

## Bericht aus dem Plenum 2

# Dermatosen in besonderen Regionen

Anke Anyadiegwu, Köln

Zunge, Nägel, Kopf – am Mittwochvormittag der Fortbildungswoche für Dermatologie 2016 in München ging es um Dermatosen in besonderen Regionen.

## Zeig mir deine Zunge!

Die Zunge braucht der Mensch zum Sprechen und zum Schmecken, außerdem spielt sie eine Rolle bei der oralen Immunabwehr. Normalerweise ist sie blassrosa, feucht und glatt. Ein leichter weißer Belag am Morgen ist normal. Prof. Christos Zouboulis, Dessau, erläuterte weiter: „Die Geschmacksrezeptoren befinden sich alle an der Peripherie der Zunge. Die früher angenommene Einteilung in Geschmackszonen ist falsch.“ Die Zunge kann **Hinweise auf innere Erkrankungen** liefern. Ein gelblicher Belag deutet auf Leber- und Gallenprobleme hin, eine Lackzunge ist ein Zeichen für Leberzirrhose. Ein bräunlicher Belag kann bei Darmerkrankungen auftreten, eine dicke weiße Schicht bei Virus- und bei Magen-Darm-Erkrankungen. Nicht zuletzt ist die Himbeerzunge charakteristisch bei Scharlach, auch hier ist ein Belag möglich.

Eine **kongenitale Makroglossie** ist selten, tritt aber beim Beckwith-Wiedemann-Syndrom auf, einer genetisch bedingten Wachstumsstörung. Die Patienten leiden an Viszeromegalie und an gehäuftem Auftreten von Tumoren schon in der embryonalen Phase. Bei kongenitalen melanozytären Makulae der Zunge ist das maligne Melanom eine Differenzialdiagnose. Eine Mukozele, durch die die Zunge aus dem Mund hängt und den Säugling beim Trinken behindert, muss operiert werden.

Ein Primäraffekt bei Lues kann auch an der Zunge auftreten. Eine Herpes-simplex-**Infektion** an der Zunge betrifft in der Regel den vorderen Bereich, bei Immunsuppression den hinteren.

Papillome durch das humane Papillomvirus können kongenital sein. Differenzialdiagnose ist ein White-Sponge-Nävus, der selten bis nie entartet. Eine Biopsie schafft hier Klarheit.



Foto: © Andrey\_Popov / Shutterstock

Eine **orale Haarleukoplakie** kann durch Soor oder durch das Epstein-Barr-Virus (bei immunsupprimierten Patienten) verursacht werden. Möglich ist auch ein gleichzeitiges Vorliegen. Bei Flüchtlingen findet sich die seltene Mykose Paracoccidioidomycosis. Differenzialdiagnostisch kommt ein Plattenepithelkarzinom infrage.

Der **Lichen planus mucosae oris** ist immunologisch bedingt, dennoch sollte man durch eine Biopsie einen entstehenden

Tumor ausschließen. „Dieser Übergang ist selten, man muss ihn aber trotzdem im Kopf haben“, erklärte Zouboulis.

Die **Lingua geographica** findet sich bei Psoriasis. Beim Schleimhautpemphigoid sind eine Biopsie und eine Immunfluoreszenz obligat.

**Aphthen und M. Adamantiades-Behçet:** „Jeder hatte wahrscheinlich schon einmal Aphthen“, meinte Zouboulis. Stress kann dabei eine Rolle spielen. Charakteristisch ist ein abendliches Brennen, und morgens ist der Aphth da. Klassisch mit Hof, können Aphthen auch herpetiform aussehen. In der Regel heilen Aphthen innerhalb von sieben Tagen ohne Vernarbung ab, dennoch ist eine Vernarbung möglich. „Was mehr als 15 Tage besteht, ist kein Aphth!“, stellte Zouboulis klar. Dann müsse man die zahlreichen Differenzialdiagnosen in Betracht ziehen.

Eine **Lingua plicata** entsteht infolge einer abgelaufenen Glossitis, durch Rauchen, Zahnerkrankungen, Nahrungsmittelallergien, Mangel an Biotin oder Eisen, sie kann aber auch erblich bedingt sein.

Die **schwarze Haarzunge** ist häufig bei Rauchern und bei intensivem Kaffee- und/oder Schwarztee-Konsum. Sie kann auf schlechte orale Hygiene hindeuten und bei Trigeminusneuralgie und Xerostomie auftreten, oder als Nebenwirkung einer medikamentösen Therapie.

Eine **blaue** Verfärbung kann durch ein Hämatom zustande kommen, etwa induziert durch Warfarin.

Eine **Makroglossie** tritt im Rahmen einer Akromegalie oder einer Amyloidose auf.

Ein Lipom der Zunge ist in der Regel gut operabel, da es eingekapselt ist. Eine Leukoplakie „beginnt leise“, kann sich aber zu einem Plattenepithelkarzinom entwickeln. Ein malignes Melanom der Zunge ist selten, aber aggressiv, da es meist spät erkannt wird. **Zungentumoren** können außerdem Manifestation einer Leukämie sein. Abschließend erinnerte Zouboulis daran, die Zungenpflege mit einer weichen Zahnbürste nicht zu vergessen: „Sie gehört zur Mundhygiene dazu, besonders hinten an den Papillen. Es muss auch nicht jeden Tag sein!“

### Wenn es unter den Nägeln brennt

Anders als Haare fallen die Nägel nicht aus, sondern wachsen kontinuierlich. Sie dienen als Werkzeug, Waffe und Schutz. „Wenn es unter den Nägeln brennt“, damit meinen wir etwas Akutes, Unaufschiebbares“, erklärte Prof. Julia Welzel, Augsburg. Sie führte aus, wie diese Redensart entstanden sein könnte: So gab es im 16. Jahrhundert einen Brauch, wonach die Braut in der Hochzeitsnacht schweigen musste, bis eine Kerze auf ihrem Nagel heruntergebrannt war. Auch Mönche klebten sich Kerzen auf den Fingernagel – was zum Problem wurde, wenn die Predigt zu lang wurde. Nicht zuletzt waren brennende Kienspäne unter den Nägeln eine Foltermethode.

Das Problem mit den Nägeln ist, dass Nagelbett und -matrix schlecht erreichbar sind, dass die Nägel nur langsam wachsen. So gibt es nur wenige Nageltherapeutika. Die Therapie bei Nagelerkrankungen ist

langwierig, zum Beispiel bei Paronychien durch **Infektionen** mit gramnegativen Bakterien. „Und selbst nach der Therapie sieht der Nagel noch lange schlimm aus“, erläuterte Welzel. Sie äußerte ihre Verwunderung darüber, dass eine systemische Therapie bei Onychomykose von den Patienten oft kaum akzeptiert wird – schließlich nehmen sie gegen andere Leiden ganz selbstverständlich Tabletten ein. Die Kultur bei Onychomykose wächst oft schlecht an, weitere diagnostische Möglichkeiten sind die Histo-



Foto: © Turgay Koca / Shutterstock

logie mit PAS-Färbung und die PCR. Die Studienlage zur Lasertherapie bei Onychomykose ist heterogen, daher sieht Welzel sie nur als ergänzende Maßnahme an.

Bei **Nagelpsoriasis** sind Nagelbett und -matrix nur mit Systemtherapeutika erreichbar. Bei **Lichen ruber** ist eine irreversible Vernarbung möglich. Bei **Ekzemenägeln** können die Querrillen herauswachsen.

Auch ein **T-Zell-Lymphom** (Mycosis fungoides) kann sich am Nagel manifestieren. Hier sind eine Immunhistologie und eine PCR zu empfehlen. Zu den Differenzialdiagnosen zählt das Borrelien-Lymphozytom.

Häufig ist eine **mukoide Dorsalzyste**. Hier ist eine Therapie nur dann erforderlich, falls die Zyste auf die Nagelmatrix

drückt, was eine Nageldystrophie verursachen kann. Nach steriler Punktion sollte der Patient für eine Woche ein festes Pflaster tragen. Ebenfalls durch Druck kann eine **Onychogryphose** entstehen. Bei Zustand nach Arzneimitteloxanthem ist eine Nagelschädigung möglich, die aber gesund wieder herauswachsen kann.

**Uhrglasnägel**, die auf Herz- oder Lungenkrankheiten hindeuten, werden heute dadurch erklärt, dass die Hypoxie eine Bindegewebsproliferation der Endphalangen verursacht. „Doch ist das wirklich so?“, fragte Welzel. Bei dieser Theorie seien einige Fragen offen.

Das **Yellow-Nail-Syndrom** tritt zum Beispiel bei Malignomen auf. Neben den gelben Nägeln sind Pleuraergüsse und Lymphödeme vorhanden.

Das **subunguale Melanom** hat häufig unpigmentierte Ausläufer. Daher sollte der Sicherheitsabstand hier großzügig bemessen werden. Bei Erwachsenen sollte bei Verdacht eine Biopsie durchgeführt werden, bei Kindern dann, wenn ein Wachstum zu beobachten ist. Zu den Differenzialdiagnosen zählen unter anderem ethnisch bedingte Pigmentierungen und Einblutungen durch Traumata. Welzel wies darauf hin, dass eine 3-mm-Stanze wieder in den Nagel eingesetzt werden kann und einwächst.

Sie schloss mit dem Hinweis: „Alle Hauterkrankungen können auch am Nagel auftreten!“

### Kopfsache

Prof. Hans Wolff, München, ging zunächst auf Haarprobleme bei Kindern ein. Bei einem fünfjährigen Mädchen, das noch nie einen Haarschnitt erhalten und dennoch sehr kurze Haare hatte, ergab sich bei positiver Familienanamnese (Vater und Tante

waren in diesem Alter ebenfalls betroffen) die Diagnose einer **familiären genetisch bedingten kurzen Anagenphase** der Haare. Dies wächst sich in der Regel aus.

Bei seit einigen Wochen bestehender kreisrunder Alopezie mit Schuppung und gelb-grünem Ergebnis im Wood-Licht lag eine **Microsporie durch T. tonsurans** vor, die mit Griseofulvin behandelt werden konnte.

Bei der meist wandernden **Alopecia areata** kommen mehrere Differenzialdiagnosen infrage: Die Aplasia cutis congenita besteht seit der Geburt und ist harmlos, kann aber operativ verkleinert werden. Bei Alopecia triangularis congenita ist, falls noch feine Haare vorhanden sind, ein individueller Heilversuch mit Minoxidil möglich. Auch ein Eisenmangel kann Ursache einer Alopecia areata sein. Bei akut einsetzender Alopecia areata mit „yellow dots“ kann eine T-lymphozytär geprägte Autoimmunerkrankung zugrundeliegen. Diese Alopezie ist chronisch und schwer zu behandeln, obwohl, anders als beim Lichen ruber, die Follikel nicht zerstört sind. „Ciclosporin A hilft nicht, TNF-alpha-Inhibitoren helfen nicht, systemische Kortikosteroide helfen nicht. Zu topischem Ruxolitinib, einem JAK1/2-Inhibitor, laufen derzeit Studien“, erklärte Wolff. Eine systemische Therapie mit Ruxolitinib sei extrem teuer und mit Nebenwirkungen behaftet. Die beste Option ist laut Wolff derzeit eine topische Immuntherapie mit DCP (Diphenylcyclopropenon), unter der Voraussetzung, dass die Alopecia areata inkomplett und relativ jung ist. Auf [www.trichocare.de](http://www.trichocare.de) können Patienten herausfinden, wo in ihrer Nähe ein Arzt eine DCP-Therapie anbietet. „Eine Alopecia areata totalis oder -universalis ist fast

immer therapierefraktär. Diesen Patienten kann ich leider nicht helfen.“ Wolff riet in diesem Fall dazu, Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen, um das Coping zu erleichtern, über [www.haircoaching.de](http://www.haircoaching.de), [www.kreisrunderhaarausfall.de](http://www.kreisrunderhaarausfall.de).

Eine **Folliculitis decalvans** wird durch *S. aureus* verursacht und zeigt sich als fleckförmige Alopezie mit destrukturierender Entzündung. Die Erkrankung verläuft chronisch und vernarbend. „Etwa die Hälfte der Patienten hat das Glück einer langen Remis-



Foto: © HomeART / Shutterstock

sion“, meinte Wolff. Topische Therapie: Benzoylperoxid 3 % + Clindamycin-Akne-gel (off label), Ciclopirox- und Zinkpyrithion-Shampoos, Octenisept-Lösung. Systemische Therapie: antibiotisch, unter anderem Rifampicin plus Clindamycin über vier bis zehn Wochen. Operativ können Pinselhaare exzidiert werden.

Beim **Lichen planopilaris** bewirken T-Lymphozyten eine Autoimmunzerstörung der Haarfollikel und eine atrophisierende Alopezie. „Die Erkrankung schwelt so vor sich hin“, erklärte Wolff. Typisch ist eine peripiläre Schuppung mit dem Bild der „lonely hairs“. Hinsichtlich der Therapie riet Wolff zu einem vorsichtigen Vorgehen: „Wir kommen in der Regel gut hin mit der topischen Therapie. Bei der systemischen The-

rapie ist die Nutzen-Risiko-Relation oft fraglich.“ Topisch wendet der Patient montags und donnerstags Clobetasol-17-propionat-Kopfhautschaum an, dienstags und freitags Pimecrolimus-Creme oder Tacrolimus 0,1 % Gel (NRF). Systemisch sind unter anderem Acitretin, Ciclosporin A, Steroide und Hydroxychloroquin möglich.

Die **fibrosierende Alopezie (Kossard)** verläuft zentripetal. Charakteristisch ist der Verlust der Augenbrauen. Eine gleichzeitige androgenetische Alopezie ist möglich, des Weiteren ein Haarverlust am gesamten Integument. „Falls man diesen Effekt kontrolliert induzieren könnte, wäre das eine prima Methode zur permanenten Haarentfernung“, scherzte Wolff. Die Patienten wenden montags und donnerstags einen kortikoidhaltigen Kopfhautschaum an, dienstags und freitags Pimecrolimus-Creme oder Tacrolimus 0,1 % Gel (NRF).

Klagt eine Patientin über Haarausfall, obwohl sie eigentlich normal aussieht, kann ein Effluvium vorliegen. Dabei ist der Haarausfall pro Tag verstärkt, wobei nicht unbedingt eine Alopezie resultiert. Die Anamnese zeigt möglicherweise die Gabe von Heparin. Eisen, Ferritin, TSH, T3, T4 und auch ein TPPA-Test können sinnvoll sein, nicht aber das Bestimmen von Zink, Selen und Mineralstoffen. Im Trichogramm finden sich wiederholt erhöhte Telogenhaarraten von mehr als 30 Prozent. Vom **chronischen telogenen Effluvium** mit ständig verstärktem Haarausfall, aber ohne das Eintreten einer Alopezie, sind meist Frauen um oder nach der Menopause betroffen. Doch, so schloss Wolff, „diese Frauen kann man beruhigen.“ any

Quelle: Plenarvorträge „Dermatosen in besonderen Regionen“, Fortbildungswoche München, 27.7.2016.