

Von Infektion bis seltener Manifestation

Das Ohrekzem und seine Differenzialdiagnosen

Peter Mayser, Biebertal

Zusammenfassung

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

Schlüsselwörter: Ohrekzem, Otitis externa

Abstract

A range of inflammatory dermatoses and their complications can manifest themselves in the external ear^{1,2}. Among them, there are especially different forms of eczema, furthermore – as a differential diagnosis – psoriasis, and also mycoses and bacterial and viral infections. Also, rare manifestations of inflammatory dermatoses may occur in the external ear – the range of differential diagnoses is wide.

Key words: eczema of the ear

Ekzeme

Ekzeme gehören zu den häufigsten Hauterkrankungen³. Neben der Meidung einer möglichen Noxe und einer stadiengerechten Therapie sind Glukokortikoide zur topischen Behandlung von Ekzemen auch bei Manifestation im Ohrbereich bis heute Mittel der ersten Wahl^{4,5}. In Abhängigkeit von Alter, Schwere des Ekzems und der Lokalisation sollten jedoch Glukokortikoide mit günstigem therapeutischem Index eingesetzt werden (TIX; Verhältnis zwischen objektiv erfassten, erwünschten Wirkungen und unerwünschten Wirkungen). Den besten TIX von 2,0 weisen unter den mittelstarken (Klasse II) topischen Glukokortikoiden Hydrocortisonbutyrat, Methylprednisolon-

aceponat und Prednicarbat auf, bei den stark wirksamen Substanzen (Klasse III) Mometasonfuroat⁶.

Atopisches Ekzem

Die klinischen Veränderungen sind abhängig vom Lebensalter^{3,7}. Beim Säugling finden sich auf erythematösem Grund besonders parietal und an den Wangen weiß-gelbliche Krusten („Milchschorf“). Exsudativ „nässende“ Veränderungen können das äußere Ohr einbeziehen (Abb. 1). Meist besteht eine Superinfektion mit *Staphylococcus* (*S.*) *aureus*, die über Exoproteine und Superantigene die Ekzemreaktion provozieren können⁸. Für die dann anzustrebende antiinfektive Mitbehandlung eignen sich topische Antiseptika



Abb. 1: Atopisches Ekzem bei einem vier Monate alten Säugling, „Milchschorf“ und Befall des äußeren Ohres. Im Abstrich Nachweis einer Superinfektion mit *S. aureus*.

wie Octenidin oder Chlorhexidin, schwere Verläufe erfordern eine systemische antibiotische Therapie. Topische Antibiotika sollten im Hinblick auf mögliche Resistenzentwicklung und Sensibilisierung nur kurzzeitig ein-



Abb. 2: Eczema herpeticum bei einem acht Monate alten Säugling.



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

gesetzt werden. Kürzlich publizierte Untersuchungen zeigten, dass auch das topische Azol-Antimykotikum Miconazol eine Wirksamkeit gegenüber *S. aureus* aufweist, interessanterweise auch gegenüber Methicillin-(MRSA) und Fusidinsäure-resistenten Isolat⁹. In einer fixen Kombination mit topischen Steroiden kann Miconazol somit



Abb. 4: Chronisches, quälend juckendes Gehörgangsekzem bei Atopie.



Abb. 5: Akutes Kontaktekzem im Gesichtsbereich durch eine Ringelblumensalbe.



Abb. 6: Allergisches Kontaktekzem, subakut-chronisch mit Ablaufspuren; im Epikutantest Chlormethylisothiazolinon positiv.



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



Abb. 8: Seborrhoisches Ekzem retroaurikulär.



Abb. 9: Seborrhoisches Ekzem präaurikulär und nasolabial.

eine Alternative zu Antibiotika und Antiseptika bei der Behandlung umschriebener Hautinfektionen sein, ebenso bei *S.-aureus*-medierten Exazerbationen einer atopischen Dermatitis oder anderer superinfizierter Ekzeme, da die Hautbarriere schneller restituiert wird¹⁰.

Neben einer häufigen Superinfektion mit *S. aureus* besteht auch ein Risiko für die Entwicklung eines *Eczema herpeticatum*. Eine Ausdehnung über den ganzen Körper ist möglich, meist ist aber der Gesichtsbereich



Abb. 10: Psoriasis vulgaris im Bereich des Gehörganges.



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

bevorzugt, ausgehend oft von einer orofazialen Infektion mit HSV Typ 1 beim Erkrankten selbst oder – wie in Abb. 2 – von einem Herpes labialis der Mutter.

Therapeutisch sind Virustatika oral oder – bei schweren Verläufen (disseminiert oder generalisiert) – intravenös angezeigt, lokal Virustatika und austrocknende Maßnahmen.

Bei Kindern ab dem Schulalter sind bei einer Provokation durch Aero-Allergene die exponierten Hautareale wie die Kopf-Hals-Region und auch das äußere Ohr besonders betroffen, oft mit Ausbildung chronischer, teils deutlich lichenifizierter Ekzemerde (Abb. 3). Therapeutisch werden in Ergänzung zu einer Allergenmeidung/-reduktion (z. B. Tierhaare, Hausstaubmilben) topische Glukokortikoide der Klasse II als Intervall-



Abb. 12: Superinfiziertes Ohreckzem mit einem Mischbild aus Impetigo contagiosa und Ostiofollikulitis, da teils follikulär gebundene Pusteln.



Abb. 13: Akutes Erysipel.

therapie mit Basistherapeutika sowie topische Calcineurin-Inhibitoren (Tacrolimus, Pimecrolimus) eingesetzt.

Zu den Minimalvarianten des atopischen Ekzems im Bereich des äußeren Ohres zählen die meist superinfizierte Ohrwinkelrhagade sowie das chronische Gehörgangsekzem, welches mit starkem Juckreiz verbunden ist. Klinisch zeigt sich eine vermehrte Schuppung im Gehörgang, durch Kratzexkoriationen kann auch hier eine Impetiginisierung auftreten. Gemäß der Leitlinie „Ohrenschmerzen“ sollten nach Reinigung des Gehörganges bei Verdacht auf eine bakterielle Ätiologie (vorrangig *S. aureus* und *Pseudomonas aeruginosa*) lokal Kortikosteroide und Antibiotika (bei Allgemeinsymptomen systemisch) appliziert werden¹¹. Bei dem in Abb. 4 dargestellten Gehörgangsekzem fand sich im Abstrich eine *Candida*-Hefe (*C. parapsilosis*), daher



Abb. 14: Chronisches Erysipel mit Zeichen des Lymphödems.

wurde hier kurzzeitig eine Kombinationstherapie aus einem topischem Glukokortikosteroid und Miconazol angewendet. Miconazol deckt darüber hinaus auch mögliche bakterielle Erreger im grampositiven Bereich ab⁹.

Allergisches Kontaktekzem

Ein allergisches Kontaktekzem resultiert aus einer Typ-IV-Immunreaktion auf niedermolekulare Allergene (Haptene), die die Hornschichtbarriere durchdringen können. Es finden sich Ekzemreaktionen im Bereich der Expositionsorte mit unscharfer Begrenzung und Streuphänomene, akut oder chronisch, in Abhängigkeit von der Häufigkeit der Exposition³.

Häufige Kontaktallergene im Bereich des Gesichtes und des äußeren Ohres sind (Beispiele):



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

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

Therapeutisch indiziert sind eine adäquate Ekzemtherapie und konsequente Meidung der Auslöser. Deren Verifizierung sollte mittels leitliniengerechtem Epikutantest erfolgen³.



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

Seborrhoisches Ekzem

Das seborrhoische Ekzem betrifft häufig den prä- und retroaurikulären Bereich (Abb. 8, 9). Als pathophysiologisch bedeutsam wird eine veränderte Sebum-Zusammensetzung im Zusammenhang mit der Besiedlung durch kommensale lipophile Hefepilze der Gattung *Malassezia* diskutiert. Die topische Therapie erfolgt kombiniert antientzündlich/ antimykotisch mit Kortikoiden in Cremegrundlagen oder am Kapillitium als Lösung oder Emulsion als Intervalltherapie.

Wichtige Differenzialdiagnosen zu Ekzemreaktionen am äußeren Ohr

Psoriasis

Im Bereich des äußeren Ohres und des Gehörganges finden sich vornehmlich Manifestationen der Psoriasis vulgaris, oft ist dabei



Abb. 17: Tinea manus.

auch das Kapillitium betroffen (Abb. 10, 11). Behandelt wird je nach Krankheitsausprägung topisch (insbes. Vitamin D3-Analoga, Glukokortikoide), systemisch oder mit Fototherapie, häufig in Kombination.

Bakterielle Infektionen des äußeren Ohres

Impetigo contagiosa

Bei der durch Gruppe-A-Streptokokken (GAS) („kleinblasig“) bzw. Staphylokokken („großblasig“) ausgelösten Infektion (Abb. 12) sollte bei Kleinkindern eine impetiginisierte Skabies ausgeschlossen werden, die aber auch durch GAS kompliziert sein kann.

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

Ostiofollikulitis, Furunkel, Karbunkel

Die Erkrankung kann sich auch im Bereich der Terminalhaare des äußeren Ohres manifestieren. Therapieempfehlungen sind¹¹:



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

lokale Antiseptika (Ostiofollikulitis), sonst ggf. Inzision und Drainage nach Einschmelzung, orale Antibiose mit penicillinasefesten Penicillinen oder Cephalosporinen, Suche nach Prädispositionsfaktoren (insbes. Diabetes mellitus, Immundefekte) sowie sorgfältige Haut- und Kleiderhygiene.

Erysipel

Meist ist eine Eintrittspforte vorhanden, zum Beispiel im Bereich des äußeren Ohres in Form kleiner Verletzungen oder Kratzexkoriationen. Das äußere Ohr ist gerötet, überwärmt, es bestehen hohes Fieber, Schüttelfrost und allgemeines Krankheitsgefühl (Abb. 13). Ausnahmen sind rezidivierende Formen mit oft abgeschwächter Klinik, aber mit dem Risiko des chronischen Lymphödems durch Obliteration der Lymphwege („Elephantiasis nostras“) (Abb. 14). Eine systemische antibiotische Therapie ggf. mit



Abb. 19: Rosacea papulopustulosa.

antiphlogistischen Maßnahmen ist angezeigt¹¹.

Superfizielle Mykosen (Dermatomykosen)¹²

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



Abb. 20: Fototoxische Dermatitis (Doxycyclin).



Abb. 21, 22: Polymorphe Lichtdermatose vom Ekzemtyp.



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

Erkrankungen der Talgdrüsenfollikel

Rosazea

Sowohl Rosacea papulopustulosa als auch Rosacea erythematos-teleangiectatica und glandulär-hyperplastische Rosazea können im Bereich des Ohres auftreten. Abb. 19 zeigt eine Rosacea papulopustulosa. Eine Auslösung durch topische Steroide („Steroidrosazea“) sollte erfasst werden. Seltener ist das Otophym als Pendant des Rhinophym. Die

Therapie umfasst das Vermeiden von Triggerfaktoren, topisch Metronidazol in Gel- oder Cremegrundlage, alternativ Azelainsäure, Adapalen, Permethrin, topische Antibiotika, Brimonidin, Ivermectin, ggf. systemische Antibiotika (Doxycyclin: Mittel der ersten Wahl) bzw. Retinoide oder auch operative Maßnahmen.

Provokationen durch physikalische Reize

Fototoxische Reaktionen

Fototoxische Reaktionen, insbesondere durch Medikamente, sind häufiger als fotoallergische Reaktionen¹³ (Abb. 20). Therapiemaßnahmen sind das Absetzen des Auslösers und topische Glukokortikoide, bei ausgeprägten Reaktionen ggf. in Kombination mit oralen Glukokortikoiden.

Polymorphe Lichtdermatose

Nach starker UV-Bestrahlung (meist UV-A, selten UV-B) der ungebräunten Haut im Frühling oder Urlaub kommt es mit einer Latenz von Stunden bis Tagen in den lichtexponierten Arealen zu stark juckenden Erythemen, Papeln, Papulovesikeln, Plaques, Hämorrhagien oder Blasen (Abb. 21, 22). Bei Rezidiven findet sich wiederkehrend der gleiche Effloreszenzentyp beim einzelnen Individuum. Therapeutisch eingesetzt werden topische Glukokortikoide, UV-Schutz (UV-A-Filter, Kleidung und Verhaltensänderung) sowie Licht-„Hardening“ durch präseasonale repetitive unterschwellige Bestrahlung. Beim differenzialdiagnostisch zu erwähnenden Lupus erythematos zeigt letzterer eine längere Latenz nach Sonnenexposition bis zur Manifestation (1 bis 3 Wochen) und langsamere Rückbildung über Wochen bei Meidung der Sonne (Abb. 23, 24).



Abb. 23: Diskoider Lupus erythematoses.



Abb. 25: Pernionen.



Abb. 24: Akuter oder subakuter kutaner Lupus erythematoses (Rowell-Syndrom).

Kälte

Pernionen (Frostbeulen) sind gekennzeichnet durch symmetrische knotenförmige oder papulöse bläulich-rötliche Schwellungen, meist akral (Abb. 25), die bei Erwärmung jucken, brennen und schmerzen können, beruhend auf einem Zusammenspiel von vegetativ gestörter Gefäßfunktion mit niedrigen Temperaturen oft wenig über 0 °C. Therapiemaßnahmen sind Kälteschutz und kurzzeitig topische Glukokortikosteroide.

Fazit

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

Literatur

- Oztürkcan S, Oztürkcan S. Dermatologic diseases of the external ear. *Clin Dermatol* 2014 Jan-Feb;32(1):141-52.
- Krahl D. Chronische Otitis externa aus dermatologischer Sicht. *Laryngo-Rhino-Otol* 1992;71:644-648.
- Fölster-Holst R, Sperl A, Albrecht T et al. Basis for the treatment of eczematous diseases in otorhinolaryngology. *HNO* 2017 Jul 10. doi: 10.1007/s00106-017-0383-3.
- Garbe C, Wolf G. Topische Therapie. In: Braun-Falcos Dermatologie, Venerologie und Allergologie (Hrsg: Plewig, Landthaler, Burgdorf et al.), Springer Verlag 2012., S. 1853-1879.
- Abeck D: Topische Kortikosteroide in der dermatologischen Praxis. *Hautnah Dermatologie* 2014;30: 24-28.
- Luger T et al. Topical skin therapy with glucocorticoids – the therapeutic index. *J Dtsch Dermatol Ges* 2004;2:629-34.
- Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W et al. S2k guideline on diagnosis and treatment of atopic dermatitis – short version. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016 Jan;14(1): 92-106.
- Wollina U. Microbiome in atopic dermatitis. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2017 Feb 22;10:51-56.
- Nenoff P, Koch D, Krüger C et al. New insights on the antibacterial efficacy of miconazole in vitro. *Mycoses*. 2017 Aug;60(8):552-557.
- Mayser P. Treatment of dermatoses : Significance and use of glucocorticoids in fixed combination with antifungals. *Hautarzt*. 2016;67(9):732-8.
- S2k-Leitlinie Ohrenschmerzen (2014); <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-009.html>; Abruf am 25.9.2017.
- Mayser P. Mykosen. In: Braun-Falcos Dermatologie, Venerologie und Allergologie (Hrsg: Plewig, Landthaler, Burgdorf et al.), 6. Auflage, Springer Verlag 2012, S. 243-279 (7. Auflage in Druck).
- Schauder S. Wenn Arzneimittel und Licht unverträglich sind. *Pharmazeutische Zeitung online* <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=29754>; Zugriff am 3.10.2017.

Korrespondenzadresse

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