

# Windeldermatitis – vielen Babys und Eltern bekannt

Fast die Hälfte aller Kinder leidet einmal im Leben an einer Windeldermatitis. Die beste Prävention ist der regelmässige Wechsel superabsorbierender Windeln. Hauptpfeiler der Behandlung sind eine sorgfältige Hautpflege und ein konsequenter Hautschutz.

**B**ei der Windeldermatitis handelt es sich um eine irritative (kumulativ-toxische) Kontaktdermatitis. Fast die Hälfte aller Kinder leidet einmal in ihrem Leben an einer Windeldermatitis, insbesondere Atopiker sind aufgrund der verminderten Hautbarrierefunktion besonders anfällig. Beide Geschlechter und alle Rassen sind gleich häufig betroffen. Mit dem Beginn der Dermatose ist zwischen der 3. und 12. Lebenswoche zu rechnen. Das Inzidenzmaximum liegt zwischen dem 9. und 12. Lebensmonat. Dieselbe Dermatose kann aber auch bei älteren Kindern und Erwachsenen mit Inkontinenzproblemen beobachtet werden. Wie der Begriff Windeldermatitis bereits impliziert, tritt eine meist scharf auf den Windelbereich begrenzte Entzündungsreaktion der Haut mit erythematösen Papeln und scharf begrenztem Erythem auf. Eine Akzentuierung der Rötung wird insbesondere im Bereich der direkten Auflagefläche der Windeln

von Dr. med. Suzanne Freund

beobachtet, das heisst Labien bei den Mädchen, Penisspitze (Frenulum oder glans penis) und Skrotum bei den Knaben sowie medialer Glutealbereich (vgl. *Abbildung 1*). Bei schweren Verläufen treten zudem Erosionen bis zu ausgestanzt wirkenden Ulzera auf. Die Kinder verspüren Juckreiz und ein Brennen mit Akzentuierung der Symptome bei Urin- oder Stuhlkontakt.

## Pathogenese

Die Windeldermatitis ist bedingt durch die Interaktion verschiedener Faktoren (vgl. *Tabelle 1*). Durch den Okklusionseffekt der Windeln und die Inkontinenz kommt es zu einer Hyperhydratation der Epidermis. Dies hat eine Mazerierung und damit Störung der Barrierefunktion der Haut zur Folge. Die erhöhte transepidermale Permeabilität macht die Haut zudem für verschiedene Irritantien anfälliger. Möglicherweise ist auch die mechanische Irritation durch die Reibung der Windel der initiale Faktor, der den ersten Defekt im Bereich der Epidermis verursacht. Die geschädigte Hautbarriere wird im weiteren durch die im Stuhl vorhandenen Proteasen und Lipasen, sowie die von diversen fäkalen Bakterien produzierten Ureasen irritiert und ein inflammatorischer Effekt wird ausgelöst. Ein erhöhter pH-Wert führt zu einer vermehrten Aktivierung der Enzyme. Fäkalische Enzyme erhöhen unter anderem auch die Permeabilität der Haut und bieten somit ein zusätzliches Potenzial für die Empfänglichkeit anderer irritativer Stoffe im Windelklima. Gallensalze beispielsweise verstärken den durch die Enzyme induzierten Hautschaden.

Die gestörte Hautbarriere begünstigt zudem die kutane Kolonisierung durch Mikroorganismen. Es sind vor allem Infektionen mit *Candida albicans* und *Staphylococcus aureus*, die eine Triggerung der Entzündungsreaktion verursachen.

## Differenzialdiagnosen

Bei Hautreaktionen im Windelbereich müssen differenzialdiagnostisch diverse Dermatosen, Infektionen oder Mangelzustände in Erwägung gezogen werden (vgl. *Tabelle 2*). Sowohl die seborrhoische Dermatitis (vgl. *Abbildung 2*) als auch die atopische Dermatitis können sich als Erstmanifestation ausschliesslich wie eine Windeldermatitis präsentieren und lassen sich klinisch auch nicht davon unterscheiden. Bei hartnäckigem Verlauf



*Abbildung 1: Windeldermatitis im erosiven Stadium bei einem schwarzen Kind, Hauttyp VI*

### Tabelle 1: Pathogenese

- Hydratation
- Friktion
- Urin
- Faeces
- Mikroorganismen



Abbildung 2: Seborrhoisches Ekzem im Windelbereich

muss an eine Superinfektion vor allem mit *Candida* (vgl. Abbildung 3) gedacht werden. Bei einem Rezidiv unter optimalem Management muss an ein kontaktallergisches Geschehen gedacht und dies mittels Epikutant- und/oder Patchtest gesucht werden. Bei therapieresistenten und atypischen Verläufen sollte auch an seltene Differenzialdiagnosen gedacht werden.

### Prävention und Therapie

Die beste Prävention um eine Windel-dermatitis, ein Rezidiv oder eine sekundäre Besiedelung etwa mit *Candida albicans* zu verhindern, ist der regelmässige Windelwechsel (alle 2–3 Stunden). Farblose Windeln mit superabsorbierender Wirkung (z.B. Huggies®, Pampers®) sollten zur Anwendung kommen. Der stundenweise Verzicht auf das Anlegen einer Windel ist sinnvoll. Um ein kontaktallergisches Geschehen zu verhindern oder zu eliminieren, empfiehlt es sich, die Haut mit neutralen und reissfesten Reinigungstüchern (z.B. Windeleinlagen von Milette®), die mit lauwarmem Wasser angefeuchtet werden, zu reinigen. Die viel gepriesenen, gerne verwendeten und gut riechenden Feuchttücher beinhalten leider verschiedene potenzielle Kontaktallergene.

Wichtig ist nach der Reinigung, die Haut trocknen zu lassen und eine lokale Hautpflege, welche die Hautbarriere unterstützt, das heisst pflegt und vor Nässe und irritativen Stoffen schützt, zu etablieren. Je nach Klinik ist die Wahl der Dermatika hinsichtlich ihrer Galenik sehr wichtig. Im erosiv-exudativen Stadium sollten in erster Linie adstringierend wirkende Substanzen zum Einsatz kommen. Dies beinhaltet feuchte Umschläge für 10 bis 15 Minuten mit Kupferzinklösung (Aqua Dalibouri®),

Schwarztee oder synthetischen Gerbstoffen (z.B. Tannosynt®-Lösung verdünnt mit Wasser 1:10000).

Anschliessend bedarf es einer schützenden Pflege mit hydrophilen Cremepasten wie zum Beispiel Zincream®, Imazol®-Cremepaste, Oxyplastine®, Multilind®-Heilpaste. Bei den beiden letztgenannten Produkten muss das erhöhte kontaktallergische Potenzial verschiedener Inhaltsstoffe berücksichtigt werden.

Im nicht exudativen Stadium sollten zum Schutz der Haut vor Feuchtigkeit Pasten (vgl. Tabelle 3) oder ein synthetischer Hautfilm (z.B. 3M Cavilon®) verwendet werden. In therapieresistenten Fällen mit ausgeprägter entzündlicher Komponente können zusätzlich Hydrocortisonexterna,



Abbildung 3: Superinfektion mit *Candida*, ausgedehnte Streuung

Tabelle 2:

	Differenzialdiagnosen	Unterscheidungshilfe zur WD
häufig:	Intertrigo	HV auf sich berührende Hautflächen begrenzt; meist auch HV in grossen Hautfalten
	<i>Candida</i> -Infektion	erythematöse Papeln in der Umgebung (Satelliten)
	seborrhoisches Ekzem	HV wie Milchschorf und in Schweissrinnen, Häufigkeitsgipfel in den ersten 3 Lebensmonaten
	atopisches Ekzem	positive FA, Milchschorf, Prädilektionsstellen: Gesicht, oberer Stamm
selten:	Psoriasis vulgaris/inversa	typ. HV auch am übrigen Integument, positive FA
	allergische Kontaktdermatitis (z.B. Farbstoffe der Windeln wie Blau, Pink, Grün)	Ausdehnung der HV über Windelbereich hinaus
	Streptokokkendermatitis (beta-hämalyisierend, Gruppe A)	HV v.a. perianal lokalisiert
	primäre Herpes-simplex-Infektion	akute Eruption, einhergehend mit Malaise und Fieber
	kongenitale Syphilis	rotbraune Maculae im Windelbereich, Extremitäten inkl. palmoplantar, Gesicht v.a. perioral
	Langerhans-Zellhistiozytose	intertriginöse HV, Skalp v.a. retroaurikulär; meist nach 3. Lebensmonat
	Genodermatosen (Wiskott-Aldrich-Syndrom, usw.)	s. entsprechende Dermatosen
	infantile gluteale Granulome	rot-livide ovale Knoten in den Konvexseiten der Windelregion, v.a. während 4.–9. Lebensmonat
	Zinkmangel (Acrodermatitis enteropathica) bei FG oder Genodermatose	HV auch bei Akren und anderen Körperöffnungen; Beginn meist nach Abstillen
	perianale Dermatitis	HV um Anus. Beginn meist in den ersten 8 Lebenstagen

WD = Windel-dermatitis; HV = Hautveränderungen; FA = Familienanamnese; FG = Frühgeburt

Tabelle 3:  
Massnahmen und Therapie der Windeldermatitis

Allgemeine Massnahmen	häufiger Windelwechsel supraabsorbierende und ungefärbte Windeln
Reinigung	lauwarmes Wasser unparfumierte, neutrale Tücher
Schutz/Basistherapie	z.B. 3M Cavidon® Zincream®, Oxyplastine®
Adstringierende Substanz	z.B. Aqua Dalibouri®, Tannosynt®-Lösung
Antimikrobielle Substanz	z.B. Imazol®-Cremepaste, Multilind®-Heilpaste Fucidin®-Crème
Steroide	* Klasse 1: z.B. Hydrocortison (z.B. Alfacorton®-Creme) * Klasse 2: z.B. Prednicarbat (z.B. Emovate®-Creme)

gelegentlich auch nicht fluorierte Glukokortikoide der Klasse 2 für wenige Tage, ein- bis zweimal pro Tag, appliziert werden. Potentere Cortisonexterna sollten wegen dem Okklusionseffekt der Windeln und der entsprechend erhöhten Resorptionstendenz nicht eingesetzt werden.

Sekundärinfektionen mit *Candida albicans* können problemlos mittels lokaler Therapie mit Imazol-Derivaten (z.B.

Imazol®-Cremepaste) oder nystatinhaltigen Produkten (z.B. Multilind®-Heilpaste) behandelt respektive verhindert werden. Eine Besiedelung mit *Staphylococcus aureus* bedarf einer lokalen Therapie mit dem Antibiotikum Fucidin (z.B. Fucidin®-Crème).

Durch diätetische Massnahmen lässt sich der pH-Wert im Urin und im Stuhl beeinflussen. Ein erhöhter pH-Wert im

Stuhl wird unter anderem bei mit Kuhmilch ernährten Kindern beobachtet. Bei gestillten Kindern tritt die Windeldermatitis deutlich seltener auf, da der pH-Wert im Stuhl niedriger bleibt und damit auch eine tiefere Aktivität der fäkalen Enzyme nachgewiesen werden kann. Durch die Gabe von Preiselbeersaft (120–160 ml/Tag) kann der pH-Wert im Urin gesenkt werden.

Die Optimierung der kutanen Integrität ist für die Behaglichkeit und das Wohlergehen des Kindes von grosser Bedeutung. Nicht zuletzt ist eine intakte Hautbarriere ein entscheidendes psychologisches Moment für die Eltern. ☺

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Suzanne Freund-Kissling  
Oberärztin, Dermatologisches Ambulatorium  
des Stadtspitals Triemli  
Herman Greulich-Strasse 70  
8004 Zürich  
Tel. 044-298 89 20  
E-Mail: suzanne.freund@triemli.stzh.ch