

Josef Smolle

Frank H. Mader

Beratungsproblem Haut

Diagnostik, Therapie und Pflege im Praxisalltag

2., vollständig überarbeitete Auflage

Josef Smolle
Frank H. Mader

Beratungsproblem Haut

Diagnostik, Therapie und Pflege im Praxisalltag

2., vollständig überarbeitete Auflage

Mit 85 Farabbildungen und 110 Fallbeispielen

Professor Dr. Josef Smolle

Universitätsklinikum Graz
Klinik für Dermatologie und Venerologie
Auenbruggerplatz 8, 8036 Graz, Österreich

Professor Dr. Frank H. Mader

Talstr. 3, 93152 Nittendorf

ISBN 3-540-21185-3 2. Auflage
Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag.

Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2001, 2005

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Hinrich Küster

Projektmanagement: Sylvia Kröning

Lektorat: Petra Rand, Münster

Design: deblik Berlin

SPIN: 10944684

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg

Druck: Stürtz AG, Würzburg

*Meinen Eltern,
meiner Frau
und unseren Kindern
J.S.*

Vorwort zur 2. Auflage

Die Medizin in der westlichen Welt scheint sich derzeit an einer Weggabelung zu befinden: Einerseits führen technischer Fortschritt und Zunahme des Wissens zu weiterer Spezialisierung, sodass immer mehr Ärzte über ein immer kleineres Spezialgebiet immer besser Bescheid wissen. Andererseits wünschen die Patienten mehr als je zuvor einen *kompetenten Hausarzt*, der für sie medizinischer, darüber hinaus aber auch menschlicher Ansprechpartner sein soll.

Damit kommt dem Hausarzt im Gesundheitswesen eine zentrale Bedeutung zu.

Robert N. Braun hat mit seinen Arbeiten wesentliche Voraussetzungen für eine berufstheoretisch orientierte Aus- und Weiterbildung geschaffen. Er erkannte als Erster, dass in Allgemeinpraxen, die in vergleichbarem sozialem Umfeld angesiedelt sind, ganz bestimmte Symptom- und Beschwerdebilder stets in ähnlicher Häufigkeitsverteilung auftreten (*Fälleverteilungsgesetz*). Ferner stellte sich heraus, dass nur ein Bruchteil der auftretenden Beschwerde- und Symptomkonstellationen einer wissenschaftlich-diagnostischen Erkennung im Sinne der Spezialfächer (»Diagnose«) zugeordnet werden kann.

Letztere Tatsache bringt manche Praktiker in den ersten Jahren nach Beendigung der klinischen Weiterbildung in Schwierigkeiten. Häufige Verlegenheitslösungen sind die Folge: »gewaltsame« Zuordnung zu einer klassischen Entität, Einordnung als »funktionelle« bzw. »psychosomatische« Störung oder aber der bewusste Verzicht auf jegliche diagnostische Zuordnung aus der Erfahrung heraus, dass meistens »ohnehin nichts passiert«.

Die entscheidende Aufgabe in der *Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin* sollte darin bestehen, vor dem Hintergrund des Gesamtwissens der Medizin und der spezifischen Erfahrungsbedingungen des Hausarztes bereits dem *Jungarzt* jenes berufstheoretische und berufspraktische Rüstzeug an die Hand zu geben, mit dem er den Fortschritt der Medizin adäquat, kompetent und gezielt seinen Patienten zukommen lassen kann.

Vor allem der langjährig niedergelassene Hausarzt, der an der vordersten Front der medizinischen Versorgung arbeitet, wird ein solches Fortbildungskonzept begrüßen und mit Gewinn in seinem ärztlichen Handeln umsetzen. Es ermöglicht ihm, die Erfahrungen und Beobachtungen aus der täglichen Praxis mit dem Wissenshorizont des Spezialisten und dem originären berufstheoretischen Überbau der angewandten Heilkunde zu verbinden.

Vor diesem Hintergrund haben wir das Buch geschrieben.

Wir wünschen uns, dass unser Buch ein wenig dazu beiträgt, die vom Patienten geschilderten Beschwerden und die von ihm gezeigten Symptome (*Beratungsprobleme*) meist ohne aufwändige technische Hilfsmittel, aber auch in *gezielter Zusammenarbeit mit dem Spezialisten* zu bewerten, das weitere Vorgehen festzulegen, *mögliche abwendbar gefährliche Verläufe und Komplikationen* kritisch im Auge zu behalten und dadurch dem Patienten letztlich eine situationsgerechte, auf ihn und sein Beschwerdebild abgestimmte *Beratung und Therapie* zu bieten oder zu vermitteln.

Es ist durch die jahrelange Kooperation in Fachpublizistik und Fortbildung zwischen einem klinisch tätigen Facharzt für Dermatologie und einem Facharzt Allgemeinmedizin

mit langjähriger Praxiserfahrung, die beide in die universitäre Lehre eingebunden sind, entstanden. Das Buch soll kein systematisches Lehrbuch der Dermatologie, von denen es viele ausgezeichnete gibt, sein. Es stellt das Beratungsproblem »Haut« dar, wie es sich für den Hausarzt präsentiert.

Das Grundkonzept hat sich bewährt und wurde auch in der 2. Auflage beibehalten. Es besteht darin, dem Hausarzt (Allgemeinarzt, praktischer Arzt, hausärztlich tätiger Internist und Kinderarzt) ein klar strukturiertes und einfach anzuwendendes Hilfsmittel an die Hand zu geben, mit dem er rasch und gezielt die unterschiedlichsten Hautprobleme seiner Patienten einzuschätzen, zu beurteilen, zu behandeln oder in Zusammenarbeit mit dem Spezialisten langfristig zu versorgen vermag.

Das Buch gliedert sich in zwei Teile: der *erste Teil* beschreibt den Praxisalltag. Hier werden das diagnostische Vorgehen in der Allgemeinpraxis, die subjektive Sicht des Patienten mit Hautproblemen, allgemeine Aspekte von Haut und Gesundheit sowie die Grundzüge der Therapie von Hautkrankheiten besprochen. Nachdem heute die meisten Patienten durch diverse Medien viele neue Entwicklungen vom Hörensagen kennen, wird auch auf diagnostische und therapeutische Entwicklungen eingegangen, die nicht zum Versorgungsauftrag einer Allgemeinpraxis gehören, deren Kenntnis jedoch dem Hausarzt bei der Beratung seiner Patienten und in der Zusammenarbeit mit dem dermatologischen Spezialisten von Nutzen sein werden.

Im *zweiten Teil* werden die aufgrund fällestatistischer Untersuchungen in der Allgemeinmedizin als regelmäßig häufig erkannten Beratungsergebnisse und Beschwerdebilder besprochen. Dabei wird für jedes Krankheitsbild in systematischer Weise die Präsentation von Seiten des Patienten ebenso dargestellt wie die Möglichkeiten des abwartenden Offenlassens und die Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe. Ferner werden die *grundsätzlichen Behandlungsstrategien* sowie die Notwendigkeit einer *differenzierten Behandlung* in Relation zum erwarteten *Spontan- oder Selbstheilungsverlauf* erörtert. Ausführlich wird auch auf *Allgemeinmaßnahmen* eingegangen, die der Arzt im Rahmen des Beratungsgesprächs seinen Patienten empfehlen kann.

Der berufstheoretisch geschulte Allgemeinarzt vermeidet den »Zwang zum Diagnosestellen« und geht von der Realität aus. Konsequenterweise klassifiziert er daher jedes Beschwerdebild entweder als *Symptom*, als *Symptomenkomplex*, als *Bild einer Krankheit* oder als exakte Diagnose. Als *Symptom (A)* zu klassifizieren sind etwa »Juckreiz« oder »makulopapulöses Exanthem«. Treten mehrere Symptome in regelmäßigem Zusammenhang auf, etwa »Fieber, Lymphknotenschwellung und kleinfleckiges Exanthem«, so ist die Klassifikation als *Symptomenkomplex (B)* »fieberhafter Infekt mit Exanthem« angezeigt. Vom *Bild einer Krankheit (C)* spricht man dann, wenn die klinischen Zeichen typisch für eine bestimmte diagnostische Entität sind, der definitive Beweis – z. B. Erregernachweis oder histologischer Befund – jedoch aussteht oder nicht notwendig ist. Beispiele wären interdigitale Schuppung und Mazeration an beiden Füßen als »Bild einer Epidermomykosis pedum« oder erythematosquamöse Plaques an den Streckseiten der Extremitäten und am Kapillitium als »Bild einer Psoriasis«.

Der gehärtete Diagnosebegriff sollte ausschließlich jenen Fällen vorbehalten bleiben, bei denen die *Diagnose (D)* bewiesen ist: z. B. »Phthiriasis pubis«, wenn Filzläuse an den Schamhaaren zu sehen sind oder »malignes Melanom«, wenn dies durch den histologischen Befund bestätigt worden ist.

Damit der Diagnosebegriff nicht über Gebühr strapaziert oder unkorrekt gebraucht wird, werden alle Klassifikationsresultate der Bereiche A, B, C und D zusammen als *Beratungsergebnis* bezeichnet.

Durch das gesamte Buch hindurch ziehen sich *110 konkrete Fallbeispiele*, die mit dem Ziel kommentiert sind, auf entscheidende Aspekte nicht bloß des Krankheitsbildes, sondern auch des persönlichen Erlebens durch Arzt und Patient hinzuweisen. Zahlreiche Tipps, Merksätze, Checklisten, Rezepturempfehlungen und Ratschläge sollen der Alltagstauglichkeit dienen und zusammen mit dem großzügigen Layout das Lesevergnügen fördern.

Ein »Hautbuch« lebt nun mal von Abbildungen: Diese sind durchweg farbig, großformatig und stammen einheitlich aus der dermatologischen bzw. hausärztlichen Praxis. Aus didaktischen Gründen wurden möglichst Abbildungen mit Frühformen anstelle von exotischen Bildern oder Raritäten bevorzugt.

Die 2. Auflage wurde vollständig überarbeitet und um zahlreiche Abbildungen erweitert, u. a. um die Kapitel Dermatoskopie, spezifische Immuntherapie bei Tumoren, Candida-Dermatitis, Insektenstiche, hereditäres Angioödem, Strophulus, Prurigo chronica, Hautveränderungen bei Sepsis und Epithelzysten (»Atherome«).

Erstmals werden in diesem Buch den medikamentösen Therapieempfehlungen nicht nur die betreffenden *Arzneistoffe*, sondern auch die *handelsüblichen Arzneimittel* zugeordnet. Eine alphabetische Zusammenstellung dieser Spezialitäten im Anhang erleichtert den gezielten Umgang mit ihnen.

Bedanken möchten wir uns bei jenen Expertinnen und Experten, die uns bei einschlägigen Fragen beraten und bei der Überarbeitung einzelner Abschnitte geholfen haben: Univ.-Prof. Dr. Gabriele Ginter in Mykologie, Univ.-Prof. Dr. Birger Kränke in Allergologie, Univ.-Prof. Dr. Robert Müllegger bezüglich bakterieller Erkrankungen, OA Dr. Michael Horn hinsichtlich operativer Verfahren, Univ.-Prof. Dr. Daisy Kopera zur Lasertherapie und zu kosmetischen Problemen, OA Dr. Wolfgang Salmhofer bei phlebologischen und angiologischen sowie dermatoonkologischen Abbildungen, schließlich OA Dr. Andreas Pileger von der Grazer Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde betreffend Neurodermitis.

Wir danken ferner Frau Maria Schmidmeier für die redaktionellen Arbeiten, den Fotografen der Grazer Hautklinik, namentlich Herrn Werner Stieber und Frau Silke Schweighart, schließlich Herrn Hinrich Küster vom Springer-Verlag, dessen Engagement die großzügige Ausstattung auch der 2. Auflage zu verdanken ist, sowie Frau Petra Rand für das gewissenhafte Lektorat und Frau Meike Seeker für die professionelle und termingerechte Herstellung. Ein besonderer Dank gilt Herrn Apotheker Helmut Müßig, Regensburg, für die Überprüfung des umfangreichen Arzneimittelverzeichnisses.

Im Voraus bedanken wir uns bei allen Lesern für ihre Aufgeschlossenheit gegenüber dieser neuen publizistischen und inhaltlichen Konzeption. Wir freuen uns auch bei dieser 2. Auflage über jede Art von Anregungen, Kritik oder Änderungsvorschlägen.

Josef Smolle, Frank H. Mader
Graz/Nittendorf, Juli 2004

Inhaltsverzeichnis

1 Der Praxisalltag		1.5.4	Erwachsenenalter	38
		1.5.5	Hohes Lebensalter	39
1.1 Wie äußern sich Erkrankungen der Haut?	3	1.6 Umwelteinflüsse		41
1.1.1 Objektive Zeichen	3	1.6.1 Jahreszeit und Klima	41	
1.1.2 Subjektive Symptome	14	1.6.2 Sonnenbestrahlung	43	
1.2 Untersuchung eines Patienten in der Praxis	18	1.6.3 Ernährung	49	
1.2.1 Gesprächseröffnung und Aspekt	18	1.6.4 Kleidung	51	
1.2.2 Minimale direkte Diagnostik, Basis der Kennerschaft	19	1.6.5 Chemische und physikalische Schäden durch Umweltverschmutzung	52	
1.2.3 Erste Einschätzung	20	1.7 Subjektives Erleben von Hauterkrankungen		54
1.2.4 Gezielte Inspektion, erweiterte Befragung, Berücksichtigung der wichtigsten abwendbar gefährlichen Verläufe	20	1.7.1 »Allergievorstellungen«	54	
1.2.5 Diagnostische Zuordnung (Beratungsergebnis)	21	1.7.2 »Das muss richtig herauskommen!«	55	
1.2.6 Planung des weiteren Vorgehens	21	1.7.3 »Etwas vom Essen nicht vertragen«	55	
1.2.7 Abwartendes Offenlassen	22	1.7.4 »Können das die Nerven sein?«	55	
1.2.8 Abwendbar gefährliche Verläufe	22	1.7.5 »Unreinheit und Ansteckung«	56	
1.3 Weiterführende Untersuchungen	24	1.7.6 »Woher kommt das?«	57	
1.3.1 Dermatoskopie	24	1.7.7 »Wie entsetzlich sehe ich aus!«	58	
1.3.2 Dermatohistologie	24	1.7.8 »Muss ich sterben?«	59	
1.3.3 Erregernachweise	26	1.7.9 »Ist das heilbar?«	59	
1.3.4 Immunologische Untersuchungen	28	1.8 Behandlung von Hautkrankheiten		61
1.3.5 Allergietests	28	1.8.1 Allgemeine Maßnahmen	61	
1.4 Hauttyp und regionale Unterschiede	31	1.8.2 Lokalthherapie	63	
1.4.1 Pigmentierungstyp	31	1.8.3 Systemische Therapie	71	
1.4.2 Seborrhö und Sebstase	31	1.8.4 Intraläsionelle Therapie	76	
1.4.3 Regionale Unterschiede	32	1.8.5 Phototherapie	76	
1.5 Haut in Abhängigkeit vom Lebensalter	35	1.8.6 Strahlentherapie	78	
1.5.1 Neugeborenen- und Säuglingsalter	35	1.8.7 Operative Therapie	78	
1.5.2 Klein- und Schulkindesalter	37	1.8.8 Therapeutische Grundsätze	82	
1.5.3 Jugendalter	38	1.8.9 Selbstheilungskräfte der Natur	82	
		1.9 Neue Entwicklungen in der Dermatologie		84
		1.9.1 Zytokintherapie	84	
		1.9.2 Modulation der T-Zell-Balance	84	
		1.9.3 Spezifische Immuntherapie bei Tumoren	85	

1.9.4	Immuntoleranzinduktion bei Autoimmunkrankheiten	85	2.5	Skabies, Pedikulose und andere Arthropodenreaktionen . .	140
1.9.5	Antimikrobielle Peptide	86	2.5.1	Skabies	140
1.9.6	Gentherapie bei Erbkrankheiten	86	2.5.2	Pedikulose	142
1.9.7	Teledermatologie	86	2.5.3	Insektenstichreaktionen	143
			2.5.4	Borreliose	145
2	Die Fälle – klassifiziert nach Symptomen, Symptomgruppen und Krankheitsbildern		2.6	Erkrankungen durch physikalische Einflüsse	148
2.1	Herpes-simplex- und Varicella-zoster-Erkrankungen . .	92	2.6.1	Hämatome	148
2.1.1	Herpes simplex labialis	92	2.6.2	Schwiele und Klavus	149
2.1.2	Herpes simplex genitalis	97	2.6.3	Dekubitus	151
2.1.3	Varizellen	100	2.6.4	Verbrennung und Verbrühung	153
2.1.4	Herpes zoster	102	2.6.5	Sonnenbrand	155
2.2	Warzen	106	2.6.6	Polymorphe Lichtdermatose und »Sonnenallergie«	157
2.2.1	Verrucae vulgares	106	2.7	Urtikaria, Strophulus und Prurigo	159
2.2.2	Verrucae plantares, Verrucae planae, Condylomata acuminata	108	2.7.1	Urtikaria	159
2.2.3	Mollusca contagiosa	111	2.7.2	Strophulus	162
2.2.4	Verrucae seborrhoicae	113	2.7.3	Prurigo chronica	163
2.3	Erysipel, Impetigo und abszedierende Entzündungen	116	2.8	Pruritus	166
2.3.1	Erysipel	116	2.9	Ekzemerkrankungen	168
2.3.2	Impetigo contagiosa	120	2.9.1	Neurodermitis	168
2.3.3	Fistel	122	2.9.2	Seborrhoische Dermatitis	173
2.3.4	Abszess	124	2.9.3	Kontaktekzem	175
2.3.5	Folikulitis, Furunkel, Karbunkel	125	2.9.4	Hand- und Fußekzem	177
2.3.6	Hidradenitis suppurativa	128	2.9.5	Dyshidrose	179
2.4	Epidermomykosen, Trichophytien und ähnliche Erkrankungen	131	2.9.6	Unterschenkelekzem	180
2.4.1	Tinea corporis	131	2.9.7	Gesichtsekzem	181
2.4.2	Tinea pedum	132	2.10	Erythematöse Exantheme	184
2.4.3	Tinea inguinalis	134	2.10.1	Rubeolen	184
2.4.4	Erythrasma	135	2.10.2	Masern	185
2.4.5	Pityriasis versicolor	135	2.10.3	Scharlach	186
2.4.6	Candida-Dermatitis	137	2.10.4	Arzneimittlexanthem	188
			2.10.5	Uncharakteristische Exantheme	190
			2.11	Papulöse und erythemosquamöse Dermatosen	194
			2.11.1	Lichen ruber planus	194
			2.11.2	Pityriasis rosea	195
			2.11.3	Psoriasis	197

2.12 Hauttumoren	201	2.18 Beschwerden an Lippen und Mundschleimhaut	249
2.12.1 Aktinische Keratosen, Spinaliom und Basaliom	201	2.18.1 Cheilitis	249
2.12.3 Epithelzysten (»Atherome«)	203	2.18.2 Angulus infectiosus	250
2.12.3 Nävi und Melanom	205	2.18.3 Stomatitis candidomycetica	251
2.12.4 Fibrom, hypertrophe Narbe, Keloid, Lipom	210	2.18.4 Aphthen	252
		2.18.5 Gingivitis	253
2.13 Pigmentierungsstörungen	213	2.19 Anogenitale Haut- und Schleimhautveränderungen	255
2.13.1 Hypopigmentierung	213	2.19.1 Lichen sclerosus et atrophicus	255
2.13.2 Hyperpigmentierung	214	2.19.2 Vulvovaginitis candidomycetica	256
2.14 Nagelerkrankungen	217	2.19.3 Urethritis	257
2.14.1 Fehlbildungen und Wachstumsstörungen	217	2.19.4 Hämorrhoiden	258
2.14.2 Nagelmykose	218	2.19.5 Analfissur	260
2.14.3 Unguis incarnatus und Paronychie	220	2.19.6 Perianale Dermatitis	261
2.15 Haarerkrankungen	222	Internet-Adressen mit weiterführenden Informationen	263
2.15.1 Androgenetische Alopezie	222	Farbteil	265
2.15.2 Diffuse Alopezie vom Spättyp	223	Sachverzeichnis	305
2.15.3 Alopecia areata	225	Verzeichnis der Präparate und Arzneistoffe (INN)	319
2.16 Schweißdrüsenerkrankungen, Akne und akneähnliche Reaktionen	227		
2.16.1 Hyperhidrose	227		
2.16.2 Acne vulgaris	228		
2.16.3 Rosazea und periorale Dermatitis	231		
2.17 Gefäßerkrankungen der Beine	233		
2.17.1 Periphere arterielle Verschlusskrankheit	233		
2.17.2 Varizen	236		
2.17.3 Thrombophlebitis superficialis	238		
2.17.4 Thrombose	239		
2.17.5 Ulcus cruris	243		
2.17.6 Diabetischer Fuß	245		
2.17.7 Beinödeme	247		

Zusammenfassung der Fallbeispiele

Fall 1	»Ich habe gedacht, der Ausschlag ist schon fast weg, aber abends nach dem Bad war er auf einmal wieder ganz stark da!«	3
	Stichwort: Makulopapulöses Exanthem	
Fall 2	Einfaches Exanthem oder Vaskulitis?	4
	Stichwort: Vasculitis allergica, Glasspateluntersuchung	
Fall 3	»Frau Doktor, ich habe eine furchtbare Allergie!«	5
	Stichwort: Urtikaria, Aspirin-Intoleranz	
Fall 4	»Seit 3 Tagen habe ich einen Abszess am Rücken, der so schmerzhaft ist, dass ich nicht mehr darauf liegen kann!«	7
	Stichwort: Epidermiszyste, Abszess	
Fall 5	»Im Alter wird man halt hässlich!«	9
	Stichwort: Multiple weiche Fibrome bei Typ-2-Diabetes	
Fall 6	»Habe ich einen Pilz? Bin ich ansteckend?«	10
	Stichwort: Dyshidrosis lamellosa sicca, Fußmykose	
Fall 7	»Diese Unreinheiten stören mich so!«	11
	Stichwort: Acne excoriée	
Fall 8	»Es ist ja immer wieder gut geworden!«	12
	Stichwort: Knotiges, exulzeriertes Basaliom	
Fall 9	»Sehen Sie, was Sie angerichtet haben! So eine grausliche Narbe!«	14
	Stichwort: Keloid, hypertrophe Narbe	
Fall 10	Schmerzende Hand	16
	Stichwort: Karpaltunnelsyndrom	
Fall 11	»Ich fühle mich nicht gut!«	18
	Stichwort: Candida-Balanitis	
Fall 12	»Pubertätsakne«	19
	Stichwort: Impetigo contagiosa, Acne vulgaris	
Fall 13	»Vielleicht könnten Sie auch einen Blick auf ein Muttermal werfen?«	21
	Stichwort: Malignes Melanom	
Fall 14	Ein »eingewachsener Nagel«?	25
	Stichwort: Amelanotisches Melanom, chronisch-granulomatöse Paronychie	
Fall 15	Staphylokokken oder Streptokokken?	26
	Stichwort: Impetigo contagiosa	
Fall 16	»Zuerst habe ich gedacht, es ist nur eine Fieberblase.«	27
	Stichwort: Herpes simplex persistens et exulcerans	
Fall 17	Nickelallergie	29
	Stichwort: Atopie, Nickelallergie, Handekzem	
Fall 18	»Muss ich mir Sorgen wegen meiner Haut machen?«	31
	Stichwort: Pigmentierungstyp, Lichtschutz	
Fall 19	Typische Verteilung	33
	Stichwort: Seborrhoische Areale, seborrhoisches Ekzem	

Fall 20	Diagnose mit der Nase	34
	Stichwort: Corynebakterien, Trichobacteriosis palmellina	
Fall 21	»Ist mein Kind für sein ganzes Leben entstellt?«	35
	Stichwort: Naevus flammeus	
Fall 22	Alterskosmetik	39
	Stichwort: Altershaut, senile Elastose, aktinische Keratose, Purpura senilis	
Fall 23	»Ich glaube, ich habe einen Pilz!«	41
	Stichwort: Exsikkationsekzem	
Fall 24	»Dabei war ich gar nicht in der prallen Sonne!«	45
	Stichwort: Dermatitis solaris, photodynamische Reaktion	
Fall 25	»Und alles nur wegen dieses Ozonlochs!«	52
	Stichwort: Umweltverschmutzung, Ozonloch	
Fall 26	»Ich habe noch nie, noch nie im Leben eine Hautunreinheit gehabt!«	56
	Stichwort: Arzneimittlexanthem, Syphilisexanthem, akute HIV-Infektion	
Fall 27	»Jetzt hat mir Ihre Kollegin endlich gesagt, woher das kommt!«	58
	Stichwort: Urtikaria	
Fall 28	»Was haben Sie da an der Lippe?«	92
	Stichwort: Herpes simplex labialis	
Fall 29	»Plötzlich ist dieser Ausschlag auf den Händen gekommen!«	95
	Stichwort: Herpes simplex, Erythema multiforme	
Fall 30	»Ist das eine Geschlechtskrankheit?«	97
	Stichwort: Herpes genitalis, sexuell übertragbare Erkrankungen, epidemiologische Synergie	
Fall 31	»Zuerst habe ich gedacht, es sind Mückenstiche«.	100
	Stichwort: Varizellen	
Fall 32	»Seit 3 Tagen habe ich solche Kopfschmerzen!«	102
	Stichwort: Herpes zoster ophthalmicus	
Fall 33	»Jetzt hat er diese Warzen schon seit 2 Monaten!«	106
	Stichwort: Verrucae vulgares, Warzenkollodium	
Fall 34	»Hühneraugen« oder »Warzen«?	108
	Stichwort: Verruca plantaris, Klavus	
Fall 35	»Warum treten bei meinem Kind die Warzen ausgerechnet in den Ellbeugen auf?«	111
	Stichwort: Molluscum contagiosum, Neurodermitis	
Fall 36	»Ich sehe so entsetzlich alt aus!«	113
	Stichwort: Verrucae seborrhoicae	
Fall 37	»Zuerst die Grippe, und dann auch noch das mit dem Bein!«	116
	Stichwort: Erysipel	
Fall 38	»Nach dem Schnupfen breiten sich auf einmal die Fieberblasen aus!«	120
	Stichwort: Impetigo contagiosa, postinfektiöse Glomerulonephritis	
Fall 39	»Das Beingschwür bricht immer wieder auf!«	122
	Stichwort: Fistel, Osteomyelitis	
Fall 40	»Es tut so schrecklich weh, ich kann gar nicht sitzen!«	124
	Stichwort: Abszess	
Fall 41	»Seit 3 Tagen habe ich eine Pustel im Gesicht, aber es kommt kein Eiter heraus!«	125
	Stichwort: Furunkel, Nekrosepfropf	

Fall 42	»Ich habe solche Schmerzen in der Achselhöhle, obwohl man nicht viel sieht!«	128
	Stichwort: Hidradenitis suppurativa, Acne conglobata	
Fall 43	»Ist das ein Pilz?«	131
	Stichwort: Tinea corporis	
Fall 44	»Das habe ich mir im Schwimmbad geholt!«	132
	Stichwort: Tinea pedum	
Fall 45	»Seit das warme Wetter begonnen hat, juckt es in der Leiste!«	134
	Stichwort: Tinea inguinalis	
Fall 46	»Eigentlich stört mich das überhaupt nicht.«	135
	Stichwort: Erythrasma	
Fall 47	»Seit letztem Sommer habe ich weiße Flecke am Rücken!«	135
	Stichwort: Pityriasis versicolor	
Fall 48	»Zuerst die Bauchoperation – und jetzt auch noch dieser Ausschlag!«	137
	Stichwort: Candida-Dermatitis	
Fall 49	»Ich habe mich schon ganz durchuntersuchen lassen – niemand kann mir sagen, woher mein Juckreiz kommt!«	140
	Stichwort: Juckreiz, Skabies	
Fall 50	»Sie kratzt sich beständig hinter den Ohren!«	142
	Stichwort: Kopfläuse, Pediculosis capitis	
Fall 51	»Man hört ja so vieles – ich habe gedacht, am besten gehe ich gleich zum Arzt!«	143
	Stichwort: Arthropodenreaktion	
Fall 52	»Ich habe gar nicht mehr an den Zeckenstich gedacht – ich werde ja so oft gestochen – aber jetzt ist das Knie auf einmal rot geworden!«	145
	Stichwort: Borreliose, Erythema migrans	
Fall 53	»Jetzt ist es auf einmal aufgebrochen!«	148
	Stichwort: Hämatom, Ulcus cruris	
Fall 54	»Solche Schmerzen – ich kann keinen Schritt gehen!«	149
	Stichwort: Klavus, Hühnerauge, Diabetes mellitus	
Fall 55	»Sie sitzt halt den ganzen Tag in ihrem Sessel.«	151
	Stichwort: Dekubitus, Insult	
Fall 56	»Zuerst hat es gar nicht so schlimm ausgesehen!«	153
	Stichwort: Verbrühung, Ambustio	
Fall 57	»Mich fröstelt, aber ich halte keine Kleidung auf der Haut aus.«	155
	Stichwort: Dermatitis solaris	
Fall 58	»Früher habe ich die Sonne so gut vertragen – und jetzt bekomme ich immer diesen Ausschlag!«	157
	Stichwort: Polymorphe Lichtdermatose, »Sonnenallergie«	
Fall 59	»Plötzlich ist dieser Ausschlag gekommen – dabei habe ich gar nichts Besonderes gegessen!«	159
	Stichwort: Urtikaria, Nahrungsmittel, Medikamente, Infekte	
Fall 60	»Sicher kommt das von den Erdbeeren, die er so gerne isst!«	162
	Stichwort: Strophulus, Prurigo acuta, Arthropodenreaktion	
Fall 61	»Ich muss das einfach aufkratzen!«	163
	Stichwort: Prurigo chronica, Juckreiz, Prurigoknoten	
Fall 62	»Jedesmal nach dem Duschen ist der Juckreiz unerträglich!«	166
	Stichwort: Pruritus sine materia, Exsikkation	

Fall 63	»Hoffentlich ist das nicht Neurodermitis!«	168
	Stichwort: Neurodermitis	
Fall 64	»Nach dieser Nacht sieht es wieder besonders schlimm aus!«	173
	Stichwort: Seborrhoische Dermatitis	
Fall 65	»Ich vertrage einfach kein Pflaster auf der Haut!«	175
	Stichwort: Akutes allergisches Kontaktekzem, Streureaktion	
Fall 66	»Im Urlaub wird es immer etwas besser!«	178
	Stichwort: Handekzem, atopisches Ekzem, Nickelallergie	
Fall 67	»Ich möchte gar niemandem mehr die Hand geben!«	179
	Stichwort: Dyshidrosis lamellosa sicca, Mykid	
Fall 68	»Ich habe schon immer mit den Venen zu tun gehabt!«	180
	Stichwort: Unterschenkelekzem, Kontaktallergie, chronische venöse Insuffizienz	
Fall 69	»Ich verwende gar nichts im Gesicht! Seit Jahren immer nur die gleiche Pflegeserie.«	181
	Stichwort: Gesichtsekzem, Irritation, Lidekzem	
Fall 70	»Ist Ansteckung gefährlich?«	184
	Stichwort: Röteln, Rötelnembryopathie	
Fall 71	»Diesmal ist er wirklich krank!«	185
	Stichwort: Masern, Impfung	
Fall 72	»Bisher haben die homöopathischen Globuli immer geholfen!«	186
	Stichwort: Scharlach	
Fall 73	»Mit dem Antibiotikum habe ich schon vor 3 Tagen aufgehört!«	188
	Stichwort: Arzneimittelexanthem, Sensibilisierung	
Fall 74	»Zuerst war ich 2 Tage ein bisschen krank, und jetzt ist noch diese Allergie dazugekommen!«	190
	Stichwort: Exanthem, Virusinfektion	
Fall 75	»Die Kortisonsalbe hat eigentlich gar nicht geholfen.«	194
	Stichwort: Lichen ruber planus, Hepatitis	
Fall 76	»Ist das Schuppenflechte?«	195
	Stichwort: Pityriasis rosea	
Fall 77	»Gibt es eine neue Behandlung?«	197
	Stichwort: Psoriasis vulgaris, Vitamin-D-Derivate	
Fall 78	»Das habe ich schon seit vielen Jahren!«	201
	Stichwort: Knotig-exulzeriertes Basaliom	
Fall 79	»Diese Talgzysten habe ich schon seit vielen Jahren.«	204
	Stichwort: Epithelzysten, Trichollemmalzysten	
Fall 80	»Diesen Fleck habe ich schon immer gehabt, aber ich wollte ihn jetzt doch einmal anschauen lassen.«	205
	Stichwort: Malignes Melanom, vertikale Tumordicke	
Fall 81	»Ist das ein Melanom?«	210
	Stichwort: Dermatofibrom, hartes Fibrom	
Fall 82	»Mit diesen Händen kann ich nicht mehr unter Leute gehen!«	213
	Stichwort: Vitiligo, Weißfleckenkrankheit	
Fall 83	»Mein Gesicht wird immer fleckiger!«	214
	Stichwort: Chloasma uterinum, Chloasma contraceptiveum	
Fall 84	»Diesen Nagelpilz muss unsere Kleine noch im Krankenhaus bekommen haben!«	217
	Stichwort: Großzehennageldystrophie der Kinder	

Fall 85	»Ich habe schon so viele Salben geschmiert, aber der Pilz geht einfach nicht weg!«	218
	Stichwort: Onychomykose, Tinea pedum	
Fall 86	»Kaum schlage ich mir die Zehe irgendwo an, kann ich tagelang nicht mehr richtig gehen.« . .	220
	Stichwort: Unguis incarnatus, chronisch-granulomatöse Paronychie	
Fall 87	»Ich möchte nicht wie mein Vater aussehen! Kann man denn gar nichts dagegen tun?«	222
	Stichwort: Androgenetische Alopezie	
Fall 88	»Ich hatte immer so schöne Haare – und jetzt gehen sie mir zu Hunderten aus!«	223
	Stichwort: Diffuse Alopezie vom Spättyp	
Fall 89	»Ist das ein Vitaminmangel?«	225
	Stichwort: Alopecia areata	
Fall 90	»Ich kann niemandem mehr die Hand geben!«	277
	Stichwort: Hyperhidrose	
Fall 91	»Jetzt im Winter ist es besonders schlimm!«	228
	Stichwort: Acne vulgaris, Komedo	
Fall 92	»Jetzt im Alter bekomme ich auf einmal eine unreine Haut!«	231
	Stichwort: Rosazea	
Fall 93	»Ich bekomme sofort Schmerzen in der Wade!«	233
	Stichwort: Periphere arterielle Verschlusskrankheit, Arteriosklerose	
Fall 94	»Gegen Abend sind die Füße derart angeschwollen, dass ich in keinen Schuh mehr hineinkomme!«	236
	Stichwort: Primäre Varikose, chronische venöse Insuffizienz	
Fall 95	»Es tut so höllisch weh. Ich glaube, ich habe eine Thrombose.«	238
	Stichwort: Thrombophlebitis superficialis	
Fall 96	»Eigentlich ist es nicht schlimm, aber ich habe ein unangenehmes Gefühl im Bein.«	239
	Stichwort: Tiefe Phlebothrombose	
Fall 97	»Seit Jahren bricht es immer wieder auf!«	243
	Stichwort: Ulcus cruris venosum, chronisch venöse Insuffizienz	
Fall 98	»Zum Glück tut es nicht weh!«	245
	Stichwort: Diabetischer Fuß, neuropathisches Ulkus, Neuropathie	
Fall 99	»Die Beine sind immer so geschwollen!«	247
	Stichwort: Unterschenkelödem, kardiale Dekompensation, Spannungsblasen	
Fall 100	»Meine Lippen sind immer so trocken!«	249
	Stichwort: Cheilitis	
Fall 101	»Ich habe schon alles probiert, aber der Mundwinkel reißt immer wieder auf!«	250
	Stichwort: Angulus infectiosus, Perlèche, Mundwinkelrhagaden	
Fall 102	»Ich glaube, ich vertrage die Prothese nicht!«	251
	Stichwort: Stomatitis candidomycetica	
Fall 103	»Ich habe fast dauernd Herpes – aber außen sieht man nichts!«	252
	Stichwort: Habituelle Aphthen	
Fall 104	»Jedes Mal beim Zähneputzen bekomme ich Zahnfleischbluten!«	253
	Stichwort: Gingivitis, Parodontitis	
Fall 105	»Früher hatte ich da nie Probleme.«	255
	Stichwort: Lichen sclerosus et atrophicus	
Fall 106	»Ich bin schon so oft behandelt worden, und immer wieder tritt der Ausfluss auf!«	256
	Stichwort: Vulvovaginitis candidomycetica	

Fall 107	»Ich habe keine Ahnung, wo ich mir das geholt haben kann.«	257
	Stichwort: Urethritis, Gonorrhö	
Fall 108	»Auf einmal war Blut auf dem Stuhl – ich habe solche Angst!«	258
	Stichwort: Hämorrhoiden	
Fall 109	»Ich kann kaum mehr auf die Toilette gehen!«	260
	Stichwort: Analfissur	
Fall 110	»Es juckt eigentlich immer. Es ist richtig unangenehm.«	261
	Stichwort: Perianale Dermatitis	

Der Praxisalltag

1.1 Wie äußern sich Erkrankungen der Haut? – 3

- 1.1.1 Objektive Zeichen – 3
- 1.1.2 Subjektive Symptome – 14

1.2 Untersuchung eines Patienten in der Praxis – 18

- 1.2.1 Gesprächseröffnung und Aspekt – 18
- 1.2.2 Minimale direkte Diagnostik, Basis der Kennerschaft – 19
- 1.2.3 Erste Einschätzung – 20
- 1.2.4 Gezielte Inspektion, erweiterte Befragung, Berücksichtigung der wichtigsten abwendbar gefährlichen Verläufe – 20
- 1.2.5 Diagnostische Zuordnung (Beratungsergebnis) – 21
- 1.2.6 Planung des weiteren Vorgehens – 21
- 1.2.7 Abwartendes Offenlassen – 22
- 1.2.8 Abwendbar gefährliche Verläufe – 22

1.3 Weiterführende Untersuchungen – 24

- 1.3.1 Dermatoskopie – 24
- 1.3.2 Dermatohistologie – 24
- 1.3.3 Erregernachweise – 26
- 1.3.4 Immunologische Untersuchungen – 28
- 1.3.5 Allergietests – 28

1.4 Hauttyp und regionale Unterschiede – 31

- 1.4.1 Pigmentierungstyp – 31
- 1.4.2 Seborrhö und Sebestase – 31
- 1.4.3 Regionale Unterschiede – 32

1.5 Haut in Abhängigkeit vom Lebensalter – 35

- 1.5.1 Neugeborenen- und Säuglingsalter – 35
- 1.5.2 Klein- und Schulkindesalter – 37
- 1.5.3 Jugendalter – 38
- 1.5.4 Erwachsenenalter – 38
- 1.5.5 Hohes Lebensalter – 39

1.6 Umwelteinflüsse – 41

- 1.6.1 Jahreszeit und Klima – 41
- 1.6.2 Sonnenbestrahlung – 43
- 1.6.3 Ernährung – 49
- 1.6.4 Kleidung – 51
- 1.6.5 Chemische und physikalische Schäden durch Umweltverschmutzung – 52

1.7 Subjektives Erleben von Hauterkrankungen – 54

- 1.7.1 »Allergievorstellungen« – 54
- 1.7.2 »Das muss richtig herauskommen!« – 55
- 1.7.3 »Etwas vom Essen nicht vertragen« – 55
- 1.7.4 »Können das die Nerven sein?« – 55
- 1.7.5 »Unreinheit und Ansteckung« – 56
- 1.7.6 »Woher kommt das?« – 57
- 1.7.7 »Wie entsetzlich sehe ich aus!« – 58
- 1.7.8 »Muss ich sterben?« – 59
- 1.7.9 »Ist das heilbar?« – 59

1.8 Behandlung von Hautkrankheiten – 61

- 1.8.1 Allgemeine Maßnahmen – 61
- 1.8.2 Lokalthherapie – 63
- 1.8.3 Systemische Therapie – 71
- 1.8.4 Intraläsionelle Therapie – 76
- 1.8.5 Phototherapie – 76
- 1.8.6 Strahlentherapie – 78
- 1.8.7 Operative Therapie – 78
- 1.8.8 Therapeutische Grundsätze – 82
- 1.8.9 Selbstheilungskräfte der Natur – 82

1.9 Neue Entwicklungen in der Dermatologie – 84

- 1.9.1 Zytokintherapie – 84
- 1.9.2 Modulation der T-Zell-Balance – 84
- 1.9.3 Spezifische Immuntherapie bei Tumoren – 85
- 1.9.4 Immuntoleranzinduktion bei Autoimmunkrankheiten – 85
- 1.9.5 Antimikrobielle Peptide – 86
- 1.9.6 Gentherapie bei Erbkrankheiten – 86
- 1.9.7 Teledermatologie – 86

1.1 Wie äußern sich Erkrankungen der Haut?

»Zuerst habe ich gedacht, der rote Fleck würde von selbst weggehen, aber jetzt ist die Haut ganz schuppig geworden!«

Gelegentlich können mit solchen Worten objektive Krankheitszeichen der Haut an den Hausarzt herangetragen werden. Oft werden die Symptome aber viel unklarer geschildert:

»Gestern war ich am ganzen Körper voller Blasen, heute früh war alles weg, aber an ein paar Stellen kommt es wieder!«

Nun – Blasen sind oberflächlich gelegene flüssigkeitsgefüllte Spalträume. Die können nie innerhalb eines Tages restlos verschwinden, allenfalls platzen und dann Defekte mit Krusten hinterlassen. Vielleicht hat der Patient Quaddeln gemeint, die erhaben sind und innerhalb weniger Stunden wieder restlos verschwinden können (Abschn. 2.7 »Urtikaria«). Vielleicht waren es aber auch nur Flecke, vielleicht eine diskrete Schuppung. Häufig stehen jedoch für den Patienten subjektive Beschwerden ganz im Vordergrund:

»Das Gesicht brennt unerträglich!«

»Seit einigen Wochen juckt es, besonders in der Nacht.«

Für eine erste Zuordnung ist es für den Hausarzt wichtig, dass er einmal die objektiven Symptome, die die Haut in der Regel bietet, kennt und deuten kann und dies in einer Weise, die über die umgangssprachlich unklare Äußerung des Betroffenen hinausgeht. Weiters muss der Hausarzt auch die subjektiven Symptome zu werten wissen. Kennt er den Patienten seit Jahren, so wird es ihm oft leichter als einem Facharzt oder Kliniker fallen, die Bedeutung der subjektiven Symptome bei einem Individuum zu erfassen und mit der angebrachten Gewichtung in die diagnostischen Überlegungen einfließen zu lassen.

1.1.1 Objektive Zeichen

Mit Ausnahme des »Pruritus sine materia«, d. h. des Juckreizes ohne morphologisches Korrelat, und einiger weniger seltener psychokutaner Affektionen bietet eine

erkrankte Haut stets pathologische Veränderungen, die der direkten Beobachtung zugänglich sind. Am häufigsten sind reine Farbveränderungen der Haut. Etwas seltener kommen Gewebsvermehrungen, Flüssigkeitsansammlungen und Defekte vor.

Farbveränderungen Macula

Definition

Farbveränderungen, die einfach im Niveau der Haut liegen, d. h. weder erhaben noch eingesunken erscheinen, werden als Fleck (Macula) bezeichnet.

Am häufigsten sind erythematöse Flecke, die durch eine Vermehrung von Erythrozyten in der Haut zustande kommen. Meist handelt es sich um eine funktionelle Weitstellung kapillärer Hautgefäße. Drückt man mit dem Finger oder mit einem Glaspatel auf einen solchen roten Fleck, so blasst er ab: Die Erythrozyten befinden sich innerhalb dilatierter Gefäßlumina und können durch diese Lumina in die Umgebung weggedrückt werden. Die meisten erythematösmakulösen Exantheme bei Kinderkrankheiten bestehen aus derartigen Flecken, denen eine funktionelle Weitstellung der dermalen Kapillaren zugrunde liegt. Manchmal liegt einem Fleck auch eine strukturelle Weitstellung der Kapillaren zugrunde, wie etwa beim Naevus flammeus (z. B. »Storchenbiss« im Nacken).

Fall 1

»Ich habe gedacht, der Ausschlag ist schon fast weg, aber abends nach dem Bad war er auf einmal wieder ganz stark da!«

Sie behandeln einen Patienten wegen eines makulösen Arzneimittelexanthems, das auf ein Breitspektrumpenicillin aufgetreten ist. Am Stamm und an den oberen Extremitäten zeigen sich konfluierende hellrote Flecke, an den Beinen dunkelrote Flecke. Das Exanthem war schon fast abgeklungen, aber der Patient be-



1.1

klagt, dass es nach Wärme- oder Kälteexposition immer wieder verstärkt hervortritt.

Kommentar. Nachdem die Rotfärbung des Exanthems durch eine funktionelle Vasodilatation zustande kommt, wird der Farbton auch durch weitere Faktoren, die die O₂-Sättigung und den Gefäßtonus modulieren, beeinflusst. Fast alle erythematösen Hautveränderungen erscheinen an den abhängigen Körperpartien (Beinen) aufgrund der Orthostase dunkler und bläulicher als an den übrigen Körperstellen. Außerdem verändert das Exanthem seine Morphe bei Temperaturschwankungen. Dementsprechend kann ein heißes Bad, das vasodilatierend wirkt, ein schon fast abgeklungenes Exanthem wieder hervortreten lassen. Die Sorge des Patienten wegen eines Rezidivs ist unbegründet. Hätte man ihn vorher auf den Umstand aufmerksam gemacht und ihm vielleicht geraten, heiße Bäder und heißes Duschen noch eine Woche lang zu vermeiden, hätte man ihm die Sorgen ersparen können.

Stichwort. *Makulopapulöses Exanthem.*

Manchmal ist jedoch die Gefäßwand defekt und die Erythrozyten haben das Gefäßlumen verlassen (■ Abb. 1.1 im Farbteil). Sie liegen nun eingezwängt zwischen den Kollagenfaserbündeln der Dermis. Man spricht hier von Extravasation oder Hämorrhagie. Drückt man nun auf einen solchen Fleck, so lassen sich die Erythrozyten nicht wegschieben, und der Fleck blasst nicht ab. Nachdem es sich um keine frischen, rezirkulierenden Erythrozyten handelt, haben sie ihren Sauerstoff weit gehend abgegeben, so dass diese Flecke dunkelrot bis blau erscheinen. Ursächlich kann eine entzündliche oder toxische Gefäßwandschädigung – wie etwa bei dem abwendbar gefährlichen Verlauf der hämorrhagischen Masern – oder eine Gerinnungsstörung, wie etwa eine Thrombozytopenie, vorliegen.

Fall 2

Einfaches Exanthem oder Vaskulitis?

Eine Woche nach einem Racheninfekt tritt bei einem Patienten ein beinbetontes rötliches Exanthem auf; die Läsionen an den Unterschenkeln erscheinen bläulich. Handelt es sich nur um eine livide Verfärbung infolge der Orthostase, die bei vielen Exanthemen auftritt, oder ist es zu einer Extravasation von Erythrozyten gekommen? Dies könnte ein Hinweis auf eine infektaergische Vaskulitis sein. Sie drücken mit dem Glasspatel auf eine bläuliche Läsion – sie lässt sich nicht wegdrücken: Die Haut der Umgebung blasst ab, der blaue Fleck aber rührt sich nicht. Sie können den Befund als »Extravasation« erklären und das »Bild einer kutanen Vaskulitis« klassifizieren.

Kommentar. Dieser einfache diagnostische Test ist gerade hinsichtlich des abwendbar gefährlichen Verlaufs, den eine Vaskulitis nehmen kann (z. B. IgA-Nephritis, intestinale Blutungen), von praktischer Bedeutung.

Stichwörter. *Vasculitis allergica, Glasspateluntersuchung.*

Das zweite häufige Substrat eines Fleckes ist die Braunfärbung durch eine Vermehrung von Melanin. Angesichts der heutigen Aufklärung der Öffentlichkeit über die Gefahr eines Melanoms kommen Patienten oft direkt wegen eines solchen Fleckes zum Hausarzt. Der Fleck kann durch vermehrte Aktivität ortsständiger Melanozyten entstehen – etwa als fleckige Hyperpigmentierung im Gesicht infolge der Einnahme von Kontrazeptiva. Oft liegt jedoch eine Infiltration mit pathologischen pigmenthaltigen Zellen (Nävuszellen oder Melanomzellen) zugrunde. Solange diese Vermehrung noch auf die epidermodermale Übergangszone (Junktionszone) beschränkt ist, imponieren auch diese histologisch nachweisbaren Gewebsvermehrungen klinisch als Flecke (Abschn. 2.12.3 »Nävi und Melanom«).

1.1 · Wie äußern sich Erkrankungen der Haut?

Merke

Hinsichtlich der Färbung gilt: Je oberflächlicher die Melanindepots in der Haut liegen, desto schwärzer erscheinen sie.

Beim Melanom etwa, das oft mit einer Ausschleusung von Pigment in die Hornschicht einhergeht, kann es zu einer intensiv schwarzen Färbung kommen. Pigment an der Junktionszone dagegen erscheint braun, Melanin in tieferen Lagen der Dermis bläulich.

Merke

In der Umgangssprache bezieht sich »Fleck« auf Hautläsionen, die etwa münzgroß sind und auch ein wenig erhaben sein können. Im medizinischen Sprachgebrauch ist ein »Fleck« jedwede Farbveränderung, unabhängig von der Größe. Ein Fleck ist jedoch niemals erhaben.

Während man »künstlerische« Tätowierungen sofort erkennt, können zaghafte Versuche einer Laientätowierung irreführend erscheinen, insbesondere wenn der Patient, vielleicht aus versicherungsrechtlichen Gründen, die Entstehungsgeschichte nicht preisgibt.

TIPP

Bei Flecken mit ungewöhnlicher Farbgebung ist heute mehr denn je auch an Tätowierungen zu denken.

Flüssigkeitsansammlungen

Eine diffuse Flüssigkeitsvermehrung in den mikroskopischen Gewebträumen führt zu einer Schwellung, einem Ödem. Die Läsion liegt über dem Niveau der Haut, ist unscharf begrenzt und fühlt sich weich an. Häufig handelt es sich dabei um eine Quaddel oder Urtika. Diese entsteht durch ein dermales Ödem, meist infolge einer Mastzelldegranulation im Rahmen von Intoleranzreaktionen oder allergischen Reaktionen. Sie ist das Leitsymptom des Nesselausschlags (Urtikaria). Die Quaddel ist die einzige erhabene, d. h. über dem Niveau der Haut gelegene

Effloreszenz, die ganz rasch entstehen und innerhalb weniger Stunden auch wieder verschwinden kann.

Mastzelldegranulation führt nicht nur zu einem interstitiellen Ödem, sondern auch zu einer Vasodilatation. Steht die Vasodilatation im Vordergrund, erscheint die Quaddel rot. Steht dagegen das Ödem im Vordergrund, werden die Gefäße durch das Ödem komprimiert, und die Quaddel erscheint blass. Oft überwiegt im Zentrum der Läsion das Ödem, in der Peripherie der Läsion dagegen die Vasodilatation. Dann zeigt die Quaddel einen roten Rand und ein blasses Zentrum und erweckt einen »figurierten«, d. h. zirzinären oder girlandenförmigen Eindruck, der evtl. an ein Erythema chronicum migrans (Frühmanifestation einer Borreliose) denken lässt. Allerdings:

Merke

Nicht jede figurierte Hautläsion ist eine Borreliose.

Abgesehen von jenen Quaddeln, die im Zentrum durch den Ödemdruck abgeblasst sind und daher ein ringförmiges Erythem zeigen, gibt es auch tatsächlich »figurierte« Quaddeln, die durch zentrale Abheilung und periphere Ausbreitung entstehen. Dann ist das Zentrum aber nicht maximal erhaben, sondern wieder im Niveau der Haut.

Quaddeln »jucken«. Sind sie ganz oberflächlich, können sie auch »brennen«; liegen sie tief, können sie fallweise »schmerzhaft« sein. Extremformen sind massive Lippen- und Lidschwellungen, die eine Ausbreitung der Reaktion auf die Schleimhäute signalisieren können.

Fall 3

»Frau Doktor, ich habe eine furchtbare Allergie!« Telefonanruf. »Wie kommen Sie darauf, und welche Beschwerden haben Sie?« – »Meine Lippen sind geschwollen, das linke Auge kann ich nicht aufmachen, und Hände und Füße sind dick und bamstig.« Die Schilderung lässt das Bild einer akuten, tiefen Urtikaria nach Art eines Angioödems vermuten. »Lassen Sie sich so-



1.1

fort von jemandem in die Praxis bringen. Wenn das nicht möglich ist, komme ich gleich zu Ihnen«.

Später in der Praxis, nach der Erstversorgung mit venösem Zugang und der intravenösen Verabreichung von Antihistaminika und Kortikosteroiden:

»Haben Sie zuvor irgend etwas Ungewöhnliches gegessen?« – »Nein.« – »Sicher nicht?« – »Nein.« – »Haben Sie einen Obstsalat gegessen, waren Sie chinesisch essen, haben Sie irgend ein Medikament eingenommen?« – »Ja. Ein Medikament. Aber nur die Kopfschmerztabletten, die ich immer nehme.« – »Welche sind das?« – »Ohnehin nur Aspirin.« – »Warum haben Sie diesmal Aspirin genommen?« – »Ich habe mich irgendwie krank gefühlt und auch Kopfschmerzen gehabt. Und im Bauch fühle ich mich auch nicht ganz wohl.«

Kommentar. Eine typische Krankengeschichte einer Aspirin-Intoleranz. Es liegt keine immunologische »Allergie« gegen Aspirin vor, sondern eine Überempfindlichkeit der Mastzellen, die durch Aspirin zur Degranulation gebracht werden können. Damit dies auftritt, kommen oft mehrere Umstände zusammen. Häufig liegen ein Virusinfekt mit gastrointestinaler Beteiligung zusammen mit der Medikamenteneinnahme vor (Abschn. 2.7 »Urtikaria«).

Stichwörter. *Urtikaria, Aspirin-Intoleranz.*

Merke
Nur wenige Nesselausschläge sind echte Allergien. Erwartung Sie daher nicht zu viel Auskunft von einem Allergietest. Gründliche Anamnese und symptomatische Therapie sind oft wichtiger.

Bläschen

Definition

Verteilt sich die Flüssigkeit nicht interstitiell, sondern sammelt sich in einem oberflächlichen Spalt-raum an, spricht man von einem Bläschen (Vesicula, Vesikel). Ist die Läsion größer als 5 mm, wird der Begriff Blase (Bulla, Vesica) verwendet.

Je nach Hautschicht, in der die Blase sitzt, ist das Blasendach entweder sehr robust oder leicht zerreißlich. Robust ist ein Blasendach, das aus der gesamten Epidermis, vielleicht auch noch aus oberflächlichen Dermisanteilen bei einer dermolytischen Blasenbildung besteht. Ist zusätzlich die Hornschicht in dem Bereich sehr dick, wie es etwa bei Druckblasen auf der Fußsohle der Fall ist, platzen die Blasen kaum je spontan auf, sondern müssen evtl. mit einer Nadel oder einer Schere eröffnet werden. Ein leicht zerreißliches Blasendach liegt dagegen vor, wenn es nur aus den oberflächlichen Anteilen der Epidermis, z. B. nur aus der Hornschicht besteht. Dann sieht man oft gar keine intakten Blasen, sondern lediglich die Ränder des Blasendaches und eine Kruste am Blasengrund. Den Patienten ist der bläsige Charakter in solchen Fällen gar nicht bewusst. Sie kommen wegen »Krusten« oder »Rauhen« oder »offenen Stellen«.

Merke
Bei jeder Kruste daran denken, dass hier möglicherweise vorher eine Blase war.

Die häufigste vesikulöse Eruption ist der Herpes simplex mit ganz charakteristischen Bläschen: Sie stehen in Gruppen zusammen und – ein wesentliches Merkmal von Virusbläschen – sie sind in der Mitte eingesunken (gedellt). Diese zentrale Delle kommt durch Zerstörung der Epithelzellen infolge des Virusbefalls zustande, so dass das Blasendach im Zentrum einsinkt (Abschn. 2.1.1 »Herpes simplex labialis«).

Merke

Gedellte Bläschen sprechen für eine virale Genese. Am häufigsten sind Herpes-simplex- und Varizella-zoster-Infektionen.

Die Flüssigkeit, die den Inhalt der Blase bildet, kann serös, eitrig oder hämorrhagisch sein. Hämorrhagisch ist der Inhalt dann, wenn der Blasenbildung ein Prozess zugrunde liegt, bei dem die oberflächlichen dermalen Gefäße zerstört werden. Hämorrhagische Blasen sind aufgrund dieser tieferen Gewebszerstörung meist auch schmerzhaft.

Pusteln**Definition**

Eitrige Bläschen werden *Pusteln* genannt.

Pusteln entstehen oft durch bakterielle Infektion der Haarfollikel. Deshalb muss man bei Pusteln stets darauf achten, ob sie »follikulär« angeordnet sind. Zeigt die Pustel ein zentrales Härchen, so ist die Feststellung einfach. Meist fehlt dieses Härchen jedoch, und die follikuläre Lokalisation kann aus der regelmäßigen Verteilung der Pusteln, die der regelmäßigen Verteilung der Haarfollikel entspricht, gefolgert werden.

Nach Platzen einer Blase bleibt für einige Tage ein oberflächlicher Hautdefekt bestehen, aus dem Sekret austritt und an der Luft gerinnt und trocknet. Eine solche Kruste kann – ebenso wie der flüssige Inhalt eines Bläschens – serös, eitrig oder hämorrhagisch sein (Abschn. 2.3.2 »Impetigo contagiosa«). Für den Patienten sind die Krusten oft das Leitmerkmal und Anlass zu bewussten und unbewussten Manipulationen, die das Abheilen verzögern.

Nicht alles, was wie ein Bläschen aussieht, ist allerdings auch ein Bläschen: Oft werden kleine, pralle, derbe oder ödematöse Knötchen mit glatter, glänzender, gespannter Oberfläche irrtümlich für Bläschen gehalten. Ein häufiges Beispiel sind *Dellwarzen* (Abschn. 2.2.3 »Mollusca contagiosa«). Im Zweifelsfall kann man eine solche Läsion mit einer Subkutannadel anstechen –

entleert sich keine Flüssigkeit, so kann es sich nicht um ein Bläschen handeln.

Zysten**Definition**

Flüssigkeitsgefüllt sind auch Zysten. Im Gegensatz zu Blasen liegen sie tiefer und sind rundherum von Epithel ausgekleidet.

Relativ oberflächlich gelegene Zystchen sind selten und erscheinen glasig. Zysten in der Dermis oder Subkutis sehen wie Knoten aus. Der zystische Aufbau lässt sich erst durch Palpation anhand der weichen Konsistenz, selten durch Nachweis von Fluktuation erkennen. Am häufigsten sind Zysten, die von den Haarfollikeln ausgehen und bis zu hühnereigroß werden können. Drückt man solche Zysten seitlich zusammen, dann stellt sich oft eine zentrale Pore dar, aus der sich weißes, pastenartiges Material entleert (■ Abb. 1.2 im Farbteil). Zysten können sich sekundär infizieren und dann zu schmerzhaften, geröteten Läsionen werden.

Fall 4

»Seit 3 Tagen habe ich einen Abszess am Rücken, der so schmerzhaft ist, dass ich nicht mehr darauf liegen kann!«

Tatsächlich: Am Rücken findet sich ein hühnereigroßer, geröteter, extrem druckschmerzhafter weicher Knoten. Sofortentlastung mit Stichinzision unter Kryoanästhesie ist angebracht.

Doch: Ist es wirklich ein Abszess? »Haben Sie an dieser Stelle schon einmal eine Entzündung gehabt?« – »Ja. Vor vielen Jahren. Die ist damals aber von selbst wieder gut geworden.« – Dass eine Entzündung zum zweiten Mal an genau der gleichen Stelle auftritt, spricht für einen lokalen Faktor. »Davor und danach – war da die Haut an dieser Stelle völlig in Ordnung, oder war immer irgend eine Veränderung da?« – »Wenn ich genau nachdenke – ein



1.1

kleines ›Tippperl‹ war immer da. Aber es hat nicht weh getan, und darum habe ich es nicht beachtet«.

Kommentar. Die typische Geschichte einer Epidermiszyste »Atherom«) mit episodischer Superinfektion. Bei einem Abszess hätte die Stichinzision wohl zur endgültigen Sanierung genügt. Bei einer infizierten Zyste sollte nach Abklingen der akuten Entzündung der Rest der Zystenwand operativ entfernt werden, weil es sonst zu einem Rezidiv kommen kann.

Stichwörter. *Epidermiszyste, Abszess.*

Zell- und Gewebsvermehrung

Zell- und Gewebsvermehrungen treten als über das Niveau der Haut erhabene Effloreszenzen auf. Es handelt sich für den Patienten stets um sehr augenscheinliche Veränderungen, die auch länger als einige Tage bestehen bleiben. Sofern der Betroffene nicht von sich aus eine ihn beruhigende Interpretation zur Hand hat (»es sind halt ein paar Warzen«), wird ihn eine solche Gewebsvermehrung oft zum Hausarzt führen.

Papel, Knoten

Definition

Gewebsvermehrungen unter 5 mm Durchmesser werden als Papel, größere als Knoten bezeichnet.

Mit *Knötchen* meint man eine Papel, die kaum vorragt, sondern eher in die Haut eingelassen erscheint und besser tast- als sichtbar ist. Derartige Knötchen können völlig bedeutungslos sein – etwa als Dermatofibrome (Histiozytome) an den Beinen von Frauen im mittleren Lebensalter – sie können aber auch einen Fallstrick darstellen.

Merke

Basaliome im Gesicht sind oft ganz flache, in die Haut eingelassene Knötchen, die dem Betroffenen lange Zeit nicht auffallen.

Wird endlich das Basaliom erkannt, zeigen die genaue Inspektion bei gespannter Haut und oft auch der Tastbefund die wahre Größe der Läsion an (Abschn. 2.12.1 »Aktinische Keratosen, Spinaliom und Basaliom«).

Eine Gewebsvermehrung kann durch die Einwanderung von Entzündungszellen oder durch die neoplastische Vermehrung von ortsständigen Zellelementen verursacht sein. Entzündliche Papeln gehen meist mit Vasodilatation einher und sind demnach erythematös. Entzündungszellen sezernieren verschiedene Zytokine, von denen einige in der Lage sind, die peripheren Schmerzrezeptoren zu reizen. Entzündliche Papeln sind daher oft schmerzhaft oder – bei weniger dramatischer Entzündung – juckend.

Die häufigste entzündliche Papel ist die Follikulitis. Die Entzündung des perifollikulären Gewebes hebt den Haarfollikel an, so dass entzündliche follikuläre Papeln kegelförmig erscheinen. Bei Zunahme der Entzündung kommt es zentral zur Bildung einer Pustel (Abschn. 2.3.5 »Follikulitis, Furunkel, Karbunkel«).

Gestielte Papeln sind schmalbasig und dünn. Typische Beispiele sind die unzähligen weichen, gestielten Fibrome, die sich oft bei adipösen Patienten, fallweise vergesellschaftet mit einem metabolischen Syndrom, am Hals und in den Achselgruben entwickeln (Abschn. 2.12.4 »Fibrom, hypertrophe Narbe, Keloid, Lipom«). Gestielt, zumindest aber mit einem eingezogenen Rand versehen sind auch Viruswarzen der Haut. Die Konfiguration des Randes ist nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch hilfreich. Alle derartigen Hautveränderungen können nämlich sehr einfach mit einem Scherenschlag oder mit dem scharfen Löffel, ggf. mit anschließender Blutstillung mit einem Elektrokauter, entfernt werden.

Fall 5

»Im Alter wird man halt hässlich!«

Nach verschiedenen Klagen über alles Mögliche kommt eine Mittfünfzigerin schließlich auf ein Hautproblem zu sprechen. »Sehen Sie – da am Hals – überall diese Dinger! Naja, im Alter wird man halt hässlich.« – Kleine, hautfarbene, gestielte weiche Papeln. Die kleinsten sind gerade so groß wie ein Stecknadelkopf, die größeren wie eine Erbse. Die Diagnose ist eindeutig: multiple weiche Fibrome. Entfernung: kein Problem mit einer scharfen Operationsschere.

Kommentar. Weiche Fibrome können Folge einer Stimulierung mit »insulin-like growth factor« sein. Die Patientin ist auffallend adipös. War nicht schon einmal ein grenzwertiger Glukosetoleranztest zu erheben? Die neuerliche Überprüfung zeigt, dass die Patientin an einem Typ-2-Diabetes leidet, der derzeit noch diätetisch eingestellt werden kann. Die Hautveränderungen sind als Hinweis auf die innere Erkrankung richtig erkannt und interpretiert worden. Bezüglich des kosmetischen Problems wird man die Patienten noch gesondert beruhigen müssen. Es liegt nichts »Hässliches« vor, und schicksalhafte Altersveränderung ist es auch keine.

Stichwort. *Multiple weiche Fibrome bei Typ-2-Diabetes.*

Papeln mit abgeflachter Oberfläche werden als *lichenoide Papeln* bezeichnet, wie sie in typischer Weise beim Lichen ruber planus vorkommen (Abschn. 2.11.1 »Lichen ruber planus«). Manchmal kommt es durch eine entzündliche Infiltration von Hautarealen auch dazu, dass lichenoide Papeln dicht gedrängt nebeneinander stehen, so dass auf den ersten Blick eigentlich nur die Vergrößerung des Hautreliefs auffällt. Ein solches Bild nennt man *Lichenifikation*. Es kommt in klassischer Ausprägung bei Neurodermitis in den Ellenbeugen und Kniekehlen vor (Abschn. 2.9.1 »Neurodermitis«).

Tief liegende Knoten, etwa in der Subkutis, wölben die Hautoberfläche kaum vor und sind oft besser zu tasten als zu sehen. Handelt es sich um reine Produkte der Subkutis, wie etwa um Lipome, so ist die Haut darüber gegen den Knoten verschieblich. Ist sie nicht verschieblich, so ist ein Lipom unwahrscheinlich, und es sind u. a. Zysten und – als unabwendbar gefährlicher Verlauf – subkutane Metastasen eines Karzinoms der inneren Organe – in Betracht zu ziehen.

Eine spezielle Gewebsvermehrung liegt bei der Schuppe vor.

Schuppe

Definition

Bei der Schuppe (Squama) handelt es sich um eine Vermehrung von Hornmaterial, das sichtbar abschilfert.

Auch bei der normalen Haut gibt es laufend Abschilferung. Diese erfolgt jedoch koordiniert in Form einzelner, makroskopisch nicht sichtbarer Hornzellen und wird subjektiv nicht wahrgenommen (sog. Desquamation insensibilis). Wann immer nun der geordnete Aufbau der Epidermis gestört wird, ist auch die Koordination der Abschilferung gestört, und es kommt zur sichtbaren Desquamation in Form von weißlichen Schuppen. Die Koordinationsstörung kann durch eine Erkrankung sui generis, etwa eine Psoriasis, bedingt sein, kann aber auch durch banale dermale Entzündungen oder durch geringfügige Traumata, die die Epidermisproliferation beschleunigen, ausgelöst werden. Deshalb führen fast alle entzündlichen Dermatosen im Verlauf, oft erst im Zuge der Abheilung, zu einer merkbaren Schuppung. Wenn eine entzündliche Erkrankung die Epidermis direkt betrifft, wie etwa ein Ekzem oder die genannte Psoriasis, fällt die Schuppung entsprechend massiver aus.

Merke

Wenn die Schuppen leuchtend weiß erscheinen, liegt stets eine gravierende Störung des Epidermis-aufbaus vor.

1.1

Die weiße Farbe entsteht nämlich durch Lichtreflexion an unzähligen mikroskopischen Lufteinschlüssen innerhalb der Schuppe, die nur dann entstehen, wenn die normale Protein-Lipid-Architektur der Hornschicht völlig aufgehoben ist.

Manchmal findet man Schuppen, die kreisförmig angeordnet sind, d. h. einen Ring bilden, der außen haftet und in die umgebende Haut übergeht, nach innen zu aber abgehoben ist. Man spricht von einer nach innen gerichteten Schuppenkrause. In solchen Fällen stellen Schuppen lediglich den Rest eines vorher vorhandenen Blasendaches dar. Dieses Bild sieht man oft – wegen der dicken Hornschicht – an Handflächen und Fußsohlen. Früher hat man angenommen, dass solche Veränderungen etwas mit der Schweißsekretion zu tun haben und hat den Begriff »Dyshidrose« geprägt. Sind überhaupt keine Bläschen sichtbar, sondern nur die Schuppenkrausen, so spricht man von *Dyshidrosis lamellosa sicca*. Dieses Reaktionsmuster findet sich u. a. bei manchen Handekzemen (Abschn. 2.9.4 »Hand- und Fußekzem«) und auch bei Epidermomykosen (Abschn. 2.4.2 »Tinea pedum«).

Fall 6

»Habe ich einen Pilz? Bin ich ansteckend?«

Ein Lebensmittelverkäufer präsentiert seine Hände: An beiden Handflächen bis zu 3 cm im Durchmesser große, nach innen losgelöste, nach außen hin festhaftende, diskrete, girklandenförmige Schuppenkrausen. »Habe ich einen Pilz? Bin ich ansteckend? Alle Leute, die meine Hände sehen, fragen mich!«

Kommentar. Eine solche *Dyshidrosis lamellosa sicca*, eine trockene, ringförmige Schuppung der Handflächen, kann u. a. als Mitreaktion der Handflächen auf einen Pilzbefall der Füße auftreten, ohne dass die Hände selbst vom Pilz befallen wären. Die Inspektion der Füße zeigt tatsächlich Schuppen, Rhagaden und Mazeration mehrerer Interdigitalräume mit dem Bild einer Fußmykose. Man wird die Fußmykose topisch mit einem Antimykotikum, z. B. Mycospor



Creme (Bifonazol) über 6 Wochen, behandeln und die Handflächen mit einer Pflegesalbe, z. B. Ultrabas oder Diprobas, weil man davon ausgeht, dass die Handflächen nicht mykotisch besiedelt sind. Dementsprechend kann man auch die Bedenken bezüglich der Infektiosität der Hände ausräumen. Bei Persistenz sollte man allerdings doch noch eine Untersuchung auf Pilzelemente von den Fußsohlen und – sicherheitshalber – auch von den Handflächen veranlassen.

Stichwörter. *Dyshidrosis lamellosa sicca*, Fußmykose.

Eine weitere besondere Form der Gewebsvermehrung stellt die Sklerose dar. Damit ist eine Verdickung und Verhärtung der Dermis gemeint. Eine Sklerose ist meist Folge einer chronischen Entzündung und lässt sich palpatorisch feststellen. Die Epidermis über einer sklerotischen Dermis ist oft glatt und unstrukturiert und lässt die Hautanhangsgebilde vermissen, so dass eine Sklerose oft mit epidermaler Atrophie einhergeht.

❏ Umschriebene oder diffuse Sklerosen bedürfen auf jeden Fall einer exakten Abklärung durch den Spezialisten, weil stets eine distinkte, oft nicht harmlose Hautkrankheit – etwa eine progressive systemische Sklerodermie – dahinter steht.

Defekte

Hautdefekte sind für den Betroffenen meist besonders belastend, weil sie schmerzhaft sind und nässen. Die Erosion ist ein ganz oberflächlicher Defekt, bei dem lediglich die Epidermis fehlt. Meist handelt es sich um einen Zustand, der infolge des Platzens einer Blase entsteht. Wenn das Blasendach rupturiert ist oder entfernt wurde, bleibt eine Erosion zurück, die sich rasch mit einer Kruste bedeckt. Die Epidermis ist – abgesehen von Handflächen und Fußsohlen – nur etwa 0,1–0,3 mm dick. Dementsprechend erscheint eine Erosion völlig flach und lässt am Rand makroskopisch keine Stufe erkennen. Sieht man eine solche Stufe, so liegt mit Sicherheit mehr als eine Erosion vor.

1.1 · Wie äußern sich Erkrankungen der Haut?

Erosionen sind schmerzhaft. Wenn die Erkrankung oder der Einfluss, der zu einer Erosion geführt hat, vorüber ist, heilt eine Erosion rasch und ohne Narbenbildung ab. Zuerst ist die neu gebildete Epidermis noch dünn, so dass die darunter liegenden dermalen Gefäße durchscheinen und die Läsion noch rot erscheint, obwohl der Defekt bereits geschlossen ist. Aufgrund der erhöhten Epidermisproliferation im Rahmen der Heilung kann es vorübergehend zur Schuppung kommen, die jedoch nach etwa einer Woche, wenn sich die Epidermis stabilisiert hat, wieder abklingt.

Viele Patienten kommen nicht sofort, wenn eine Eruption auftritt, zum Arzt, sondern erst nach einigen Tagen. Viele vesikulöse Erkrankungen sieht der Hausarzt daher erst dann, wenn die Bläschen bereits verschwunden sind und nur mehr Erosionen mit Krusten zu sehen sind.

Merke

Beim Vorliegen von Krusten muss man stets an zugrunde liegende vesikulöse oder bullöse Dermatosen denken.

Form und Anordnung der Krusten folgen dabei dem Muster der ursprünglichen Bläschen. So ist etwa ein Herpes simplex auch nach dem Aufbrechen der Bläschen an den gruppiert stehenden, fallweise konfluierenden, an der Peripherie stets kleinbogig begrenzten serösen Krusten zu erkennen.

Juckreiz führt manchmal zum intensiven Kratzen mit den Fingernägeln. Die resultierenden Substanzdefekte werden als *Exkorationen* bezeichnet. Sie betreffen nicht nur die Epidermis, sondern auch die oberflächliche Dermis. Die Abheilung erfolgt mit kleinen, oft atrophisch eingesunkenen Närbchen, die im Zentrum blass, am Rand hyperpigmentiert erscheinen; ein charakteristisches Merkmal mancher juckender Dermatosen sind entzündliche Papeln, die im Zentrum schüsselförmig exkoriert werden (*Prurigopapeln*).

Obwohl Exkorationen an sich harmlose, meist selbst zugefügte Hautveränderungen sind, können die danach folgenden Närbchen oft sehr störend sein und lebenslang persistieren. Betroffene sollten daher vom Arzt unbedingt auf diesen Umstand aufmerksam ge-

macht werden. Gerade wenn das Gesicht betroffen ist, wie etwa bei der Akne, ist alles zu unternehmen, um die zugrunde liegende Hautkrankheit zur Abheilung zu bringen und den Juckreiz zu lindern, damit kosmetisch – und psychisch – störende Dauerfolgen vermieden werden. Die in der Praxis am häufigsten gesehenen Exkorationen sind allerdings traumatisch entstanden (»Schürfwunden«) und nicht Ausdruck einer spezifischen Hauterkrankung.

Fall 7

»Diese Unreinheiten stören mich so!«

Das Gesicht der jungen Dame weist zahllose linsengroße, z. T. unregelmäßig pigmentierte, eingesunkene Närbchen auf, daneben mehrere frische, bis fingernagelgroße Exkorationen. Erst die genaue Inspektion zeigt zusätzlich eine kleine Follikulitis an der Stirn und einzelne Komedonen. »Treten manchmal eitrige Pusteln auf?« – »Ja. Immer wieder.« – »Was unternehmen sie dagegen?« – »Diese Hautunreinheiten stören mich furchtbar. Ich versuche sie so gut als möglich auszudrücken. Bis sie weg sind. Ganz weg.«

Kommentar. Selten wird bei einer solchen exkorierten Minimalakne (*Acne excoriée*) das Gespräch sofort in diesem offenen Ton geführt. Meist wird die Manipulation erst nach verständnisvollem, aber ausdrücklichem Befragen angegeben. Aufklärung über den Zusammenhang ist notwendig, dazu aber auch noch eine schonende Behandlung der Minimalakne (Azelainsäure, Skinoren Creme). Zusätzlich kommt eine Behandlung in einem kosmetischen Fachinstitut in Betracht. Dort wird dem Bedürfnis nach mechanischer Entfernung genüge getan, ohne dass Exkorationen und Narben die Folgen wären.

Stichwort. *Acne excoriée*.

1.1

Ulkus

Definition

Geschwüre (Ulzera) sind tief reichende Gewebsdefekte, die die tiefe Dermis oder gar die Subkutis betreffen.

Ihnen voraus geht meist ein Gewebsuntergang in Form eines Schorfes.

Schorf

Definition

Unter Schorf versteht man en bloc abgestorbenes, nekrotisches Gewebe.

Schorfe erscheinen gelblich oder braunschwarz. Aufgrund von Austrocknung neigen Schorfe zum Schrumpfen und liegen deshalb unter dem Niveau der Umgebung.

Pathologische Gewebsvermehrungen können jedoch auch sekundär, etwa durch Tumorzerfall, oberflächlich ulzerieren und von einer Kruste bedeckt sein. Eine solche Kruste kann sich auch wieder abstoßen, der Defekt kann reepithelialisieren. Das führt oft zur Verschleppung der Diagnose.

Fall 8

»Es ist ja immer wieder gut geworden!«

Ein älterer Patient sucht Sie wegen einer Hautveränderung im Gesicht auf. »Warum haben Sie so lange gewartet? Dieser Knoten wächst sicher schon seit vielen Jahren.« – »Ich hab' hier immer wieder eine Kruste gehabt, aber dann habe ich eine Heilsalbe draufgegeben, und es ist immer wieder zugeheilt.« Sie sehen einen fast 2 cm großen, hautfarbenen, im Zentrum eingesunkenen und mit einer kleinen hämorrhagischen Kruste bedeckten Tumor.



Kommentar. Das flachknotige Basaliom am Nasenaugenwinkel eines betagten Patienten wird nicht ganz einfach zu operieren sein.

Ein Spezialist in operativer Dermatologie wird eine Verschiebelappenplastik durchführen müssen.

Der Patient hat den Arzt erst verspätet aufgesucht, weil das für ihn augenfällige Zeichen – die Kruste – immer wieder abgefallen ist und er das weniger augenfällige Zeichen – den flachen, hautfarbenen Knoten – nicht beachtet hat.

Stichwort. *Knotiges, exulzeriertes Basaliom.*

Merke

Eine Kruste, die immer wieder an der gleichen Stelle auftritt, kann auf einen darunter liegenden neoplastischen Prozess hinweisen.

Schorfe entstehen durch direkte physikalische oder chemische Einflüsse (Verbrennung, Erfrierung, Verätzung), durch aggressive Krankheitserreger oder durch gestörte Durchblutung im Rahmen einer arteriellen, venösen oder mikroangiopathischen Durchblutungsstörung. Nach Demarkation und Abstoßung des Schorfes bleibt als Substanzdefekt ein Ulkus zurück.

Nachdem sich die kutanen Schmerzrezeptoren v. a. in den oberen Hautschichten finden, sind oberflächliche Ulzera weit schmerzhafter als tief reichende. Für die Beurteilung eines Ulkus ist es wichtig festzustellen, ob es progredient ist und in der nächsten Zeit sich ausbreiten und verschlechtern wird, oder ob es den Höhepunkt überschritten hat und sich bereits bessert. Wenn der Rand des Ulkus matschig ist, die Haut in der Umgebung mazeriert und der Ulkusgrund von nekrotischen Belägen bedeckt ist, so liegt ein progredientes Ulkus vor. Zeigt der Ulkusgrund dagegen frische, rötliche Granulationen und sieht man am Rand Epithelschleier in das Ulkus hineinwachsen, so ist bereits eine Wende zur Besserung eingetreten (Abschn. 2.17.5 »Ulcus cruris«).

Merke

Ein matschiger, evtl. unterminierter Ulkusrand kann ein Hinweis auf ein bakterielles Ulkus oder auf eine arterielle Durchblutungsstörung sein.

Rhagade**Definition**

Rhagaden (Fissuren) sind schmale, rissförmige, tief reichende Hautdefekte.

Oft sind sie kaum zu sehen, lassen sich jedoch aufgrund der starken Schmerzen, die der Patient stets verspürt, errahnen. Mundwinkel sind eine typische Lokalisation (Faulecken). Ursache dieser Rhagaden ist eine Mazeration der Hornschicht aufgrund des feuchten, intertriginösen Milieus, das oft zu einer Besiedelung mit Bakterien oder Pilzen führt. Eine andere Ursache für Rhagaden ist dann gegeben, wenn die Hornschicht sehr dick und spröde ist. Ein klassisches Beispiel ist das chronische Ekzem der Hände: Fest haftende, trockene, weiße Hyperkeratosen und Schuppen, unterbrochen durch tief reichende Fissuren, die immer wieder bluten und extrem schmerzhaft sind. In diesen tiefen Gewebsspalten siedeln sich oft Keime an und verhindern die Heilung. Deshalb muss bei der Behandlung von Rhagaden oft nicht nur die Integrität der Hornschicht wieder hergestellt werden, sondern auch eine topische antimikrobielle Behandlung erfolgen.

Aphthe**Definition**

Die Aphthe ist ein kleiner, runder, oberflächlicher Substanzdefekt der Schleimhäute.

Die Aphthe ist ein spezifischer Defekt der Schleimhäute. Typischerweise ist sie flach eingesunken, im Zentrum gelblich belegt und von einem roten Hof umgeben. Trotz des sichtbaren Einsinkens und des zent-

ralen Schorfes heilen kleine Aphthen narbenlos ab. Riesenaphthen (über 10 mm groß) hinterlassen nach Abheilung oft flache Dellen. Aphthen sind stets sehr schmerzhaft. Die Abheilung dauert je nach Größe 1–3 Wochen. Mit Abstand am häufigsten sind habituelle Aphthen, von denen manche Menschen bei jedem banalen Infekt, oft auch beim Genuss spezieller Speisen (z. B. Nüsse, Tomaten, Gewürze), geplagt werden (Abschn. 2.18.4 »Aphthen«). Viel seltener, und fast nur bei Kindern, tritt eine *Stomatitis aphthosa* im Rahmen einer Herpes-Erstmanifestation auf (Abschn. 2.1.1 »Herpes simplex labialis«).

Aphthen sind stets kreisrund oder oval und scharf begrenzt. Findet man dagegen Schleimhautläsionen, die großflächig konfluieren und über denen das Epithel mit einem Spatel leicht abgeschoben werden kann, so liegen keine Aphthen, sondern Erosionen der Schleimhaut vor. In solchen Fällen kommen verschiedene abwendbar gefährliche Verläufe (bullöse Autoimmunerkrankheiten, schwere Arzneimittelreaktionen) in Betracht.

Die Abheilung von tieferen Substanzdefekten, ebenso wie von Verletzungen, hinterlässt *Narben*. Die Narben können eingesunken, atroph oder erhaben, wulstig, hypertroph sein. Wie die Narbe ausfällt, hängt einerseits von der Ursache des Gewebdefektes ab: Große, tiefe Ulzera hinterlassen meist atrophische Narben, die auch leicht wieder aufbrechen. Operationswunden, die unter starker Spannung vernäht worden sind, oder langwierige Entzündungen, wie etwa abszedierende Akneläsionen, hinterlassen oft störende, hypertrophische Narben. Wuchert das Narbengewebe über den Bereich der ursprünglichen Narbe flächenhaft hinaus, spricht man von einem *Keloid*. Weiters hängt die Art der Narbe von der Neigung des Patienten zur Narbenbildung ab. Manche Menschen entwickeln stets hypertrophische Narben, andere nicht. Unterschiede gibt es auch hinsichtlich der Lokalisation.

Merke

Eingriffe an der Brust, insbesondere prästernal, hinterlassen oft auffälligere Narben als Operationen an anderen Körperregionen.

1.1

Schließlich spielt auch das Alter eine Rolle: Menschen im jugendlichen oder mittleren Alter entwickeln oft sehr störende Narben, während auch größere Lappenplastiken im fortgeschrittenen Alter in der Regel völlig unscheinbare, kosmetisch makellose Narben hinterlassen.

Fall 9

»Sehen Sie, was Sie angerichtet haben!
So eine grausliche Narbe!«

Betreten blicken Sie auf die Stelle an der Brust, an der Sie vor 6 Monaten ein an sich harmloses Muttermal auf dringenden Wunsch des Patienten entfernt haben. Jetzt ist da ein blassrötlicher, erhabener, länglicher Knoten, deutlich größer als das ursprüngliche Muttermal. »Und dabei habe ich so eine gute Wundheilung! Schauen Sie, von meiner Blinddarmnarbe sieht man fast gar nichts!«

Kommentar. Richtig. Das gibt es. Bei ein und demselben Menschen verläuft die Narbenbildung je nach Region höchst unterschiedlich. Die Brust ist ein Gebiet, das ganz besonders zu hypertrophen Narben neigt. Außerdem stehen die Nähte nach Exzision einer Hautläsion – bei der ja Haut entfernt werden musste – unter Spannung, die Naht nach Appendektomie dagegen nicht. Dem nächsten Patienten werden Sie den Wunsch nach Entfernung einer bloß kosmetisch störenden Läsion auszureden versuchen. Besteht er jedoch auf einer Exzision, bleibt Ihnen nur mehr übrig, ihn nachweislich darüber aufzuklären, dass die Narbe danach auffälliger sein kann als das, was zu entfernen ist.

Stichwörter. *Keloid; hypertrophe Narbe.*

Kein Defekt im eigentlichen Sinne, sondern ein Gewebsschwund, ist die *Atrophie*. Bei epidermaler Atrophie ist die Haut glatt und glänzend, und die Hautanhangsgebilde fehlen. Typischerweise tritt eine solche Atrophie bei langjähriger arterieller Durchblutungs-

störung an den Beinen auf: Die Haut an den Zehen und am Fußrücken erscheint rot, profilarm, und die Haare an den Zehenrücken fehlen. Bei der dermalen Atrophie wird die Haut dünn, ist in dünnen Falten abhebbar und lässt darunter liegende Venen durchscheinen. Das häufigste Beispiel hierfür ist die *senile Atrophie der Haut*, bei der die Haut dünn und leicht verletzlich wird. Darüber hinaus gibt es auch Hautkrankheiten, die zu atrophischen Zuständen führen: *Vernarbende Alopezien*, bei denen die Haarfollikel zugrunde gehen (Abschn. 2.15 »Haarerkrankungen«), oder der *Lichen sclerosus et atrophicus* des Penis oder der Vulva, der zur Phimose bzw. zur Craurosis vulvae führen kann (Abschn. 2.19 »Anogenitale Haut- und Schleimhautveränderungen«).

1.1.2 Subjektive Symptome

Viele Hautkrankheiten sind subjektiv symptomlos, andere dagegen machen sehr wohl stark belastende Beschwerden. Oft kommt Juckreiz vor, manchmal Schmerzen oder Brennen. Manchmal steht aber als subjektives Symptom die Sorge des Patienten über das äußere Erscheinungsbild, über die Reaktion der Umgebung, die Sorge um die Ursache der Erkrankung oder die Angst vor einer gefährlichen Entwicklung ganz im Vordergrund.

Juckreiz

Juckreiz ist das häufigste Symptom einer Hautaffektion. Ähnlich wie bei den Schmerzen kann man einen leichten Juckreiz unterscheiden, der mit den Verrichtungen des täglichen Lebens und mit ungestörter Nachtruhe vereinbar ist, und einem schweren Juckreiz, der den Tagesablauf dominiert und den Nachtschlaf stört.

Der Betroffene nimmt leichten Juckreiz zwar wahr, wird ihn auf Befragen auch angeben, wird aufgrund eines leichten Juckreizes allein jedoch kaum einen Arzt aufsuchen und wird auch nicht selber den Juckreiz zu bekämpfen suchen. Auf schweren Juckreiz reagiert allerdings jeder Patient: Er wird ihn als eine der ersten Beschwerden dem Arzt anbieten und wird willkürlich oder unwillkürlich an der Haut manipulieren.