

Wunden in der Dermatologie

Einleitung

In der Dermatologie sehen wir eine ganze Bandbreite an chronischen Wunden. Neben den üblichen vaskulären Ulzerationen, welche etwa 80% aller Ulzerationen ausmachen und die venösen, arteriellen und gemischt venös-arteriellen Ulzerationen beinhalten, kann aber auch ein anderer Grund für eine Ulkustentstehung vorliegen. Grundsätzlich sollte vor jedem Therapiebeginn neben der Abklärung des venösen und arteriellen Systems eine genaue Anamnese und klinische Beurteilung erfolgen, anhand dessen sich die weitere Abklärung orientiert. In der weitergehenden Ursachenabklärung kommt dem Dermatologen eine entscheidende Rolle zu. Zum Einen, da nicht selten dermatologische Erkrankungen unter den nicht-vaskulären Ursachen eine Rolle spielen, aber auch zur weiteren Abklärung und Ausschluss internistischer (teils therapiepflichtiger) Erkrankungen – sofern nötig. Sollte sich bei einem Ulkuspatienten ein unauffälliger Gefäßstatus erweisen, das Ulkus klinisch selbst oder der Ulkusverlauf untypisch präsentieren, oder aber gewisse Co-Morbiditäten bestehen, könnte eine weiterführende Abklärung erforderlich sein. Diese können weiterführende Laboruntersuchungen, Probebiopsien zur Durchführung von Histologien, direkter Immunfluoreszenz und mikrobiolo-

gischer Gewebekulturen, fachärztliche Konsilien, sowie andere Maßnahmen beinhalten. Im Folgenden werden einige wichtige weitere Ulkursachen vorgestellt:

Ulcus hypertonicum Martorell

Hierbei liegt eine lokale Ischämie der Subkutis zu Grunde, welche durch eine Verkalkung der Arteriolen hervorgerufen wird. Es tritt gehäuft bei Patienten mit einer langjährig unbehandelten Hypertonie und / oder einem Diabetes mellitus auf. Klinisch imponiert meist dorsolateral am Unterschenkel ein polyzyklisches, äußerst schmerzhaftes Ulkus mit entzündlichem Randsaum. Aufgrund des häufig lividfarbenen Randwalls wird es häufig mit einem Pyoderma gangrenosum verwechselt, welches aber eine andere Therapie benötigt. Die Abklärung umfasst die histologische Diagnose mittels tiefer spindelförmiger Biopsie zum Nachweis der Arteriosklerose. Therapeutisch führen wir ein chirurgisches Débridement mit anschließender Deckung der Wunde (mittels Spalthauttransplantation oder Punchgrafts) - gegebenenfalls mit anschließender Unterdrucktherapie durch. Direkt postoperativ stellt sich in der Regel eine sofortige Besserung der Schmerzsymptomatik ein.

Vaskulitische Ulzera

Hierbei liegt eine Entzündung der Gefäßwände zugrunde, mit resultierender Schädigung des umliegenden Gewebes. Auslöser können Infekte, Medikamente, internistische / neoplastische / immunologische Erkrankungen sein, ebenso wie externe Faktoren wie beispielsweise das Levamisol. Der Befall von kleinen Gefäßen äußert sich klinisch mit Petechien oder palpabler Purpura (s. Abb. 1), größere Gefäße können z.B. Knötchen oder Plaques aufweisen. Sämtliche Läsionen können nekrotisieren und ulzerieren. Grundsätzlich ist eine genaue histologische Abklärung mittels Probebiopsie inklusive direkter Immunfluoreszenz notwendig, um die befallenen Gefäße zu konkretisieren und um Immunkomplexablagerungen nachzuweisen. Zudem ist in bestimmten Fällen ein Screening verschiedener Organe wichtig, da einige Vaskulitiden auch zu potentiell lebensbedrohlichen Organbeteiligungen führen können, welche eine rasche Therapie benötigen. Die Therapie richtet sich nach der Art der Vaskulitis, und ist primär immunsuppressiv: Bei einer rein leukozytoklastischen Vaskulitis reicht häufig eine topische Steroidtherapie, Kompression und Bettruhe, in anderen Fällen werden systemische Steroide, Immunmodulatoren oder Immunsuppressiva eingesetzt.



Fotos: courtesy by Dr. St. Nöbbe

Abb. 1 Kleingefäßvaskulitis im Sinne einer Purpura Schönlein-Henoch



Abb. 2 Immunsupprimierter Patient mit Ecthyma gangrenosum.

Infektiöse Ulzera

Praktisch alle Erregertypen können Wunden auslösen. Klassische bakterielle Wunden sind Ekthyma meistens durch Streptokokken hervorgerufen) oder das Ulcus tropicum, aber auch tiefe Mykosen (s. Abb. 3), Herpesinfektionen, Leishmaniosen, oder Infekte mit atypischen Mykobakterien können Ursache infektiöser Ulzerationen sein. Das klinische Erscheinungsbild variiert je nach Auslöser, periläsionäre Hautveränderungen können diagnostische Hinweise geben. So imponieren beispielsweise Ekthymata mit wie ausgestanzt wirkenden Ulzerationen, häufig die Unterschenkel betreffend. Diese können aber auch – insbesondere bei Immunsupprimierten (s. Abb. 2) von gramnegativen Keimen hervorgerufen werden (Ecthyma gangraenosum), und dann sehr grossflächige Wunden entwickeln. Besonders bei jungen Patienten ohne sonstigen Ursachen für chronische Ulzerationen, immunsupprimierten Patienten, Tropenreisende oder Patienten mit intravenösem Drogenkonsum sollte man die Möglichkeit einer infektiösen Genese nicht außer Acht lassen und entsprechende Abklärungen vornehmen. Diese beinhalten Gewebekulturen, Histologien und ggf. PCR, die systemische Therapie richtet sich nach den Auslösern.

Neoplastische Ulzera

Basalzellkarzinome (s. Abb. 4), spinzelluläre Karzinome, primär kutane Lymphome, Melanome, leukämische Infiltrate, aber auch Metastasen jeglicher Neoplasien können Ulzerationen auf der Haut verursachen. Die Klinik gestaltet

sich vielfältig und richtet sich nach der Erkrankung. An sich sind hypertrophe Wundränder oder ein hypertropher Wundgrund, atypische Verfärbungen oder Konsistenz, oder ein protrahierter Verlauf verdächtig und bedürfen einer Abklärung mittels Probebiopsie. Die Therapie richtet sich nach der Grunderkrankung.

Dermatologisch-entzündliche Ulzera

Wichtige Vertreter hierunter sind zum Beispiel das Pyoderma gangraenosum, die Necrobiosis lipoidica, Pannikulitiden, sowie Kollagenosen mit Ulzerationen:

Pyoderma gangraenosum

Bei dem Pyoderma gangraenosum handelt es sich um eine mit Nekrosen und Abszedierungen einhergehende entzündliche Erkrankung, in der Regel ausgelöst durch ein äußeres Trauma im Sinne eines Pathergiephänomens. Häufig geht dem Ulkus eine Pustel voraus, welche im Verlauf ulzeriert und dann die typische schmierig-belegte Ulzeration mit lividfarbenen Randsaum entwickelt (s. Abb. 5). Chronisch-rezidivierende Fälle sind häufig, ein extrakutaner Befall allerdings ist eine Rarität. Aufgrund der Assoziation zu monoklonalen Gammopathien, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und rheumatoider Arthritis ist eine Laborabklärung bei diesem Patientengut notwendig, genauso wie in manchen Fällen weiterführende Diagnostiken. Die Behandlung umfasst eine immunsuppressive Behandlung bestehend aus

systemischen Steroiden, häufig in Kombination mit Ciclosporin. Anderweitige Immunmodulatoren wie beispielsweise TNFalpha Blocker können bei unzureichendem Therapieansprechen mögliche Therapiealternativen darstellen. Patienten mit dieser Disposition erfordern auch zukünftig bei notwendigen operativen Eingriffen eine prä- und postoperative Prophylaxe.

Necrobiosis lipoidica

Bei der Necrobiosis lipoidica handelt es sich um eine chronisch-granulomatöse Erkrankung mit degenerativen Veränderungen im Bindegewebe. Sie tritt vorzugsweise prätibial auf und manifestiert sich mit gelblich-rötlichen bis hin zu bräunlichen Plaques. Im Verlauf kann es zu schmerzhaften, schlecht-heilenden und schwierig behandelbaren Ulzerationen kommen. Es besteht eine enge Assoziation zu Diabetes mellitus, welcher in jedem Fall gesucht zu ausgeschlossen werden muss. Neben der Behandlung der Grunderkrankung und einem Rauchstopp (sofern notwendig), wird eine potente topische Steroidtherapie unter Kompression (sofern keine Kontraindikationen) empfohlen. Bei ausbleibender Besserung kann eine systemische Steroidtherapie, Immunmodulation (beispielsweise mit TNF-alpha Inhibitoren) oder anderweitige Therapien versucht werden.

Pannikulitis

Unter Pannikulitis versteht man Entzündungen im subkutanen Fettgewebe. Klinisch zeigt sich eine verhärtete und meist rötlich bis bräunlich verfärbte



Abb. 3 Disseminierte Schimmelpilzinfektion mit Sepsis unter Immunsuppression



Abb. 4 Ulzerierte Basalzellkarzinome am Unterschenkel



Abb. 5 Pyoderma gangraenosum



Abb. 6 Calciphylaxie bei chronischer Niereninsuffizienz

Haut mit Plaque- bzw. Knötchenbildung. Verschiedene Erkrankungen können zu Grunde liegen, unter anderem Kollagenosen (v.a. Lupus erythematoses), Infektionen (Bakterien, Mykobakterien, Pilze, Viren, Parasiten), chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, myeloproliferative Erkrankungen, Pankreaserkrankungen, alpha1-Antitrypsinmangel, Medikamentenreaktionen sowie weitere. Eine tiefe Spindel-

biopsie (bis auf die Faszie) ist notwendig zur Unterscheidung zwischen einer lobulären und septalen Pannikulitis, wonach sich dann auch die weitere Abklärung richtet. Neben der Therapie der Grunderkrankung werden häufig potente tiefenwirksame topische okklusive Steroide angewendet, kombiniert mit Kompression (sofern keine Kontraindikationen), Bettruhe, NSAR und ggf. sys-

temischen Steroiden. In einigen Fällen sind weitere Systemtherapien indiziert wie systemische Antimalariamedikamente, Kaliumjodat, Immunmodulatoren etc.

Weitere Wundursachen

Weitere mögliche Ulkusauslöser wie Calziphylaxien (s. Abb. 6), hämatologische Erkrankungen, traumatisch- bzw. medikamentös-induzierte Ulzerationen etc. sollten bei entsprechender Anamnese bzw. Konstellation ebenfalls abgeklärt werden, aus Platzgründen werden diese in diesem Artikel nicht besprochen.

Dr. med. Marjam Barysch-Bonderer, Oberärztin
Dermatologische Klinik,
Universitätsspital Zürich



Sofort-Download!



mhp_medien

Hautgesundheit der Mitarbeiter

Günter Kampf und Harald Löffler

Die Haut gesund erhalten!

In diesem praxisnahen Kapitel des Expertenteams Prof. Dr. med. Kampf und Prof. Dr. med. Löffler, das aus dem umfangreichen Kompendium HÄNDEHYGIENE entnommen ist, geht es speziell um **Auslöser, Symptome, Diagnostik und Prävention von berufsbedingten Hautschäden an den Händen**. Für alle Mitarbeitenden in Einrichtungen des Gesundheitswesens einschließlich Alten- und Pflegeheimen.

Jetzt bestellen über <http://shop.mhp-verlag.de/>

PDF eBook zum Sofortdownload,
34 Seiten mit zahlreichen Abbildungen
und Fallbeispielen, für nur **11 € inkl. MwSt.**

