

Hautkrankheiten im Alter

Bestimmte Dermatosen kommen nahezu ausschließlich im höheren Lebensalter vor oder nehmen einen besonderen Verlauf. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Tumore, Pruritus, Xerosis cutis, Ekzeme, die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis, aber auch Herpes zoster, Pilzinfektionen, bullöses Pemphigoid und chronische Wunden wie zum Beispiel Ulcera und Dekubitus.

Von Franz Trautinger*

Einleitung

Dermatologische Symptome und Krankheiten treten im höheren Lebensalter besonders häufig auf. Viele dieser Beschwerden hängen mit den typischen physiologischen und UV-induzierten Veränderungen der Altershaut zusammen; andere sind Ausdruck von Funktionsstörungen anderer Organe und internistischer Erkrankungen. Das Verständnis der Physiologie und Pathologie der Altershaut und die Kenntnis der wichtigsten Krankheitsbilder mit ihren geriatrischen Besonderheiten sind für die richtige Diagnostik und Therapie entscheidend.

Physiologie der Altershaut

Durch Atrophisierung von Epidermis und Dermis verliert die Haut im Alter an Widerstandskraft gegen mechanische und chemische Belastung. Die Barrierefunktion der Hornschicht ist meist herabgesetzt, wodurch die Entstehung von Ekzemen begünstigt und deren Abheilung verzögert wird. Durch Umbauvorgänge an den kollagenen und elastischen Fasern des dermalen Bindegewebes verschlechtern sich die mechanischen Eigenschaften der Haut - vor allem hinsichtlich Elastizität und die Reißfestigkeit. Die Wund-

heilung ist deutlich verzögert. Durch eine Verminderung der Blutgefäße in der Dermis erscheint die Haut oft blass. Die Wandstarre der dermalen Blutgefäße äußert sich in Form von Teleangiektasien und der sogenannten Purpura senilis (spontan oder nach Bagateltraumen auftretende Hautblutungen). Verminderte Durchblutung gemeinsam mit einer Rückbildung des subkutanen Fettgewebes führen zu einer eingeschränkten Temperaturregulation.

Auch Haare, Nägel, Schweiß- und Talgdrüsen sind von altersbedingten Veränderungen betroffen. Bei nahezu jedem Menschen kommt es im Alter zu Pigmentverlust der Haare. Bei der Hälfte aller 60-Jährigen sind bereits mehr als 50 Prozent der gesamten Körperbehaarung weiß. Bei beiden Geschlechtern kommt es am gesamten Integument zu einer Verminderung der Haarfollikel - vermutlich als Folge von Fibrose und Atrophie des Bindegewebes. Die androgenetische Alopezie resultiert beim Mann in der typischen Glatzenbildung, bei Frauen meist in einer Rarefizierung der Kopfhare im Scheitelpbereich. Sie entsteht nicht durch Verlust von Haarfollikeln, sondern durch Umwandlung von dicken Terminalhaaren zu dünnen, hellen Vellushaaren. Zahlreiche systemische und topische Substanzen werden

© corbis



angeboten, die das androgenetische Effluvium verhindern oder gar umkehren sollen. Nachgewiesene Wirksamkeit - wenn auch in begrenztem Ausmaß - besitzen Minoxidil (topisch) und Finasterid (systemisch).

Von einer altersbedingten Reduktion und Verminderung der Syntheseleistung betroffen sind auch die ekkrinen Schweißdrüsen, wodurch die Temperaturregulation zusätzlich erschwert wird. Auch die Produktion der Talgdrüsen reduziert sich (um ungefähr drei Prozent pro Lebensjahrzehnt). Die Bedeutung dieser Funktionseinschränkung – die häufig irrtümlich für die Hauttrockenheit verantwortlich gemacht wird - ist jedoch ungeklärt, da die Funktion der Talgdrüsen hauptsächlich in der Einfettung des Haarschaftes liegt.

Eine wichtige endokrine Funktion der Haut ist die UV-abhängige Synthese von Vitamin D3 aus 7-Dehydrocholesterol. Durch alimentäre Einflüsse, durch zu wenig Aufenthalt im Freien (bei Immobilität, in Pflegeheimen) und durch Verminderung des Provitamins 7-Dehydrocholesterol in der Haut kommt es im Alter häufig zum Vitamin D-Mangel. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Erkrankungen mit Vitamin D-Mangel in Verbindung gebracht; ein gesicherter Zusammenhang besteht jedoch nur mit dem Knochenstoffwechsel. Orale Supplementierung und/oder regelmäßiger Aufenthalt im Tageslicht können den Vitamin D-Mangel beheben, ohne den Empfehlungen zum Schutz vor den nachteiligen Auswirkungen von ultravioletter Strahlung zu widersprechen.

Einfluss ultravioletter Strahlung (Photoaging)

Die beschriebenen Veränderungen sind vom Lebensalter und möglicherweise von genetischen Faktoren bestimmt, aber weitgehend unabhängig von äußeren Einflüssen. Man bezeichnet diese Alterungsvorgänge der Haut daher als intrinsische Alterung („intrinsic

aging“). In Gegensatz dazu stellt man Veränderungen, die durch den chronischen Einfluss ultravioletter Strahlung entstehen (extrinsische Hautalterung, „Photoaging“, chronischer Lichtschaden). Dabei handelt es sich eigentlich nicht um Alterungsprozesse, sondern um Hautschäden durch jahrelange Einwirkung von ultravioletter Strahlung der Sonne und aus künstlichen Strahlenquellen (vor allem Bräunungsgeräten).

Chronische Lichtschäden findet man ausschließlich an exponierten Stellen (Gesicht, Nacken, Arme, Handrücken), wo er sich mit den natürlichen Alterungserscheinungen überlagert. Die sichtbaren Hautveränderungen des Photoaging werden kosmetisch wesentlich störender empfunden als jene der intrinsischen Hautalterung, von denen sie morphologisch und biochemisch gut unterschieden werden können.

Pigmentverschiebungen, tiefe Falten und Elastose (im Nacken als sogenannte Cutis rhomboidalis nuchae, im Gesicht als Favre-Racouchot-Syndrom) sind typische Manifestationen von chronischer UV-Exposition. Medizinisch wichtiger als die kosmetische Beeinträchtigung ist das mit chronischer UV-Belastung einhergehende Hautkrebsrisiko (Photokarzinogenese). Die genannten Zeichen des Photoaging sind daher immer ein klinischer Indikator für ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von aktinischen Keratosen, Plattenepithelkarzinomen, Basalzellkarzinomen und bestimmten Formen des Melanoms. Alle Betroffenen sollten entsprechend über Schutz-, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen aufgeklärt werden.

Konsequenter Sonnenschutz ist die wichtigste Maßnahme zur Vermeidung von Photoaging und Photokarzinogenese. Wenn Expositionsvermeidung (Kleidung, Aufenthalt im Schatten) nicht möglich ist, ist die Anwendung von Sonnenschutzmitteln, von denen ein breites Angebot zur Verfügung steht, zu emp- ►►



» fehlen. Es konnte gezeigt werden, dass sich bei regelmäßiger Anwendung von Sonnenschutzmitteln die histologischen und klinischen Veränderungen des Photoaging teilweise zurückbilden können. Sonnenschutz ist die Basis jeder kosmetischen Behandlung der Altershaut und kann - auch noch bei der Anwendung im Alter - das Hautkrebsrisiko verringern.

Häufige Altersdermatosen

Hauterkrankungen sind im Alter häufig; bestimmte Dermatosen kommen nahezu ausschließlich im höheren Lebensalter vor oder nehmen einen besonderen Verlauf. Viele Hautveränderungen des Alters sind Manifestationen von Systemerkrankungen wie Diabetes mellitus, Gefäßerkrankungen und neurologischen Störungen. Bei Diagnostik und Therapie müssen nicht nur die krankheitsspezifische Anamnese sondern auch Allgemeinzustand, Arzneimittelinteraktionen und soziale Verhältnisse besonders berücksichtigt werden. Im Folgenden werden einzelne repräsentative Dermatosen kurz dargestellt.

Tumore

Zahlreiche gut- und bösartige Neubildungen treten im Alter gehäuft auf. Zu den gutartigen Hautveränderungen, die in

mehr oder weniger großer Zahl bei nahezu jedem Menschen in der zweiten Lebenshälfte zu finden sind, zählen Talgdrüsenhyperplasien, senile Angiome und seborrhoische Warzen. Diese Tumore besitzen kein malignes Potential und müssen nur bei differentialdiagnostischen Schwierigkeiten oder auf individuellen Patientenwunsch biopsiert oder entfernt werden.

Die typische Erscheinungsform des Melanoms im höheren Lebensalter ist das Lentigo maligna-Melanom, das meist auf sonnengeschädigter Gesichtshaut auftritt. Es handelt sich um große, unregelmäßig begrenzte und gefärbte braune Flecken, die sich langsam ausdehnen. Als Zeichen invasiven Wachstums kann es im Lauf der Zeit zu knotigen Anteilen kommen. Wegen ihres langsamen Wachstums und der auffälligen Lokalisation ist meist eine frühzeitige Operation mit ausgezeichneter Prognose möglich. Bei oberflächlichen Tumoren sind palliativ auch Kryotherapie oder Strahlentherapie möglich.

Auch Plattenepithel- und Basalzellkarzinome (zusammengefasst als „non-melanoma skin cancer“, NMSC) treten vor allem auf sonnengeschädigter Haut auf; ihre Inzidenz ist im Alter auch auf nicht-lichtexponierter Altershaut erhöht, möglicherweise als Folge einer eingeschränkten Immunabwehr und einer pa-

thologischen Regulation der Zellproliferation. Die typische Präkanzerose für das Plattenepithelkarzinom der Haut ist die aktinische Keratose (an der Unterlippe als aktinische Cheilitis). Aktinische Keratosen sind besser tastbare als sichtbare festhaftende Schuppen oder Rauigkeiten auf sonnengeschädigter Haut. Einzelne Läsionen können durch oberflächliche Abtragung (Curettage, Kryotherapie, Kaustik) entfernt werden. Meist liegen multiple Läsionen vor; man spricht vom Phänomen der sogenannten Feldkanzerisierung (field cancerization), da auch in scheinbar gesunder Umgebung aktinischer Keratosen karzinogene Mutationen nachweisbar sind. Moderne Lokalthérapien ermöglichen eine Behandlung dieser Krebsfelder und können damit nicht nur die sichtbaren Läsionen beseitigen sondern ermöglichen auch eine Rezidivprophylaxe. Produkte mit den Wirkstoffen Imiquimod, Diclofenac kombiniert mit Hyaluronsäure, Ingenolmebutat und 5-FU sind in dieser Indikation in Österreich zugelassen. An spezialisierten Zentren wird auch Behandlung mit photodynamischer Therapie angeboten.

Bei gesicherter Diagnose eines Plattenepithel- oder Basalzellkarzinoms ist die chirurgische Therapie erste Wahl. Alternativen sind Strahlentherapie, Kryotherapie und kaustische Destruktion. Oberflächliche Basalzellkarzinome können ähnlich



Abb. 1

Lentigo maligna Melanom
mit knotigem Anteil

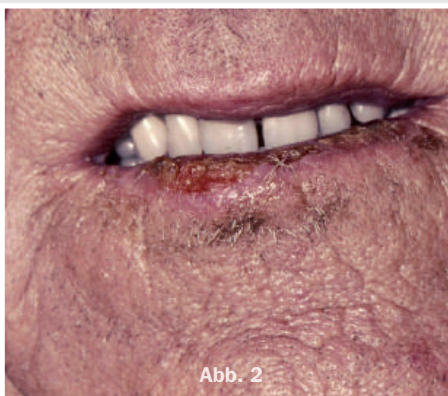


Abb. 2

Chronischer Lichtschaden
und aktinische Cheilitis



Abb. 3

Basalzellkarzinom



» wie aktinische Keratosen auch mit Imiquimod oder photodynamischer Therapie behandelt werden. Rezidive sind bei den unterschiedlichen Verfahren verschieden häufig und Sonnenschutz sowie regelmäßige dermatologische Kontrollen sollten im Anschluss an einen derartigen Tumor obligatorisch sein. Besonderes Augenmerk bei Prophylaxe, Therapie und Nachsorge muss auf Patienten nach Organtransplantation gelegt werden, bei denen oft nach jahrelanger immunsuppressiver Therapie NMSC häufig ist und besonders aggressiv verlaufen kann.

Für Patienten mit ausgedehnten, inoperablen Basalzellkarzinomen nach (oder bei Kontraindikation gegen) Strahlentherapie steht seit kurzem mit der Substanz Vismodegib eine orale Pharmakotherapie zur Verfügung, die gezielt in den Hedgehog Signaltransduktionsweg eingreift, der bei diesen Tumoren aktiviert ist und das Wachstum antreibt. Vismodegib ist aufgrund seiner einfachen Verabreichung und geringen Toxizität besonders für den palliativen Einsatz bei geriatrischen Patienten geeignet. Bei geriatrischen Patienten mit inoperablen Plattenepithelkarzinomen wurde vereinzelt über palliative Therapieerfolge mit Epidermal-Growth-Factor-Rezeptor-Antagonisten berichtet.

Pruritus, Xerosis cutis und Ekzeme

Juckreiz ist ein sehr häufiges Symptom der Altershaut. Meist tritt er gemeinsam mit Hauttrockenheit (Xerose) auf, manchmal ist er ein Zeichen für chronische Leber- oder Niereninsuffizienz, hämatologische Erkrankungen oder auch für eine Arzneimittelnebenwirkung. Typischerweise verschlechtert sich die Symptomatik abends und nach dem Bad. Häufiges Baden oder Duschen ohne Verwendung von rückfettenden Substanzen wirkt verstärkend auf Hauttrockenheit und Juckreiz. Kratzartefakte, Suffusionen, Sekundärinfektionen und verschiedene Formen von Ekzemen können auftreten. Das Ekzem der trockenen Haut wird wegen der typischen irregulären Anordnung seiner

Erytheme und Schuppen auch als Eczéma craquelé (oder asteatotisches Ekzem) bezeichnet. Bei allen Ekzemen muss differentialdiagnostisch eine irritative oder allergische Kontaktdermatitis ausgelöst durch Pflegeprodukte oder Lokaltherapeutika in Betracht gezogen und durch gezielte Anamnese und gegebenenfalls gezielte Allergietestung (Epikutantest) nachgewiesen oder ausgeschlossen werden. Die Behandlung von Ekzemen erfolgt wenn möglich durch Beseitigung ihrer Ursache, durch pflegende Lokaltherapie (rückfettende Duschbäder, harnstoffhaltige Pflegeprodukte) und gegebenenfalls durch externe Kortikosteroide. Der begleitende Juckreiz ist äußerst schwierig zu behandeln. In Betracht kommen topisches Polidocanol und systemische Antihistaminika, wobei bei Präparaten der ersten Generation (zum Beispiel Diphenhydramin, Dimetinden) die sedierenden und cholinergischen Nebenwirkungen zu beachten sind. Für die neueren, nicht sedierenden Antihistaminika (zum Beispiel Desloratadin, Levocetirizin) liegen in dieser Indikation nur wenige Daten vor.

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD)

Intertriginöse Dermatitis und Ekzeme um diverse Stomata sind jedem, der mit der Betreuung von alten und kranken Menschen befasst ist, bekannt. Deren

Prophylaxe und Therapie bilden einen wesentlichen Bestandteil der Pflege von inkontinenten, adipösen und/oder diabetischen Patienten sowie von Stomaträgern. Dennoch hat sich erst in den letzten Jahren die - vor allem pflegerische - Fachliteratur dieses Problems angenommen. Vermutlich ist dieses Interesse nicht nur durch die zunehmende Häufigkeit des Symptoms bedingt (worüber es keine zahlenmäßige Erfassung gibt), sondern steht auch in Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von verbesserten und spezifischen Produkten, die für die Inkontinenz-, Wund- und Stomaversorgung entwickelt wurden.

Der wesentliche Pathomechanismus ist die durch Inkontinenz oder Sekretion persistierende Befeuchtung der Epidermis. Ständige Feuchtigkeit führt zu einem Aufquellen der Hornschicht, Verlust der Barrierefunktion, Veränderung der Mikroflora der Haut und zum klinischen Bild der irritativen Dermatitis. Die typischen Prädispositionsstellen sind die periorifizellen Areale im Genital- und Perianalbereich, alle intertriginösen Areale und die Mundwinkel bei Perlèche. Das klinische Bild entspricht dem eines Ekzems mit Rötung, scharf und meist unregelmäßig begrenzten Rändern, Streuherden in der Umgebung und in variablem Ausmaß dem Vorhandensein von Erosionen, Nässen, Schuppen, Krusten und Juckreiz. »



Abb. 4

Diabetischer Fuß mit
Zehenfehlstellung und Onychomykose



Abb. 5

typisches
Ulcus cruris venosum

Wichtig ist die Unterscheidung von anderen Dermatosen, die sich in den genannten Arealen manifestieren können. Dazu gehören unter anderem: Pilzinfektionen (vor allem *Candida albicans*), Psoriasis, allergische Kontaktekzeme, Dekubitus aber auch seltene Erkrankungen wie Morbus Paget, Pemphigus oder Langerhans-Zell-Histiozytose. Spätestens nach einem erfolglosen Therapieversuch sollte daher die Diagnose reevaluiert und falls erforderlich eine Biopsie zur histologischen Diagnostik entnommen werden.

Risikopatienten können im Allgemeinen leicht identifiziert werden, damit durch geeignete pflegerische Maßnahmen die prolongierte Feuchtigkeit der Haut vermieden werden kann. Für die Therapie von bestehenden intertriginösen Ekzemen sollten topische Kortikosteroide angewendet werden, wobei zur Vermeidung oder Behandlung von aufgepfropften Pilzinfektionen (vor allem *Candida albicans*) eine Kombination mit geeigneten topischen Antimykotika zu empfehlen ist. Die Verwendung von Harn- und Stuhlableitungssystemen zur Behandlung oder Vorbeugung von Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis kann wegen des bestehenden Komplikationsrisikos von Kathetern und Drainagen nicht generell empfohlen werden.

Skabies

Bei epidemischem Auftreten von juckenden, ekzematösen Hautausschlägen ist auch an Skabies zu denken. Es handelt sich zwar nicht um eine typische Infektion des höheren Lebensalters; Ausbrüche in Wohn- und Pflegeheimen bilden aber nicht selten ein diagnostisches Problem mit besonderen logistischen Herausforderungen bei der Therapie. Der Milbennachweis ist für den Geübten meist leicht, wegen der geringen Zahl an Milben aber für den unerfahrenen Arzt oft schwierig. Das Mittel der Wahl zur Lokaltherapie ist Permethrin, das bei korrekter Anwendung eine sehr hohe Erfolgsrate aufweist. Die orale Therapie mit Ivermectin (Stromectol®, Einmaldosis 0,02 mg/kg Körpergewicht, in Österreich nicht zugelassen) ist ebenfalls wirksam und kann zur leichteren

simultanen Behandlung von großen Patientenkollektiven eingesetzt werden. Von wiederholten Verdachtsbehandlungen ist auf jeden Fall abzuraten. Zur Vermeidung von Reinfektionen soll die Behandlung immer gleichzeitig alle Kontaktpersonen (das sind in der Regel Personen mit engem Körperkontakt und unmittelbare Mitbewohner) erfassen, auch wenn keine Symptome vorliegen.

Herpes zoster

Die Häufigkeit der Gürtelrose nimmt mit dem Alter zu; die Krankheit nimmt in höherem Lebensalter einen schwereren Verlauf. Es kommt öfter zu lange anhaltenden Schmerzen und rezidivierenden Neuralgien. Besonders der Zoster im Trigeminiusbereich ist ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Postzosterneuralgie. Andere Komplikationen sind Hornhautbeteiligung, motorische Ausfälle und Virämie mit Generalisation der Zosterläsionen. Eine antivirale Therapie (Aciclovir parenteral; Brivudin, Famciclovir, Valaciclovir oral) sollte auf jeden Fall eingeleitet werden. Schmerztherapie mit nichtsteroidalen Analgetika und Morphinen soll nach Bedarf eingesetzt werden; die Gabe von systemischen Kortikosteroiden hat bei der Therapie von Herpes zoster keinen Stellenwert. Vor allem für den Postzoster-schmerz kommen noch Carbamazepin, Gabapentin und Pregabalin in Betracht.

Neuere topische Produkte sind Capsaicin- und Lidocain-hältige Pflaster, wobei ersteres nur unter ärztlicher Aufsicht und wegen seiner unmittelbaren Schmerzhaftigkeit unter begleitender Schmerzprophylaxe angewendet werden soll. Als spezifische Prophylaxe steht eine aktive Immunisierung zur Verfügung, die ab dem 50. Lebensjahr empfohlen wird - unabhängig von der bestehenden Immunitätslage gegen das Varicella-Zoster-Virus. Zu beachten ist, dass es sich um einen Lebendimpfstoff handelt, der bei Immunsuppression kontraindiziert ist. In den Zulassungsstudien konnte gezeigt werden, dass durch die Impfung die Inzidenz der Erkrankung um circa 50 Prozent und die der Postzosterneuralgie um zwei Drittel gesenkt werden kann.

Pilzinfektionen

Dermatophyteninfektionen der Füße (*Tinea pedis*) sind im gesamten Erwachsenenalter häufig; die Inzidenz nimmt mit dem Alter zu. Oft wird die Tinea als Ekzem oder als trockene Haut verkannt. Klassisch ist der gleichzeitige Befall einer Hand (*Tinea manus*) und beider Füße (*Tinea pedis*). Interdigitalmykosen werden als Eintrittspforte für bakterielle Infektionen angeschuldigt und sollten daher immer behandelt werden. Konsequente Lokaltherapie mit topischen Imidazol-Antimykotika ist nahezu immer erfolgreich.

Besonders häufig ist der Befall der Zehennägel (*Onychomykose*). Die Nagelplatten sind verdickt und man findet subunguale Hyperkeratosen. Die Diagnose sollte durch Erregernachweis erfolgen (Nativpräparat oder Kultur), da Nageldystrophie auch bei anderen Hautkrankheiten (zum Beispiel Psoriasis), Durchblutungsstörungen und orthopädischen Problemen auftreten kann. Zur Therapie stehen topische und systemische Antimykotika zur Verfügung. Im Gegensatz zur topischen antimykotischen Nageltherapie sind systemische Antimykotika (Itraconazol, Fluconazol, Terbinafin) in dieser Indikation zwar gut wirksam, bei geriatrischen Patienten aber selten indiziert. Da meist irreversible begünstigende Faktoren (vor allem Diabetes mellitus und arterielle Durchblutungsstörungen) vorliegen, ist eine (wenn auch initial erfolgreiche) Therapie nahezu unweigerlich von Rezidiven gefolgt. Da die Onychomykose kaum Komplikationen verursacht, reicht daher bei vielen geriatrischen Patienten eine gute Fußpflege aus.

Bullöses Pemphigoid

Das bullöse Pemphigoid ist eine Autoimmunerkrankung des höheren Lebensalters, bei der es durch komplementbindende Antikörper gegen Verankerungsstrukturen der Epidermis an der epidermalen Junktionszone zu Blasenbildung kommt. Entsprechend der Pathogenese liegen die Blasen subepidermal, das heißt das Blasendach wird durch die vollständige Epidermis gebildet. Klinisch zei- ►►



gen sich meist große, pralle Blasen und Erosionen auf gerötetem Grund. Starker Juckreiz ist ein obligatorisches Leitsymptom. Der Allgemeinzustand ist meist nicht eingeschränkt, die Schleimhäute sind selten betroffen. Zu Beginn der Erkrankung bestehen oft lediglich juckende, gerötete Plaques ohne sichtbare Blasenbildung. Grundsätzlich sollte daher bei jeder juckenden Dermato­se bei älteren Menschen auch an ein bullöses Pemphigoid gedacht werden. Die Diagnose erfolgt durch Histologie und Immunfluoreszenz (zum Nachweis der Autoantikörper in Blut und Gewebe). In einer prospektiven Studie konnte schon vor Jahren gezeigt werden, dass topische Kortikosteroide im Vergleich zu systemischen bei gleicher Wirksamkeit sicherer sind. Ein initialer Therapieversuch mit alleiniger Lokaltherapie ist daher jedenfalls gerechtfertigt. Einschränkung ist der hohe pflegerische Aufwand einer zweimal täglichen Ganzkörpertherapie mit Kortisonsalben. Nicht zuletzt deshalb ist der Einsatz von systemischen Kortikosteroiden - allein oder in Kombination mit Immunsuppressiva (zum Beispiel Azathioprin, Mycophenolat) - häufig nicht vermeidbar. Wird eine Remission erzielt, muss eine niedrig dosierte Langzeittherapie zur Verhinderung von Rezidiven beibehalten werden. Wie bei jeder länger dauernden systemischen Kortisonbehandlung sollte begleitend eine Osteoporoseprophylaxe durchgeführt werden.

Chronische Wunden

Ulcus cruris, Dekubitus und diabetische Fußulzera sind die wichtigsten Erscheinungsformen von chronischen Wunden bei geriatrischen Patienten mit besonderen Anforderungen an Interdisziplinarität bei Diagnostik und Therapie. Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung und Vermarktung moderner Verbandstoffe in den letzten Jahrzehnten wird häufig der Lokaltherapie, das heißt der Art des Wundverbandes, überproportionale Bedeutung beigemessen. Für alle chronischen Wunden in der Geriatrie gilt, dass die Auswahl des Verbandsmaterials in erster Linie palliativen und

pflegerischen Überlegungen folgen muss. Moderne Verbandsmaterialien (oft semi-okklusive, nicht-klebende, saugende Materialien) sind dafür hervorragend geeignet. Medizinische Behandlungskonzepte müssen aber vielmehr auf die Ursache der Wundheilungsstörung zielen, die in der Regel vom Wundverband nicht beeinflusst werden kann. Beim Ulcus cruris sind das vor allem arterielle und venöse Durchblutungsstörungen; seltener kommen auch Traumen, Infektionen, Vaskulitiden und Tumore als Ursachen in Frage.

Bei Druckulzera ist die Diagnose meist eindeutig. Dekubitus muss als gravierende medizinische Diagnose mit hoher Mortalität ernst genommen werden. Ein beginnender Dekubitus muss unmittelbar durch Mobilisation, Lagerung und/oder Spezialmatratzen behandelt werden. Bei tiefen Dekubitalgeschwüren sollte - wenn es der Allgemeinzustand des Patienten erlaubt - eine plastisch-chirurgische Deckung zumindest diskutiert werden. Entscheidend bei allen Risikopatienten ist jedoch eine wirksame Prophylaxe. Ziel der prophylaktischen Maßnahmen ist die Erhaltung der Mobilität, Vermeidung von konstanten Belastungen durch regelmäßige Umlagerung, physikalische Therapie und Anwendung von Lagerungshilfen und Spezialbetten. Die Bedeutung von supportiven Maßnahmen (Ausgleich von Flüssigkeits- und Nahrungsdefiziten, Schmerztherapie) sollte nicht unterschätzt werden und wird durch eine wachsende Zahl von Studien belegt.

Ähnlich wie beim Dekubitus sind auch diabetische Fußwunden meist druckbedingt. Neuropathische Veränderungen des Fußskeletts führen zu Fehlbelastung und allein oder in Verbindung mit arterieller Verschlusskrankheit zu Druckstellen und schlecht heilenden, oft tief perforierenden Wunden an den Zehen und Fußsohlen mit einem hohen Risiko für Weichteilinfektionen und Amputation. Prophylaxe durch gute Fußpflege und geeignete Schuhe sowie interdisziplinäre Behandlung durch Internisten, Orthopäden, Chirurgen, Dermatologen und Neurologen ist

meist erforderlich. Für alle chronischen Wunden in der Geriatrie gilt, dass durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und in Abstimmung mit Patienten, Angehörigen und Pflegepersonen den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten angepasste Therapieziele zu formulieren sind, die von operativem Wundverschluss bis zur ausschließlich konservativ-palliativen Schmerzlinderung reichen können.

Zusammenfassung

Die angeführten Beispiele sollen zeigen, dass bei dermatologischen Problemen, die gegen Lebensende bei altersbedingten Funktionseinschränkungen und Neigung zur Multimorbidität auftreten, ein besonderer Handlungsbedarf besteht. Das betrifft sowohl Erkrankungen mit Operationsindikation (zum Beispiel NMSC, chronische Wunden) als auch pharmakologische Interventionen (zum Beispiel Immunsuppressiva bei bullösem Pemphigoid, Schmerztherapie bei Zoster). Das Vorenthalten einer wirksamen Behandlung sollte in diesen Situationen ebenso vermieden werden wie eine Übertherapie. Sinnvolle Entscheidungen und Behandlungskonzepte benötigen neben fachlicher Expertise in Dermatologie und Geriatrie vor allem die Berücksichtigung des Patienteninteresses. **◀◀**

***) Univ. Prof. Dr. Franz Trautinger,**
Universitätsklinikum St. Pölten/Abteilung für
Haut- und Geschlechtskrankheiten,
Propst Führer-Straße 4, 3100 St. Pölten,
Tel.: 02742/9004/11909 oder 11906;
E-Mail: franz.trautinger@stpoelten.lknoe.at

Lecture Board:

Prim. Univ. Prof. Dr. Josef Auböck,
AKH Linz/Abteilung für Dermatologie
und Venerologie;
Univ. Prof. Dr. Michael Binder,
AKH Wien/Abteilung für allgemeine
Dermatologie

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Universitätsklinikum St. Pölten

➤ Hautkrankheiten im Alter

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ Punkte für das DFP zu erwerben.

Nach der Lektüre des State of the Art-Artikels beantworten Sie bitte die Multiple choice-Fragen. Eine Frage gilt dann als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein, damit zwei DFP-Fachpunkte im Rahmen des Literaturstudiums anerkannt werden. Schicken Sie diese Seite entweder per Post oder Fax an:

Verlagshaus der Ärzte GmbH
z. H. Frau Claudia Chromy,
1010 Wien, Nibelungengasse 13,
Fax: 01/512 44 86/24
Wir ersuchen Sie, uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum 18. Mai 2015 zu retournieren.

Auch online unter:
www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium



Fragen:

1) Die Inzidenz welcher Hauttumore nimmt mit dem Alter zu?:
(vier Antworten richtig)

- ☐ a) Conylomata acuminata
- ☐ b) Plattenepithelkarzinome
- ☐ c) Seborrhoische Warzen
- ☐ d) Basalzellkarzinome
- ☐ e) Lentigo maligna-Melanom

2) Welche Aussagen zu aktinischen Keratosen sind richtig?:
(drei Antworten richtig)

- ☐ a) Aktinische Keratosen sind Vorläufer von invasiven Plattenepithelkarzinomen der Haut.
- ☐ b) Die Therapie von aktinischen Keratosen besteht in chirurgischer Exzision.
- ☐ c) Aktinische Keratosen treten häufig an Handflächen und Fußsohlen auf.
- ☐ d) Sonnenschutz kann das Auftreten von aktinischen Keratosen verhindern.
- ☐ e) Aktinische Keratosen können wirksam mit nicht-invasiven Lokaltherapien behandelt werden.

3) Juckreiz ist ein typisches Symptom folgender Erkrankungen:
(drei Antworten richtig)

- ☐ a) Skabies
- ☐ b) Ulcus cruris
- ☐ c) Aktinische Keratose
- ☐ d) Ekzem
- ☐ e) Bullöses Pemphigoid

4) Welche Aussagen treffen bei Herpes zoster zu?: (eine Antwort richtig)

- ☐ a) Zoster erfordert keine spezifische Therapie.
- ☐ b) Zoster ist im Alter selten von Komplikationen begleitet.
- ☐ c) Für Zoster steht ein spezifischer Impfstoff zur Verfügung.
- ☐ d) Wer Varicellen durchgemacht hat, benötigt keine Zoster-Impfung.
- ☐ e) Postzosterschmerz kann durch frühzeitige Kortisongabe verhindert werden.

5) Zur Behandlung des bullösen Pemphigoids: (zwei Antworten richtig)

- ☐ a) reicht als Entscheidungsgrundlage die klinische Verdachtsdiagnose aus.
- ☐ b) wird initial ein Therapieversuch mit topischen Kortikosteroiden empfohlen.
- ☐ c) sind systemische Kortikosteroide kontraindiziert.
- ☐ d) ist meist eine langfristige Behandlung mit Kortikosteroiden erforderlich.
- ☐ e) gibt es keine aussagekräftigen klinischen Studien.

6) Welche Aussagen zu Pilzinfektionen der Füße sind richtig?:
(drei Antworten richtig)

- ☐ a) Die Diagnose einer Onychomykose erfordert immer einen Erregernachweis.
- ☐ b) Onychomykosen müssen immer topisch oder systemisch behandelt werden.
- ☐ c) Interdigitalmykosen werden als Eintrittspforten für Erysipel betrachtet.
- ☐ d) Amphotericin B ist zur Behandlung der Tinea pedis geeignet.
- ☐ e) Bei der Behandlung der Onychomykose ist die systemische der topischen Therapie überlegen.

Absender:

Bitte deutlich in Blockbuchstaben ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!

Name: _____

Meine ÖÄK-Arztnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Turnusarzt/Turnusärztin
- ☐ Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- ☐ Facharzt/Fachärztin für _____

- ☐ Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- ☐ Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto. Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| < 30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | > 60 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Mehr als zwei Drittel der Fragen richtig beantwortet: 0