



Hautpflege bei Kindern: von Milchschorf bis Akne

Von Kathrin Büke

Ob Milchschorf, Storchennbiss, Ekzeme, Akne oder Neurodermitis: Säuglinge, kleine und grosse Kinder leiden häufig an Hautkrankheiten, die auch den Eltern Sorge bereiten und sie stark belasten können.

Mütter und Väter und auch Jugendliche richten sich dann zunehmend mit Fragen zur Reinigung und Pflege der Haut an den Apotheker. Auch die Tatsache, dass die Grundversorgung dermatologischer Erkrankungen weitestgehend in die Selbstmedikation ausgelagert wurde und Patienten mit dem komplexen Krankheitsgeschehen chronischer Hautleiden meist überfordert sind, macht die therapiebegleitende Beratung des Apothekers notwendig. Dieser muss über spezielle Kenntnisse der Klinik und der Besonderheiten der diversen Dermatosen verfügen. Wird die zarte Säuglingshaut vor und unmittelbar nach der Geburt noch durch die «Käseschmiere», die Vernix caseosa, vor pathogenen Keimen und schädlichen Einflüssen bewahrt, ist dieser aus Talgdrüsensekret bestehende Schutz, der das Fruchtleiten unter der Geburt erleichtern soll, mit der ersten Reinigung aufgehoben. Die empfindliche Haut benötigt nun zusätzliche Pflege von aussen, zumal sich die Babyhaut noch in der Entwicklungsphase befindet und sich im Vergleich zur Erwachsenenhaut durch einige Besonderheiten auszeichnet.

Funktionelle Unreife

So ist sie zum einen viel dünner und reagiert damit empfindlicher auf exogene Reize und Provokationsfaktoren. Zum anderen sind die Talg- und Schweißdrüsen nicht vollständig entwickelt: Die Haut trocknet schneller aus und reagiert stark auf Temperaturschwankungen. Obwohl die Säuglingshaut durchaus bereits einen sauren pH-Wert aufweist, ist das Neutralisationsvermögen nach Einwirkung alkalischer Substanzen deutlich eingeschränkt. Lücken im Säureschutzmantel schwächen den physiologischen Infektionsschutz. Die Haut kann sich schneller entzünden.

Eine spezielle Hautpflege kann die funktionelle Unreife der Babyhaut ausgleichen und den Aufbau physiologischer dermaler Barriere- und Schutzmechanismen fördern. Grundsätzlich ist für die gesunde Säuglingshaut eine regelmässige tägliche Reinigung unerlässlich. Dadurch werden Schmutz, Hauttalg und Schweiß entfernt. Gleichzeitig tragen Reinigung und Bad zur Entspannung, zum Wohlbefinden und zur gelingenden Mutter-Kind-Beziehung bei.

Die Badedauer sollte fünf bis sieben Minuten nicht überschreiten. Nur so lässt sich ein unnötiges Auslaugen der Haut verhindern. Die Temperatur des Badewassers sollte bei zirka 35 °C liegen und nicht zu heiss sein. Im Anschluss an das Bad sollte die Haut immer eingecremt werden. Dabei richtet sich die Wahl der Pflege nach den individuellen Bedürfnissen und besonderen Risiken wie zum Beispiel Neigung zur Atopie, denen die kindliche Haut ausgesetzt ist. Wichtig zu wissen ist, dass jeder Wasserkontakt die natürliche Hautbarriere schwächt, natürlich

insbesondere bei Babys und Kindern. Egal, wie mild die Reinigungsprodukte ausgelobt werden: Durch den Einsatz von Tensiden werden der fett- und feuchtigkeitsarmen Babyhaut wichtige physiologische Stoffe entzogen. Daher sollte gerade bei Kindern stets darauf geachtet werden, dass für die Reinigung nur milde, seifenfreie Waschsubstanzen genutzt werden.

Schwache Hautbarriere

Auch beim Einsatz rückfettender Badezusätze ist die anschließende Pflege unabdingbar. Diese muss stets den Hauttyp und den Ort der Anwendung berücksichtigen. Der Einsatz lipophiler Zubereitungen im Windelbereich ist durchaus sinnvoll. Schützen sie doch diesen sensiblen Bereich vor dem Kontakt mit aggressiven Stoffen wie Stuhl oder Urin und können dadurch Entzündungen wirksam vorbeugen. Im Übrigen sollte die Babyhaut so wenig wie möglich mit zu lipidreichen topischen Zubereitungen «abgedeckt» werden.

Insbesondere beim Wechsel der Jahreszeiten müssen die topischen Zubereitungen dem jeweiligen Klima angepasst werden. Benötigt die Haut bei kalter Witterung eher eine reichhaltige Pflege mit höherem Lipidanteil, wie zum Beispiel Basiscreme DAC oder Unguentum Alcoholum Lanae aquosum, ist besonders im Sommer auf hydrophile Grundlagen zu achten. Besonders geeignet sind Zubereitungen wie Unguentum Emulsificans aquosum. Okklusionseffekte durch lipophile Zubereitungen sind zu vermeiden, um nicht Hautprobleme wie zum Beispiel Hitzepickel zu provozieren.

Milchschorf und Kopfgneis

Mit «Storchenbiss» werden helle, rote Flecken zumeist an der Stirn und zwischen den Augen, an der Nasenspitze sowie in der Nackenmitte bezeichnet. Die Rötungen sind auf kleine erweiterte Äderchen zurückzuführen. Bei starker Durchblutung durch Anstrengungen, zum Beispiel lautes und anhaltendes Schreien, werden sie intensiver. Storchenbisse sind jedoch völlig harmlos und verschwinden meist im Lauf des ersten Lebensjahres. Sie bedürfen keiner speziellen Therapie oder weiterführenden Pflege.

Ist die Hautrötung nicht flach, sondern deutlich erhoben, spricht man von Hämangiomen. Dabei handelt es sich um gutartige Wucherungen der Blutgefäße, die an jeder Körperstelle auftreten und zum Teil auch sehr stark bluten können. Diese Blutschwämmchen wachsen häufig in den ersten Monaten, bevor sie sich im Kindesalter meist vollständig wieder zurückbilden.

Sie stellen eher ein kosmetisches Problem dar. Sofern sie, wie zum Beispiel am Rumpf, nicht sichtbar sind, ist es oft am besten abzuwarten. In Fällen, in denen sie schnell wachsen oder sich an Stellen befinden, wo sie besonders leicht verletzt werden können, empfiehlt es sich, sie entfernen zu lassen. Der Eingriff gelingt umso besser, je früher er durchgeführt wird. Deshalb soll das Wachstum des Blutschwamms immer genau beobachtet werden.

Dunkle, bläuliche bis blauschwarze Hautverfärbungen, die meist am Rücken oder Gesäss sichtbar werden, sind auf eine Ansammlung von Pigmentzellen zurückzuführen. Sie sind ebenfalls völlig harmlos und verblassen oder verschwinden in den ersten Lebensjahren, spätestens jedoch in der Pubertät. Da diese dunklen Flecken bei über 90 Prozent der Kinder asiatischer Abstammung auftreten, tragen sie den Namen «Mongolenflecken». Unabhängig davon, ob es sich um Hämangiome oder andere Pigmentveränderungen handelt, müssen Hautflecken, die zuvor nicht vorhanden waren oder wachsen, immer medizinisch abgeklärt werden.

Kopfgneis, gelblich borkige Schüppchen auf dem Kopf, ist ungefährlich und verschwindet in der Regel in den ersten Lebensmonaten. Grundsätzlich nicht therapiebedürftig, ist diesen schuppigen Hautarealen mit öligen und fetthaltigen Therapeutika gut beizukommen. Der Einsatz spezifischer schuppenlösender Substanzen wie Salicylsäure ist jedoch nicht erforderlich, sondern steigert sogar das Risiko, die Haut unnötig zu reizen und andere Hautprobleme zu provozieren.

Nicht zu verwechseln ist der Kopfgneis mit dem Milchschorf, einem Erscheinungsbild der Neurodermitis. Hierbei handelt es sich um ein nässendes Ekzem mit Entzündungen im Kopfbereich und an den Wangen von Säuglingen. Das klinische Bild erinnert dabei stark an angebrannte, eingetrocknete Milch. Daher kommt auch der Name.

Hormonelle Umstellung

Mit zunehmendem Alter stabilisiert sich der physiologische Hautschutzmantel. Dennoch ist auch bei Kleinkindern die äussere Barriere noch nicht so entwickelt wie bei Erwachsenen. Die Rückfettungsmechanismen sind zwar schon deutlich angepasster als bei Säuglingen. Reize wie Temperaturschwankungen oder UV-Licht werden jedoch stärker wahrgenommen und erfordern zusätzliche Pflegemassnahmen. Besonders beim Spielen im Freien ist auch in der lichtarmen Jahreszeit auf einen ausreichenden Sonnenschutz, also Kleidung, Hut, Sonnenbrille und Sonnenschutzpräparate mit ausreichendem Lichtschutzfaktor, zu achten.

Mit den hormonellen Umstellungen im Jugendalter kommt es dann erwartungsgemäss zu deutlichen Veränderungen an der Haut. Unter dem Einfluss der Hormone steigt die Talgdrüsenaktivität an. Die Haut entwickelt einen von den Betroffenen als lästig empfundenen Glanz. Kommt es zusätzlich zur Verstopfung der Talgdrüsenausführungsgänge, sind die Weichen für erste Hautprobleme gestellt. Jetzt sollte besonders auf eine zweimal tägliche, dem physiologischen Wandel angepasste, milde Reinigung mit saurem pH-Wert geachtet werden, die den natürlichen Infektionsschutz der Haut stärkt. Zusätze wie Milchsäure oder Gerbstoffe sind sinnvoll. Auch auf die «Pflege danach» darf keinesfalls verzichtet werden.

Die Haut ist immer bestrebt, durch Reinigung entstandene Schwächen der Hautbarriere auszugleichen. Ein auf diese Weise künstlich erzeugter Talgmangel würde mit einer gesteigerten Talgproduktion beantwortet werden. Zu empfehlen ist daher der Einsatz einer emulgatorfreien, hydrophilen Tagespflege. Zubereitungen mit antikomedogenen, antiseptischen Zusätzen wie zum Beispiel Milchsäure und talgähnlichen Substanzen wie Jojobaöl tragen nachweislich zur Regulation der Aktivität der Talgdrüsen bei. Zur Klärung des Hautbilds können adstringierende, alkoholfreie Gesichtswässer eingesetzt werden.

Hitzepickel und Griesskörner

Miliaria ist der medizinische Ausdruck für Hitzepickel. Es handelt sich um einen juckenden Hautausschlag, der immer dann entsteht, wenn es zu einer Verlegung der Schweißdrüsenausgänge kommt. Durch den Sekretstau entstehen papulöse Exantheme. Ursache kann zum Beispiel auch zu enge Kleidung sein. Pflegecremes mit hohem Fettgehalt können speziell in der warmen Jahreszeit bei Säuglingen und Kleinkindern ebenfalls zu diesen Hauterscheinungen führen.

Die Kausalbehandlung besteht in erster Linie in der Beseitigung der Auslöser. Bei diesen stark juckenden Hautveränderungen bleibt das Kratzen als mechanische Reizantwort nicht aus und führt zur Freisetzung von Histamin. Bei starker Ausprägung subjektiver Symptome wie Juckreiz sind systemische Antihistaminika, also die orale Gabe zum Beispiel von Dimetinden oder Cetirizin, zweckmässig. Allerdings dürfen diese Wirkstoffe erst ab dem zweiten Lebensjahr gegeben werden.

Neben der ärztlich verordneten Therapie lindert Lotion Zinci unmittelbar die Beschwerden. Kühlende wasserhaltige hydrophile Pflegecremes wie Lini-mentum Aquosum beeinflussen über die Verdun-

stungskälte zusätzlich die subjektiven Symptome. Gerbstoffhaltige Pflanzenauszüge können das Behandlungskonzept ergänzen.

Nicht zu verwechseln sind die Hitzepickel mit Milien, dem medizinischen Ausdruck für Griesskörner. Sie kommen bei zirka 50 Prozent der Neugeborenen vor, treten aber auch bei Kleinkindern oder jungen Erwachsenen im Gesicht, vor allem am Kinn und auf der Stirn, später unter den Augen, auf. Es handelt sich um hornbildende Zysten an den Talgdrüsenausgängen. Diese haben an sich keinen Krankheitswert, wirken aber bei jugendlichen Erwachsenen kosmetisch störend. Die Behandlung erfolgt durch mechanische Entfernung und sollte vom Hautarzt durchgeführt werden.

Keine Kausaltherapie

Das atopische Ekzem, auch Neurodermitis genannt, zählt zu den bekanntesten Dermatosen im Kindes-



Säugling mit atopischem Ekzem



Atopisches Ekzem mit periokulärer Lokalisation

alter. Die Neurodermitis ist eine multifaktorielle und chronische Erkrankung, für die es bis zum heutigen Tag keine Kausaltherapie gibt. Trotz des medizinischen Fortschritts ist das Wissen um die Ursachen dieser Krankheit noch sehr lückenhaft. Derzeit ist die Behandlung auf die unmittelbaren Symptome ausgerichtet. In der spezifischen Therapie kommen unter anderem Antihistaminika und Glukokortikoide zum Einsatz. Insbesondere Letztere sind dabei nur für eine kurzfristige Anwendung und in der Regel für nicht länger als vier Wochen vorgesehen. Sie ersetzen in keinem Fall die konsequente stadienangepasste Grundlagenversorgung mit einer medizinischen Hautpflege.

Obwohl das Risiko, an Neurodermitis zu erkranken, genetisch bedingt ist, kann man einiges tun, um einem potenziellen Krankheitsausbruch vorzubeugen. Zu den ersten und wichtigsten Massnahmen gehört, individuelle Provokationsfaktoren wie zum Beispiel Wolle oder andere Textilien zu meiden.

Zudem fehlen der Haut von Atopikern bereits von Geburt an natürliche Feuchthaltefaktoren. Entsprechend ist dieser Mangel durch die Auswahl geeigneter Pflegepräparate mit feuchtigkeitsbindenden Zusätzen auszugleichen. In der Praxis zeigen besonders emulgatorfreie Pflegecremes mit wenigen Hilfsstoffen und einem Glycerolanteil von zirka 10 Prozent in hydrophiler Grundlage einen schnellen therapeutischen Effekt, ohne dass unangenehme Nebenwirkungen auftreten. Wenn auch in vielen Fällen effektiv, so sollte doch auf Urea aufgrund der potenziellen Hautreizung in entzündlichen Phasen eher verzichtet werden. Erfahrungsgemäss erfordert der Einsatz von Harnstoff vorab eine Verträglichkeitstestung der irritierten Haut.

Bei der Reinigung sollten seifenfreie Syndets mit saurem pH-Wert gewählt werden, damit der geminderte physiologische Infektionsschutz nicht noch zusätzlich geschwächt wird. Nicht verhindern lässt sich das Auswaschen körpereigener Lipide durch die tensidhaltigen Reinigungsemulsionen. Daher darf auf die konsequente topische Pflege danach in keinem Fall verzichtet werden.

Zu wenig Feuchtigkeit

Aufgrund des Feuchtigkeitsmangels wirkt die Neurodermitikerhaut trocken und schuppig. Die konsequente tägliche, adjuvante, atopische Basispflege kann helfen, die pathophysiologische Barrierestörung zu lindern. Grundsätzlich sind Cremes mit ausgewogenem Fett- und Feuchtigkeitsgehalt am ehesten geeignet, den gesteigerten transepidermalen Wasserverlust bei Neurodermitis zu verringern.



Allerdings reagiert die atopische Haut empfindlicher auf Okklusionseffekte. In aktiven entzündlichen Krankheitsphasen lässt der Hautzustand die Anwen-

dung lipophiler Zubereitungen oftmals nicht zu, ohne dass daraus zusätzliche Beschwerden resultieren. Auf den Einsatz von Cremes mit hohem Fettgehalt sollte verzichtet werden, da durch die abdeckenden Eigenschaften der Grundlage das Leitsymptom der Neurodermitis, der Juckreiz, zusätzlich provoziert wird. Um die gereizte Haut zu beruhigen, hat sich der Einsatz leichter, sehr hydrophiler Systeme bewährt. Durch die Wasserverdunstung vermitteln sie den Betroffenen einen angenehmen Kühleffekt und lindern dadurch den quälenden Juckreiz. In dem Masse, wie die akuten Symptome abklingen, kann der Wasseranteil der Grundlage schrittweise reduziert werden. Entgegen weitverbreiteten Meinungen sollte der Lipidanteil nicht zu hoch sein. Geeignet ist hier unter anderem die Basiscreme DAC als wichtige Grundlage des Deutschen Arzneimittel-Codex (DAC), die aus Glycerolmonostearat 60, Cetylalkohol, mittelkettigen Triglyzeriden, weisser Vaseline, Macrogol-1000-glycerolmonostearat, Propylenglycol und gereinigtem Wasser besteht.

Speziell bei Atopikern wird vor dem unkritischen Einsatz topischer Zubereitungen mit pflanzlichen Zusätzen gewarnt. Insbesondere Extrakte aus Korbblütlern wie Ringelblume oder Kamille können bei Risikopatienten wie Atopikern unter ungünstigen Bedingungen ernsthafte Hautprobleme provozieren. Alternativ werden hier gerbstoffhaltige topische Zubereitungen mit Hamamelisfluidextrakt oder -urtinktur empfohlen. Aufgrund ihrer adstringierenden und antiphlogistischen Effekte beugen sie entzündlichen dermalen Veränderungen vor. Für Präparate, die ausschliesslich Hamamelisdestillat enthalten, ist hingegen nur eine antiphlogistische Wirkung belegt.

Ergänzend können entspannende und nicht zu heisse Emulsionsbäder mit Jojobaöl und einem natürlichen Emulgator, zum Beispiel Milch (1–2 Tassen auf ein Vollbad) den Heilungsprozess unterstützen. Wichtig ist auch hier, das anschliessende Eincremen nicht zu vergessen, da Wasser der bereits trockenen Neurodermitikerhaut noch zusätzlich wichtige Stoffe entzieht.

Auch Umschläge werden von Betroffenen als sehr angenehm empfunden. Sie lindern den quälenden Juckreiz und wirken besonders bei nässenden Hautzuständen trocknend und wundreinigend. Ihre Anwendung hat sich sowohl bei Juckreizschüben als auch in akuten Krankheitsphasen bewährt. Sind die feuchten Umschläge einmal aufgelegt, müssen sie wiederkehrend erneuert werden. Die Anwendungsdauer sollte insgesamt 15 bis 20 Minuten nicht überschreiten. Zur Zubereitung sind sowohl Wasser als auch Elektrolytlösungen wie zum Beispiel physiologische Kochsalz-, besser noch Ringerlaktat-

lösung oder entzündungshemmende Eichenrindenextrakte geeignet.

Um einer erneuten Hautreizung vorzubeugen, sollten die Umschläge so temperiert sein, dass sie weder zu kalt noch zu heiss sind. Stark abdeckende Verbände bergen das Risiko, durch die abgegebene Körpertemperatur den Effekt der «feuchten Wärme» zu erzeugen, in deren Folge wiederum Juckreiz provoziert wird.

Unklare Pathogenese

Das seborrhoische Ekzem, auch seborrhoische Dermatitis genannt, ist ein entzündlicher Hautauschlag, der überwiegend in talgdrüsenreichen Körperregionen, also an der Kopfhaut, in der T-Zone im Gesicht, am Rumpf und im Windelbereich auftritt. Die Pathogenese ist weitestgehend unklar. Diskutiert werden verschiedene Faktoren wie die verstärkte Kolonialisierung mit *Malassezia furfur*, einem Hefepilz, der der physiologischen, resistenten Hautflora des Menschen angehört. Auch ein Enzymmangel und eine vermehrte Produktion der Talgdrüsen infolge Stimulation durch hormonelle Umstellungen oder unzureichende Basispflege können die Ursachen sein. Im Gegensatz zum atopischen Ekzem liegt bei diesen Patienten keine Seborrhö vor.

Die klinische Erstmanifestation des seborrhoischen Ekzems kann ähnlich wie bei der Neurodermitis bereits im Säuglingsalter erfolgen. Der charakteristische Altersgipfel liegt in den ersten drei Lebensmonaten. Bevorzugt tritt es am behaarten Kopf und im Windelbereich auf. Man spricht daher auch von einer bipolaren Verteilung.

Auf dem Kopf bilden sich festhaftende fettige Schuppen, die zum Teil kranzförmig bis zu einem Zentimeter in die Stirn reichen. Die Schuppenfarbe ist gelblich. Eine Ausdehnung auf den Stamm ist möglich. Im jungen Erwachsenenalter, zirka ab dem 20. Lebensjahr, ist die Ausbreitung des seborrhoischen Ekzems vom Gesicht, also von der Nasobalialregion, dem behaarten Kopf und den Augenbrauen, auch auf die Schweissrinne am Rücken und das Dekolleté möglich.

Das seborrhoische Ekzem zeigt klinisch Ähnlichkeit zu anderen entzündlichen Dermatosen. Differenzialdiagnostisch muss bei Säuglingen an das atopische Ekzem oder die Psoriasis vulgaris gedacht werden, die sich bereits im Kindesalter manifestieren können. Sofern der Windelbereich betroffen ist, sind ferner auch eine Windeldermatitis oder eine Windelkandidose auszuschliessen.

Im Unterschied zu anderen Ekzemformen kommen in der konventionellen Therapie des seborrhoischen

Ekzems in Akutphasen Antimykotika im Wechsel mit Kortikoiden zum Einsatz. Therapiebegleitend sind auch für die Reinigung alkalifreie Syndets mit saurem pH-Wert für die gereizte Haut indiziert. Zusätzlich lindern gerbstoffhaltige Sitzbäder zum Beispiel mit einem selbst hergestellten Eichenrindenextrakt aufgrund adstringierender Eigenschaften die Entzündungen. Auf Korbblütlerextrakte ist dagegen auch hier zu verzichten. Zum Ablösen der zum Teil stark ausgeprägten Schuppenkruste eignen sich Pflanzenöle wie Oliven- und Erdnussöl.

Die medizinische Hautpflege sollte hydrophil ausgerichtet sein. Um akuten Zuständen vorzubeugen und einer erneuten Schuppenbildung entgegenzuwirken, ist auf zusätzliche Wirkstoffe wie Urea zurückzugreifen. Bei leichten Entzündungen helfen auch Schieferölderivate wie Ichthyol.

Gute Prognose

Auch bei Kontaktekzemen neigt die Haut zu mehr oder minder starken, zum Teil entzündlichen Veränderungen. Zu toxischen Kontaktekzemen, die durch eine Schädigung der Hautbarriere gekennzeichnet sind, kommt es durch den wiederholten beziehungsweise zu langen Kontakt mit irritativen Faktoren. Die dermale Reaktion basiert nicht auf einer Antigen-Antikörper-Reaktion, sondern ist Folge einer direkten Hautschädigung durch chemische oder physikalische Noxen.

Basis der Entzündungen ist die Freisetzung von Entzündungsmediatoren wie Zytokinen und Prostaglandinen. Zu den Risikopopulationen zählen insbesondere Säuglinge mit schwacher Hautbarriere. Gerade im Windelbereich neigen sie zum Beispiel durch den wiederholten beziehungsweise zu langen Kontakt mit Stuhl und Urin, aber auch infolge von Wärmestau durch Kleidung zur Windeldermatitis.

Die Prognose ist gut, wenn es gelingt, die auslösenden Faktoren auszuschalten. Daher sind die Windeln regelmässig zu kontrollieren und häufiger zu wechseln. Zum Schutz der entzündeten Haut gegen Urin und Stuhl eignen sich abdeckende Cremes mit Zinkoxid. Eine zusätzliche mechanische Reizung durch zu starkes Reiben ist unbedingt zu vermeiden. Die Haut ist nach der Reinigung mit lauwarmem Wasser, Öl oder einem alkalifreien Syndet mit saurem pH-Wert nur vorsichtig abzutupfen. Gerbstoffhaltige Teilbäder mit Eichenrinde fördern, insbesondere bei starken Entzündungen, zusätzlich den Heilungsprozess.

Aufgrund der Vorschädigung und in Verbindung mit hefepilzhaltigen Stühlen kann sich aus einer Windeldermatitis sekundär eine Windelkandidose, also eine Infektion mit dem Hefepilz *Candida*



Acne comedonica (links); Acne papulopustulosa

albicans, entwickeln. Diese ist erkennbar an den rund um die scharf abgegrenzten Erytheme verteilten Satellitenherde. Der Arzt wird hier Antimykotika wie zum Beispiel Nystatin verordnen.

Juckreiz bei Allergie

Auslöser des allergischen Kontaktekzems sind zu meist niedermolekulare Verbindungen wie zum Beispiel Nickel, die als Haptene erst nach Kontakt und Bindung an Trägerproteine, also an spezifische Molekülstrukturen der Epidermis, zum Vollantigen werden. Dort aktivieren sie die körpereigenen Abwehr-, sprich Langerhans- und T-Zellen. Es kommt zur Bildung von Gedächtniszellen und, anders als beim toxischen Kontaktekzem, zur Änderung der Immunität. Bei Zweitkontakt werden aus den aktivierten Abwehrzellen dann Effektorzellen, die ihrerseits Entzündungsmediatoren ausschütten.

Klinisch äussert sich das allergische Kontaktekzem in der Akutphase zunächst durch scharf begrenzte Kontaktstellen mit Erythemen und Bläschen. Im weiteren Krankheitsverlauf kann es zur Streuung der Entzündungsherde kommen. Charakteristisch ist ein sehr starker Juckreiz, der die Betroffenen immer wieder zum Kratzen veranlasst. Durch die mechanische Reizung der Haut kommt es zur Degranulation der Mastzellen und in der Folge zur Freisetzung weiterer juckreizfördernder Entzündungsmediatoren wie Histamin.

Alleiniger kausaler Therapieansatz ist Allergenkarenz. Die ekzematösen Veränderungen der Haut sind symptomatisch und stadienangepasst zu versorgen. Zur Reinigung eignen sich milde alkalifreie saure Waschemulsionen. Zur Linderung des Juckreizes empfiehlt sich der Einsatz systemischer Antihistaminika, also zum Beispiel die Gabe von Cetirizin oder Loratadin. Topisch sind kühlende, wasser-

haltige Cremes anzuwenden, die durch ihre gute Wasserverdunstung einen angenehmen Kühleffekt aufweisen und dadurch ebenfalls juckreizlindernd wirken.

Durch die Einarbeitung von Zinkoxid wirken diese Cremes zusätzlich antiseptisch und granulationsfördernd. Ferner eignen sich feuchte Umschläge zum Beispiel mit Zusätzen von Eichenrindenextrakten, Schwarztee oder Ringerlaktatlösung. Bei ausgeprägten Entzündungen mit starkem Juckreiz lindern kurzfristig angewandte kortisonhaltige Zubereitungen die Beschwerden.

Kommt es infolge anhaltender Krankheitsprozesse zu Veränderungen wie Hautverdickungen und Lichenifikation, muss die Pflege durch Steigerung des Fettgehalts erneut angepasst werden. Es sollten keratolytische und feuchtigkeitsbindende Substanzen wie Harnstoff in die Emollienzen eingearbeitet werden. Auch hier ist vor dem Einsatz von Harnstoff allerdings eine Verträglichkeitstestung angezeigt.

Pickel immer ernst nehmen

Von Akne sind nicht nur Jugendliche vor allem in der Pubertät, sondern zu 20 Prozent auch Säuglinge und Kleinkinder betroffen. Sofern die Hautveränderungen im Rahmen einer Acne neonatarum nicht innerhalb der ersten drei Lebensmonate zurückgegangen sind, spricht man von der Kleinkindesakne (Acne infantum). Ähnlich wie bei Acne vulgaris können schwere Verlaufsformen auftreten, die stets eine spezifische Therapie erfordern.

«Pickel» und Hautveränderungen im Gesicht müssen stets ernst genommen werden, da andere ernsthafte Dermatosen wie Neurodermitis, Psoriasis, das seborrhoische Ekzem oder auch eine periorale Dermatitis ein vergleichbares Bild zeigen, dann aber einer anderen medizinischen Versorgung bedürfen. Bei der Acne vulgaris kommt es speziell an talgdrüsenreichen Hautbezirken von Gesicht, Nacken, Brust und Rücken zur Verstopfung an den Ausführungsgängen des Talgdrüsen-Haarfollikel-Komplexes und infolge der Abflussbehinderung zur Aufweitung und Hyperplasie der Talgdrüse. Typischerweise bilden sich zu Beginn Talganhäufungen in den Talgdrüsen der Haut, sogenannte Komedonen, die auf Druck herausquellen. In Verbindung mit Hornlamellen bildet sich ein Pfropf, der den Ausgang des Follikelkanals dann verschliesst. Auch hier ist auf eine milde Reinigung und Pflege zu achten, wobei auf den Einsatz waschaktiver Substanzen weitestgehend verzichtet werden kann.

Gemäss Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), Berlin, werden bei Acne vulgaris mit Acne comedonica (I), Acne papulopustulosa (II

und III) und Acne conglobata (IV) als schwerste Form mit Knotenbildung und Zysten vier Stadien unterschieden. Bei schwereren Verlaufsformen, die zum Beispiel mit Antibiotika therapiert werden, ist der Einsatz antiseptischer Zusätze wie Triclosan hilfreich. Auch gerbstoffhaltige Lösungen mit antiphlogistischen und adstringierenden Effekten können therapiebegleitend eingesetzt werden. Danach ist die Haut immer mit einer emulgatorfreien, hydrophilen, nicht zu stark abdeckenden Pflegecreme zu versorgen. Wichtig für die therapiebegleitende Betreuung ist eine wiederkehrende Prüfung und Anpassung der topischen Externa.

Zur Reinigung eignen sich wiederum Waschemulsionen mit saurem pH-Wert, die den physiologischen Infektionsschutz der Haut stärken. Im ersten Stadium mit überwiegend offenen, aber auch geschlossenen Komedonen ist ein mildes, mechanisches Peeling sinnvoll. Es trägt dazu bei, den Talgabfluss zu regulieren.

Ab Stadium II mit entzündlichen Papeln und Pusteln ist auf den Einsatz von Peelings zu verzichten, da sie das bereits vorhandene Entzündungsgeschehen eher fördern. Alternativen sind dann Gesichtsdampfbäder mit Kamille oder Salbei.

Wichtig ist die unmittelbare Pflege nach der Reinigung mit antiphlogistisch und antiseptisch wirksamen Pflegecremes. Pflanzliche Zusätze wie Jojobaöl oder auch Schieferölderivate wie Natriumbituminosulfonat wirken einer vermehrten Talgproduktion entgegen. Sofern sich die Hautprobleme auf den Rumpf und ganzen Körper ausdehnen, stehen auch Badezusätze mit diesem Wirkstoff zur Verfügung.

Periorale Dermatitis

Bei der perioralen Dermatitis handelt es sich um eine entzündliche Gesichtsdermatose, die als sogenannte «Stewardessenkrankheit» vorrangig bei Erwachsenen auftritt. Als Ursachen werden unter anderem eine Überpflege der Haut, aber auch Stress oder der unsachgemäße Einsatz topischer Arzneistoffe wie Kortison diskutiert. Klinisch kommt es zu entzündlichen Hautveränderungen im perioralen Raum mit Mikropapeln und Mikropusteln bei Aussparung eines hautfarbenen Saums unmittelbar über dem Lippenrot. In der spezifischen Therapie kommen unter anderem erythromycin- oder metronidazolhaltige topische Zubereitungen zum Einsatz. Empfehlenswert ist das Weglassen aller Externa. Allerdings leiden insbesondere Patienten mit einer sehr trockenen Haut unter dem vollständigen Entzug aller topischen Externa, sodass sich hier leichte emulgatorfreie medizinische Pflegecremes bewährt haben. Gerbstoffhaltige Auszüge lindern zusätzlich die entzündlichen Veränderungen im Gesicht. Dazu können Patienten einen Schwarztee- oder Eichenrindenauszug frisch herstellen und dann wie ein Gesichtswasser anwenden. ●

Korrespondenzadresse:

Dr. Kathrin Büke

Bernkasteler Strasse 75, D-13088 Berlin

E-Mail: dr.kathrin.bueke@neuroderma.de

Interessenkonflikte: keine deklariert

Diese Arbeit erschien zuerst in «Pharmazeutische Zeitung» 50/2008. Die Übernahme erfolgte mit freundlicher Genehmigung von Verlag Autorin.