

9.2.2 Akneiforme Exantheme

von <[Falk Ochsendorf](#)>

Hierunter versteht man akneähnliche Eruptionen bei Erwachsenen. Klinisch gekennzeichnet sind sie durch disseminierte gerötete Papeln/Papulopusteln ohne Komedonen. Betroffen sind v.a. der Stamm und hier besonders der Rücken, sowie Gesicht und Streckseiten der Arme. Folgende Ursachen müssen in Betracht gezogen werden:

Follikulitiden durch unterschiedliche Erreger: *Malassezia furfur*, *Staph. aureus*, gramnegative Erreger, Demodex-Milben. Eosinophile Follikulitis, Arzneimittelreaktionen und Follikulitis bei HIV-Infektion.

Die **gramnegative Follikulitis** entwickelt sich meist im Laufe einer antibiotischen Therapie einer Akne in Form einer follikulären Pyodermie. Man findet nasolabial und perioral bei einer stark seborrhoischen Haut rote Papeln und Pusteln. Kulturell lassen sich gramnegative Keime (u.a. *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*), auch in der Nasenschleimhaut, nachweisen, Therapie der Wahl ist Isotretinoin (Boni 2003).

Medikamente, die akneiforme Exantheme auslösen können, sind: Androgene, Anabolika, Kortikosteroide (Abb.1), Psychopharmaka und Neuroleptika (Lithium, Hydantoin, Phenobarbiturate, Amineptin), Halogene (Brom, Jod), Methylendioxyamphetamine (Ecstasy-Pimples), Antibiotika (Tetracycline, INH), Azathioprin, Thiouracil, D-Penicillamin, Vitamin B1, B6, B12, EGF-Rezeptor Inhibitoren (Cetuximab, Erlotinib, Gefitinib), Lamotrigin, Sirolimus, Danthrolen.

Die Veränderungen der „Steroidakne“ treten meist 2-3 Wochen* nach Beginn einer Kortikosteroidtherapie auf (*bei hohen Dosen bereits nach 1-2, bei niedrigeren Dosen nach 3-6 Wochen). Auch topische Kortikosteroide können an den Applikationsstellen zu derartigen Veränderungen führen (umso eher, je potenter das Steroid).



Abb. 1 Akneiforme Effloreszenzen nach systemischer Kortikosteroidtherapie

Die **Acne aestivalis** (Mallorca-Akne) tritt nach intensiver Sonnenexposition auf. Es finden sich am oberen Rücken juckende rote Papeln und vereinzelt Pusteln. Sie wird als eine akneiforme polymorphe Lichtdermatose interpretiert (Hjorth 1972).

M. Behcet: Bei bis zu 25% der Patienten finden sich neben den typischen oro-genitalen Aphthen akneiforme Eruptionen.

Seltene Ursachen: Zinkmangel, Autoimmun-Progesteron-Dermatitis, Follikuläre Muzinose, Pseudoxanthoma elasticum.

Diagnostik und Therapie

Die Diagnose wird klinisch durch das Gesamtbild gestellt. Abstriche können mögliche auslösende Erreger identifizieren. Bei entsprechendem Nachweis: Antimikrobielle Therapie. Ggf. ist zur Differenzierung eine histologische Untersuchung hilfreich. Bei medikamentöser Ursache: Ab/Umsetzen des Präparats. Wenn dies nicht möglich ist: Symptomatische Lokaltherapie (s. Kapitel Akne).

Literatur

Boni R, Nehrhoff B: Treatment of gram-negative folliculitis in patients with acne. Am J Clin Dermatol 2003; 4:273-6. Abstrakt: <http://amedeo.com/lit.php?id=12680804>

Plewig G, Jansen T. Acneiform dermatoses. Dermatology 1998;196:102-7 Abstrakt: <http://amedeo.com/lit.php?id=9557242>

Hjorth N, Sjolin KE, Sylvest B, Thomsen K. Acne aestivalis-Mallorca acne. Acta Derm Venereol 1972;52:61-3

Yu HJ, Lee SK, Son SJ, Kim YS, Yang HY, Kim JH. Steroid acne vs. Pityrosporum folliculitis: the incidence of Pityrosporum ovale and the effect of antifungal drugs in steroid acne. Int J Dermatol 1998; 37:772-7. <http://amedeo.com/lit.php?id=9802688>

Zurück zum Inhaltsverzeichnis: [DNO](#)