

Rötung, Papeln und aufgeweichte Haut

Folgen eines irritierenden Windelklimas

Die Windeldermatitis ist häufig und zeigt einen Prävalenzgipfel im neunten und zwölften Lebensmonat. In der Zeitschrift „Der Hautarzt“ fassten Prof. Regina Fölster-Holst und Kollegen von der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Universität Kiel die wesentlichen Aspekte dieses irritativen Kontaktekzems zusammen.

Die Windeldermatitis stellt eine irritativ toxische Dermatitis dar, die insbesondere bei Säuglingen nach dem Abstillen auftritt. Bei etwa jedem dritten Kind verläuft sie leicht, bei 6% kommt es allerdings zu einer schweren Ausprägung. Entscheidende Pathoge-

nitätsfaktoren sind digestive Stuhlenzyme wie etwa Ureasen, die ein alkalisches Milieu schaffen, das antimikrobielle Komponenten hemmt und damit Infektionen begünstigt. Durch die okklusiven Bedingungen in der Windel kommt es zu einer Hydratation des Stratum corneum, was das Eindringen von Keimen weiter erleichtert. Zudem entstehen durch das Reiben der Windel mechanische Reize auf der Haut.

Bei der genauen Inspektion des gesamten Integuments lassen sich bei der klassischen Windeldermatitis Erytheme, Papeln und eine Mazeration im Windelbereich erkennen (**Abb. 1**). Die Infektion mit *Candida albicans* ist häufig, weshalb eine mykologische Untersuchung sinnvoll ist. Besonders schmerzhaft sind schwere Formen mit Papulopusteln auf Erythem, Erosionen und Ulzerationen (**Abb. 2**), zu denen Kinder mit chronischen Diarrhöen oder Inkontinenz neigen.

Zur täglichen Pflege sollte die Haut mit milden Seifen und Detergenzien sowie ölhaltigen Produkten gereinigt werden. Auch häufiges Wickeln (alle zwei bis drei Stunden) mit Einmalwindeln sowie barrierestabilisierende Maßnahmen durch Schutz- und Regenerationspräparate wie abdeckende fetthaltige dexpanthenol- oder zinkhaltige Cremes oder Salben sind grundlegend.

Auf Irritanzen achten!

Werden Feuchttücher verwendet, muss auf irritierende oder sensibilisierende Inhaltsstoffe wie Alkohol oder Duftstoffe geachtet werden. Bei Hauterosionen haben sich feuchte Umschläge und Sitzbäder mit Gerbstoffen bewährt.

In hartnäckigen Fällen kann, nach Ausschluss der Differenzialdiagnosen, eine kurzfristige Behandlung (maximal sieben Tage) mit einem topischen Kortikosteroid der Klasse I oder II erfolgen. Dabei muss allerdings unbedingt die erhöhte Resorption unter okklusiven Bedingungen beachtet werden. Wurde eine Pilzinfektion nachgewiesen, eignen sich für die Lokaltherapie beispielsweise Clotrimazol, Miconazol, Ciclopirox oder Nystatin. Ist die topische Therapie nicht



1 Klassische Windeldermatitis mit Befall der konvexen Flächen.



2 Windeldermatitis mit schmerzhaften ausgeprägten Ulzera bei massiver Diarrhö (Kurzdarmsyndrom).



3 Infantile Psoriasis im Genitoanalbereich.



4 Kontaktekzem im Windelbereich.

erfolgreich, besteht die Möglichkeit, für sieben bis zehn Tage mit einem systemischen Antimykotikum zu behandeln. Auch Sucralfat, welches eigentlich zur Prophylaxe und Therapie von Magen- und Dünndarmulzera eingesetzt wird, war bei mehreren Patienten mit Windel-dermatitis hilfreich. Zur Behandlung werden 4% in wässriger Creme viermal täglich appliziert.

Schwierige Abgrenzung

Mitunter kann es schwierig sein, eine Dermatose von der klassischen Windel-dermatitis abzugrenzen, wenn auch sie sich über den Windelbereich erstreckt. Neben einer detaillierten Anamnese sind ggf. auch histologische Untersuchungen erforderlich, um die Diagnose zu sichern. Innerhalb der entzündlichen Dermatosen kommt die infantile Psoriasis (**Abb. 3**) als Differenzialdiagnose in Frage. Anders als bei älteren Kindern und Erwachsenen ist die Schuppenbildung nur sehr gering. Die Diagnose erfolgt über die Familienanamnese sowie ggf. mittels Hautbiopsie.

Das seborrhoische Säuglingsekzem manifestiert sich meist in den ersten drei Lebensmonaten in Form scharf begrenzter Erytheme im Bereich der Hautfalten, während ein allergisches Kontaktekzem (**Abb. 4**) bei kleinen Kindern eher selten ist. Letzteres kann durch Duft- oder Inhaltsstoffe von Hautprodukten oder Windeln ausgelöst werden.

Als Folge der Okklusion, aber auch unter Verwendung topischer Kortikosteroide, kann das Granuloma gluteale infantum auftreten, das durch rotlivide, ovale, mäßig derbe Knoten auffällt. Nach entsprechender Medikamentenanamnese sollte die topische Therapie entsprechend umgestellt werden.

Pilze, Bakterien, Viren & Co.

Abgesehen von *Candida albicans* werden Infektionen im Windelbereich auch durch Dermatophyten, bakteriell durch Staphylokokken und β -hämolisierende Streptokokken der Gruppe A oder viral, etwa von Herpes-simplex-Viren, HPV u.a. verursacht. Darüber hinaus können metabolische Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen, das Kawasaki-Syndrom oder die Langerhans-Zell-Histiozytose mit entsprechenden Hautveränderungen einhergehen. (ChristineStarostzik)

Hier steht eine Anzeige.

