

Atopische Dermatitis bei Kindern

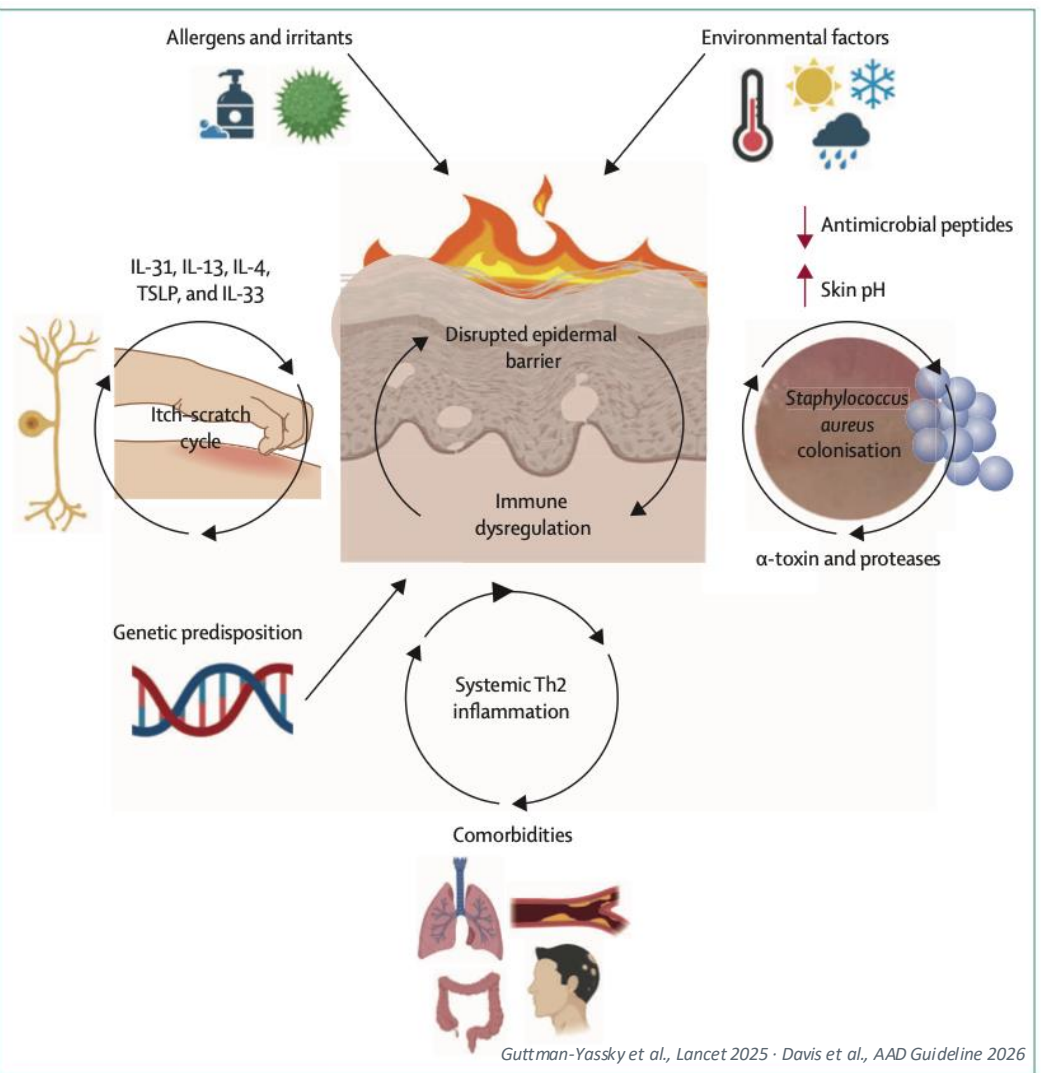
Differentialdiagnosen und Pitfalls

Nataliia Zhovta
Assistenzärztin
Dermatologie, Allergologie und Venerologie
KSSG



Atopische Dermatitis

Pathogenese im Überblick

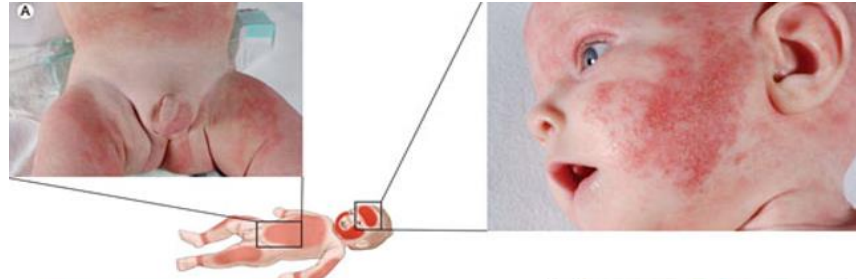


Altersbedingter klinischer Verlauf der atopischen Dermatitis

Charakteristische Verteilungsmuster nach Alter

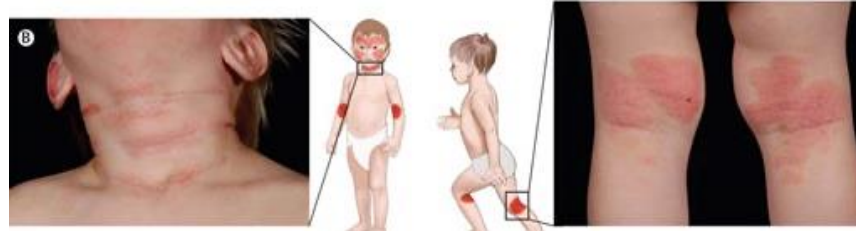
Säuglinge

- Gesicht, überall am Körper
- Nässende Plaques
- Windelregion oft nicht betroffen



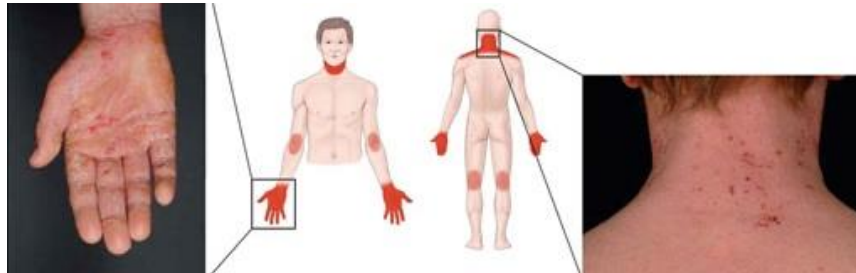
Kinder ab 1–2 Lebensjahr

- Gesicht, Beugenareale
- eher trockene Plaques, Lichenifikationen, Exkoriationen



Adoleszente und Erwachsene

- Beugenareale (Ellenbeugen, Kniekehlen), Hände, Nacken
- Handekzem häufig · chronische Lichenifikation



Starker Juckreiz – in jedem Alter!

Ekzematisierte Plaque

Nummuläre Plaques

- bei 40 bis 65 % der Kinder mit Beginn bis zum 5. Lebensjahr bessert sich die atopische Dermatitis deutlich oder klingt ab
- Gemäss Langzeitdaten etwa 87 % dieser Kinder bis zum Erwachsenenalter symptomfrei werden

Lichenifizierung

Hyperpigmentierung

Risiken des unkontrollierten Ekzems



Bei chronisch unkontrolliertem Ekzem

- Schlafstörungen
- Irritabilität, Ängstlichkeit, Frustration
- psychische Belastung der ganzen Familie
- Verhaltensauffälligkeiten, ADHS-Assoziation
- Wachstumsstörungen

Risiken des unkontrollierten Ekzems



Nahrungsmittelallergien: oft überschätzt

- Generell überschätztes Risiko – von Patient:innen wie Ärzt:innen
- Relevant vor allem bei schwerem Ekzem im Säuglingsalter (< 20 %)
- Unnötige Diäten vermeiden!
- Grösstes Allergierisiko: das unbehandelte schwere Ekzem selbst
- Fokus: wirksame Lokaltherapie + frühe, breite Nahrungseinführung

Stufentherapie im Überblick



Emollienzen & Baden



Emollienzen

- Starke Empfehlung für alle pädiatrischen Patient:innen
- Cremes bevorzugen, keine Öle; 1–2×/Tag ganzer Körper
- Innert 10 Min. nach Bad/Dusche auftragen
- Vermeide Parfüm & „Naturkosmetik“ (Propolis, Kamille, Ringelblume) – mögliche Sensibilisierer



Baden ist gut!

- Lauwarm, 5–10 Min., z. B. abends 4–5×/Woche
- Milde Syndets/Waschlotion; entfernt Keimen, Krusten & Salbenreste
- Verbessert die Resorption anschliessend aufgetragener Cremes

Unter 2 bis 3 Jahren: Gar kein Harnstoff! → Risiko für systemische Resorption

3 bis 5 Jahre: Mit Vorsicht und nur in sehr niedrigen Konzentrationen (z. B. max. 2–3 %)

Ab ca. 6 Jahren: Höhere Konzentrationen (z. B. 5 %) werden meist gut vertragen

Topische Kortikosteroide: Potenz & Menge

- **First-line-Therapie für Schübe** seit Jahrzehnten etabliert, gut wirksam und sicher bei korrekter Anwendung
- Niedrige Potenz für Gesicht, Hals und Hautfalten
- Genug Menge verwenden: 1 Fingertip Unit (FTU, ca. 0,5 g) reicht für 2 Handflächen (inkl. Finger)
- Salbe meist wirksamer als Creme; 1× tägliches Auftragen genügt in der Regel
- „Zu viel“: > 6 Wochen ununterbrochen dieselbe Stelle oder dauerhaft > halbe Woche



Das Kortison-Gespräch führen

- Creme ist nicht gleich Tabletten/Spritzen
- moderne Präparate werden mehrheitlich schon in der Haut abgebaut
- bei korrekter Anwendung keine relevanten Nebenwirkungen erwartet
- Eltern-Ängste aktiv ansprechen – nicht bagatellisieren

FTU (0.5g) (*fingertip unit*)



Menge an topischem Steroid ist relevant!

verschreibe verdünntes Kortison (Magistralrezeptur):

Säuglinge: Elocom Salbe 1:2-3 in Dexeryl Creme, Disp/Tube à 200g

Kleinkinder: Elocom Salbe 1:1 in Dexeryl Creme, Disp/Tube à 200g

alternativ für ältere Kinder: Ovixan-Crème® 100g



FTU = amount of ointment expressed from a tube with a 5-mm diameter nozzle measured from the distal skin crease to the top of the palmar surface of an adult's index finger (~0.5 g)

1 FTU = adequate amount of ointment for "thin and even" application to an area of skin equal to ~2 adult hands (fingers together)

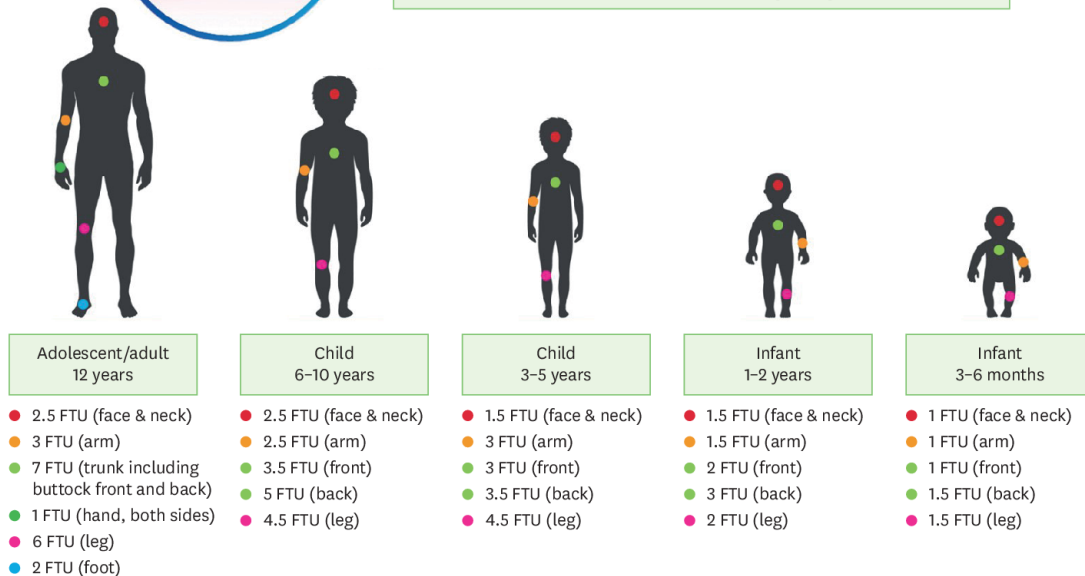


Fig. 1. The Fingertip Unit (FTU) recommended for various age groups.

Wet-Wraps für akute Phase sinnvoll



Apply creams

- Apply topical corticosteroids to active dermatitis.
- Apply emollient over uninvolved skin.



Soak dressing material (wellfitted pajamas or similar) in warm tap water or antiseptic solution such as dilute acetic acid.



Wring excess water or solution out of dressings.



Apply dressings on child.



Cover damp dressings with second layer of clothing, towels, or blankets to maintain warmth and moisture.



Tubifast Bekleidung

Topische Calcineurin-Inhibitoren (TCI)

- Tacrolimus 0,03 %/0,1 % Salbe und Pimecrolimus 1 % Crème: zugelassen ab 2 Jahren
- Ideal zum Kortison-Sparen an dünnhäutigen Arealen: Gesicht, Augenlider, Windelregion
- Wirksam sowohl im akuten Schub als auch proaktiv-intermittierend zur Erhaltungstherapie
- **Kein erhöhtes Malignomrisiko in grossen Langzeitkohorten und Meta-Analysen nachgewiesen: Box-Warning beruht auf Tierstudien mit systemischer Hochdosierung**
- Gute Erfahrung auch bei Kindern < 2 Jahren (Petite-Studie, APPLES-Studie)



Praxis-Tipp

*Keine Angst vor Calcineurin-Inhibitoren!
Wirkung vergleichbar mit topischem Steroid der Klasse I–II, ohne Atrophierisiko*

- Petite-Studie 2015: 2400 Kinder, 3–12 Mte., 5-Jahres-Follow-up
- APPLES-Studie 2020: 8000 Kinder ≥ 6 Wo. behandelt

Proaktive Intervalltherapie

Erhaltungstherapie zur Rezidivvermeidung – statt rein reaktiver Behandlung von Schüben

- Niedrig- bis mittelpotente TCS intermittierend bis 3×/Woche als Erhaltungstherapie empfohlen
- Topische Calcineurin-Inhibitoren proaktiv 2×/Woche reduzieren Schubrate signifikant
- Ziel: vollständige und anhaltende Abheilung statt „nur Symptome unterdrücken“

Typisches Schema (Beispiel)

5 Tage + / 2 Tage –

für 2 Wochen

3 Tage + / 4 Tage –

für 2 Wochen

2 Tage + / 5 Tage –

bis Verlaufskontrolle



Elocom Salbe 1:1 mit Dexeryl
Protopic 0,1% Salbe
Basishautpflege

UVBnb Lichttherapie – Stellenwert im Kindesalter

- Konditionale Empfehlung: Evidenz mit niedriger Sicherheit, kaum kinderspezifische Daten
- Schmalband-UVB gilt als sicherste und am häufigsten eingesetzte Form
- Zeitintensiv (2–3×/Woche in der Praxis) – limitiert die Praktikabilität im Kindesalter

UV
Schaden?



Mittelschweren Verlauf

Schweren Verlauf

THERAPIE – SYSTEMISCH

BEI MITTELSCHWERER BIS SCHWERER VERLAUF



Konventionell

- **Methotrexat** *off-label*
mit Monitoring
- **Mycophenolat-Mofetil, Azathioprin** *off-label*
befristeter Einsatz, mit Monitoring
- **Ciclosporin** *ab 16 J. (CH)*
off-label < 16 J. möglich, befristet
- **Systemische Kortikosteroide**
nur kurzfristige Rescue-Therapie im Schub



Biologika

- **Dupilumab** *ab 6 Mt*
- **Lebrikizumab** *ab 12 J.*
- **Nemolizumab** *ab 12 J.*



sehr wirksam,
aber...

● Starke Empfehlung dafür

● Bedingte Empfehlung dafür

● Starke Empfehlung dagegen

Praktische Tipps aus der Klinik



Häufiges Baden nutzen

abends, lauwarm, 5–10 Min., milde
Waschlotion – hydriert und verbessert die
Cremeaufnahme



Kortison-Gespräch aktiv führen

Ängste ernst nehmen, moderne Präparate
erklären, Mengenangst nehmen (FTU-Konzept)



Intervalltherapie etablieren

proaktive Erhaltungstherapie statt
„nur bei Bedarf“ – reduziert Rezidive deutlich



Spritzenangst adressieren

Coldpack/Emla vorkühlen, Spritze 45 Min. vor
Injektion aus dem Kühlschrank, langsam
injizieren, „see one – do one“

**Resistent gegen
Standardtherapien ...?**



Head and neck dermatitis, induziert durch *Malassezia* spp.

Kein Ansprechen nur auf
topische Steroide und TCIs



Unter antimykotischer
Therapie

2 Behandlungen mit Cantharidin 0,7%

Ekzema herpeticatum

Atopische Dermatitis
+ HSV 1



Potenziell
lebensbedrohlicher
Verlauf bei Säuglingen!

Topische Steroide ohne
Effekt, sogar mit
Verschlechterung

S. aureus im Abstrich ->
sekundäre Impetigo

- Hibi-Scrub 4% zum Duschen
- Fucicort Creme
- Sicorten Plus Creme

Impetigo contagiosa

- Häufigste bakterielle Hautinfektion im Kindesalter
- **Hoch ansteckend**
- Erreger: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*

Klinik

- Nicht bullöse Form (häufigste):
 - Honiggelbe Krusten, beginn oft im Gesicht, perioral oder an Extremitäten
- Bullöse Form:
 - grössere Blasen, v. a. durch *S. aureus*
- Juckreiz häufig
- systemische Symptome selten



Impetigo contagiosa

Übertragung & Risikofaktoren

- Schmierinfektion, enger Hautkontakt
- Eintrittspforten: kleine Hautläsionen, Ekzeme, Insektenstiche
- Häufig in Gemeinschaftseinrichtungen (Kita, Schule)

Diagnose

- Klinisch
- Abstrich empfehlenswert

Therapie

Lokal:

- antiseptische Massnahmen (Octenisept Wundgel 2x täglich, Octenisan Waschlotion, Hibiscrub Lösung 4%)
- topische Antibiotika (z. B. Fusidinsäure – häufig Resistenzen)

Systemisch:

- bei ausgedehnten Läsionen oder bullöser Form
- Co-Amoxicillin gewichtsadaptiert für 5–7 Tage, bei Penicillinallergie Clindamycin

Prävention & Hygienemassnahmen

- Gute Händehygiene
- Nägel kurz halten
- Betroffene Areale mit Kleidung abdecken
- Kein Teilen von Handtüchern oder Waschlappen



7-jähriger Knabe

- Topische Therapie mit Kortikosteroiden nur mit kurzzeitigem Ansprechen

- Positive PA und FA für atopische Dermatitis

- keine weitere Stellen betroffen

WC-Sitz/Ring Kontaktdermatitis



- Oft wegen diverser Desinfektionsmittel
- Seltener beim WC-Ring selbst

Typische Muster erkennen!

Anamnese bei Verdacht auf Kontaktdermatitis

Table I. Targeted history by age group

Age group	High-yield history questions
Infants and toddlers	What type of diapers, wipes, and powders are used? Has the child recently begun toilet training? Who else cares for the child (eg, day care, grandparents, babysitters)? Does the child, parent, or caregiver wear jewelry or perfume?
School-aged children	What toys or crafts does the child play with? What sports does the child play at home and at school? Does the child play with slime or other putty? What after-school activities does the child participate in? Is the rash better during the school year or while on vacation? Does he or she play an instrument?
Adolescents	Are any other cosmetic products (hair dye, nail polish, makeup) used? What sporting and recreational activities are performed? Does he or she have any after school jobs? Does he or she do any chores requiring cleaning or household products?

Allgemeine Empfehlungen für Epikutantest bei Kindern

Table II. Summary of patch test indications in children

Indication	Example
Clinical suspicion	Elements of history such as allergies, hobbies, recreational activities, occupation, topicals, personal care products, and patient or family history of eczema or atopy ⁷³ Physical examination findings of acute ACD include pruritic, erythematous papules, vesicles, or bullae
Dermatitis with atypical distribution	Subacute and chronic ACD can present with lichenification, fissures, and scales Face, eyelids, hands, feet, and anogenital area ^{74,75}
Recalcitrant dermatitis	Dermatitis that worsens or fails to improve despite standard therapy (>2 months) ^{64,76}
Late-onset atopic dermatitis	Adolescent- or adult-onset atopic dermatitis without prior history of eczema in childhood ⁷⁷
Severe dermatitis	Consider patch testing before initiating systemic therapy ^{11,77}

ACD, Allergic contact dermatitis.

Nicht empfohlen bei Kindern unter 6 Jahren!

Atopische Dermatitis muss vor EKT in Remission sein!

Epikutantest bei kleinen Kindern: Limitationen

- oft nicht genug Platz am Rücken
- meisten vorhandenen Testpanels basieren auf epidemiologischen Daten von Erwachsenen
- geringere Compliance (Verschiebung der Testpflaster)

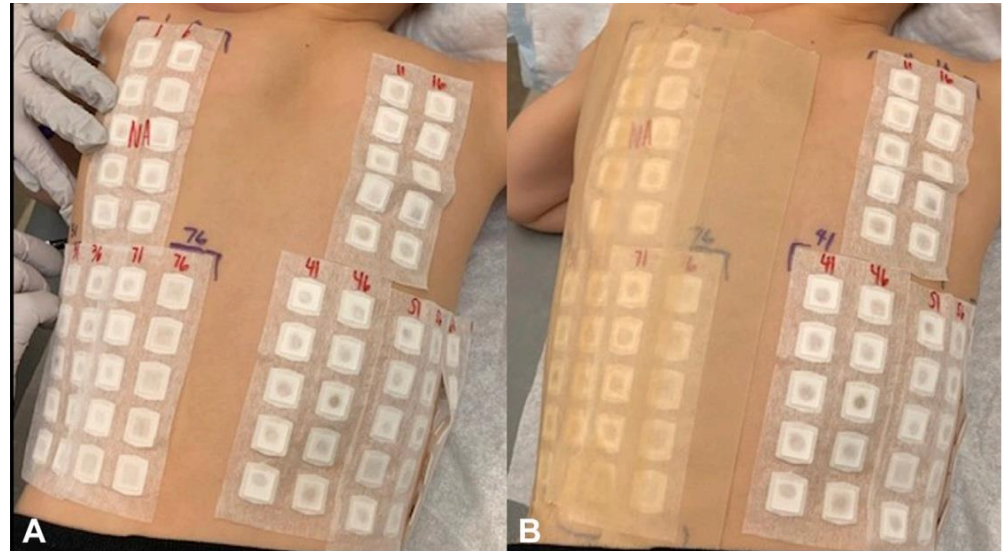


Fig 2. Pediatric allergic contact dermatitis patch test placement. **A**, A total of 80 patches can fit snugly on a 7-year-old. **B**, Patches are reinforced with Scanpor tape (SmartPractice).

Häufige Kontaktallergene bei Kindern (US)



Table III. The most common US relevant pediatric allergens by category

Category	Potential allergens	Sources	US RPPT, % ⁵⁷
Metals	Nickel	Jewelry, food, toys, clothing, electronics	13
	Cobalt	Metal-plated products, crayons, deodorant	4
Topical antibiotics	Neomycin	Topical antibiotics	4.4
	Bacitracin		4.6
Fragrances	<i>Myroxylon pereirae</i> (balsam of Peru)	Cosmetic and personal care products, perfume, cleaning products	6.5
	Fragrance mix I		9.4
	Fragrance mix II		3.4
Preservatives	Formaldehyde	Cosmetic and personal care products, toys, glue, slime, household cleaning products	4.4
	Quaternium-15		2.6
	MI		3.6
	MCI/MI		3.1
Emollients and surfactants	Amerchol-L101 (lanolin)	Moisturizer, lip balm, cosmetics, packaged foods, cleaning products	3.5
	Propylene glycol		5
	Cocamidopropyl betaine		4.6

MCI, Methylchloroisothiazolinone; MI, methylisothiazolinone; RPPT, relevant positive patch test.

Ekzem?
Topische Steroide

Kleine Schwester

Tinea corporis



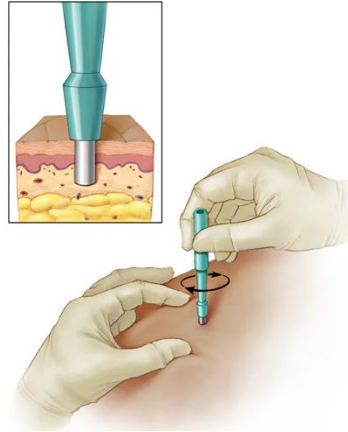
Systemische und topische
antimykotische Therapie

Tinea corporis



Bei falscher Behandlung mit
lokalem Kortison: initiale
Besserung, danach langsame
Verschlechterung

- 4. J Kind
- Weniger Juckreiz
- Therapieresistent



Stanzbiopsie zur
Diagnosesicherung



Hypopigmented
mycosis fungoides

T-Zell-Lymphom

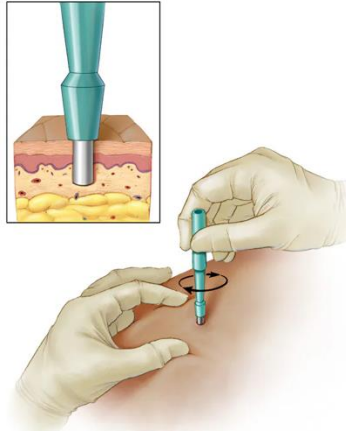
- Indolenter Verlauf
- Insgesamt gute Prognose, aber Progression in fortgeschrittenem Stadium möglich!



- 2. J Kind
- Haare und Nägel
- IgE unauffällig
- Juckreiz



- 5. J gleiches Kind
- Massive Verschlechterung unter UV



Stanzbiopsie zur
Diagnosesicherung



Pityriasis Rubra Pilaris

Typ 5
(atypische juvenile Form)

Verlauf unter Anti-IL-17
s. c. 1x im Monat

Differenzialdiagnosen im Kindesalter

Alter	Wichtigste DDs	Hinweise
Säuglinge/Kleinkinder (0–24 Mon.)	▪ Seborrhoisches Ekzem ▪ Ichthyosis vulgaris ▪ Skabies ▪ Primäre Immundefekte (PID)	▪ Windel/Kopfhaut betroffen? ▪ Beginn <3 Mon. (PID!) ▪ Therapieresistent?
Kinder/Jugendliche (2–16 J.)	▪ Impetigo ▪ Psoriasis ▪ Pityriasis rosea ▪ Kontaktreaktionen ▪ o.g. Erkrankungen	▪ Verteilungsmuster? ▪ Verlauf? ▪ Juckreiz? ▪ Therapieresistent?

Primäre Immundefekte (PID) bei Säuglinge/Kleinkinder

- **Beginn <2 Monate** (bereits im Neugeborenenalter, z. B. Omenn-Syndrom, SCID)
- **Disseminierte oder rezidivierende virale, bakterielle oder fungale Infektionen**, mukokutane Candidiasis
- **Gedeihstörung, chronische Diarrhoe**, Hepatosplenomegalie, Lymphadenopathie
- **Purpura/Thrombozytopenie mit Blutungsneigung** (Wiskott-Aldrich)
- **Atypische Ekzemlokalisierung** (retroaurikulär, axillär, sakral, genital – deutlich seltener bei klassischer AD als bei DOCK8-/STAT3-Defizienz)
- Entwicklungsauffälligkeiten, Bindegewebsanomalien, Trichorrhexis invaginata (Netherton), fehlender Zahnwechsel/Skelettauffälligkeiten (Hyper-IgE-Syndrom)



Atopische Dermatitis: Zusammenfassung

- **im Kindesalter gut mit adäquater Lokaltherapie behandelbar**
- **falsch:** keine Therapie oder Unterbehandlung
- **pro-aktive Therapie wichtig**
- bei Säuglingen früh einsteigen
- wenn immer möglich selbst (in der Praxis/wohnnah) behandeln
- **klare, einfache Behandlungspläne**
- **Differenzialdiagnostik bei untypischem Verlauf**

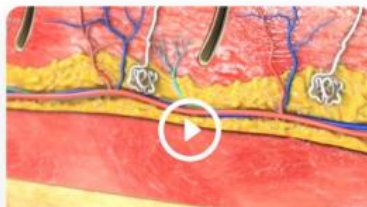


für Patienten:

Videos: Umgang mit atopischem Ekzem



Was ist das atopische Ekzem?



Ursache des atopischen Ekzems



Hautpflege bei atopischem Ekzem



Behandlung des atopischen Ekzems



Leben mit atopischem Ekzem



Atopisches Ekzem - Zusammenfassung



<https://www.kispi.uzh.ch/kinderspital/news/umgang-mit-atopischem-ekzem-videos-fuer-betroffene>

**Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

