

## Hautkrankheiten in der Hausarztpraxis

# Die dermatologische Blickdiagnose

**Um Hautsymptome auf den ersten Blick einordnen zu können, sollte man sich zunächst fragen: Ist es infektiös oder nicht, und welche Leiteffloreszenzen bestehen? Der Berliner Hautarzt und Internist Dr. med. Viktor Czaika präsentierte am Allgemeinmedizin-Refresher Frankfurt des Forums für Medizinische Fortbildung (FOMF) lehrreiche Kasuistiken häufiger Hauterkrankungen.**

### 1. Fall: Furunkel mit kritischer Lage

Bei einem solchen Befund (*Abbildung 1a*) sollten sämtliche Alarmglocken klingeln. Der Patient muss eigentlich stationär überwacht werden. Denn er darf auf keinen Fall an diesem Furunkel herumdrücken. In diesem Fall platzte er zum Glück von selbst nach aussen auf (*Abbildung 1b*). Es ist aber auch möglich, dass er sich nach innen öffnet und sich der Eiter dann über die Vena angularis entleert, so in den Sinus cavernosus gelangt und schlimmstenfalls eine Sinus-cavernosus-Thrombose bewirkt – ganz klar ein dermatologischer Notfall.

### 2. Fall: Insektenstiche nach der Reise

Eine 23-jährige Studentin stürzte bei einer Reise durch Vietnam mit dem Moped und verstauchte sich den Fuss. 3 Tage später bemerkte sie Hauterscheinungen an den Extremitäten, die auch unter antibiotischer Behandlung nicht verschwanden (*Abbildung 2*). Differenzialdiagnostisch kommen hier unter anderem Insektenstiche, eine multilokuläre Leishmaniose, eine Pilzinfektion oder eine Pyodermie infrage. Letztlich stellte sich heraus, dass es sich um ein Gemisch aus eigentlich altbekannten Bakterien (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Enterobacter cloacae* und *Pseudomonas aeruginosa*) handelte, die aber in solch feucht-warmen Ländern deutlich aggressiver sein können (Diagnose: Reisepyodermie). Deshalb sollte man in einem solchen Fall immer breit antibiotisch behandeln. Czaika riet zu einer Kombination aus einer systemischen Therapie mit Clindamycin und Ciprofloxacin sowie zu einer Lokalbehandlung mit Fusidinsäure.

### 3. Fall: Knallrotes Bein

Das klassische Erysipel, hervorgerufen durch *Streptococcus pyogenes* oder *Staphylococcus aureus* (*Abbildung 3a*), muss abgegrenzt werden von einer gramnegativen Infektion durch *Pseudomonas aeruginosa* (*Abbildung 3b*; vgl. Tabelle). Was den Einsatz von Antibiotika angeht, plädierte Czaika für eine breitere Herangehensweise, da oft Mischinfektionen vorliegen, zum Beispiel mit Moxifloxacin, das wirksam ist gegen grampositive Kokken (80%) sowie gegen gramnegative Stäbchen und Anaerobier.

### 4. Fall: Grossflächige rundliche Rötung

Die Patientin stellte sich im Frühsommer mit einer grossflächigen Rötung im Bereich der Rückseite des rechten Oberschenkels vor (*Abbildung 4*). Aufgrund der Klinik kommen infrage:

- ▲ Verbrühung/Verbrennung
- ▲ Erythema chronicum migrans
- ▲ Erysipel
- ▲ Wespenstich (Wespengiftallergie)
- ▲ toxisches Kontaktekzem.

In diesem Fall handelte es sich um ein Erythema chronicum migrans nach Zeckenstich. Ist die Zecke noch auffindbar, muss sie entfernt werden. Dabei gilt aber: nicht drehen, nicht quetschen, sondern durch sanften, gleichmässigen Zug mit der Pinzette herausziehen, ohne das Spinnentier unnötig zu ärgern. Bekanntlich neigt eine Zecke unter Stress dazu, ihren Darminhalt und damit eventuell Erreger in die Wunde zu erbrechen. Die Therapie der Wahl bei Verdacht auf Borreliose ist immer noch Doxycyclin (2-mal 100 mg) über 14 bis 21 Tage. Die Serologie sollte man nach 1 Woche, dann nach 6 Wochen und nochmals nach 6 Monaten kontrollieren, um aus der Dynamik Schlüsse ziehen zu können.

### 5. Fall: Handelsreisender mit Exanthem

Der 53-Jährige war in Russland unterwegs und entwickelte dort ein unklares Exanthem im Stammbereich (*Abbildung 5a*), schmerzlose Lymphknotenschwellungen und einen Leistungsknick. Im Labor fielen unspezifisch erhöhte Leberwerte und im Sonogramm eine Hepatosplenomegalie auf. Zunächst vermutete man eine Arzneimittelreaktion, allerdings hatte der Mann gar keine Medikamente eingenommen. Die braunroten Effloreszenzen waren auch palmoplantar zu er-

## KURZ & BÜNDIG

- ▶ Bei einem Erythema chronicum migrans (Verdacht auf Borreliose) ist immer noch Doxycyclin die erste Wahl.
- ▶ Bei einem morbilliformen Exanthem sollte man unter anderem an ein Arzneimittellexanthem nach Ampicillin denken.
- ▶ Cave: Keine Kortisontherapie bei Eczema herpeticatum!

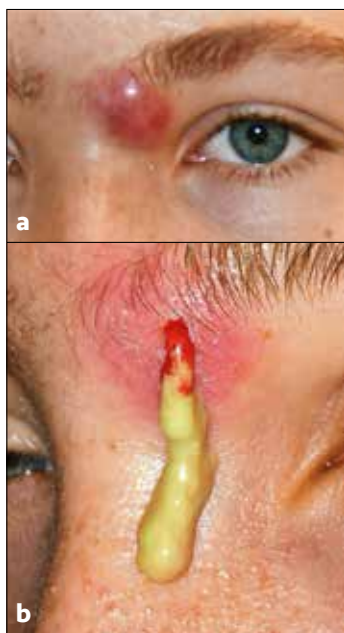


Abbildung 1: Furunkel mit kritischer Lage (a), das später von selbst nach aussen aufplatzte (b) (© V. Czaika)



Abbildung 2: Reisepyodermie (© V. Czaika)



Abbildung 3: Klassisches Erysipel (a), gramnegative Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa* (b) (© V. Czaika)



Abbildung 4: Erythema chronicum migrans nach Zeckenstich (© V. Czaika)



Abbildung 5: Syphilis im Stadium II (Frühsyphilis): Exanthem mit braunroten Effloreszenzen im Stammbereich (a) und palmoplantartar (b) (© V. Czaika)

kennen (Abbildung 5b). Dies war ein wichtiger Hinweis, so dass letztlich die Diagnose Syphilis im Stadium II (Frühsyphilis) gestellt werden konnte. Die Frühsyphilis kann sich bis zu 2 Jahre nach der Infektion ausbilden. In diesem Fall lagen ein makulopapulöses Syphilid und eine Begleithepatitis vor. Im Vergleich dazu zeigt Abbildung 6 das Bild einer Syphilis I, nämlich einen «Glockenschwengelpenis» (Ulcus durum), ein recht hartes schmerzfreies Ulkus, das auch als harter Schanker bezeichnet wird. Die Standardtherapie bei einer Luesinfektion besteht aus Injektion von Benzathin-Penicillin (2,4 Mio. IE i.m., 1-malig bei Frühsyphilis oder 3-mal im wöchentlichen Abstand bei einer Spätsyphilis) oder alternativ aus Doxycyclin (2-mal 100 mg/Tag p.o. über 14 bzw. 28 Tage) oder Erythromycin (4-mal 500 mg/Tag p.o. über 14 bzw. 28 Tage).

## 6. Fall: Bankkauffrau mit Masern?

Die 34-jährige Frau stellte sich vor mit einem intensiven morbilliformen Exanthem (Abbildung 7), das im Rahmen einer Erkältung mit ausgeprägter Halslymphknotenschwellung unter Antibiotikatherapie aufgetreten war. Es handelte sich um ein klassisches Ampicillinexanthem, eine Sonderform des toxischen Arzneimittellexanthems, das obligatorisch nach Gabe von Ampicillin bei gleichzeitig bestehender oder gerade abgelaufener infektiöser Mononukleose auftritt. Mit einem Steroid und einem Antihistaminikum lässt es sich gut behandeln. Wichtig: Es handelt sich dabei nicht um eine Penicillinallergie.

Natürlich gibt es auch vereinzelt noch Masernfälle bei Erwachsenen. Typisch ist ein braunrot fleckiges Exanthem am ganzen Körper mit palmoplantarer Beteiligung (Abbildung 8a). Bei Masern kommt es insbesondere bei Erwachsenen zu hohem Fieber, und der Allgemeinzustand ist reduziert. Es besteht ausserdem die Gefahr von Pneumonie, Otitis media oder Panenzephalitis. Pathognomonisch für Masern sind neben dem charakteristischen Exanthem die sogenannten Koplik-Flecken – weissliche Veränderungen im Bereich des harten Gaumens (Abbildung 8b).

## 7. Fall: Herpes labialis

Die ausgeprägten Herpesbläschen in loco typico (Abbildung 9) entsprechen der Zweitmanifestation des Herpes-simplex-Virus (HSV), meist ausgelöst durch UV-Bestrahlung («Gletscherbläschen») oder Infekte («Fieberbläschen»). Differenzialdiagnostisch muss man auch an eine Impetigo oder ein Kontaktekzem denken.

Ein 18-jähriger Abiturient stellte sich mit einer Bläscheneruption in Gesicht und Dekolleté vor. Hierbei handelte es sich um ein Eczema herpeticum (Abbildung 10), die Maximalvariante einer Herpesinfektion. Die Gefahr: Wenn man hier systemisch mit Kortison behandelt, kann es sein, dass das Virus ungebremst über die Fila olfactoria in das Gehirn eindringt und eine Herpesenzephalitis hervorruft. Diese Erkrankung muss auf jeden Fall stationär mit Aciclovir i.v. (3-mal 5–10 mg/kg Körpergewicht [KG] über 5 bis 7 [max. 10] Tage) behandelt werden.

Den Herpes simplex multilocularis oder recidivans sollte man ebenfalls systemisch behandeln, zum Beispiel mit Aciclovir (5-mal 200 mg über 5 Tage, immer bei Beginn des Schubs). Damit kann man erreichen, dass die Schübe kürzer und seltener werden.

Tabelle:

**Differenzierung zwischen gramnegativem Infekt und Erysipel anhand verschiedener Kriterien**

	Gramnegativer Infekt	Erysipel
<b>Erreger</b>	Pseudomonas aeruginosa	S. pyogenes, S. aureus
<b>Ursache</b>	Okklusion (Schuhwerk, Verbände)	Bagateltrauma
<b>Klinik</b>	erosiv, «krustig», scharf begrenzt mit Satelliten	hellrotes Erythem, überwärmt, zungenförmige Ausläufer, unscharf begrenzt
<b>Subjektiv</b>	Juckreiz, keine Systemzeichen	Schmerzen, Systemzeichen (Fieber, AZ-Reduktion)
<b>Labor</b>	CRP (+), diskrete Entzündungszeichen	Entzündungslabor: klassische Linksverschiebung
<b>Therapie</b>	Lokal: Steroid + Antiseptikum, evtl. Antibiotikum gegen gramnegative Keime	Bettruhe, systemisch Antibiotika gegen gram-positive Keime, lokal Antiseptikum (Octenidin)



Abbildung 6: Syphilis im Stadium I: «Glockenschwengelpenis» oder Ulcus durum (harter Schanker) (© V. Czaika)



Abbildung 7: Klassisches Ampicillinexanthem (© V. Czaika)



Abbildung 8: Masern bei Erwachsenen: typisches braunrot fleckiges Exanthem am ganzen Körper mit palmoplantarer Beteiligung (a) und Koplik-Flecken im Bereich des harten Gaumens (b) (© V. Czaika)



Abbildung 9: Herpes labialis (© V. Czaika)

**8. Fall: Heubner-Sternenkarte**

Bei der sogenannten Heubner-Sternenkarte (Abbildung 11a) findet man mehrere Arten von Effloreszenzen (Maculae, Papeln, Vesikel, Krusten) nebeneinander, ein typischer Befund ist der «Tautropfen auf einem Rosenblatt» (Abbildung 11b). Es handelt sich um die Primärinfektion mit dem Varizella-Zoster-Virus (VZV), das heisst um die Varizellen (Windpocken). Die meisten Menschen haben Windpocken in der Kindheit durchgemacht, oft auch inapparent. Dennoch gibt es Erkrankungen im Erwachsenenalter, die dann meist deutlich schwerer ausgeprägt sind mit massiver Verschlechterung des Allgemeinzustands, manchmal mit Komplikationen wie Pyodermien, Otitis media oder Pneumonie. In Deutschland empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut daher die Vierfachimpfung zusammen mit Masern, Mumps und Röteln im Alter von 11 bis 14 sowie 15 bis 23 Monaten. In der Schweiz hingegen ist die Varizellenimpfung nicht im offiziellen Impfplan für Säuglinge und Kleinkinder enthalten; sie wird erst für Jugendliche von 11 bis 15 Jahren und als Nachholimpfung für junge Erwachsene bis 40 Jahre empfohlen, wenn die Windpocken zuvor nicht anamnestisch durchgemacht wurden.

Die Zweitmanifestation des VZV ist die Gürtelrose. Leitsymptome sind gruppierte Bläschen im Dermatom, Halbseitigkeit und lanzinierende Schmerzen. Cave: Beim Zoster im Bereich C3 liegt oft ein Zoster oticus vor (Abbildung 12), in diesem Fall droht eine Fazialisparese. Klinisch imponiert dabei die Trias aus:

- ▲ Schmerzen und Bläschen im äusseren Gehörgang
- ▲ Verlust des Geschmackssinns der vorderen beiden Zungendrittel
- ▲ ipsilateraler peripherer Fazialisparese.

Die Therapie eines Herpes zoster besteht aus der antiviralen Behandlung mit Aciclovir p.o. oder i.v. oder Brivudin p.o. sowie einer analgetischen Stufentherapie mit Ibuprofen, zusätzlich mit Pregabalin oder Gabapentin und gegebenenfalls mit Opiaten. Lokal empfiehlt sich Franzbranntwein. Wichtig ist es, so effektiv zu behandeln, dass die Schmerzen verschwinden, ansonsten droht eine Postzosterneuralgie. Gegen den Juckreiz kann man Antihistaminika wie zum Beispiel Cetirizin oder Levocetirizin empfehlen, gerade bei älteren Menschen ist ein Versuch mit Gabapentin oder Pregabalin gerechtfertigt. Lokal helfen Zinkzubereitungen.



Abbildung 10: Eczema herpeticatum (© V. Czaika)



Abbildung 13: Warzen, durch humane Papillomaviren hervorgerufene gutartige Neubildungen der Haut (Akanthome) (© V. Czaika)



Abbildung 11: Varizellen (Windpocken; Varizella-Zoster-Virus-Primärinfektion): sog. Heubner-Sternenkarte mit mehreren Arten von Effloreszenzen (Maculae, Papeln, Vesikel, Krusten) nebeneinander (a), «Tautropfen auf einem Rosenblatt» als typischer Befund (b) (© V. Czaika)



Abbildung 14: Kutane Leishmaniose (© V. Czaika)



Abbildung 12: Zoster oticus (Varizella-Zoster-Virus-Zweitmanifestation) (© V. Czaika)



Abbildung 15: Bullöses Pemphigoid (© V. Czaika)

Die Impfung mit dem Totimpfstoff Shingrix® wird empfohlen ab 60 Jahren und hat eine hohe Schutzwirkung von 95 Prozent.

### 9. Fall: Warzen

Warzen sind weitverbreitete, durch humane Papillomaviren (HPV) hervorgerufene Akanthome (gutartige Neubildungen) der Haut, hervorgerufen durch HPV 1 bis 4. Sie können exophytisch (Verrucae vulgares) und endophytisch (Verrucae plantares) wachsen (Abbildung 13). Therapeutisch empfahl Czaika eine Therapie mit Salicylsäure plus 5-Fluoruracil bei geringer Ausprägung, eine zusätzliche Kürettage beziehungsweise eine Exkochleation bei mässiger oder stärkerer Ausprägung.

### 10. Fall: Leishmaniose

Ein 54-jähriger Patient stellte sich nach einem Arbeitsaufenthalt in Spanien mit geschwürigen Veränderungen am Arm vor (Abbildung 14). Der Befund war seit 8 Wochen progredient. Auch hier handelt es sich um eine Blickdiagnose: kutane Leishmaniose. Leishmanien sind Protozoen, die hauptsächlich in Mittel- und Südamerika (L.-mexicana- bzw. -viannia-Komplex), in Afrika sowie im Nahen Osten und im Mittelmeerraum (L. tropica) vorkommen. Über die Sandmücke gelangen sie in den Körper und machen dann in der Haut einen halben Entwicklungszyklus durch. Bei der Therapie muss man zwischen den verschiedenen Leishmanienarten unterscheiden. Bei der häufigsten Art, nämlich L. tropica (typisches «Urlaubsmitbringsel»), ist eine Spontanheilung möglich, ansonsten genügt eine topische Therapie (z. B. Natriumstibogluconat intraläsional 1:3 mit Mepivacain oder Paromomycin 15–30% oder Ketoconazol, Itraconazol oder Allopurinol). Gefährlich ist die viszerale Leishmaniose, die auch als «schwarzer Tod» (Kala Azar) bezeichnet wird – eine Systemerkrankung mit Fieber, Schwäche und Graufärbung der Haut, die nach 1 bis 2 Jahren unbehandelt tödlich endet. Therapeutisch werden liposomales Amphotericin B und Antimonpräparate empfohlen.

### 11. Bullöses Pemphigoid

Diese Erkrankung findet man hauptsächlich bei älteren Menschen über 70 Jahre. Sie wird ausgelöst durch Antikörper gegen hemidesmosomale Strukturen im Bereich der Basalmembran und äussert sich in Form von Spannungsblasen auf zum Teil lang vorbestehenden prämonitorischen, ekzematösimlichen Läsionen (Abbildung 15). Das Problem: Die urtikariell-ekzematös anmutenden Läsionen können den Blasen um Jahre vorausgehen. Daher wird die Diagnose oft verzögert gestellt. Wegweisend sind Antikörperserologie und Biopsie. Die Therapie besteht aus systemischen Steroiden (Prednisolon 0,5–1,0 mg/kg KG). Langfristig können Azathioprin, Dapson oder Methotrexat versucht werden. ▲

Vera Seifert

Quelle: Vortrag «Dermatologische Blickdiagnosen» von Dr. med. Viktor Czaika im Rahmen des Allgemeinmedizin-Refreshers Frankfurt des Forums für Medizinische Fortbildung (FOMF) am 27. Januar 2022 in Hofheim/Taunus (D).

Dieser Artikel erschien erstmals in «doctors today» 6/22. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.