

Entzündliche periokuläre Dermatitiden – Klinisches Spektrum, Ätiologie und Therapie

Dietrich Abeck, Larissa Tetsch

Die häufigste Ursache für Juckreiz und Ausschlag am Augenlid sind allergische Kontaktekzeme. Daneben können sich verschiedene chronisch-entzündliche Hautkrankheiten im periokulären Bereich manifestieren. Dieser Beitrag stellt die häufigsten davon vor.

Periokuläre kutane Entzündungen beeinträchtigen die Betroffenen aufgrund ihrer Sichtbarkeit erheblich und sind häufige Gründe für einen Arztbesuch [1-3]. Die Augenlider schützen das empfindliche Auge vor äußeren Einflüssen wie Fremdstoffen, Krankheitserregern und Sonnenlicht und halten es feucht. Aus verschiedenen Gründen sind sie prädestiniert für entzündliche Erkrankungen: Zum einen ist die periokuläre Haut mit einer Dicke von nur 0,05 mm ausgesprochen dünn und neigt dadurch zu Trockenheit. Zum anderen sind die Augenlider stark durchblutet, wodurch die Aufnahme von Allergenen erleichtert wird [3]. Tatsächlich sind allergische Kontaktekzeme die häufigste Ursache für Dermatitiden der Augenlider [4].

Risikofaktoren sind ein höheres Lebensalter ab 40 Jahren und eine atopische Hautdiathese. Frauen sind außerdem häufiger betroffen, vermutlich weil sie mehr Pflegepräparate und Kosmetika mit potenziell allergenen Inhaltsstoffen anwenden als Männer. Doch auch verschiedene Hautkrankheiten können sich allein oder als Teilsymptom einer Hauterkrankung an den Augenlidern manifestieren. Der vorliegende Beitrag fasst die häufigsten Hautkrankheiten, die sich im periokulären Bereich manifestieren können, ihre Ursachen, Symptome und Therapieoptionen zusammen.

Eine gründliche, täglich ein- bis zweimal durchgeführte Augenlidhygiene kann vielen Erkrankungen der periokulären Haut vorbeugen, ihre Symptome mildern oder die medikamentöse Therapie unterstützen (**Infokasten**) [1]. Dazu gehören eine regelmäßige Reinigung der Augenlider sowie nach Bedarf kalte oder warme Kompressen und sanfte Massagen. Für die Reinigung der Augenlider sollten ausschließlich Pflegeprodukte verwendet werden, die für diesen empfindlichen Hautbereich ausgewiesen sind. Auf Substanzen, die im Verdacht stehen, Allergien auszulösen oder die Haut zu reizen wie Duftstoffe, Wollwachs (Lanolin) und PEG-Emulgatoren sollte unbedingt verzichtet werden. Dasselbe gilt für okkludierende Cremes und Salben mit Mineral-

ölen und Silikonen.

Durch eine sanfte Reinigung, die Verschmutzungen, Mikroorganismen und ölige Rückstände von den Lidern und dem Wimpernbereich entfernt, lässt sich das Risiko für Entzündungen des Lidrandes (Blepharitis) deutlich reduzieren. So hat eine Studie gezeigt [5], dass eine Kombination aus Wärme, Massagen und der Verwendung von Augenliddüchern die Bakterienlast im periokulären Bereich wirksam reduzieren kann.

Im Anschluss an die Reinigung sollten die Augenlider mit Feuchtigkeit versorgt werden, um ein Austrocknen der Haut zu verhindern. Entsprechende Pflegeprodukte sollten wie die Reinigungsprodukte frei sein von potenziell allergenen oder reizenden Zusätzen. Da die Augenlider ein sehr hohes Risiko für die Entwicklung von Hautkrebs aufweisen [6], sollten für den Augenbereich geeignete Sonnenschutzprodukte verwendet werden. Sonnenbrillen mit UV-Schutz sowie Sonnenhüte schützen ebenfalls nicht nur die Augen, sondern auch die Augenlider. Warme Kompressen verbessern den Tränenfluss und die Aktivität der Meibomdrüsen. Die Wärme fördert außerdem die Durchblutung, so dass sich Komponenten des Immunsystems und eventuell applizierte Antibiotika besser im Gewebe verteilen. Unterstützend können die Augenlider sanft massiert werden.

Pflege der periokulären Region

- Hydratisierende Hautpflege auftragen – zu fettreiche Cremes und Salben können tagsüber zu einer reduzierten Compliance führen.
- Pflegeprodukte sollten frei sein von Duftstoffen, Silikonen, Mineralölen und Wollwachs (Lanolin).
- Es empfiehlt sich eine Pflege, die nicht im Auge brennt und keine kriechenden Öle enthält.

Kontaktdermatitis – Auslöser und Symptome

An den Augenlidern ist eine Kontaktdermatitis am häufigsten ursächlich für Juckreiz [4]. Dabei kann es sich um eine allergische oder eine irritative Kontaktdermatitis handeln, wobei die allergisch bedingte zahlenmäßig häufiger ist. So zitieren Feser et al. [7] eine Studie, nach der über die Hälfte der Patienten mit periokulärem Ekzem von einer allergischen Kontaktdermatitis betroffen ist. Das allergische Kontaktekzem stellt eine Typ-IV-Hypersensibilisierungsreaktion dar [3]. Häufige Allergene sind Duftstoffe aus Kosmetikprodukten, aber auch topische Antibiotika und Metalle wie Gold und Nickel. Die höchste Prävalenz sowohl in

eingesetzt wird. Weitere relevante Auslöser periokulärer Ekzeme sind die heute nur noch selten in Arzneimitteln und Pflegeprodukten verwendeten Konservierungsstoffe Thiomersal und Phenylquecksilberacetat. Auch im Rahmen der ophthalmologischen Diagnostik und Therapie eingesetzte Wirkstoffe sind bekannte Auslöser von Kontaktallergien. Neben Atropin und Phenylephrin zählen hierzu auch die Aminoglykosidantibiotika Gentamycin, Neomycin und Tobramycin sowie die zur Glaukombehandlung eingesetzten Wirkstoffe Timolol, Brinolamid und Dorzolamid.

Als Auslöser einer aerogenen allergischen Kontaktdermatitis kommen Bestandteile von Raum-

taktekzeme ähnlich. Für ein irritatives Geschehen ist allerdings eine schnell aufflammende Entzündung typisch, die ebenso schnell wieder abklingt. Man spricht hier auch von einem Decrescendo-Verlauf [3]. Die Beschwerden werden beim irritativen Kontaktekzem häufig weniger als Juckreiz denn als ein Brennen oder Stechen beschrieben. Beim allergischen Kontaktekzem sind sensibilisierte T-Zellen für die Auslösung und die charakteristischen Symptome verantwortlich. Dagegen entstehen irritative Ekzeme durch direkte Zellschäden als Reaktion auf eine Entzündung, die durch ein Irritans ausgelöst wird [3].

Kontaktdermatitis – Diagnose und Therapie

Zur Diagnose des allergischen Kontaktekzems tragen eine Expositionsanamnese und -karenz bei. Weiterhin ist die Ermittlung des Allergens durch eine Epikutantestung bzw. bei Auslösung durch Aeroallergene durch eine Pricktestung wegweisend. Erste diagnostische Hinweise kann auch das Muster der betroffenen Hautbereiche liefern [3]. So sind bei allergischen Kontaktekzemen typischerweise Ober- und Unterlid betroffen (Abbildung 1). Finden sich die Ekzeme an beiden Augen, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Allergene mit einem Kosmetik- oder Pflegeprodukt direkt auf die Lider aufgetragen wurden. Eine ektopische Übertragung über die Hände äußert sich dagegen oft nur an einem Auge. Sind vor allem das Unterlid und die Wangen betroffen, lassen sich die Allergene meist auf heruntertropfende Augentropfen zurückführen (Abbildung 1). Im Vergleich zum irritativen Kontaktekzem, das sich deutlich häufiger an den Händen als im Gesicht ausbildet [8], breitet sich das allergische Kontaktekzem eher auch auf Hals und Kopf aus.

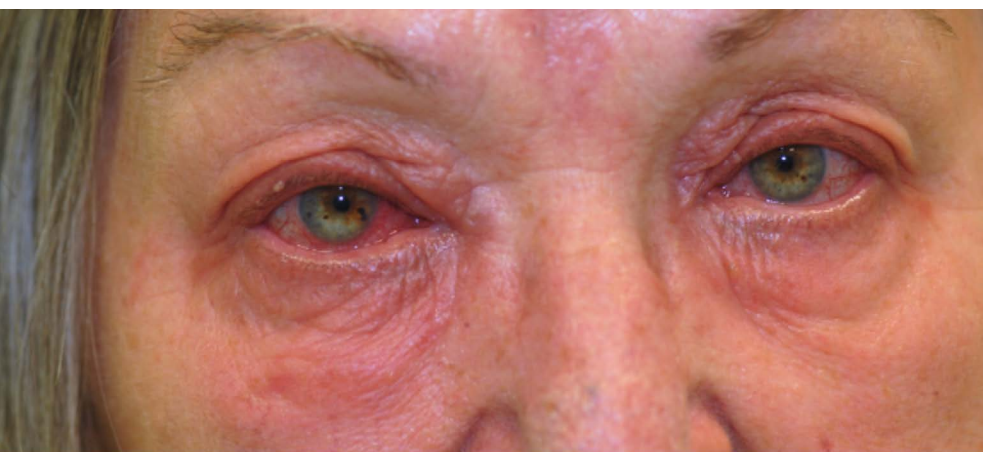


Abb. 1: Allergisches Kontaktekzem. Flächige Erytheme im Bereich der Unterlider mit deutlicher Schwellung der Oberlider und konjunktivaler Beteiligung. In der Epikutantestung ergab sich eine positive Reaktion auf den in den verwendeten Augentropfen enthaltenen Beta-Adrenozeptor-Antagonisten Timolol.
Alle Fotos: D. Abeck

der Allgemeinbevölkerung als auch beim periokulären Ekzem hat die Typ-IV-Sensibilisierung auf Nickel(II)sulfat [8]. Nickel kommt in vielen Kosmetik- und Pflegeprodukten wie Mascara, Make-up, Lidschatten, Kontaktlinsenreiniger und Kajalstift als Verunreinigung vor und wird deshalb nicht als Inhaltsstoff deklariert. Weiterhin ein hohes allergisches Potenzial weist das Naturstoffgemisch Perubalsam auf, das aus über 200 Komponenten besteht und in der Duft- und Aromastoffindustrie

beduftern, Konservierungsmittel in Dispersionsfarbe, Nagellack und Klebstoffe in Frage. Ebenfalls über die Luft übertragen werden potenziell allergene Proteine aus Pflanzen (Pollen) und Tieren (Hausstaubmilben). Irritative Kontaktekzeme im periokulären Bereich lassen sich meist auf den Kontakt mit Stäuben und Dämpfen zurückführen.

Die klinischen Symptome wie Schwellungen oder Rötungen sind für allergische und irritative Kon-



Abb. 2: Allergisches Kontaktekzem. Flächiges Erythem im Bereich der Ober- und Unterlider. In der Epikutantestung ergab sich eine positive Reaktion auf Cocami-dopropyl-Betain, ein Inhaltsstoff im verwendeten Shampoo.

Auf der anderen Seite besteht die Möglichkeit, dass sich Allergene, die im Gesicht oder auf der Kopfhaut aufgetragen werden wie etwa Haarshampoo, selektiv nur an den Augenlidern auswirken, da dort die Haut am anfälligsten ist (Abbildung 2) [9].

Durch aerogene Allergene verursachte Erytheme im Gesicht lassen sich schwer von den Symptomen einer fotoallergischen Kontaktdermatitis abgrenzen. Bei letzterer ist aber klassischerweise die Nase betroffen, während die Augenlider ausgespart bleiben. Chronisch-entzündliche Hautkrankheiten wie atopische und seborrhoische Dermatitis, Rosacea und Psoriasis zeigen in der Regel weitere typische Hautläsionen an erkrankungstypischen Prädispositionsstellen, die bei der Diagnosestellung helfen.

Bei Verdacht auf ein allergenes oder irritatives Kontaktekzem sollten im ersten Schritt alle im Verdacht stehenden Pflege- und Kosmetikprodukte konsequent weggelassen werden. Kalte Kompressen können Erleichterung verschaffen, Kratzen oder Rubbeln sollte unbedingt vermieden werden. Kortikosteroide sollten aufgrund ihrer atrophisierenden Wir-

kung und dem erhöhten Risiko für die Präzipitation eines Glaukoms am Auge möglichst vermieden werden [3]. Topische Calcineurin-Inhibitoren sind für die Behandlung entzündlicher Liderkrankungen die Therapeutika der ersten Wahl. Ihre Zulassung ist bisher auf die Behandlung der atopischen Dermatitis begrenzt, so dass eine Behandlung anderer Erkrankungen strenggenommen offlabel erfolgt [8].

Die beiden zur Verfügung stehenden Calcineurin-Inhibitoren sind Pimecrolimus, das in einer Cremeformulierung auf dem Markt ist und in seiner Wirkstärke einem Klasse-1-Kortison entspricht, sowie Tacrolimus, das in einer Salbenformulierung erhältlich ist und in seiner Wirkstärke einem Klasse-2-Kortison entspricht. Im Gegensatz zu den modernen Glukokortikoiden werden beide Produkte zweimal täglich aufgetragen. Der Vorteil der topischen Calcineurin-Inhibitoren ist ihr fehlendes atrophogones Potenzial, da im Gegensatz zu den Kortikoiden keine Interaktion mit den Fibroblasten stattfindet. Reicht die anti-entzündliche Wirksamkeit der Calcineurin-Inhibitoren nicht aus, können kurzzeitig niedrig potente topische Glukokor-

tikoide mit günstigem therapeutischem Index wie Methylprednisolonaceponat, Prednicarbat und Mometasonfuorat eingesetzt werden [8]. Eine aktuell noch nicht verfügbare Alternative werden topische Januskinase-Inhibitoren sein wie z. B. eine Ruxolitinib enthaltende Cremeformulierung (in Deutschland zurzeit lediglich für die Behandlung der Vitiligo zugelassen). Diese Substanzklasse entfaltet ihre antiinflammatorische Wirkung schneller und stärker als Calcineurin-Inhibitoren oder topische Glukokortikoide. Unterstützend mit nur sehr geringer Entzündungshemmung wirken auch Gesichtsmasken mit weicher Zinkpaste sowie adstringierende Schwarzteumschläge.

Atopische Dermatitis

Die atopische Dermatitis ist eine schubweise auftretende, chronisch-entzündliche Hautkrankheit, die mit extrem trockener Haut und starkem Juckreiz einhergeht [10]. Sie entsteht aus einem Zusammenspiel eines Defekts der Hautbarriere und eines überaktiven Immunsystems, das verstärkt auf an sich harmlose Umweltallergene reagiert. Damit gehört die atopische Dermatitis zum atopischen Formenkreis von Krankheiten, die durch die Bereitschaft gekennzeichnet sind, auf den Kontakt mit künstlichen oder natürlichen Umweltstoffen über die Atemwege, den Magen-Darm-Trakt oder die Haut mit einer erhöhten Bildung von Immunglobulin E zu reagieren. Betroffene haben dementsprechend ein erhöhtes Risiko für weitere atopische Erkrankungen, insbesondere allergisches Asthma bronchiale oder die allergische Rhinokonjunktivitis, die gemeinsam mit der atopischen Dermatitis den Krankheitskomplex der „atopischen Trias“ bilden. Zusätzlich zeigen Betroffene häufig eine Proteinkontaktsensibilisierung gegen pflanzliche und tierische Eiweiße.

Durch die defekte Hautbarriere gelangen die Allergene in tiefere Hautschichten, wo sie Entzündungen anfeuern. Gleichzeitig verliert die geschädigte Haut Feuchtigkeit über die Epidermis, woraufhin in der ausgetrockneten Haut kleine Risse entstehen, die ebenfalls zur Entzündung neigen.

Die am häufigsten von der atopischen Dermatitis betroffenen Körperstellen sind Gesicht, Kopfhaut und Hände sowie Armbeugen und Kniekehlen. Zudem stellt auch die periokuläre Region eine weitere Prädispositionsstelle dar, die häufig mit Aeroallergenen in Kontakt kommt. Schätzungsweise entwickeln mehr als zehn Prozent der Patienten mit atopischer Dermatitis Symptome am Augenlid [2]. Die Symptome

können denen einer Kontaktdermatitis sehr ähnlich sein. Neben Schwellungen und Rötungen treten möglicherweise Schuppenbildung und kleine Risse (Dennie-Morgan-Linien) auf (Abbildungen 3 und 4) [3]. Auch Hyperpigmentierung und ein Ausdünnen oder Verschwinden des lateralen Drittels der Braue kann beobachtet werden (Hertoghe-Zeichen). Chronisches Kratzen begünstigt die Lichenifizierung. Für die eindeutige Diagnose sind neben einer sorgfältigen (Familien-)Anamnese die Ergebnisse der Epikutantestung entscheidend. Erschwert wird die Diagnose dadurch, dass sich Kontaktdermatitis und atopische Dermatitis aufgrund der atopischen Hautdiathese der Patienten überlagern können [3].

Patienten mit atopischer Dermatitis der periokulären Region sollten zur Reinigung und Pflege der Augenlider nur hypoallergene Produkte ohne Duftstoffe, PEG-Emulgatoren und Wollwachs (Lanolin) verwenden. Neben niedrig-potenten Kortikosteroiden und topischen Calcineurin-Inhibitoren können neue topische Phosphodiesterase-Hemmer (Roflumilast), Januskinase-Inhibitoren (Ruxolitinib) und der Aryl-Hydrocarbonrezeptor-modulierende Wirkstoff Tapinarof zum Einsatz kommen [2]. Wie bereits erwähnt, sollten Steroide dagegen am Auge höchstens kurzzeitig verwendet werden.

Seborrhoische Dermatitis

Die seborrhoische Dermatitis ist ein entzündlicher, chronisch-rezidivierender Hautausschlag, der mit der Bildung von gelblichen, fettigen Schuppen einhergeht [11]. Die Erstmanifestation ist der Kopfgneis bei Neugeborenen. Im Erwachsenenalter sind vor allem Bereiche mit starker Talgproduktion betroffen wie die behaarte Kopfhaut, die Haut um die Ohren und Augen einschließlich der Augenlider und Augenbrauen, die Nase, das Kinn sowie die Brust. Äußere Faktoren wie Kälte und Feuchtigkeit im Winter können die klinischen Symptome verstärken, während es in den Sommermonaten mit vermehrter UV-Exposition zur Besserung kommt. Stress aller Art stellt einen wichtigen Provokationsfaktor dar. Juckreiz kann fehlen oder aber auch stark sein. Das seborrhoische Ekzem entsteht durch ein Zusammenspiel von veränderter Talgproduktion, geschädigter Hautbarriere und dem vermehrten Wachstum von Hautpilzen der Gattung *Malassezia*. Die periokuläre Ausprägung der seborrhoischen Dermatitis ist eine vergleichsweise seltene Ursache für Ekzeme am Augenlid, kann aber z. B. eine Blepharitis verursachen [2].



Abb. 3: Chronische atopische Dermatitis. Flächige, schuppige, unscharf begrenzte Erytheme periokulär und perioral.



Abb. 4: Atopisches Lidexzem. Schuppige, unscharf begrenzte flächige Erytheme im Bereich der Ober- und Unterlider.



Abb. 5: Seborrhoisches Liddezem. Disseminierte, kaum infiltrierte, schuppene, unscharf begrenzte Erytheme perinasal, im Bereich der Augenbrauen und am unteren rechten Lidrand.

Häufig ist davon nur ein Auge betroffen (Abbildung 5). Die Ausprägung an talgreichen Hautpartien ist ein Unterscheidungsmerkmal zur allergenen Kontaktallergie, die talgreiche Hautgebiete tendenziell ausspart [3].

Die Behandlung konzentriert sich darauf, die Entzündung, die Talgproduktion und die Besiedlung mit *Malassezia* zu reduzieren [10]. Dazu werden antimykotikahaltige Shampoos eingesetzt, die bei stärker entzündeter Kopfhaut auch zusätzlich Glukokortikoide enthalten. Gerne werden Azolantimykotika wie Ketoconazol, Clotrimazol, Miconazol oder Sertaconazol verwendet, da diese Substanzklasse neben ihrer antimykotischen Wirkung auf Hefepilze auch über antiinflammatorische Wirkung verfügt. Dies gilt analog auch für den Pyridon-Abkömmling Ciclopirox. Eine Reduktion der Pilzlast auf der Kopfhaut verbessert häufig auch die Symptome im Gesicht. Dort werden die genannten Antimykotika in einer Cremegrundlage verwendet. Reichen Antimykotika nicht aus, kommen antiinflammatorisch die Calcineurin-Inhibitoren Pimecrolimus und Tacrolimus zum Einsatz. Der kurzzeitige Einsatz (zwei bis drei Tage) von Glukokortikoiden der Klasse II-III kann erwogen werden, falls auch die Kombination aus Antimykotika und Calcineurin-Inhibitoren nicht ausreichend anschlägt. Da die seborrhoische Dermatitis eine hohe Rezidivneigung aufweist, kann eine Erhaltungsthe-

rapie mit Tacrolimus eine Option sein [13].

Um die Schuppen und Verkrustungen zu entfernen, sollten die Augenlider beim seborrhoischen Ekzem zweimal täglich mit einem milden Reinigungsmittel gewaschen werden. Kosmetische Produkte mit verschiedenen Zusätzen können ebenfalls die Symptome lindern [11]. So reduziert *Sabal serulata*, ein öliger Auszug aus den Früchten der Sägepalme (*Sere-noa serrulata*) die Talgproduktion, Teebaumöl wirkt antimikrobiell, 18- β -Glycyrrhetinsäure antientzündlich, Inhaltsstoffe der Echten Aloe (*Aloe vera*) hautberuhigend und Hyaluronsäure rückfettend. In schweren Krankheitsfällen kommen systemische Antimykotika und UVB-Fototherapie zum Einsatz.

Rosacea

Die Rosacea ist eine der häufigsten Hautkrankheiten in Deutschland. Sie verläuft chronisch-rezidivierend und manifestiert sich hauptsächlich im mittleren Bereich des Gesichts (Abbildung 6) [14, 15]. Das wichtigste diagnostische Merkmal ist ein zentrofaziales, persistierendes Erythem mit periodischen Exazerbationen und/oder phymatischen Hautveränderungen. Papeln, Pusteln und Teleangiektasien können hinzukommen; Patienten beschreiben oft brennende oder stechende Schmerzen. Überdurchschnittlich häufig betroffen sind Frauen mit hellem Hauttyp.

Als Ursache für die Rosacea wird in erster Linie eine angeborene Störung der Immunantwort vermutet. Eine Rolle spielen außerdem Haarbalgmilben (*Demodex folliculorum*), die bei fast allen Erwachsenen in den Haarfollikeln des Gesichts vorkommen und bei Rosacea-Patienten deutlich höhere Individuenzahlen erreichen. Bei den Provokationsfaktoren steht

die Sonneneinstrahlung an erster Stelle. UV-Strahlung begünstigt Entzündungen und eine Erweiterung der Kapillaren. Auch Wärme und starke Temperaturschwankungen wirken sich ungünstig auf die Hauterscheinungen aus. Daneben können die Verwendung von Kosmetikartikeln sowie das abrupte Beenden einer Steroidtherapie zu einer Verschlimmerung der Symptome führen.

Die meisten Patienten entwickeln früher oder später typische Hautveränderungen auch im Gesicht und auf den Augenlidern, wobei die Augenlidbeteiligung anderen Symptomen sogar vorangehen kann [2]. Dabei können multiple erythematöse Papeln am Augenlid Ausdruck einer periokulären Rosacea sein, insbesondere wenn Pusteln und Teleangiektasien hinzukommen (Abbildung 7) [8]. Eine Korrelation zwischen der Schwere der kutanen Rosacea und der Ophthalmorosacea besteht nicht. Somit können auch brennende



Abb. 6: Rosacea papulopustulosa. Zentrofazial disseminiert stehende Papulopusteln unter Aussparung der Augenregion.



Abb. 7: Periokuläre Rosacea. Ödematöse Schwellung der Ober- und Unterlider mit zahlreichen Papeln und vereinzelt Papulopusteln.

oder stechende Sensationen am Lid ohne sichtbare Hautveränderungen auf eine periokuläre Rosacea hinweisen und sind ophthalmologisch abzuklären. Blepharitis wird ebenfalls häufig als Symptom einer Rosacea beschrieben. Typischerweise fühlt sich das Auge trocken an und es können sich Lichtempfindlichkeit und ein Fremdkörpergefühl einstellen. Zur Therapie gehören Lidhygiene, warme Kompressen und Massagen sowie die Verwendung von künstlichen Tränen, um dem trockenen Auge entgegen zu wirken. Eine gute Lidhygiene reduziert das Wachstum von Bakterien und der Demodex-Milbe [15]. Warme Kompressen verflüssigen das Sekret der Meibomdrüsen. Topische - und wenn nötig systemische - antimikrobielle Wirkstoffe wie Ivermectin, Metronidazol, Azithromycin und Povidon-Jod zielen darauf ab, die Individuenzahl der Demodex-Milbe zu reduzieren. Da die Rosacea mit einer Kontaktallergie koexistieren kann, sollte letztere im Verdachtsfall durch eine Epikutantestung ausgeschlossen werden [8]. Insbesondere Typ-IV-Sensibilisierungen gegen Propolis oder gegen das zur Behandlung der Rosacea häufig eingesetzte topische Antibiotikum Gentamicinsulfat werden öfters beobachtet. Eine echte Augenliddermatitis sollte unbedingt ausgeschlossen werden, weil eine Behandlung mit topischen Steroiden die Beschwerden der Rosacea verschlimmern kann [3].

Psoriasis

Die Schuppenflechte ist eine chronisch-entzündliche Hautkrankheit, die durch scharf umgrenzte, unterschiedlich stark infiltrierte, schuppig-plaqueartige Plaques bevorzugt an Knien und Ellbogen charakterisiert ist [16]. Häufig handelt es sich um eine Multisystemerkrankung, die mit weiteren Beschwerden wie Übergewicht, Diabetes mellitus Typ II, erhöhtem Blutdruck und Fettstoffwechselstörungen, Erkrankung der Gelenke, des Herzens oder der Psyche einhergeht. Die typischen schuppigen Hautveränderungen entstehen durch eine deutlich erhöhte Bildung von Hautzellen. So erneuert sich die Epidermis bei Psoriasis-Patienten innerhalb von nur vier Tagen. Die Grundlagenfor-

schung und die sehr gute Wirksamkeit neuer Therapeutika legen den Schluss nahe, dass eine Aktivierung des angeborenen und erworbenen Immunsystems die Ursache ist. Eine okuläre Manifestation der Schuppenflechte kann im Prinzip jede Struktur des Auges betreffen und von einem asymptomatischen Verlauf bis hin zu Vernarbung und dem Verlust des Augenlichts führen. Klinisch manifestiert sich die Psoriasis am Augenlid mit flächigen, trocken schuppigen Erythemen, die charakteristischerweise häufig sehr scharf zur unbefallenen Haut abgegrenzt sind (Abbildung 8). Dies unterscheidet die Psoriasis von den unscharf abgegrenzten Erythemen der atopischen Dermatitis oder den Kontaktdermatitiden. Häufig finden sich weitere Manifestationen der Psoriasis retroaurikulär (Abbildung 9) oder periumbilikal (Abbildung 10). Juckreiz fehlt häufig, kann jedoch zusammen mit einem brennenden Gefühl und vermehrtem Tränenfluss auftreten.

Eine Blepharitis kann ebenfalls häufig im Zusammenhang mit der Psoriasis beobachtet werden. Sie entsteht vermutlich dadurch, dass



Abb. 8: Psoriasis im Gesicht. Scharf begrenzte, schuppige Erytheme im Bereich der Ober- und Unterlider sowie perinasal. Keine subjektiven Beschwerden.



Abb. 9: Selbe Patientin. Psoriasis-typischer retroaurikulärer Befall mit scharf begrenztem retroaurikulärem schuppendem Erythem und rhagadiformem Einriss.

die übermäßige Vermehrung der Epidermiszellen die Ausführungsgänge der Meibomdrüsen verstopft. Schwerere Komplikationen sind das Ektropium (Auswärtsfaltung des Augenlids), die Trichiasis (Einwachsen der Wimpern), die Madarosis (Verlust der Wimpern), ein Verlust von Lidgewebe und eine Einschränkung der Sehkraft. Eine Blepharitis wird mit warmen Kompressen, Massagen und sanften Waschungen behandelt. Verstopfte Meibomdrüsen können mit topischem Azithromycin (1 %) durchlässig gemacht werden. Die anti-entzündliche Therapie umfasst niedrig-potente Kortikosteroide, topische Calcineurin-Inhibitoren und zukünftig auch topische JAK-Inhibitoren wie Ruxolitinib.

Periokuläre Dermatitis als Variante der perioralen Dermatitis

Die periorale Dermatitis ist eine häufig auftretende Form der Hautentzündung, die in den 1950er Jahren als Erkrankung im Gesichtsbereich junger Frauen beschrieben wurde, die deutlich häufiger erkranken als Männer oder Kinder [17]. In ihrer Erscheinung ähnelt die periorale Dermatitis mit einem Ausbruch aus feinen Eiterbläschen



Abb. 10: Selbe Patientin. Psoriasis-typischer Nabelbefall mit scharf begrenztem schuppendem Erythem periumbilikal.

und Knötchen einer Akne, wobei im Unterschied zur Akne keine Komedonen beobachtet werden. Die Hauterscheinungen treten mehrheitlich perioral auf, wobei typischerweise ein schmaler Rand um das Lippenrot ausgespart bleibt. Hierdurch ist auch die Abgrenzung zum Lippenekzem möglich, bei dem die Hautveränderungen unmittelbar an das Lippenrot angrenzen. Juckreiz fehlt in der Regel. Die wichtigsten Provokationsfaktoren sind zu stark okkludierende Hautpflegeprodukte sowie kortikoidhaltige Präparate (Cremes, Nasen- und Asthasprays, Augentropfen). Bei den Erkrankten besteht häufig eine atopische Diathese. Neben der perioralen Manifestation der Hautveränderungen können letztere in Kombination oder singulär auch perinasal oder periokulär auftreten, weshalb im Englischen das Krankheitsbild präziser auch als „periorificial dermatitis“ bezeichnet wird (**Abbildung 11**).

Bei einer periokulären Dermatitis zeigen sich entzündliche Papeln

vor allem im lateralen Augenwinkel und im Unterlidbereich. Wie bei der perioralen Ausprägung sind Frauen häufiger betroffen, vermutlich weil sie mehr Pflegeprodukte verwenden als Männer. Ursächlich für die Erkrankung ist vermutlich eine wiederholte Irritation durch Pflegeprodukte oder Augentropfen, die letztlich die epitheliale Barrierefunktion schwächt. Infolgedessen trocknet die geschädigte Haut schneller aus, was einen vermehrten Einsatz von Pflegeprodukten bedingt. Darüber hinaus bildet sich in den kleinen Hautfältchen der lateralen Augenwinkel durch akkumulierende Hautpflegeprodukte eine Zone der chronischen Durchfeuchtung aus.

Die Behandlung beinhaltet das sofortige Absetzen von Kortikoidexterna. Eine „Nulltherapie“, d. h. das Absetzen aller Externa, benötigt bis zur Abheilung mehrere Monate, weshalb eine aktive Therapie erfolgen sollte. Metronidazol ist das topische Antibiotikum der Wahl [18]. Alternativ ist der Einsatz von Erythromycin möglich. Da entsprechende Fertigprodukte für die Anwendung im Augenbereich fehlen, ist eine entsprechende Rezeptur unter Verwendung einer Augencreme auf Öl-in-Wasser-Grundlage die Therapie der Wahl. Eine Besserung ist nach zwei bis vier

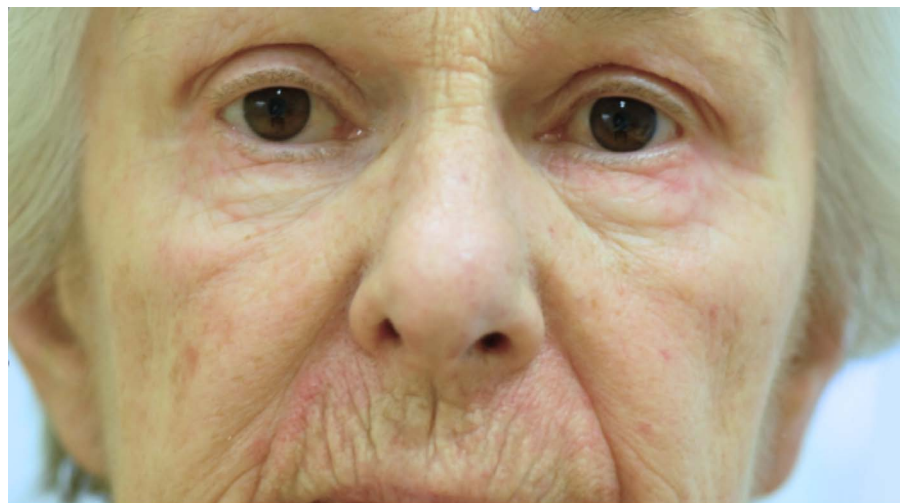


Abb. 11: Periokuläre und periorale Dermatitis. Entzündliche Papeln perinasal und an beiden Unterlidern nach wiederholter Applikation eines topischen Hydrokortisonpräparates. Subjektive Beschwerden bestehen nicht.

Wochen festzustellen; die Abheilung erfordert häufig Zeiträume von sechs bis zehn Wochen. Topische Calcineurin-Inhibitoren wie Pimecrolimus oder Tacrolimus sind mögliche Alternativen. In schweren Fällen kann auch eine mehrwöchige Kombination mit oralen Antibiotika wie Erythromycin oder Tetrazyklinen induziert sein [19].

Fazit

Entzündliche Erkrankungen im Augenlidbereich sind ein häufiger Anlass für eine ärztliche Konsultation. Ihre klinische Einordnung ist unter Berücksichtigung der Bestehensdauer, der subjektiven Beschwerden und des klinischen Bildes gut möglich. Kontaktekzeme sowie die periokuläre Dermatitis bestehen nur Tage oder einige Wochen im Unterschied zu den chronischen Erkrankungen atopische Dermatitis, Psoriasis, Rosacea oder seborrhoische Dermatitis. Fehlender Juckreiz und Papeln sind typisch für die periokuläre Dermatitis. Unschärf begrenzte, schuppige Erytheme mit langer Bestehensdauer charakterisieren die atopische Dermatitis, während scharf begrenzte schuppige Plaques typisch für die Psoriasis sind. Die seborrhoische Dermatitis zeigt fette Schuppen an Augenbrauen und zentrofazial. Therapeutisch sind die Calcineurin-Inhibitoren im Fall von juckenden Entzündungen die Therapie der Wahl. Topische Kortikoide bergen immer die Gefahr der Auslösung einer periokulären Dermatitis. In naher Zukunft wird das antientzündliche Therapiearsenal um die Substanzklasse der topischen Januskinase-Inhibitoren erweitert werden.

Schlüsselwörter:

Periokuläre Dermatitis - Allergische Kontaktdermatitis - Irritative Kontaktdermatitis - Typ-IV-Hypersensibilisierungsreaktion - Atopische Dermatitis - Seborrhoische Dermatitis - Rosacea - Psoriasis

riasis - Periorale Dermatitis

Literatur:

1. Santiago S, Suchecki J, Whitaker-Worth D. Routine Eyelid Care for Those Without Dermatitis. *Clinics in Dermatology* 2023; 41: 503-508
2. Beltrami EJ, Grzybowski A, Grant-Kels J. Chronic Eyelid and Ocular Itch. *Clinics in Dermatology* 2023; 41: 509-514
3. Hine AM, Waldman RA, Grzybowski A, Grant-Kels JM. Allergic Disorders of the Eyelid. *Clinics in Dermatology* 2023; 41: 574-480
4. Stull C, Valdes-Rodriguez R, Shafer BM et al. The Prevalence and Characteristics of Chronic Ocular Itch: A Cross-Sectional Survey. *Itch (Phila.)*. 2017; 2: e4.
5. Peral A, Alonso J, García-García C, Nino-Rueda C, Calvo Del Bosque P. Importance of Lid Hygiene Before Ocular Surgery: Qualitative and Quantitative Analysis of Eyelid and Conjunctiva Microbiota. *Eye Contact Lens*, 2016; 42: 366-370.
6. Lourenco EAJ, Shaw L, Pratt H et al. Application of SPF Moisturizers is Inferior to Sunscreens in Coverage of Facial and Eyelid Regions. *PLoS One*, 2019; 14: e0212548.
7. Feser A, Plaza T, Vogelgsang L, Mahler V. Periorbital Dermatitis - A Recalcitrant Disease: Causes and Differential Diagnoses. *Br J Dermatol* 2008; 159: 858-63.
8. Feser A, Mahler V. Periokuläre Ekzeme: Ursachen, Differenzialdiagnosen und Therapie. *JDDG* 2010; 8: 159-166
9. Elliott JF, Ramzy A, Nilsson U, Moffat W, Suzuki K. Severe In-Tractable Eyelid Dermatitis Probably Caused by Exposure to Hydroperoxides of Linalool in a Heavily Perfumed Shampoo. *Contact Dermatitis* . 2017;76:114-115 .
10. Ständer S. Atopic Dermatitis. *N Engl J Med*. 2021; 384: 1136-1143.
11. Dall'Oglio F, Nasca MR, Gerbino C, Micali G. An Overview of the Diagnosis and Management of Seborrheic Dermatitis. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2022; 15: 1537-1548
12. Turlier V, Viode C, Durbise E, Bacquey A, LeJeune O et al. Clinical and Biochemical Assessment of Maintenance Treatment in Chronic Recurrent Seborrheic Dermatitis: Randomized Controlled Study. *Dermatol. Ther.* 2014; 4: 43-59.
13. Kim HO, Yang YS, Ko HC et al. Maintenance Therapy of Facial Seborrheic Dermatitis with 0.1% Ta-
14. Hoepfner A, Marsela E, Clanner-Engelshofen BM, Horvath ON, Sardy M, French LE, Reinholz M. Rosacea und periorale Dermatitis: Eine monozentrische, retrospektive Analyse des klinischen Erscheinungsbildes von 1032 Patienten. *JDDG* 2020; 18: 561-570.
15. Avraham S, Khaslavsky S, Kashesky N, Starkey SY, Zaslavska K, Lam JM, Mukovozov. Therapie der okulären Rosacea: Eine systematische Literatur-Übersicht. *JDDG* 2024; 22: 167-176
16. Sedghi T, Torre K, Suchecki J, Rothe M. The Ocular and Periocular Involvement of Psoriasis. *Clinics in Dermatology* 2023; 41: 515-522
17. Dirschka T, Tronnier H. Periokuläre Dermatitis. *JDDG* 2004; 2: 274-278
18. Tolaymat L, Hall MR. Periorale Dermatitis. StatPearls Publishing 2003.
19. Searle T, Ali FR, Al-Niaimi F. Perioral dermatitis: Diagnosis, Proposed Etiologies, and Management. *J Cosmet Dermatol.* 2021; 12: 3839-3848.

Interessenkonflikt:

Die Autorin und der Autor erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt im Sinne der Empfehlung des International Committee of Medical Journal Editors bestand.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dietrich Abeck
Hautzentrum Nymphenburg
Renatastraße 72
80639 München
abeck@hautzentrum-nymphenburg.de



Prof. Dr. med.
Dietrich Abeck



Dr. rer. nat.
Larissa Tetsch