

## Von Infektion bis seltener Manifestation

# Das Ohrekzem und seine Differenzialdiagnosen

Das äussere Ohr kann Manifestationsort einer Reihe von entzündlichen Dermatosen und ihrer Komplikationen sein (1, 2). Insbesondere sind dies verschiedene Formen des Ekzems, ferner differenzialdiagnostisch die Psoriasis sowie Mykosen und bakterielle und virale Infektionen. Doch auch seltenere Manifestationen von entzündlichen Dermatosen kommen am äusseren Ohr vor – die Differenzialdiagnosen sind breit gefächert.

PETER MAYSER

### Ekzeme

Ekzeme gehören zu den häufigsten Hauterkrankungen (3). Neben der Meidung einer möglichen Noxe und einer stadiengerechten Therapie sind Glukokortikoide zur topischen Behandlung von Ekzemen auch bei Manifestation im Ohrbereich bis heute Mittel der ersten Wahl (4, 5). In Abhängigkeit von Alter, Schwere des Ekzems und der Lokalisation sollten jedoch Glukokortikoide mit günstigem therapeutischem Index eingesetzt werden (TIX; Verhältnis zwischen objektiv erfassten, erwünschten Wirkungen und unerwünschten Wirkungen). Den besten TIX von 2,0 weisen unter den mittelstarken (Klasse II) topischen Glukokortikoiden Hydrocortisonbutyrat, Methylprednisolonaceponat und Prednicarbat auf, bei den stark wirkenden Substanzen (Klasse III) Mometasonfuroat (6).

### Atopisches Ekzem

Die klinischen Veränderungen sind abhängig vom Lebensalter (3, 7). Beim Säugling finden sich auf erythematösem Grund besonders parietal und an den Wangen weiss-gelbliche Krusten («Milchschorf»). Exsudativ «nässende» Veränderungen können das äussere Ohr einbeziehen (Abbildung 1). Meist besteht eine Superinfektion mit *Staphylococcus* (*S.*) *aureus*, die über Exoproteine und Superantigene die Ekzemreaktion provozieren können (8). Für die dann anzustrebende antiinfektive Mitbehandlung eignen sich topische Antiseptika wie Octenidin oder Chlorhexidin, schwere Verläufe erfordern eine systemische antibiotische Therapie. Topische Antibiotika sollten im Hinblick auf mögliche Resistenzentwicklung und Sensibilisierung nur kurzzeitig eingesetzt werden. Kürzlich publizierte Untersuchungen zeigten, dass auch das topische Azol-Antimykotikum Miconazol eine Wirksamkeit gegenüber *S. aureus* aufweist, interessanterweise auch gegenüber Methicillin-(MRSA-) und Fusidinsäure-resistenten Isolaten (FRSA) (9). In einer fixen Kombination mit topischen Steroiden

kann Miconazol somit eine Alternative zu Antibiotika und Antiseptika bei der Behandlung umschriebener Hautinfektionen sein, ebenso bei *S.-aureus*-medierten Exazerbationen einer atopischen Dermatitis oder anderer superinfizierter Ekzeme, da die Hautbarriere schneller restituiert wird (10).

Neben einer häufigen Superinfektion mit *S. aureus* besteht auch ein Risiko für die Entwicklung eines *Eczema herpeticatum*. Eine Ausdehnung über den ganzen Körper ist möglich, meist ist aber der Gesichtsbereich bevorzugt, ausgehend oft von einer orofazialen Infektion mit HSV Typ 1 beim Erkrankten



Abbildung 1: Atopisches Ekzem bei einem vier Monate alten Säugling, «Milchschorf» und Befall des äusseren Ohres. Im Abstrich Nachweis einer Superinfektion mit *S. aureus*.



Abbildung 2: *Eczema herpeticatum* bei einem acht Monate alten Säugling.



Abbildung 3: Airborne-Kontaktdermatitis, provoziert durch eine Hausstaubmilbensensibilisierung.

selbst oder – wie in *Abbildung 2* – von einem Herpes labialis der Mutter. Therapeutisch sind Virustatika oral oder – bei schweren Verläufen (disseminiert oder generalisiert) – intravenös angezeigt, lokal Virustatika und austrocknende Massnahmen.



Abbildung 4: Chronisches, quälend juckendes Gehörgangsekzem bei Atopie.



Abbildung 5: Akutes Kontaktexzem im Gesichtsbereich, ausgelöst durch eine Ringelblumensalbe.



Abbildung 6: Allergisches Kontaktexzem, subakut-chronisch mit Ablaufspuren; im Epikutantest Chlormethylisothiazolinon positiv.

Bei Kindern ab dem Schulalter sind bei einer Provokation durch Aeroallergene die exponierten Hautareale wie die Kopf-Hals-Region und auch das äussere Ohr besonders betroffen, oft mit Ausbildung chronischer, teilweise deutlich lichenifizierter Ekzemerde (*Abbildung 3*). Therapeutisch werden in Ergänzung zu einer Allergenmeidung/-reduktion (z.B. Tier-

haare, Hausstaubmilben) topische Glukokortikoide der Klasse II als Intervalltherapie mit Basistherapeutika sowie topische Calcineurininhibitoren (Tacrolimus, Pimecrolimus) eingesetzt.

Zu den Minimalvarianten des atopischen Ekzems im Bereich des äusseren Ohres zählen die meist superfizierte Ohrwinkelrhagade sowie das chronische Gehörgangsekzem, welches mit starkem Juckreiz verbunden ist. Klinisch zeigt sich eine vermehrte Schuppung im Gehörgang, durch Kratzexkoriationen kann auch hier eine Impetiginisierung auftreten. Gemäss der Leitlinie «Ohrenschmerzen» sollten nach Reinigung des Gehörganges bei Verdacht auf eine bakterielle Ätiologie (vorrangig *S. aureus* und *Pseudomonas aeruginosa*) lokal Kortikosteroide und Antibiotika (bei Allgemeinsymptomen systemisch) appliziert werden (11). Bei dem in *Abbildung 4* dargestellten Gehörgangsekzem fand sich im Abstrich eine *Candida*-Hefe (*C. parapsilosis*), daher wurde hier kurzzeitig eine Kombinationstherapie aus einem topischen Glukokortikosteroid und Miconazol angewendet. Miconazol deckt darüber hinaus auch mögliche bakterielle Erreger im grampositiven Bereich ab (9).

**Allergisches Kontaktekzem**

Ein allergisches Kontaktekzem resultiert aus einer Typ-IV-Immunreaktion auf niedermolekulare Allergene (Haptene), die die Hornschichtbarriere durchdringen können. Es finden sich Ekzemreaktionen im Bereich der Expositionsorte mit unscharfer Begrenzung und Streuphänomene, akut oder chronisch, in Abhängigkeit von der Häufigkeit der Exposition (3). Häufige Kontaktallergene im Bereich des Gesichtes und des äusseren Ohres sind (Beispiele):

- ▲ Nickel (Modeschmuck, Kopfhörer, Handys)
- ▲ Gummibeschichtungen (Kopfhörer, Sportbrillen, Gehörschutz)
- ▲ Duftstoffe, gegebenenfalls auch aerogen (Kosmetikartikel) (*Abbildung 5*)
- ▲ Konservierungsstoffe wie Methylisothiazolinon in Körperpflegemitteln (*Abbildung 6*)
- ▲ Acrylate (Brillengestelle)
- ▲ Haarfärbemittel (bes. Schwarz; PPD = p-Phenylendiamin) (*Abbildung 7*)
- ▲ Antibiotika in Ohrentropfen (Neomycin).

Therapeutisch indiziert sind eine adäquate Ekzemtherapie und konsequente Meidung der Auslöser. Deren Verifizierung sollte mittels leitliniengerecht ausgeführten Epikutantests erfolgen (3).

**Seborrhoisches Ekzem**

Das seborrhoische Ekzem betrifft häufig den prä- und retroaurikulären Bereich (*Abbildung 8* und *9*). Als pathophysiologisch bedeutsam wird eine veränderte Sebumzusammensetzung im Zusammenhang mit



Abbildung 7: Akutes Kontaktekzem wegen Haarfärbemittel (p-Phenylendiamin). Im Bereich des oberen Helixrandes finden sich akut nässende Ekzemherde, da hier das gefärbte (und noch allergenhaltige) Haar in direktem Kontakt mit der Haut steht.



Abbildung 8: Seborrhoisches Ekzem retroaurikulär.

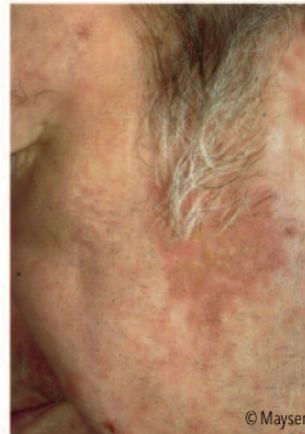


Abbildung 9: Seborrhoisches Ekzem präaurikulär und nasolabial.



Abbildung 10: Psoriasis vulgaris im Bereich des Gehörganges.

der Besiedlung durch kommensale lipophile Hefepilze der Gattung *Malassezia* diskutiert. Die topische Therapie erfolgt kombiniert antientzündlich/antimykotisch mit Kortikoiden in Cremegrundlagen oder am Kapillitium als Lösung oder Emulsion als Intervalltherapie.

### Wichtige Differenzialdiagnosen zu Ekzemreaktionen am äusseren Ohr

#### Psoriasis

Im Bereich des äusseren Ohres und des Gehörganges finden sich vornehmlich Manifestationen der Psoriasis vulgaris, oft ist dabei auch das Kapillitium



Abbildung 11: Veränderungen im Bereich der Kopfhaut und des Gehörganges.



Abbildung 12: Superinfiziertes Ohrekzem mit einem Mischbild aus Impetigo contagiosa und Ostiofollikulitis, da zum Teil folliculär gebundene Pusteln.



Abbildung 13: Akutes Erysipel.

betroffen (Abbildung 10 und 11). Behandelt wird je nach Krankheitsausprägung topisch (insbes. Vitamin-D<sub>3</sub>-Analoge, Glukokortikoide), systemisch oder mit Fototherapie, häufig in Kombination.

### Bakterielle Infektionen des äusseren Ohres

#### Impetigo contagiosa

Bei der durch Gruppe-A-Streptokokken (GAS) («kleinblasig») beziehungsweise Staphylokokken («grossblasig») ausgelösten Infektion (Abbildung 12) sollte bei Kleinkindern eine impetiginisierte Skabies ausgeschlossen werden, die aber auch durch GAS kompliziert sein kann.

Therapieempfehlungen umfassen fett-feuchte Verbände mit Antiseptika (z.B. Polihexanid-Macrogol-salbe 0,04%/0,1%, NRF 11.137) zum Ablösen der Krusten, Wäsche- und Umgebungsdesinfektion sowie bei ausgedehntem Befall orale Antibiose mit penicillinasefesten Penicillinen oder Cephalosporinen.

#### Ostiofollikulitis, Furunkel, Karbunkel

Die Erkrankung kann sich auch im Bereich der Terminalhaare des äusseren Ohres manifestieren. Therapieempfehlungen sind (11): lokale Antiseptika (Ostiofollikulitis), sonst gegebenenfalls Inzision und Drainage nach Einschmelzung, orale Antibiose mit penicillinasefesten Penicillinen oder Cephalosporinen, Suche nach Prädispositionsfaktoren (insbes. Diabetes mellitus, Immundefekte) sowie sorgfältige Haut- und Kleiderhygiene.

#### Erysipel

Meist ist eine Eintrittspforte vorhanden, zum Beispiel im Bereich des äusseren Ohres in Form kleiner Verletzungen oder Kratzexkoriationen. Das äussere Ohr ist gerötet, überwärmt, es bestehen hohes Fieber, Schüttelfrost und allgemeines Krankheitsgefühl (Abbildung 13). Ausnahmen sind rezidivierende Formen mit oft abgeschwächter Klinik, aber mit dem Risiko

des chronischen Lymphödems durch Obliteration der Lymphwege («Elephantiasis nostras») (Abbildung 14). Eine systemische antibiotische Therapie, gegebenenfalls mit antiphlogistischen Massnahmen, ist angezeigt (11).

### Superfizielle Mykosen (Dermatomykosen) (12)

Anthropophile Erreger wie *T. rubrum* können gelegentlich wenig entzündliche Dermatophytosen im Bereich des äusseren Ohres verursachen, insbesondere wenn unter einer Ekzemiendiagnose mit Glukokortikoiden vorbehandelt wurde. Infektionsquellen sind Mykosen im Bereich der Hände beziehungsweise der Fingernägel, die ebenso behandelt werden müssen. Bei zoophilen Arten wie *T. mentagrophytes* oder *M. canis* finden sich im sogenannten Schmusetierbereich oft die typischen scheibenförmigen, elevierten Erytheme mit randbetonter Schuppung (Abbildung 15 bis 18). Das Tier als Infektionsquelle kann ein asymptomatischer Überträger sein.

Therapeutisch angezeigt sind bei unkomplizierten Formen topische Antimykotika, bei deutlicher Entzündung initial eine Kombinationstherapie aus einem topischen Glukokortikosteroid und Miconazol. Bei ausgedehnten Mykosen sowie Versagen einer topischen Therapie ist eine systemische Therapie (insbesondere mit Terbinafin) indiziert (10, 12).

### Erkrankungen der Talgdrüsenfollikel

#### Rosazea

Sowohl Rosacea papulopustulosa als auch Rosacea erythemato-teleangiectatica und glandulär-hyperplastische Rosazea können im Bereich des Ohres auftreten. Abbildung 19 zeigt eine Rosacea papulopustulosa. Eine Auslösung durch topische Steroide («Steroidrosazea») sollte erfasst werden. Seltener ist das Otophym als Pendant des Rhinophyms. Die Therapie umfasst das Vermeiden von Triggerfaktoren, topisch Metronidazol in Gel- oder Cremegrundlage,



Abbildung 14: Chronisches Erysipel mit Zeichen des Lymphödems.



Abbildung 15: Tinea im Bereich des äußeren Ohres; Erreger: *T. rubrum*.



Abbildung 16: Tinea unter Einbeziehung des linken Ohres. Ausgangspunkt Tinea manus (Abbildung 17), Erreger: *T. rubrum*.

alternativ Azelainsäure, Adapalen, Permethrin, topische Antibiotika, Brimonidin, Ivermectin, gegebenenfalls systemische Antibiotika (Doxycyclin: Mittel der ersten Wahl) beziehungsweise Retinoide oder auch operative Massnahmen.

### Provokationen durch physikalische Reize

#### Fototoxische Reaktionen

Fototoxische Reaktionen, insbesondere durch Medikamente, sind häufiger als fotoallergische Reaktionen (13) (Abbildung 20). Therapiemaßnahmen sind das Absetzen des Auslösers und topische Glukokortikoide, bei ausgeprägten Reaktionen gegebenenfalls in Kombination mit oralen Glukokortikoiden.

#### Polymorphe Lichtdermatose

Nach starker UV-Bestrahlung (meist UV-A, selten UV-B) der ungebräunten Haut im Frühling oder in den Ferien kommt es mit einer Latenz von Stunden bis Tagen in den lichtexponierten Arealen zu stark juckenden Erythemen, Papeln, Papulovesikeln, Plaques, Hämorrhagien oder Blasen (Abbildung 21 und



Abbildung 17: Tinea manus.



Abbildung 18: Tinea durch einen zoophilen Erreger (*T. mentagrophytes*)



Abbildung 19: Rosacea papulopustulosa

22). Bei Rezidiven findet sich wiederkehrend der gleiche Effloreszenzentyp beim einzelnen Individuum. Therapeutisch eingesetzt werden topische Glukokortikoide, UV-Schutz (UV-A-Filter, Kleidung und Verhaltensänderung) sowie Licht-«Hardening» durch präseasonale repetitive unterschwellige Bestrahlung. Beim differenzialdiagnostisch zu erwähnenden Lupus erythematoses zeigt Letzterer eine längere Latenz nach Sonnenexposition bis zur Manifestation (1 bis 3 Wochen) und langsamere Rückbildung über Wochen bei Meidung der Sonne (Abbildung 23 und 24).

#### Kälte

Pernionen (Frostbeulen) sind gekennzeichnet durch symmetrische, knotenförmige oder papulöse, bläulich-rötliche Schwellungen, meist akral (Abbildung 25), die bei Erwärmung jucken, brennen und schmerzen können, beruhend auf einem Zusammenspiel von



Abbildung 20: Fototoxische Dermatitis (Doxycyclin).



Abbildung 21 und 22: Polymorphe Lichtdermatose vom Ekzemtyp.



Abbildung 23: Diskoider Lupus erythematosus.



Abbildung 24: Akuter oder subakuter kutaner Lupus erythematosus (Rowell-Syndrom).



Abbildung 25: Pernionen.

vegetativ gestörter Gefäßfunktion mit niedrigen Temperaturen oft wenig über 0 °C. Therapiemaßnahmen sind Kälteschutz und kurzzeitig topische Glukokortikosteroide.

**Fazit**

Das äussere Ohr ist einer Vielzahl möglicher Noxen ausgesetzt. Entzündliche Dermatosen im Bereich des Ohres erfordern daher eine breite dermatologische Differenzialdiagnostik, die lokale Manifestationen von erregerbedingten und allergisch-toxischen Reaktionen umfasst, aber auch spezifische Manifestationen von Systemerkrankungen. ▲

Dieser Artikel erschien zuerst in der Zeitschrift «Haut» 6/17. Die Veröffentlichung erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Autor und Verlag.

**Prof. Dr. Peter Mayser**  
 Hofmannstrasse 11  
 D-35444 Biebertal  
 E-Mail: peter.mayser@derma.med.uni-giessen.de

**Literatur:**

- Oztürkcan S, Oztürkcan S: Dermatologic diseases of the external ear. Clin Dermatol 2014 Jan-Feb; 32(1): 141-152.
- Krahl D: Chronische Otitis externa aus dermatologischer Sicht. Laryngo-Rhino-Otol 1992; 71: 644-648.
- Fölster-Holst R, Sperl A, Albrecht T et al.: Basis for the treatment of eczematous diseases in otorhinolaryngology. HNO 2017 Jul 10. doi: 10.1007/s00106-017-0383-3.
- Garbe C, Wolf G: Topische Therapie. In: Braun-Falcos Dermatologie, Venerologie und Allergologie (Hrsg.: Plewig, Landthaler, Burgdorf et al.), Springer-Verlag 2012., S. 1853-1879.
- Abeck D: Topische Kortikosteroide in der dermatologischen Praxis. Hautnah Dermatologie 2014; 30: 24-28.
- Luger T et al.: Topical skin therapy with glucocorticoids - the therapeutic index. J Dtsch Dermatol Ges 2004; 2: 629-634.
- Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W et al.: S2k guideline on diagnosis and treatment of atopic dermatitis - short version. J Dtsch Dermatol Ges 2016 Jan; 14(1): 92-106.
- Wollina U: Microbiome in atopic dermatitis. Clin Cosmet Investig Dermatol 2017 Feb 22; 10: 51-56.
- Nenoff P, Koch D, Krüger C et al.: New insights on the antibacterial efficacy of miconazole in vitro. Mycoses 2017 Aug; 60(8): 552-557.
- Mayser P: Treatment of dermatoses: Significance and use of glucocorticoids in fixed combination with antifungals. Hautarzt. 2016; 67(9): 732-738.
- S2k-Leitlinie Ohrenschermerzen (2014); <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/III/053-009.html>; Abruf am 25.9.2017.
- Mayser P: Mykosen. In: Braun-Falcos Dermatologie, Venerologie und Allergologie (Hrsg.: Plewig, Landthaler, Burgdorf et al.), 6. Auflage, Springer-Verlag 2012, S. 243-279 (7. Auflage in Druck).
- Schauder S: Wenn Arzneimittel und Licht unverträglich sind. Pharmazeutische Zeitung online <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=29754>; Zugriff am 3.10.2017.