



HAUT UND AUGE

Augenerkrankungen in der Dermatologie

von Marguerite Krasovec Rahmann

Viele Krankheiten und Syndrome zeigen gleichzeitig einen Befall der Haut und des Auges. Im Folgenden werden drei Themen diskutiert: Katarakt und Dermatologie, allergische Erkrankungen des Auges und entzündliche Dermatosen der Augenlider.

Katarakt

Die *syndermatotische Katarakt* entspricht einer Assoziation zwischen einem dermatologischen Syndrom und einer Katarakt. Diese Assoziation ist nicht zufällig, da die Haut und die Linse einen gemeinsamen embryologischen Ursprung aus dem Ektoderm verzeichnen. Je nach Lokalisation der Opazifizierung in der Linse kann ein Rückschluss auf den Zeitpunkt der Schädigung gezogen werden, die während der Embryonal-, der Fötalzeit oder im Erwachsenenalter erfolgt sein kann. Letzteres führt zu einer posterioren Katarakt.

Relativ häufig kommt eine Katarakt bei *atopischer Dermatitis* vor. Sie manifestiert sich 10 bis 15 Jahre nach dem Auftreten der Dermatitis, ist inkonstant, bilateral und korreliert nicht mit dem Schweregrad der Dermatitis. Eine charakteristische Variante ist die anteriore subkapsuläre Katarakt Vogt.

Die zur Behandlung verschriebenen Kortikosteroide können die Katarakt unter Umständen verschlechtern.

Als weitere okuläre Veränderungen, welche eine atopische Dermatitis begleiten, können eine Konjunktivitis, ein Keratokonus, eine Blepharitis, eine Auflösung der Retina und eine Herpes-simplex-Keratitis auftreten.

Bei der *Alopecia areata totalis* (siehe *Abbildung 1*) kommt eine posteriore Katarakt häufig vor. Beim *Down-Syndrom* wird insbesondere die *Alopecia areata* häufiger beobachtet. Ab dem zehnten Lebensjahr kommen Linsenopazifizierungen in 12 bis 46 Prozent der Fälle vor. In *Tabelle 1* sind mit Katarakt assoziierte Syndrome aufgeführt.

Medikamentöse Katarakt

Kortison

Die Katarakt ist eine wichtige Komplikation der systemischen Kortikotherapie, kommt aber auch bei topischen Behandlungen vor. Die Katarakt entwickelt sich durchschnittlich ein Jahr nach einer systemischen Behandlung. Beim Erwachsenen besteht ein absolutes Risiko, wenn eine



Abbildung 1: Alopecia areata totalis

Tabelle 1:

Symptome mit Katarakt

- Rothmund-Thomson-Syndrom
- Werner-Syndrom
- Incontinentia pigmenti
- Dyskeratosis follicularis Darier
- Hidrotische und anhidrotische ektodermale Dysplasie
- Ichtyosen

Tagesdosis von 15 mg während eines Jahres eingenommen wurde. Das Risiko, eine Katarakt zu entwickeln, ist proportional zur Dosis und zur Therapiedauer, wobei die Dosis eine ausschlaggebende Rolle spielt. Bei der Kortisonkatarakt handelt es sich um eine zuerst subkapsuläre posteriore dann subkapsuläre anteriore Katarakt, welche zu einer vollständigen Opazifizierung der Linse führt. Der Befall ist bilateral.

Bei der topischen Kortikosteroidtherapie befällt die Katarakt das behandelte Auge. Der Verlauf ist variabel: Die Katarakt kann nach einer bereits abgesetzten Kortisonkur auftreten, sich stabilisieren, verschlechtern oder – besonders nach einer Lokalthherapie – total abheilen. Krankheiten wie Asthma, rheumatoide Arthritis und Kollagenosen sind auch für den Dermatologen relevant, da sie wegen der Steroidtherapie häufiger mit einer Katarakt assoziiert sind.

Psoralene

Die Sonnenexposition im Laufe des Lebens führt vermutlich zur Katarakt. Die UV-B-Strahlen werden durch die Kornea absorbiert. Die langwelligen UV-A-Strahlen penetrieren tiefer, bis zur Linse. Bei der PUVA-Therapie, bestehend aus der Einnahme von Psoralenen und anschließender Bestrahlung mit UV-A-Licht, müssen die Augen gut geschützt werden.

Andere Medikamente

Amiodaron, Antimalarika, Phentothiazin, Isotretinoin, Allopurinol und Hydantoine sind weitere Medikamente, die eine Katarakt begünstigen.

Allergien

Allergien vom Soforttyp

Die Allergien vom Soforttyp sind durch Aeroallergene bedingt. Die Konjunktiva ist oft das am stärksten betroffene Körperorgan, da es den Allergenen direkt ausgesetzt ist. Bei atopischer Diathese werden die allergische Konjunktivitis, die gigantopapilläre Konjunktivitis, die Keratoconjunctivitis vernalis und die atopische Keratokonjunktivitis beobachtet (siehe Tabelle 2). Die Symptome sind Juckreiz, Tränenfluss, Fremdkörpergefühl und Fotophobie. Objektiv besteht eine Rötung der Konjunktiva oder eine Chemose (Schwellung der Bindehaut).

Die häufige saisonale Form der *allergischen Konjunktivitis* wird durch Pollen ausgelöst, die perenniale durch Hausstaubmilben, Tierhaare oder Schimmelpilze. Fast immer sind die Schleimhäute des Respirationstraktes mit beteiligt.

Die *gigantopapilläre Konjunktivitis* wird bei Kontaktlinsenträgern beobachtet, das auslösende Allergen sind Proteinablagerungen.

Die *Keratokonjunktivitis vernalis* kann eine schwere Manifestation der atopischen Krankheit des Auges darstellen und gefährdet die Sicht. Es ist ein Leiden des Kindes und des Jugendlichen, beginnt im Frühjahr und bessert im Winter.

Die *atopische Keratokonjunktivitis* ist der Keratoconjunctivitis vernalis des Erwachsenen ähnlich. Es ist eine seltene Erkrankung, die vorwiegend bei jungen Männern auftritt. Der Patient hat verdickte und chronisch entzündete Lidränder und oft Gesichtsekzeme. Durch das ständige Augenreiben wird die Hornhaut immer mehr in Mitleidenschaft gezogen und das Sehvermögen bedroht.

Tabelle 2:

Allergische Konjunktivitis

- Saisonale allergische Konjunktivitis
- Perenniale allergische Konjunktivitis
- Gigantopapilläre Konjunktivitis
- Keratoconjunctivitis vernalis
- Atopische Keratokonjunktivitis

Allergien vom Spättyp

Bei den Kontaktekzemen der Augenlider kommen irritativ-toxische oder allergische Faktoren in Frage. Zu den Ersteren zählen inadäquate, reizende Reinigungsprodukte und Kosmetika mit Milchsäure, Ethanol, Propylenglykol und wasserfeste Wimperntusche.

Beim allergischen Kontaktekzem lässt die Lokalisation des Ekzems (nur Augenlider, Gesicht, andere Körperpartien) einen Rückschluss auf das Allergen zu. Ein allergisches Kontaktekzem der Augenlider ist häufig von einem Ödem begleitet. Der simultane Befall der Konjunktiva und des Augenlides lässt an ein intraokulär appliziertes Allergen denken, der isolierte Befall des Augenlides an eine rein kutane Auftragung.

Als mögliche Allergene kommen auf das Gesicht und die Augen applizierte Kosmetika, Augentropfen, Kontaktlinsenprodukte, Nagellack (Acrylate) und Nickelsulfat in Frage.

Aerogen transportierte Allergene (air-borne Dermatitis) lösen ein symmetrisches, an unbedeckten Körperstellen auftretendes Ekzem aus, insbesondere an den oberen Augenlidern, und befallen auch die Konjunktiva. Beispiele dafür sind Zementekzeme wegen durch die Luft transportierter Chromatpartikel und Epoxyharzekzeme.

Es müssen Epikutantests mit der Standardreihe, den Eigenproben des Patienten, der Konservierungsmittelreihe, allenfalls der Augenexternareihe und den Acrylaten durchgeführt werden. Für die Testung der Eigenproben empfiehlt sich ein Epikutantest mit vorherigem Abriss der Hornhaut mittels Klebeband.

Dermatosen der Augenlider

Erythematöse oder erythematosquamöse Veränderungen der Augenlider können alleine oder im Zusammenhang mit anderen spezifischeren Hautläsionen im Rahmen folgender Dermatosen beobachtet werden: atopische Dermatitis, Psoriasis, seborrhoische Dermatitis, Rosazea, Lupus erythematoses und andere Kollagenosen.

Die *atopische Dermatitis* ist leicht diagnostizierbar, wenn andere klassische Symptome vorhanden sind. Sie kann sich als isolierte Dermatitis des oberen Lides manifestieren.

Psoriasis vulgaris ist unschwer zu diagnostizieren, wenn andere Charakteristika bestehen (siehe *Abbildung 2*). An den Augenlidern manifestiert sie sich als scharf begrenzte bilaterale, erythematöse, symmetrische Plaques, wenig schuppig. Eine zusätzliche irritative oder allergische Kontaktdermatitis im Sinne eines Köbner-Phänomens kann vorliegen.

Die *seborrhoische Dermatitis* zeigt sich mit fettigen, gelblichen, gefelderten Schuppen an den Augenbrauen, nasolabial und auf der Kopfhaut. Gelegentlich wird auch ein Befall der Augenlider beobachtet.

Die *Rosazea* im Augenbereich tritt in zwei Formen auf, als eine relativ mild verlaufende, meist harmlose Blepharo-Konjunktivitis und seltener als Rosazea-Keratitis, mit Beteiligung der Hornhaut und Beeinträchtigung des Seh-



Abbildung 2: Psoriasis vulgaris

vermögens. Die Diagnose einer Augenrosazea bedarf der Präsenz von Hautmanifestationen, weil die Augensymptome nicht spezifisch sind. Die okuläre Rosazea kann in 20 Prozent der Fälle den Hautmanifestationen vorausgehen. Klinisch bestehen zentrofazial ein Erythem, Teleangiektasien, Papulopusteln und ein Rhinophym. Auf den Augenlidern zeigt sich die Rosazea als chronische Blepharitis mit Meibomianitis, Lidrandteleangiektasien und rezidivierenden Chalazien. ●

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Marguerite Krasovec Rahmann
Fachärztin FMH Dermatologie und Venerologie
Uitikonstrasse 9
8952 Schlieren

Interessenkonflikte: keine