

Periorbitale Ekzeme - Ätiologie-Klinik-Therapie

Prof. Dr. Abeck, München

Während die Epidermis als äußerste Körperhülle durchschnittlich eine Dicke von 0,1 mm aufweist, ist sie im Gesicht und speziell den Augenlidern nochmals etwa 5mal dünner mit einer durchschnittlichen Dicke von nur 0,02 mm. Hierdurch wird die Penetration von Kontaktallergenen und Irritantien erleichtert. Eine weitere Besonderheit dieser Region ist der häufige mechanische Kontakt durch das Reiben mit den Fingern, das täglich etwa 50- bis 100-mal erfolgt. Diese Besonderheiten erklären, dass Lidexzeme häufig auch isoliert auftreten. Der Leidensdruck der Betroffenen ist aufgrund der exponierten Lage besonders hoch.

Die Ursachen für ein Lidexzem können vielfältig sein. Meist liegen Kontaktallergien vor, es gibt jedoch auch nicht allergische Hauterkrankungen.

Die Lid- und Gesichtshaut ist die dünnste Haut am Körper. Daher können Allergene an diesen Hautstellen Ekzeme hervorrufen, selbst wenn andere Hautareale, die mehr Kontakt mit dem Allergen haben, nicht reagieren.

Das unwillkürliche Reiben der Augen führt dazu, dass alle denkbaren Substanzen des täglichen Lebens, mit denen die Hände in Berührung kommen, als möglicher Auslöser betrachtet werden müssen.

Ist ein Allergieauslöser mittels Pflastertest identifiziert und kann gemieden werden, heilt das Lidexzem - je nach Ausprägung - nach einigen Tagen bis Wochen ab.

Am häufigsten sind dekorative Kosmetika sowie Gesicht- und Körperpflegeprodukte die Auslöser von Lidexzemen. So können Duftstoffe in Gesichts- und Körperpflegeprodukten oder auch Konservierungsstoffe in Kontaktlinsenflüssigkeiten Auslöser sein.

Aber auch weitere Produkte wie Shampoo, Duschgel, Bodylotion, Handcreme etc. können ursächlich sein. Ebenso wie Produkte, die man vielleicht nicht spontan in Betracht zieht, wie Parfum, Nagellack, Rasiercreme, Haushaltsreiniger, Spülmittel oder Werkstoffe am Arbeitsplatz. Ein Lidexzem kann auch im Umfeld einer Neurodermitis auftreten und es kann – wenn auch selten - durch Kontakt mit (einigen) Zimmerpflanzen (wie Primeln) ausgelöst werden.

Epidemiologie

Lidexzeme sind häufig, obwohl dezidierte Studien zur Prävalenz fehlen. Alle Untersuchungen zeigen eine deutliche Prävalenz des weiblichen Geschlechts im Verhältnis Frauen zu Männern von 4:1.

Klinik

Ekzeme im Lidbereich erfassen in der Regel die Ober- und/oder Unterlidbereiche und manifestieren sich in Abhängigkeit von der Akuität und der Bestehensdauer mit unterschiedlich stark entzündlichen schuppenden Erytheme und Infiltration und Juckreiz-bedingten Kratzexkoriationen und Krusten. Aufgrund des klinischen Bildes ist die Zuordnung zu einer spezifischen Erkrankung vielfach nicht möglich.

Ätiologie

Allergische Kontaktekzeme stellen die häufigste Ursache für Lidekzeme dar gefolgt von Ekzemen als (Teil-)Manifestation des atopischen Ekzems und den irritativ verursachten Ekzemen (s. Tabelle 1)

Tabelle 1 : Die häufigsten Ursachen von Lidekzemen - Ergebnisse der Untersuchungen der Universitätshautklinik Erlangen (Feser&Mahler, 2010)

allergisches Kontaktekzem	54% (direkt kontaktallergisch 44%, durch aerogenen Kontakt 10,2%)
atopisches Ekzem	25%
irritatives Kontaktekzem	9,1%

Die häufigsten Kontaktallergene sind Metalle, Duft- und Konservierungsstoffe (Landeck et al. 2014). Der Anteil sekundär ekzematisierte Dermatosen wie z.B. einer ekzematisierten Psoriasis vulgaris lag in der Arbeit von Feser und Mahler unter 10%.

Therapie

Unabhängig der zugrundeliegenden Ursachen, die entsprechend abgeklärt werden müssen und bei detektierten allergischen oder irritativen Auslösefaktoren konsequent vermieden werden müssen, folgt die Behandlung von Lidekzemen den Grundlagen der Ekzemtherapie und beinhaltet eine Basispflege sowie bedarfsweise eine antientzündliche Therapie (Tabelle 2).

Tabelle 2: Behandlung von Lidekzemen

<i>Basistherapie</i>	<i>z.B. mit ALLERGIKA®-Augenlidcreme, Applikationsfrequenz: mehrfach täglich</i>
<i>Antiinflammatorische Therapie</i>	<i>vorzugsweise Calcineurin-Inhibitoren Pimecrolimus oder Tacrolimus: morgens & abends bis vollständigen Abheilung</i>
	<i>bei Unverträglichkeit topische TIX-2 Steroide Prednicarbat, Methylaceponat, Mometasonfuroat: 1 x tgl. spätnachmittags bis Abheilung, dann rasches Ausschleichen</i>

Basistherapie

Diese zielt auf eine Verbesserung der gestörten Hautbarriere ab. Die Anforderungen an das Basistherapeutikum betreffen seine Inhaltsstoffe, seine Galenik und seine durch Studien-belegte klinische Wirkung.

ALLERGIKA®-Augenlidcreme erfüllt die Anforderungen an ein optimales Basistherapeutikum im Lidbereich: die Zubereitung ist frei von Duft-, Farb- und Konservierungsstoffen, Parabenen und natürlichen Allergenen. Es liegt in einer W/O-Formulierung vor, die nach Untersuchungen von Wohlrab und Kollegen (2016) die bevorzugte Darreichungsform bei der Behandlung chronischer Barrierschäden ist.

Darüber hinaus konnte die klinische Wirksamkeit der ALLERGIKA®-Augenlidcreme im Rahmen einer Anwendungsbeobachtung an 26 Patienten mit Lidexzemen unterschiedlicher Ätiologie gezeigt werden (Malíčková, 2018).

Unterstützend können feuchte Waschlappen bei stärkerer Schwellung mehrfach für etwa 15 Minuten auf die Augenregion gelegt werden, wobei auf regelmäßiges Eincremen mit der Basispflege zu achten ist um Austrocknungen vorzubeugen.

Antiinflammatorische Therapie

Pimecrolimus und Tacrolimus sind die idealen antientzündlichen Wirkstoffe für den Lidbereich, da sie keine Hautatrophie verursachen können und sind bei jeder Form des Lidexzems wirksam, wobei ihre Zulassung lediglich das atopische Ekzem ist. Jedoch kommt es in etwa 10% zu einer Unverträglichkeit, die sich in Form von heftigem Brennen oder Schmerzen äußert.

In diesen Fällen muss auf topische Steroide gewechselt werden, wobei Prednicarbat, Methylceponat und Mometasonfuroat aufgrund ihres hervorragenden Wirkungs-Nebenwirkungs-Verhältnisses die Therapeutika der Wahl sind. Als unerwünschte Nebenwirkung kann eine periokuläre Dermatitis resultieren.

Literatur

Chisholm SAM, Couch SM, Custer PL (2017) Etiology and management of allergic eyelid dermatitis. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 33:248-250

Feser A, Mahler V (2010) Periokuläre Ekzeme: Ursachen, Differenzialdiagnosen und Therapie. *J Dtsch Ges Dermatol* 8:159-166

Landeck L, John SM, Geier J (2014) Periorbital dermatitis in 4779 patients - patch test results during a 10-year period. *Contact Dermatitis* 70:205-212

Wohlrab J, Richter C, Stauder S (2016) Präklinische und klinische Validierung der kutanen Bioverfügbarkeit der hydrophilen Phase einer W/O-Emulsion. *J Dtsch Dermatol Ges* 14:698-705

Malíčková, *Dermatológia pre prax*, 2018;12(3):119-124, ISSN: 1337-1746.

Wolf R, Orion E, Tüzün Y (2014) Periorbital (eyelid) dermatitides. *Clin Dermatol* 32:131-140