

Allgemeinarzt-online

Fortbildung und Praxis für den Hausarzt

0

Archiv > Vorsicht: Kontaktekzeme!

Dorothee Busch, Cornelia Erfurt-Berge, 01.02.2019

Patienten mit chronischen Wunden

Vorsicht: Kontaktekzeme!



© kayasit - Fotolia



Abb. 2: Vorbereitete...



Abb.1: Feinlamellär ...

D Bei Patienten mit nicht heilenden chronischen Wunden lohnt es sich, nach Kontaktsensibilisierungen zu fahnden. Diese Hautreaktionen sind meist durch eine lange Krankheitsdauer, häufigen Wechsel von Lokalthapeutika und eine vorgeschädigte Hautbarriere bedingt. Bei Hautekzemen im Wundbereich und passender Anamnese hilft oft eine Epikutantestung weiter.

Kasuistik

Der Patient O. W. stellt sich mit ekzematösen, feinlamellär schuppenden, teils erosiven Hautveränderungen an beiden Unterschenkeln in unserer dermatologischen Ambulanz vor (Abb. 1). Eine chronisch venöse Insuffizienz bds. mit Z. n. Ulcus cruris venosum links ist bei ihm bekannt.

Kompressionsstrümpfe trägt der Patient nur ungerne, da die Haut darunter juckt. Er verwendet zur Hautpflege verschiedene Externa aus dem Supermarkt. Zuletzt probierte er eine Melkfettmischung aus, die ihm der Nachbar empfohlen hat. Seit einigen Wochen wurde es zunehmend schlimmer mit dem Juckreiz und der Schuppung an beiden Beinen.

Die allergologische Testung ergibt positive Reaktionen auf Duftstoffmix I und II, Cetylstearylalkohol und Amerchol L-101. Der Patient erhält zur Lokalthherapie eine Individualrezeptur mit Mometasonfuroat 0,1 % in wollwachsalkoholfreier Basissalbe. Die positiv getesteten Substanzen muss er künftig vermeiden. Die Kompressionstherapie soll der Patient nun regelmäßig anwenden.

Mehr als eine Million Patienten in Deutschland leiden an chronischen Wunden. Diese zeigen auch nach acht Wochen keine Heilungstendenz und oft liegt schon eine Erkrankung vor, wie chronisch venöse Insuffizienz (Ulcus cruris venosum), periphere arterielle Verschlusskrankheit (Ulcus cruris arteriosum) oder Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom). Der häufigste Vertreter: Ulcus cruris venosum.

Der Allgemeinarzt hat einen großen Stellenwert bei Patienten mit chronischen Wunden – er ist meist die erste Anlaufstelle. Wundpatienten werden zudem oft erst im späteren Krankheitsverlauf in spezialisierten Wundzentren vorstellig [10]. Da es sich dabei vorwiegend um ältere Patienten handelt, ist von steigenden Fallzahlen – bedingt durch den demographischen Wandel – auszugehen. Treten in der Wundumgebung ekzematöse Hautveränderungen auf, kann es sich um eine Kontaktallergie handeln.

Patienten mit chronischen Wunden

Kontaktsensibilisierungen sind ein häufiges Problem bei Patienten mit chronischen Wunden. Bei Ulcus cruris venosum oder venös bedingter Stauungsdermatitis wurden Sensibilisierungsraten von um die 60 % beschrieben [4, 9].

Ursächlich für die oft auftretenden Sensibilisierungen sind u. a. eine lange Erkrankungsdauer, der häufige Wechsel verschiedener Wundauflagen und Externa sowie eine oft vorgeschädigte Hautbarriere. Weitere Risikofaktoren sind das entzündliche Wundmilieu und eine verstärkte Penetration der Substanzen durch okklusive Verbände und fettige Salbengrundlagen [5]. Viele Patienten versuchen zudem zunächst eine Eigenbehandlung der Wunde mit "Hausmitteln", die häufig auf pflanzlichen Inhaltsstoffen basieren und so ein hohes Sensibilisierungspotenzial aufweisen.

Spezifisches Allergenspektrum

Mehrere Studien konnten zeigen, dass sich gerade bei Patienten mit venösem Ulkus andere häufige Kontaktallergene finden als bei Vergleichsgruppen ohne diese Erkrankungen [1, 6].

Potenzielle Allergenquellen bei Patienten mit chronischen Wunden sind u. a. Konservierungsmittel, Duftstoffe, Bestandteile von Salbengrundlagen, Emulgatoren oder topische Antibiotika.

In einer großen Datenauswertung von 2003 – 2013 aus mehr als 50 deutschsprachigen Kliniken fanden sich Duftstoffe, Wollwachsalkohole (Lanolin), Cetylstearylalkohol, Kolophonium oder Konservierungsmittel wie tertiäres Butylhydrochinon unter den häufigsten Allergenen der Patienten mit Ulcus cruris venosum beziehungsweise Stauungsdermatitis [1]. In der Kontrollgruppe waren typische Allergene wie Nickel-(II)-Sulfat bedeutsam [7]. Typ-I-Reaktionen im Sinne von akuten allergischen Reaktionen wie Urtikaria oder Quincke-Ödem sind im Zusammenhang mit Wundtherapeutika selten. Relevant sind hier vor allem Latexbestandteile, wie etwa in Handschuhen.

Auch Sensibilisierungen gegen sogenannte "moderne Wundauflagen" müssen in Betracht gezogen werden, da in den wenigen Studien zu diesem Thema teils sehr hohe Sensibilisierungsraten berichtet wurden. Zu prüfen bleibt bei allen nachgewiesenen Sensibilisierungen die klinische Relevanz [2, 9]. Die fehlende Deklarierungspflicht von Medizinprodukten und damit von Wundauflagen erschwert die Kenntnis der genauen Produktbestandteile.

Wundumgebung und Kontaktekzem

Als Teil des Wundassessments ist auch die Beurteilung der Wundumgebung bedeutsam. Deren Zustand kann beispielsweise durch chronisch entzündliche Prozesse, wie sie im Laufe der chronischen Ulzeration auftreten, beeinträchtigt sein. Unter einem Ekzem versteht man zunächst die typische Morphe mit Rötung, Schuppung, Bläschen, Erosionen mit Nässen oder tiefere Hauteinrisse (Rhagaden).

Am häufigsten tritt ein seborrhöisches Ekzem im Rahmen der chronisch-venösen Insuffizienz auf. Bei

neu erkennbaren ekzematösen Hautveränderungen ist es für den Arzt wichtig, zwischen toxisch-irritativer Genese, z. B. durch unzureichendes Exsudatmanagement, und kontaktallergischer Genese im Sinne einer Typ-IV-Spätreaktion (T-Zell-vermittelt) zu unterscheiden [6]. In der Praxis sind diese jedoch nicht immer eindeutig zu differenzieren. Allergische Ekzeme können auch auf Grundlage von toxisch-irritativen Läsionen entstehen (sog. Pfropfallergie).

Ein fehlerhaftes Exsudatmanagement ist jedoch deutlich häufiger Ursache akuter ekzematöser Veränderungen. Diese können dann durch Optimierung der lokalen Wundversorgung rasch effektiv behandelt werden. Daneben müssen differenzialdiagnostisch Hinweise auf spezifische zugrunde liegende Dermatosen in der Wundumgebung, wie Vaskulitiden, kutane Tumoren oder Pyoderma gangraenosum klar abgegrenzt werden.

Weiterführende Diagnostik

Bei Verdacht auf ein kontaktallergisches Geschehen stehen eine gezielte Anamnese bezüglich der verwendeten Produkte, der Beginn und die Dauer der Anwendung sowie das Ausmaß und die Dynamik der Reaktion an erster Stelle. Kontaktallergisch bedingte Ekzeme sind durch Juckreiz, unscharfe Begrenzung und Streuherde außerhalb des Allergenkontakts gekennzeichnet.

Planung und Durchführung einer Epikutantestung bei V. a. Kontaktallergie

- Testung standardisierter Blöcke, z. B. Externa-Inhaltsstoffe, Konservierungsmittel etc.
- Testung patienteneigener Substanzen
- Ablesung nach 48 und 72 h
- Sechs Wochen vor Testung keine Sonnenexposition am Rücken, zur Testung keine Kortikosteroide, keine Antihistaminika
- Positive Reaktion weist eine Typ-IV-Sensibilisierung nach
- Passende Anamnese und positive Reaktion weisen eine Typ-IV-Allergie nach

Mithilfe der anamnestischen Angaben kann der Arzt zur weiteren Diagnostik den Epikutantest planen. Hierfür lassen sich – nach Empfehlung der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe (DKG-Blöcke) – vorgegebene Substanzen verwenden. Zudem kann man der Anamnese entsprechend patienteneigene, verdächtige Substanzen wie Wundaufgaben oder Externa aufbereiten und im Epikutantest prüfen [2, 8].

Die Testsubstanzen werden in kleinen Kammern aus Aluminium mit Pflastern auf dem Rücken des Patienten angebracht (Abb. 2) und nach zwei Tagen wieder entfernt. Abgelesen und beurteilt wird der Test nach 48 und 72 Stunden. Ein positives Testergebnis liegt bei Hautrötung, Infiltration und/oder Papeln oder Bläschen vor und weist eine Kontaktsensibilisierung nach. Eine Zunahme der Reaktion ist im zeitlichen Verlauf zu erwarten. Durch Nachweis des Zusammenhangs zwischen dem positiv getesteten Allergen und dem Auftreten ekzematöser Hautveränderungen nach dessen Anwendung auf der Haut kann der Arzt die Diagnose einer Kontaktallergie stellen. Eindeutig identifizierte Kontaktallergene sind in der weiteren (Wund-)Behandlung selbstverständlich zu vermeiden. Dies kann in der Praxis für Therapeut und Patient aber zur Herausforderung werden.

Prävention und Therapie bei Ekzemen

Essenziell zur Prävention irritativer Ekzeme sind ein adäquates Exsudatmanagement und der Schutz von Wundrand und -umgebung, um eine Pfropfsensibilisierung auf vorgeschädigter Haut zu verhindern. Ekzeme sind mithilfe von basistherapeutischer Hautpflege und Rückfettung frühzeitig zu behandeln. Hierzu zählt auch das im Rahmen chronisch venöser Insuffizienz auftretende

sebostatische Ekzem.

Die empfohlene Galenik hängt vom Zustand der Wunde und ihrer Umgebung ab. Während nässende, erosive Areale durch hydrophile Externa ausgetrocknet werden, sollte man trockene oder schuppige Läsionen mit fetthaltigen Grundlagen versorgen. Bei akut-entzündlichen Veränderungen ist eine glukokortikoidhaltige Lokalthherapie eine Behandlungsoption für die Wundumgebung. Superinfizierte oder kolonisierte Wunden werden mit Antiseptika behandelt. Der Einsatz topischer Antibiotika sollte aufgrund des erhöhten Allergiepoteziels vermieden werden und vor allem kein Einsatz direkt in der Wunde erfolgen.

Für die Hautpflege von Patienten mit chronischen Wunden, aber auch mit chronisch venöser Insuffizienz, sollte der Arzt aufgrund des beschriebenen Allergenspektrums Produkte ohne Duftstoffe, Parabene, Wollwachsalkohole und tertiäres Butylhydrochinon bevorzugen [3].

→ [Literatur](#)

Autorin:

Hautklinik Universitätsklinikum
91054 Erlangen

Interessenkonflikte: Die Autorin hat keine deklariert

Weitere Beiträge zu ähnlichen Themen:

- [Hartnäckige Wunden: Steckt ein Tumor dahinter?](#)
- [Chronisch venöse Insuffizienz: Krampfadern und ihre Folgen](#)
- [Diabetischer Fuß: Vernetzt versorgen](#)
- [Kompressionstherapie beim Ulcus cruris: So bandagieren Sie richtig!](#)
- [Ulcus cruris: Tipps & Tricks](#)

Erschienen in: Der Allgemeinarzt, 2019; 41 (2) Seite 60-64

F 0

X

V

[Multimedia](#) | [Zeitschrift](#) | [Mediadaten](#) | [Kontakt](#) | [Impressum](#) | [Datenschutz](#) |

2020 © Kirchheim-Verlag