

Seborrhoische Dermatitis

Eine kurze Übersicht

Von harmlosen, aber sehr lästigen Schuppen bis zum entstellenden hochroten Gesichtsausschlag – die seborrhoische Dermatitis ist ein in der Praxis häufiges Problem, das aber mit geeigneten Präparaten und manchmal viel Geduld in den Griff zu bekommen ist.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Die seborrhoische Dermatitis kann Patienten vom Säuglings- bis zum Greisenalter betreffen. Bei Säuglingen tritt sie meistens innert der ersten drei Lebensmonate auf, bei Erwachsenen zwischen 30 und 60 Jahren. Bei Jugendlichen und Erwachsenen äussert sich die seborrhoische Dermatitis gewöhnlich als Kopfschuppen oder als Erythem unterschiedlich starker Ausprägung in der Nasolabialfalte, das bei Stress oder Schlafmangel vor allem bei Männern stärker wird.

Ätiologie

Trotz der Häufigkeit ist über die Ätiologie der seborrhoischen Dermatitis nur wenig bekannt. Immerhin weiss man, dass verschiedene Faktoren wie Hormonspiegel, Pilzinfektionen, Ernährungsmängel oder neurogene Einflüsse eine Rolle spielen. Mit hormonellen Einflüssen erklärt man das gehäufte Auftreten in der frühesten Kindheit und das spätere Wiederauftreten nach der Pubertät.

Eine eher kausale Verbindung scheint zwischen *Malassezia*-Spezies und der seborrhoischen Dermatitis zu bestehen. Diese Pilze gehören eigentlich zur normalen Hautflora, treten aber überwiegend in talgreichen Hautarealen (Kopf, Rumpf, oberer Rücken) auf. Für eine kausale Beziehung dieser Hefen sprechen der Nachweis bei Patienten mit seborrhoischer Dermatitis sowie das Ansprechen auf Antimykotika.

Bei Säuglingen könnte ein verändertes Muster essenzieller Fettsäuren pathogenetisch vermitteln. In einer Studie bei 30 be-

Merksätze

- Trotz der Häufigkeit ist über die Ätiologie der seborrhoischen Dermatitis nur wenig bekannt. Immerhin weiss man, dass verschiedene Faktoren wie Hormonspiegel, Pilzinfektionen, Ernährungsmängel oder neurogene Einflüsse eine Rolle spielen.
- Die seborrhoische Dermatitis kann mit Blepharitis, Otitis externa, Acne vulgaris oder Pityriasis versicolor vergesellschaftet sein.
- Bei Säuglingen sprechen fehlendes Nässen des Ausschlags und fehlender Juckreiz für eine seborrhoische und gegen eine atopische Dermatitis.
- Zu den bei seborrhoischer Dermatitis effektiven Therapien gehören entzündungshemmende/immunmodulierende Wirkstoffe, Keratolytika, Antimykotika sowie als Alternative Teebaumöl.

troffenen Kindern ergaben sich Hinweise auf eine vorübergehende Funktionsstörung der Delta-6-Desaturase.

Für eine neurogene Komponente spricht die Assoziation zwischen seborrhoischer Dermatitis und Parkinsonismus oder Zustand nach zerebrovaskulären Ereignissen, Epilepsie, Hirntrauma, Fazialisparese und Neuroleptikaverabreichung. Bisher konnten aber keine entsprechenden Neurotransmitter ausfindig gemacht werden.

Klassifikation

Die Hauterkrankung beginnt bei Adoleszenten oder Erwachsenen im Allgemeinen mit einer leichten fettigen Schuppung der Kopfhaut und Rötung und Schuppung in der Nasolabialfalte oder hinter den Ohren. Die Schuppen gehen oft einher mit einem insgesamt fettigen Hauttypus und betreffen Ohren, Bartgebiet, Augenbrauen, den Rumpf oder die Hautfalten unter den Mammas. Die seborrhoische Dermatitis kann auch mit Blepharitis, Otitis externa, Acne vulgaris oder Pityriasis versicolor vergesellschaftet sein.

Tabelle 1: Empfehlungen zum Vorgehen in der Praxis

Klinische Empfehlung	Evidenzgrad
Säuglinge mit generalisierter seborrhoischer Dermatitis, Diarrhö und Gedeihstörung sollten auf Immunmangel untersucht werden.	C*
First-Line-Therapie für die seborrhoische Dermatitis der Kopfhaut sollten topische Steroide sein.	C*
Topische Calcineurin-Hemmer werden für die seborrhoische Dermatitis von Gesicht und Ohren empfohlen.	B**
Ketoconazol 1 x täglich kombiniert mit Desonid 1 x täglich wird bei seborrhoischer Dermatitis im Gesicht empfohlen.	B**

* auf Basis von Konsensus, krankheitsorientierter Evidenz, üblicher Praxis, Expertenmeinung oder Fallserien

** auf Basis von inkonsistenter oder begrenzter patientenorientierter Evidenz

Tabelle 2: Differenzialdiagnose der seborrhoischen Dermatitis

- atopische Dermatitis
- Kandidiasis
- Dermatophytose
- Langerhanszellen-Histiozytose
- Psoriasis
- Rosazea
- systemischer Lupus erythematosus
- Tinea

Auf der Brust kann die Erkrankung in zweierlei Formen auftreten, als rötlich-braune folliculäre und perifolliculäre Papeln und Schuppen, deren Anordnung Blütenblättern ähnelt oder als mehr generalisierte Flecken, die an eine ausgedehnte Pityriasis rosea erinnern.

Bei Säuglingen kann die seborrhoische Dermatitis als dicke, fettige, weisse oder gelbliche Schuppen auf dem Scheitel in Erscheinung treten, die (im Gegensatz zur Hautaffektion bei älteren Kindern und Erwachsenen) nicht von Juckreiz begleitet sind. Zeichen einer akuten Hautentzündung fehlen dabei typischerweise. Daneben können mittleres Gesicht und Stirn von einer ausgebreiteten feinen Schuppung betroffen sein. Die

Hautaffektion kann sich aber auch weit ausbreiten mit käsigem Exsudat in den Beugefalten (generalisierte Windeldermatitis). Eine generalisierte seborrhoische Dermatitis ist jedoch bei sonst gesunden Kindern ungewöhnlich und sollte an einen Immundefizit denken lassen (Tabelle 1).

Differenzialdiagnose

Einige Störungen können einer seborrhoischen Dermatitis gleichen (Tabelle 2). In einer Studie bei Aidspatienten hatten 47 Prozent hartnäckige Eruptionen, die einer, gelegentlich auch generalisierten, seborrhoischen Dermatitis glichen. Eine antiretrovirale Therapie kann die Inzidenz bei Aidspatienten senken. Die Abgrenzung zu einer Psoriasis vulgaris kann schwierig sein. Auf der Kopfhaut sind psoriatische Herde typischerweise als scharf begrenzte Plaques zu erkennen; mitunter geben Veränderungen der Nägel wichtige Hinweise.

Die atopische Dermatitis bei Erwachsenen betrifft typischerweise die Ellen- und Kniebeugen. Bei Tinea capitis, Tinea faciei und Tinea corporis lassen sich in Hautschuppen nach Kaliumlaugenzusatz Pilzhyphen erkennen.

Bei Säuglingen muss die Unterscheidung zwischen seborrhoischer und atopischer Dermatitis klinisch erfolgen, da eine IgE-Erhöhung ein unspezifischer Befund ist. Für eine seborrhoische und gegen eine atopische Dermatitis sprechen fehlendes Nässen des Ausschlags und fehlender Juckreiz. Bei Kindern kann ein Skabies-Ekzem einer seborrhoischen Dermatitis ähneln.

Histologie

Hautbiopsien können die seborrhoische Dermatitis von ähnlichen Störungen unterscheiden. Die seborrhoische Dermatitis sollte in der Schuppenkruste Neutrophile an den Rändern der Follikelöffnungen haben. Die mit Aids assoziierte Dermatitis zeigt häufiger eine Parakeratose, vereinzelte nekrotische Keratinozyten innerhalb der Epidermis sowie Plasmazellen in der Dermis. Manchmal sind in Spezialfärbungen Hefezellen innerhalb von Keratinozyten zu erkennen. Sind hingegen auch Hyphen sichtbar, spricht man von einer Dermatomykose.

Behandlung

Zu den bei seborrhoischer Dermatitis effektiven Therapien gehören entzündungshemmende beziehungsweise immunmodulierende Wirkstoffe, Keratolytika, Antimykotika sowie Alternativmedikamente (Tabelle 3).

Entzündungshemmer: Die konventionelle Therapie der seborrhoischen Kopfhautdermatitis beim Erwachsenen beginnt mit der Applikation eines topischen Steroids in Form einer Lotion für die behaarte Haut oder von Creme für die unbehaarte Haut. Diese sollte zunächst täglich ein- bis zweimal erfolgen, allenfalls zusätzlich zu einem Shampoo. Topische Steroide niedriger Potenz können die infantile oder adulte seborrhoische Dermatitis in Beugefalten oder eine hartnäckige seborrhoische Dermatitis beim Erwachsenen in Schach halten.

Bei seborrhoischer Dermatitis des Gesichts kann ein topisches Azolpräparat kombiniert mit Desonid (1 x täglich für 2 Wochen) günstig wirken.

Tabelle 3: **Therapiemöglichkeiten bei seborrhoischer Dermatitis**

Entzündungshemmende (immunmodulierende) Wirkstoffe	Anwendung
topische Steroide:	
Betamethason (Celestoderm®-V; Diprolen®, Diprosone®)	täglich
Desonid (Locapred®, Locatop®)	täglich
Fluocinolon (Synalar®)	täglich
topische Calcineurin-Hemmer:	
Tacrolimus (Protopic®)*	täglich
Pimecrolimus (Elidel®)*	täglich
Keratolytika:	
Salicylsäure-Lotion (Lotio decapans Widmer)	zweimal wöchentlich
Teer-Shampoo	dreimal wöchentlich
Zink-Pyrithion-Shampoo** (Sebo-Soufrol®, Sebo Shampoo Widmer, Squa-med®)	zweimal wöchentlich
Antimykotika:	
Ketoconazol-Shampoo (Ketomed®, Ketozol®, Mepha, Lur®, Nizoral® Shampoo, Terzolin®)	dreimal wöchentlich
Selensulfid-Shampoo (Selsun®, Ektoselen®)	zweimal wöchentlich
Alternativmedikation:	
Teebaumöl-Shampoo	täglich

* «Off-label»-Einsatz

** auch antimykotisch wirksam

Die neueren topischen Calcineurin-Hemmer haben fungizide und entzündungshemmende Eigenschaften ohne das Risiko der steroidinduzierten Hautatrophie. Sie sind gut wirksam, wenn Gesicht und Ohren betroffen sind. Allerdings müssen sie während einer Woche regelmässig angewendet werden, bevor ein Behandlungsnutzen sichtbar wird – und es handelt sich um einen sogenannten «Off-label»-Einsatz.

Keratolytika: Ältere, etablierte Therapiemodalitäten stützen sich auf keratolytische Effekte ohne spezifische antimykotische Eigenschaften. Dazu gehören Shampoos mit Salicylsäure, Teer oder Zink-Pyrithion. Letzteres hat unspezifische keratolytische und pilzhemmende Eigenschaften und kann zwei- bis dreimal wöchentlich angewendet werden. Man muss den Patienten dazu gut erklären, dass das Shampoo jeweils mindestens fünf Minuten auf dem Haar zu verbleiben hat, damit es die Kopfhaut auch wirklich in ausreichender Konzentration erreicht. Das Shampoo kann auch auf der Gesichtshaut verwendet werden. Bei Säuglingen müssen mildere Shampoos eingesetzt werden.

Antimykotika: Die meisten Antimykotika attackieren Malassezia. Dazu gehören etwa Ketoconazol oder Selensulfid (Tabelle 3). Einige Azole (z.B. Ketoconazol) haben auch entzündungshemmende Eigenschaften.

Alternativmedizin: «Natürliche» Therapien erfreuen sich grossen Zulaufs. Das Öl des australischen Teebaums (Melaleuca spez.) scheint in Form eines 5-prozentigen Shampoos bei täglicher Anwendung effektiv und gut verträglich zu sein. ■

Quelle:

Robert A. Schwartz (University of Medicine and Dentistry of New Jersey, New Jersey Medical School, Newark/USA): Seborrheic dermatitis: an overview. American Family Physician 2006; 74: 125-130.

Halid Bas

Interessenlage: Die Autoren deklarieren, keine Interessenkonflikte zu haben.