

Rot ist nicht gleich Rot

Was kann hinter dieser Hautrötung stecken?

Viele dermatologische Pathologien beginnen nur als Rötung und bilden erst im Verlauf mehrere Merkmale, die eine Zuordnung erlauben.

Was ist Dermatologie? Es ist rot, es juckt und man schmiert Kortison drauf. Das hat mir die Assistenzärztin der Pädiatrie in meinem Wahlstudienjahr beigebracht.

Das Problem dabei: Rot ist nicht gleich Rot und - Kortison passt nicht immer. Wir wollen im Folgenden eine Übersicht über die multiplen verschiedenen Ursachen von Hautrötungen geben. Dabei beschränken wir uns auf lokalisierte Erytheme ohne wesentliche weitere Effloreszenzen. Es ist zu beachten, dass viele dermatologische Pathologien nur als Rötung beginnen und sich erst im Verlauf weitere Merkmale ausbilden, die eine Zuordnung erlauben. Die folgende Übersicht versucht, aufgrund der Ätiologie, Lokalisation und Symptomatik etwas Ordnung in die breiten Differentialdiagnosen zu bringen. Zusätzlich sollen die Bilder einen Eindruck von der Vielfalt der Rötungen vermitteln. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann nicht gestellt werden.

Die Tabelle 1 zeigt eine Einteilung lokaler Rötungen nach der Ätiologie.

Vorgehen bei lokalen Rötungen

Zuerst wollen wir aber noch auf das Vorgehen bei einer kutanen Rötung eingehen. Anamnestisch interessiert, wie lange die Rötung schon besteht, ob sie das erste Mal aufgetreten ist oder ob bereits mehrfach ähnliche Rötungen bestanden haben und ob Personen im Umfeld ebenfalls an Rötungen leiden. Bestehen weitere Symptome? Auch die persönliche Anamnese und die Medikamentenanamnese können Hinweise auf die Ursache einer Rötung ergeben.

Bei der klinischen Untersuchung kann ein helles Rot von einem eher lividen Farbton unterschieden werden. Auch grüne Farbtöne (Wells-Syndrom) oder braune (Sarkoidose, tiefe granulomatöse Tinea) können wegweisend sein. Entscheidend für die Diagnose sind häufig die Lokalisation oder allfällig auftretende Primär- (Vesikeln, Papeln, Quaddeln) und Sekundäreffloreszenzen (Schuppung, folliculäre Keratosen etc.). Die Palpation hilft, die Konsistenz der Läsion zu beurteilen.

Besteht nach der Inspektion eine Verdachtsdiagnose, kann diese häufig durch einfache klinische Tests überprüft werden. Zum Beispiel kann die Anfertigung eines Direktpräparates eine Tinea überführen oder das Woodlicht ein Erythrasma. Weitere Verdachtsdiagnosen lassen sich mittels Laboruntersuchungen, insbesondere serologischen Untersuchungen bestätigen oder ausschliessen. Auch die histologische Untersuchung bringt häufig wertvolle Hinweise.

Im Folgenden wollen wir auf einzelne Rötungen genauer eingehen.

Physikalische Schäden

Hitze, Kälte und Strahlen

Verbrennung und Verbrühung, Erythema ab igne: Die Diagnose lässt sich im Normalfall anamnestisch eruieren. Die Behandlung richtet sich nach dem Schweregrad der Verbrennung oder Verbrü-



Dr. med. Damian Bühler
St. Gallen

hung. Etwas schwieriger kann die Diagnosestellung bei dem Erythema ab igne (Abb. 1) sein, da die Patienten sich der Ursache häufig nicht bewusst sind. Bei Vorliegen dieser Blickdiagnose kann durch die Frage nach Wärmeeinwirkung (Strahler, Bettflasche, etc.) die Diagnose bestätigt werden.

Photodermatosen

Dermatitis solaris (Sonnenbrand), (Abb. 2): Die Diagnose kann leicht anamnestisch und klinisch gestellt werden. Therapeutisch

TAB. 1 Einteilung lokaler Rötungen nach Ätiologie

Physikalische Schäden

Verbrennung, Verbrühung, Erythema ab igne, Erfrierung
Photodermatosen
Ionisierende Strahlen: Radiodermatitis

Infektionen

Erythema chronicum migrans und Lymphadenosis cutis benigna (Borrelien)
Erysipel (Staphylokokken, Streptokokken)
Erythrasma (Corynebacterium minutissimum)
Erysipeloid (Erysipelothrix rhusiopathiae)
Herpes zoster / simplex (Anfangsstadium)

Mykosen
Tinea corporis
Intertrigo
Balanitis

Flush

Verhornungsstörungen

Ulerythema ophryogenes

Allergien

Fixes toxisches Arzneimittelalexanthem

Neoplasien

Lymphome
amelanotisches Melanom
Basalzellkarzinom
Erythroplasie de Queyrat

Pseudolymphome

Insektenstiche

Autoimmundermatosen

Panniculitis verschiedener Ursachen
Lupus erythematodes
Dermatomyositis
Kryoglobulinaemie

Prodromale Rötungen

Morphaea
Lichen sclerosus et atrophicus
bullöses Pemphigoid (prämonitorisches Erythem)
Wells-Syndrom (Eosinophile Zellulitis)

Fotos: Bühler

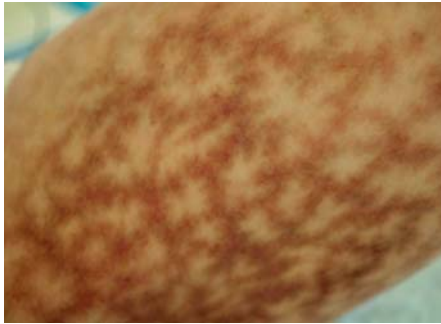


Abb. 1: Erythema ab igne



Abb. 2: Dermatitis solaris



Abb. 3: Radiodermatitis



Abb. 4: Erythema chronicum migrans



Abb. 5: Pseudolymphom bei Borreliose



Abb. 6: Erysipel

wird eine topische Steroidlotion angewandt. Diese kann mit Vorteil im Kühlschrank gelagert werden, sodass die Lotion einen zusätzlich kühlenden Effekt hat. NSAR systematisch ist eine Alternative. Topische NSAR-Anwendungen sollten vermieden werden.

Ionisierende Strahlen

Radiodermatitis (Abb. 3): Nach Radiatio tritt initial eine Rötung auf. Bei stärkerer Reaktion können Blasenbildung und Nekrosen dazukommen.

Infektionen

Erythema chronicum migrans und Lymphadenosis cutis benigna (Borrelien): Infektionen mit den von Zecken übertragenen Borrelien können sowohl mit dem Erythema chronicum migrans als auch mit der Lymphadenosis cutis benigna als lokale Rötung imponieren.

Erythema chronicum migrans (Abb. 4): Das Erythema chronicum migrans kann innert 10 Tagen bis 8 Wochen nach einem Zeckenstich auftreten. Klinisch zeigt es sich als langsam wandernde, häufig randbetonte Rötung, welche von der Stichlokalisierung ausgeht. Es handelt sich dabei um eine Manifestation der Borrelieninfektion, welche dem Stadium I zugerechnet wird.

Lymphadenosis cutis benigna, Pseudolymphom (Abb. 5): Die Lymphadenosis cutis benigna wird dem Stadium II der Borreliose zugerechnet. Es handelt sich um eine meist an den Ohrläppchen, an den Mamillen oder den Wangen auftretenden rotbraunen Knoten.

Diagnostik: Nebst den kutanen Manifestationen können je nach Stadium neurologische, rheumatologische oder kardiologische Beschwerden auftreten. Diese müssen aktiv gesucht werden. Der serologische Nachweis ist vor allem im Stadium I häufig falsch negativ. Sensitivität 20–50%. Im Stadium II ist die Sensitivität mit 70–90 % bedeutend besser.

Therapie: Bei Erwachsenen Doxycyclin 100 mg 1-0-1 für 21 Tage. Bei Kindern oder Schwangeren Ampizillin oder Amoxicillin, alternativ Erythromycin.

Erysipel (Streptokokken der Gruppe A, zunehmend auch Staphylokokken): Beim Erysipel (Abb. 6) handelt es sich um eine subcutane Infektion, meist ausgelöst durch Streptokokken der Gruppe A. Zunehmend werden zusätzlich auch Staphylokokken nachgewiesen. Meist sind die distalen unteren Extremitäten betroffen. Häufig aber auch das Gesicht und, insbesondere bei Lymphabflussstörungen z.B. nach Lymphadenektomie oder Radiatio, auch die Arme. Häufig findet sich eine Eintrittspforte. Klinisch zeigt sich eine scharf begrenzte überwärmte Rötung, die sich im Verlauf ausdehnen kann. Durch die zusätzliche Schwellung zeigt die Haut einen Glanz. Meist sind die entsprechenden Lymphknoten vergrößert und druckdolent.

Diagnostik: Klinik. Findet sich eine Eintrittspforte, zum Beispiel eine Tinea pedis? Entzündungslabor. Antistreptolysin-Antikörper, AntiDNAse B Antikörper.

Therapie: Intravenöse Antibiose mit penicillasefesten Penicillinen, alternativ Erythromycin für mindestens 10 Tage. Bettruhe und Hochlagern des betroffenen Körperteils. Falls das Gesicht betroffen ist, weiche Nahrung und Sprechverbot. Desinfizierende Umschläge. Einige Tage nach Beginn der Antibiose darf die betroffene Extremität gewickelt werden. Eine allfällige Eintrittspforte sollte saniert werden. Der Behandlungsverlauf kann klinisch an einer Fältelung der initial straff gespannten Haut erkannt werden. Ebenso empfiehlt es sich, als Ausgangslage die Rötung mit einem Stift zu umzeichnen, damit ein weiteres Fortschreiten der Infektion erkannt werden kann.

Da ein Ödem ein Rezidiv fördert, muss ein Ödem möglichst vermieden werden. Eine Poststreptokokkenglomerulonephritis muss im Verlauf ausgeschlossen werden.

Erythrasma (Corynebakterium minutissimum): Das Erythrasma wird durch Corynebakterium minutissimum verursacht. Die Rötungen (Abb. 7) entstehen vor allem in den intertriginösen Arealen. Korallenrot fluoreszierende Stellen im Wood-Licht bestätigen die



Abb. 7: Erythrasma



Abb. 8: Erythrasma im Woodlicht

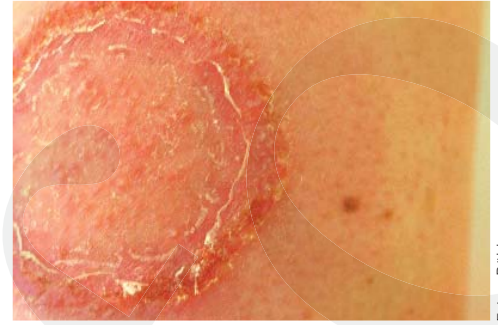


Abb. 9: Tinea corporis

Fotos: Bühler



Abb. 10: Intertrigo



Abb. 11: Balanitis



Abb. 12: Ulerythema ophryogenes



Abb. 13: Fixes toxisches Arzneimittel-exanthem



Abb. 14: Lokalisiertes T-Zell Lymphom

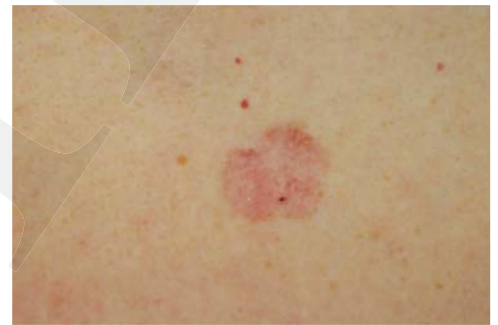


Abb. 15: Basalzellkarzinom

Diagnose (Abb. 8). Die Therapie erfolgt mit Erythromycin topisch, bei Persistenz Erythromycin systemisch.

Erysipeloid (Erysipelotrix rhusiopathiae): Der Rotlauf, wie das Erysipeloid deutsch genannt wird, wird durch Erysipelotrix rhusiopathiae verursacht. Da es sich um eine Zoonose handelt, sind vor allem Metzger und Fischer betroffen. Klinisch zeigen sich livide oder rötliche randbetonte Plaques, meist an den Händen. Die Therapie erfolgt mit Penicillin G oder Erythromycin.

Herpes zoster und Herpes simplex: In der initialen Phase können sowohl Herpes zoster als auch Herpes simplex als lokale Rötung imponieren. Bei Herpes zoster folgt diese den Dermatomen, bei Herpes simplex meist labial oder genital, kann jedoch auch an diversen Lokalisationen auftreten. Häufig sind sie von Schmerzen begleitet. Im Verlauf, wenn sich Bläschen bilden, wird die Diagnose einfach. Da die antivirale Therapie jedoch nur im Anfangsstadium greift, ist eine frühe Diagnose insbesondere beim Herpes zoster essentiell.

Mykosen

Tinea corporis: Bei der Tinea corporis (Abb. 9) zeigt sich meist eine randbetonte Rötung, leicht schuppig. Die Diagnose kann mittels Direktpräparat mit Nachweis von Myzelien gestellt werden.

Im Normalfall reicht eine topische antimykotische Therapie aus. Anamnestisch interessant ist vor allem die Frage nach Haustieren.

Intertrigo: Die Intertrigo (Abb. 10) findet sich, wie der Name schon sagt, in den intertriginösen Arealen. Verursacht oder begünstigt wird sie durch aufeinander liegende Haut. Durch diese Okklusion bildet sich ein feuchtes, warmes Milieu, welches das Wachstum von Krankheitskeimen fördert. Insbesondere Candida albicans kann häufig nachgewiesen werden. Die Therapie hat denn auch zum Ziel, die feuchten Areale auszutrocknen. Dies ist wichtiger als die antimykotische Therapie. Beste Therapieerfolge zeigen Antimykotika in der galenischen Form einer PASTE in Kombination mit Lappcheneinlage, damit die Hautareale nicht mehr direkt aufeinander zu liegen kommen. Als seltene Differentialdiagnose kommt bei Persistenz der Morbus Hailey-Hailey in Frage.

Balanitis: Als Balanitis (Abb. 11) wird eine Entzündung der Glans penis bezeichnet. Ist das innere Präputialblatt mitbeteiligt, wird von einer Balanoposthitis gesprochen. Meist liegt eine Phimose vor. Ein Diabetes mellitus, Penisödeme, Immunsuppression oder inadäquate Hygiene können das Entstehen der Balanitis ebenfalls begünstigen. Durch diese prädisponierenden Faktoren kann eine Besiede-



Abb. 16: Erythroplasia de Queyrat



Abb. 17 : Pseudolymphom



Abb. 18: Panniculitis



Abb. 19: Lupus erythematoses



Abb. 20: Dermatomyositis, vergrößerte Kapillarschlingen und Einblutung (Keinig Zeichen) am Nagelfalz



Abb. 21: Kryoglobulinämie



Abb. 22: Morphaea



Abb. 23: Lichen sclerosus et atrophicus



Abb. 24: Wells Syndrom

lung mit Bakterien oder Pilzen begünstigt werden. Je nach Krankheitserreger können nach initialer Rötung zusätzliche Symptome wie weissliche, schmierige Beläge, Ulzerationen oder starker Exsudatfluss auftreten.

Therapeutisch sollten begünstigende Faktoren beseitigt werden und die Infektion einerseits mit allgemeinen Massnahmen wie Desinfektion und eher austrocknender Therapie, andererseits mit gezielter antibakterieller oder antimykotischer Therapie behandelt werden. Zu meiden sind Pasten und Salben. Geeignet sind wässrige Lösungen und schleimhautverträgliche Cremes.

Flush

Ebenfalls eine lokale Rötung, vor allem im Gesicht und der Halsregion, kann durch eine Flush-Symptomatik hervorgerufen werden. Dabei müssen insbesondere der habituelle Flush und ein Flush mit einer zugrundeliegenden Pathologie unterschieden werden. Zu den internistischen Ursachen zählen Karzinoide, das Phäochromozytom, die systemische Mastozytose sowie die Menopause. Auch Medikamente können für die Flush-Symptomatik verantwortlich sein. Dermatologisch kann eine initiale Rosacea

als Flush imponieren. Insbesondere bei neuauftretendem Flush müssen internistische Ursachen gesucht werden.

Verhornungsstörungen

Ulerythema ophryogenes: Das Ulerythema ophryogenes (Abb. 12) ist eine folliculäre Verhornungsstörung, welche vor allem im Gesicht lokalisiert ist. Es zeigen sich teils stark gerötete Wangen, fleckig, häufig verbunden mit Alopezie der Augenbrauen und der Wangen.

Allergien

Fixes toxisches Arzneimittlexanthem: Beim fixen toxischen Arzneimittlexanthem (Abb. 13) handelt es sich um eine lokalisierte Typ IV Allergie auf ein Arzneimittel. Klinisch zeigt sich rundliches, dunkelrotes Exanthem, welches typischerweise nach jeder Arzneimittleinnahme an immer derselben Stelle wieder auftritt.

Besonders häufig wird es durch Analgetika, Antiphlogistika, Antibiotika, Laxantien, Hypnotika und Antimalarika ausgelöst.

Neoplasien

Lymphome: Primär kutane Lymphome (Abb. 14) oder kutane Manifestationen von systemischen Lymphomen können ebenfalls als lokale Rötung imponieren. Häufig erscheinen sie etwas knotig oder plaqueartig beziehungsweise ekzematös. Die Probeexzision kann die Diagnose sichern.

Amelanotische Melanome oder Basalzellkarzinome: Hinter neu entstandenen roten Makeln können sich auch amelanotische Melanome oder Basalzellkarzinome (Abb. 15) verstecken. Die Diagnose kann dermatoskopisch anhand der Gefäßstruktur erhärtet und histologisch bestätigt werden.

Erythroplasie de Queyrat: An der Glans penis wird der Morbus Bowen Erythroplasie de Queyrat genannt (Abb. 16). Im Gegensatz zum Morbus Bowen der Haut, welcher durch Hyperkeratosen nicht mehr nur als Rötung imponiert, zeigt sich die Erythroplasie de Queyrat als lokale Rötung.

Pseudolymphome: Diese treten zum Beispiel nach Insektenstichen als lokale Reaktion auf. Häufig sind sie etwas infiltriert. Sowohl die klinische als auch histologische Unterscheidung zwischen Pseudolymphomen und Lymphomen kann schwierig sein. (Abb. 5 und 17)

Autoimmundermatosen

Panniculitis verschiedener Ursachen (Abb. 18): Es handelt sich um eine Entzündung des Subcutangewebes. Als häufigste und bekannteste Pannikulitis ist das Erythema nodosum. Weitere Pannikulitis-Formen sind Kältepanniculitis, Lupuspanniculitis, Lymphom und andere.

Lupus erythematoses (Abb. 19): Im Wesentlichen werden der diskoide, der subakut kutane und der systemische Lupus erythematoses unterschieden. Der diskoide Lupus erythematoses bleibt meist auf die Haut begrenzt. Der subakut kutane Lupus erythematoses ist von einer leichten, der systemische Lupus erythematoses von einer schwereren Beteiligung innerer Organe begleitet. Da die Entstehung eines Lupus durch UV-Licht begünstigt wird, sind die Prädispositionsstellen lichtexponierte Areale. Eine Meidung des Lichtes ist denn auch ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Medikamentös wird eine Immunsuppression angestrebt. Nach systemischer Beteiligung muss gesucht werden. Bei der Diagnosestellung helfen die ACR-Kriterien.

Dermatomyositis: Im Rahmen einer Dermatomyositis treten charakteristische Rötungen im Gesicht auf. Dabei sind vor allem die Lidpartien betroffen. Durch die zusätzliche Erschlaffung der Gesichtsmuskulatur entsteht ein depressiver Gesichtsausdruck. Weitere dermatologische Erscheinungen der Dermatomyositis sind die Gottron-Papeln und Gefäßveränderungen in den Fingernagelfalten (Abb. 20). Die Muskelbeteiligung zeigt sich meist besonders ausgeprägt im Schulterbereich und am Beckengürtel.

Kryoglobulinaemie (Abb. 21): Bei den Kryoglobulinen handelt es sich um Plasmaproteine, welche bei tiefen Temperaturen ausfallen. Bei Körpertemperatur gehen sie wieder in Lösung. Durch diese Viskositätsminderung entstehen Gefäßverschlüsse, welche zu Nekrosen und Entzündungen führen können. Assoziiert sind die Kryoglobulinämien mit monoklonalen B-Zell Proliferationen wie z.B. das multiple Myelom oder der Morbus Waldenström sowie mit Hepatitis B oder C und Autoimmunkrankheiten. Nebst der Behandlung der Grundkrankheit ist die Meidung von Kälte ein wichtiges Element der Therapie.

Prodromale Rötungen

Morphaea (Abb. 22): Die Morphaea ist eine lokalisierte Sklerosierung der Haut ohne Beteiligung innerer Organe. Auch hier zeigt sich initial häufig eine Rötung, welche sich später in einen atrophischen Herd mit porzellanfarbener Sklerose umwandelt.

Lichen sclerosus et atrophicus (Abb. 23): Der in den meisten Fällen genital auftretende Lichen sclerosus et atrophicus zeigt sich initial auch als Rötung. Im Verlauf stellt sich eine porzellanfarbene Sklerose ein. Insbesondere bei extragenitalen Formen kann die Diagnosestellung schwierig sein.

Bullöses Pemphigoid: Das bullöse Pemphigoid zeigt häufig ein prämonitorisches Exanthem. In dieser Phase kann die Differenzierung gegenüber einem Arzneimittel-exanthem oder einer Urtikaria schwierig sein.

Wells-Syndrom (Eosinophile Zellulitis) (Abb. 24): Die Ursache der eosinophilen Zellulitis ist unklar. Diskutiert werden Arzneimittelreaktionen, Insektenstiche und Infektionen. Es handelt sich um eine chronisch rezidivierende Erkrankung. Die Therapie erfolgt mittels systemischer Steroide.

Dr. med. Damian Bühler

cand. med. Isabel Hutter

Dr. med. Mark David Anliker

Kantonsspital St. Gallen,
Abteilung für Dermatologie und Allergologie
Damian.Buehler@kssg.ch

Literatur:

1. Checkliste Dermatologie, Thieme, Wolfram Sterry, Walter Burgdorf, Ralf Paus, 6. Auflage
2. Dermatologie und Venerologie, Springer, Otto Braun-Falco et al. 5. Auflage

Take-Home Message

- ◆ Dasselbe Symptom kann verschiedene Ursachen haben
- ◆ Anamnese, Form, Lokalisation, Begrenzung und zusätzliche Symptome erlauben meist die Differentialdiagnose einzuschränken
- ◆ Weitere diagnostische Massnahmen wie Abstriche, Probeexzision und Laboruntersuchungen helfen zusätzlich weiter
- ◆ Ansonsten gilt: Nicht verzagen Dermatologen fragen und - häufig ist der Mückenstich, selten das amelanotische Melanom