

Ein häufig verkanntes Krankheitsbild

Periorale Dermatitis durch falsche Pflege- und Selbstbehandlung

Was ist das: Es ist rot und es ist papulös, zuweilen pustulös oder auch flächig entzündlich-schuppig? Und es ist um den Mund angeordnet, typischerweise mit deutlicher Aussparung um das Lippenrot. Weniger häufig, aber genau gleicher Art findet sich die Dermatitis um die Augen. Die charakteristische Klinik und vor allem die typische Anamnese mit zahlreichen Therapie-Selbstversuchen sollten aufhorchen und – nein, nicht an Pilz, sondern an die periorale Dermatitis POD denken lassen!

Der Dermatologe beschreibt die entzündliche Hautveränderung bei der perioralen Dermatitis POD als mehr oder minder starke Aussaat entzündlich geröteter, follikulär gebundener Papeln, je nach Stadium Papulovesikeln bis –pusteln, von 1-2 mm Durchmesser, welche auf erythematöser Haut (erythemosquamös) perioral und/oder perioribital auftreten (Abb. 1 und Abb. 2).

Die Anamnese der POD ist sehr typisch: Der klassische Patient ist meistens eine Patientin um die 30 Jahre, welche zunächst eine «trockene Hautstelle» mittels verschiedener Kosmetika versucht hat zu behandeln. Anfänglich bringen die selbst

verordneten Feuchtigkeits-Crèmen auch tatsächlich eine Besserung des vermeintlich trocken schuppigen (erythemosquamösen) Hautzustandes und das stets angegebene Spannungsgefühl der Haut wird gelindert.

Doch leider verursacht diese Selbstbehandlung bereits nach wenigen Tagen eine Verschlechterung des Hautzustandes mit deutlicher Zunahme der Entzündung. In der Annahme einer allergischen Reaktion auf die verwendete Crème wird diese gewechselt, leider ohne wesentlichen Erfolg. Und bis die Patientin ihren ersten diesbezüglichen Arztbesuch plant und später auch wahrnimmt, sind oft bereits ein halbes Dut-

zend und mehr verschiedene Feuchtigkeits- und Fett-spendend Crèmen unter der Selbstdiagnose einer allergischen Unverträglichkeitsreaktion versucht und wieder verbannt worden.

Nicht selten wird anschliessend vom konsultierten Hausarzt eine Pilzinfektion diagnostiziert und später nach erfolgloser antimykotischer Therapie eine entsprechend wirksame kortikosteroidhaltige externe Behandlung verschrieben.

Letztere bringt nach langer Selbst- und Arzt-Therapie nun endlich die ersehnte Besserung mit einer tendentiellen Abheilung innert wenigen Tagen. Doch leider stellt sich ein umso schlimmeres Zustandsbild nach Absetzen der kortikosteroidhaltigen Crème ein.

Der oft erst in diesem Stadium beigezogene Dermatologe spricht vom Rebound-Effekt nach Steroidentzug. Er stellt nun endlich die Diagnose einer perioralen Dermatitis (POD), wobei diese Diagnose nur morphologisch erklärend ist und keinerlei Hinweise auf die Ätiologie dieser nicht seltenen Hauterkrankung (die Morbidität wird mit 0,5 – 1% angegeben) gibt.



Foto: Kreyden

Abb. 1: Beginnende teils papulöse, teils pustulöse Periorale Dermatitis mit deutlicher Aussparung um das Lippenrot. Das vermehrte Auftreten der POD in den 50-iger Jahren führte damals zur Bezeichnung «Stewardess-Disease».



Foto: Kreyden

Abb. 2: Lupoide POD mit starker infiltrativer Entzündung und vereinzelt grösseren sukkulenten Papeln an hypertrophe Narben erinnernd. Diese Form tritt häufig nach langfristiger örtlicher Anwendung von Glukokortikoiden auf.



Quelle: ABDA

Vorsicht vor «Selbstbehandlung»

Ätiopathogenese

Die Ätiopathogenese ist multifaktoriell: Die «epidemieartige» Ausbreitung sowie das praktisch nahezu ausschliessliche Auftreten bei weiblichen Patientinnen lässt auf eine unsachgemässe Anwendung von Kosmetika mit entsprechender Intoleranz schliessen. Die repetitive Anwendung von vor allem komedogenen Feuchtigkeitscremen bewirkt eine Quellung und Überfeuchtung der Haut mit Verlegung der Talgdrüsenausführungsgänge und somit Bildung einer entzündlichen Papel resp. Papulopustel.

Meist sind Patientinnen mit einer bekannten und früher behandelten Akne-Erkrankung resp. mit einem seborrhischen Hauttypus in der persönlichen Anamnese betroffen. Dies legt den Schluss nahe, dass die POD in den Formenkreis der Akne oder Rosazea einzuordnen ist. Dafür spricht auch die häufige klinische Beobachtung, dass die POD ähnlich der Akne-Erkrankung eine prämenstruelle Verschlechterung zeigt, was wiederum eine hormonelle Begleitursache vermuten lässt. Wie bei der Rosazea kann Sonnenlicht resp. künstliche UV-Bestrahlung die POD verschlimmern. Auch konnte gezeigt werden, dass die Besiedelung mit *Demodex folliculorum*, eine Milbenart, welche für die Rosazea-Erkrankung verantwortlich ist, nach längerem Gebrauch von externen Kortikosteroiden deutlich zunimmt [1]. Einige Autoren sind allerdings der Meinung, dass die Erkrankung bei Personen mit trockenem Hauttyp (atopische Diathese) infolge chronischer Anwendung von Feuchtigkeitscremen bei gestörter Haut-Barriere-Funktion

auftritt [2]. In den 50-iger Jahren des letzten Jahrhunderts war die POD bei den Flight-Attendend geradezu epidemisch vorzufinden, was der Erkrankung im anglikanischen Sprachgebrauch den Namen der «Stewardess-Disease» einbrachte. Das vermehrte Auftreten gerade dieser Berufsgruppe lag wahrscheinlich darin begründet, dass die meist modisch interessierten jungen Damen sich auf Ihren Reisen vermehrt mit Kosmetika eindeckten. Zudem kam in den 50igern erstmals das so genannte «Beauty-Case», also der Kosmetikkoffer für Reisen in Mode. Die Flight-Attendend hatten (zumindest damals) von Berufswegen attraktiv und gepflegt auszusehen.

Differentialdiagnose

Die Diagnose stellt sich eigentlich klinisch in Zusammenschau mit den stets ähnlichen anamnestischen Angaben. Sie ist aufgrund der typischen Morphologie, Lokalisation sowie dem meist vorhandenen entzündungsfreien Saum direkt um das Lippenrot in aller Regel einfach zu stellen. Wichtig ist, daran zu denken! Abzugrenzen sind Rosazea, Demodikose (Haarbalgmilbe) und Glukokotikoidnebenwirkung bei Grunderkrankungen wie Rosazea, Acne vulgaris oder seborrhischem Ekzem.

Therapie

Das alleinige Weglassen von sämtlichen irritierenden Anwendungen und Kosmetika, insbesondere von fettenden Kosmetika wie Nacht- und Nährcremes, führt in den allermeisten Fällen zu einer vollständigen Abheilung. Allerdings braucht dieser Heilungsprozess Wochen, was meist nicht zugemutet werden kann. Über eine vorübergehende Exazerbation der POD nach Absetzen der topischen Steroide müssen die Patientinnen aufgeklärt werden.

Bewährt hat sich eine topische Therapie mit Metronidazol-haltigen Crèmen im Wechsel mit einem antibiotischen Externum sowie zweimal tägliche Waschungen mit einem pH-neutralen, evtl. leicht rückfettenden Syndets. Bei schwereren oder therapieresistenten Fällen spricht die Erkrankung auf eine orale Behandlung mit Minocyclin 2x50 mg täglich in Kombination mit dem oben erwähnten topischen Metronidazol im Wechsel mit

einer leicht reizenden Azaleinsäure-haltigen Crème sehr gut an.

Bei der lupoiden stark infiltrierten Form muss zuweilen auch eine 3-wöchige systemische Metronidazol-haltige Therapie in Kombination mit oben genannten Externas erfolgen. Bei schwerem Verlauf und/oder häufigen Rezidiven ist die Behandlung mit Isotretinoin 0,2 – 0,5 mg/kg KG nötig. Die aufgrund der teratogenen Wirkung sowie dem grossen Nebenwirkungsprofil strengen Behandlungsrichtlinien sollten bei der Verordnung allerdings strikte Beachtung finden und die Indikation sehr zurückhaltend stellen lassen. Diese Behandlung sollte dem Fachspezialisten überlassen bleiben.

Verlauf

Es hat sich sehr bewährt, die Patientinnen in einem Abstand von vier bis sechs Wochen nachzukontrollieren, um einerseits den Behandlungserfolg und andererseits auch das weitere Procedere nach abgeheilter POD zu besprechen. Naturgemäss ist die POD eine sehr rezidivfreudige Hauterkrankung. Dies hängt einerseits mit der zu Akne neigender Prädisposition der Patientinnen, aber auch mit dem sozialen Verhaltensmuster der modernen Dame zusammen. Ohne eine entsprechende eingehende und der Patientin auch wirklich verständliche Kosmetikberatung im Anschluss an die Erkrankung ist das Rezidiv vorprogrammiert, die Patientin erneut ab dem wieder Auftreten der Pickel enttäuscht und vor allem verunsichert. Dies führt zu dem häufig gesehenen Ärzte-Tourismus, wo es schlussendlich nur Verlierer gibt.

Dr. med. O. Ph. Kreyden

Dermatologie &
Venerologie FMH
Praxis Methininerhof
4132 Muttenz
E: praxis@kreyden.ch
www.kreyden.ch



Literatur:

- 1 Dolenc-Voljc M, Pohar M, Lunder T. Density of *Demodex folliculorum* in perioral dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2005; 85(3):211-5.
- 2 Dirschka T, Szliska C, Jackowski J, Tronnier H. Impaired skin barrier and atopic diathesis in perioral dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2003 Mar;1(3):199-203.

