Abb. 2: Tinea an der Wange eines 8-jährigen Mädchens

Abb. 3: Nummuläre Ekzem bei einem 1½-jährigen Jungen

© (2) Dr. Marc Pleimes, Heidelberg

biotikatherapie werden, empfahl Pleimes, alternativ eine antiseptische Behandlung über 5–7 Tage zu versuchen. Bei ausgedehntem Befund, Allgemeinsymptomen wie Fieber und Lymphadenopathie sollte systemisch mit Cephalosporinen der 1. und 2. Generation behandelt werden, bei Allergien oder Resistenzen stehen weitere Substanzen wie Amoxicillin/Clavulansäure beziehungsweise Clindamycin oder Doxycyclin zur Verfügung.

Mit einer Infektion leicht zu verwechseln sind nummuläre Ekzeme (**Abb. 3**).

Diese können mit einer atopischen Dermatitis assoziiert sein. Die entzündlich geröteten Herde eines nummulären Ekzems treten meist zeitgleich mit flächiger, teils ausgeprägter Entzündung auf und jucken. Eine zentrifugale Ausdehnung wie bei der Tinea fehlt. Bei akutem Ekzem erfolgt eine intensive antientzündliche Therapie mit Kortikosteroiden oder/und Calcineurininhibitoren bis zur vollständigen Symptombefreiheit. Um Rezidiven vorzubeugen, kann eine proaktive Therapie sinnvoll sein, bei der nicht täglich, sondern beispielsweise zweimal

pro Woche behandelt wird. Wichtig ist zudem eine regelmäßige Basispflege der trockenen Haut, um die gestörte Barrierefunktion zu verbessern, sagte Pleimes. Neuerdings mehren sich wissenschaftliche Befunde, dass eine frühzeitige Basispflege bei atopischer Disposition dazu beitragen kann, die Entwicklung einer Ekzemerkrankung zu verhindern.

Angelika Bauer-Delto

Pleimes M. Psoriasis und andere schuppende Plaques

Pusteln an den Füßen: Was steckt dahinter?

Differenzialdiagnosen, an die bei vesikulo-pustulösen Hautveränderungen an den Füßen zu denken ist, erläuterte Prof. Dr. Dietrich Abeck, Hautarzt in München und 2. Vorsitzender des NipD: Zu den eher seltenen Erkrankungen zählt die infantile Akropustulose. Dabei treten meist ab den ersten Lebensmonaten schubweise sterile Pusteln an den Fußsohlen, manchmal auch an den Handinnenflächen auf, die stark jucken. Die Ursache ist unbekannt. In der Regel heilt die Erkrankung bis zum 4. Lebensjahr spontan aus. Neben juckreizlindernden Externa oder oralen Antihistaminika können topische Glukokortikosteroide versucht werden. Abeck berichtete auch über den Fall eines Patienten, bei dem ein topisches Vitamin-D3-Analogon die Beschwerden linderte.

Zu ähnlich aussehenden Hautveränderungen, die jedoch in der Regel nicht auf die Füße begrenzt bleiben, führt eine Skabies. Ein mikroskopischer Nachweis ist meist einfach möglich. Die Skabies kann in der Regel gut topisch mit Permethrin oder bei älteren Kindern zusätzlich – wenn indiziert – auch oral mit Ivermectin therapiert werden. Enge Kontaktpersonen sind ebenfalls, auch ohne subjektive Beschwerden, mitzubehandeln, erklärte Abeck.

Eine weitere Differenzialdiagnose ist das dyshidrosiforme Fußekzem mit stark juckenden Bläschen. Die Ursache lässt sich sehr häufig nicht feststellen. Ein atopisches Ekzem kann assoziiert sein. Es kann immer wieder zu Rezidiven kommen. Therapie der Wahl sind topische Steroide, die auch mit fett-feuch-

ten Verbänden kombiniert werden können. In schweren Fällen sind für 3–6 Tage systemische Glukokortikosteroide indiziert. Im erscheinungsfreien Intervall ist eine konsequente Basispflege erforderlich. Weisen die betroffenen Kinder eine Hyperhidrose auf, empfiehlt Abeck eine Leitungswasser-Iontophorese.

Schuppung und Bläschen an nur einem Fuß weisen auf eine dyshidrosiforme Tinea pedis hin. Zunächst sollte eine topische Therapie über 4 bis 6 Wochen versucht werden. Häufig reicht dies bei dieser Sonderform der Tinea pedis jedoch nicht aus, dann sollte über zwei Wochen zusätzlich eine orale antimykotische Therapie mit Itraconazol oder Terbinafin durchgeführt werden.

Angelika Bauer-Delto

Abeck D. Plantardermatosen