

SHORTCUT DERMATOLOGIE

Scripten, Vokabular & Wortbedeutung
Blickdiagnosen

Dieses Lernskript
orientiert sich an den Lernzielen der **DERMATOLOGIE**
für das 3. klinische Studienjahr der
medizinischen Fakultät der
Philipps-Universität Marburg



Version 1.0
JAH 2017

INHALT

Dermatologie – Scripten	1
Vokabular und Begriffserklärung	1
Haut und Hautanhangsgebilde.....	1
Hauterkrankungen	2
Blickdiagnosen – Ekzeme und Entzündliche Dermatosen	4
Lichen ruber planus (Knötchenflechte)	4
Verruköser Lichen ruber planus	6
Lichen ruber oris mucosae	7
Blickdiagnosen – Urtikaria und Allergien	8
Urtikaria	8
Allergisches Kontaktekzem (Typ IV-Reaktion).....	10
Blickdiagnosen – Bakterielle, virale und mykotische Hauterkrankungen	11
Erysipel	11
Impetigo contagiosa	14
Erythrasma	16
Pityriasis versicolor.....	17
Pityriasis rosea	20
Candidose.....	21
Tinea corporis	23
Blickdiagnosen – Virus- und medikamenteninduzierte Exantheme	24
Erythema exsudativum multiforme (EEM).....	24
Toxisch-epidermale Necrolyse (Stevens-Johnson-Syndrom)	27
Varizella zoster Virus (Windpocken)	29
Varizella zoster Virus (Herpes zoster)	31
Herpes simplex recidivans (lokal begrenzt).....	33
Herpes simplex Typ I	34
Ringelröteln (Parovirus B19)	37
Mollusca contagiosa.....	39
Blickdiagnosen – Benigne und Maligne Tumorerkrankungen der Haut	40
Basaliom (Basalzellkarzinom)	40
Spinozelluläres Karzinom	43
Plattenepithelkarzinom.....	45
Keratoakanthom	47
Seberrhoische Keratose	48
Malignes Melanom.....	49
Blickdiagnosen – Autoimmune Erkrankungen der Haut	52
Vitiligo (Weißfleckenkrankheit).....	52
Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte)	53
Cutaner Lupus erythematodes.....	55

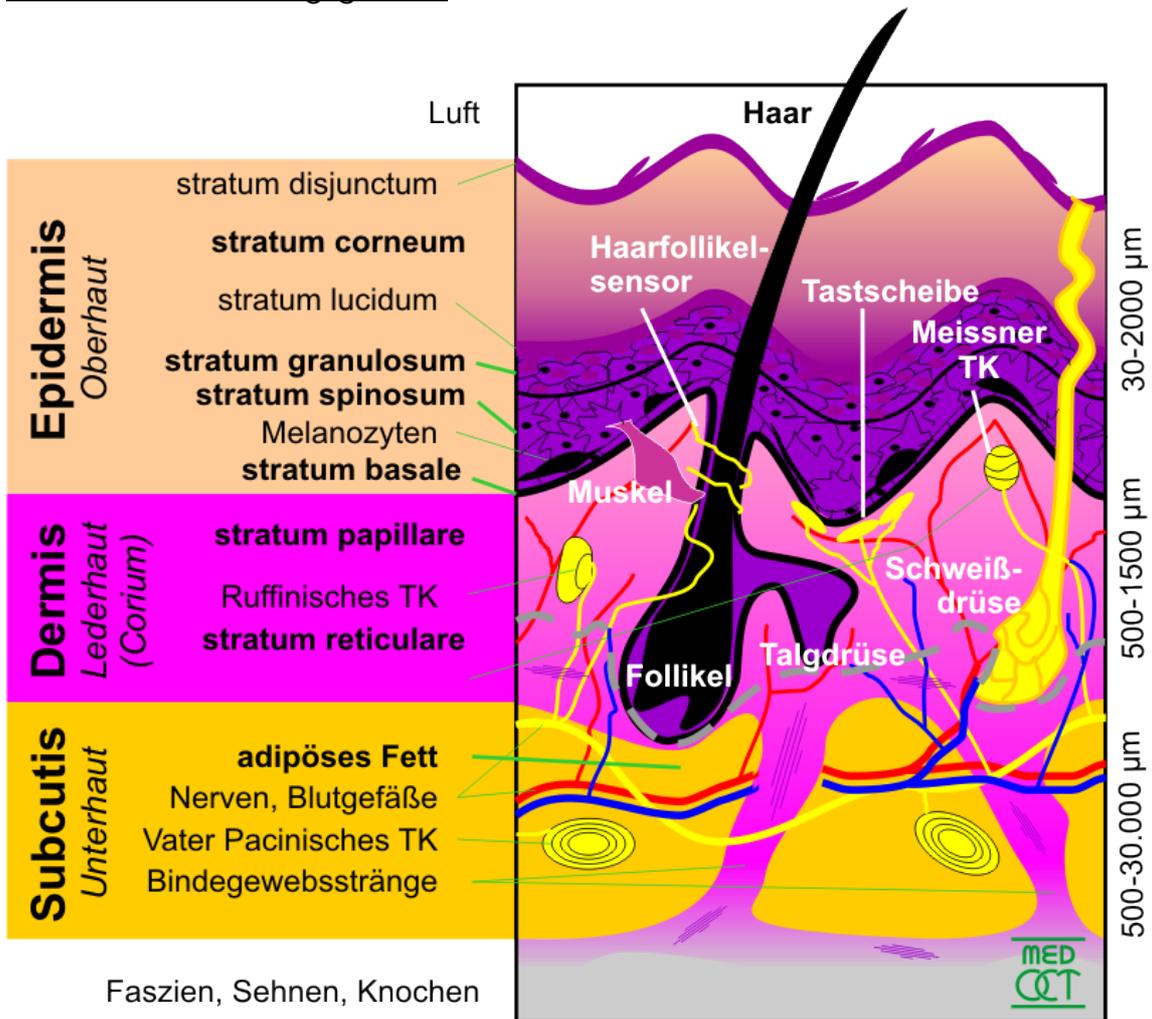
Blickdiagnosen – Erkrankungen der Haare und Adnexe	56
Acne vulgaris	56
Acne conglobata.....	57
Acne papulopustulosa	58
Acne inversa (Hidradentitis suppuratia).....	59
Acne rosazea	60
Allopecia areata.....	62
Blickdiagnosen – Gefäßerkrankungen	64
Chronisch venöse Insuffizienz (CVI).....	64
Blickdiagnosen – Sonstige Hauterkrankungen	66
Granuloma anulare	66
Epidermoidzyste.....	68
Neurofibromatose Typ I (M. Recklingshausen)	69
Necrobiosis lipoidica	70
Keloide Narbenbildung (Wuchernarben)	71
Dermatologie Online Quiz	72
NOTIZEN	73

Dermatologie – Scripten

Als Literatur zur Klausurvorbereitung empfiehlt sich das Lernskript der Abteilung, welches Regelmäßig erneuert wird und alle Klausurrelevanten Informationen enthält. Dieses liegt im Sekretariat der Dermatologie (Klinikum Lahnberge, +1). Das Lernskript macht die Erstellung eines schriftlichen Shortcuts obsolet. Daher macht es für die Klausur Sinn Scripten und Blickdiagnosen inkl. der k-Med-Kurse als Klausurvorbereitung zu bearbeiten.

Vokabular und Begriffserklärung

Haut und Hautanhangsgebilde



<u>Bezeichnung</u>	<u>Übersetzung und Wortbedeutung</u>
Cutis	Haut
Epidermis	Oberhaut
Dermis, Korium	Lederhaut
Stratum corneum, Kerat-	Hornhaut der Epidermis
Subcutis	Unterhaut(fettgewebe)
Adnexe (pl.)	Hautanhangsgebilde
Unguis, Onych-	Finger- oder Zehennagel
Pilus (sing.), Pili (pl.), Trich-	Haare
Capillus	Kopfhaare
Barba	Barthaare
Hidr-, sudorifer (Adj.)	Schweiß
Seb-, sebaceus, Stea(t)	Talg

Hauterkrankungen

Primäre Effloreszenzen

Effloreszenz	sichtbare Erkrankung der Haut oder Adnexen
Makula	Fleck, nicht erhaben, Farbdifferenz
Urtikaria	Quaddel(n) als Reaktion, oft auf Infekt oder externe Reize, Noxen (<24 Std. Dauer)
Vesicula, Bulla	Bläschen, Blase, meist mit seröser Flüssigkeit gefüllt
Pustula	Pustel, Eiterbläschen
Papula	Papel, Knötchen
Nodulus	Knötchen

Sekundäre Effloreszenzen

Erosion	Hautabschürfung
Ulcus	Geschwür, über Epidermis hinausgehend, teilweise bis Subcutis und tiefer gehend
Rhagade	Schrunde, Hauteinriss; erfolgt meist durch vorangegangende hyperkeratotische VÄ der Haut
Squama	Schuppe, Schuppung
Desquamation	Abschuppung, Abschilferung; ist meist kein Zeichen von Progredienz sondern Abheilung
Crusta	Kruste, Schorf durch eingetrocknete Sekrete wie Blut, Serum, Wundwasser, Eiter
Erythema	Hautrötung, häufig Hinweis auf Entzündung
Cicatrix	Narbe
Keloid	hypertrophiertes Narbengewebe

Entzündungen der Haut

Ekzem	meist juckende Hautentzündung
Exanthem	großflächiger Hautausschlag
Pemphigus	Blasenausschlag; autoimmun, allergisch oder noxenbedingt

Bakterielle, virale & mykotische Hauterkrankungen

Pyodermie	eitriger Hautausschlag
Impetigo	eitriger Hautausschlag, meist großflächig und im Sinne einer Superinfektion bei bestehendem Primärinfekt
Follikulitis	Entzündung der oberflächlichen Haarfollikel
Furunkel	Entzündung der tiefen Haarfollikel
Karbunkel	Entzündung und Konfluenz mehrerer Haarfollikel
Erysipel	Wundrose und flammenartig-/zungenartige Rötung
Phlegmone	eitrige Gewebszerstörung, folgt bestehenden Strukturen
Panaritium	Entzündung der Finger- oder Zehennägel, idR eitrig
Verruca	Warze
Herpes	Hautausschlag durch Viren mit Grieben und Bläschen
Herpes Zoster	Gürtelrose
Dermatomykose	Hautpilzerkrankung
Tinea	Pilzerkrankung (Tinea, anschließend Lokalisation z.B. Tinea pedis)
Candidose	Pilzerkrankung durch <i>Candida albicans</i>
Epizoonose	Krankheit durch Hautparasiten
Scabies	Krätze, erzeugt durch Krätzmilben
Pediculosis	Befall der Haut durch Läuse, vor allem behaarte Regionen

Weitere Krankheitsbilder der Haut

Akne	Pustelerkrankung durch Entzündung der Talgdrüsen
Komedonen	Mitesser
Intertrigo	Entzündung, Wunden, Nässen der Hautfalten
Lichen	Flechten- / netzartige Hautvergrößerung
Psoriasis	Schuppenflechte
Alopezie	Haarausfall, erblich, idiopathisch oder psychogen, Noxe
Nävus	angeborenes Mal, Naevus flameus z.B. (Gorbatshow)
Pruritus	Hautjucken

Pigmentstörungen & Farbveränderungen

Vitiligo	Weißfleckenkrankheit (Michael Jackson)
Chloasma	Hypermelanose, bräunliche Flecken
Albinismus	Fehlen von Hautpigmenten, Melanin, congenital
Epheliden (pl.)	Sommersprossen
Purpura	Kleine Blutungen in der Haut verursachen Hautrötung
Petechien	kleine Einblutungen in die Haut
Dekubitus	Wundliegen der Haut

Blickdiagnosen – Ekzeme und Entzündliche Dermatosen

Lichen ruber planus (Knötchenflechte)



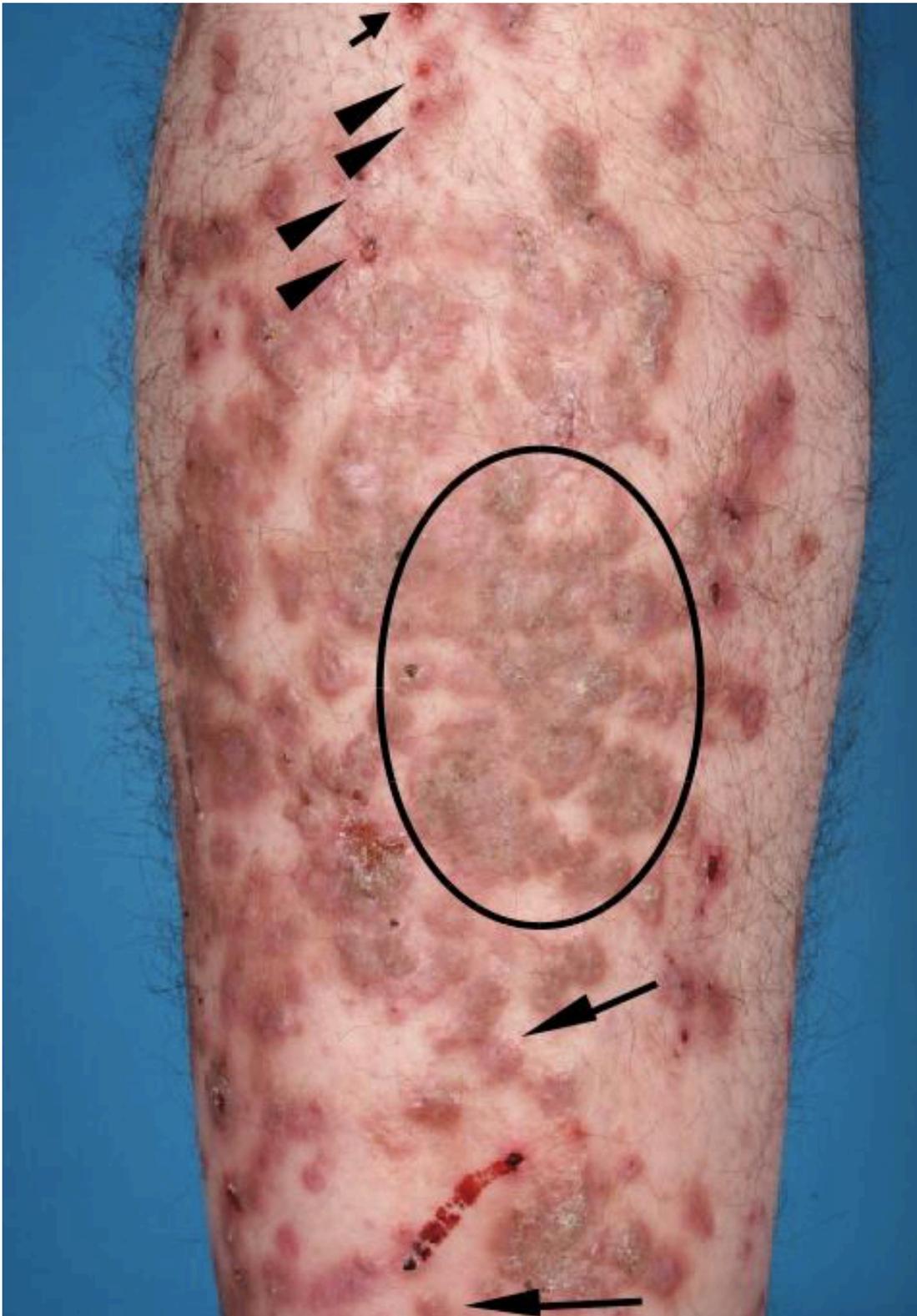


Klinik stark juckende Hautveränderung, Papulae mit glänzender Oberfläche, charakteristische Netzstreifung, sog. Wickham'sche Zeichnung (A), polygonal begrenzte, rosafarbene, plane Papeln mit lichenoidem Glanz (B)

Prädilektionsstellen beugeseitige Handgelenke, unterer Rücken, Kniebeugen, Unterschenkel und Genitoanalregion

Therapie Antihistaminika zur symptomatischen Therapie des Juckreizes
 Cyclosporine
 Retinoide
 Glucocorticoide
 Bade- / Creme – PUVA-Therapie

Verruköser Lichen ruber planus



langer Pfeil = Primäreffloreszenz, rosafarbene Papula, juckend

kleine Pfeile = Sekundäreffloreszenz mit Exkoriation des verrucösen Lichen ruber planus, meist an US und Füßen lokalisiert

Lichen ruber oris mucosae



Klinik nicht abstreifbare, festhaftende, spinnwebartige-streifig-weisse Veränderungen der Mundschleimhaut. = sog. Wickham'sche Streifung

Blickdiagnosen – Urtikaria und Allergien

Urtikaria





Eine Urtikaria ist ein Anzeichen für eine ablaufende allergische Reaktion. Im Sinne der vier Typen allergischer Reaktionen unterscheidet sich meist auch das Bild der urtikariellen Beschwerden.

Charakteristika:

Wandernde quaddeln. Die Urtikaria bestätigt sich dadurch, dass binnen 6-12 Stunden die Quaddeln wandern. Darüber hinaus persistierende Effloreszenzen sprechen gegen eine Urtikaria.

Die Patienten berichten von starken bis extremen Juckreiz. Quaddeln können konfluieren.

Typ I (Soforttyp)	innerhalb kurzer Zeit nach Antigenkontakt = Urtikaria ggf. Spätphasenreaktion nach 6-12 h spezifische Manifestation IgG, Histamin, Prostaglandin, Leukotrien
Typ II (zytotoxischer Typ)	6-12 h nach Allergenexposition bspw: Transfusionsreaktionen, Autoimmunzytopenie Metamizol, NSAID, Zytostatika = Agranulozytose IgG, zytotoxische Killerzellen, Komplementsystem
Typ III (Immunkomplextyp)	6-12 h nach Allergenexposition, stärkste Ausprägung nach 7-10 Tagen !! Reaktion auf körperfremde Noxen bspw.: allergische Vaskulitis Komplementaktivierung, Phygozytose, zytotoxische Enzyme
Typ IV (zellvermittelt)	Sensibilisierung nach Allergenkontakt Nach erneutem Allergenkontakt Ekzem n. 12-48 h Rötung, Blässchen, Papeln, Juckreiz, Nässen bspw.: Allergisches Kontaktekzem (s.u.), Transplantatabstoßung Lymphokine (aus T-Lymphozyten, lokal

Allergisches Kontaktekzem (Typ IV-Reaktion)



Kontaktekzem vom Spättyp (42-48 Std. n. Kontakt). unscharf begrenztes Erythem mit kleinen, roten, punktförmigen Maculae und Papulae im Randbereich. Die unscharfe Begrenzung entsteht durch lymphogene Streuung des Allergens. Irritativ-toxische Ekzeme (Differentialdiagnose) sind immer scharf begrenzt.

Blickdiagnosen – Bakterielle, virale und mykotische Hauterkrankungen

Erysipel





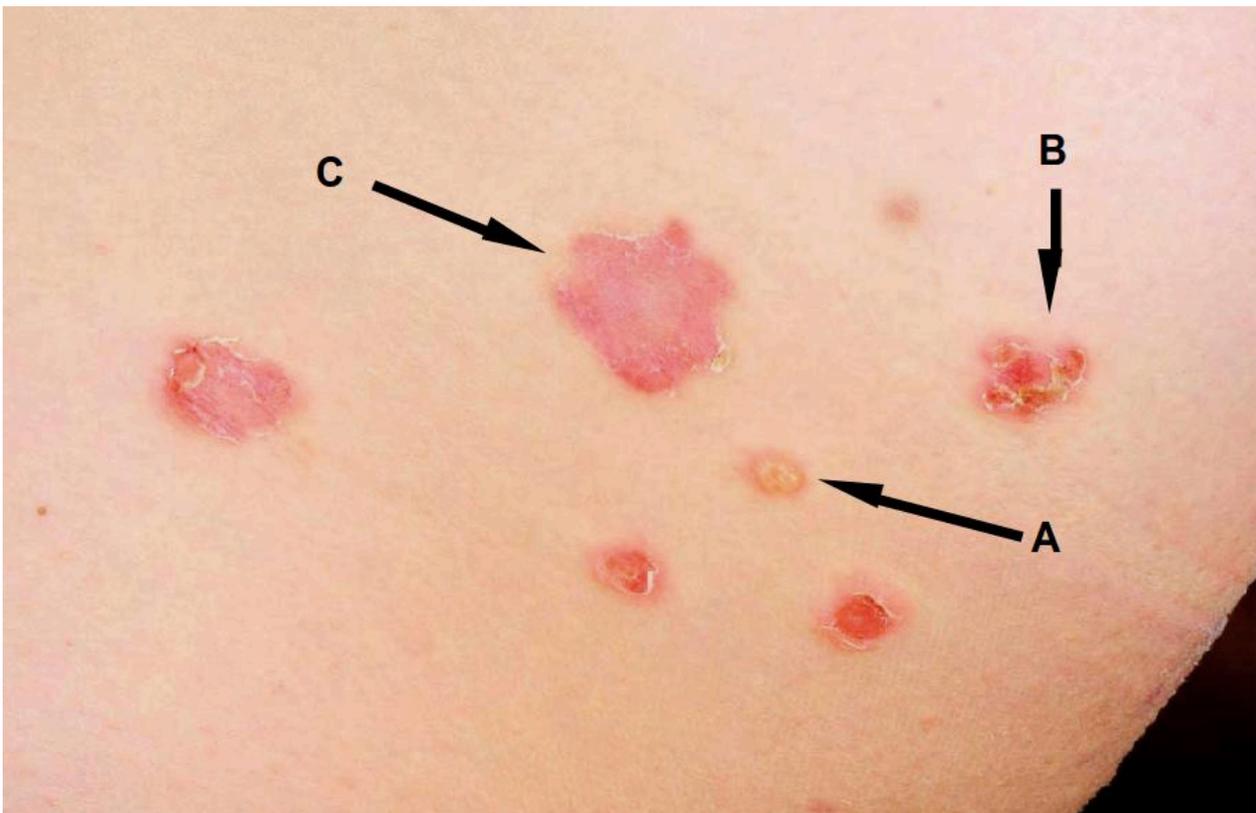
Typisches Gesichtserisipel



Klinik flammenzungenartig begrenztes Erythem der Haut
plötzlicher Beginn (innerhalb weniger Stunden bis Tage)
oft sichtbare Eintrittspforten (Fußpilz, Insektenstich, Wunde...)
Regelhafter Streptokokkeninfekt mit regional obligatem Ödem
Begleitend Fieber, Schüttelfrost und Übelkeit.

Nota bene ! Einseitig auftretende Hautveränderungen sprechen am ehesten für eine externe Ursache

Impetigo contagiosa





- Klinik** Erosionen
 honiggelbe Krusten (*Staphylococcus aureus*)
 intakte Vesiculae
 scharfe Begrenzungen, tw. konfluierende Erosionen
 leichte Squamatio
- Therapie** Cephalosporine der 1. Generation
 Bei Penicillinallergie: Clindamycin

Erythrasma

Intertriginale Dermatose durch *Corynebacterium mutissimum*



Diagnostik

leuchtet neonrot im Wood-licht (UVA) (DD: Candida albicans)

Pityriasis versicolor







- Klinik** kleieartige Maculae mit staubartiger feiner Schuppung (pityriasiform)
Erscheint bei gebräunter Haut (Sommer) hell und bei heller Haut (Winter) dunkel
daher die Namensgebung Pityriasis versicolor
Verursachender Pilz ist Bestandteil der normalen Hautflora – *Malassezia furfur*
- Therapie** lokale Azoltherapie (Clotrimazol-Creme oder Shampoo)

Pityriasis rosea



Klinik randbetont-squamöse Plaques
Therapie idR. keine, ggf. symptomatisch Antihistaminika bei Juckreiz

Candidose





Klinik leicht abstreifbare, schneeweisse Auflagen
bestehende Stomatitis und Glossitis

Therapie lokal: Ciclopirox- / Nystatin- / Clotrimazolsalbe
systemisch: (bei Immunsuppression & Organbefall) Fluconazol p.o.
bei Resistenzen Caspofungin

Tinea corporis



Klinik multiple zentrofugal wachsende Herde
squamöser Rand
zum Rand hin farbintensiver

Dargestellter Befund zeigt Befall mit *Trichophyton rubrum*

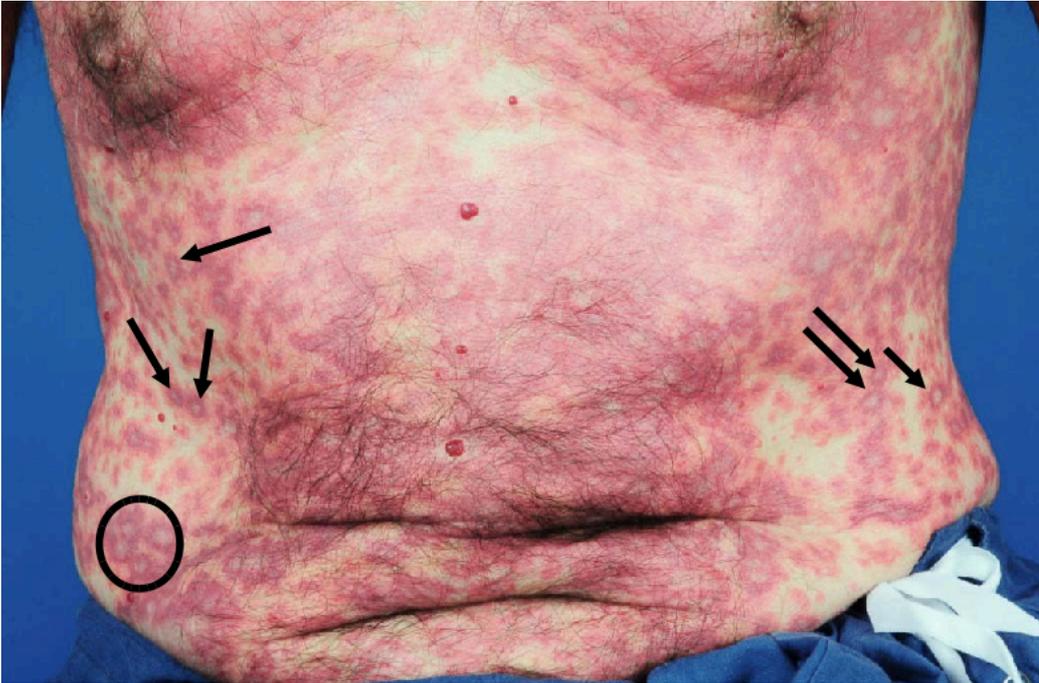
Therapie Griseofulvin, Itraconazol, Fluconazol n. positivem Wood-Licht-Befund

Wichtigste Erreger von Dermatomykosen		
Gruppe	Gattung	Anmerkungen
Dermatophyten (Fadenpilze)	Trichophyton (z.B. <i>T. rubrum</i> , <i>T. mentagrophytes</i>)	Häufigste Erreger von Haut- und Nagelpilz
	Microsporum (z.B. <i>M. canis</i>)	In Mittel- und Osteuropa zu 85% Erreger von Tinea capitis
	Epidermophyton	Befällt unbehaarte Haut und Nägel
Hefen (Sprosspilze)	Candida	Befällt Haut und Schleimhäute
	Trichosporon	Befällt glatte und behaarte Haut
	Malassezia	Pityriasis versicolor
Schimmelpilze	Mucor, Rhizopus, Rhizomucor	Invasive Mykosen, Nagelmykosen

Blickdiagnosen – Virus- und medikamenteninduzierte Exantheme

Erythema exsudativum multiforme (EEM)



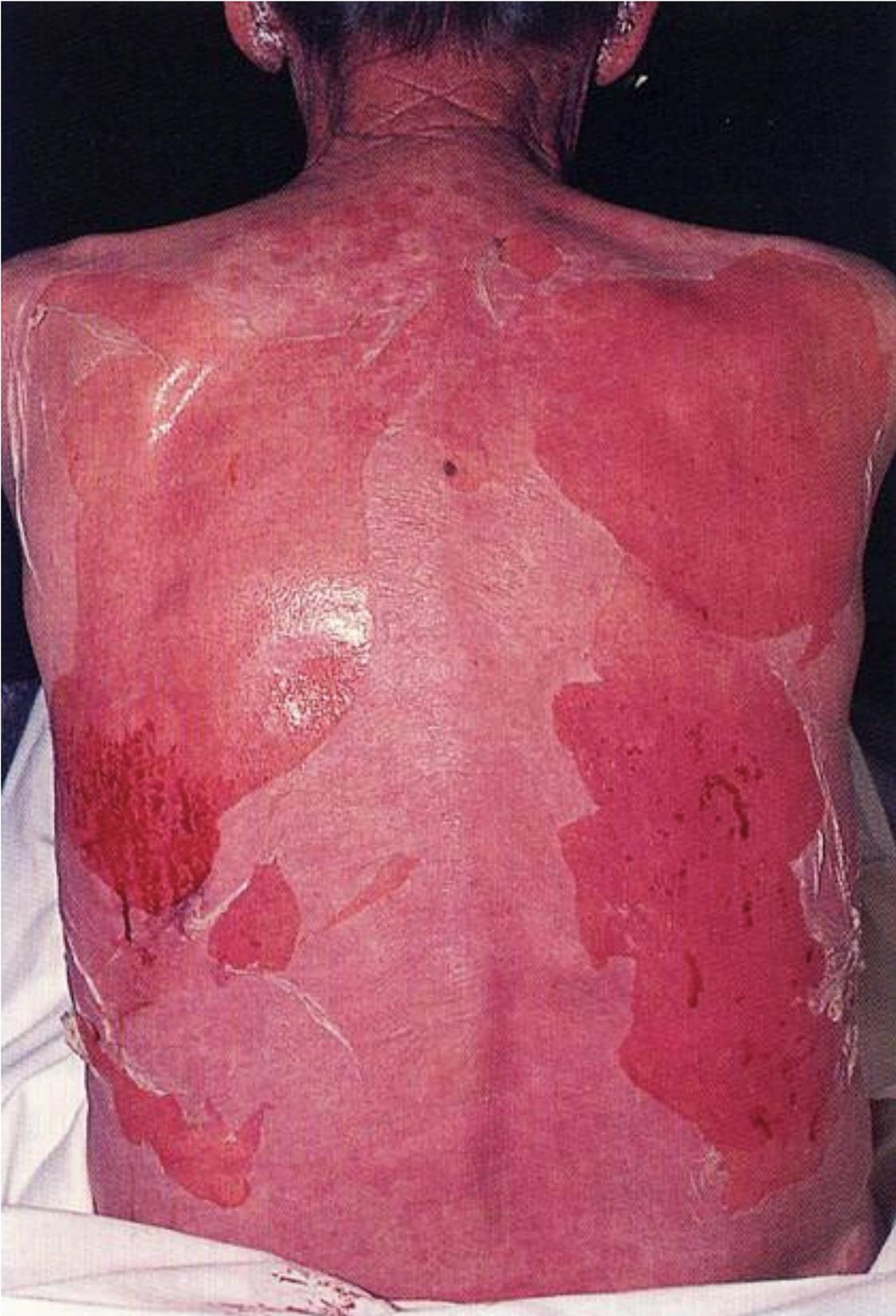


Klinik kokarden- (girlanden-) förmige Exantheme
juckend bis brennende Erytheme
Unterscheidung in Minor- und Majorform
Meist folgenloses Abheilen
Arzneimittel- oder Infektassoziiert (Herpes simplex, EBV,...)

Therapie Kuration des Infektes / Absetzen von Medikamenten
Glukokortikoide lokal, extern
bei schwerem Verlauf Glukokortikoide systemisch

ggf. HSV-Prophylaxe mit Aciclovir

Toxisch-epidermale Necrolyse (Stevens-Johnson-Syndrom)



Klinik

komplettes Integument gerötet, teilweise wie verbrühte Haut imponierend
zunächst makulöser Beginn, dann schlawe Vesicel mit progredienter Ablösung der
Epidermis sowie fortschreitender Hautrötung ins Tiefrote
Massive Läsionen an Schleimhäuten, v.A. Mund- und Anogenitalregion sowie Konjunktiva.
Hohe Letalität (50%).

Auslösende Pharmazeutikagruppen: Sulfonamide, Hydratoide, Allopurinol, Butazone, NSAID,

DD SSSS (Streptococcal Scaled Skin Syndrome)

Therapie Sofortiges Absetzen der auslösenden Medikamente
Volumensubstitution, Wundbehandlung
Antibiose bei Sepsiszeichen
umstritten: Glukokortikoidtherapie

Varizella zoster Virus (Windpocken)





Klinik Windpocken-Infekt
Reduzierter AZ, Verschiedene Stadien und Erscheinungsformen gleichzeitig

1. Maculae, Erythematose
2. frische Vesikel
3. alte tw. erodierte Vesikel

sog. Hübner'sche Sternkarte (große Hautareale wirken wie Sternenhimmel)
Varizella zoster Virus = Windpocken

Therapie Hautpflege
bei Superinfektion ggf. Antibiose

Varizella zoster Virus (Herpes zoster)



- Klinik**
- A) Vesiculae
 - B) Pustulae
 - C) honiggelbe Krusten
 - D) Erosionen mit oberflächlicher Nekrotisierung

oberes Bild: Herpes zoster im Dermatome Th12 rechts mit Superinfektion (wahrscheinlich: Staphylococcus) und benigner Nekrotisierung.

Nota bene ! Gruppierte Blässchen auf rotem Grund = Zeichen für aktive Virusreplikation.
Nekrotisierung: Zoster necroticans
Aberrierte Blässchen = bereits hämatogene Dissemination

Therapie

Analgetische Therapie

Aciclovir p.o., wenn

- >50 J.
- Zoster im Kopf/ Halsbereich
- starke Ausbreitung, multisegmental
- komplizierter Verlauf
- Immundefizit/ -suppression
- atopische Hauterkrankungen
- bei chron. Steroid- / Salicylattherapie

NICHT EMPFOHLEN: Glukokortikoide

Herpes simplex recidivans (lokal begrenzt)



Klinik Immer gleiche Stelle, sehr rezidivfreudig.

Herpes simplex Typ I



HSV I am Introitus nasi



Erstinfekt mit HSV I, Gruppierte, teils konfluierende Pusteln & Blässchen. Gingivostomatitis herpeticae



- Klinik** blassrotes Erythema mit Vesiculae und monomorphen Erosionen
Vereinzelt noch intakte Vesiculae
ggf. hämorrhagische Krusten & konfluierende Erosionen
Vor allem bei Kindern und Atopikern oft disseminierte Superinfektion bei vorbestehendem atopischen Ekzem = Eczema herpeticatum
- Therapie** ggf. Aciclovir



Eczema herpeticum

bereits vorbestehende Dermatitis (Squama), stecknadelkopfgroße monomorphe, teile hämorrhagische Erosionen auf rotem Grund. Impetigo squamatio mit Eczema herpeticum bei spät manifestem atopischen Ekzem.

Ringelröteln (Parovirus B19)





Klinik Guter AZ, subfebrile Temperaturen, typisches Erythema infectiosum mit kokkarden- bzw. girlandenartigen Erythema und Gesichtserythem („Ohrfeigengesicht“)

Therapie meist nicht nötig, ggf. symptomatisch

Mollusca contagiosa



Klinik Durch Molluscum-contagiosum-Virus hervorgerufene Warzen
v.A. an Augenlidern, Rumpf und Genitalien
idR. atopische Diathese, trockene Haut, Milchschorf

Therapie Spontanheilung möglich, ggf. Kürrettage, Exprimierung o. Vereisung

Blickdiagnosen – Benigne und Maligne Tumorerkrankungen der Haut

Basaliom (Basalzellkarzinom)



Klinik Nodulus (noduläres Basaliom)
glatt begrenzt
glänzend
Teleangiektasien

Therapie radikale Exzision in toto



Erosion, Kruste (DD: Melanin, Nekrose), Teleangiektasien = erodiertes Basaliom



Nodus, knotig-noduläres Basaliom, Prädilektionsstellen: lichtexponierte Haut (UV-beanspruchte Haut)



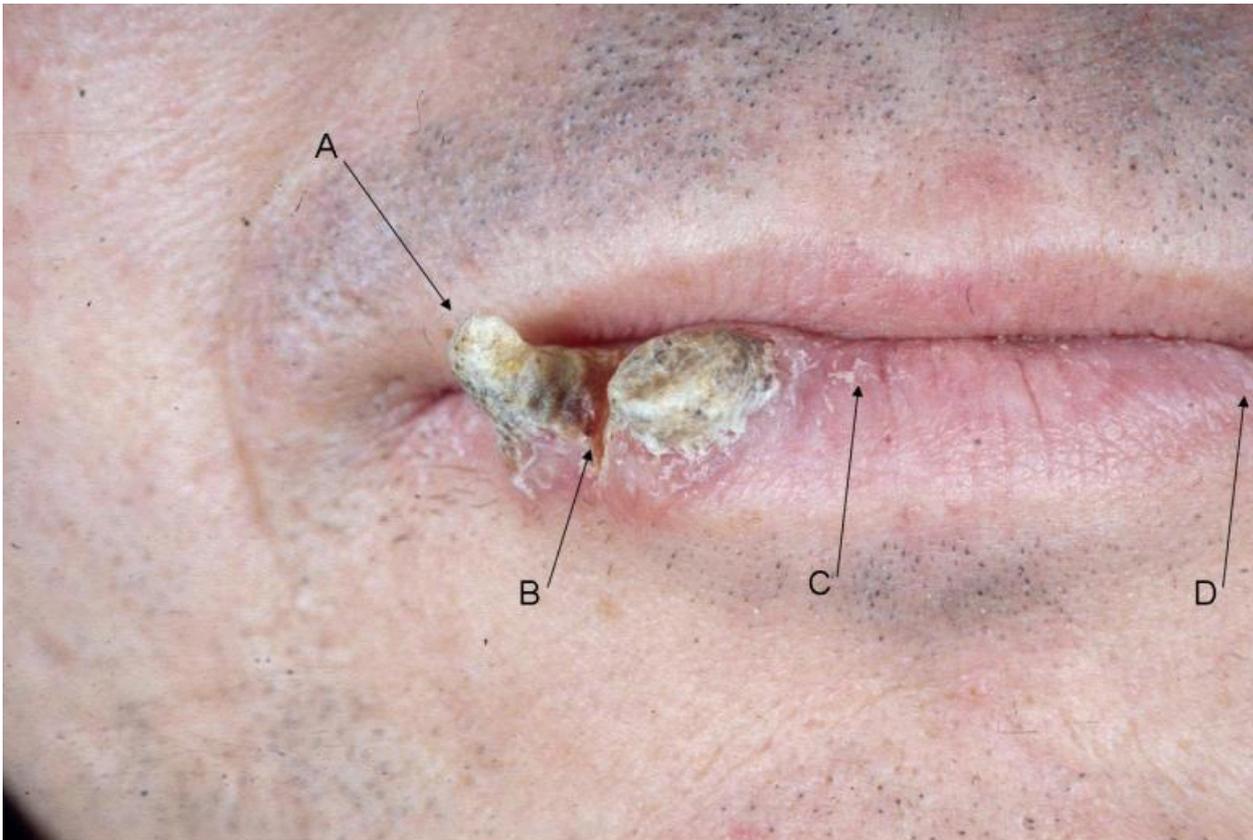
porcellan-elfenbeinartiger Aspekt, rosafarben, stark spiegelnd = knotiges Basaliom



Atrophie, Narbe = sklerodermiformes Basaliom

Spinozelluläres Karzinom





Klinik exophytisch wachsender Tumor (ggf. frische und alte Blutungen)
 Krusten
 kein normales Epithel erkennbar
 teils verrucöse Hyperkeratose

unterstes Bild sog. Cornu cutaneum (Hauthorn)
 (A) Rhagade
 (B) Squamatio
 (C) Leukoplakie

Therapie Exzision in toto
 Radiotherapie

Plattenepithelkarzinom

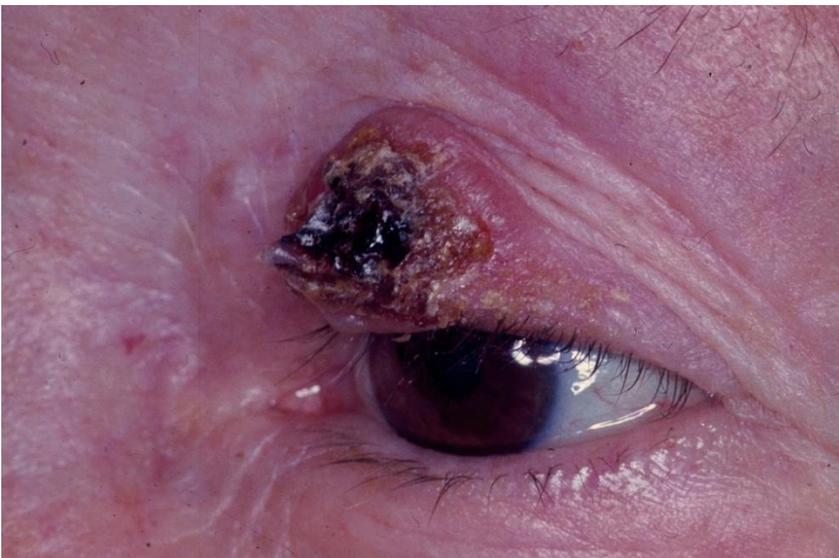


Klinik ulzerierender Tumor ohne Teleangiektasien (DD: Basaliom)
 gehäuft an lichtexponierten Stellen des Gesichts, sog. Lichtterrassen (z.B. Unterlippe)
 Aufhebung der normalen Lippenfältelung

- A) glatter, tw. spiegelnder Knoten, Blutkrusten im Randbereich (tatsächliches CA)
- B) festhaftende Hyperkeratose (Präcancerose)
- C) Leukoplakie (Präcancerose)

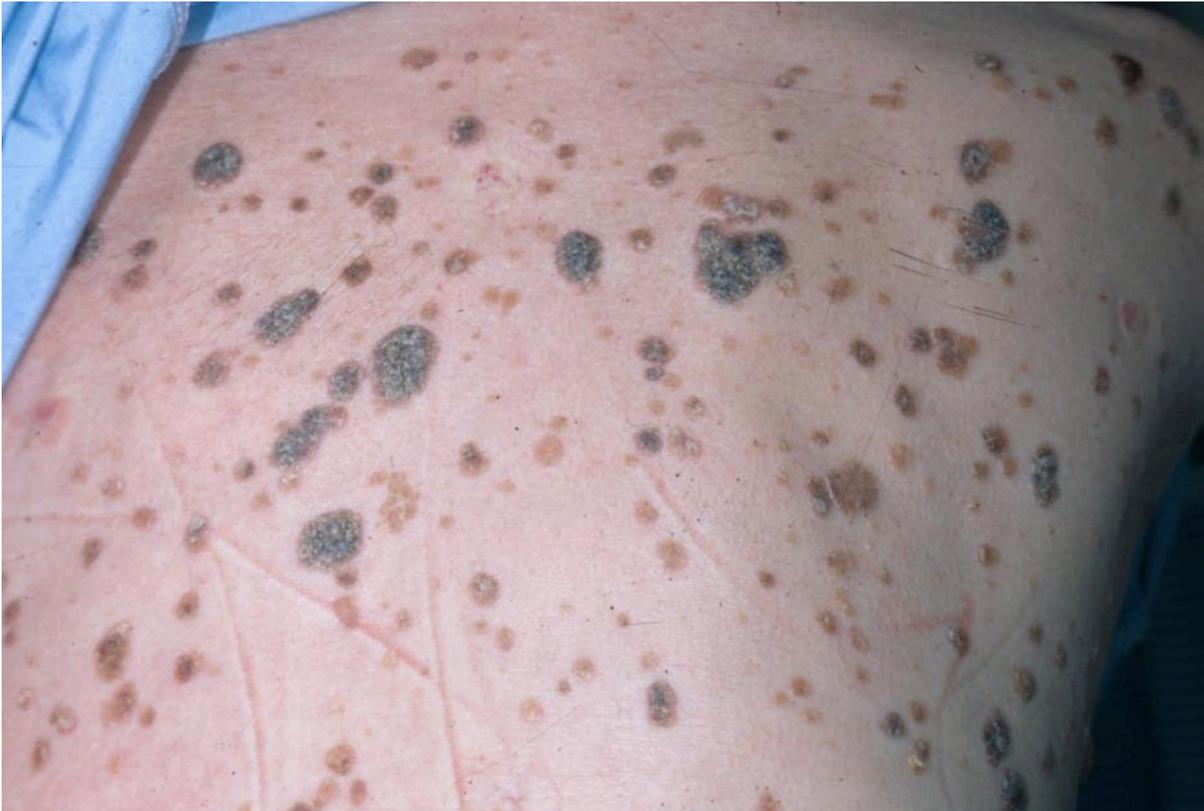
Vorstufe: Cheilitis actinica praecarcinosa (siehe B / C)

Keratoakanthom



Klinik	Nodus (>5mm) glänzend-rosiger Randwall symmetrisch und regelmäßig Teleangiektasien Zentrum verhornt (ggf. schwarze hämorrhagische Krusten) sehr schnelle Genese (Tage, Wochen...) spontane Rückbildung möglich
Therapie	Exzision in toto / Spontanremission

Seberrhoische Keratose



Klinik disseminierte, pigmentierte Plaques, Akanthome, zerklüftete, verruköse Oberfläche, scharf begrenzt, Hyperkeratose, pseudohornzystenartige Perlen, disseminierte Verrucae seberrhoicae

Malignes Melanom

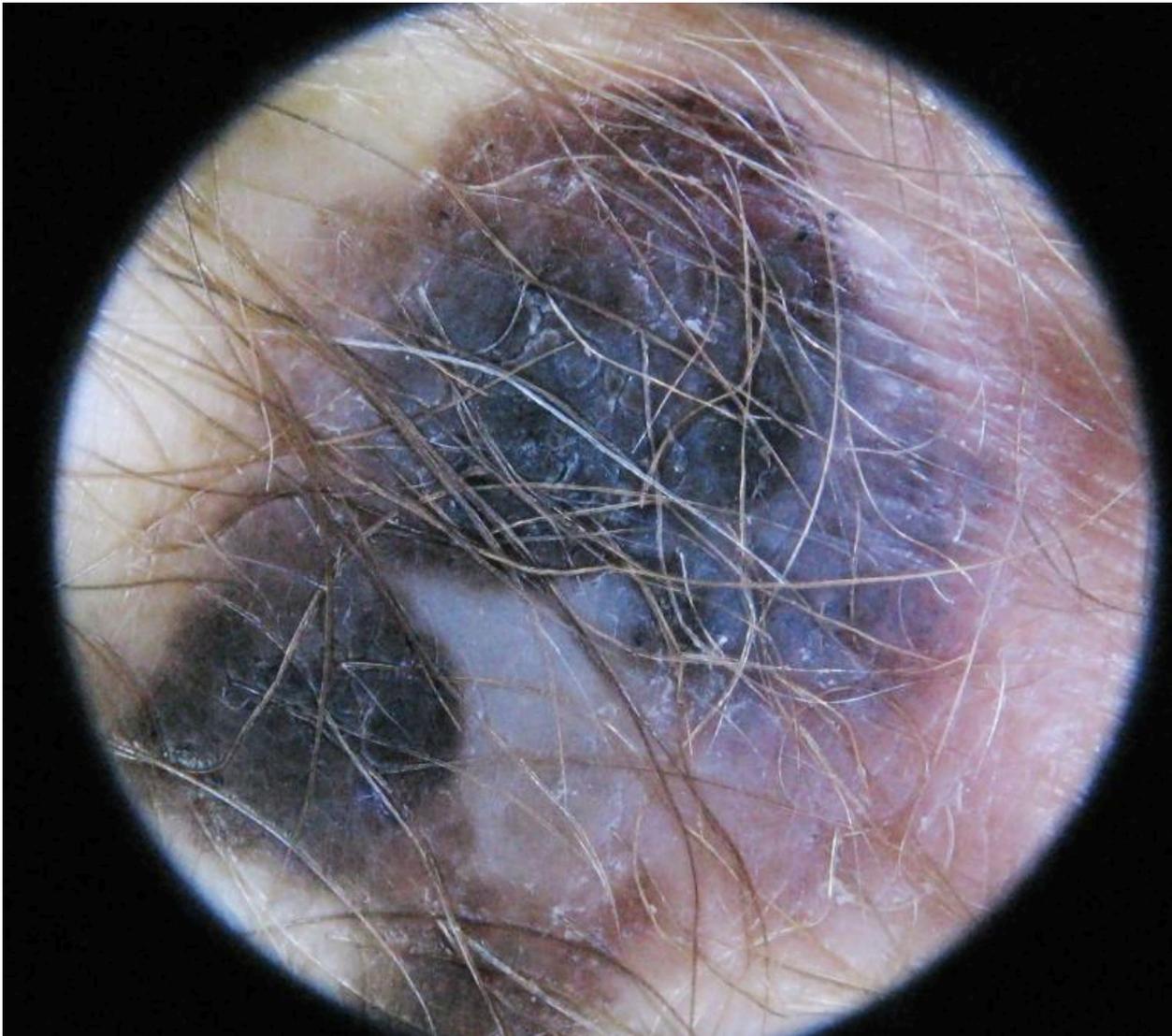


ABCD-Regel

- A Assymetrie – ergibt sich aus ziehen von x & y-Achse.
- B Border – Rand; gut=glatt begrenzt, regelmäßig, schlecht=zerklüftet, unregelmäßig
- C Colour – Farbe: gut= einfarbig, schlecht= mehr als eine Farbe oder tiefschwarz
- D Diameter – Durchmesser = über 5 mm = schlecht

auf dem Bild = makulös-oberflächlich spreitendes Melanom (häufigster Subtyp)

Häufigkeit	Superfiziell spreitendes Melanom	60 %
	Noduläres Melanom	20 %
	Lentigo-maligna-Melanom	10 %
	Akral-lentiginöses Melanom	5 %
	Andere	5 %



weißlich-narbenartige Verfärbungen, wie auf dem Bild zu sehen, zeigen eine schlechte Prognose. Die Zellen im genannten Bereich sind bereits enddifferenziert und nicht mehr in der Lage Melanin zu produzieren = sog. Regressionszonen.

Therapie

sofortige Exzision des Primarius
ggf. Chemo, Signaltransduktionshemmer (MEK u.a.), palliative Therapie

Überlebenswahrscheinlichkeit nach Stadien

<u>TNM-Stadium</u>	<u>5-YSR</u>
T1	>90 %
T2-T4	ca. 70 %
N1	ca. 20-40 %
M1	< 5 %



Akrolentiginöses Melanom

wächst an Handflächen und Fußsohlen sowie unter Finger- und Zehennägeln
schnelles, aggressives Wachstum mit schlechter Prognose, Typische Pigmentierung der Nagelfalz und
Cuticula = Ulceration

Blickdiagnosen – Autoimmune Erkrankungen der Haut

Vitiligo (Weißfleckenkrankheit)



Klinik	Depigmentierung, scharf begrenzt keine Schuppung (DD: Pityriasis) ggf. leichte Rötung Inseln mit normalkolorierter Haut keine weiteren epidermalen Zeichen
Therapie	Phototherapie (etwa 70 % Ansprechrate) ggf. Glukokortikoide

Psoriasis vulgaris (Schuppenflechte)





Klinik	Hyperkeratosen erythematös-squamös silbrig-weiße Plaques, scharf begrenzt geht etwas über Haaransatz hinaus (DD: seberrhoisches Kopfkzem) Prädilektionsstelle: Kopfhaut, Streckseiten d. Extremitäten typisch nummulärer (münzförmiger) Befall
Therapie	harnstoff- und salicylsäurehaltige Cremes (Keratolyse) Glukokortikoide (lokal) Vitamin-D-Analoga Teerpäparate und -derivate Retinoide (Bezug nur über Ausland !) Phototherapie (UVB / PUVA) (Metotrexat)

Cutaner Lupus erythematodes

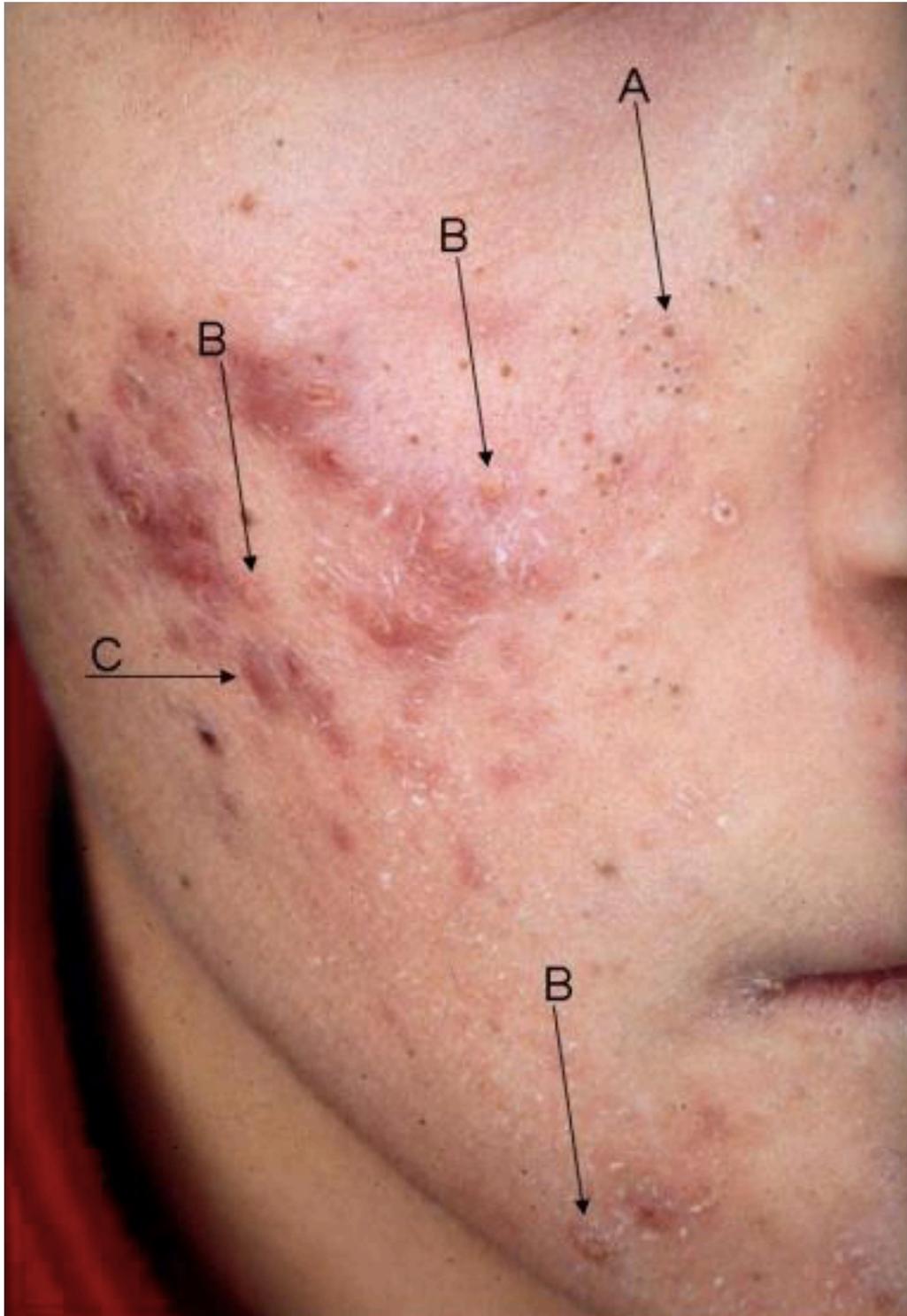


hier gezeigt: chronisch diskoider Lupus erythematodes (CDLE).

Klinik	leicht erkennbarer Randsaum mit zentraler Atrophierung stellenweise Einsenkung atrophische Areale sind scharf begrenzt zentral weißlich-gelbe Keratosen
Diagnostik	Biopsie mit Histopathologie, Immunhistochemie, ANA-Ak, Blutbild, ACR-Kriterien UV-Licht-Provokationstest
Therapie	narbige Ausheilung selten Übergang in systemischen Lupus erythematodes (SLE)

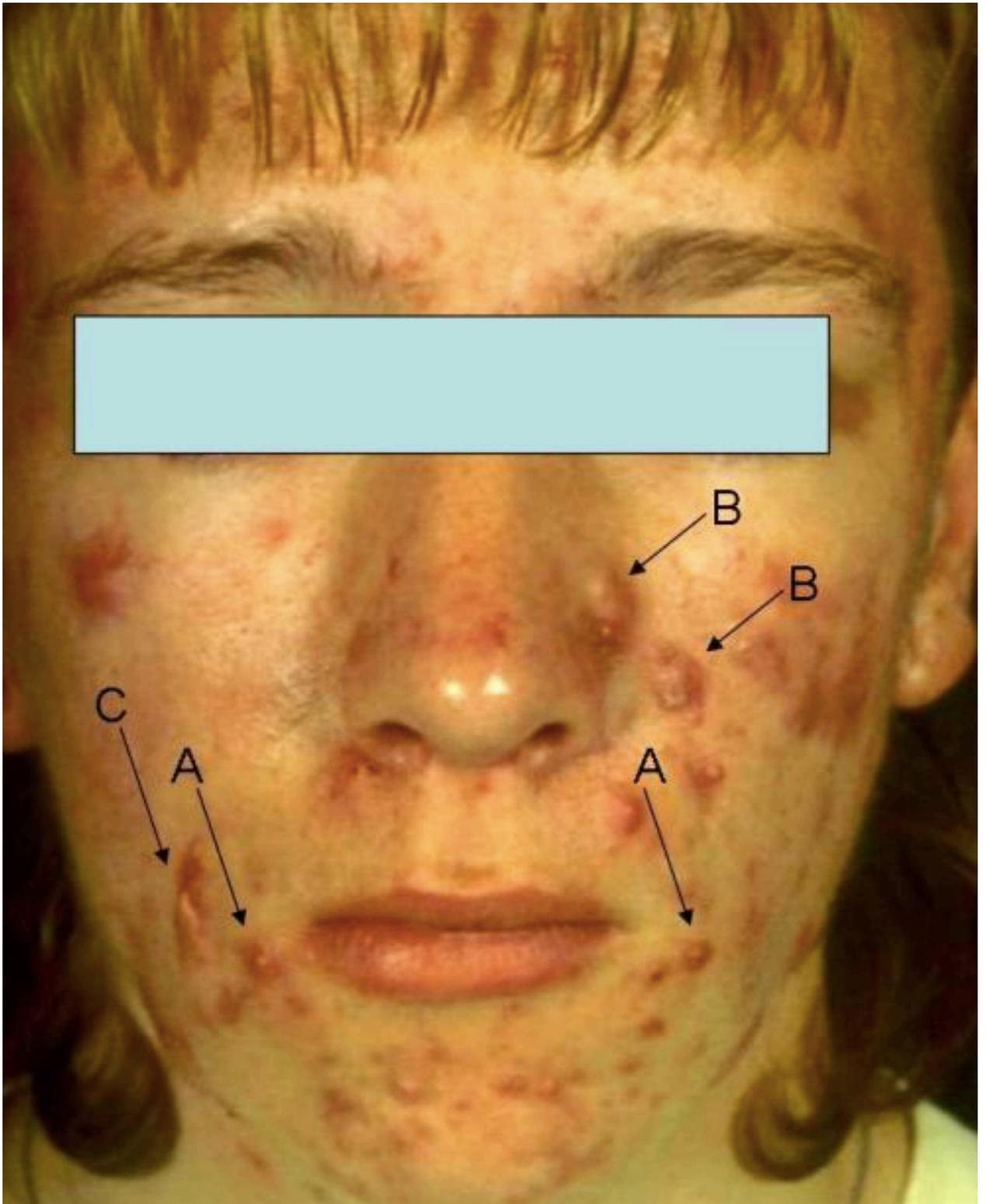
Blickdiagnosen – Erkrankungen der Haare und Adnexe

Acne vulgaris



- A) Komedo (Mitesser)
- B) Pustula (Eiterblase)
- C) Papula

Acne conglobata



- A) Pustula
- B) Nodus (>5mm)
- C) Narbe

hier: beginnende, meist irreversible Vernarbung

Acne papulopustulosa



- Klinik**
- fast keine Komedonen zu erkennen
 - viele Pusteln und entzündliche Papeln
 - kleine Knötchen (Noduli)
 - meist keine höhergradige Vernarbung

Acne inversa (Hidradentitis suppuratia)



- Klinik** Im Bereich von Haut-auf-Haut-Falten (Intertrigines) vorkommende Zysten und Fisteln
Ursache: Entzündungen von Haarfollikeln
Es können teilweise sehr lange Fistelgänge entstehen, aus denen sich Eiter entleert
- Therapie** Antibiotische Behandlung
Operative Sanierung

Acne rosacea





Klinik ganzjährige Gesichtsrötung
im Sommer Verschlimmerung

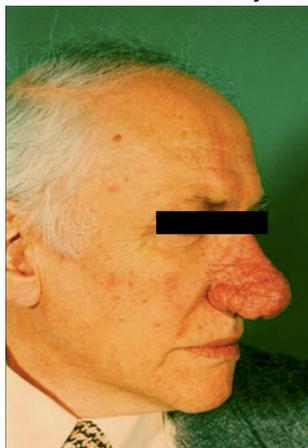
Bild auf vorheriger Seite (Typ II)

- A) frische Pustel
- B) ältere Pustel
- C) hämorrhagische Pustel
- D) Teleangiektasien

Stadien I) persistierendes zentrofasciales Gesichtserythem mit Teleangiektasien
II) Erweiterung um multiple Pusteln
III) Erweiterung um Phyme (typisch Rhinophym s.o.)

Nota bene ! Hinzuziehen eines Ophthalmologen, da eine Augenbeteiligung in Form von Blepharitis, Konjunktivitis, Iritis oder Keratitis vorkommen kann.

Therapie Meidung von Stress, Alkohol, Nikotin, Koffein, UV-Licht
Metronidazol lokal
ab Stadium II: Tetracyclin oder Isoretinoin (CAVE !: nicht in Kombination)



Allopecia areata





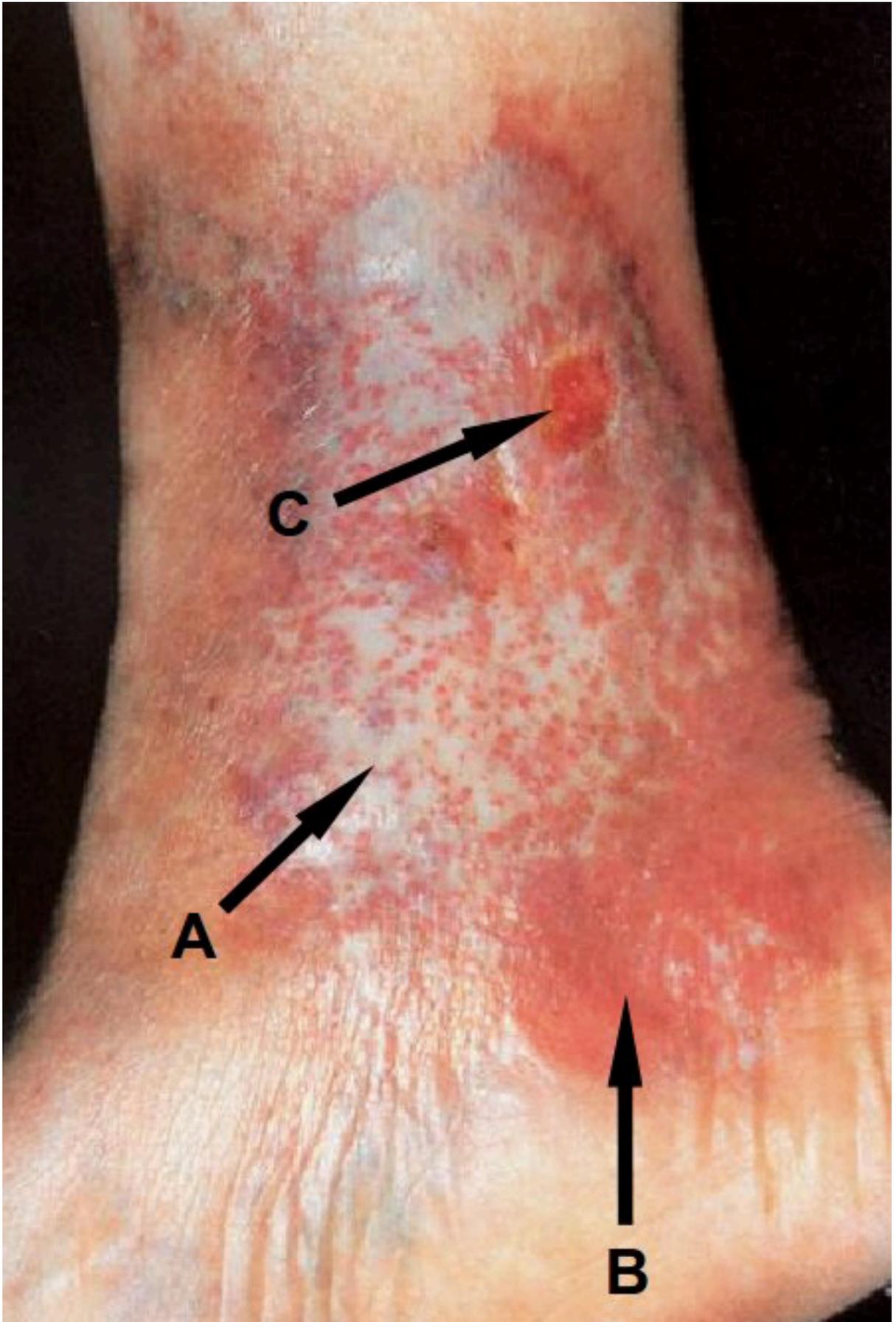
T-Zell-Infiltrat der Haarpapille (spricht für autoimmunologisches Geschehen) Abschaltung des Haarzyklus, subjektiv keine Entzündungszeichen. Des weiteren typische Nagelveränderungen: Sandpapiernägel, Tüpfelnägel, Rillennägel. Nachwachsen weißer Haare (Poliosis) möglich. Oft Spontanheilung innerhalb von sechs Monaten (80%).

Blickdiagnosen – Gefäßerkrankungen

Chronisch venöse Insuffizienz (CVI)



Klinik	Stadium I	Corona phlebica paraplantaris (s.o.)
	Stadium II	Purpura jaune d'ocre (A) Stauungsekzem, Atrophie blanche, persistierende Ödeme, Dermatoliposklerose
	Stadium III	Ulcus cruris venosum (C, beginnend)



Blickdiagnosen – Sonstige Hauterkrankungen

Granuloma anulare



Klinik	polyzyklisch begrenzter Plaque mit Randbetonung, zentrale Einsenkung entzündlich erhaltene Hautfelderung keine Teleangiektasien (DD: Basaliom) keine Sekundäreffluoreszenzen häufig Kinder & Jugendliche Assoziation mit Diabetes mellitus. Ätiologie unbekannt.
Diagnostik	Sicherstellung mittels Biopsie: Palisadengranulom mit massig Lympho- und Histozyten, V.a. im Randsaum.

Epidermoidzyste



Klinik Abgekapselter Knoten der Haut, meist Gesicht oder Rücken, Erkennbarer dunkler Punkt in der Mitte

Ausführungsgang = Epidermoidzyste / Athero
Ohne erkennbaren Ausführungsgang = Trichlemmalzyste

Neurofibromatose Typ I (M. Recklingshausen)



Klinik

In Stadien auftretende Krankheit

Zunächst Papeln, dann Noduli aus denen Nodi werden

Diese sind wie ein „Klingelknopf“ weichlich eindrückbar

Weitere Zeichen sind:

Café-au-lait-Flecken (frühe Anzeichen mit blass-braunen Maculae)

Lentiginose (sommersprossenartige Flecken an den Achseln, meist im Kindesalter),

Lisch-Knötchen der Iris (Hamartose) und schließlich

Neurofibrome.

Necrobiosis lipoidica



Klinik prätibial scharf begrenztes Atrophie mit Haarverlust und orange-brauner Hautverfärbung
Teilweise tiefe Einsenkungen
Ränder sind stärker entzündet als Zentrum
Granulomatöse Entzündung mit zentrifugalem Fortschreiten. Assoziation mit Diabetes mellitus sowie chronischen Darmerkrankungen, aber auch idiopathische Formen.

Keloide Narbenbildung (Wuchernarben)



Klinik Proredient wachsende Narben
häufig am Sternum lokalisiert
Hier gezeigt: Keloidbildung nach „ausgebrannter“ Acne.

Dermatologie Online Quiz

<https://www.thieme.de/viamedici/klinik-faecher-dermatologie-1532/a/quiz-fall-1-4222.htm>

<https://library.med.utah.edu/kw/derm/DermQuiz/index.htm>

<http://www.huidziekten.nl/quiz/dermatologiequiz.htm> (niederländisch aber top !)

