

# Handout KeyNote „Haut“

## 3 Murtagh-Fragen: „wo(her), wie lange, juckt es?“

### Akute Hautveränderungen in der Praxis

- Varizellen / Herpes zoster (HZV), Herpes simplex (HSV), Drei Tage Fieber (Exanthema subitum; HHV6-7)
- Masern, Röteln, Ringelröteln (Erythema infectiosum „slapped cheek“; PV-B19)
- Andere virale Exantheme (u.a. Enterovirus); Hand-Mund-Fuß-Krankheit (u.a. Coxsacki)
- Röschenflechte (Pityriasis rosea; HHV6-7)
- Arzneimittelreaktionen; allergische (Kontakt-)Dermatitis
- Impetigo (Staph. aureus); Insektenbisse/stiche / Abszesse; Ulcera

### Ernste Erkrankungen (dran denken!)

Vaskulär:

- Schönlein-Henoch-Purpura (Rheumatoide Purpura; IgA-Vaskulitis)
- Stevens-Johnson-Syndrome (Erythema exsudativum)
- Kawasaki-Syndrom u.a. Vaskulitiden; Erythema nodosum (Typ-III-Reaktion)

Infektionen:

- Waterhouse-Friderichsen-Syndrom (Meningo/Pneumokokken, Hämophilus)
- Primäre HIV-Infektion (unspezifischer Hautausschlag!)
- Follikulitis (gramnegative: Pseudomonas, Staph.aureus, E.coli; cave: TSS)
- Sekundäre Syphilis (Mund, Haut v.a. Hand/Fuß, Genitale; Haarausfall)
- Scharlach-Komplikationen (Fieber/Krankheitsgefühl > 2 Wochen)

### Pitfalls (oft übersehen/fehlgedeutet)

- Psoriasis guttata (akut-eruptiv, oft: getriggert durch Streptokokken-Infekt)
- Epstein—Barr-Virus (Makulopapulöse Effloreszenzen...selten!)
- Arthropoden-Virus(Arbo)-Infektion (unchar. Exantheme: Dengue, Japan-Enzephalitis)
- Skabies; Zoonosen z.B. Listeriose (kutane Inokulation)
- Exzema herpeticum (selten, schwer verlaufende generalisierte Form)

## 45. Pruritus / Uncharakteristisches allgemeines Hautjucken

Jucken (Pruritus; A) kann mit zunehmender Dauer unabhängig von seiner Ursache fortbestehen und so seine ursprüngliche Warnfunktion verlieren. Über 6 Wochen bestehendes Jucken wird als chronischer Pruritus (CP) bezeichnet. Im Gegensatz zum akuten Pruritus ist der CP ein zumeist schwer behandelbares Symptom. In den allgemeinmedizinischen Fällestatistiken der letzten Jahrzehnte nimmt der „allgemeine Pruritus“ (ohne Unterscheidung in akut/chronisch) einen mittleren Rang in der Fällverteilung ein (Kasuität), Bevölkerungsbezogen wird von einer Inzidenz von 7 % für den CP gesprochen. Die Patienten klagen oft über ein „Jucken und Beißen am ganzen Körper“, dass „nicht mehr zum Aushalten“ sei und dass sie „schon alles versucht“ hätten. Als eigene Entität in der Fällestatistik wird der Pruritus anogenitalis ausgewiesen, der mit Rang 147 ebenfalls mit mittlerer Häufigkeit vorkommt. In einigen Fällen kann der CP bereits lange vor Nachweis der auslösenden Erkrankung auftreten (prämonitorischer Pruritus). Pruritus bewirkt Kratzen, Scheuern, Rubbeln, Reiben, Drücken oder Kneten, was wiederum zur Reizverstärkung führt (Juck-Kratz-Zirkel). CP kann in jedem Lebensalter auftreten. Eine große Kollektivanalyse zeigte, dass die Patienten durchschnittlich 60 Jahre alt sind und oft Komorbiditäten aufweisen. Die Juckempfindung ist subjektiv und kann nicht objektiv gemessen werden. Trotz einer gewissen Häufigkeit ist die Beratungsursache Pruritus für den Hausarzt dennoch zu selten, als dass er sich von seiner Erfahrung dabei verlässlich leiten lassen könnte. Es ist daher nur konsequent, wenn der Arzt zunächst eine programmierte Diagnostik durchführt, bevor er unter nicht abgestützten Vorstellungen irgendeine therapeutische Maßnahme vornimmt. Die Checkliste Nr. 45 für die Diagnostik bei allgemeinem Jucken ohne sonstige nennenswerte Krankheitszeichen beinhaltet im Frageteil „Subjektiv“ bereits wichtige Überlegungen u. a. zu Art und vermuteten Auslösern der Beschwerden, zu möglicher abdomineller oder B-Symptomatik und im Untersuchungsteil „Objektiv“ umfangreiche diagnostische Stichwörter an und lenkt die Aufmerksamkeit auf mögliche abwendbar gefährliche Verläufe. Die Checkliste greift Elemente der Selbsteinschätzung durch Patienten auf. Im Spezialbereich werden bei CP drei Hauptformen unterschieden, an denen sich Diagnostik und Therapie orientieren (vgl. S2k-LL „chronischer Pruritus“):

**CP auf primär veränderter Haut** (z. B. bei zahlreichen Dermatosen wie atopische Dermatitis, Kontaktdermatitis, bullöses Pemphigoid, aber auch bei Schwangerschaft);

**CP mit sekundär entstandenen Kratzläsionen;**

**CP auf primär unveränderter Haut** (bei systemischen/ neurologischen / somatoformen Erkrankungen).

Eine allgemein gültige, einheitliche Therapie von CP gibt es auf Grund der Diversität und Komplexität der zugrunde liegenden Ursachen und der unterschiedlichen Patientenkollektive (z. B. Kinder, Schwangere, Multimorbide) nicht.

Pruritus: AGV („fett“) und ähnliche Beschwerdebilder („kursiv“) in loser Reihung:

- *Atopisches Ekzem* - **Diabetes mellitus** - **Hepatobiliäre Erkrankungen** - **Malignome (hämatologische/lymphoproliferative)** - *Schwangerschaft* - *Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkung (UAW)* - *Urtikaria* - **Niereninsuffizienz (chronische)** - **Anorexie** - Eisenmangelanämie - Depression - **Hyperthyreose-/Hypothyreose** - Neuropathien - **HIV-Infektion**

## 45 Checkliste Juckreiz-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei allgemeinem Jucken ohne sonstige nennenswerte Krankheitszeichen  
 Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989) mod. Braun RN, Mader FH (1995, 2003, 2005) mod. Schwürzer-Voit M, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (wenig / stark leidend)	Psychische Beurteilung
Beschwerden seit / Beginn mit	Kratzeffloreszenzen (Muster; Aussparung Rücken: „Schmetterlingszeichen“)
Gleich / besser / schlechter	Hautstatus: trocken / Zeichen für atopische Diathese / Unterscheidung befallene / unbefallene Haut / interdigital / Parasiten (Skabies / Nissen) / Schleimhäute
Schon mal gehabt	
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	
Früher Ekzem / Allgemeinerkrankungen / Operation / Anderes	Lymphknoten vergrößert
	Palpation des Abdomens
Jucken ständig / anfallsweise / tags / nachts / Schlaf gestört	Vegetativ auffällig („nervös“) / Psychische Beurteilung (z. B. Zönaesthesie)
Intensität erträglich / qualvoll / Sonstiges	Urin
Ängste (Furcht vor)	BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / Kreatinin / GPT / GGT / Lipase / Elektrophorese (Plasmozytom!) / Ferritin / Transferrin / TSH / sonstiges Labor
Vermutete Ursache	
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	Mikrobieller Abstrich / Probenbiopsie
Sonst noch	

Sonographie Abdomen  
 Röntgen-Thorax (M. Hodgkin!)

**Beratungsergebnis**

**Maßnahmen**

## 48. Hautausschlag / Uncharakteristischer Hautausschlag

Die Sammelrubrik Dermatose (A) wird in der berufstheoretischen Fachsprache benutzt, wenn sich Hauterscheinungen aufgrund der Angaben und des Befundes (zunächst) keinem Krankheitsbild zuordnen lassen. Die Häufigkeit dieser Störungen in der Allgemeinpraxis drückt sich durch ihren mittleren Rang in den Fällestatistiken aus. Die überwiegende Zahl der Patienten mit Hautproblemen sind sogenannte leichte Fälle („Ich hab da was auf der Haut“). Die **Checkliste Nr. 48** für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei ausgedehntem uncharakteristischem Hautausschlag soll dem Allgemeinarzt eine strukturierte Diagnostik in jenen Fällen ermöglichen, wo aufgrund von Ersteindruck und Kennerschaft bereits bestimmte charakteristische Hauterkrankungen ausgeschlossen wurden (z. B. Akne, Onychomykosen, klassische Psoriasis). Aber auch eine entzündliche Hauterkrankung kann bei Ekzemen mit Betonung der Beugen in Kombination mit weiteren Stigmata wie Rarefizierung der lateralen Augenbrauen (Hertoghe-Zeichen) oder doppelter Lidfalte (DennieMorgan-Falte) als atopische Dermatitis sofort diagnostiziert werden. Ebenfalls nicht mehr uncharakteristisch ist eine Dermatose, als deren Ursache ein bestimmtes Medikament (z. B. Antibiotikum) vermutet werden kann. Bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) wird ein pharmakologisch bedingter Typ A (z. B. Leberschäden bei Paracetamol-Überdosierung) von einem Hypersensitivitäts-bedingten Typ B (meist dosisunabhängig) unterschieden. Antibiotika (vor allem Betalaktam-Antibiotika) und Antikonvulsiva sind mit 75 % aller Hypersensitivitätsfälle die häufigsten Auslöser. Die meisten Arzneimittlexantheme beginnen im Rumpfbereich v. a. am Dekolleté. Haut und Leber sind metabolisch hochaktive Organe, das könnte die vermutlich leichte Reagibilität erklären. Insbesondere die Haut wird aufgrund ihrer exponierten Lage zu pathogenen Stoffen und Noxen immer konstant immunologisch stimuliert.

Die programmierte Diagnostik setzt die Grundkenntnis der sog. Primär- und Sekundäreffloreszenzen voraus. **Primäreffloreszenzen:** Macula, Papel, Plaque, Knoten, Vesicula, Bulla, Quaddel, Pustel. **Sekundäreffloreszenzen:** Schuppe, Kruste, Erosion, Exkoration, Ulkus, Narbe, Nekrose. Konfiguration, Oberflächenbeschaffenheit, **Verteilungsmuster:** linear/retikulär/gruppiert/disseminiert/konfluierend.

Stellt sich ein Patient mit einer Effloreszenz vor, die sich auf Anhieb diagnostisch nicht sicher zuordnen lässt, sollte nach programmierter Befragung eine Eingruppierung seiner Hauterkrankung in eine der folgenden Gruppen zumindest versucht werden: **Hauttumor** (maligne/nicht maligne) als wesentlicher abwendbar gefährlicher Verlauf, **Gefäßkrankung**, **Infektion**, **Allergie**, **Genodermatose** als Seltene Krankheit, **Systemerkrankung**, **Befindlichkeitsstörung** bei kosmetischen Hauterkrankungen. Falls dann immer noch keine Zuordnung möglich ist, sollte spätestens jetzt beim Spezialisten eine vertiefende Diagnostik, im Einzelfall durch Stanzbiopsie (3 mm) mit entsprechendem dermatohistologischen Befund veranlasst werden. Wurden topische Steroide aufgetragen, ist vor einer Biopsie eine dreiwöchige Therapiepause erforderlich. Im Übrigen sollte der Allgemeinarzt mit der Überweisung zum Hautarzt nicht zu lange warten, wenn die uncharakteristischen Hauterscheinungen länger bestehen oder aber, wenn entsprechende therapeutische Versuche nicht anschlagen. Die Checkliste dient dann zwischenzeitlich als Absicherung. Die allergologische Abklärung ist bei Arzneimittlexanthemen oft wenig ergiebig. Häufig findet sich eine Eosinophilie im Blutbild. Der Befund ist jedoch kaum hilfreich.

# 48 Checkliste Hautausschlag-Programm

– für die allgemeinmedizinische Diagnostik bei ausgedehntem uncharakteristischen Hautausschlag  
West SR, Braun RN (1976) mod. Braun RN (1989, 1995), mod. Mader FH, Smolle J (2003, 2005) mod. Schwürzer-Voit M, Mader FH (2019)

Subjektiv	Objektiv
Erster Eindruck (schwer krank)	Psychische Beurteilung
Beschwerden seit	Inspektion lokal / ganzer Körper
Gleich / besser / schlechter	Primär- / Sekundäreffloreszenzen
Schon mal gehabt	Konfiguration (zirzinär, anulär, polyzyklisch, diskoid, ovalär, kokardenartig)
Frühere Diagnostik / Bezeichnung / Therapie	Oberfläche (rau, glatt, verrukös, glänzend, matt)
Beginn (wo / plötzlich / schleichend)	Verteilungsmuster
Betroffene Hautgebiete	Symmetrisch / asymmetrisch
Ausdehnung	Prädilektionsstellen
Schmerzen / Juckreiz / Brennen	Begrenzung scharf / unscharf
Allgemeinsymptome (Fieber / Schwitzen / Müdigkeit / Sonstiges)	Spezielle Muster: Atrophie / Lichenifikation
Mitbefall von Angehörigen	Hautveränderungen in verschiedenen oder alle in gleichen Stadien
Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Palpation (Infiltration, Fluktuation)
Jahreszeitlich abhängig	Abstreifbarkeit von Belägen
Kosmetika / Sonne / Dämpfe / Stäube / Sonstiges	Wundgrund nach Ablösen von Krusten (Ulkus, Tumor)
Familiär Allergien / Hauterkrankungen	Glasspatel: Hautveränderung wegdrückbar
Tierkontakt	
Sexuelle Situation	Dermatoskopie
Medikamente (bisher / aktuell)	BKS / CRP / Blutbild / Blutzucker / GPT / GGT / Lues-Serologie / sonstiges Labor
Stressbelastung	Abstrich
Ängste (Furcht vor)	Allergietest nach Prick
Vermutete Ursache	Hautbiopsie 3 mm Stanze
Selbstbehandlung / ärztliche Anbehandlung	
Sonst noch	Beratungsergebnis
	Maßnahmen