

10.1 Dermatologie bei Kindern (Pädiatrische Dermatologie)

von <[Regina Fölster-Holst](#)>

Inhalt

[10.1.1 Dermatosen im Neugeborenenalter \(Neonatale Dermatologie\)](#)

10.1.2 Windeldermatitis und Differenzialdiagnosen

[10.1.3 Exanthemkrankheiten](#)

[10.1.4 Nicht-vaskuläre, nicht-melanozytäre benigne Hauttumoren](#)

10.1.2 Windeldermatitis

Die Windeldermatitis ist ein klassisches Beispiel einer irritativ toxischen Dermatitis. Im Wesentlichen sind die okklusiven, feucht-warmen Verhältnisse der Windel mit der Folge einer Mazeration, der Kontakt mit die Haut schädigenden Enzymen (Proteasen, Lipasen) aus dem Stuhl sowie der mechanische Reiz durch die Windel von pathogenetischer Relevanz. Damit liegen ideale Wachstumsbedingungen für Infektionserreger wie *Candida albicans* und *Staphylococcus aureus* vor (Runeman 2004). Die Windeldermatitis ist eine Erkrankung des Säuglings und Kleinkindes, wobei am häufigsten ältere Säuglinge betroffen sind. Klinisch stehen Rötung und Papeln im Vordergrund, die eine Betonung der konvexen Flächen (v.a. genital, gluteal, Oberschenkel) aufweisen (Abb. 1). Weißgelbliche Papulopusteln im Randbereich und in der näheren Umgebung (Satellitenherde) spiegeln die Infektion mit *Candida albicans* wider. Ausgeprägte Windeldermatitiden gehen mit nässenden, krustösen Erosionen einher, die sich zu Ulzera (Jaquet Ulzera) ausweiten können.

Die Windelregion ist Schauplatz vieler Dermatosen, Tabelle 1 gibt einen Überblick:

Tab. 1: Windeldermatitis-Differenzialdiagnosen

Erkrankung und Manifestationsalter	a) Ursache b) Anamnese	a) Morphe b) Befall außerhalb des Windelbereichs (W.b.)	Diagnostik	Therapie
Windeldermatitis Säuglings-/ Kleinkindesalter	a) Okklusive Bedingungen, Stuhl- und Urinkontakt b) Diarrhoen	a) Rötung und Papeln, bei Candidainfektion Papulopusteln, Satellitenherde b) Selten bei Candidainfektion	Mykologische Untersuchung	Häufiger Windelwechsel, antiseptische-, ggf. antimykotische Lokalthherapie
Seborrhoisches Ekzem Innerhalb der ersten drei Lebensmonate	a) Nicht bekannt b) Schuppenentnahme für mykologische Untersuchung (<i>Malassezia furfur</i>)	a) Gelblich, blättereig-artige Schuppung auf Erythem b) Gesicht, Capillitium, Stamm	Schuppenentnahme für mykologische Untersuchung (<i>Malassezia furfur</i>)	Nachweis von Hefen: Ketokonazol-haltige Externa, sonst kurzfristig Klasse I-Kortikosteroide

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tab. 2

Erkrankung und Manifestationsalter	a) Ursache b) Anamnese	a) Morphe b) Befall außerhalb des W.b.	Diagnostik	Therapie
Psoriasis vulgaris In jedem Alter möglich	a) Genetische Disposition b) Vorausgegangener Halsinfekt?	a) Scharf begrenzte erythematösquamöse Plaques b) Capillitium, Gesicht, Nabel, Streckseiten Extremitäten	Familienanamnese, ggf. Hautbiopsie	Altersangepasst kurzfristig Kortikosteroide, topische Vitamin D3-Analoga (für Säuglinge u. Kleinkinder nicht zugelassen), Hautpflege
Allergisches Kontaktekzem Selten im Säuglings- und Kleinkindesalter	a) Spättyp-Allergie b) Kontakt zu potenten Allergenen?	a) Ekzem im Kontaktbereich b) Bei hämatogener Streuung oder Applikation des allergenhaltigen Externums in anderen Bereichen	Epikutantest	Absetzen des allergenhaltigen Externums, kurzfristig topische Kortikosteroide
Perianale Streptokokkendermatitis V.a. Vorschul- und Schulkinder	a) β -hämolyisierende Gruppe A Streptokokken b) Schmerzen beim Stuhlgang, häufig Halsinfekte i.d. Familie ?	Kräftige Rötung perianal, bei Mädchen auch im Bereich der Schamlippen	Bakteriologischer Abstrich	Oral Penicillin V für 10 Tage
Acrodermatitis enteropathica Kurz nach dem Abstillen	a) Mutation im zinkspezifischen Transportergen (8q24.3) b) Diarrhoen und Alopezie	a) Exsudative psoriasiforme Läsionen b) Perioral u. periorbital, zusätzlich Paronychien	Plasmazink- u. Serumkupferspiegel, ggf. Mutationsanalyse	Orale Zinksubstitution
Erworbener Zinkmangel Während Stillzeit	a) Zinkmangel alimentär oder aufgrund erniedrigter Resorption b) Diarrhoen und Alopezie	a) Exsudative psoriasiforme Läsionen b) Perioral u. periorbital, zusätzlich Paronychien	Plasmazink- und Serumkupferspiegel	Orale Zinksubstitution
Langerhans-Zell-Histiozytose In jedem Alter möglich	a) Nicht bekannt b) Befall anderer Organe	a) Exsudative nässende Papeln perianal b) Intertriginös nässende, krustöse Läsionen; Capillitium (betont im Schläfenbereich) u. Stamm juckende, gelbrote, hämorrhagische Papeln in disseminierter Verteilung	Hautbiopsie für histologische/immunhistologische Untersuchung	Abhängig vom Ausmaß der Erkrankung; Multiorganbefall: Therapieprotokoll nach Gardner Hautbefall: Stickstoff-Lost (Mechlorethamin 10mg in 60mg Salbe (z.B. Unguentum leniens))
Granuloma gluteale infantum Säuglingsalter	a) Häufig n. Anwendung topischer Kortikosteroide bei Windeldermatitis	Rotlivide, ovaläre, mäßig derbe Knoten im W.b.	Medikamentenanamnese	Umstellung der topischen Therapie



Abb. 1 Windeldermatitis

Therapie

Die Therapie der Windeldermatitis sollte die pathogenetischen Faktoren berücksichtigen und beinhaltet:

- Einen häufigen Windelwechsel
- Den (wenn möglich) 1-2xtäglich stundenweisen Verzicht auf das Tragen von Windeln
- Reinigung mit Zink- oder Olivenöl (nach Stuhlgang Reinigung mit lauwarmem Wasser)
- Bäder oder feuchte Umschläge mit Gerbstoffen bei nässenden Läsionen
- Das Auftragen von Pflegepräparaten (z.B. weiche Zinkpaste, duftstofffreie Dexpanthenol-haltige Salben) zur Wiederherstellung der Barrierefunktion
- Zur Behandlung erosiv-exsudativer Läsionen haben sich Farbstoffe (Methylrosanilin 0,1% NRF 11,69) bewährt. Antimykotisch werden topisch Nystatin, Clotrimazol oder Imidazol-Derivate eingesetzt, wobei die Soorinfektion aufgrund der oralen und v.a. intestinalen Besiedlung zusätzlich mit Nystatin-Suspension für eine Woche behandelt werden sollte

Literatur

Runeman B, Forsgren-Brusk U, Larko O, Larsson P, Faergemann J. The vulvar skin microenvironment: influence of different panty liners on temperature, pH and microflora. Acta Derm Venereol. 2004; 84:277-84.

Zurück zum Inhaltsverzeichnis: [DNO](#)

© BBS-Verlag Wiesbaden