals, Nacken ... 154
8.1 Chronisches Nackenekzem bei atopischer Dermatitis ... 154
8.2 Erythrosis interfollicularis colli ... 155

8.3 Karbunkel ... 156
8.4 Verruköser Naevus ... 157
8.5 Keloide ... 158
8.6 Urtikaria ... 159

9 Hände ... 161
9.1 Chronisches Handekzem ... 161
9.2 Psoriasis vulgaris ... 163
9.3 Atopische Hände ... 166
9.4 Atopisches Handekzem ... 167
9.5 Ekzema herpeticatum ... 168
9.6 Toxisches Kontaktekzem (syn. toxische bullöse Dermatitis) ... 169
9.7 Pulpitis sicca (Kontaktekzem der Fingerspitzen) ... 171
9.8 Dyshidrosiformes Handekzem ... 172
9.9 Pyodermie ... 173
9.10 Erosio interdigitalis candidamycetica ... 174
9.11 Tinea manum (Pilzerkrankung der Hände) ... 175
9.12 Verrucae vulgares (gewöhnliche Viruswarzen) ... 177
9.13 Syphilis im Stadium II ... 178
9.14 Schwimmbadgranulom ... 179
9.15 Granuloma teleangiectaticum (Granuloma pyogenicum) ... 181
9.16 Keratoakanthom ... 182
9.17 Morbus Bowen ... 183
9.18 Perniones (Frostbeulen) ... 184
9.19 Bullöses Pemphigoid ... 185
9.20 Vitiligo ... 187
9.21 Urticaria profunda (syn. Quincke-Ödem) ... 188

10 Arme ... 190
10.1 Atopisches Ekzem ... 190
10.2 Allergisches Kontaktekzem auf Nickel ... 191
10.3 Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte) ... 192
10.4 Kratzartefakte ... 195

10.5 Phototoxisches Kontaktekzem: Wiesengräserdermatitis 196
10.6 Artefakt 197
10.7 Cortisonschaden 198
10.8 Pemphigus vulgaris 199
10.9 Toxisch-epidermale Nekrolyse (TEN) 201
10.10 Erythema exsudativum multiforme 202
10.11 Prurigo simplex chronica 203
10.12 Hämangiom 205
10.13 Fibroma pendulans 206
10.14 Keratoakanthom 207
10.15 Erysipel (Wundrose) 208
10.16 Lipom 209

11 Achseln 211
11.1 Pyodermia fistulans sinifica 211
11.2 Pemphigus vegetans 212
11.3 Toxisches Kontaktekzem 213
11.4 Pseudoacanthosis nigricans 214

12 Beine 216
12.1 Atopisches Ekzem (Neurodermitis) 216
12.2 Eczema craquelé 218
12.3 Erysipel (Wundrose) 219
12.4 Karbunkel 221
12.5 Lichen ruber planus 222
12.6 Toxisches Kontaktekzem, syn. toxische Kontaktdermatitis 224
12.7 Insektenstich (Iktus) 225
12.8 Varikosis (Krampfadern) 226
12.9 Ulcus cruris 228
12.10 Zoster segmentalis 231
12.11 Postinflammatorische Hyperpigmentierung 232
12.12 Histiozytom 233
12.13 Exanthem 234

13 Füße ... 236
13.1 Kontaktekzem ... 236
13.2 Phototoxische Dermatitis ... 238
13.3 Tinea pedum ... 239
13.4 Zehenzwischenraummykose ... 242
13.5 Scabies norvegica (Sonderform der Krätze) ... 243
13.6 Syphilis Stadium II ... 245
13.7 Perniones (Frostbeulen) ... 247
13.8 Fersenhämatom ... 248
13.9 Corona phlebectatica ... 249
13.10 Verruca plantaris (Dornwarze) und Verrucae vulgares ... 250

14 Nägel ... 253
14.1 Onychodystrophie ... 253
14.2 Nagelveränderungen bei Psoriasis vulgaris ... 254
14.3 Onycholyse (Ablösung der Nagelplatte) ... 256
14.4 Onychogrypose (Krallennagel) ... 257
14.5 Glanznägel ... 258
14.6 Subunguales Hämatom ... 258
14.7 Half and half nails, Terry-Nägel ... 260
14.8 Onychoschisis ... 261
14.9 Unguis incarnatus, Paronychie ... 262
14.10 Leukonychia linearis ... 263
14.11 Onychomykose, Tinea unguium ... 264

15 Stamm ... 267
15.1 Impetigo contagiosa ... 267
15.2 Syphilis Stadium II ... 268
15.3 Furunkel ... 270
15.4 Pityriasis versicolor ... 271
15.5 Molluscum contagiosum (Dellwarze) ... 273
15.6 Röteln ... 274
15.7 Herpes simplex ... 276

15.8 Zoster thoracicus (Gürtelrose) ... 277
15.9 Scabies (Krätze) ... 279
15.10 Flohstiche ... 281
15.11 Larva migrans ... 282
15.12 Atopisches Ekzem ... 283
15.13 Prurigo simplex chronica ... 285
15.14 Psoriasis vulgaris I ... 286
15.15 Psoriasis vulgaris II ... 289
15.16 Allergisches Kontaktekzem durch Nickel ... 292
15.17 Arzneimittelexanthem ... 293
15.18 Urtikarielles Arzneimittelexanthem ... 294
15.19 Erythema exsudativum multiforme ... 296
15.20 Erythema e calore ... 298
15.21 Urticaria factitia (physikalische Urtikaria) ... 299
15.22 Morbus Bowen ... 300
15.23 Rumpfhautbasaliom, seniles Angiom, seborrhoische Warze ... 302
15.24 Superfiziell spreitendes malignes Melanom (SSM) ... 303
15.25 Syndrom der dysplastischen Naevuszellnaevi (BK-mole-Syndrom) ... 306
15.26 Naevus spilus ... 307
15.27 Sutton-Naevus (Halo-Naevus) ... 308
15.28 Noduläres malignes Melanom (NMM) ... 309
15.29 Naevus coeruleus (blauer Naevus) ... 311
15.30 Verruca seborrhoica ... 312
15.31 Riesenkomedo (Riesenmitesser) ... 313
15.32 Lentigo-maligna-Melanom (LMM) ... 314
15.33 Papillomatöser kongenitaler Naevus ... 316
15.34 Keratoakanthom ... 317
15.35 Vitiligo ... 318
15.36 Narbenkeloid, hypertrophe Narbe ... 320
15.37 Bullöses Pemphigoid ... 322
15.38 Pemphigus foliaceus ... 324

15.39 Dermatitis herpetiformis Duhring ... 326
15.40 Follikulitiden ... 328
15.41 Pityriasis rosea, Röschenflechte ... 329
15.42 Striae distensae ... 331

16 Weibliche Brust ... 332
16.1 Brustwarzenekzem ... 332
16.2 Intertrigo candidomycetica ... 333
16.3 Morbus Paget ... 334
16.4 Pseudoacanthosis nigricans ... 335

17 Genitoanalregion ... 336
17.1 Windeldermatitis ... 336
17.2 Seborrhoisches Ekzem ... 337
17.3 Intertrigo ... 338
17.4 Tinea inguinalis ... 339
17.5 Erythrasma ... 341
17.6 Candida-Balanitis ... 342
17.7 Candida-Vulvovaginitis ... 344
17.8 Molluscum contagiosum (Dellwarze) ... 346
17.9 Lichen sclerosus et atrophicus ... 347
17.10 Sebocystomatosis scroti ... 350
17.11 Condylomata acuminata (Feigwarzen) ... 351
17.12 Primäraffekt bei Syphilis Stadium I ... 354
17.13 Condylomata lata ... 356
17.14 Papillae coronae glandis ... 358
17.15 Erysipel ... 359
17.16 Erythroplasie Queyrat ... 360
17.17 Pyodermia fistulans sinifica ... 362
17.18 Herpes genitalis ... 363

ANHANG

18 Effloreszenzen und Nomenklatur 367
18.1 Nomenklatur der Dermatologie 367
18.2 Primäreffloreszenzen 369
18.3 Sekundäreffloreszenzen 371
18.4 Weitere Veränderungen der Haut 374

19 Grundprinzipen der dermatologischen Therapie 375
19.1 Feste Grundlagen 375
19.2 Flüssige Grundlagen 378
19.3 Wasserfreie Grundlagen 380
19.4 Kombinierte Grundlagen 382
19.5 Allgemeine Therapieregeln 386

20 Glossar 397

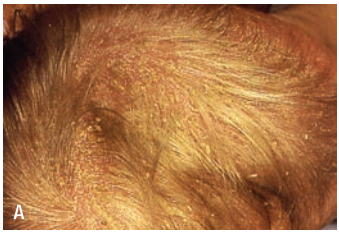
21 Literatur 402

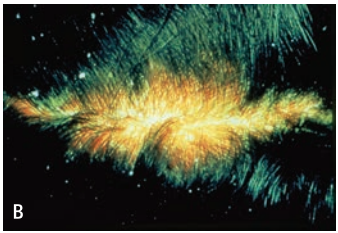
Sachregister 405

Die Autorin 421

1 Kopf

1.1 Pityriasis simplex capillitii (Kopfschuppen)





Lokalisation Behaarte Kopfhaut

Erscheinungsbild Kleinere **A** und größere **B** einfache Kopfhautschuppung, die bei zu trockener **A** oder zu fettiger **B** Kopfhaut auftritt; keine Rötung, kein Juckreiz.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Seborrhoisches Ekzem (▸Kap. 7.15): neben fettigen, großen gelblichen Schuppen auch Juckreiz, entzündliche Rötung mit Ekzembildung meist auch im Gesicht, Gehörgang und an der Brustmitte.
- Atopisches Ekzem (▸Kap. 15.12): Auch andere Haut-Stellen sind meist ebenfalls mit Ekzem befallen; starker Juckreiz.
- Kontaktallergie gegen Shampoo oder Haarfärbemittel; Juckreiz, Streureaktionen.
- Pediculosis capitis (▸Kap. 1.2): Läuse, Nissen (Eihüllen), die besonders am Haarschaft hinter den Ohren vorkommen; Juckreiz; oft sekundäres Läuseekzem am Hals und im Nacken.
- Psoriasis capitis: weiß-silberne Kopfhautschuppung auf verdicktem geröteten Hautgrund, meist eher am Hinterkopf oder oberhalb der Ohren; eher geringer Juckreiz. Meist Psoriasis in der Familiengeschichte und andere typische Hautstellen oder die Nägel sind betroffen.
- Weitere Dermatosen: kutanes T-Zell-Lymphom, Ichthyosen (genetisch bedingte „Fischschuppen"-artige Hauterkrankung).

Kommentar Kosmetisch stark störende Erscheinung. Ursächlich ist der Befall mit dem Hefepilz *Malassezia*, syn. *Pityrosporum ovale* oder allergischen oder irritativen Hautzuständen.

Therapie

- Trockene Schuppen: milde Shampoos, auch mit Harnstoff (Urea), milde Corticoidlösungen ohne Alkohol, seltenere Haarwäsche.
- Fettige Schuppen: Shampoo mit Ketoconazol, Ciclopiroxolamin, Selendisulfid.

Praxistipp Um trockene und fettige Schuppen besser zu unterscheiden, fragen Sie den Patienten, wie oft die Haare gewaschen werden müssen. Bei fettigen Schuppen wird der Patient das Haar alle 1–2 Tage waschen müssen, da es schnell nachfettet. Bei trockenen Schuppen reicht eine Haarwäsche alle 5–6 Tage. Wenn man die Schuppen zwischen den Fingern zerreibt und ein Ölfilm zurückbleibt, handelt es sich um fettige Schuppen.

1.2 Kopfläuse, Nissen

Lokalisation Behaarte Kopfhaut

Erscheinungsbild Zunächst keine Hautveränderungen der Kopfhaut, dies geschieht erst, wenn die Läuse anfangen, Blut zu saugen und es durch die Läuse selbst und infolge des Kratzens zu einer Sekundärinfektion der Kopfhaut kommt. Starker Juckreiz. In späteren Stadien Entwicklung von viel Sekret, was zu Verklebungen und Verfilzungen der Haare führt. Die Läuse legen regelmäßig Eier ab, die in Form der Nissen (Eihüllen) zu

sehen sind und am Schaft der Haare sitzen. Da die Eiablage unmittelbar oberhalb der Kopfhaut erfolgt, kann man an der Länge des nissenfreien Haars (Abstand zwischen Hautoberfläche und Nissen) ersehen, wie alt der Läusebefall ist. Im Gegensatz zu Kopfschuppen lassen sich Nissen nicht einfach abstreifen. Die Läuse findet man am ehesten in Nacken-, Ohr- und Schläfengegend. Im Bild sind zahlreiche Nissen zu sehen. Vom Eierlegen bis zum Schlüpfen vergehen 7–10 Tage.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Kopfhautekzeme anderer Ursache.
- Tinea capitis (▸Kap. 1.14).

Kommentar Die Diagnose ist leicht durch den Nachweis der zahlreichen Läuse und Nissen (Lupe zu Hilfe nehmen) zu erzielen. Schule oder Kindergarten müssen informiert werden, um eine Epidemie einzudämmen. Die Übertragung erfolgt hauptsächlich beim „Köpfe zusammenstecken" von Kind zu Kind, aber auch Kuscheltiere, Bettwäsche und Handtücher beherbergen lebende Läuse.

Therapie

- Toxischer Wirkmechanismus: Lokaltherapie: Permethrin, Pyrethrum-Extrakt und Allethrin für 10–45 Minuten je nach Produkt. Diese Substanzen sind Nervengifte.
- Physikalischer Wirkmechanismus: Lokaltherapie: Verschiedene Öle (z. B. Silikonöl Dimeticon, Sojaöl, Kokosöl) wirken ebenfalls sehr gut, indem sie die Atemwege der Läuse verlegen. Je nach Konsistenz benötigen diese nur zehn Minuten bis eine oder acht Stunden, um alle Läuse abzutöten. Vorteil ist, dass die Öle ungiftig sind. Bei langem Haar helfen die Öle gut beim Durchkämmen.
- Alle Nissen müssen mit einem Nissenkamm entfernt werden, oft müssen einzelne Haarsträhnen manuell abgezogen werden. Wer ganz sicher gehen will, behandelt auf jeden Fall nochmals nach 8–10 Tagen, da nach 8 Tagen erneut Läuse aus evtl. verbliebenen Nissen schlüpfen können. Permethrin tötet auch die Nissen ab. Alle anderen Behandlungsversuche wie Essigwasser u. Ä. sind wirkungslos.

Praxistipp Um Läuse vollständig zu eliminieren sollte das Folgende beachtet werden.

- Kleidung, Wäsche, Bettzeug, Handtücher, Kämme und Bürsten müssen bei 60 °C gewaschen oder desinfiziert werden. Dies gilt auch für Kindergarten und Schule (Polster, Kissen etc.).
- Nichtwaschbare Gegenstände, feine Textilien, Plüschtiere etc. legt man 3 Tage in einen luftdichten Plastiksack oder 24 Stunden ins Tiefkühlfach.
- Eine Sicherheitsbehandlung der Familienmitglieder ist sinnvoll – es kann durchaus auch prophylaktisch mit einem Ölpräparat (s. o.) behandelt werden. Die Ölpräparate sind auch in Schwangerschaft und Stillzeit schadlos anwendbar.
- Weidenrindenshampoo, das einen unangenehmen Duft verbreitet, ist kein sicheres prophylaktisches Mittel gegen Läuse.

1.3 Psoriasis capillitii (Schuppenflechte)

A

B

Lokalisation Kopfhaut

Erscheinungsbild Erythemato-squamöse Plaques, die typischerweise parallel zur Haargrenze verlaufen. Bei der Manifestation hinter den Ohren **A** handelt es sich um eine Prädilektionsstelle der Psoriasis vulgaris. Bei **B** ist die gesamte Kopfhaut mit einer silbernen, festhaftenden Schuppung belegt. Auch Ohr, Nacken und Gesicht sind betroffen. Im Vergleich zu **A** ist keine entzündliche Rötung am Kopf sichtbar, es handelt sich daher bereits um chronisch stationäre Plaques mit weniger entzündlicher Aktivität. Nur selten Juckreiz.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Tinea capitis (▸Kap. 1.14).
- Seborrhoisches Ekzem der Kopfhaut (▸Kap. 7.15 und ▸Kap. 7.16).
- Atopisches Kopfhautekzem.
- Chronisches Kontaktekzem (Unverträglichkeit von Kopf-/Haarpflegemitteln).

Kommentar Bei Psoriasis vulgaris in 40 % Mitbefall der Kopfhaut in Form einzelner oder großflächiger Plaques. Auch andere typische Psoriasis-Stigmata können vorliegen: Nagelveränderungen, Gelenkbeschwerden, genetisch ebenfalls befallene Familienmitglieder.

Therapie

- Die Kopfhaut wird mit Salicylölkappen zur Schuppenlösung, niedrig- oder hochpotenten Glucocorticoidlösungen, Dithranol und Vitamin-D_3-Analoga zur Entzündungsreduktion behandelt. Letztere sind auch in Kombination mit Glucocorticoiden erhältlich.
- Teer- und Schieferöl-Shampoos, 5–10 % Salicylsäurelösungen (Shampoo, Gel), Dicaprylyl-Carbonat mit Dimeticon, Selendisulfid, Pyrithion-Zink- bzw. antimykotische Shampoos mit Ketoconazol oder Ciclopiroxolamin zur Keimreduktion unterstützen die Behandlung.
- Auch ein UVA-Kamm kann verwendet werden.

Praxistipp Um die Psoriasis von anderen Krankheiten abzugrenzen, fragen Sie nach folgenden Kriterien:

- Sehr starker Juckreiz spricht gegen Psoriasis.
- Gab es in der Familie Schuppenflechte?
- Sind andere für Psoriasis typische Hautveränderungen vorhanden? Z. B. schuppige Plaques an Knien, Ellenbogen, Rücken oder Nagelveränderungen? (▸Kap. 7.18, ▸Kap. 10.1, ▸Kap. 12.1).

1.4 Tinea amiantacea (panzerartige Schuppung)

Lokalisation Behaarte Kopfhaut

Erscheinungsbild Massive festhaftende, silbrig-weiße Kopfhautschuppung unterschiedlicher Ätiologie.

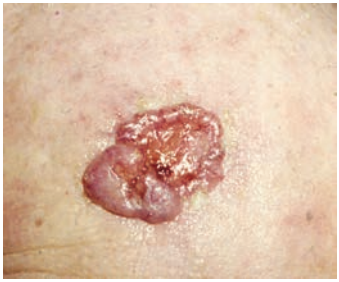
Ähnliche Krankheitsbilder

- Psoriasis capillitii (▸Kap. 1.3).
- Chronisches Kontaktekzem (Unverträglichkeit von Kopf-/Haarpflegeprodukten).
- Tinea capitis (▸Kap. 1.14).
- Verwahrlosung mit Ekzem, Schuppen und Schmutzauflagerung.

Kommentar Es handelt sich um einen historischen Begriff, der das Symptom der massiven asbestartigen Kopfhautschuppung beschreibt. Mögliche Ursachen sind oben aufgezählt. Es muss sich also nicht um eine Tinea (Pilz) handeln, auch wenn der Begriff dies suggeriert. Mykologie, allergologische Diagnostik, Psoriasisanamnese und ggf. eine Kopfhautbiopsie helfen bei der Diagnosefindung.

Therapie
- Abhängig von der Ursache.

1.5 Basaliom



Lokalisation Kopfhaut
Erscheinungsbild Hautfarbener, rötlicher Tumor mit knotigem Anteil, aufgeworfenem perlschnurartigem Randwall mit Teleangiektasien (sehr kleinen, aber gut einzeln sichtbaren Blutgefäßerweiterungen) und eingesunkenem ulzeriertem Zentrum.

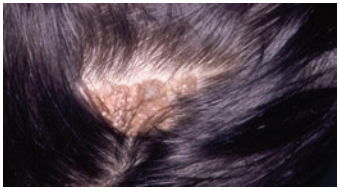
Ähnliche Krankheitsbilder
- Amelanotisches malignes Melanom (▸ Kap. 15.28).
- Hautmetastase eines anderen Tumors.
- Plattenepithelkarzinom.

Kommentar Lokalisation auf chronisch UV-Licht-exponierter Haut, hier im Bereich der Stirnglatze (einer sog. „Sonnenterrasse"). Es handelt sich um eine semimaligne Geschwulst, das nicht metastasiert, vor Ort jedoch über Monate und Jahre zu einer ausgeprägten Zerstörung des Gewebes führen kann.

Therapie
- Chirurgisch: Exzision im Gesunden mit Schnittrandkontrolle.

- Lokal: Röntgenbestrahlung; bei flacheren Tumoren: Chemotherapie mit 5-Fluorouracil oder Immunmodulator Imiquimod sowie photodynamische Therapie durch Auftragen von 5-Aminolävulinsäure (5-ALA) auf befallene Areale und Belichtung mit Strahlen der Wellenlänge 570–670 nm. Es kommt nur im Bereich der Tumorzellen zu einer Anhäufung von 5-ALA, die in Protoporphyrin IX umgewandelt wird und die Zellen lichtempfindlich macht. Durch die Belichtung kommt es zu einer Entzündungsreaktion und zum Absterben allein der dysplastischen (schon veränderten) und der Tumorzellen, nicht aber der gesunden Hautzellen. Bei flachen Tumoren ist das Verfahren effektiv und narbenfrei.
  Ingenolmebutat-Creme (ein Inhaltsstoff der Gartenwolfsmilch) zur Kurzzeittherapie, wirkt immunmodulatorisch und zytotoxisch.
- Innerliche Therapie bei fortgeschrittenen Basaliomen: Vismodegib (1 × tägl. 150 mg) hemmt die überaktive Signalgebung im Hedgehog-Signalweg.

1.6 Naevus sebaceus



Lokalisation Kopfhaut
Erscheinungsbild Haarloser, weicher, hautfarbener oder gelblichrötlicher Plaque mit papillomatös-verruköser Oberfläche.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Seborrhoische Keratose (▸ Kap. 15.30).

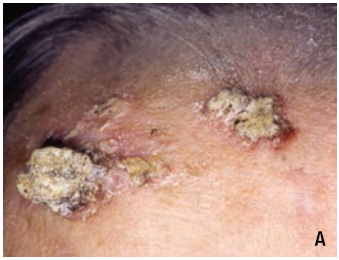
Kommentar Meist seit Geburt bestehende Hautveränderung mit Anteilen von Epidermis, dermalem Bindegewebe, Talgdrüsen und apokrinen

Drüsen. Im Kindesalter ist der Naevus in der Regel noch flach, bildet dann aber, unter dem Einfluss der Sexualhormone in der Pubertät, die enthaltenen Adnexanlagen aus und nimmt die oben beschriebene Gestalt an. Es besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Basaliomen oder anderer Adnextumore schon in der 3. bis 4. Dekade, weshalb die Exzision empfohlen wird.

Therapie

- Exzision schon im Jugendalter.

1.7 Aktinische Keratosen



Lokalisation Kopfhaut

Erscheinungsbild Aktinischer (durch UV-Strahlen verursachter) Hautschaden mit aktinischen Keratosen und Spinaliomen.

- Objektiv: Im Bereich der Sonnenterrasse Stirn finden sich teilweise massive Hyperkeratosen, an zwei Stellen auf Bild **A** sind sie tumorös umgewandelt, auf geröteten, teilweise atrophisch eingesunkenen schuppenden Plaques (▸Kap. 1.8); meist sind die Veränderungen nur recht diskrete, raue, rötliche Stellen, die nicht abheilen.
- Subjektiv: schmerzlos, leicht blutend.

Ähnliche Krankheitsbilder

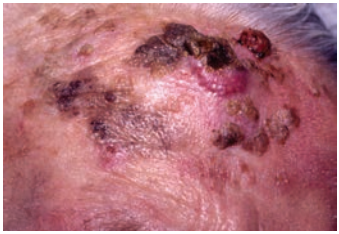
- Ekzem; Psoriasis capillitii (▸Kap. 1.3 und ▸Kap. 1.4).

Kommentar Der klinisch und histologisch fließende Übergang der aktinischen Keratose (einer Präkanzerose) in ein Spinaliom (Stachelzellkrebs, Plattenepithelkarzinom) wird hier deutlich. Am Beispiel des Cornu cutaneum (Hauthorn) der Ohrmuschel (vgl. Abbildung) wird der Übergang von der aktinischen Keratose als unmittelbare Vorstufe des Hautkrebses zum Spinaliom besonders deutlich, denn an der Basis des fast knochenharten Hornkegels besteht bereits ein beginnendes Hautkarzinom.

Therapie

- Narbenfreie photodynamische Therapie (PDT), 5-Fluorouracil, Imiquimod, Diclofenac, Ingenolmebutat topisch (▸Kap. 1.5).
- Chirurgische Abtragung auch mit Laser, allerdings sind Narben möglich.
- Kryotherapie.

1.8 Altershaut mit Plattenepithelkarzinom (Spinaliom)



Lokalisation Kopfhaut

Erscheinungsbild Im Bereich der „Sonnenterrasse" Stirn findet sich eine faltige, elastotische Haut mit eingelagertem braunen Pigment, Lentigo simplex (Altersfleck), und aufgeworfenen Hyperkeratosen (starken Verhornungen), ebenfalls bräunlich pigmentiert. Zentral gelegen sind zwei rötliche Tumore, Spinaliome, die ulzeriert und mit Blutkrusten belegt sind. Schmerzlos.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Malignes Melanom (▸Kap. 7.42).
- Basaliom (▸Kap. 1.5).

Kommentar Es handelt sich um typische Veränderungen durch chronische UV-Exposition mit beginnender Entartung der Keratinozyten und pathologischer Zellproliferation, die sich im Bereich des erythematösen Knotens bereits zu einem Spinaliom (Karzinom der Haut) entwickelt hat. Metastasen treten in ca. 3 %, bei Tumoren der Lippenschleimhaut in ca. 5 % der Fälle auf.

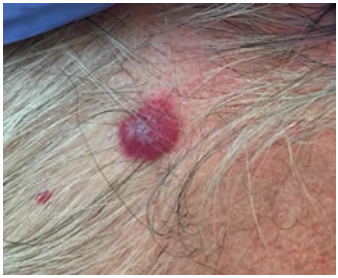
Therapie

- Exzision im Gesunden.

Praxistipp Leider wird nicht immer eine Durchuntersuchung nach Metastasen durchgeführt. Es empfiehlt sich dennoch grundsätzlich eine Ultraschalluntersuchung der Kopf- und Halslymphknoten und eine

Röntgenuntersuchung der Lunge durchzuführen, um Metastasen auszuschließen. Je entarteter die Tumorzellen sind, desto höher ist das Metastasenrisiko.

1.9 Angiom



Lokalisation Kopfhaut
Erscheinungsbild Blauschwarzer Blutgefäßtumor, gut abgegrenzt mit weichem Tastbefund, subjektiv asymptomatisch.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Blauer Naevus (▸Kap. 15.29): tiefliegendes Pigment von Naevuszellen erscheint ebenfalls blau.
- Noduläres malignes Melanom (▸Kap. 15.28).
- Pigmentiertes Basaliom (▸Kap. 1.10).
- Pigmentierte seborrhoische Keratose (▸Kap. 15.30).
- Bösartige Gefäßtumore.

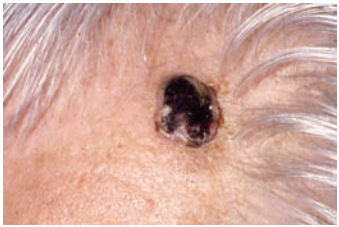
Kommentar Es handelt sich um eine gutartige Gefäßneubildung mit Proliferation von Blutgefäßen. Sie kann angeboren oder erworben, arterieller, kapillärer oder venöser Natur sein. Je nach Typ, Lage in der Haut (dermal, subkutan) oder bis zur Muskulatur und je nach Grad der Thrombosierung können Angiome (gutartige Gefäßtumoren) rot, blau oder livide erscheinen und mehr oder weniger wegdrückbar sein. Vor einer Therapie sollte bei sehr großen Gefäßgeschwulsten die Ausbreitung

ermittelt werden, da die an der Haut sichtbaren Veränderungen mit tiefer gelegenen Gefäßmissbildungen kommunizieren können. Bei gehäuftem Auftreten sollte an vererbbare Syndrome mit Beteiligung der inneren Organe gedacht werden.

Therapie

- Gefäß-Laser nur bei eindeutiger Benignität, Exzision.

1.10 Pigmentiertes Basaliom



Lokalisation Kopfhaut

Erscheinungsbild Tumor mit braun-schwarzen Pigmenteinlagerungen und im Randbereich sichtbaren Teleangiektasien. Blutung möglich. Schmerzlos.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Malignes Melanom (▸Kap. 15.24).
- Pigmentierte seborrhoische Keratose (▸Kap. 15.30).

Kommentar Im Bereich UV-Licht geschädigter Haut auf den sogenannten Sonnenterrassen (Nasenrücken, Glatze, Ohrhelix, Jochbeine), hier im Bereich der Geheimratsecken (▸Kap. 1.5).

Therapie

- Exzision singulärer Tumorknoten im Gesunden.
- Lokal: Röntgenbestrahlung; bei flacheren Tumoren: Chemotherapie mit 5-Fluorouracil oder Immunmodulator Imiquimod sowie photo-

dynamische Therapie durch Auftragen von 5-Aminolävulinsäure (5-ALA) auf befallene Areale und Belichtung mit Strahlen der Wellenlänge 570–670 nm. Es kommt nur im Bereich der Tumorzellen zu einer Anhäufung von 5-ALA, die in Protoporphyrin IX umgewandelt wird und die Zellen lichtempfindlich macht. Durch die Belichtung kommt es zu einer Entzündungsreaktion und zum Absterben allein der dysplastischen (schon veränderten) und der Tumorzellen, nicht aber der gesunden Hautzellen. Bei flachen Tumoren ist das Verfahren effektiv und narbenfrei.

- Ingenolmebutat-Creme (ein Inhaltsstoff der Gartenwolfsmilch) zur Kurzzeittherapie, wirkt immunmodulatorisch und zytotoxisch.
- Innerliche Therapie bei fortgeschrittenen Basaliomen: Vismodegib (1 × tägl. 150 mg) hemmt die überaktive Signalgebung im Hedgehog-Signalweg.

1.11 Atherom (syn. Grützbeutel)

Lokalisation Kopfhaut

Erscheinungsbild Wenige Millimeter bis einige Zentimeter durchmessender hautfarbener Tumor, weiche bis pralle Konsistenz, enthält weißgelbliches, schmieriges, übel riechendes Talgdrüsensekret und Hornzellmassen. Gelegentlich ist ein zentraler Porus (Drüsenöffnung) erkennbar. Schmerzlos.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Andere Zysten: Talgdrüsen-, Schweißdrüsenzysten, durch embryonale Fehlentwicklung entstandene Zysten (z. B. Dermoidzyste).
- Bösartiger Hauttumor.
- Lymphknotenvergrößerung.
- Metastase.
- Lipom: solider, weicher, gutartiger Fettgewebstumor.
- Fibrom: solider, mäßig weicher Bindegewebstumor.

Kommentar Harmlose Auftreibung eines verstopften Talgdrüsenhaarfollikels, die bei fortdauernder Talgproduktion außerordentlich groß werden kann. Gelegentlich kommt es zur Infektion, massiver Eiterbildung und Durchbruch nach außen. Es wachsen keine Haare mehr auf der Haut über dem Atherom infolge des Drucks auf die Haarwurzeln (Druckatrophie).

Therapie

- Operative Entfernung unter Mitnahme der Zystenwand, da es sonst zum Rezidiv kommen kann.

Praxistipp Manche Menschen neigen zur Entwicklung zahlreicher Atherome. Bei der Operation muss die sackartige Zystenwand mit herausgenommen werden, da sie sonst wieder neu Sekret bilden kann – es reicht nicht, das Atherom zu eröffnen und den Inhalt abzulassen.

1.12 Alopecia areata

Lokalisation Behaarte Kopfhaut

Erscheinungsbild Die Alopecia areata ist ein nichtvernarbender, kreisrunder Haarausfall mit dementsprechend erhaltenen Haarfollikelöffnungen. Es finden sich ein oder mehrere runde, ovale oder polyzyklische, scharf begrenzte, haarlose Areale im Bereich des Capillitiums **A**, aber auch der Augenbrauen, Wimpern, Bart- und Schambehaarung. Bei **B** handelt es sich um den sog. Ophiasistyp, der halbmondförmig hinter den Ohren bis okzipital am Übergang zum Nacken lokalisiert ist. Im akuten Anfangsstadium ist die betroffene Kopfhaut häufig entzündlich geschwollen (teigige Konsistenz), der Zupftest aus dem Randbereich des Herds positiv. Einzelne Haare können im kahlen Areal vorkommen, sie sind häufig abgebrochen und nur am distalen Ende pigmentiert (Ausrufezeichenhaare) oder nur als dunkler Punkt, einem Mitesser ähnlich, im Haarfollikel sichtbar (Kadaverhaare) oder auch völlig depigmentiert (weiß). Betrifft der Haarausfall das gesamte Capillitium **C** spricht man

von der Alopecia areata totalis, betrifft er den gesamten Körper, einschließlich Wimpern, Augenbrauen, Schamhaare, handelt es sich um eine Alopecia areata universalis. Nagelveränderungen (Tüpfel, Dystrophien, Leukonychie) sind in 20 % assoziiert.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Nicht vernarbend: Trichotillomanie (zwanghaftes Ausreißen von Haaren (▸Kap. 1.13), Syphilis Stadium II (▸Kap. 15.2).
- Vernarbend: Tinea capitis (Mykose der Haare, ▸Kap. 1.14).

Kommentar Autoimmunologische Erkrankung mit lymphozytärer Entzündung im Bereich der Haarfollikel. Eine Assoziation mit anderen Autoimmunerkrankungen, z. B. der Schilddrüse, ist bekannt und sollte untersucht werden. Je nach Grad der Ausprägung und Krankheitsdauer ist die Prognose unterschiedlich. Die Areale können spontan abheilen (30–80 % in den ersten 6–12 Monaten). Eine schlechte Prognose bezüglich einer Abheilung haben Patienten mit Hinterkopfbefall (Ophiasistyp), Alopecia areata totalis (ganzer Kopf), Alopecia areata universalis (ganzer Körper), frühem Beginn (Kinder), Bestandsdauer über ein halbes Jahr, atopischer Diathese, Patienten mit assoziierter Systemerkrankung oder positiver Familienanamnese. Diagnosesicherung durch Trichogramm und Probeexzision.

Therapie

Stufentherapie:

- Topische oder lokal injizierte Corticoide.
- Reiztherapie mit Irritanzien (Dithranol) oder einem obligaten Kontaktallergen: Diphenylcyclopropenon zur Auslösung einer Kontaktallergie im befallenen Areal.
- Lokal PUVA: UVA-Licht-Bestrahlung nach Auftragen eines lichtsensibilsierenden Stoffs (Psoralen).
- Systemische Corticoide.
- Systemisch PUVA; UVA-Licht-Bestrahlung nach Einnehmens eines lichtsensibilsierenden Stoffs (Psoralen).

- Ergänzend: Zink 100–200 mg/Tag über maximal 3 Monate, nicht dauerhaft, sonst Gefahr des systemischen Kupfermangels. Empirisch: Vitamin D_3, Omega-3-Fettsäuren, Probiotika.

1.13 Trichotillomanie

Lokalisation Behaare Kopfhaut
Erscheinungsbild Im Scheitelbereich befindet sich ein großes Areal mit nur noch wenigen Haaren. Die wenigen Haare im betroffenen Areal haben unterschiedliche Längen. Sie sind teilweise frisch nachwachsend, teilweise abgebrochen. Bei genauem Hinsehen wird man im Bereich einzelner Haarfollikel kleine Hämorrhagien finden, die auf ein gewaltsames Ausziehen der Haare hinweisen. Es wachsen gesunde Haare nach, die, solange sie noch kurz sind, nicht ausgezogen werden können. Der Zupftest ist negativ.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Alopecia areata (▸Kap. 1.12).
- Androgenetische Alopezie vom weiblichen Typ: Durch männliche Hormone bedingter Haarausfall, der sich bei Frauen (selten auch bei Männern) statt mit Geheimratsecken und Tonsur mit einer Ausdünnung der Scheitelplatte äußert. Bei längerem Bestand gehen die Haarfollikel durch Atrophie unter bzw. bilden nur noch Vellushaare aus (kürzer, dünn und marklos im Vergleich zum kräftigen Terminalhaar des normalen Kopfhaarkleides). Der frontale Haaransatz bleibt stehen. Im Trichogramm findet sich eine erhöhte Zahl an Telogenhaaren, Haare in der Ausfallphase. Das Trichogramm ist eine mikroskopische Haarwurzelanalyse. Zuvor dürfen die Haare 5 Tage lang nicht

gewaschen werden, damit nicht schon alle Haare im Ausfallstadium ausfallen. Es werden mehrere Haarbüschel ruckartig ausgezupft. Im Mikroskop kann beurteilt werden, ob die Haare im Wachstums-, Ruhe- oder Ausfallstadium sind und ob die Wurzeln Wachstumsstörungen aufweisen. Das Telogenstadium dauert 3–4 Monate, dann fallen die Haare von selbst aus – 100 Haare pro Tag sind normal.

Kommentar Die Patienten sind oft neurotische Kinder und Frauen mit psychischen Auffälligkeiten. Sie haben in der Regel eine lange Arztanamnese hinter sich. Die langen, gut mit den Händen erreichbaren Haare werden zwanghaft herausgezogen (bewusst oder unbewusst). Meist sind die Veränderungen temporoparietal lokalisiert. Das Haar ist an sich völlig gesund. In einem Trichogramm würde man keine Telogenhaare finden, da diese sich leicht herausziehen lassen (Haare kurz vor dem Ausfallen, sind nur noch locker im Follikel verankert), sondern es sind vorwiegend gesunde Anagenhaare (Haare in der Wachstumsphase mit kräftiger Verankerung in der Wurzelscheide).

Therapie

- Aufklärung und Psychotherapie.
- Bei Kindern kann der Versuch unternommen werden, durch radikales Kurzschneiden der Haare die Angewohnheit abzutrainieren, den Tic zu durchbrechen.

Praxistipp Es gibt auf Haarkrankheiten spezialisierte Hautärzte und Zentren. Die Diagnostik ist relativ aufwändig und auch die Interpretation des Trichogramms erfordert Erfahrung.

1.14 Tinea capitis profunda

Lokalisation Kopfhaut

Erscheinungsbild Auf der ehemals behaarten Kopfhaut findet sich ein rundes, haarloses Areal mit tiefreichenden, entzündlichen Knoten im Bereich der Haarfollikel. Es handelt sich um eine schwere, einschmelzende, abszedierende Entzündung, bei der sich auf Druck aus zahlreichen Poren Eiter entleert. Einzelne noch vorhandene Haare lassen sich leicht herausziehen.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Folliculitis decalvans: chronische Staphylokokkeninfektion der Haarfollikel, sie führt zur Vernarbung.
- Furunkel, Karbunkel (▸Kap. 15.3).
- Lichen ruber follicularis: chronisch entzündliche Erkrankung unklarer Genese mit Juckreiz. Neben der Kopfhaut können die Haut, die Schleimhäute und die Nägel befallen sein (▸Kap. 6.5, ▸Kap. 12.5).
- Basaliom.
- Chronisch diskoider Lupus erythematodes.
- Nicht vernarbende Alopezie: Alopecia areata.
- Trichotillomanie (▸Kap. 1.13).

Kommentar Die Diagnose wird mittels Nativ-Mikroskopie und Kultur der herausgezupften Haare gestellt. Die Erreger sind meist Fadenpilze der Spezies *Trichophyton*, seltener Mikrosporum. Durch die schwere Entzün-

dung vernarben die Haarfollikel und es kommt zum dauerhaften Haarverlust im befallenen Areal.

Therapie

- Es werden systemische Antimykotika wie Fluconazol, Itraconazol, Terbinafin oder Griseofulvin über 8–12 Wochen, auch über Erscheinungsfreiheit hinaus verabreicht.
- Ergänzend kann eine antimykotische Lokaltherapie und bei bakterieller Superinfektion ein Antibiotikum (systemisch) hinzugefügt werden.

1.15 Poliose (Vitiligo capillitii)

Lokalisation Behaare Kopfhaut
Erscheinungsbild Weiße (depigmentierte) Haarsträhne.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Unverwechselbar.

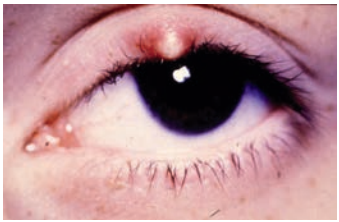
Kommentar Es handelt sich um eine herdförmige Depigmentierung eines oder mehrerer Haarbüschel, die sich im behaarten Bereich mit weißen Haaren zeigt. Harmlos.

Therapie

- Nicht möglich. Haare färben.

2 Augen

2.1 Gerstenkorn (Hordeolum)



Lokalisation Oberlid
Symptome Rötung und Pustel um eine Zilie (Wimper) am Lidrand. Fremdkörpergefühl, Lidschwellung, Schmerzen möglich.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Chalazion (Hagelkorn): schmerzloser chronischer Knoten innerhalb eines Lides durch Verstopfung des Ausführungsgangs einer Meibom-Drüse.
- Talgdrüsentumor.

Kommentar Abszedierung eines Talgdrüsen-Wimpernhaarfollikels durch Schmierinfektion (Augenreiben), meist durch *Staphylococcus aureus*. Prädisponiert sind Atopiker, Patienten mit Rosazea und seborrhoischem Ekzem.

Therapie

- Spontanheilung abwarten, kühlende Umschläge. Nach Reifung Stichinzision, lokalantibiotische Creme oder Augentropfen.

2.2 Herpes simplex

Lokalisation Oberlid
Symptome Rötung und Schwellung des Oberlids mit gruppiert stehenden, teils konfluierenden trüben Bläschen. Schmerzhaft.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Pyodermie (Eitererkrankung der Haut, ▸Kap. 7.11).

Kommentar Im Verlauf einer Woche werden die Bläschen verkrusten und eintrocknen. Herpes-simplex-Viren verbleiben nach Erstinfektion zeitlebens im sensiblen Trigeminusganglion (Nervenschaltstelle eines Gesichtsnervs) und wandern bei Reaktivierung durch Auslösefaktoren wie UV-Licht, Fieber, Infekte, Menstruation oder Stress in die Haut ein. Der Patient spürt häufig kurz vor dem klinischen Ausbruch ein Kribbeln im betroffenen Areal.

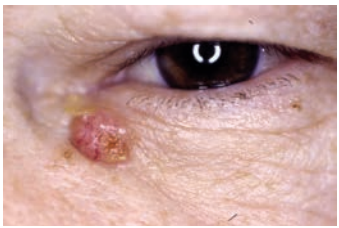
Therapie

- Im Bläschenstadium helfen abtrocknende, antientzündliche Maßnahmen, z. B. mit Lotio zinci. Bei milden Verläufen ist keine weitere Therapie nötig, erst bei häufigen Rezidiven (> 10/Jahr) ist eine Prophylaxe mit z. B. Valaciclovir empfehlenswert. Auch lokales Zinksulfatgel mit oder ohne Heparinzusatz wirkt virustatisch und viruzid, es treten keine Resistenzen auf. Aciclovir- und Penciclovircreme helfen nur vor Ausbruch der Bläschen im Vorläufer-Kribbelsatdium. Es sind Resistenzen beschrieben.

- Low-Level-Lasertherapie und andere Hitzeverfahren sollen die Abheilung beschleunigen, auch Betupfen mit Teebaumöl ist antiviral wirksam. Allerdings hat Teebaumöl ab einer Konzentration von über 1 % ein hohes Sensibilisierungspotenzial.
- Hydrokolloid-Pflaster wirken nach dem Prinzip der feuchten Wundbehandlung und beschleunigen die Abheilung, die betroffene Stelle reißt weniger schnell ein.

Praxistipp Prophylaxe des Herpes simplex recidivans mit Zinksulfatgel auch im Intervall. Zudem kann man bei häufigen Rezidiven innerlich mit Virustatika, wie Aciclovir behandeln.

2.3 Basaliom



Lokalisation Augeninnenwinkel
Symptome Hautfarbenes, leicht rötliches, schmerzloses Knötchen, das glasig-durchscheinend wirkt und von Teleangiektasien durchzogen ist.

Ähnliche Krankheitsbilder

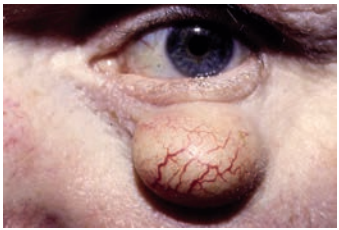
- Plattenepithelkarzinom (▸Kap. 7.46).
- Dermaler Naevus (Pigmentmal).
- Follikulitis (Haarbalgentzündung).
- Atherom (Grützbeutel).
- Amelanotisches malignes Melanom (schwarzer Hautkrebs ohne Pigmentbildung).

Kommentar Es handelt sich um einen langsam und lokal destruierend wachsenden Tumor, der keine Metastasen bildet. Er tritt bei chronischer UV-Exposition, daher meist in höherem Lebensalter auf und typischerweise auf den exponierten sog. Sonnenterrassen: Schläfen, Nase, Stirn usw.

Therapie

- Exzision im Gesunden (▸Kap. 1.5).

2.4 Atherom (Grützbeutel)



Lokalisation Unterlid
Symptome Schmerzloser, zystischer Tumor von prall-elastischer Konsistenz, hautfarben, mit Teleangiektasien (sichtbaren winzigen erweiterten Blutgefäßen) überzogen.

Ähnliche Krankheitsbilder

- Basaliom (▸Kap. 2.3).

Kommentar Gutartige, epitheliale Retentionszyste einer Talgdrüse, gefüllt mit Talg und Hornmassen.

Therapie

- Chirurgische Entfernung.

2.5 Xanthelasma palpebrarum

Lokalisation Augenlider

Ähnliche Krankheitsbilder

- Syringome: gutartige rundlich-kuglige Schweißdrüsentumore von hautfarben-gelblicher bis rötlicher Eigenfarbe. Oft an den Lidern, besonders an den Unterlidern. Therapie wie bei Xanthelasma.
- Milien: Hornkugeleinschlüsse innerhalb der Epidermis, die sich durch oberflächliches Anritzen leicht herausschieben lassen.

Kommentar Es handelt sich um eine meist nur lokale Fettstoffwechselstörung, die als plaqueartige, kugelige oder fleckförmige Ablagerung im Lidbereich sichtbar ist.

Oft ist der Fettstoffwechsel des Gesamtorganismus nicht auffällig, dennoch sollte eine Blutuntersuchung auf eine Fettstoffwechselstörung im Blut erfolgen: LDL, HDL, Cholesterin und Triglyceride kontrollieren.
Auftreten meist zwischen 40 und 60 Jahren, Männer sind häufiger betroffen.

Therapie

- Operative Exzision, oft in Verbindung mit Blepahroplastik (Lidstraffung).

- Laserbehandlung mit chirurgischen Lasern: CO_2- bzw. Erbium-Laser oder Koagulation mittels KTP-Laser.

Praxistipp Cremetherapie hilft nicht. In Studien wurden eine gehäufte Assoziation mit Dyslipidämien (60 %), Hypertonie (40 %) und Diabetes mellitus (18 %) gefunden. Daher ist eine internistische Kontrolluntersuchung zu empfehlen.