

# Was reizt die Haut?

Kontaktdermatitis erkennen und behandeln

**Eine Kontaktdermatitis wird meist durch chemische oder physikalische Substanzen und weniger häufig durch Allergene ausgelöst. Die Diagnose erfolgt anhand klinischer Merkmale und mithilfe von Patch-Tests. Zur Behandlung stehen topische und systemische Medikamente zur Verfügung.**

## British Medical Journal

Bei etwa 90 Prozent aller beruflich bedingten Hauterkrankungen handelt es sich um eine Kontaktdermatitis. Sie kann durch eine hautreizende Substanz oder ein Allergen ausgelöst werden.

Am häufigsten wird die irritative Kontaktdermatitis beobachtet (80%). Sie ist durch eine nicht immunologische entzündliche Reaktion infolge einer Hautschädigung durch chemische oder physikalische Substanzen gekennzeichnet. Zu den häufigsten Irritanzen gehören Seifen, Reinigungsmittel, Lösungsmittel, Schneideöle und Nahrungsbestandteile.

Die allergische Kontaktdermatitis umfasst etwa 20 Prozent aller Fälle und tritt nur bei bereits sensibilisierten Personen auf. Die erneute Exposition gegenüber dem Allergen resultiert typischerweise innerhalb von 48 Stunden in einer immunologisch-entzündlichen Hautreaktion.

Wie unterscheidet sich die Kontaktdermatitis von der atopischen Dermatitis?

Bei der atopischen Dermatitis handelt es sich um eine endogene entzündliche Hauterkrankung, während die Kontaktdermatitis durch exogene Faktoren verursacht wird. Beide Formen sind manchmal schwer zu unterscheiden und können zudem gemeinsam auftreten (*Tabelle 1*).

## MERKSÄTZE

- ❖ Bei der Kontaktdermatitis handelt es sich um entzündliche Hautveränderungen, die durch externe Substanzen verursacht werden.
- ❖ Man unterscheidet die irritative und die allergische Kontaktdermatitis.
- ❖ Die effektivste Behandlung besteht in der konsequenten Vermeidung der auslösenden Stoffe.

## Wer bekommt eine Kontaktdermatitis?

Grundsätzlich kann die Kontaktdermatitis bei allen Personen auftreten. Bei Personen mit Neurodermatitis liegt jedoch aufgrund der gestörten Hautbarrierefunktion ein erhöhtes Risiko für eine irritative Kontaktdermatitis vor. Zu den Berufen mit dem höchsten Risiko für eine Kontaktdermatitis gehören Floristen, Friseure, Kosmetiker, Köche, Metallarbeiter und andere Handwerksberufe. Bei Beschäftigten im Gesundheitswesen kommt es wahrscheinlich aufgrund des vielen Händewaschens häufiger zu einer Kontaktdermatitis.

## Wie wird die Kontaktdermatitis diagnostiziert?

Bei manchen Patienten sind bereits aus der Anamnese Irritanzen oder Allergene bekannt. Ansonsten sollte der Arzt nach den Symptomen, dem Krankheitsverlauf und familiären Atopien fragen und sich nach Haarfärbemitteln, Kosmetika, Schmuck, Hautpflegeprodukten und Medikamenten erkundigen. Beruflich bedingte Ursachen können vermutet werden, wenn sich die Symptome im Urlaub bessern.

Zu den klinischen Kennzeichen der akuten Kontaktdermatitis gehören Juckreiz, Erytheme, Hauttrockenheit und schuppende Haut. Meist beschränkt sich die Kontaktdermatitis auf den direkt betroffenen Hautbereich. Am häufigsten sind die Hände, das Gesicht, die Augenlider, der Nacken, die Kopfhaut, die Achseln, die Beine und die Füße oder der Anogenitalbereich betroffen. Eine durch Sonnenlicht oder Luftschadstoffe (Staub, Sprays, Pollen oder flüchtige Chemikalien) ausgelöste Kontaktdermatitis betrifft die exponierten Hautbereiche.

## In welchen Fällen sind Patch-Tests von Nutzen?

Patch-Tests gelten als Goldstandard zur Diagnose der allergischen Kontaktdermatitis. Die irritative Kontaktdermatitis wird bei negativen Patch-Tests als Ausschlussdiagnose gestellt. Ein Patch-Test sollte bei einem Verdacht auf eine allergische Kontaktallergie ohne eindeutige Diagnose oder bei einer vermutlich beruflich bedingten Dermatitis in Betracht gezogen werden. Bei Untersuchungen im Hinblick auf Nahrungsmittelallergien gehören Patch-Tests nicht zur Routineuntersuchung.

Zu den potenziellen Komplikationen im Zusammenhang mit Patch-Tests gehört die Reaktivierung einer atopischen Dermatitis. Gelegentlich treten dabei auch neue allergische Überempfindlichkeiten auf. In seltenen Fällen kann es zu schweren Hautreaktionen mit Narbenbildung und in Einzelfällen auch zur Anaphylaxie kommen.

Tabelle 1:

**Klinische Charakteristika der atopischen Dermatitis, der irritativen Kontaktdermatitis und der allergischen Kontaktdermatitis**

	Atopische Dermatitis	Irritative Kontaktdermatitis	Allergische Kontaktdermatitis
<b>Inzidenz</b>	betrifft 2–10% der Erwachsenen und 15–20% der Schulkinder	kann jeden Menschen betreffen, umfasst 80% aller Fälle	tritt nur bei sensibilisierten Personen auf, umfasst 20% aller Fälle
<b>Erkrankungsalter</b>	beginnt meist in der Kindheit	in jedem Lebensalter, jedoch häufiger bei Erwachsenen	in jedem Lebensalter, jedoch häufiger bei Erwachsenen
<b>Familiäre Atopie</b>	vorhanden	oft vorhanden	kann vorhanden sein
<b>Symptome</b>	Trockenheit, Hautschuppen, Juckreiz	Hautjucken, Hautstechen, Hautbrennen	Hautjucken, Hautstechen, Hautbrennen
<b>Lokalisierung</b>	Gesicht, Extremitäten, Kniekehlen, Armbeugen	Kontaktbereich (meist Hände oder Gesicht)	meist auf den Kontaktbereich begrenzt, kann sich jedoch ausbreiten
<b>Pathophysiologie</b>	komplexe Wechselwirkungen zwischen genetischen, umweltbedingten, immunologischen Effekten und Defekten der Hautbarriere; vorwiegend TH2-Zell-assoziierte, zytokinvermittelte Erkrankung	nicht immunologische Reaktion, direkte Schädigung der Haut durch chemische oder physikalische Substanzen	immunologische Reaktion, verzögerte Typ-4-Reaktion, Überempfindlichkeitsreaktion gegenüber einem externen Allergen
<b>Beginn nach der Exposition</b>	–	Minuten bis Stunden, keine vorherige Exposition erforderlich	8–96 h, meist innerhalb von 48 h, vorherige Exposition erforderlich
<b>Verlauf</b>	chronisch, mit Flares und Remissionen	Unterbrechung oder Vermeidung des Hautkontakts führt schnell zur Heilung	kann trotz Entfernung des Allergens persistieren
<b>Patch-Test</b>	oft positiv, muss jedoch im medizinischen Kontext interpretiert werden	negativ	positiv

**Selbstmanagement**

Die effektivste Behandlung besteht in der konsequenten Meidung der verursachenden Substanzen. In manchen Situationen sind auch Schutzmassnahmen wie Handschuhe oder Masken von Nutzen. Zudem sollten sich Betroffene bei allen Produkten, die den Auslöser enthalten könnten, über die Inhaltsstoffe informieren. Neue Hautpflegeprodukte werden zunächst ein bis zwei Wochen lang zweimal täglich in kleiner Menge auf die Innenseite des Unterarms aufgetragen. Bei Hautreaktionen ist das Produkt zu meiden.

**Topische Behandlung**

Zur topischen Behandlung werden Emollienzen zur Unterstützung der Hautbarrierefunktion empfohlen. Fettreiche Cremes können die Heilung der geschädigten Haut beschleunigen und eignen sich vor allem für die Applikation über Nacht (Tabelle 2). Zur Vermeidung weiterer Hautreizungen sollte Seifenersatz verwendet werden.

Bei der allergischen Kontaktdermatitis ist die Wirksamkeit topischer Kortikosteroide gut belegt. Diese Substanzen können aber auch bei irritativer Kontaktdermatitis von Nutzen sein. In Richtlinien werden topische Steroide nach einem Ver-

such mit Emollienzen und Seifenersatz empfohlen. Topische Steroide sind kurzfristig wirksam, beeinträchtigen aber die Reparatur des Stratum corneum und können eine Hautatrophie induzieren, die den Heilungsprozess behindert. Über die optimale Dauer der Steroidbehandlung ist nichts bekannt. Meist wird eine Behandlung über vier bis sechs Wochen empfohlen.

Aus Studien geht hervor, dass bei Handekzemen eine topische, langfristige, intermittierende Behandlung mit Mometason (Elocom®, Monovo®) über bis zu 36 Wochen wirksam und sicher ist. Mit dem sehr stark wirksamen Steroid Clobetasolpropionat (z.B. Dermovate®) kann das Rezidivrisiko effektiver gesenkt werden als mit mittelmässig wirksamen Steroiden.

Topische Calcineurinhemmer sind in Grossbritannien bei unzureichender Wirksamkeit von Steroiden oder bei hohem Risiko für steroidbedingte Nebenwirkungen als Substanzen der zweiten Wahl zur Behandlung der Kontaktdermatitis zugelassen (in der Schweiz nur als Second-Line-Medikament zur Behandlung der atopischen Dermatitis). Diese Wirkstoffe sollten vor allem für Hautbereiche in Betracht gezogen werden, die zu steroidinduzierter Atrophie neigen. Dazu gehören

Tabelle 2:

**Topische Behandlung der Kontaktdermatitis**

Topische Behandlung	Wirkung	Anwendung	Nebenwirkungen
Emollienzen	stellt die Barrierefunktion der Haut wieder her	mehrmals täglich und vor dem Zubettgehen grosszügig auf die betroffenen Hautpartien auftragen	Kann Akne und Follikulitis verursachen Manche Emollienzen können Hautreizungen hervorrufen.
Topische Kortikosteroide	antientzündlich und immunsuppressiv	zu Beginn 4–6 Wochen lang 1- oder 2-mal täglich auf die betroffenen Hautpartien applizieren, bei Besserung Häufigkeit reduzieren. In schweren Fällen kann eine 2-mal wöchentliche Erhaltungstherapie erforderlich sein.	Hautatrophie, Tachyphylaxie; systemische Absorption kann eine adrenale Suppression bewirken (sehr selten), Induktion einer allergischen Kontaktdermatitis gegenüber Steroiden
Topische Calcineurininhibitoren	immunmodulierend	Zu Beginn 4–6 Wochen lang 1- oder 2-mal täglich auf die betroffenen Hautpartien applizieren.	brennende oder stechende Erytheme, langfristiges Hautkrebsrisiko wird diskutiert (Sonnenschutz empfohlen); bei aktiver Hautinfektion vermeiden
Kaliumpermanganatbäder (Kaliumpermanganat ist als Offenzubehältnis in Apotheken erhältlich)	oxidierende Substanz mit desinfizierenden und adstringierenden Eigenschaften	bei nässenden oder infizierten Hautstellen, 400 mg in 4 l Wasser auflösen, die betroffenen Bereiche 10–15 min baden, 1- oder 2-mal täglich, bis die Läsionen trocknen (meist nach 2–5 Tagen) Kann gleichzeitig mit topischen Steroiden und Emollienzen angewendet werden.	Rötungen, Reizungen, Verätzungen Färbt Kleidung, Textilien und Keramikbecken

das Gesicht und der Nacken. Zu den häufigen Nebenwirkungen der Calcineurinhemmer gehören (meist vorübergehendes) Hautjucken und Hautbrennen.

**Systemische Behandlung**

Während der akuten Phase einer schweren Kontaktdermatitis kann eine systemische Behandlung erforderlich sein, die unter der Aufsicht eines Dermatologen durchgeführt werden sollte.

Zudem kann eine systemische Second-Line-Behandlung mit Immunmodulatoren wie Methotrexat (z.B. Methotrexat

Pfizer®), Ciclosporin (Sandimmun® und Generika) oder Azathioprin (Imurek® und Generika) bei unzureichendem Ansprechen auf die konventionelle topische Therapie in Betracht gezogen werden. Alitretinoin (Toctino®) ist zur Behandlung schwerer chronischer Handekzeme zugelassen. ❖

**Petra Stölting**

Quelle: Rashid RS, Shim TN: Contact dermatitis. BMJ 2016; 353: i3299.

Interessenlage: Die Autoren der referierten Studie erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.