

# Xerodermie ist eine Ausschlussdiagnose

Das Gegensatzpaar «Feucht – Trocken», Motto der diesjährigen KHM-Tagung, hat in der Dermatologie ganz besondere Bedeutung, nicht nur in der Beschreibung vieler Hautveränderungen, sondern auch in deren Therapie mit Externa unterschiedlicher Galenik.

Zum Stichwort «Trocken» nannte Prof. Dr. Stephan Lautenschlager, Chefarzt am Dermatologischen Ambulatorium des Stadtspitals Triemli Zürich, das häufige Symptom der Xerodermie. Die auslösenden Faktoren sind vielfältig. Im Alter (> 50 Jahre) wird die Haut trockener, bei atopischer Dermatitis ist Xerodermie eine wichtige Komponente. Exzessive Hygiene, irritierende Externa, aber auch eine verminderte Luftfeuchtigkeit bei hoher Raumtemperatur können eine Xerodermie auslösen, Letzteres kommt oft in Pflegeinstitutionen vor. Hautärzte sehen die schwereren Formen, beispielsweise als Ekzema craquelé oder als streuende Exsikkationsdermatitis. Pathogenetisch besteht eine Störung der epidermalen Differenzierung. Lautenschlager erwähnte das Bild der Backsteinmauer aus Korneozyten, die durch den Mörtel von interzellulären Lipidlamellen, enthaltend Ceramide, freie Sterole und Fettsäuren sowie Cholesterol, und von Feuchtigkeitsfaktoren (Humektanzien wie Proteine, freie Aminosäuren, Salze, Laktat u.a.) zusammengehalten werden. Entsprechend stehen sich 2 Therapieansätze bei Xerodermie gegenüber:

- «Outside-in» setzt nicht physiologische Lipide zur Okklusion und Reduktion des transdermalen Wasserverlusts ein (z.B. Vaseline)
- «Inside-out» strebt eine Wiederherstellung der normalen epidermalen Differenzierung, unter anderem durch Lipide und Humektanzien, an.

Die Therapie der Xerodermie umfasst die Patientenschulung mit angepasster Hygiene, Ausschaltung von Triggerfaktoren und der topischen Anwendung von Präparaten mit sinnvoller Auswahl an Emulsionsinhaltsstoffen bei adaptierter Galenik. Mineralische oder pflanzliche Lipide sollen dabei die natürlichen Hauptlipide ersetzen. Physiologische Lipide (Ceramide, Cholesterol) ebenso wie Humektanzien (Glycerol, Komponenten des «natural moisturizing factor», NMF) können die Hautdifferenzierung unterstützen. Der bei Xerodermie anzutreffende Teufelskreis von Juckreiz und Kratzen kann mit Antipruriginosa unterbrochen werden. Dexpanthenol (z.B. in Bepanthen®)

sorgt für eine metabolische Unterstützung des Zell- und Lipidstoffwechsels der Haut. Immer ist ein individualisiertes Vorgehen notwendig, betonte Lautenschlager.

## Differenzialdiagnosen bei trockener Haut

Die Xerodermie ist eine Ausschlussdiagnose. Das Zustandsbild ist von atopischen, seborrhoischen, Kontakt-, Stauungs- und Exsikkationsekzemen abzugrenzen. Die Stigmata beim atopischen Ekzem umfassen neben der Hauttrockenheit den weissen Dermografismus, eine Ichthyose an Händen und Füßen, die Atopiefalte an den Unterlidern und die seitliche Lichtung der Augenbrauen. Systematisch lassen sich die Differenzialdiagnosen nach begleitenden abnormen Befunden einordnen.

Entzündliche Blutbildveränderungen finden sich beispielsweise bei Erysipel oder Cellulitis, neoplastische beim Sézary-Syndrom, einem leukämischen T-Zell-Lymphom mit generalisierter exfoliativer Erythrodermie, starkem Juckreiz, Lymphadenopathie und atypischen Lymphozyten (Sézary-Zellen) im Blut und in Haut und Lymphknoten.

Veränderungen der Blutchemie lassen sich nachweisen bei Dermatomyositis, Acrodermatitis enteropathica, Porphyrinen, Pellagra und bei der Ichthyosis acquisita. Bei enteralen Resorptionsstörungen unterschiedlicher Ursache kommt es zu einem Zinkmangel-Syndrom mit Hautveränderungen. Eine Ichthyosis acquisita kann medikamentös verursacht sein. Bekannt sind trockene, schuppige Hautveränderungen, unter anderem bei Cholesterinsenkenern, Ciclosporin A, Hydroxyurea oder Isotretinoin.

Eine Ichthyose ist bei HIV-Infektion nicht selten, bis zu 30 Prozent der Aidspatienten sind davon betroffen. Erworbene Ichthyosen kommen aber auch bei Kollagenosen, Sarkoidose sowie bei Status nach Radiotherapie oder Knochenmarktransplantation vor. Somit ist bei einer neu aufgetretenen Ichthyose auch immer nach einer zugrunde liegenden systemischen Erkrankung zu suchen.

Von der Syphilis ist bekannt, dass sie neben typischen Ef-

## Vehikelwahl bei Lokalthherapie

Der Gegensatz «feucht – trocken» respektive «hydrophil – lipophil» ist für die Auswahl der Lokalthérapien von Hautveränderungen von grosser Bedeutung. Die Behandlung mit Dermatologika richtet sich nach Diagnose, Verlaufsform (akut, subakut, chronisch), Lokalisation (behaartes Integument, intertriginöse Bereich) und Ausdehnung der Veränderungen sowie nach den kosmetischen Ansprüchen der Betroffenen und auch nach der Jahreszeit, erklärte Lautenschlager.

Eine hydrophile (wässrige oder alkoholisch-wässrige) Lösung wirkt kühlend und austrocknend und kommt bei nässenden Dermatosen zur Anwendung. Hydrophile Zubereitungen mit unterschiedlichem Fettanteil (Hydrolotion, Creme) wirken gleichzeitig leicht kühlend und leicht fettend und können auf mässig trockene Hautveränderungen in grösseren (Hydrolotion) oder mittelgrossen bis grossen (hydrophile Creme) Arealen eingesetzt werden. Fettcremen oder ausschliesslich lipidbasierte Fettsalben dienen vor allem der Rückfettung bei trockenen oder sehr trockenen Hautveränderungen. Fettsalben sind zudem okkludierend und nicht abwaschbar. Wichtig ist, auf eine Rückfettung zu verzichten bei perioraler Dermatitis, seborrhoischer Dermatitis und *Pityriasis rosea*. Bei der *Dyshidrose* im Rahmen einer Atopie würde in der akuten Form eine stark lipophile Creme oder Salbe durch die Okklusion den Juckreiz noch verstärken, hier ist eine Lösung oder Tinktur vorzuziehen. Bei nässenden intertriginösen ekzematösen Befunden eignet sich eine hydrophile Creme am besten. Bei chronisch ekzematösen, stark verhornenden Veränderungen ist hingegen eine Salbe indiziert. Atopiker reagieren in solchen Situationen erfahrungsgemäss viel besser auf Salben als auf Cremes.

floreszenzen (*Roseola syphilitica*) viele verschiedene Hautveränderungen imitieren kann. Diese Infektion ist nach den Ausführungen von Lautenschlager in der Schweiz seit Wiedereinführung der Labormeldepflicht 2006 stetig auf dem Vormarsch, derzeitige Hochrechnungen gehen für 2013 von bis zu 1100 neuen Syphilisfällen aus. Die Schweiz belegt mit 13,9 Fällen pro 100 000 Einwohner (30% Frauen) im Jahr 2012 einen der unrühmlichen Spitzenplätze im europäischen Vergleich (1, 2).

### Nachweis von Erregern wegweisend

Ein Nachweis von Erregern ist auch bei *Tinea corporis*, *Candidiasis* und Skabies wegweisend, ferner bei *Impetigo contagiosa* und der perianalen Streptokokkendermatitis. Pilzkrankungen im Gesicht (*Tinea faciei*) werden als Diagnose oft verpasst oder erst sehr spät diagnostiziert. Die Klinik kann sehr unterschiedlich sein, ein Drittel der Patienten zeigt keine Schuppung, die Hälfte lässt den «typischen» Randsaum vermissen. Ein wichtiger Hinweis bei dieser Affektion ist die Verschlimmerung durch Lichtexposition (Photoaggravation). Als *Tinea incognita* wird eine durch Anwendung von Steroiden modifizierte Pilzkrankung bezeichnet. Entzündliche Zeichen fehlen hier weitgehend, hingegen können noduläre bis granulomatöse Veränderungen vorliegen. Häufig betroffen sind Gesicht, Hände und Inguinalbereich. Eine Skabies kann bei Kleinkindern mit starkem Juckreiz einhergehen. Diagnostisch

erschwerend ist die gegenüber Erwachsenen unterschiedliche Lokalisation der Hautveränderungen (Milbengänge mit Entzündungszeichen) bei kleinen Kindern auch im Gesicht oder an Hand- und Fussflächen. «Skandalöserweise verfügen wir in der Schweiz derzeit über kein skabies-spezifisches Präparat», sagte Lautenschlager, «ich kann eine Magistralrezeptur mit 5 Prozent Permethrin in einer Hydrolotion empfehlen.»

### Periorale Dermatitis auch bei jungen Männern

Eine periorale Dermatitis kann mit Rötung und Schuppung verlaufen. Auslösend sind oft dermatologische Externa, und zwar nicht nur bei jungen Frauen, sondern zunehmend auch bei jungen Männern. Diese Effloreszenzen verschwinden bei Verzicht auf den Auslöser von selbst. Da von den Betroffenen der Verzicht auf jegliche Therapie kaum akzeptiert wird, kann hier ein topisches Präparat mit Metronidazol verschrieben werden, erwähnte Lautenschlager.

Histologische Veränderungen sind bei *Mycosis fungoides* diagnostisch. Im Stadium I liegen asymmetrische, ekzematöse Herde vor, die asymptomatisch, aber auch stark juckend sein können. Die Farbe reicht von Hellrot bis Braunrot, innerhalb der Flecken sind auch helle Bereiche («nappes claires») zu erkennen.

Immunfluoreszenzoptische Veränderungen liegen bei autoimmunbullösen Erkrankungen, bei *Lupus erythematoses* und *Porphyrien* vor. Zu den Autoimmunerkrankungen mit Blasenbildung gehört die *Dermatitis herpetiformis* Duhring. Ihr Häufigkeitsgipfel liegt zwischen 20 und 30 Jahren. Als Effloreszenzen sind symmetrische gruppierte Bläschen oder Erosionen auf gerötetem Grund, manchmal mit Quaddeln, erkennbar und begleitet von einem ausgeprägten, mitunter als brennend beschriebenen Juckreiz. Die Symptomatik der assoziierten glutensensitiven Enteropathien ist meist nur leicht ausgeprägt. Zu beachten ist, dass gastrointestinale Malignome bei diesen Patienten gehäuft vorkommen (5–10 Prozent). Gute Erfolge bringt die Verschreibung von Dapson sowie eine glutentreie Ernährung.

**Halid Bas**

#### Referenzen:

1. Robert Koch Institut. *Epidemiol Bull* 2009; 49: 503–512.
2. Meyer-Sauteur PM et al. *Congenital syphilis in Switzerland: gone, forgotten, on the return.* *Swiss Med Wkly* 2012; 141: w13325.

Quelle: «Feucht – Trocken: Diagnostische und therapeutische Bedeutung in der Dermatologie». Hauptreferat 2 an der 15. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM). 20. Juni 2013 in Luzern.