

# Was braucht die gequälte Kinderhaut?

## Basistherapie und spezifische Therapie bei atopischer Dermatitis

**Die atopische Dermatitis, auch atopisches Ekzem, endogenes Ekzem oder Neurodermitis genannt, ist eine chronisch (rezidivierende) entzündliche Hauterkrankung, die im Kindesalter besonders häufig vorkommt. Der folgende Beitrag geht auf Symptome, Diagnosekriterien sowie Therapieoptionen ein.**

Marc Pleimes

Die atopische Dermatitis ist eine sehr häufige Erkrankung. Sie betrifft bis zu 20 Prozent der Kinder und zirka 2 bis 8 Prozent der Erwachsenen. Erste Symptome treten meist ab dem 2. bis 3. Lebensmonat auf, und die atopische Dermatitis ist bei Kindern im Alter von bis 0 zu 2 Jahren überdurchschnittlich häufig vertreten (1–3). Für die Diagnose der atopischen Dermatitis sind die Kriterien von Hanifin und Rajka hilfreich, weisen aber eine sehr geringe Spezifität auf und bedürfen eines Ausschlusses möglicher Differenzialdiagnosen (Tabellen 1 und 2) (4).

Die atopische Dermatitis entsteht auf dem Boden einer genetisch bedingten Störung der epidermalen Barriere und einer möglichen zusätzlichen Neigung zur immunologischen Fehlreaktion (5, 6).

### Trigger

Triggerfaktoren (Tabelle 3) können das Ekzem verschlechtern, sind aber nicht die Ursache der atopischen Dermatitis. Eine Meidung (soweit möglich) dieser Triggerfaktoren führt allenfalls zu einer Verbesserung, aber fast nie zur dauerhaften Abheilung der Ekzeme.

### MERKSÄTZE

- ▶ Entgegen gängigen Vorstellungen bestehen nur bei wenigen Kindern für das Ekzem relevante allergologische Faktoren.
- ▶ Trigger sind meist irritativ. Sie können das Ekzem verschlechtern, sind aber nicht die Ursache der atopischen Dermatitis.
- ▶ Die genetische Disposition mit einer Hautbarriereschwäche und einer Neigung zur Entwicklung von Ekzemen besteht lebenslang.
- ▶ Entzündungsreaktionen der Haut lassen sich, gerade im Kindesalter, meist vollständig mithilfe einer Basistherapie und einer individuell angepassten, spezifischen Therapie kontrollieren.
- ▶ Die klinische Erfahrung spricht dafür, dass auch die langfristige Prognose bei frühzeitiger Basispflege und einer proaktiven Ekzemtherapie besser ist.

### Bakterielle Hautflora

Ein «gesundes», ausgewogen verteiltes Hautmikrobiom ist für eine optimale immunologische Funktion der Haut von zentraler Bedeutung, und unnötige antibiotische Therapien können sogar das Risiko einer Ekzementwicklung steigern (7). Eine Kolonisation der barrieregeschädigten Ekzemhaut mit *Staphylococcus aureus* findet sich jedoch bei sehr vielen Patienten. Antibakterielle Massnahmen sind daher oft therapeutisch hilfreich, sollten aber nicht unnötig lange erfolgen.

### Impfungen

Es gibt keine fundierten Erkenntnisse, die ein Auslassen von Impfungen bei Kindern mit atopischer Dermatitis rechtfertigen. Kinder mit schwerem atopischem Ekzem sollten sogar gerade frühzeitig gegen Erkrankungen wie beispielsweise Varizellen geimpft werden, da ein erhöhtes Risiko für verstärkte Narbenbildung und bakterielle Superinfektionen besteht.

### Diagnostik

Primär ist eine Labor- und/oder allergologische Diagnostik nicht grundsätzlich notwendig. Sollte sich das Ekzem unter einer optimierten Basis- und einer vorübergehenden spezifischen Therapie gut zurückbilden, müssen keine weiteren Abklärungen erfolgen (Abbildung 1). Eine frühe Labor- und allergologische Diagnostik ist sinnvoll bei:

- ▲ Hinweisen für allergische Soforttyp-Reaktion (Ödem, Urtikaria oder Erbrechen nach Nahrungsaufnahme/Allergenkontakt)
- ▲ eindeutigen anamnestischen Zusammenhängen zwischen Ekzemverschlechterung und Allergenkontakt
- ▲ mittelschweren und schweren Ekzemen mit einem längerfristigen (z.B. 4 bis 8 Wochen) hohen Bedarf an antientzündlicher Therapie.

Bestimmt werden sollte das Gesamt-IgE und das spezifische IgE, zum Beispiel als Stufendiagnostik: zunächst Nahrungsmittel- und/oder Umgebungallergenmischungen und bei positivem Befund Aufschlüsselung der Mischung in Einzelallergene. Bei ausreichend unbeeinträchtigter Haut kann für Umgebungallergene sowie für wenige bestimmte Nahrungsmittel auch ein Prick-Test durchgeführt werden. Eine IgG4-Diagnostik ist hingegen nicht zielführend.

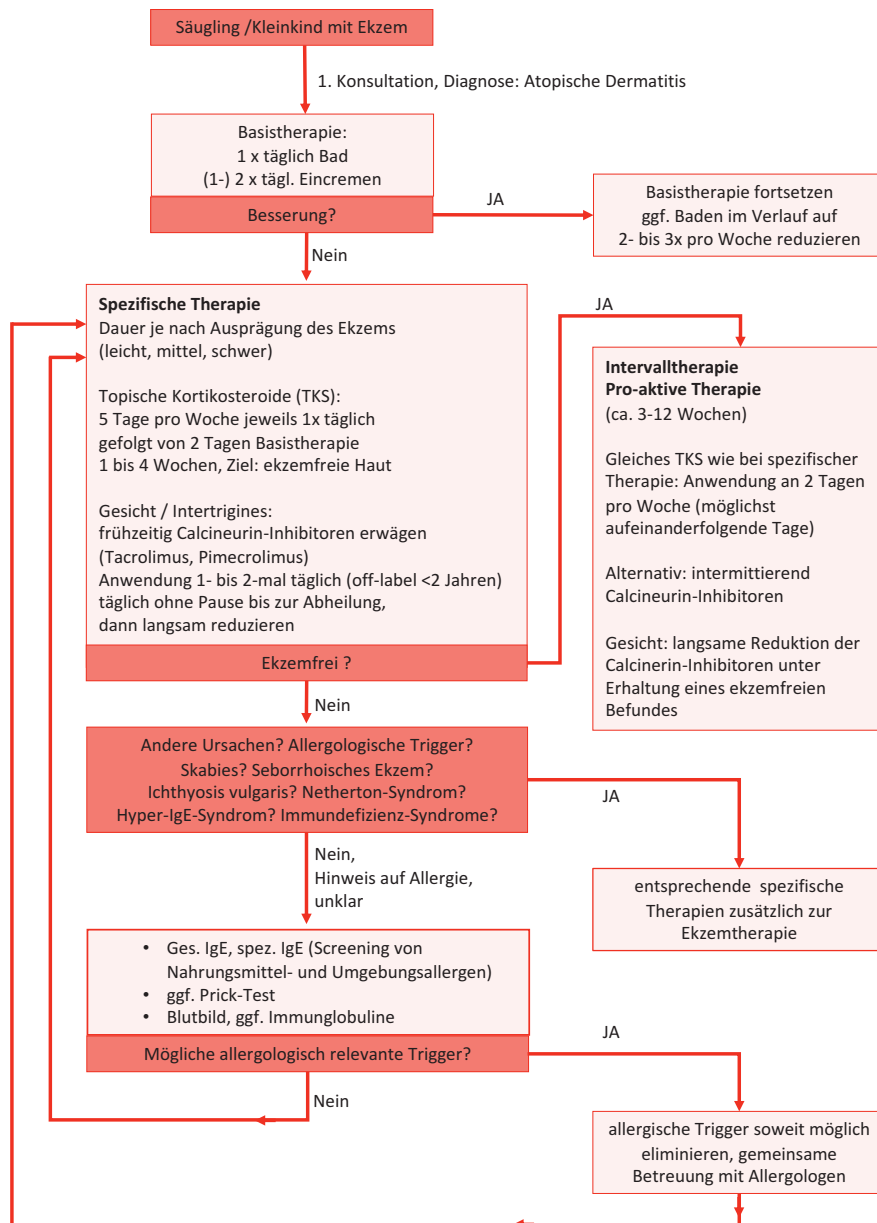


Abbildung 1: Vorgehen bei atopischer Dermatitis

Mometasonfuroat kann für großflächige Anwendungen oder für die Therapie von Kindern unter 2 Jahren auch in reduzierten Konzentrationen (0,05% oder 0,02%) in Grundlagen wie Hans Karrer Lipocreme oder Excipial Lipocreme verschrieben werden (s. auch [www.magistralrezepturen.ch](http://www.magistralrezepturen.ch))



Abbildung 2: Wangen- und Oberkörper-ekzem bei einem 6 Monate alten Säugling

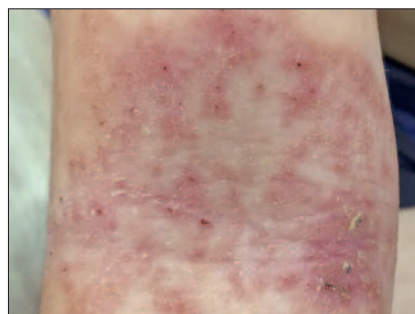


Abbildung 3: Beugeekzem bei einem 4-jährigen Mädchen

### Symptome je nach Alter

In den ersten Lebensmonaten kann bei bestehenden Ekzemen die Differenzierung

zwischen einem seborrhoischen Ekzem und einem atopischen Ekzem schwierig sein. Auch Übergänge oder Mischbilder

sind hier möglich. Der meist charakteristische Juckreiz (atopische Dermatitis) kann bei sehr jungen Kindern (ca. erste 4 bis 5 Lebensmonate) ebenfalls fehlen. Bei Säuglingen sind verstärkt der Kopf und die Gesichtshaut (Abbildung 2) betroffen. Es bestehen oft nässende, teilweise bakteriell superinfizierte Wangenekzeme. Auch der Körperstamm und Extremitäten, vermehrt Streckseiten, können beteiligt sein. Der Windelbereich bleibt hingegen mehrheitlich ausgespart.

Bei Kleinkindern sind dann bevorzugt die grossen Beugen betroffen (Abbildung 3), wobei grundsätzlich auch andere Stellen an Stamm, Extremitäten oder Kopf Ekzeme aufweisen können. Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter sind bei Persistenz oder bei erneutem Auftreten der atopischen Dermatitis vermehrt Hals und Gesicht sowie der Hand-Fuss-Bereich betroffen (Abbildung 4).

Eine Variante der atopischen Dermatitis, die bei zirka 10 bis 15 Prozent der betroffenen Kinder auftritt, ist das nummuläre atopische Ekzem (Abbildung 5). Nummuläre Läsionen sind häufig therapieresistenter als flächige Ekzeme und bedürfen nicht selten intensiverer Therapiemassnahmen. Eine frühzeitige Kombination von topischen Kortikosteroidpräparaten und Calcineurininhibitoren hat sich hier bewährt. Ziel der Therapie ist immer das Erreichen einer (möglichst) vollständigen Symptombefreiheit, gefolgt von einer dauerhaften Erhaltung des ekzemfreien Zustands und der frühzeitigen Kontrolle neuer Ekzemschübe (Tabelle 4) (8).

### Notfall: Eczema herpeticatum

Aufgrund der Hautbarriere- und immunologischen Dysfunktion können unter anderem Herpes-simplex-Viren zu einer grossflächigen Hautinfektion mit schwerem Krankheitsverlauf und drohender zusätzlicher viraler oder sekundär bakterieller Sepsis führen. Die Kinder sind akut krank. Es findet sich eine flächenhafte Ausbreitung von herpestypischen Bläschen oder herpetischen Ulzerationen. Das Eczema herpeticatum (Abbildung 6) ist als potenziell lebensbedrohlicher Notfall mit Notwendigkeit einer umgehenden klinischen intravenösen antiviralen Behandlung (Aciclovir) zu betrachten.

### Basistherapie

Die Basistherapie besteht aus der Anwendung von Reinigungsmassnahmen und rückfettenden Pflegeprodukten:

Tabelle 1

**Diagnosekriterien der atopischen Dermatitis (4)**

Hinweisend für eine atopische Dermatitis ist das Vorliegen von mindestens drei Haupt- und drei Nebenkriterien.

**Hauptkriterien:**

- ▲ Juckreiz (in den ersten 4 bis 5 Lebensmonaten oft weniger stark ausgeprägt, später meist starker Juckreiz)
- ▲ typische Morphologie und Verteilung  
Säuglinge: Extremitätenstreckseiten, Stamm unter Aussparung des Windelbereichs
- ▲ ältere Kinder: vermehrt Beugeseiten; später: Gesicht, Hals, Hände
- ▲ chronisch oder chronisch rezidivierender Verlauf
- ▲ positive atopische Eigen- oder Familienanamnese

**Nebenkriterien:**

- ▲ Xerosis cutis
- ▲ stark trockenschuppige Haut (Ichthyosis), palmare Hyperlinearität (*Abbildung 4b*) oder Keratosis pilaris
- ▲ positiver Hautpricktest
- ▲ erhöhtes Gesamt-IgE
- ▲ früher Krankheitsbeginn
- ▲ Neigung zu Hautinfektionen (*S. aureus*, Herpes simplex), beeinträchtigte zellvermittelte Immunität
- ▲ Neigung zu unspezifischen Hand- und Fussekzemen
- ▲ Mamillenekzem
- ▲ Chelitis/Perlèche
- ▲ rezidivierende Konjunktivitis
- ▲ doppelte Unterlidfalte (Dennie-Morgan-Infraorbitalfalte)
- ▲ Keratokonus
- ▲ vordere subkapsuläre Katarakt
- ▲ halonierete, dunkle Augenringe
- ▲ Gesichtblässe oder Gesichtserthem
- ▲ Pityriasis alba
- ▲ Fältelung Hals-Nacken-Bereich
- ▲ Juckreiz bei Schwitzen
- ▲ Unverträglichkeit auf Wolle oder Fettlösemittel
- ▲ perifollikuläre Akzentuierung, papuläre Ekzemverläufe
- ▲ Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- ▲ Beeinflussung durch Umwelt- und Umgebungsfaktoren
- ▲ weisser Dermografismus

Häufig finden sich ergänzend auch: Hertoghe-Zeichen (Rarefizierung der lateralen Augenbrauen), Ohrläppchenrhagade und retroaurikuläre Ekzeme

Tabelle 2

**Differenzialdiagnosen**

- ▲ Skabies
- ▲ seborrhoische Dermatitis
- ▲ irritative oder allergische Kontaktdermatitis
- ▲ Ichthyose
- ▲ Psoriasis
- ▲ Lichtdermatosen
- ▲ Immundefizienzkrankungen
- ▲ Erythrodermien anderer Ursache

- ▲ Tägliche lauwarme Bäder, zum Beispiel mit einem Ölzusatz (jüngere Kinder) oder, für ältere Kinder, Ölduschen und hautbarriereschonende Syndets (seifenfreie, dem pH der Haut angepasste, barriereschonende Hautreinigungsmittel). Die Hautreinigung entfernt irritative oder potenziell allergische Trigger. Direkt nach dem Bad werden topisch angewendete Substanzen gut in die Epidermisaufgenommen.
- ▲ Die direkt nach dem Bad auf den ganzen Körper aufzutragende Basistherapiecreme/-salbe stabilisiert die Hautbarriere und beugt einer Austrocknung vor. Unter anderem der Lipidgehalt der Externa kann dabei der Trockenheit der Haut angepasst werden: je trockener, umso höher der Lipidgehalt (Fettcremes bis Salben), je nässend geröteter, umso geringer der Lipidgehalt (hydrophile Cremes) oder Kombinationen mit Schwarztee- oder antiseptischen Umschlägen (z.B. Octenidin). Die Basistherapie kann zusätzlich mit therapieunterstützenden Inhaltsstoffen angereichert sein (z.B. Flavinoide oder bestimmte bakterielle Lysate u.a. Emollenzien «plus») (2).
- ▲ Bei hartnäckigen, bakteriell besiedelten Ekzemen kann das Bad oder die Dusche in der aktiven Phase mit einer antiseptischen, hautfreundlichen Waschlotion ergänzt werden. Alternativ können kurzzeitig Antiseptika (z.B. Octenidindihydrochlorid 0,1%) in die Pflegeprodukte beigemischt werden. In der Schweiz ist für Magistralrezepturen vornehmlich das Antiseptikum Triclosan verfügbar. Aufgrund der biochemischen Eigenschaften (hohe transkutane Resorption) und bestehender toxikologischer Bedenken wird Triclosan in Deutschland nur noch zurückhaltend eingesetzt.

Für einen zusätzlichen Rehydrierungseffekt können zum Beispiel Glycerin oder bei älteren Kindern Harnstoff zu Basisprodukten zugesetzt werden. Harnstoff kann gerade bei Säuglingen und Kleinkindern zu einem vorübergehenden Brennen (Stinging-Effekt) auf der Haut führen und sollte deshalb erst ab dem Vorschulalter verwendet werden. Nur stark impetiginisierte Ekzeme und Pyodermien (*Abbildung 7*) bedürfen bei Therapiestart einer spezifischen systemischen antibakteriellen Behandlung. Hier hat sich der Einsatz von oralen Cephalosporinen der ersten (ggf. zweiten) Generation bewährt (z.B. Cefaclor Suspension [Ceclor®]). Flankierend muss immer eine antientzündliche Ekzemtherapie erfolgen (s. unten).

**Spezifische Therapie**

Im Kindesalter sollten bevorzugt nicht fluorierte Steroide der Klassen II bis III mit einem guten Nutzen-Risiko-Verhältnis eingesetzt werden (z.B.: Hydrocortison-17-Butyrat [Locoid®], Prednicarbat [Prednitop®], Methylprednisolonacetat [Advantan®], Mometasonfuroat [Elocom®, Monovo®, Ovixan®]). Bei sehr jungen Säuglingen lassen sich die Präparate über Individualrezepturen zusätzlich niedriger konzentriert rezeptieren (z.B. 1:2 bis 1:4). Eine Behandlung einmal täglich ist ausreichend (Depotbildung im Stratum corneum), idealerweise abends nach dem Bad.

- ▲ *Erste Phase: Intensivtherapie (ca. 1 Woche bis max. 4 Wochen)*  
Ziel ist, alle betroffenen Ekzemstellen vollständig zur Abheilung zu bringen. Anwendung eines ausreichend starken

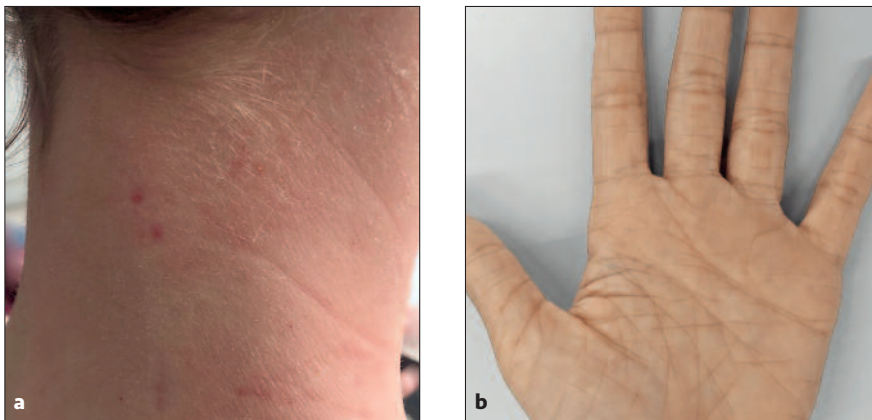


Abbildung 4: Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter tritt atopische Dermatitis vermehrt an Hals (a) und im Hand-/Fussbereich auf (b) (palmare Hyperlinearität)

Tabelle 3

**Triggerfaktoren**

Klima	Austrocknung der Haut, Wärme (verstärkter Juckreiz), Schwitzen
Irritanzien	Seifen, Wollkleidung, Säuren in Nahrungsmitteln usw.
Bakterien	Staphylokokken, Streptokokken
Hefepilze	Malassezia furfur («Head & neck-type»-Ekzem)
Viren	Herpesviren, Poxviren (Dellwarzen)
Allergien	Nahrungsmittel, Hausstaubmilben, Pollen usw.
Stress	Verstärkung von Juckreiz

topischen Steroidpräparates: zum Beispiel 1x täglich aufeinanderfolgenden Tagen auf allen Ekzemarealen, gefolgt von 2 Tagen Basistherapie pro Woche.

Zur Anwendung im Gesicht/Intertrigines frühzeitig Calcineurin-Inhibitoren erwägen (Pimecrolimus [Elidel®]), Tacrolimus [Protopic®]; Anwendung 1–2 x täglich (off-label < 2 Jahren).

▲ **Zweite Phase: Intervalltherapie/Erhaltungstherapie**

In dieser Phase werden die vormals betroffenen Stellen trotz jetzt nicht mehr ekzemveränderter Haut weiter an 2 (bis 3) Folgetagen pro Woche behandelt. Bei erst kurz bestehenden

und nicht so ausgeprägten Ekzemen reichen meist wenige (3 bis 4) Wochen aus. Bei starker Ekzemintensität und häufigen Rezidiven kann die Intervalltherapie auch längerfristig (viele Wochen bis Monate) beibehalten werden. Hierfür können aufgrund des vorteilhaften Nutzen-Risiko-Profiles und der expliziten Zulassung für die Erhaltungstherapie auch Calcineurininhibitoren eingesetzt werden. Die Wirkstärke der Präparate entspricht ungefähr einem topischen Steroid der Klasse I bis II. Sie eignen sich darüber hinaus insbesondere für problematische Areale (Gesicht, intertriginöse Bereiche, anogenital), an denen topische Kortikosteroide ein erhöhtes Potenzial für unerwünschte Nebenwirkungen (z.B. Atrophie) aufweisen. Zugelassen sind die Präparate ab dem 3. Lebensjahr als Second-Line-Therapeutika. Ein Off-label-Einsatz kann aber auch gerade bei jüngeren Kindern indiziert sein.

**Unterstützende Massnahmen**

Als Schlafanzug oder Unterwäsche können spezielle Textilien eingesetzt werden mit dem Ziel eines zusätzlichen Hautschutzes und gegebenenfalls einer Verminderung der Mikroorganismen auf der Haut. Dadurch verbessert sich der Hautzustand und der Juckreiz vermindert sich.

Fett-feuchte Verbände, das heisst fetthaltige Basiscreme auf der Haut, darüber ein angefeuchteter Verband und dann ein weiterer trockener Verband helfen besonders bei chronifizierten Ekzemen an den Extremitäten.

Interdisziplinäre Schulungen für betroffene Kinder und deren Eltern werden in der Schweiz durch das Allergiezentrum Schweiz «aha!» angeboten (<https://www.aha.ch/allergiezentrum-schweiz/lebenmit-allergien/schulungen/neurodermitis-elternschulung/?oid=1492&lang=de>), in Deutschland über die Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e.V. (<http://www.neurodermitisschulung.de>). Neben einer profes-



Abbildung 5: Nummuläres atopisches Ekzem

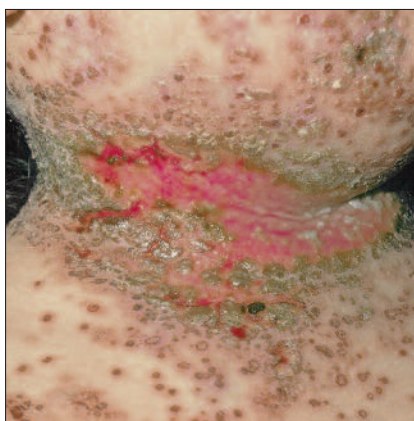


Abbildung 6: Eczema herpeticatum

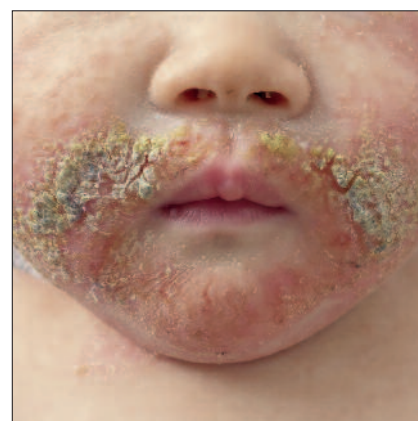


Abbildung 7: Impetiginisiertes atopisches Ekzem

Tabelle 4

**Therapieprinzipien bei atopischer Dermatitis**

Prinzip	Ziel
angepasste Basistherapie (Hautreinigung und rückfettende Pflege)	Wiederherstellung der epidermalen Barriere
Prophylaxe und Behandlung kutaner Superinfektionen	Vermeidung zusätzlicher Hautschäden
konsequente antientzündliche Therapie	prompte Abheilung von Ekzemschüben, Verhinderung weiterer Schübe
Reduktion von Triggerfaktoren (s. Tabelle 3)	Verringerung von Entzündungstriggern

sionellen Schulung können Teilnehmer hier auch vom Austausch mit anderen Betroffenen profitieren. Besonders bei schweren oder chronischen Ekzemverläufen können Diagnostik, Patientenschulung und Therapie auch durch akut stationäre Therapie oder zusätzliche Rehabilitationsmassnahmen weiter optimiert werden.

**Fazit für die Praxis**

Ursache der atopischen Dermatitis ist zentral ein genetisch bedingter Hautbarriere defekt. Verschiedene Triggerfaktoren können zwar zusätzlich die Stärke und Schubhäufigkeit der Ekzeme beeinflussen, sind aber nicht ursächlich für die Erkrankung. Basistherapeutische Massnahmen dienen vor allem der dauerhaften Stabilisierung der Hautbarriere und der Prophylaxe neuer Ekzemschübe. Hierbei sollte die gesamte Haut behandelt und diese Therapie besonders auch in symptomfreien Zeiten fortgesetzt werden.

Entzündliche Veränderungen der Haut verlangen grundsätzlich nach einer angepassten antientzündlichen Therapie (topische Kortikosteroide und ggf. Calcineurininhibitoren). Es gibt wissenschaftliche Hinweise dafür, dass eine sehr frühzeitige Basispflege und eine frühzeitige proaktive Ekzemtherapie mit Wiederherstellung der Hautbarriere der Ekzementstehung und der Entwicklung von Allergien entgegenwirken. ▲

Dr. med. Marc Pleimes  
 Facharzt für Dermatologie und Kinder- und Jugendmedizin  
 Vorsitzender des Netzwerks  
 für interdisziplinäre pädiatrische Dermatologie e.V.  
 Poststrasse 4  
 D-69115 Heidelberg  
 E-Mail: praxis@kinderderma.de

Alle Abbildungen ©Pleimes

Interessenlage: Der Autor hat keine Interessenkonflikte deklariert.

## Literatur:

1. Werfel T et al.: S2k-Leitlinie Neurodermitis – Kurzversion. J Dtsch Dermatol Ges 2016; 14: 92–106.
2. Wollenberg A et al.: Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. J Eur Acad Dermatol Venereol 2018; 32(5): 657–682.
3. Wollenberg A et al.: Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. J Eur Acad Dermatol Venereol 2018; 32(6): 850–878.
4. Hanifin JM, Rajka G: Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol 1980; 44–47.
5. McLean WH, Irvine AD: Heritable filaggrin disorders: the paradigm of atopic dermatitis. J Invest Dermatol 2012; 132: E20–21.
6. Weidinger S, Novak N: Atopic dermatitis. Lancet 2016; 387: 1109–1122.
7. Tsakok T et al.: Does early life exposure to antibiotics increase the risk of eczema? A systematic review. Brit J Dermatol 2013; 169(5): 983–991.
8. Pleimes M et al.: Neurodermitis im Kindesalter. Dermatologie Praxis 2013; 1: 8–12.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 40/2018. Der bearbeitete und aktualisierte Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor. Die Angaben zu den Substanzen und Medikamenten wurden von der Redaktion ARS MEDICI an die Verhältnisse in der Schweiz angepasst.