

# Dermatosen der Kopfhaut

**Vortrag gehalten am Internationalen Psoriasis-Symposium «Von Biologika zur Klimatherapie», 16. bis 17. November 2009 in Hurghada, Ägypten**

Von Marguerite Krasovec A. Rahmann

*Schuppene Kopfhauterkrankungen mit oder ohne Pruritus treten sehr häufig auf. Es existiert ein breites Spektrum an Differenzialdiagnosen (Tabelle). Gelegentlich stellen diese den Schlüssel für die dermatologische Diagnose dar. In diesem Beitrag werden 3 wichtige Dermatosen der Kopfhaut besprochen, die seborrhoische Dermatitis, das allergische Kontaktekzem und die Psoriasis capilliti.*

## Seborrhoische Dermatitis

Die seborrhoische Dermatitis tritt bei 1 bis 5 Prozent der Bevölkerung auf. Beteiligt an der Pathogenese sind unter anderem die Hefepilze der Gattung *Malassezia* und das Sebum der Talgdrüsen. Sie spielen eine immunologische und proinflammatorische Rolle. *Malassezia sympodialis* gehört zur normalen Hautflora des Menschen. Das Sebum favorisiert die Proliferation und Ansammlung von *Malassezia furfur*, *globosa*, *restricta* und *obtusa*. Die durch die Lipasen der *Malassezia* generierten freien Fettsäuren induzieren eine Entzündung mit Ausschüttung von Zytokinen und hautirritierenden Lipoperoxiden (ROS), welche eine Entzündung der Epidermis mit pathologischer Desquamation des Stratum corneum verursachen.

Tabelle: **Schuppene Kopfhautdermatosen**

- Pityriasis simplex
- Seborrhoisches Ekzem
- *Taenia amiantacea*
- Ekzem: irritativ, atopisch, kontaktallergisch
- Psoriasis
- Tinea capitis
- Lichen ruber follicularis
- Lupus erythematodes



Abbildung 1: Seborrhoische Dermatitis

Klinisch finden sich am Gesicht (Abbildung 1), an der Kopfhaut, in den Ohreingängen und am Oberkörper fettige, gelbe, haftende Schuppen. Die seborrhoische Dermatitis kommt häufiger in der Adoleszenz, im jungen Erwachsenenalter sowie in der 5. bis 7. Dekade vor als in den anderen Lebensabschnitten. Bei schwerem Krankheitsverlauf kann es zu einem

manchmal irreversiblen Haarausfall kommen. Die seborrhoische Dermatitis kann ein Hinweis auf eine HIV-Infektion, auf Morbus Parkinson oder eine Neoplasie sein. Verschlechternde Faktoren sind Stress, Alkoholabusus und die kalte Jahreszeit.

Die *Pityriasis simplex* (*Pityriasis capitis*, gewöhnliche Kopfschuppen) beruht auf einer subklinischen Entzündung der Kopfhaut mit abnormer Desquamation des Stratum corneum. Sie wird als Minimalform der seborrhoischen Dermatitis betrachtet.

Die *Pityriasis* oder *Taenia amiantacea* ist eine Sonderform der *Pityriasis capitis* beziehungsweise der seborrhoischen Dermatitis. Auf dem Kopfboden finden sich dicke, feste, graue Schuppen, die die Haarschäfte an deren Ansatz zusammenheften. Die Schuppen glänzen wie Asbest, daher der Name.

### Therapie der seborrhoischen Dermatitis

Es bestehen mehrere Therapiemöglichkeiten. Die Palette der eingesetzten Wirkstoffe reicht von Seleniumsalzen bis zu hoch spezifischen Azolen. Ältere Präparate entfalten keine antimykotische Wirkung, weisen jedoch keratolytische Eigenschaften auf. Dazu gehören Seleniumdisulfid, Propylenglykol, schwefel- und teerhaltige Produkte.

Therapie der Wahl stellen topische Antimykotika dar, welche gegen die Gattung *Malassezia* wirksam sind. Antimykotika wirken entweder fungistatisch oder fungizid. Zu den Ersteren zählen Seleniumdisulfid, Zinkpyrithion und Pirocton-Olamin. Seleniumdisulfid zeigt eine antiproliferative Wirkung auf die Epidermis, kann aber irritierend wirken. Zinkpyrithion hat ebenfalls einen antiproliferativen, antibakteriellen und keratolytischen Effekt.

Zu den fungiziden Antimykotika gehören die Imidazole und Ciclopirox-Olamin. Das Imidazol Ketokonazol (z.B. Terzolin®, Nizoral®, Keto-med®, Ketozol-Mepha®, Lur®) hat neben einer antimykotischen und antiseborrhoischen auch eine antiinflammatorische Wirkung. Weitere Imidazole sind Econazol (Pevaryl®), Miconazol (Daktarin®, Sebiox®) und Climbazol. Ciclopirox-Olamin (Sebiprox®) hemmt die Prostaglandin- und Leukotriensynthese, wirkt somit sowohl antiinflammatorisch als auch gegen Pilze und grampositive und -negative Bakterien.

Eine andere Therapieoption bei der Behandlung einer schweren seborrhoischen Dermatitis sind kurzfristig einsetzbare topische Kortikosteroide in Form von Lotionen, Lösungen oder neuerdings als Shampoo mit Clobetasolpropionat (Clobex®).

Bei schwerer Schuppenbildung können Keratolytika zum Einsatz kommen. Zu den klassischen antiproliferativen und keratolytischen Substanzen zählt Teer. Andere Keratolytika sind Cadeöl, Ichthyol, Kertyol, Salicylsäure und Alpha-Hydroxysäuren.

### Allergisches Kontaktekzem

Allergische Kontaktekzeme der Kopfhaut sind eher selten. Klinische Symptome sind Pruritus, Schuppung und eventuell eine diffuse Alopezie. Häufiger als auf der Kopfhaut selber findet sich das Ekzem in den übergreifenden Arealen wie an der Stirnhaargrenze, Stirne, den Augenlidern (*Abbildung 2*), seitlichen Partien des Halses, am Nacken und an den Ohren. Jedem Arzt ist zu empfehlen, einen Blick auf die eigene Shampooflasche zu werfen und die Liste der Inhaltsstoffe zu studieren. Dadurch wird bewusst, wie viele Inhaltsstoffe vorhanden sein können!

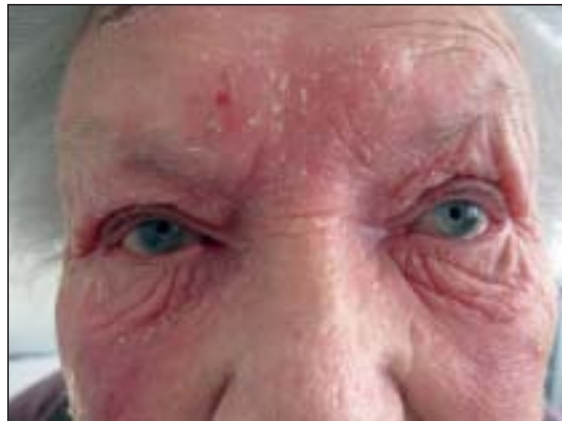


Abbildung 2: Allergisches Kontaktekzem im Gesicht

Shampoos können Irritationen auslösen. *Tensioaktive Substanzen* in «rinse-off»-Kosmetika enthalten Cocamidopropylbetain, welches ebenfalls Hautreizungen auslösen kann. Hingegen kann eine Verunreinigung von Cocamidopropylbetain, das Dimethylaminopropylamin, echte Kontaktallergien verursachen. Selten spielen die *Konservierungsmittel* Paraben, Formaldehyd und Isothiazolinon eine Rolle. *Duftstoffe*, welche auf der Hitliste der Allergene figurieren, sind bei Haarkosmetika klinisch wenig relevant, können aber juckende Erytheme an der Stirnhaargrenze und Augenlidödeme hervorrufen. Zudem können Shampoos *Lanolin* und *Stearylalkohol* enthalten, welche dem Dermatologen bei Allergien auf Salben und Lotionen gut bekannt sind. Kontaktdermatitiden auf *Haarfärbemittel*, klassischerweise auf Paraphenyldiamin, sind gefürchtet, da sie meist schwer verlaufen und nässende Läsionen verursachen. Die Symptome sind Pruritus der Kopfhaut, ein Ödem der Augenlider oder des Gesichts (dem Quincke-Ödem ähnlich) durch Reaktionen in benachbarten und entfernteren nicht behaarten Arealen.

Andere Haarfärbemittel verursachen manifestationsarme, schwer zu diagnostizierende Kontaktallergien mit chronischem Pruritus ohne Schuppung, welcher

nach jedem Haarfärben exazerbiert. Färbende Shampoos, die eine temporäre Kolorierung der Haare erzielen, verursachen hingegen kaum Probleme. Sogenannte «Henna»-Tatoos können Paraphenyldiamin enthalten und nach dem Urlaub zu Konsultationen wegen kontaktallergischer Reaktionen der bemalten Körperstellen führen. Nach einer solchen Reaktion ist das Färben der Haare mit paraphenyldiaminhaltigen Substanzen nicht mehr erlaubt. Es wurden Fälle einer Kontaktallergie auf Shampoos mit *Zinkpyrithion* (Squa med®) beschrieben, welche mit Aggravationen einer Psoriasis mit Psoriasis-pustulosa-Stellen am Körper assoziiert waren.

*Thioglycolate* in Dauerwellen verursachen bei Coiffeuren Berufsekzeme der Hände und sind für Endverbraucher höchstens irritativ.

Haarwachstumstimulierende Therapeutika, welche *Minoxidil* enthalten, können Nebenwirkungen wie Pruritus, Erythem, Austrocknung und eine pityriasi-forme Schuppung auslösen. Es sind aber auch echte Kontaktallergien auf das im Fertigpräparat penetra-tionsfördernde Propylenglykol möglich.

*Nickelsulfat*, zum Beispiel in Haarschmuck (Spangen), kann bei sensibilisierten Personen Ekzeme auslösen. Zu erwähnen sind auch Fälle von Kontakturtikaria nach der Anwendung von Haarkosmetika mit *Proteinhydrolysaten* (Weizen, Ei, Kollagen).

### Therapie des allergischen Kontaktekzems der Kopfhaut

In erster Linie sollte das zuständige Allergen vermieden werden. Während dies manchmal einfach zu handhaben ist, sind in schweren Fällen Abklärungen in Form von Epikutantests erforderlich. Dabei ist auf die entsprechende Verdünnung der Haarkosmetika zu achten. Zu bemerken ist, dass Paraphenyldiamin aus der Standardreihe der Epikutantests entfernt wurde und dass dieses bei Verdacht zusätzlich getestet werden muss.

### Psoriasis capillitii

Psoriasis vulgaris ist eine häufig und weltweit verbreitete Hautkrankheit. Sie tritt bei 2 bis 3 Prozent der Bevölkerung in Europa auf, wobei Männer und Frauen gleich häufig betroffen sind.

Psoriasis kann in jedem Alter vorkommen. Unterschieden werden heute 2 Psoriasistypen. Beim Typ I ist der Beginn der Krankheit vor dem 40. Lebensjahr. Die Familienanamnese ist häufig positiv und eine genetische Assoziation mit HLA-Cw6 ist nachweisbar. Der Verlauf ist schwer, ausgedehnt und chronisch. Beim Typ II beginnt die Psoriasis-vulgaris-Erkrankung nach dem 40. Lebensjahr. Die Familienanamnese ist negativ, und es besteht

keine genetische Assoziation. Der Verlauf ist chronisch-statisch, wobei die typischen Hautläsionen an wenigen Lokalisationen wie beispielsweise nur Knie oder Ellbogen auftreten können.

Bei 50 bis 80 Prozent der Psoriatiker ist die Kopfhaut befallen und kann isoliert, als einzige Manifestationsform, oder bei generalisierter Psoriasis auftreten. Die scharf umschriebene, schuppene, psoriatische Plaque liegt entweder im Kapillitium (*Abbildung 3*) oder ragt über den Haaransatz hinaus und ist an der Stirn beziehungsweise retroaurikulär oder im Nackenbereich zu beobachten. Das Auftreten von Juckreiz und Brennen ist möglich. Vor allem bei schwerer Psoriasis capillitii kann ein temporärer, meist nicht vernarbender Haarausfall vorkommen. Über ein Köbner-Phänomen, verursacht durch den Pilz *Malassezia*, wurde berichtet. Bei Kindern ist der Skalp in mehr als 50 Prozent der Fälle betroffen. Typisch dafür ist das zeltförmige Tipizeichen, aber auch die fetzenförmig ablösende Pityriasis amiantacea («Asbestfläche»).



Abbildung 3: Psoriatische Plaque im Kapillitium

### Therapie der Psoriasis der Kopfhaut

Bei starker Schuppung empfiehlt sich eine Vor- oder Mitbehandlung mit keratolytischen Substanzen (siehe oben: Therapie der seborrhoischen Dermatitis). Dazu werden zusätzlich Glukokortikosteroide und Vitamin-D<sub>3</sub>-Analoge verschrieben.

### Glukokortikosteroide

Die gute antientzündliche und immunsuppressive Wirkung der Glukokortikosteroide macht diese zu den am häufigsten eingesetzten Wirkstoffen in der typischen Therapie.

Für die Kopfhaut sind anwenderfreundliche gale-nische Formen wichtig. Geeignet sind Emulsionen, Lotionen, Tinkturen, Schäume und neuerdings Shampoos als Kurzkontakttherapie (Clobex®-Shampoo). Alkoholische Lösungen können zu Brennen und Spannungsgefühl führen, insbesondere in den ersten Behandlungstagen.

# Ichthyosen, Hyperkeratosen



Das Therapieangebot

**CARBAMID  
+VAS 0.03 CREME**

**CARBAMID  
CREME NEUE FORMEL**

**CARBAMID  
EMULSION**

**BAIN  
EXTRA-DOUX**

**CARBAMID+VAS 0.03 CREME Widmer: Zusammensetzung:** 1 g Crème enthält: Tretinoinum 0,3 mg, Ureum 120 mg, Dexpanthenolum 10 mg. **I:** Schwere Fälle von Ichthyosis vulgaris und congenitalis. Erythrodermia ichthyosiformis congenitalis. Follikuläre Hyperkeratosen. Palmar- und Plantarhyperkeratosen. Verrucae planae und vulgares. Mosaikwarzen. Schwere Fälle von Hyperkeratosen. Morbus Darier. **D:** 1–2x tgl. auftragen. **KI:** Rosacea, Ekzeme, akute Dermatitiden. In der Schwangerschaft. Bei Frauen, die eine Schwangerschaft planen. Überempfindlichkeit gegenüber den Wirkstoffen oder einem der Hilfsstoffe gemäss Zusammensetzung. **VM:** Kein Kontakt mit Augen und Schleimhäuten, übermässige Sonnenbestrahlung vermeiden. **UW:** Selten Hautreizungen. Tuben zu 30 ml und 100 ml. Liste B. **Kassenzulässig.**

**CARBAMID CREME NEUE FORMEL Widmer: Zusammensetzung:** 1 g Crème enthält: Ureum 120 mg. **I:** Behandlung von trockener spröder Haut, Erythema craquelé (Xerosis) sowie Hyperkeratosen und leichteren Formen der Ichthyosis vulgaris. Unterstützende Behandlung bei kongenitalen Ichthyosen. **D:** 1–2x tgl. auftragen. **KI:** Bekannte Überempfindlichkeit. **VM:** Kontakt mit Augen und Schleimhäuten vermeiden. **UW:** Selten Hautreizungen. Tube zu 100 ml. Liste D. **Kassenzulässig.**

**CARBAMID EMULSION Widmer: Zusammensetzung:** Ureum 80 mg/g. **I:** Trockene und schuppige Dermatosen (leichte Hyperkeratosen). Sehr raue, trockene und ekzematöse Haut. Langzeitbehandlung und Rückfallprophylaxe der Ichthyosis und Neurodermitis. **D:** 1–2x tgl. auftragen. **KI:** Bekannte Überempfindlichkeit. **VM:** Kontakt mit Augen und Schleimhäuten vermeiden. **UW:** Selten Hautreizungen. Flasche zu 150 ml. Liste D. **Kassenzulässig.**

**BAIN EXTRA-DOUX Widmer: Zusammensetzung:** 1 g Lösung enthält: Ichthyo<sup>l</sup>® hell 30 mg, Extractum chamomillae 10 mg, Guajazuleum 0,25 mg. **I:** Badezusatz für die Behandlung trockener, rauer Haut und von Juckreiz, der durch Hauttrockenheit verursacht wird. Bei Ekzemen verschiedenen Ursprungs wie z. B. Schuppenflechte und Neurodermitis. **D:** 2–3 Bäder pro Woche. **VM:** Kein Kontakt mit Augen und Schleimhäuten, übermässige Sonnenbestrahlung vermeiden. **UW:** Selten Hautreizungen. Flasche zu 250 ml. Liste D. **Kassenzulässig.**

Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz.

Louis Widmer AG, 8952 Schlieren

Dermatologica **Widmer**  
DER HAUT ZULIEBE

Louis Widmer  


[www.louis-widmer.com](http://www.louis-widmer.com)

Entsprechend ihrer Wirkstärke werden die topischen Glukokortikosteroide der Wirkklasse 1 bis 2 eingesetzt. Bei Therapieresistenz kann der eine oder andere Herd durch Infiltration geheilt werden. Die psoriatischen Prädilektionsstellen (Ellbogen, Knie, Kopfhaut) sind atrophieunempfindlich. Bei unsachgemässer oder zu langer Anwendung kann es dennoch zu Nebenwirkungen wie Atrophie, Follikulitis, Hypertrichose, Tachyphylaxie- und Reboundphänomenen, Akne des Gesichts oder Psoriasis pustulosa kommen.

### Vitamin-D<sub>3</sub>-Analoge und weitere Therapien

Diese Präparate hemmen die Proliferation, fördern die Differenzierung der Keratinozyten und wirken immunmodulatorisch. Für die Kopfhaut stehen Topika mit Calcipotriol und Tacalcitol zur Verfügung. Die Monotherapie ist wirksam bei leichtem bis mittelschwerem Verlauf. In klinischen Studien zeigte sich, dass Calcipotriol ebenso wirksam ist wie Betamethason-17-valerat 0,1%.

Neue Kombinationspräparate mit Calcipotriol und Betamethasondipropionat in einer Gelformulierung (Xamiol®) zeigen eine synergistische Wirkung.

Die Psoriasistherapie mit *Teerpräparaten* war früher etabliert. Aufgrund ihrer Karzinogenität bei unkontrollierter Daueranwendung dürfen Shampoos keinen Steinkohleteer mehr enthalten. Magistralrezepturen mit Teer werden heute nur unter sorgfältiger Abwägung des therapeutischen Nutzens verschrieben.



Abbildung 4: Lichtbehandlung der Kopfhaut bei therapieresistenter Psoriasis mithilfe eines UV-B-Kamms

Die Lichtbehandlung der Kopfhaut ist für therapieresistente und flächige Formen möglich. Die gezielte Applikation wird durch *UV-Kämme* (UV-B) erreicht (Abbildung 4). Die Anwendung erfolgt in aufsteigender Dosierung und kann zu Hause unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden.

Umschriebene Psoriasis-capilliti-Plaques können mit einem 308-nm-*Excimer-Laser* behandelt werden. ●

Korrespondenzadresse

**Dr. Marguerite Krasovec A. Rahmann**

FMH Dermatologie und Venerologie

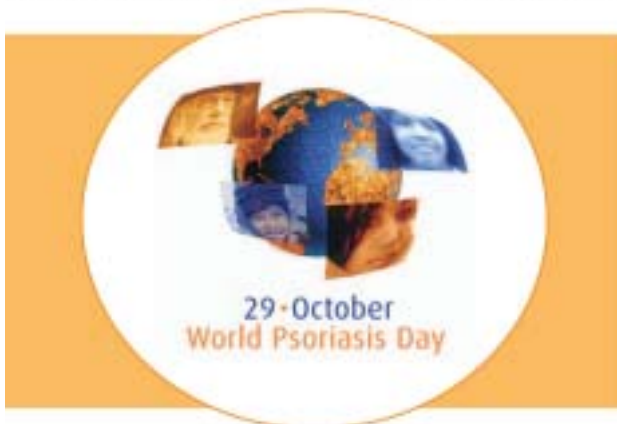
Utikonstrasse 9

8952 Schlieren

E-Mail: [dr-krasovec@bluewin.ch](mailto:dr-krasovec@bluewin.ch)

Interessenkonflikte: keine

SPVG<sup>+</sup>



SCHWEIZERISCHE PSORIASIS UND VITILIGO GESELLSCHAFT

Scheibenstrasse 20 | Postfach 1 | 3000 Bern 22 |  
Telefon 031 359 90 99 | Fax 031 359 90 98  
[info@spvg.ch](mailto:info@spvg.ch) | [www.spvg.ch](http://www.spvg.ch)

## Welt-Psoriasis-Tag WPD 2010 in der Schweiz

Mitglieder der SPVG betreuen Informationsstände am

**Samstag 30. Oktober 2010**

Aarau: Igelweid, von 10.00 bis 15.00 Uhr.

Basel: Claraplatz (beim Kiosk), 10.00 bis 16.00 Uhr

Bern: auf dem Kornhausplatz, 10.00 bis 16.00 Uhr

Genf: Place du Molard, 10.00 bis 16.30 Uhr

St.Gallen: Shopping-Center Rheinpark St. Margrethen,  
09.30 bis ca. 16.30 Uhr

Lausanne: Place de la Palud, von 08.00 bis 13.00 Uhr

Weitere Informationen auf unserer Homepage  
[www.spvg.ch](http://www.spvg.ch)

**Wir freuen uns auf ihren Besuch!**