

Persönliche PDF-Datei für Durani B.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Was Hausärzt*innen über Dermatika wissen sollten

Allgemeinmedizin up2date

2024

261–274

10.1055/a-2268-8623

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Allgemeinmedizin up2date* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 2699-8696

Was Hausärzt*innen über Dermatika wissen sollten

Benjamin Durani

VNR: 2760512024165725506

DOI: 10.1055/a-2268-8623

Allgemeinmedizin up2date 2024; 5 (3): 261–274

ISSN 2699-8696

© 2024. Thieme. All rights reserved.



Thieme

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Es juckt – chronischer Pruritus in der allgemeinmedizinischen Praxis Reingard Christina Glehr, Tobias Schöberl Heft 1/2024

„Leberwerterhöhung“ in der hausärztlichen Praxis
Manuel Magistro Heft 1/2024

Behandlung von Vorhofflimmern in der Hausarztpraxis
Markus Bleckwenn Heft 1/2024

Gelenkschmerzen – eine rheumatische Erkrankung? Frank Moosig,
Julia U. Holle Heft 4/2023

Kleine Proktologie: Hausärztliche Strategien bei analen Beschwerden Frederik M. Mader Heft 3/2023

Kopfschmerzen in der Hausarztpraxis Sönke Freischmidt
Heft 2/2023

Konsultationsanlass Müdigkeit: Empfehlungen für die hausärztliche Praxis Erika Baum, Nele Kornder, Nicole Lindner, Peter Maisel
Heft 1/2023

COPD – von der frühen und korrekten Diagnose zur erfolgreichen Therapie Thomas Hausen Heft 4/2022

Nagelveränderungen: meistens harmlos, manchmal interdisziplinär herausfordernd Fabian Ludwig Heft 3/2022

Umgang mit unklaren TSH-Abweichungen in der allgemeinmedizinischen Praxis Falk Stirkat Heft 2/2022

Dermatologie für Nichtdermatologen Jörg Hermann
Heft 1/2022

Akuter und chronischer Husten – Differenzialdiagnose und Behandlung Felix Holzinger, Sabine Gehrke-Beck, Karen Krüger
Heft 4/2021

Leitsymptom „Rotes Auge“ in der Allgemeinmedizin: viel mehr als Konjunktivitis! Andreas Klement, Jörg Mielke, Hans-Gert Strucker
Heft 2/2021

Kinder und Jugendliche mit Otagien Fritz Meyer Heft 1/2021

Zufallsbefund Schilddrüsenknoten: Bewertung des Krebsrisikos
Simone Kiel, Aniola Angelow Heft 1/2021

Das Parkinson-Syndrom in der allgemeinmedizinischen Praxis
Reinhold Glehr, Tobias Schöberl, Werner Seel Heft 1/2021

Gicht und Hyperurikämie Horst Prautzsch Heft 1/2021

Nahrungsmittelunverträglichkeiten – „wenn Essen krank macht“
Manuel Magistro Heft 1/2020

Halsschmerzen in der Hausarztpraxis Karen Krüger, Jan Hendrik Oltrogge Heft 1/2020

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil,

alle bereits erschienenen Artikel.
Für Abonnenten kostenlos!
<https://eref.thieme.de/PJ146>

IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit und überall auf Ihr up2date-Archiv zugreifen? Kein Problem!

Ihren immer aktuellen Online-Sammelordner finden Sie unter:
<https://eref.thieme.de/24RUF>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt:

www.thieme.de/eref-registrierung.

Was Hausärzt*innen über Dermatika wissen sollten

Benjamin Durani



Die topische Therapie ist ein Eckpfeiler in der Behandlung dermatologischer Erkrankungen. Von Kortison bis zu Antimykotika und Antiseptika umfasst ihr Einsatz ein breites Spektrum. In diesem Artikel wird die Anwendung der wichtigsten Dermatika mit speziellen Indikationen für einige häufige Hautkrankheiten in der Hausarztpraxis vorgestellt.

Allgemeine Hinweise

Zur Abschätzung der zu verordnenden Packungsgröße eines Dermatikums kann man 0,25 g Topikum pro Prozent Körperoberfläche rechnen. Grob gerechnet entspricht eine Handinnenfläche 1% der Körperoberfläche [1].

Merke

Mit 1 g Creme können ungefähr 4 Handinnenflächen Haut behandelt werden. 25 g Creme würden für eine 1x tägliche Behandlung des gesamten Gesichts für ca. 30 Tage reichen, an einem Arm aber nur für ca. 11 Tage.

In der Dermatologie spielt die Galenik der Topika eine übergeordnete Rolle. Man kann vereinfacht nach Wasser- und Fettgehalt unterteilen in Flüssigkeiten, Gel, Lotionen/Emulsionen, Creme, Salbe und Fettsalbe: Flüssigkeiten haben kein Fett, Fettsalben kein Wasser. Hinzu kommen harte und weiche Pasten, hier werden unlösliche Partikel wie Zinkoxid eingebracht. Hat man nun eine trocken schuppene Erkrankung, sollte man eher eine fette Grundlage wählen (► **Abb. 1**), so wie man auch eine rostige Fahrradkette fettet. Bei akut entzündlichen Läsionen wie der Papel bei Akne nimmt man eher wasserhaltigere Substanzen, also Cremes oder Lotionen.

Merke

Es gilt: Fett auf Fett und feucht auf feucht. Bei trockenen Dermatosen (z. B. Psoriasis vulgaris) nimmt man in der Regel eine Salbe oder Fettsalbe, bei akut entzündeten Dermatosen eher eine Creme oder Emulsion (z. B. akutes Kontaktekzem).



► **Abb. 1** Xerosis cutis. Therapiegrundsatz „fett auf trocken“.

Dermatika

Kortison

Kortisonhaltige Dermatika werden je nach Wirkstärke in 4 Klassen eingeteilt (► **Tab. 1**). Die Anwendungsdauer von Kortisonpräparaten ist abhängig von der Hauterkrankung, der Wirkstärke und der Hautlokalisation. So sollte in Bereichen mit dünner Haut (wie genital oder an den Augenlidern) nur kurz und mit Klasse I–II behandelt werden, an den Handinnenflächen mit Klasse III–IV.

► **Tab. 1** Klassifizierung, Anwendungsort und -zeit kortisonhaltiger Dermatika mit Präparatbeispielen.

Klasse (Stärke)	Anwendungsort	Anwendungszeit (ca. in Tagen)	Beispiele für Präparate
Klasse I (schwach)	Gesicht, Genitalbereich	3–7	Hydrocortison 0,5%
Klasse II (mittel)	Gesicht, genital, Körper	7–14	Prednicarbat 0,25% Methylprednisolonaceponat 0,1%
Klasse III (stark)	Stamm, Extremitäten	7–21	Betamethasonvalerat 0,1% Mometasonfuorat 0,1%
Klasse IV (sehr stark)	Handflächen, Fußsohlen	14	Clobetasolpropionat 0,05%

Die Klasse II Kortisoncreme mit Methylprednisolonaceponat 0,1% ist zugelassen für bis zu 6 Wochen Anwendung, Mometasonfuorat als Klasse III Präparat für 3 Wochen. Aber auch eine über 4–6 Monate dauernde Behandlung am Körper mit Methylprednisolonaceponat 0,1% zeigte keine Zeichen von Atrophie [2], ebenso wie eine 1x tgl. Behandlung im Gesicht von durchschnittlich 17 Tagen [3]. Die Anwendung von Methylprednisolonaceponat 0,1% Creme ist 1x tgl. so effektiv wie 2x tgl. [4]. Nach einer längeren Verabreichung von Kortison kann die Creme langsam ausgeschlichen werden (z. B. 1 Woche alle 2 Tage, dann 1 Woche alle 3 Tage), um ein schnelles Rezidiv der Erkrankung (z. B. Neurodermitis) zu vermeiden.

Merke

Die Dauer der Behandlung mit Kortisoncreme sollte abhängig gemacht werden von der Lokalisation der Erkrankung und der Wirkstärke des Kortisons. Sie beträgt in der Regel einige Tage (Gesicht/Leisten) bis einige Wochen (Stamm, Extremitäten).

Antimykotika

Vor einer Pilzbehandlung sollte im Idealfall ein Erregernachweis erfolgen, um Fehltherapien zu vermeiden. Für die antimykotische Behandlung steht eine Vielzahl an Präparaten aus dem Bereich der Azole, Hydroxypyridone, Allylamine und Morpholine zur Verfügung. Es gibt verschiedene Darreichungsformen: Lösungen, Gele, Pasten, Lacke, Cremes.

Die Anzahl der täglichen Applikationen und die Anwendungsdauer unterscheiden sich und müssen je nach verwendetem Präparat beachtet werden. Die lokale Behandlung sollte nicht zu kurz durchgeführt werden: bei der Tinea pedis zum Beispiel 3–4 Wochen über die klinische Heilung hinaus. Versagt die lokale Therapie, sollte zusätzlich oral behandelt werden. Bei einigen Erkrankungsbildern wie der Tinea capitis oder Tinea profunda kann direkt mit der Kombination aus oraler und lokaler Behandlung begonnen werden.

Bei der Onychomykose (► **Abb. 2**) kann zunächst eine okklusive, atraumatische Nagelabtragung zur Reduktion des pilzbefallenen Nagelmateri als über 2–3 Wochen erfolgen. Hierfür gibt es z. B. Präparate aus dem NRF Rezepturformular (Harnstoff- Paste 40% mit Clotrimazol 1%, NRF 11.57). Ergänzend hilft das Abfräsen von betroffenen Stellen. Danach kann je nach Befall eine lokale Lackbehandlung mit antimykotischem Wirkstoff starten. Sind mehr als 40% der Nagelfläche oder mehr als 3 von 10 Nägeln befallen, sollte bei fehlenden Kontraindikationen lokal und oral behandelt werden [5]. Es empfiehlt sich, bei Onychomykose auch immer die Füße lokal zu behandeln, die Socken bei mindestens 60 Grad zu waschen und die Schuhe zu desinfizieren. Eine Nagelextraktion wird nicht empfohlen.

► **Abb. 2** Onychomykose.

Antiseptika

Lokale Antiseptika spielen eine entscheidende Rolle in der Behandlung infektiöser Hauterkrankungen, da sie darauf abzielen, das Wachstum von Mikroorganismen zu hemmen und die Ausbreitung von Infektionen zu verhindern. Die Auswahl des geeigneten Antiseptikums hängt ab von der Art der Hauterkrankung, der Empfindlichkeit des Erregers und von individuellen Patientenfaktoren. Es ist wichtig, die Vor- und Nachteile sorgfältig abzuwägen, um eine effektive und gut verträgliche Therapie zu gewährleisten.

Chlorhexidin

Das Mittel bietet ein breites antimikrobielles Spektrum gegen grampositive und gramnegative Bakterien inklusive MRSA. Als häufigste Nebenwirkung kann ein leichtes Brennen auf der Haut vorkommen. Auch eine Kontaktdermatitis ist möglich.

Povidon-Jod

Povidon-Jod ist ein Komplex von elementarem Jod mit Polyvinylpyrrolidon und wirkt gegen Bakterien, Viren und Pilze. Resistenzen gegen Bakterien wurden bisher nicht beschrieben [7]. Es wird ab dem 6. Lebensmonat oft als Antiseptikum vor Operationen, bei infizierten Wunden und Nagelbettentzündungen verwendet. Zu Beginn sollte das Mittel alle 4–6 Stunden aufgetragen werden. Der Nachteil der Substanz ist die leichte rotbraune Färbung der Wundumgebung, so dass progrediente Entzündungen einer Wunde schwieriger zu sehen sind. Selten kommt es zu einer Hautreizung. Bei einer Hyperthyreose, geplanter Schilddrüsendiagnostik, Lithiumtherapie und einer Dermatitis herpetiformis Dühring sollte Povidon-Jod nicht zum Einsatz kommen. Bei Patienten mit Neigung zu Schilddrüsenproblemen sollte das Medikament nicht langfristig oder großflächig anwenden werden. Allergische Reaktionen sind möglich. Bei längerer Anwendung kann durch zytotoxische Wirkung eine Störung der Wundheilung auftreten.

Merke

Povidon-Jod wirkt sehr gut und breit antiseptisch, von Nachteil sind das häufige Auftragen, das Risiko der rotbraunen Färbung von Kleidung und die schwierigere Beurteilung der umgebenden Haut auf progrediente Rötung.

Octenidindihydrochlorid

Die Substanz ist ein kationisches Tensid und dringt nicht in Haut oder Schleimhäute ein. Es wird präoperativ zur Haut- und Schleimhautdesinfektion und zur Therapie von Wunden eingesetzt. Bei Wundhöhlen muss ein Abfluss mit Drainage oder Lasche gewährleistet sein. Erreicht werden grampositive und gramnegative Erreger inklusive MRSA, sowie Pilze und umhüllte Viren.

HINWEISE FÜR DIE PRAXIS

Antimykotische Behandlung – lokal / lokal plus oral

- Die Dauer der lokalen antimykotischen Behandlung richtet sich nach dem Erkrankungsbild und dem gewählten Präparat und sollte bei Fußpilz 3–4 Wochen über den klinischen Behandlungserfolg weitergeführt werden.
- Bei bestimmten Erkrankungsbildern wie Tinea capitis oder ausgeprägter Onychomykose sollte die Therapie direkt oral und lokal begonnen werden, sofern keine Kontraindikationen für eine orale Behandlung vorliegen.
- Bei der oralen Therapie sollte auf Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten geachtet werden.
- Laborkontrollen der Leberwerte unter systemischer antimykotischer Therapie werden bei Patienten mit bekannter Störung der Leberfunktion, bei hepatotoxischer Komedikation oder anderen die Leber beeinträchtigenden Komorbiditäten vor und alle 4–6 Wochen während der Behandlung empfohlen.
- Bei Patienten ohne Risikofaktoren muss individuell nach Dosierung, Dauer der Behandlung und in Abwägung weiterer Faktoren eine Laborkontrolle abgewogen werden [6].

Spezielle Indikationen

Akne

Akne ist eine sehr häufige Erkrankung (► **Abb. 3**). Neben Komedonen können Papeln, Pusteln und großflächige Knoten auftreten, und so gibt es unterschiedliche Formen wie Acne comedonica, Acne papulopustulosa und Acne conglobata. Die ausgeprägte Form der Acne conglobata sollte oral mit Isotretinoin behandelt werden. Eine alleinige Lokalthherapie wird in der Regel für einen Therapieerfolg nicht ausreichen.



► **Abb. 3** Akne.

Benzoylperoxid

Benzoylperoxid ist ein häufig verwendetes Akne-Therapeutikum, das gegen leichte bis moderate Formen von Akne wirkt. Besonders entzündliche Anteile wie Pusteln und Papeln sprechen gut an. Es ist in verschiedenen Formen von Gel, Creme und Waschlotion erhältlich. Der Wirkstoff wird in verschiedenen Konzentrationen zwischen 2,5% und 10% eingesetzt. Die Anwendung erfolgt in der Regel 1–2x tgl. auf die gereinigte, trockene Haut. Besser ist es, mit einer niedrigen Konzentration zu beginnen, um Hautreizungen zu vermeiden, und die Anwendung bei Verträglichkeit schrittweise langsam zu steigern. Zu den häufigen Nebenwirkungen gehören Hautreizungen, Trockenheit und Rötungen; hilfreich sind hier der Einsatz von Feuchtigkeitscreme und der Start mit einer niedrigen Konzentration, um diese Effekte zu minimieren. Zu beachten ist das mögliche Entfärben von Wäsche, daher sollte man empfehlen, den Stoff abends aufzutragen, ein weißes Handtuch und gegebenenfalls auch ein weißes Kopfkissen und ein helles Schlafoberteil zu verwenden.

Azelainsäure

Azelainsäure wird zur Therapie der leichten bis mittelschweren Akne angewendet. Das Mittel wirkt antibakteriell und hemmt das Wachstum der an der Entstehung von Akne beteiligten Propionibakterien. Weiterhin wird der Verhornungsprozess der Epidermis verbessert und die Bildung von Mitessern minimiert. Beim Auftragen kann es in den ersten Tagen zu einem leichten Kribbeln auf der Haut kommen - darauf sollten die Patienten hingewiesen werden.

Retinoide

Adapalen gehört in die Gruppe der Retinoide (von Vitamin A abgeleitet). Es wirkt gegen die Verhornungsstörungen der Akne, dadurch kann man es gut bei der Acne comedonica, aber auch gut gegen Mitesser anwenden. Der Wirkstoff kann austrocknen und reizen. Er sollte 1x tgl. abends aufgetragen werden. Bei trockener Haut empfiehlt sich ein Start alle 2–3 Tage abends, gegebenenfalls in Kombination mit einer rückfettenden Creme am Morgen. Auch Tretinoin gehört in die Wirkstoffgruppe der Retinoide und wirkt ähnlich wie Adapalen gegen die Verhornungsstörungen der Haut. Es wird in der Regel in Konzentrationen zwischen 0,025% und 0,1% angewendet. Gerade in höheren Dosen trocknet das Präparat deutlich aus und sollte vorsichtig begonnen werden. Eventuell ist eine Kombination mit einer rückfettenden Creme sinnvoll.

Merke

Viele Akne-Therapeutika können zum Austrocknen der Haut führen. Daher ist es bei trockener Haut oft ratsam, zunächst nur alle 2–3 Tage mit der Behandlung zu beginnen und nach 1–2 Wochen die Anwendung vorsichtig zu steigern.

Rosazea

Rosazea ist eine chronische Hauterkrankung, die durch Rötungen, entzündete Papeln und Pusteln im Gesichtsbereich gekennzeichnet ist. Auch die Augen können befallen sein, dies äußert sich oft durch Trockenheit des Auges mit resultierender chronischer Konjunktivitis. Bei Augenbefall können Ciclosporin Augentropfen, Ivermectin oder Metronidazol als Creme an den Augenlidern empfohlen werden. Systemisch wird oft Doxycyclin gegeben.

Die lokale Behandlung der Rosazea zielt darauf ab, die Symptome zu lindern und den Krankheitsverlauf zu kontrollieren. Verschiedene Dermatika werden je nach Schweregrad und Form der Erkrankung verschrieben. Bei schweren Verläufen kommt in der Regel eine systemische Therapie dazu. Das Erythem der Haut ohne Papeln und Pusteln wird durch die meisten Cremes (außer Brimonidin) nicht beeinflusst.

Merke

Bei der Behandlung sollte an eine Reduktion der Triggerfaktoren wie Hitze, starke Kälte, Sonne, Sport, Alkohol, scharfe Speisen, Kortison, Stress, heiße Getränke und Kaffee gedacht werden.

Folgende lokale Therapien werden oft für die Rosazea verwendet:

Metronidazol ist ein Antibiotikum, das topisch angewendet wird, um Entzündungen, Papeln und Pusteln zu reduzieren. Erytheme und Teleangiektasien werden nicht deutlich besser. Es wird meistens in einer Konzentration von 0,75% verschrieben. Die Anwendung erfolgt in der Regel 2x tgl. über 3–6 Monate und dann nach Bedarf.

Azelainsäure ist ein weiteres topisches Medikament, das entzündungshemmende Eigenschaften besitzt. Der Patient sollte bei Anwendung darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Creme die ersten Tage etwas irritieren kann, die Haut sich in der Regel aber daran gewöhnt. Azelainsäure wird 1–2x tgl. aufgetragen, eine Besserung wird oft nach ca. 4 Wochen beobachtet.

Ivermectin ist ein topisches Medikament, das zur Behandlung von Rosazea-Papeln und -Pusteln eingesetzt wird. Es wirkt neben dem antientzündlichen Effekt wahrscheinlich dadurch, dass es Demodex-Milben abtötet, die häufig bei Menschen mit Rosazea in übermäßiger Anzahl vorhanden sind und zur Verschlimmerung der Symptome beitragen können. Ivermectin Creme wird 1x tgl. für 3–4 Monate aufgetragen, bei Rezidiv kann der Behandlungszyklus wiederholt werden.

Erythromycin ist ein Antibiotikum, das lokal aufgetragen wird und zur Behandlung von entzündlichen Formen der Rosazea zum Einsatz kommen kann. Oft wird es 1–2x tgl. in Rezepturen wie der Hydrophilen Erythromycin-Creme 2% (NRF 11.77) angewendet.

Brimonidin ist ein hoch selektiver α_2 -adrenerger Rezeptoragonist. Durch kutane Vasokonstriktion wird das typische Erythem der Rosazea vermindert. Die Behandlung sollte 1x tgl. am besten morgens erfolgen. Andere topische Therapien sollten erst nach Brimonidin aufgetragen werden.

Merke

Die Kombination verschiedener Behandlungsmethoden wie topische Medikamente, orale Medikamente und Hautpflege kann bei schweren Verläufen oft die besten Ergebnisse bei der Behandlung von Rosazea erzielen.

Ekzem

Ein Ekzem ist eine chronische entzündliche Hauterkrankung, die durch Juckreiz, Rötung, Schwellung und Schuppung gekennzeichnet ist (► **Abb. 4**). Es gibt unterschiedliche Formen des Ekzems wie Neurodermitis, seborrhoisches Ekzem, Kontaktekzem und irritativ toxisches Ekzem. Die Symptome können stark variieren und reichen von milden bis zu schweren Ausprägungen. Eine wichtige Komponente in der Behandlung von Ekzemen ist die lokale Anwendung von topischen Medikamenten, um die Entzündung zu kontrollieren, den Juckreiz zu lindern und die Hautbarriere zu stärken.

Kortikosteroide

Kortikosteroide sind entzündungshemmende Medikamente, die oft als erste Wahl bei der Behandlung von Ekzemen eingesetzt werden. Sie reduzieren Entzündungen, Juckreiz und Rötungen der Haut. Kortikosteroide gibt es wie oben schon beschrieben in verschiedenen Stärken und Formulierungen, von milden, fettarmen Cremes bis hin zu stärkeren Salben für schwerere Fälle.

Tacrolimus, Pimecrolimus

Die Calcineurin-Inhibitoren Tacrolimus und Pimecrolimus sind zugelassen für die Behandlung der Neurodermitis. Sie werden bei Läsionen eingesetzt, die nicht ausreichend auf Kortikosteroide ansprechen oder bei denen nach zu langem Auftragen von Kortison die Gefahr von Hautverdünnung besteht. Tacrolimus Salbe ist in einer Dosierung von 0,03% für Kinder ab 2 Jahren und mit 0,1% ab 16 Jahren zugelassen. Die 0,1% Salbe wird in der Regel 2x tgl. für einige Tage bis Wochen angewendet und falls notwendig dann noch mit 0,03% fortgesetzt. Beim Auftragen von Tacrolimus kann es in der ersten Woche bei mehr als 10% der Patienten zu einem



► **Abb. 4** Ekzem.

Brennen kommen, dies verschwindet bei weiterer Therapie in der Regel aber wieder. Pimecrolimus 1% Creme ist ab dem 3. Monat zugelassen bei Patienten mit atopischem Ekzem. Auch Pimecrolimus kann wie Tacrolimus bei einigen Patienten zu Beginn der Behandlung einige Tage auf der Haut brennen. Es wird in der Regel 2x tgl. angewendet.

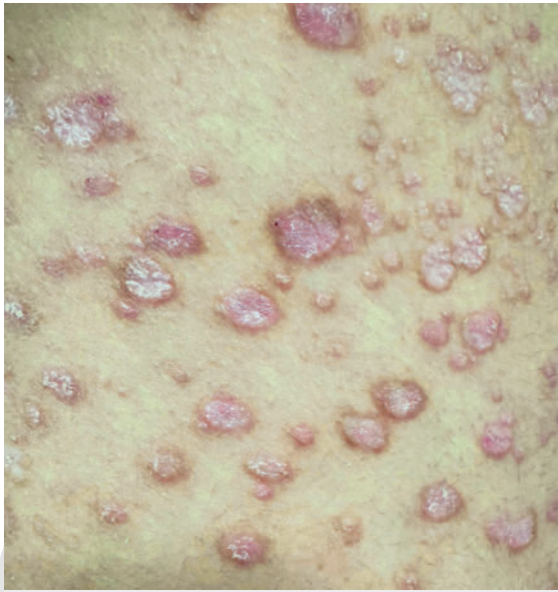
Psoriasis

Schuppenflechte ist eine genetische Erkrankung. Klinisch zeigen sich erythemasquamöse Plaques mit Betonung der Streckseite an Ellenbogen und Knie, Kopf und sacral (► **Abb. 5**). Bei der Psoriasis inversa kommt es zu rötlichen Plaques axillär, den Leisten und anal. Hier kann die starke Schuppung aufgrund der ständigen Reibung der Haut und der Feuchtigkeit fehlen.

Merke

Bei leichten Formen der Psoriasis ist oft eine lokale Behandlung ausreichend. Neben der Pflege mit rückfettenden Substanzen kann bei starker Schuppung abends Salicylvaseline 5–10% auf die Stellen aufgetragen werden.

Calcipotriol, ein Vitamin D3-Derivat, wirkt entzündungshemmend und gegen die Hyperkeratose der Psoriasis. Es wird als Salbe oder Creme oder Lösung 1–2x tgl. auf die betroffenen Areale aufgetragen. Bei ausgeprägten Störungen des Leber-Kalziumstoffwechsels oder der Nierenfunktion darf Calcipotriol nicht zum



► **Abb. 5** Psoriasis.

Einsatz kommen. Es sollten maximal 100 g pro Woche angewendet werden. Um den antiinflammatorischen Effekt zu beschleunigen, ist eine Kombination von Calcipotriol mit Betamethason erhältlich. Die Creme sollte 1x tgl. für ca. 4 Wochen angewendet werden. Es sollten nicht mehr als 30% der Körperoberfläche und nicht mehr als 15 g pro Tag eingecremt werden.

FALLBEISPIEL

Ein Patient kommt mit einem ausgeprägten Ekzem in den Ellenbeugen bei bekannter Atopie. Er leidet unter Stress durch Überlastung bei der Arbeit. Ein auswärts durchgeführter Prick-Test war negativ, auch sonst sind keine Allergien zu eruieren. Das gesamte Integument ist bei Inspektion sehr trocken. In den Ellenbeugen zeigen sich erythemasquamöse Maculae. Der Patient wird darauf hingewiesen, aufgrund der Hauttrockenheit nicht zu lang und zu heiß zu duschen und sich regelmäßig mit einer rückfettenden Salbe komplett einzucremen. Die Ellenbeugen werden mit Prednicarbat 0,25% Salbe 2x tgl. für 2 Wochen behandelt.

Der Patient kommt nach 4 Wochen zur Kontrolle. Nach 10 Tagen sei das Ekzem komplett abgeheilt, 3 Tage nach Absetzen des Kortisons seien die juckenden Stellen an den Ellenbeugen jedoch erneut aufgetreten. Es wird das Thema Stress am Arbeitsplatz intensiv besprochen und vereinbart, mit dem Arbeitgeber über den Arbeitsumfang zu reden. Erneut wird Prednicarbat 0,25% Salbe für 14 Tage 2x tgl. empfohlen. Nach 14 Tagen soll die Salbe dann noch für 4 Wochen 2x pro Woche aufgetragen werden. Bei dem nächsten Kontrollbesuch nach 6 Wochen ist der Patient symptomfrei. Es wird vereinbart, die Pflegecreme weiter täglich aufzutragen. Der Stress am Arbeitsplatz hat sich reduziert.

FALLBEISPIEL

Ein Patient mit Schuppenflechte stellt sich in der Sprechstunde vor. Er hat ausgeprägte erythemasquamöse Plaques an den Ellenbogen und Knien. Die genetische Ursache der Schuppenflechte wird ausführlich besprochen. Zunächst wird eine Kombination von Calcipotriol und Betamethason für 4 Wochen verordnet, danach soll Calcipotriol Salbe als Monotherapie ohne Kortison weiter für 4 Wochen aufgetragen werden. Beim Kontrolltermin nach 8 Wochen zeigt sich eine deutliche Besserung. Der Patient ist mit dem Ergebnis sehr zufrieden.

Nach 6 Monaten stellt er sich erneut in der Sprechstunde vor. Es zeigen sich ausgeprägte erythemasquamöse Plaques am Kopf, im Gesicht, sacral, den Armen und Beinen. Aufgrund des ausgeprägten Befunds und des hohen Leidensdrucks wird der Patient kurzfristig zu einem Hautarzt mit der Fragestellung einer Systemtherapie mit Fumarsäure oder MTX überwiesen.

Verrucae

Verrucae sind viral (HPV) verursacht, daher ist eine lokale Behandlung oft langwierig und erfordert Geduld. Patienten mit atopischer Dermatitis bekommen häufiger Warzen. Besonders oft kommen Sie an Händen und vor allem an den Füßen vor (Verruca plantaris, Dornwarze) (► **Abb. 6**). Bei Warzen an den Füßen sollten diese warm und trocken gehalten werden. Zur Behandlung gehört die mechanische Abtragung von bestehenden Hyperkeratosen, oft in Kombination mit einer Kryotherapie oder mit dem Einsatz eines Lasers.

Kombination aus Salicylsäure und 5-Fluorouracil aufgetragen werden. Bei einer Behandlung mit 5-Fluorouracil sollte 4 Wochen vorher nicht mit Brivudin oder Sorivudin therapiert worden sein. Die Lösung sollte 2–3x tgl. nur direkt auf die Warze mit einer maximalen Fläche von 25cm² aufgetragen werden. Die umgebende gesunde Haut sollte nicht mit behandelt und deshalb ggf. mit einer Salbe abgedeckt werden. Vor dem erneuten Auftragen der Lösung können gegebenenfalls Restbestände der alten, angetrockneten Lösung entfernt werden.

Weitere Behandlungsoptionen sind:

- Monochloressigsäure. Auch hier sollte die umgebende gesunde Haut mit einer Pflegecreme oder Paste abgedeckt werden. Aufgrund der stark ätzenden Wirkung sollte das Auftragen nur 1x pro Woche erfolgen.



► **Abb. 6** Verrucae plantares.

- Ameisensäure. Genau wie Monochloressigsäure kann die Lösung stark ätzen und sollte nach Schutz der umgebenden Haut vorsichtig 1x pro Woche aufgetragen werden.
- salicylsäurehaltiges Pflaster bei stark verhornten Verrucae. Die Stelle ist vorher gründlich zu waschen und zu trocknen, damit das Salicylsäurepflaster und ggf. ein Fixierpflaster besser halten. Nach 2 Tagen kann das Pflaster erneuert werden. Oft sind 5–15 Behandlungen notwendig.

Merke

Es ist von Vorteil, wenn die Patienten gleich zu Beginn auf die virale Ursache der Verrucae hingewiesen werden und betont wird, dass etwas Geduld und Disziplin in der Therapie notwendig sind.

Pityriasis versicolor

Die Pityriasis versicolor ist eine häufige Hauterkrankung, die durch die Vermehrung des Hefepilzes *Malassezia furfur* verursacht wird. Risiko hierfür ist zum Beispiel feuchtwarmes Wetter und Schwitzen. Die Erkrankung äußert sich durch kleine, runde Flecken auf der Haut, die oft unterschiedliche Farben haben können, von weiß über braun bis hin zu rotbraun (► **Abb. 7**). Diese treten in der Regel an den talgdrüsenreichen Arealen von Brust und Rücken auf. Juckreiz besteht in der Regel nicht. Die Erkrankung ist nicht ansteckend.

Diagnostisch ist die Pityriasis versicolor anhand ihres charakteristischen Aussehens erkennbar. Streicht man mit einem Holzspatel über die Flecken, ist eine kleieförmige Schuppung zu sehen. Wenn man die von den Läsionen abgetragenen Hautschuppen unter dem Mikroskop anschaut, imponieren die Pilzelemente als hau-



► **Abb. 7** Pityriasis versicolor

fenweise zusammengelagerte, traubenförmige Kugeln. Alternativ kann man Tesafilm auf die Haut aufkleben und den Streifen abziehen. Das Präparat wird mit Methylenblau gefärbt und unter dem Mikroskop betrachtet.

Die Therapie umfasst die Anwendung von Antimykotika für 1–2 Wochen, in der Regel topisch in Form von Cremes, Lösungen und Shampoos. Zur Anwendung kommen zum Beispiel Clotrimazol, Miconazol, Ketokonazol, Bifonazol oder Ciclopiroxolamin. Alternativ kann auch Econazol Lösung abends für 3 Tage nach dem Duschen über Nacht aufgetragen und am nächsten Morgen abgespült werden. Selten wird eine orale Behandlung in Form von Tabletten durchgeführt: Dann kommt z. B. Itraconazol 100 mg 2x tgl. für eine Woche in Frage. Die Medikamente helfen, den Hefepilz zu reduzieren und die Symptome zu lindern. Oft kommt es nach der Behandlung jedoch zu einem Rezidiv. Um dem vorzubeugen, kann die Verwendung von Antimykotika-Shampoos 1–2x pro Woche hilfreich sein.

Impetigo contagiosa

Impetigo contagiosa ist eine hochansteckende bakterielle Hautinfektion, die vor allem bei Kindern auftritt. Sie wird durch Streptokokken oder Staphylokokken verursacht. Klinisch zeigen sich gelbliche Blasen oder Pusteln, die schnell aufplatzen. Die Läsionen bilden dann oft Krusten mit einem charakteristischen goldenen Honigfarbton. Die Infektion tritt häufig im Gesicht, an den Händen oder an anderen Hautfalten auf, kann aber am ganzen Körper in Erscheinung treten. Axillär und in den Leisten fehlt die honiggelbe Kruste aufgrund von Reibung oft. Die Diagnose erfolgt durch das klinische Bild (► **Abb. 8**). In einigen Fällen kann eine frühzeitige Kultur durch einen Abstrich sinnvoll sein, um den Erreger zu



► **Abb. 8** Impetigo contagiosa.

identifizieren und eventuell auch eine Tinea auszuschließen.

Die lokale Behandlung beinhaltet die Therapie der betroffenen Hautpartien mit einem Antiseptikum. Hier kommen z. B. Octenidindihydrochlorid, Povidon-Iod und Chlorhexidin in Frage. Eine topische Antibiotikatherapie sollte aufgrund möglicher Resistenzbildung nur zurückhaltend in Betracht gezogen werden [8] – hier käme vor allem Fucidinsäure in Frage. Die gleiche Zurückhaltung gilt für die lokale Anwendung von Mupirocin [9]: Diese Substanz wird vor allem zur Eradikation von MRSA-Trägern empfohlen.

Merke

Sollte eine lokale Behandlung der Impetigo nicht ausreichen, kann eine systemische Antibiotikatherapie erwogen werden. Topische Antibiotika sollten aufgrund möglicher Resistenzen sehr zurückhaltend bei der Therapie der Impetigo contagiosa angewendet werden.

Um die Ausbreitung der Infektion zu verhindern, sind eine gute persönliche Hygiene und weitere Maßnahmen entscheidend, wie z. B.

- nicht an den Läsionen kratzen,
- regelmäßiges Waschen und Desinfizieren der Hände sowie

- tägliches Waschen der Kleidung und Handtücher, möglichst bei 60 Grad.
- Bei Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten ist die Erkrankung meldepflichtig. Betroffene Patienten sollten zu Hause bleiben, bis die Infektion abgeklungen ist, um die Ausbreitung der Infektion zu verhindern.

Skabies

Als Skabies oder auch Krätze wird die Infektion der Haut mit *Sarcoptes scabiei varietio* bezeichnet. Die Erkrankung ist ansteckend und wird durch Körperkontakt übertragen. Der Parasit lebt im Stratum corneum oder maximal im Stratum spinosum der Haut. Die weiblichen Milben erreichen eine Größe bis 0,5 mm und sind gerade noch so als Punkt erkennbar. Bei Raumtemperatur von 21 Grad sind die Milben außerhalb des Wirts noch ca. 2 Tage infektiös. Klinisch sieht man kommaförmig gewundene Gänge, an deren Ende man mit einem Auflichtmikroskop die Milbe in der Regel gut erkennen kann. Durch die induzierte Immunantwort des Menschen treten am Körper nach 2–5 Wochen zusätzlich milbenfreie Ekzemreaktionen bei Erstinfektion auf. Es besteht ein ausgeprägter Juckreiz vor allem nachts.

Permethrin

Zur topischen Behandlung der Skabies kommt in der Regel Permethrin zum Einsatz. Es ist skabizid und ovozid, daher reicht bei genauer Anwendung eine einmalige Therapie. Die Creme sollte bei gewöhnlicher Skabies 8–12 Stunden auf der Haut belassen und danach abgeduscht werden. Es sollte das gesamte Integument vom Unterkiefer abwärts eingecremt werden. Bei >60-Jährigen, Kindern <3 Jahren, Immunsupprimierten und bei Scabies crustosa sollte der Kopf mit Ausnahme von Mund- und Augenregion mitbehandelt werden.

Crotamiton

Auch Crotamiton kann lokal für die Krätze zur Anwendung kommen, indem es nach gründlichem Duschen an 3–5 aufeinander folgenden Tagen am Integument aufgetragen wird.

Benzoylbenzoat

Eine alternative lokale Therapie besteht mit Benzoylbenzoat. Für Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr gibt es im Handel eine Creme mit einer Konzentration von 10%, für Kinder ab dem Alter von 12 Jahren eine Emulsion mit 25%. Die Behandlung wird an 3 aufeinander folgenden Tagen durchgeführt und am 4. Tag abgewaschen.

HINWEIS FÜR DIE PRAXIS

Aufgrund der Immunantwort des Körpers kann es notwendig sein, nach der Skabies-Behandlung eine aufgetretene Ekzemreaktion zu behandeln. Hierfür kann zum Beispiel über mehrere Tage eine Kortisoncreme der Wirkstoffklasse II–III Verwendung finden. Pflegende Cremes können nach der Therapie bei Hauttrockenheit sinnvoll sein.

Wenn sich 2 Wochen nach der Krätzebehandlung neue Gänge zeigen, sollte erneut behandelt werden. Bei der ausgeprägten Form der Scabies crustosa, bei Immunsupprimierten, Ausbrüchen in Einrichtungen mit zahlreichen Betroffenen, Befall der Hand- oder Fußinnenflächen oder bei Hautläsionen an mindestens 5 verschiedenen Arealen sollte generell eine erneute Behandlung nach 7–15 Tagen erfolgen. Eine Kontrolle des Integuments auf neue Läsionen sollte 2 und 6 Wochen nach der Behandlung erfolgen [10].

Neben der Behandlung sind weitere Hygienemaßnahmen sehr wichtig:

- Handtücher, Bettwäsche und Kleidung sollten möglichst bei 50 Grad für mindestens 10 Minuten gewaschen werden.
- Empfindliche Wäschestücke können in einen Plastiksack und für mindestens 72 Stunden bei mindestens 21 Grad gelagert werden.
- Die Betten sollten nach der Therapie frisch bezogen werden.
- Polstermöbel können mit dem Staubsauger gereinigt oder 2 Tage nicht benutzt werden.

Merke

Nach Abschluss der lokalen Behandlung können gesunde Kinder wieder zur Schule oder in den Kindergarten und gesunde Erwachsene wieder zur Arbeit. Dies gilt nicht für die Scabies crustosa.

KERNAUSSAGEN

- Hauterkrankungen sind in der Hausarztpraxis ein häufiger Beratungsanlass. Oft reicht die Blickdiagnose aus, um eine adäquate topische Therapie einzuleiten.
- Vor dem Rezeptieren jeglicher Externa sollte der entsprechende Beipackzettel des Medikaments mit Indikation, Anwendung, Wechselwirkung und Nebenwirkungen bekannt sein.
- In der Dermatologie spielt die Galenik der Topika eine große Rolle. Behandelnde sollten die Anwendungsbereiche für Cremes, Emulsionen, Salben, Flüssigkeiten etc. kennen und korrekt dem Krankheitsbild zuordnen können.
- Die Anwendungsdauer von Kortison-Präparaten ist abhängig von der Hauterkrankung, der Wirkstärke und der Hautlokalisation. So sollte in Bereichen mit dünner Haut wie genital oder an den Augenlidern nur kurz und mit Klasse I–II behandelt werden, an den Handinnenflächen mit Klasse III–IV.
- Vor einer Pilzbehandlung sollte im Idealfall ein Erregernachweis erfolgen, um Fehltherapien zu vermeiden. Die Dauer der lokalen antimykotischen Behandlung richtet sich nach dem Erkrankungsbild und dem gewählten Präparat.
- Bei der oralen Therapie von Hautkrankheiten sollte auf Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten geachtet werden.
- Leiter*innen von Gemeinschaftseinrichtungen müssen gemäß §34 Absatz 6 IfSG das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich benachrichtigen, dass Personen an Impetigo contagiosa erkrankt sind.

Interessenkonflikt**Erklärung zu finanziellen Interessen**

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Dr. med. Benjamin Durani

Facharzt für Dermatologie. Medizinstudium an der Universität Kiel, Studienaufenthalte in Kanada, USA und England. Facharzt Ausbildung an der Universität Heidelberg. Leiter des Haut- und Laserzentrums Heidelberg mit zwei Standorten. Mitglied des Berufsverbandes

Deutscher Dermatologen und der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie. Dozent an der Internationalen Studien- und Berufsakademie Heidelberg.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Benjamin Durani

Haut- und Laserzentrum Heidelberg
Grüne Meile 56
69115 Heidelberg
b.durani@durani.eu

IHF-Zertifizierung

Dieser Artikel wurde gemäß den Kriterien des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF) e.V. zertifiziert.

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Benjamin Durani, Heidelberg.

Literaturverzeichnis

- [1] Wohlrab J, Staubach P, Augustin M et al. S2k-Leitlinie zum Gebrauch von Präparationen zur lokalen Anwendung auf der Haut (Topika). J Dtsch Dermatol Ges 2018; 16: 376–392 doi:10.1111/ddg.13473_g
- [2] Haneke E. Long-term treatment with 6-alpha methylprednisolone aceponate. J Eur Acad Dermatol Venereol 1994; 3: S19–S22 doi:10.1111/j.1468-3083.1994.tb01059.x
- [3] Ruzicka T, Zaumseil RP. Wirksamkeit und Verträglichkeit von Methylprednisolonaceponat (Advantan) in der Behandlung ekzematöser Erkrankungen im Gesicht. Z Hautkrankh 2002; 77: 185–189
- [4] Fritsch P. Clinical experience with methylprednisolon aceponate in eczema. J Dermatol Treat 1992; 3: 17–19
- [5] Lecha M, Effendy I, Feuilhade de Chauvin M et al. Treatment options-development of consensus guidelines. J Eur Acad Dermatol Venereol 2005; 19: 25–33
- [6] Mayer P, Nenoff P, Reinell D et al. S1-Leitlinie: Tinea capitis. J Dtsch Dermatol Ges 2020; 18: 161–180
- [7] Lachapelle JM, Castel O, Fueyo Casado A. Antiseptics in the era of bacterial Resistance: a focus povidone iodine. Future Med 2013; 10: 579–592
- [8] Deplano A, Hallin M, Sierra NB et al. Persistence of the Staphylococcus aureus epidemic European fusidic acid-resistant impetigo clone (EEFIC) in Belgium. J Antimicrob Chemother 2023; 78: 2061–2065
- [9] Dadashi M, Hajikhani B, Darban-Sarokhalil D et al. Mupirocin resistance in Staphylococcus aureus: A systemic review and meta-Analysis. J Glob Antimicrob Resist 2020; 20: 38–247
- [10] Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R et al. S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Skabies- Kurzfassung. J Dtsch Dermatol Ges 2016; 11: 1160–1171 doi:10.1111/ddg.13130_g

Bibliografie

Allgemeinmedizin up2date 2024; 5: 261–274
DOI 10.1055/a-2268-8623
ISSN 2699-8696
 © 2024. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://eref.thieme.de/CXN9AVJ> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512024165725506



Frage 1

Zu welcher Wirkstoffklasse gehört Prednicarbat 0,25% Creme?

- A Wirkstoffklasse 1
- B Wirkstoffklasse 2
- C Wirkstoffklasse 3
- D Wirkstoffklasse 4
- E Wirkstoffklasse 5

Frage 2

Wie lange reichen 25 g Creme für eine 1x tgl. Behandlung des gesamten Gesichts?

- A 7 Tage
- B 14 Tage
- C 20 Tage
- D 30 Tage
- E 60 Tage

Frage 3

Wann sollte eine zusätzliche orale antimykotische Therapie bei Onychomykose frühzeitig in Erwägung gezogen werden?

- A bei 10% Befall der Fläche eines Nagels
- B bei 20% Befall der Fläche eines Nagels
- C überhaupt nicht, da die Nebenwirkungen zu schwer sind
- D bei Befall von 2 Nägeln
- E bei Befall von 4 Nägeln

Frage 4

Wie lange sollte bei Tinea pedis mit einem lokalen Antimykotikum behandelt werden?

- A 1 Woche
- B 2 Wochen
- C 4 Wochen
- D 3–4 Wochen über die klinische Heilung hinaus
- E 1 Woche über die klinische Heilung hinaus

Frage 5

Welche Aussage stimmt nicht?

- A Benzoylperoxid entfärbt oft die Wäsche.
- B Sinnvoll ist es, während der Behandlung mit Benzoylperoxid ein helles/weißes Handtuch zu benutzen.
- C Bei einer Benzoylperoxid Therapie kann die Haut stark austrocknen.
- D Benzoylperoxid wird in der Regel 3x tgl. aufgetragen.
- E Benzoylperoxid ist ein günstiges Mittel zur Behandlung der Akne.

Frage 6

Welche Aussage zur Rosazea-Therapie ist richtig?

- A Metronidazol Creme ist bei der Rosazea nicht als Therapie geeignet.
- B Eine Rosazea kann immer erfolgreich mit einer lokalen Behandlung therapiert werden.
- C Ivermectin wird in der Regel 2x tgl. aufgetragen.
- D Brimonidin hilft gut gegen Pusteln bei der Rosazea.
- E Azelainsäure kann die Haut in den ersten Tagen nach dem Auftragen etwas irritieren.

Frage 7

Welche Aussage zu Calcineurin-Inhibitoren ist richtig?

- A Calcineurin-Inhibitoren sind zugelassen für die Psoriasis.
- B Calcineurin-Inhibitoren wirken gut bei bakteriellen Infektionen.
- C Pimecrolimus Creme gibt es in einer Dosierung 0,03% und 0,1%.
- D acrolimus 0,1% Salbe ist zugelassen ab dem 6. Lebensmonat.
- E Pimecrolimus Creme ist zugelassen ab dem 3. Lebensmonat.

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 8

Welche Aussage zur Psoriasis ist richtig?

- A Psoriasis sollte austrocknend behandelt werden.
- B Kortison Creme soll bei der Psoriasis für 6 Monate 2x tgl. angewendet werden.
- C Psoriasis ist eine genetische Erkrankung.
- D Bei ausgeprägten Kalziumstoffwechsel-Störungen darf Calcipotriol nur 1x tgl. angewendet werden.
- E Es sollten maximal 300g Calcipotriol pro Woche angewendet werden.

Frage 9

Welche Aussage zur Therapie von Verrucae ist *nicht* richtig?

- A Ameisensäure kann für die Behandlung von Verrucae verwendet werden.
- B 5-Fluorouracil darf bei einer Brivudin-Therapie appliziert werden.
- C Verrucae werden durch Humane Papillomviren verursacht
- D Die Behandlung von Verrucae erfordert häufig Geduld.
- E Bei starken Säuren sollte die umgebende Haut der Verrucae geschützt werden.

Frage 10

Welche Aussage ist *falsch*?

- A Die Anwendung von Methylprednisolonaceponat 0,1% Creme ist 1x tgl. so effektiv wie 2x tgl.
- B Die Dauer der Behandlung mit Kortison Cremes sollte abhängig gemacht werden von der Lokalisation der Erkrankung und der Wirkstärke des Kortisons.
- C An den Handinnenflächen sollte eher mit Kortison Creme Klasse III–IV behandelt werden.
- D In Bereichen mit dünner Haut (z. B. genital oder an den Augenlidern) sollte nur kurz und mit Kortison Creme der Klasse I–II behandelt werden.
- E Kortison Creme führt auch bei langfristiger Anwendung nicht zu einer Hautverdünnung.

PRAXISNAH

Ihr Podcast für die Allgemeinmedizin

Sie haben Fragen, insbesondere zu den Inhalten der CME-Artikel in dieser Ausgabe? Gerne geben wir Ihre Fragen an den Podcast-Herausgeber Dr. Falk Stirkat weiter, damit er sie im Podcast diskutieren kann.

Schreiben Sie uns hierzu per Mail an allgemeinmedizin-u2d@thieme.de

