Therapie der Hyperhidrose

So wird der Schweißfluss trockengelegt

Wenn der Schweiß im Überfluss quillt, versiegt bei Betroffenen rasch die Lebensfreude. Die Verfahren, mit denen sich die Hyperhidrose eindämmen lässt, sind in einer kürzlich aktualisierten Leitlinie zusammengefasst.

— Eine primäre Hyperhidrose tritt ohne internistische Grunderkrankung oder externe Ursache auf. Normalerweise ist das Problem hier fokal auf bestimmte Körperregionen beschränkt, etwa auf Axillen, Hände oder Nacken. Sekundäre Hyperhidrosen sind hingegen meist durch generalisiertes Schwitzen charakterisiert und gehen auf ein Grundleiden zurück, z. B. auf konsumierende und hormonelle Erkrankungen, Adipositas, Klimakterium, neurologische Störungen und psychische Belastungen.

Die Lebensqualität geht bachab

Der Einfluss, den übermäßige Schweißproduktion auf das Leben Betroffener hat, darf nicht unterschätzt werden. Es gibt Untersuchungen, wonach von allen Hautkrankheiten die Hyperhidrose mit den höchsten Einschränkungen der Lebensqualität einhergeht.

Therapeutisch steht bei der sekundären Hyperhidrose die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund. Bei primärer Hyperhidrose bleibt nur, den übermäßigen Schweißfluss symptomatisch zu drosseln. Dazu stehen konservative und chirurgische Verfahren – Ex-

zision, Kürettage, endoskopische thorakale Sympathektomie – zur Verfügung. Skalpell und Kürette sollten freilich nur bei Versagen konservativer Maßnahmen zur Hand genommen werden.

Topische Therapie

Aluminiumsalze reduzieren das Schwitzen, indem sie die Ausführungsgänge der ekkrinen Schweißdrüsen verschließen. Auf dem Markt sind Deoroller und Cremes für Axillen, Hände und Füße. Sie enthalten Aluminiumchlorid in unterschiedlicher Konzentration (laut Leitlinie 10–30%). Aufzutragen sind die Präparate am besten abends, da nachts der Sympathikus zur Ruhe kommt und die Lösung nicht sofort wieder durch Schweiß ausgewaschen wird. Eine Dermatitis im Anwendungsgebiet kann als Nebenwirkung auftreten. Auch gerbsäurehaltige Externa sind für die lokale Therapie geeignet.

Bei palmarer und plantarer, seltener bei axillärer Hyperhidrose wird die Leitungswasser-Iontophorese eingesetzt. Für diese Behandlung mit schwachem Gleichstrom müssen die Patienten ihre Hände bzw. Füße in ein Bad mit reinem Leitungswasser tauchen. Vermutlich

wirkt das Verfahren, indem es den Ionen-transport im sekretorischen Knäuel der Schweißdrüsen reversibel stört.

Die axilläre Hyperhidrose lässt sich durch intrakutane Injektion von Botulinumtoxin A bekämpfen. Das Toxin blockiert reversibel die autonomen cholinergen postganglionären sympathischen Nervenfasern. Die Wirkung flaut nach etwa sechs Monaten ab, nachdem neue Nervenenden in das Gebiet eingesprosst sind. Prinzipiell taugt das Toxin auch zur Therapie von Hyperhidrosen der Hände, Füße oder Stirn, hier allerdings als Off-Label-Anwendungen.

Systemische Therapie

Systemisch zu behandeln, empfiehlt sich bei generalisierter und mitunter auch bei therapieresistenter lokaler Hyperhidrose. In Deutschland sind zwei verschreibungspflichtige Präparate für die perorale Therapie zugelassen. Für Methantheliniumbromid liegt eine kontrollierte Studie vor, die der Leitlinie zufolge eine Wirkung bei axillärer Hyperhidrose nahelegt. Die zweite Substanz ist Bornaprin, ein Antiparkinsonmittel mit anticholinergem Effekt. Im Handel sind zudem Tabletten mit Salbeiextrakten; kontrollierte Studien zu ihrer Wirksamkeit gibt es nicht.

Zu den empfohlenen Basismaßnahmen bei Hyperhidrose zählen das Tragen geeigneter Kleider und Schuhe, der Abbau von Übergewicht und eine umgestellte Ernährung, wenn etwa scharfe Gewürze das Schwitzen auslösen. Auch sollten Betroffene auf Koffein und Nikotin verzichten. Bei psychischer Anspannung können Entspannungstraining und psychosomatische Mitbetreuung hilfreich sein. RB ■

Quellen:

1. Wörle B et al. Leitlinie „Definition und Therapie der primären Hyperhidrose“. Stand vom 15.1.2012. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-059l_S1_primäre_Hyperhidrose_Definition_Therapie_2012-01.pdf
2. Basedow S et al. Hyperhidrose im Kindes- und Jugendalter. Hautarzt 2011; 62: 928–34

Tabelle 1

Schweregrade der Hyperhidrose

Grad I Leichte Hyperhidrose	A + P: Deutlich vermehrte Hautfeuchtigkeit A: Schweißflecken (5–10 cm Durchmesser)
Grad II Mäßig starke Hyperhidrose	A + P: Bildung von Schweißperlen A: Schweißflecken (10–20 cm Durchmesser) P: Schwitzen auf Palmae und Plantae begrenzt
Grad III Starke Hyperhidrose	A + P: Schweiß tropft ab A: Schweißflecken (> 20 cm Durchmesser) P: Schwitzen auch an dorsalen Fingern und Zehen sowie am seitlichen Rand von Hand und Fuß

A: Axilla, P: Palmae/Plantae

Hyperhidrose mit palmarer Lokalisation:
Darstellung mithilfe des Jod-Stärke-Tests nach Minor.

Basedow S et al.