

Aus der Hautklinik
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster/Westfalen
(Direktor: Prof.Dr.med. Egon Macher)

Das Krankheitsbild der perioralen Dermatitis
dargestellt anhand des Krankengutes der
Universitäts-Hautklinik der Jahre 1972 u. 1973

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster

vorgelegt von
Helga Ballerstaedt
aus Rostock

1974

GLIEDERUNG

Vorbereitung

I. Teil

Die periorale Dermatitis vor dem Hintergrund der bisherigen Forschung.

- 1) Beschreibung des Krankheitsbildes als periorale Dermatitis
- 2) Epidemiologie und Klinik der perioralen Dermatitis
 - a) Epidemiologie
 - b) Lokalisation der perioralen Dermatitis
 - c) Morphologie, Beschwerdebild und Verlauf
 - d) Differenzialdiagnose
- 3) Pathogenese der perioralen Dermatitis

DEKAN: Prof.Dr.med.

REFERENT: Prof.Dr.med.S.Nolting

KORREFERENT: Prof.Dr.med.E.Macher

Tag der mündlichen Prüfung:

a) Therapie

II. Teil

Herstellung und Auswertung der eigenen Untersuchungs-
ergebnisse

- 1) Aufschlüsselung der Datenbasis
- 2) Auswertung der Daten in einzelnen
 - a) Patientenzahl
 - b) Geschlechts- und Altersverteilung
 - c) Berufsverteilung
 - d) Bestandsdauer der Erkrankung bis zur Auf-
sachen der Klinik
- 3) Zusammenhänge zwischen den in Betracht gezogenen
Auslösefaktoren und der perioralen Dermatitis
 - a) hormonelle Antikonzeptiva
 - b) Kosmetikgebrauch und Hauttyp

GLIEDERUNG

| | <u>Seite</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| c) mikrobielle Infektionen | 33 |
| d) Magen-Darm-Erkrankungen | 33 |
| Einleitung | <u>Seite</u> 1 |
| I. Teil | |
| Die periorale Dermatitis vor dem Hintergrund der bisherigen Forschung. | 3 |
| 1) Bezeichnung des Krankheitsbildes als periorale Dermatitis | 3 |
| 2) Epidemiologie und Klinik der perioralen Dermatitis | 5 |
| a) Epidemiologie | 5 |
| b) Lokalisation der perioralen Dermatitis | 6 |
| III. c) Morphologie, Beschwerdebild und Verlauf | 7 |
| d) Differentialdiagnose | 10 |
| 3) Pathogenese der perioralen Dermatitis | 12 |
| a) allgemeine Übersicht | 12 |
| Literatur b) hormonelle Antikonzeptiva | 13 |
| c) Kosmetikgebrauch | 15 |
| Leben d) mikrobielle Infektionen | 17 |
| e) corticosteroidhaltige Externa | 19 |
| 4) Therapie | 22 |
| II. Teil | |
| Darstellung und Auswertung der eigenen Untersuchungsergebnisse | 24 |
| 1) Aufschlüsselung der Datenbasis | 24 |
| 2) Auswertung der Daten im einzelnen | 26 |
| a) Patientenzahl | 26 |
| b) Geschlechts- und Altersverteilung | 27 |
| c) Berufsverteilung | 28 |
| d) Bestandsdauer der Erkrankung bis zum Aufsuchen der Klinik | 29 |
| 3) Zusammenhänge zwischen den in Betracht kommenden Auslösfaktoren und der perioralen Dermatitis | 30 |
| a) hormonelle Antikonzeptiva | 30 |
| b) Kosmetikgebrauch und Hauttyp | 31 |

| | <u>Seite</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| c) mikrobielle Infektionen | 33 |
| d) Magen-Darm-Erkrankungen | 34 |
| e) Anwendung Corticosteroidhaltiger Externa | 35 |
| 4) Darstellung des Krankheitsbildes und -verlaufes unter Berücksichtigung der vorausgegangenen externen Behandlung mit Corticosteroiden | 37 |
| a) Effloreszenzen vor Beginn der externen Applikation von Corticosteroiden | 37 |
| b) Hauterscheinungen und Beschwerdebild der perioralen Dermatitis | 38 |
| 5) Therapiegrundlinien und Heilungsverlauf | 40 |

III. Teil

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Diskussion der Untersuchungsergebnisse auf der Grundlage des derzeitigen Forschungsstandes | 41 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|-----------|----|
| Literatur | 48 |
|-----------|----|

Lebenslauf

... das die zu erwähnten Hauterscheinungen zugehörig sind. ...

... das Auftreten der perioralen Dermatitis ...

... Anwendung hochwirksamer externer Corticoidpräparate ...

... längeres Zeitraumbisweg, die keineswegs auf kritische Bewertung zu erfolgen zu sein braucht. Corticoidpräparate werden in zunehmendem Maße, auch ohne medizinische Indikation zu sein, bedenken- oder gedankenlos aus nichtigen Spiel oder auch zur regelmäßigen Haut- und Gesichtspflege wie ein Kosmetikum benutzt.

Die vielfachen Behandlungserfolge mit extern angewandten hochpotenten Corticoidpräparaten werden für die dermatologische Praxis die Frage auf, ob bei nicht schwerwiegenden Hauterscheinungen nicht zunächst zu einer corticoidfreien Medikation gegriffen werden sollte, damit die Patienten erst gar nicht in Versuchung geführt werden, wegen des anfänglich bestehend guten Heilungsverlaufes und der guten Verträglichkeit die corticoidhaltigen Externa weiter zu benutzen. Es wäre immerhin Überlegungswert, ob nicht auf solchen Präparaten beigefügten Handlungsanweisungen

Einleitung

deutlicher als bisher auf nachteilige Nebenwirkungen eines

Seit 1964 wird zunehmend in der Literatur über eine Hauterkrankung berichtet, die in der dermatologischen Praxis mit der Diagnose: periorale Dermatitis belegt wird. Es handelt sich dabei, wie die Bezeichnung bereits besagt, um Hauterscheinungen im Gesicht, die vorwiegend um den Mund herum in Form von Erythem, Schuppung, Papeln und Pusteln auftreten. Zur Erklärung der Ursache scheint sich auf den ersten Blick der ständig zunehmende Gebrauch von Gesichtspflegemitteln und Kosmetika anzubieten. Neuere dermatologische Forschungsergebnisse lassen jedoch den Schluß zu, daß die zu erklärenden Hauterscheinungen möglicherweise durch eine sich überlagernde Ursachenkette, die mit einem Arzneimittelmiß- oder -fehlgebrauch zusammenhängt, hervorgerufen werden. Denn in der überwiegenden Zahl aller Fälle besteht eine auffällige zeitliche Koinzidenz zwischen dem Auftreten der perioralen Dermatitis und der Anwendung hochwirksamer externer Corticoidpräparate über einen längeren Zeitraum hinweg, die keineswegs auf ärztliche Anordnung hin erfolgt zu sein braucht. Corticoidpräparate werden in zunehmendem Maße, auch ohne medizinisch indiziert zu sein, bedenken- oder gedankenlos aus nichtigem Anlaß oder auch zur regelmäßigen Haut- und Gesichtspflege wie ein Kosmetikum benutzt. Die vielfachen Behandlungserfolge mit extern angewandten hochpotenten Corticoidpräparaten werfen für die dermatologische Praxis die Frage auf, ob bei nicht schwerwiegenden Hauterscheinungen nicht zunächst zu einer cortisonfreien Medikation gegriffen werden sollte, damit die Patienten erst gar nicht in Versuchung geführt werden, wegen des anfänglich bestechend guten Heilungsverlaufes und der guten Verträglichkeit die corticoidhaltigen Externa weiter zu benutzen. Es wäre immerhin überlegenswert, ob nicht auf solchen Präparaten beigefügten Handzetteln

deutlicher als bisher auf nachteilige Nebenwirkungen eines langdauernden Gebrauchs externer Corticoidpräparate hingewiesen werden sollte. Diese Arbeit hat es sich zur Aufgabe gemacht, den bisherigen Forschungszustand zum Krankheitsbild der perioralen Dermatitis aufzuarbeiten und mit den Ergebnissen eigener Untersuchungen anhand des Patientengutes der Universitäts-Hautklinik Münster aus den Jahren 1972 und 1973 zu konfrontieren.

Die Zeit in der vorliegenden Arbeit die Veröffentlichung von HENCKES und SCHMIDT 1964 über "Lupus erythematosus facialis" das erstmalig später nicht mehr als Ursache angesehen wurde der perioralen Dermatitis identifiziert werden konnte. Die Beschreibung perioraler Dermatitis geht auf eine zeitlich spätere Veröffentlichung von HENCKES (1968, 1969) zurück. Der Name periorale Dermatitis ist dem in der Folgezeit wiederholt in der englischsprachigen Literatur aufgegriffen worden. So HENCKES et al. 1968 und VERBOV und ABELL 1968, bzw. auch in französischen Übersetzungen (s.B. ROOK, WILKINSON, HOLLAND 1968) und wird wie das Literaturverzeichnis unten das weitere zurweist, bis zur Gegenwart ziemlich durchgängig benutzt. Daraus hat auch der Daxtext nichts anderes können, daß die periorale Dermatitis bezeichnete Krankheitsveränderungen nicht nur an dem Mund herum beobachtet werden, sondern durchaus auch in erheblichen weiteren Teilen des Gesichtes etwa um die Augen herum auftreten. Inwiefern jedoch es bemerkenswert, daß bereits 1965 von HACHRUBT die entsprechende Bezeichnung "faciale Dermatitis" benutzt worden ist, ohne daß sich allerdings diese Bezeichnung in irgend einer Weise durchgesetzt hätte. Auch eine auf besondere Kosmetikgewohnheiten der Patienten zurückzuführende Gesichtspflegedermatitis (BOATMAN, MORRIS 1970) ist in der Literatur nicht weiter aufgegriffen worden. In der deutschsprachigen Literatur der letzten Jahre ist im Anschluß an einen Aufsatz von SCHMIDT und HACHRUBT 1968³⁵ neben der in der englischsprachigen Literatur

wandten Bezeichnung periorale Dermatitis die Bezeichnung I. Teil

Die periorale Dermatitis vor dem Hintergrund der bis-

herigen Forschung

1) Bezeichnung des Krankheitsbildes als periorale Dermatitis.

Als Erstbeschreibung einer perioralen Dermatitis galt lange Zeit in der medizinischen Literatur die Veröffentlichung von FRUMESS und LEWIS 1957 über "light sensitive seborrhoeid", das freilich später nicht mehr als Erscheinungsform der perioralen Dermatitis identifiziert werden konnte. Die Bezeichnung periorale Dermatitis geht auf eine zeitlich spätere Veröffentlichung von MIHAN, AYRES 1964 zurück. Der Name periorale Dermatitis ist dann in der Folgezeit wiederholt in der englischsprachigen Literatur aufgegriffen worden. So HJORTH et al. 1968 und VERBOV und ABELL 1968, hat auch in Lehrbüchern Eingang gefunden (z.B. ROOK, WILKINSON, EBLING 1968) und wird wie das Literaturverzeichnis unten des weiteren ausweist, bis zur Gegenwart ziemlich durchgehend benutzt. Daran hat auch der Umstand nichts ändern können, daß als periorale Dermatitis bezeichnete Krankheitserscheinungen nicht nur um den Mund herum beobachtet werden, sondern durchaus auch in sämtlichen weiteren Teilen des Gesichtes etwa um die Augen herum auftreten. Insofern scheint es bemerkenswert, daß bereits 1965 von KAUFMANN die umfassendere Bezeichnung "facial Dermatitis" benutzt worden ist, ohne daß sich allerdings diese Bezeichnung in irgend einer Weise durchgesetzt hätte. Auch eine auf besondere Kosmetikgewohnheiten der Patienten abzielende Bezeichnung Gesichtspflegedermatitis (BOATENG, NOLTING 1972) ist in der Literatur nicht weiter aufgegriffen worden.

In der deutschsprachigen Literatur hat dagegen zunächst im Anschluß an einen Aufsatz von STREMPER und STEIGLEDER 1968³⁵ neben der in der englischsprachigen Literatur ver-

wandten Bezeichnung periorale Dermatitis die Bezeichnung "rosaceaartige Dermatitis" erheblich an Boden gewonnen, die etwa auch von MILBRADT 1972 bei der Abfassung einer einschlägigen Monographie zugrunde gelegt wurde. Der Vergleich mit dem Krankheitsbild der Rosacea hat wie der Forschungsansatz von MILBRADT zeigt, sich keineswegs auf die Deskription des äußeren Erscheinungsbildes der perioralen Dermatitis beschränkt, sondern auch Hypothesen über ätiologische Zusammenhänge zwischen perioraler Dermatitis und Rosacea in den Vordergrund gerückt und damit zugleich Ansätze, in der perioralen Dermatitis ein selbständiges Krankheitsbild zu sehen, zurücktreten lassen. Dazu fordern jedoch neuere Forschungsergebnisse heraus, die die periorale Dermatitis im Zusammenhang mit der externen Anwendung von fluoridierten Corticoiden erscheinen lassen (SNEDDON 1972, RÖCKL, SCHUBERT 1971, WEBER 1972, GESCHWANDTNER 1973). Es scheint deshalb angebracht, auch von der Bezeichnung her den Zusammenhang mit der Rosacea aufzugeben und diese Erkrankung als periorale Dermatitis zu bezeichnen.

STREIGLEDER, 1969³⁷, 115 Patienten, 103 Frauen, 12 Männer, 3 Kinder. In der Mehrzahl Frauen zwischen 30 und 45 Jahren.

TOYOSI 1972: 32 Patienten, 30 Frauen, 3 Kleinkinder, Durchschnittsalter 29 Jahre.

SNEDDON 1972: 75 Patienten, 68 Frauen, 5 Männer.

BOATENG, HOLTING 1972: 157 Patienten, 135 Frauen, 32 Männer, Kinder nicht besonders ausgewiesen. Altersverteilung: Mehrzahl der Fälle zwischen 20. und 40. Lebensjahr.

GRÜNDER, LEYH 1973: 30 Patienten, nur Frauen, Durchschnittsalter 30 ± 4 Jahre.

Bemerkenswert ist, daß über das Auftreten der perioralen Dermatitis an mehreren Familienmitgliedern gleichzeitig berichtet wird. VERBOV, ABELL 1968 für Mutter und Kind;

SNEDDON 1972: Vater (Apotheker), Mutter und Kind.

2) Epidemiologie und Klinik der perioralen Dermatitis

a) Epidemiologie

Unter perioraler Dermatitis wird übereinstimmend eine Durch eine große Zahl von Veröffentlichungen läßt sich belegen, daß Erkrankungen an perioraler Dermatitis seit 10 Jahren ständig zunehmen. Anhand der Literatur läßt sich verfolgen, daß die Erkrankung zuerst 1964 in Amerika, später auch in Europa und zwar in Skandinavien zuerst, dann in England und Deutschland und anderen europäischen Ländern beobachtet worden ist. Auffällig war von Anfang an, daß hauptsächlich Frauen im geschlechtsaktiven Alter erkrankten, daneben wurde vereinzelt auch über Erkrankungen bei Kindern und männlichen Patienten berichtet. Speziell zur Erkrankung bei Kindern im Alter von 2 1/2 bis 7 Jahren siehe GIANOTTI 1970. Im einzelnen werden beispielsweise folgende Verhältniszahlen berichtet. HJORTH et al. 1968: 40 Patienten, 38 Frauen, 2 Männer, Durchschnittsalter 29,6 Jahre. STEIGLEDER, STREMPER 1968³⁵ 1966-1968, 42 Patienten, davon 36 Frauen, 6 Männer. STEIGLEDER, 1969³⁷, 115 Patienten, 103 Frauen, 12 Männer, 3 Kinder. In der Mehrzahl Frauen zwischen 30 und 45 Jahren. TOYOSI 1972: 32 Patienten, 30 Frauen, 3 Kleinkinder, Durchschnittsalter 29 Jahre. SNEDDON 1972: 73 Patienten, 68 Frauen, 5 Männer. BOATENG, NOLTING 1972: 157 Patienten, 135 Frauen, 32 Männer. Kinder nicht besonders ausgewiesen. Altersverteilung: Mehrzahl der Fälle zwischen 20. und 40. Lebensjahr. GRÜNDER, LEYH 1973: 30 Patienten, nur Frauen, Durchschnittsalter 30 ± 4 Jahre. Bemerkenswert ist, daß über das Auftreten der perioralen Dermatitis an mehreren Familienmitgliedern gleichzeitig berichtet wird. VERBOV, ABELL 1968 für Mutter und Kind; SNEDDON 1972: Vater (Apotheker), Mutter und Kind.

b) Lokalisation der perioralen Dermatitis

Unter perioraler Dermatitis wird übereinstimmend eine Hauterkrankung gesehen, die meist symmetrisch ausschließlich das Gesicht befällt. Trotz der Bezeichnung der Erkrankung als periorale Dermatitis können die Hautveränderungen nicht nur im perioralen Bereich, sondern auch an sämtlichen anderen Stellen des Gesichtes lokalisiert sein. STEIGLEDER 1969³⁷ unterteilt aufgrund der Lokalisation in drei Typen,

1. den perioralen Typ mit Befall des Bereiches zwischen den Nasolabialfalten. Hierbei ist in Übereinstimmung mit anderen Autoren häufig ein 5 - 7 mm schmaler erscheinungsfreier Saum um die Lippen zu beobachten,
2. den zentrofazialen Typ mit vorwiegendem Befall der Wangen, Unterlider und der Stirn,
3. den generalisierten Typ, wobei auch häufig Mitbefall der Augenlider zu beobachten ist.

steht von MARKS et al. 1971. Dieser kam zu dem Ergebnis, daß neben geringgradigen Zeichen einer Entzündung im Bereich der Haarfollikel, perivaskulär leichte ekzematöse Veränderungen an der Epidermis und ebenfalls im Bereich der Follikel in vielen Fällen feststellbar waren, ohne daß diese Befunde als histopathologisch signifikant bezeichnet werden können. Zu ähnlichen Ergebnissen war STEIGLEDER bereits 1969³⁷ anhand allerdings nur weniger histologischer Untersuchungen gekommen. Auffällig erschienen auch ihm die Veränderungen im Bereich der Haarfollikel und besonders im Bereich der Talgdrüsenausführungsgänge mit Erweiterung der Gefäße, Ödem und lymphozytären Infiltraten. Dieser Befund entspricht dem der Rosacea. Im Gegensatz dazu konnte er jedoch bei der perioralen Dermatitis ein erhebliches Ödem im Bereich des Papillarkörpers nachweisen. Diese Veränderungen im Papillarkörper veranlaßten STEIGLEDER zu der Mutmaßung, daß neben einer Störung im Bereich der Talgdrüsenausgänge toxische Einflüsse auf die obersten Cutisschichten zu den Veränderungen geführt haben müßten.

c) Morphologie, Beschwerdebild und Verlauf

Übereinstimmend werden als charakteristische Effloreszenzen der perioralen Dermatitis scharf umschriebene, halbkugelige bis spitzkegelige Papeln von roter bis braunroter Farbe auf erythematösem, häufig schuppendem Grund in herpetiformer Anordnung beschrieben. Diese tragen oft eine weißliche oder gelbliche Spitze, die nach STEIGLEDER (1969)³⁷ aufgrund histologischer Untersuchungen eine Pustel durch ein ausgedehntes Ödem im Papillarkörper imitieren und als Pseudopusteln in der Literatur Eingang gefunden haben. Obwohl histologische Untersuchungen regelmäßig wegen der damit verbundenen Probeexcisionen im Gesichtsbereich von den Patienten nur ungern zugelassen werden, liegen gleichwohl darüber Untersuchungsergebnisse vor.

Die ausführlichste, wegen ihrer verhältnismäßig großen Zahl von 26 Patienten repräsentativste Untersuchungsreihe stammt von MARKS et al. 1971. Dieser kam zu dem Ergebnis, daß neben geringgradigen Zeichen einer Entzündung im Bereich der Haarfollikel, perivaskulär leichte ekzematöse Veränderungen an der Epidermis und ebenfalls im Bereich der Follikel in vielen Fällen feststellbar waren, ohne daß diese Befunde als histopathologisch signifikant bezeichnet werden können. Zu ähnlichen Ergebnissen war STEIGLEDER bereits 1969³⁷ anhand allerdings nur weniger histologischer Untersuchungen gekommen. Auffällig erschienen auch ihm die Veränderungen im Bereich der Haarfollikel und besonders im Bereich der Talgdrüsenausführungsgänge mit Erweiterung der Gefäße, Ödem und lymphozytären Infiltraten. Dieser Befund entspricht dem der Rosacea. Im Gegensatz dazu konnte er jedoch bei der perioralen Dermatitis ein erhebliches Ödem im Bereich des Papillarkörpers nachweisen. Diese Veränderungen im Papillarkörper veranlaßten STEIGLEDER zu der Mutmaßung, daß neben einer Störung im Bereich der Talgdrüsenausgänge toxische Einflüsse auf die obersten Cutisschichten zu den Veränderungen geführt haben müßten.

Faßt STEIGLEDER als typische Morphe der perioralen Dermatitis die oben beschriebenen Papeln und Pseudopusteln auf erythematösem schuppenden Grund auf, ^{20/}erscheint das Erscheinungsbild der perioralen Dermatitis doch vielfältiger zu sein. Übersieht man die Literatur, so werden Papeln, Papulovesikel, Pseudopusteln, Pusteln, Erythem, Schuppung und Teleangiektasien von einzelnen Autoren zur Darstellung gebracht. Pusteln und Teleangiektasien rechnete STEIGLEDER 1969³⁷ einem Hautschaden durch Steroide bzw. einer Steroidakne zu. ^{20/}Brennen, Spannungsgefühl.

Es ist selbstverständlich, daß nach neuerer Deutung der Pathogenese der perioralen Dermatitis als Folge einer langwährenden Behandlung mit fluorierten Corticosteroiden alle die oben genannten Effloreszenzen der perioralen Dermatitis zugeordnet werden können. Daß der Verlauf der perioralen Dermatitis in Schüben bei erscheinungsfreien Intervallen und nicht gesetzmäßig erfolgt, ist ziemlich einheitlich vermerkt worden (STEIGLEDER 1969³⁷, BARAN 1971, ROOK, WILKINSON, EBLING 1968). Auch ein Zusammenhang zwischen dem Verlauf und der externen Anwendung von Corticosteroiden wurde beobachtet. So zum Beispiel eine Exacerbation nach Absetzen der externen Corticoidbehandlung (STEIGLEDER 1968³⁵). GESCHWANDTNER 1973 sieht dann auch einen direkten Zusammenhang zwischen der erfolgen externen Behandlung mit fluorierten Corticosteroiden und den morphologisch verschiedenen Erscheinungsbildern der perioralen Dermatitis. Seiner Meinung nach steht die erythemato (squamöse) papulöse Komponente bei regelmäßiger Applikation der Corticoide, bei unregelmäßiger Anwendung dagegen die papulo-pustulöse Komponente im Vordergrund. Wobei er aber durchaus in der Grunderkrankung und im Lebensalter einen mitentscheidenden Faktor in der Morphologie zu sehen glaubt. Dagegen meint TOYOSI 1972 in einer Veröffentlichung im gleichen Jahr, einen eher gesetzmäßigen Verlauf der perioralen Dermatitis in drei Phasen bei erscheinungsfrei-

en Intervallen aufgrund eigener Beobachtungen bemerkt zu haben, ohne allerdings eine Erklärung für diesen gesetzmäßigen Verlauf abgeben zu können. Die drei Phasen beschreibt er wie folgt: Erst Aufschließen von Pusteln und Papeln, nach ca. drei Tagen Austrocknung und schließlich Schuppung und Erythem. Mit dieser Beobachtung steht er in der Literatur allerdings allein.

Das Beschwerdebild der perioralen Dermatitis wird ziemlich einheitlich in der Literatur dahingehend beschrieben, daß die Patienten über Brennen, Spannungsgefühl, seltener Juckreiz klagen. Allerdings scheinen die Angaben dem subjektiven Eindruck der Patienten stark zu unterliegen, da sich viele Patienten trotz ausgeprägter Hauterscheinungen beschwerdefrei fühlen. Trotz des häufig geklagten Juckreizes kamen Exacerbationen nicht zur Beobachtung.

Die Angaben zur Bestandsdauer der perioralen Dermatitis schwankten zwischen einem Monat bis zu mehreren Jahren (vergleiche MARKS, BLACK 1971, BOATENG, NOLTING 1972, auch GESCHWANDTNER 1973). Zur Abheilungsdauer liegen ebenfalls Angaben in einem erheblichen Schwankungsbereich vor. Unverhältnismäßig kurz die Angabe von TOYOSI 1972 mit 2 - 3 Wochen, eher realistischer die Angaben bei GESCHWANDTNER 1973 mit 3 - 16 Wochen.

Mitbefall anderer Körperregionen, histologische und morphologische Unterschiede.

3. Steroidakne: Mitbefall anderer Körperregionen, histologische und morphologische Unterschiede.

4. Halogenakne: Anamnese, Mitbefall anderer Körperregionen, histologische und morphologische Unterschiede.

5. Seborrhöisches Ekzem: Mitbefall anderer Körperregionen, histologische Unterschiede.

6. Kontaktakne: meist kurze Bestandsdauer, positive Allergietestung.

7. d) Differentialdiagnose

Entgegen der Auffassung von MILBRADT 1972 kann bei bloßem Zugrundelegen der Morphe und ihrer Lokalisation die diagnostische Abklärung wegen der Vielfalt der Erscheinungsbilder der perioralen Dermatitis in der dermatologischen Praxis durchaus Schwierigkeiten bereiten. Insbesondere da die periorale Dermatitis mit anderen Hauterkrankungen im Gesicht koinzidieren kann. Geht man allerdings von der Hypothese aus, daß die periorale Dermatitis durch externen Gebrauch fluorierter Corticosteroide hervorgerufen wird, so wird sich aufgrund der Anamnese eine eindeutige Diagnose leichter stellen lassen. Im einzelnen kommt eine Abgrenzung der perioralen Dermatitis hauptsächlich gegenüber folgenden Krankheiten differentialdiagnostisch in Betracht. Die Darstellung erfolgt im wesentlichen stichwortartig. Im übrigen haben sich in der Literatur STEIGLEDER 1971³⁸ und MILBRADT 1972 mit der Frage der Differentialdiagnose besonders befaßt.

1. Rosacea: Lebensalter: Auftreten 1 Jahrzehnt später. Ätiologie bisher ungeklärt. Augenbeteiligung/ Conjunctivitis, Blepharitis, Keratitis. Bei perioraler Dermatitis bisher nicht nachgewiesen. MC DONALD, FEIWEL 1972. Klinisches und histologisches Bild sehr ähnlich, schwer von der perioralen Dermatitis abgrenzbar.
2. Akne vulgaris: Familienanamnese, Lebensalter, Seborrhoe, Mitbefall anderer Körperregionen, histologische und morphologische Unterschiede.
3. Steroidakne: Mitbefall anderer Körperregionen. Histologische und morphologische Unterschiede.
4. Halogenakne: Anamnese, Mitbefall anderer Körperregionen, histologische und morphologische Unterschiede.
5. Seborrhoisches Ekzem: Mitbefall anderer Körperregionen, histologische Unterschiede.
6. Kontaktekzem: meist kurze Bestandsdauer, Nachweis durch Allergietestung.

7. Candidosís: Kultureller Nachweis.

8. Lupus miliaris disseminatus faciei: typischer histologischer Befund.

9. Kleinpapulöser M. Boeck: histologischer Unterschied, Organbefall, immunbiologisches Verhalten, positiver Kveim-Test.

Auslösnungsfaktoren erörtert. Dabei lassen sich im wesentlichen vier Gruppen von Faktoren unterscheiden, a) Kosmetika, b) hormonelle Faktoren, c) mikrobielle Infektionen, d) fluoridierte corticosteroidhaltige Externa (vergleiche auch die nachfolgenden speziellen Kapitel), wobei nur ausnahmsweise monokausale Erklärungen gesucht werden, sondern meistens eine Kombination mehrerer Auslösnungsfaktoren angenommen wird. Tendenziell ist festzustellen, daß neuerlich die langfristige Anwendung externer hochpotenter Corticoidpräparate verstärkt für die Auslösung der perioralen Dermatitis verantwortlich gemacht wird, ohne daß allerdings der genaue Wirkungsmechanismus erklärt werden könnte. An Hande diskutiert werden auch immer wieder Magen-Darm-Störungen aufgrund der morphologischen und klinischen Ähnlichkeit der perioralen Dermatitis mit der Rosacea, obwohl Magenfunktionsstörungen als mitauslösender Faktor der Rosacea in der neueren Literatur abgelehnt werden (MARKS et al. 1967, DEHK et al. 1968, GLOOR et al. 1971). Diabetische Veränderungen ließen sich auch bei Patienten mit perioraler Dermatitis nicht nachweisen (GLOOR et al. 1971).

Derzeitige sprache vom der bestand, daß in bestimmten Fälle Miliar und Kveim ergebnisse.

Klinische untersuchungen, die sich mit dem vordergrund der vermittlung allgemein möglich, wenn haben, zeigen bei unterschiedlicher auswertung (fragen-antworten) wichtige, die bei der dermatologischen untersuchung erwünschte beobachtungen. So werden durchgehende diagnostische zur diagnose der akne vulgaris, rosacea und der herpetiforme, z. B. eingesetzt, werden bei juri-

3) Pathogenese der perioralen Dermatitis

a) allgemeine Übersicht

Es gibt keine einheitliche Auffassung zur Ätiologie der perioralen Dermatitis, es werden vielmehr verschiedene ursächliche Auslösfaktoren erörtert. Dabei lassen sich im wesentlichen vier Gruppen von Faktoren unterscheiden, a) Kosmetika, b) hormonelle Faktoren, c) mikrobielle Infektionen, d) fluorierte corticosteroidhaltige Externa (vergleiche auch die nachfolgenden speziellen Kapitel), wobei nur ausnahmsweise monokausale Erklärungen gesucht werden, sondern meistens eine Kombination mehrerer Auslösfaktoren angenommen wird. Tendenziell ist festzustellen, daß neuerlich die langfristige Anwendung externer hochpotenter Corticoidpräparate verstärkt für die Auslösung der perioralen Dermatitis verantwortlich gemacht wird, ohne daß allerdings der genaue Wirkungsmechanismus erklärt werden könnte. Am Rande diskutiert werden auch immer wieder Magen-Darm-Störungen aufgrund der morphologischen und klinischen Ähnlichkeit der perioralen Dermatitis mit der Rosacea, obwohl Magenfunktionsstörungen als mitauslösender Faktor der Rosacea in der neueren Literatur abgelehnt werden (MARKS et al. 1967, DENK et al. 1968, GLOOR et al. 1971). Diesbezügliche Veränderungen ließen sich auch bei Patienten mit perioraler Dermatitis nicht nachweisen (GLOOR et al. 1971).

Dermatitis spricht auch der Bestand, daß in ungewöhnlicher Maße Männer und Kinder erkranken.
Hormonelle Antikonseptive, die sich zur Schwangerschaftsverhütung allgemein durchgesetzt haben, zeigen bei unterschiedlicher Zusammensetzung (Östrogen-Gestagenpräparate) vielfältige, oft bei der dermatologischen Behandlung erwünschte Nebenwirkungen. Sie werden Östrogenantagonisten zur Therapie der Akne vulgaris, Acne rosacea und des Haarausfalls, v. B. eingesetzt. Gerade bei Perio-

b) Zusammenhang zwischen hormonellen Antikonzeptiva und perioraler Dermatitis

Immer wieder werden in der Literatur vor allem hormonelle Antikonzeptiva als auslösende Faktoren angenommen. Die Erstbeschreibung geht auf GÖTZ und REICHENBERGER 1968 zurück, die aber auf die ihrer Meinung nach multifaktorielle Entstehungsursache Ovulationshemmer plus lokale Corticosteroidanwendung verweisen. Einen monokausalen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Hormonpräparaten (Presomen und Anovlar) und der Erkrankung an perioraler Dermatitis sieht EHLERS 1968 in zwei Fällen bestätigt. In einer weiteren Arbeit 1969 versucht er diese Theorie erneut zu belegen. Auch MILBRADT 1972 vermutet aufgrund eigener Beobachtungen in der Einnahme von Ovulationshemmern einen der Kofaktoren in der Ätiologie der perioralen Dermatitis. Er wie auch HJORTH et al. 1968 und STEIGLEDER 1969³⁷, beobachteten zudem eine praemenstruelle Verschlechterung der Hauterscheinungen bei einer Reihe von Patientinnen, so daß MILBRADT eine deutliche Korrelation zwischen der perioralen Dermatitis und einer Störung in der Östrogen-Progesteron-Relation zu sehen glaubt, während HJORTH et al. 1968 wie auch STEIGLEDER 1969³⁷ und 1971³⁹ und andere Autoren wie MC DONALD 1972 einen diesbezüglichen Zusammenhang verneinen. Gegen einen Kausalzusammenhang zwischen hormonellen Antikonzeptiva und perioraler Dermatitis spricht auch der Umstand, daß in zunehmendem Maße Männer und Kinder erkrankten. Hormonelle Antikonzeptiva, die sich zur Schwangerschaftsverhütung allgemein durchgesetzt haben, zeigen bei unterschiedlicher Zusammensetzung (Östrogen-Gestagengehalte) vielfältige, oft bei der dermatologischen Behandlung erwünschte Nebenwirkungen. So werden Östrogenbetonte Ovulationshemmer zur Therapie der Akne vulgaris, Seborrhoe und des Haarausfalls, z. B. eingesetzt. Gerade bei Pati-

entinnen mit Akne vulgaris, wozu auch häufig die vor der Periode zu beobachtende Pustelbildung im perioralen Bereich gerechnet wird (STEIGLEDER 1969³⁷) wird auch in der Allgemeinpraxis häufig die Anti-Baby-Pille verordnet, da unter östrogenbetonten Ovulationshemmern eine günstige Beeinflussung der Schweiß- und Talgsekretion zu erwarten ist. Nach SCHNEIDER 1971, JELÍNEK 1970 ist allerdings während des ersten Einnahmezyklusses eine Sekretionszunahme und eine erst dann langsame Abnahme der Talgsekretion zu erwarten. Auch eine gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber androgenwirkenden Nortestosteronderivaten kann zu einer Sekretionszunahme führen (SCHNEIDER 1971). Diese Ergebnisse stützen die Beobachtung Steigleders 1971, der über das Auftreten einer Akne vulgaris zu Beginn der Einnahme hormoneller Antikonzeptiva berichtet. Wie auch GÖTZ und REICHENBERGER 1968 in ihrer Arbeit daraufhin weisen, daß ein Überwiegen androgener Hormone neben virilen Veränderungen eine verstärkte Talg- und Schweißproduktion bewirken kann. Sie beobachteten sogar Neubildungen pilöser Herde, mit bevorzugtem Sitz an Oberlippe, Wange und Kinn und selbst cystenartige Verdickungen der Talgdrüsen an Patientinnen bei denen anamnestisch keine Akne vorlag und die eine feinporige Haut aufwiesen.

Es kann also unter der Einnahme von Ovulationshemmern zur Verschlechterung schon bestehender pathologischer Hautveränderungen sowie auch zur Neubildung pathologischer Effloreszenzen im Gesicht kommen. Das könnte vielfach Veranlassung geben, den Arzt aufzusuchen, der dann oft die Anwendung eines externen Corticoidpräparates empfehlen wird.

Regeneration der Haut durch geeignete Gesichtspflege und in der nachfolgenden Anwendung corticosteroidhaltiger Externa nach KÖRBER und KÖRBER 1972 die auslösende Ursache der Erkrankung. Obwohl bisher einige positive epikutane Testreaktionen (KÖRBER 1968³⁵ und MILLBART 1972) zur Beobachtung kamen, sind

c) Kosmetikgebrauch und periorale Dermatitis
Aufgrund der Lokalisation der perioralen Dermatitis im Gesicht und dem überwiegenden Befall des weiblichen Geschlechtes wird in der Literatur immer wieder die Frage aufgeworfen, ob nicht ein Zusammenhang zwischen der Anwendung von Kosmetika und dem Auftreten der perioralen Dermatitis bestände. MIHAN et al. führten bereits 1964 umfassende epikutane Allergietestungen auf angewandte Kosmetika und andere Kontaktstoffe, allerdings mit negativem Erfolg, durch. In der deutschsprachigen Literatur ist es besonders STEIGLEDER 1968³⁵, 1969³⁶, 1969³⁷, 1971³⁹, der sich mit diesem Fragenkomplex befaßt hat. Er prägte den Ausdruck Stewardessen-Krankheit im Hinblick auf die Pflegegewohnheiten dieses Personenkreises, der seine Ambulanz gehäuft aufsuchte. Zahlreiche Überempfindlichkeitsreaktionen in epikutanen Läppchentesten gegenüber Zahnpasten, Zitrusfrüchten, Formaldehyd, Seifen sowie anderen waschaktiven Substanzen bei einer Mehrzahl seiner Patienten veranlaßten ihn dazu, einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Gebrauch von Kosmetika, besonders Zahncremes, anzunehmen. Er weist aber darauf hin, daß eine echte Kontaktdermatitis auf Kosmetika von der perioralen Dermatitis abzugrenzen sei. 1971³⁹ modifizierte er seine Meinung dahingehend, daß erst das Zusammenspiel der Wirkung zahlreicher in Cremes und Salben enthaltenen Trägerstoffe, die an sich nicht als Allergen wirken, bei langdauernder Anwendung zu den bei der perioralen Dermatitis beobachteten Erscheinungen führen könnte. In dem Erliegen der physiologischen Regeneration der Haut infolge gesteigerter Gesichtspflege und in der nachfolgenden Anwendung corticosteroidhaltiger Externa sahen BOATENG und NOLTING 1972 die auslösende Ursache der Erkrankung. Obwohl bisher einige positive epikutane Testreaktionen (STEIGLEDER 1968³⁵ und MILBRADT 1972) zur Beobachtung kamen, ließ

sich ein auslösendes Agens nicht mit Sicherheit nachweisen. Nach Meinung von NASEMANN 1971 spielt denn auch die Anwendung von Kosmetika als auslösender Faktor der perioralen Dermatitis keine Rolle, und wird auch in der neueren Literatur nur selten diskutiert.

signifikant nachgewiesen können. Die Bedeutung der CIL-... SCHLICKEL 1971, der bei 10 Patienten eine periorale Dermatitis eindeutig positiv feststellte. In Intra-kutan-Test auf Candida-Infektion war negativ. Dies wegen der geringen Empfindlichkeit des Tests (SCHLICKEL 1971 und SCHLICKEL, 1972), wie es durch die CIL-... selbst bewirkt, nicht zur Diagnose einer solchen Infektion herangezogen werden. In einer Intra-kutan-Testung Hautgewebe mit Culturen der perioralen Dermatitis erkrankter, gut abgeheilte Patienten konnte ein Unterschied in der Neigung zur Candida-Infektion durch Untersuchungen von Abstrichen der Haut, Mundschleim, Nasen und Stuhl nicht festgestellt werden. SCHLICKEL 1971. Allerdings war bei 10 von 10 perioraler Dermatitis erkrankten Patienten eine Katabeseitigung der Hautveränderungen aufgetreten. Die Erklärung dafür ist nach Meinung der Autoren in der Neigung der Haut zu sehen, sich auf verletzten und erodierten Hautoberflächen anzusiedeln. Anorexole Antikonzeptive, Diabetes, Schwangerschaft, antibakterielle Antibiotika und Corticosteroide sind allgemein bekannte Faktoren, die das Manifestwerden einer Candida-Infektion begünstigen. Bei Patienten mit langjähriger interner Corticosteroidtherapie verzeichnet GÖTTLICH und REICHENBERGER 1968 aus dem Schuppenmaterial akroiformer Knötchen im Nasen-Nasenbereich *Candida albicans* zu züchten. Auch durch externe Verabfolgung von Corticosteroiden kann infolge von Immunsuppression ebenfalls mit einer Candida-Besiedlung gerechnet werden, wie es auch zu viralen und bakteriellen Super- bzw. Auflageninfektionen kommen kann. SCHLICKEL 1972. In diesem Sinne könnten die Beobachtungen von

d) Mikrobielle Infektionen und periorale Dermatitis. BUCK, KRIKHOPF 1971 gedeutet worden, die bei 47 von 69 Patienten nicht sichtbare, gramneg. Ein Zusammenhang zwischen Candida albicans-Besiedlung und perioraler Dermatitis hat sich bisher nicht signifikant nachweisen lassen. Die Beobachtung von OELSCHLEGEL 1971, der bei 24 Patientinnen mit perioraler Dermatitis eindeutig positive Testreaktionen im Intra-kutan-Test auf Candida-Extrakt verzeichnete, kann wegen der geringen Aussagekraft des Testes (GRÜNDER 1973 und SCHUBERT, RÖCKL 1972), wie im übrigen auch OELSCHLEGEL selbst bemerkt, nicht zur Belegung eines solchen Zusammenhanges herangezogen werden. In einer Vergleichsuntersuchung hautgesunder und früher an perioraler Dermatitis erkrankter, jetzt abgeheilte Patientinnen konnte ein Unterschied in der Neigung zum Candidabefall durch Untersuchungen von Abstrichen der Haut, Mundhöhle, Vagina und Stuhl nicht festgestellt werden. GRÜNDER 1971. Allerdings war bei frisch an perioraler Dermatitis erkrankten Patientinnen vermehrt eine Hefebesiedlung der Hautveränderungen aufgetreten. Die Erklärung dafür ist nach Meinung des Autors in der Neigung der Hefen zu sehen, sich auf veränderten und erodierten Hautoberflächen anzusiedeln. Hormonelle Antikonzeptiva, Diabetes, Schwangerschaft, antibakterielle Antibiotika, und Corticosteroide sind allgemein bekannte Faktoren, die das Manifestwerden einer Candida-Infektion begünstigen. Bei Patienten mit langwährender interner Cortisonmedikation vermochten GÖTZ und REICHENBERGER 1968 aus dem Schuppenmaterial akneiformer Knötchen im Kinn-Wangenbereich Candida albicans zu züchten. Auch durch externe Verabfolgung von Corticosteroiden kann infolge von Immunsuppression ebenfalls mit einer Candida-Besiedlung gerechnet werden, wie es auch zu viralen und bakteriellen Suprer- bzw. Aufflamminfektionen kommen kann. SCHÖPF 1972. In diesem Sinne könnten die Beobachtungen von

a) Corticosteroidhaltige Externa

BEHTZ 1973 und BUCH, KILKHOFF 1971 gedeutet werden, die bei 47 von 69 Patienten nicht züchtbare, gramnegative fusiforme Stäbchen im Punktionsmaterial von Pseudopusteln und Pusteln und in Schabpräparaten nachweisen konnten, die bei Rosacea nicht vorkommen. Die Autoren nehmen an, daß die fusiformen Bakterien vom Mund her mit Kosmetika in die Gesichtshaut verschmiert werden, was den überwiegend perioralen Befall und besonders auch den Befall bei Kindern erklären könnte. Diesen Untersuchungsergebnissen ist aber auch wegen der nicht möglichen Züchtbarkeit ein Aussagewert in nur begrenztem Umfange beizumessen. MILBRADT 1972 lehnt eine Mitbeteiligung bakterieller Infektion an der Pathogenese der perioralen Dermatitis überhaupt ab. *eigentlichen Corticosteroid, sondern mit den Externa* Grundlagen bzw. -zusätzen zusammenhänge. Er empfahl eine Therapie mit corticosteroidhaltigen Lotionen. Obwohl zusätzlich von anderen Autoren VAN DIJK et al. 1970 ein Versagen der Therapie mit Corticosteroiden publiziert wurde, wurden immer wieder corticoidhaltige Externa zur Behandlung der perioralen Dermatitis empfohlen. RÜCKEL 1971 hat erstmalig entschieden den Zusammenhang zwischen extern angewandten fluoridierten Corticosteroid-Präparaten und perioraler Dermatitis herausgestellt. Auf ihn geht es zurück, daß seitdem differenziert wird zwischen dem Gebrauch von nicht fluoridierten und fluoridierten Corticosteroiden und daß der ursächliche Zusammenhang mit der perioralen Dermatitis auf die Anwendung fluoridierter Corticoid-Präparate beschränkt wird. Er stützte sich dabei auf die Beobachtung, daß seine Patienten, die vor Aufsuchen seiner Klinik in wesentlichen stets fluoridierte Corticosteroid-Externa benutzt hatten, ausnahmslos abheilten, nachdem diese Präparate abgesetzt worden waren. Die 70 Patienten, über die er berichtet, waren während der Abheilung in stationärer Beobachtung und wurden sus-

e) Corticosteroidhaltige Externa behandelt. Ab-
heilungserfolge vermeldete auch SWEDDIN 1972, der
Seit dem Jahre 1971 wird dem Zusammenhang zwischen der
Anwendung von Corticosteroiden und dem Auftreten der
perioralen Dermatitis vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet.
Schon früher war bemerkt worden, daß bei einer Vielzahl
von Patienten die an perioraler Dermatitis erkrankt
waren, anamnestisch der Gebrauch von corticosteroid-
haltigen Externa, manchmal sogar einer Vielzahl davon,
nachzuweisen war. Allerdings wurde in der Anwendung
dieser Präparate kein primär ursächlicher Zusammenhang
mit dem Auftreten der Erkrankung sondern allenfalls ein
verschlimmernder Faktor gesehen. GÖTZ, REICHENBERGER
1968, BOATENG? NOLTING 1972. STEIGLEDER 1968³⁵ war der
Auffassung, daß dies nicht mit dem eigentlichen Corti-
costeroid, sondern mit den Externagrundlagen bzw. -zu-
sätzen zusammenhinge. Er empfahl eine Therapie mit
corticosteroidhaltigen Lotionen. Obwohl zusätzlich von
anderen Autoren VAN DIJK et al. 1970 ein Versagen der
Therapie mit Corticosteroiden publiziert wurde, wurden
immer wieder corticoidhaltige Externa zur Behandlung der
perioralen Dermatitis empfohlen. RÖCKL 1971 hat erst-
malig entschieden den Zusammenhang zwischen extern ange-
wandten fluorierten Corticosteroid-Präparaten und peri-
oraler Dermatitis herausgestellt. Auf ihn geht es
zurück, daß seitdem differenziert wird zwischen dem
Gebrauch von nicht fluorierten und fluorierten Corti-
costeroiden und daß der ursächliche Zusammenhang mit
der perioralen Dermatitis auf die Anwendung fluoriertes
Corticoid-Präparate beschränkt wird. Er stützte sich da-
bei auf die Beobachtung, daß seine Patienten, die vor
Aufsuchen seiner Klinik im wesentlichen stets fluorierte
Corticosteroid-Externa benutzt hatten, ausnahmslos ab-
heilten, nachdem diese Präparate abgesetzt worden waren.
Die 70 Patienten, über die er berichtet, waren während
der Abheilung in stationärer Beobachtung und wurden aus-

schließlich mit indifferenten Externa behandelt. Abheilungserfolge vermeldete auch SNEDDON 1972, der seine Patienten mit Erfolg mit hydrocortisonhaltigen Cremes behandelte. Damit war seines Erachtens der Nachweis erbracht, daß die bei der perioralen Dermatitis beobachteten Hauterscheinungen nur dem Gebrauch fluoriierter Corticosteroide anzulasten sind. Diese Auffassung wird ferner auch von WEBER 1972 geteilt. Seiner Meinung nach stellt die periorale Dermatitis jedoch eine Intoleranzreaktion auf fluorierte Corticosteroide im Bereich seborrhöischer Hautareale dar. Zum Beleg dieser Theorie führt er mehrere Beispiele an. So war z. B. durch Behandlung einer Urticaria an den Armen bei einem seiner Patienten mit fluorierten Corticosteroiden eine periorale Dermatitis perioral nach Lagerung des Gesichtes auf den Armen während des Schlafes aufgetreten, die Arme selbst aber erscheinungsfrei geblieben. Die letztgenannten Autoren versuchten auch die Primärerkrankungen, die zur Anwendung fluoriierter Corticosteroid-Externa geführt hatten, zu eruieren. Es handelte sich dabei zum größten Teil der Fälle um triviale Hautläsionen wie Herpes simplex, trockene Haut, Pöckchen usw. Zum gleichen Ergebnis kam auch GESCHWANDTNER 1973. Er ging der Frage nach, ob die periorale Dermatitis von den Corticosteroiden nur unterhalten und verändert, oder aber primär ausgelöst wird. Rezidive vermochte er bei 48 Patienten nach steroidfreier Behandlung in Nachbeobachtungen nicht auszumachen.

Der Zusammenhang zwischen perioraler Dermatitis und dem externen Gebrauch fluoriierter Corticosteroide läßt sich nur durch empirische Untersuchungsergebnisse belegen. Eine Erklärung des Wirkungsmechanismus ist von den Autoren nicht versucht worden, so daß man auch die Arbeitshypothese von TOYOSI 1972 nicht widerlegen kann, der die Auffassung vertritt, daß durch Sensibilisierung

der Haut auf sonst gut verträgliche Stoffe infolge unkontrollierter Anwendung von antibiotikahaltigen Corticosteroid-Externa das Krankheitsbild der perioralen Dermatitis hervorgerufen werden würde. Der häufige Gebrauch corticoidhaltiger Externa mit Antibiotikazusätzen ließ sich allerdings durch die sonstige Literatur nicht belegen. Für eine gezielte Therapie, MIRAN 1964 als Erstbeschreiber des Krankheitsbildes empfiehlt fraktionierte Grenzstrahlbehandlung zur Therapie der perioralen Dermatitis, deren Pathogenese ihm unerklärlich war. STEIGLEDER 1968 schied der Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Kosmetika und perioraler Dermatitis erwiesen zu sein. Konsequenter Weise sah er in Weglassen diesbezüglicher Pflegemittel den entscheidenden Schritt zur Heilung. Wie auch CHLSCHLEGEL 1971 der die Bedeutung von Hefeinfektion in der Ätiopathogenese der perioralen Dermatitis zu belegen versucht, Erfolge in der Behandlung mit Nystatin bzw. Amphotericin B zu verselben hat. Aufgrund der morphologischen Ähnlichkeit der perioralen Dermatitis mit der Rosacea, MILBRADT 1972, will die periorale Dermatitis als echte Form der Rosacea verstanden wissen, werden auch immer wieder zusätzlich zur externen Therapie Tetracyclin-Gaben oral empfohlen. STEIGLEDER 1969³⁷, BASEMANN 1970, KLEINBAUM 1971, MAC DONALD 1972.

Der Gebrauch von corticosteroidhaltigen Externa war in der Literatur lange Zeit unstritten. Daß nach Absetzen von corticosteroidhaltigen Externa eine Exacerbation zu beobachten war, beschrieb STEIGLEDER bereits 1968³⁵. Er empfahl neben der Applikation von corticosteroidhaltigen Lotionen interne Gaben von Corticosteroiden, die seinen eigenen Beobachtungen zufolge 1969³⁷ die Hauterscheinungen unterdrückten. DLJE 1970 konnte dagegen keinen Therapieerfolg in der Anwendung von Corticosteroid-Präparaten

4) Therapie

Über die Ätiologie der perioralen Dermatitis sind, wie man den vorausgegangenen Kapiteln entnehmen kann, sehr unterschiedliche Hypothesen in der Literatur vertreten worden. Dem entsprechend gab es keine allgemein anerkannten Richtlinien für eine gezielte Therapie. MIHAN 1964 als Erstbeschreiber des Krankheitsbildes empfiehlt fraktionierte Grenzstrahlbehandlung zur Therapie der perioralen Dermatitis, deren Pathogenese ihm unerklärlich war. STEIGLEDER 1968 schien der Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Kosmetika und perioraler Dermatitis erwiesen zu sein. Konsequenter Weise sah er im Weglassen diesbezüglicher Pflegemittel den entscheidenden Schritt zur Heilung. Wie auch ÖHLSCHLEGEL 1971 der die Bedeutung von Hefeinfektion in der Ätiopathogenese der perioralen Dermatitis zu belegen versucht, Erfolge in der Behandlung mit Nystatin bzw. Amphotericin B zu vermelden hat. Aufgrund der morphologischen Ähnlichkeit der perioralen Dermatitis mit der Rosacea, MILBRADT 1972, will die periorale Dermatitis als echte Form fruste der Rosacea verstanden wissen, werden auch immer wieder zusätzlich zur externen Therapie Tetracyclin-Gaben oral empfohlen. STEIGLEDER 1969³⁷, NASEMANN 1970, KLEINE-NATROP 1971, MAC DONALD 1972.

Der Gebrauch von corticosteroidhaltigen Externa war in der Literatur lange Zeit umstritten. Daß nach Absetzen von corticosteroidhaltigen Externa eine Exacerbation zu beobachten war, beschrieb STEIGLEDER bereits 1968³⁵. Er empfahl neben der Applikation von corticosteroidhaltigen Lotionen interne Gaben von Corticosteroiden, die seinen eigenen Beobachtungen zufolge 1969³⁷ die Hauterscheinungen unterdrückten. DIJK 1970 konnte dagegen keinen Therapieerfolg in der Anwendung von Corticosteroid-Präparaten

vermerken. Auch NASEMANN 1970 empfiehlt im gleichen Jahr eine nur kurzfristige Anwendung von corticosteroidhaltigen Externa, KLEINE-NATROP 1971 dagegen eine auch langfristige Therapie mit einer Prednisolon-Neomycin-Hautmilch. Parallel laufend wird aber auch immer wieder über Behandlungserfolge bei Applikation von besonders fluorierten Corticosteroid-Externa berichtet (WALTER 1971, BARAN 1971, MILBRADT 1971, TOYOSI 1972, SCHMIDT 1973) obwohl spätestens seit RÖCKL 1971 vermehrt auf die mögliche Auslösung der perioralen Dermatitis durch langfristigen Gebrauch von fluorierten Corticosteroid-Externa hingewiesen wird (siehe auch WEBER 1972, SCHUBERT 1971, SNEDDON 1971, GESCHWANDTNER 1973). Diese Autoren sehen in der perioralen Dermatitis ein Krankheitsbild, das ausschließlich als Folgezustand einer exzessiven Therapie mit fluorierten Corticosteroid-Externa zu verstehen ist. Dem gemäß stellt für sie eine absolute Karenz fluoriertes Corticoide die wichtigste therapeutische Maßnahme dar, die wie ihre Statistiken belegen, dann auch zum Heilungserfolg führt. Sie verabfolgen zur eher psychologischen Unterstützung der Patienten indifferente Externa dem jeweiligen Hautzustand des Patienten angepaßt. Eine zusätzliche Behandlung mit Tetracyclinen wird von ihnen abgelehnt. Behandlungserfolge durch Tetracycline konnten durch Vergleichsstudien von SCHUBERT 1973, WEBER 1972 dann auch nicht bestätigt werden.

Es muß jedoch zu bemerken, daß als übermäßiger Mißbrauch zu verzeichnen war mit durchweg sehr sorgfältig ausgefüllten Antworten. Die hohe Mißlaufquote läßt einen Rückschluß darauf zu, wie psychisch belastend offenbar stillschweigend diese Erkrankung im Gesicht empfunden werden ist.

* Die Fragen sind bei der Wiedergabe der Untersuchungsergebnisse in folgendem eingearbeitet.

II. Teil

Darstellung und Auswertung der eigenen Untersuchungsergebnisse.

1) Aufschlüsselung der Datenbasis

Bei dem untersuchten Patientengut handelt es sich um Patienten der Universitäts-Hautklinik Münster aus den Jahren 1972 und 1973, die mit der Diagnose periorale Dermatitis ambulant bzw. stationär untersucht und behandelt worden sind. Das Datenmaterial ist zu einem Teil durch Auswertung der ambulanten bzw. stationären Krankenblätter erhoben worden. Zur Ergänzung der teilweise unvollständigen Angaben sind darüber hinaus noch durch eine Fragebogenaktion die in der Ambulanz behandelten Patienten angeschrieben und nochmals exploriert worden⁺. Eine persönliche Wiedervorstellung und Feststellung des gegenwärtigen Hautbefundes hat dagegen nicht stattgefunden bis auf die Patienten, die sich auch weiterhin noch in unserer Betreuung befanden. Es hat sich als zweckmäßig erwiesen, die Daten, die bei der Fragebogenaktion erhoben worden sind, mit den Angaben auf den Krankenblättern zusammenzufassen, nachdem sich herausgestellt hat, daß sich die Angaben auf den Fragebögen und die anamnestischen Angaben auf den Krankenblättern größtenteils decken, jedenfalls keine größeren Differenzen aufweisen. Zur Fragebogenaktion ist zu bemerken, daß ein fast 80%iger Rücklauf zu verzeichnen war mit durchweg sehr sorgfältig ausgefüllten Antworten. Die hohe Rücklaufquote läßt einen Rückschluß darauf zu, wie psychisch belastend offensichtlich diese Erkrankung im Gesicht empfunden worden ist.

⁺ Die Fragen sind bei der Wiedergabe der Untersuchungsergebnisse im folgenden eingearbeitet.

Im folgenden soll, soweit möglich, bei der Auswertung für die beiden Beobachtungsjahre 1972 und 1973 das zusammengefaßte Patientengut zugrunde gelegt werden, um die Aussagen möglichst auf eine größere zahlenmäßige Basis stellen zu können.

Insgesamt stellten sich in den beiden Jahren 174 Patienten vor, 1972 83 Patienten, 1973 91 Patienten. Stationär waren davon insgesamt 19 Patienten. Die anderen stellten sich nur ambulant vor, davon wurden 69 zusätzlich durch Fragebögen exploriert.

Insgesamt wurden im Beobachtungszeitraum von 4 Jahren 157 Fälle an perioraler Dermatitis registriert werden konnten, waren es jetzt in nur 2 Jahren bereits 174 Fälle.

Die Patienten sind überwiegend Frauen, die Erkrankung tritt vorwiegend im Gesicht auf, besonders an den Wangen und um die Augen herum. Die Erkrankung ist mit Juckreiz verbunden und führt zu einer erheblichen Verschlechterung der Haut. Die Erkrankung ist mit einer aktiven Zeit verknüpft.

Die Tabelle zeigt die Altersverteilung des Patientengutes.

| Alter | Personen | Prozent |
|---------|----------|---------|
| 0 - 4 | 4 | 2,5 |
| 5 - 9 | 2 | 1,1 |
| 10 - 14 | 2 | 1,1 |
| 15 - 19 | 3 | 1,7 |
| 20 - 24 | 12 | 6,8 |
| 25 - 29 | 22 | 12,4 |
| 30 - 34 | 28 | 15,8 |
| 35 - 39 | 30 | 16,9 |
| 40 - 44 | 18 | 10,2 |
| 45 - 49 | 15 | 8,4 |
| 50 - 54 | 12 | 6,8 |
| 55 - 59 | 8 | 4,5 |
| 60 - 64 | 4 | 2,2 |
| 65 - 69 | 2 | 1,1 |
| 70 - 74 | 1 | 0,6 |

2) Auswertung der Daten im Einzelnen.

a) Patientenzahl

Im Vergleich zu Beobachtungen anderer Autoren war der

Es fällt auf, daß ähnlich wie in anderen Kliniken beobachtet, auch in Münster eine Zunahme der Erkrankungsfälle an perioraler Dermatitis zu verzeichnen ist. Das ergibt sich auch aus einem Vergleich der hier erhobenen Angaben mit denen von BOATENG, NOLTING, die für die Jahre 1969 bis 1971 einschließlich 157 Erkrankungsfälle beobachteten. Während damals in einem Beobachtungszeitraum von 4 Jahren 157 Fälle an perioraler Dermatitis registriert werden konnten, waren es jetzt in nur 2 Jahren bereits 174 Fälle.

der Zeit von 25. bis 40. Lebensjahr sowohl bei den Männern wie auch den Frauen liegt. Diese Beobachtung stimmt mit den Angaben in der Literatur überein und berechtigt zu der Feststellung, daß das Auftreten der perioralen Dermatitis bei Männern und Frauen in die geschlechtsaktive Zeit fällt.

Übersicht über die Altersverteilung des Patientenmaterials

| Alter | Frauen/Kinder | Männer |
|-----------|---------------|--------|
| 0 -u. 5 | 4 | |
| 5 -u. 10 | 7 | |
| 10 -u. 15 | 2 | |
| 15 -u. 20 | 5 | 0 |
| 20 -u. 25 | 12 | 1 |
| 25 -u. 30 | 22 | 2 |
| 30 -u. 35 | 29 | 6 |
| 35 -u. 40 | 30 | 7 |
| 40 -u. 45 | 16 | 1 |
| 45 -u. 50 | 13 | 1 |
| 50 -u. 60 | 10 | 2 |
| 60 -u. 70 | 2 | 0 |
| 70 -u. 80 | 1 | 1 |

b) Geschlechts- und Altersverteilung

Im Vergleich zu Beobachtungen anderer Autoren war der prozentuale Anteil der Männer und Kinder unverhältnismäßig hoch mit 12% und 8% gegenüber 80% Frauen. Im einzelnen waren von 174 Patienten 140 Frauen, 21 Männer und 13 Kinder zu verzeichnen. Bemerkenswert war, daß in 4 Fällen Mutter mit Kind bzw. Kindern gleichzeitig, bzw. kurz aufeinander folgend an perioraler Dermatitis erkrankt waren, was auch vereinzelt von anderen Autoren erwähnt worden ist.

Die graphische Darstellung der Altersverteilung zeigt, daß das zahlenmäßige Schwergewicht der Erkrankungsfälle in der Zeit vom 25. bis 40. Lebensjahr sowohl bei den Männern wie auch den Frauen liegt. Diese Beobachtung stimmt mit den Angaben in der Literatur überein und berechtigt zu der Feststellung, daß das Auftreten der perioralen Dermatitis bei Männern und Frauen in die geschlechtsaktive Zeit fällt.

Übersicht über die Altersverteilung des Patientengutes

| Alter | Frauen/Kinder | Männer |
|-----------|---------------|--------|
| 0 -u. 5 | 4 | |
| 5 -u. 10 | 7 | |
| 10 -u. 15 | 2 | |
| 15 -u. 20 | 5 | 0 |
| 20 -u. 25 | 12 | 1 |
| 25 -u. 30 | 22 | 2 |
| 30 -u. 35 | 29 | 6 |
| 35 -u. 40 | 30 | 7 |
| 40 -u. 45 | 16 | 1 |
| 45 -u. 50 | 13 | 1 |
| 50 -u. 60 | 10 | 2 |
| 60 -u. 70 | 2 | 0 |
| 70 -u. 80 | 1 | 1 |

b) Geschlechts- und Altersverteilung

Im Vergleich zu Beobachtungen anderer Autoren war der prozentuale Anteil der Männer und Kinder unverhältnismäßig hoch mit 12% und 8% gegenüber 80% Frauen. Im einzelnen waren von 174 Patienten 140 Frauen, 21 Männer und 13 Kinder zu verzeichnen. Bemerkenswert war, daß in 4 Fällen Mutter mit Kind bzw. Kindern gleichzeitig, bzw. kurz aufeinander folgend an perioraler Dermatitis erkrankt waren, was auch vereinzelt von anderen Autoren erwähnt worden ist.

Die graphische Darstellung der Altersverteilung zeigt, daß das zahlenmäßige Schwergewicht der Erkrankungsfälle in der Zeit vom 25. bis 40. Lebensjahr sowohl bei den Männern wie auch den Frauen liegt. Diese Beobachtung stimmt mit den Angaben in der Literatur überein und berechtigt zu der Feststellung, daß das Auftreten der perioralen Dermatitis bei Männern und Frauen in die geschlechtsaktive Zeit fällt.

Übersicht über die Altersverteilung des Patientengutes

| Alter | Frauen/Kinder | Männer |
|-----------|---------------|--------|
| 0 -u. 5 | 4 | |
| 5 -u. 10 | 7 | |
| 10 -u. 15 | 2 | |
| 15 -u. 20 | 5 | 0 |
| 20 -u. 25 | 12 | 1 |
| 25 -u. 30 | 22 | 2 |
| 30 -u. 35 | 29 | 6 |
| 35 -u. 40 | 30 | 7 |
| 40 -u. 45 | 16 | 1 |
| 45 -u. 50 | 13 | 1 |
| 50 -u. 60 | 10 | 2 |
| 60 -u. 70 | 2 | 0 |
| 70 -u. 80 | 1 | 1 |

d) Bestanddauer der Erkrankung bis zum Aufsuchen
der Klinik
c) Berufsverteilung

Wegen des in der Literatur diskutierten Zusammenhanges von perioraler Dermatitis mit den Gesichtspflegegewohnheiten ist eine genauere Aufschlüsselung der Berufsverteilung bei den Erkrankten erfolgt. Soweit die erkrankten Frauen verheiratet und Hausfrau als Beruf angaben, ist der Beruf des Ehemannes zugrunde gelegt worden. Das trifft für 59% der erkrankten Frauen zu. Dabei zeigte sich signifikant, daß die periorale Dermatitis bei angehörigen sozial gehobener Berufsgruppen im Einzugsbereich der Universitäts-Hautklinik Münster auffallend häufiger vertreten ist als etwa bei sozial schwächer gestellten. Das mag freilich auch mit der besonderen sozialen Struktur der Bevölkerung hier und dem Umstand zusammenhängen, daß solche Patienten eher die Universitäts-Kliniken, insbesondere die Privat-Ambulanz aufsuchen. Immerhin kamen 22% der an perioraler Dermatitis erkrankten Patienten zur privatambulanten Vorstellung. Es hat sich nicht belegen lassen, daß Personenkreise, die besonders leicht an Kosmetika herankommen wie Friseurinnen, Kosmetikerinnen usw. bevorzugt an perioraler Dermatitis erkranken.

d) Bestandsdauer der Erkrankung bis zum Aufsuchen der Klinik

Sämtliche Patienten, die die Hautklinik aufsuchten, waren bereits zuvor in ärztlicher bzw. hautfachärztlicher Behandlung gewesen. Die Bestandsdauer der Erkrankung war recht unterschiedlich, wie die nachfolgende Übersicht zeigt.

| | |
|-------------------|-------|
| Bis zu 2 Monaten | 5,5% |
| bis zu 6 Monaten | 25,0% |
| bis zu 12 Monaten | 30,5% |
| bis zu 24 Monaten | 23,0% |
| bis zu 36 Monaten | 9,0% |
| über 36 Monate | 7,0% |

Es fällt auf, daß es bei einem recht hohen Prozentsatz der Patienten über Jahre hinweg trotz ärztlicher Behandlung zu keinem dauerhaften Therapieerfolg gekommen ist.

Aus den Angaben der Patienten über den jahreszeitlichen Beginn der Erkrankung ließen sich keine Schlüsse auf eine Prävalenz des Auftretens in einer bestimmten Jahreszeit schließen.

Wegen der Altersverteilung bei den weiblichen Patienten in einzelnen wird auf die Tabelle, s.u. II 2 b verwiesen.

3) Zusammenhänge zwischen den in Betracht kommenden Auslösfaktoren und perioraler Dermatitis. Bei der Fragebogenaktion wurde besonderer Wert auf die a) hormonelle Antikonzeptiva. gelegt. Es zeigte sich, daß die Patienten eher zurückhaltend in Von den weiblichen Patienten unserer Klinik im geschlechtsreifen Alter hatte erwartungsgemäß ein verhältnismäßig hoher Anteil von 42% die Anti-Baby-Pille während oder vor Auftreten der Erkrankung genommen. Im Verlauf der Krankheit ist auf ärztliches Anraten hin die Anti-Baby-Pille manchmal abgesetzt bzw. das Präparat gewechselt worden. Manchen Patientinnen ist auch erst auf die Erkrankung hin die Pille verordnet worden, Während unserer Behandlung wurde die Einnahme antikonzeptioneller Hormonpräparate toleriert. Beobachtungen dahingehend, daß der Krankheitsverlauf durch die Einnahme der Pille beeinträchtigt worden wäre, wurden von den Patientinnen nicht angegeben. Allerdings war bei einigen wenigen Patientinnen eine leichte prämenstruelle Verschlechterung des Hautzustandes im Gesicht zu bemerken. In der Menopause befanden sich bereits 13% unserer Patientinnen, eine Patientin war gravide mens III. Wegen der Altersverteilung bei den weiblichen Patienten im einzelnen wird auf die Tabelle, s.u. II 2 b verwiesen. sich anamnestisch Hinweise über das Vorliegen einer möglichen Unverträglichkeit ergeben, durchgeführt worden. Das war bei 42 von 174 Patienten der Fall. Bei 28 Patienten verliefen die Testungen negativ. Es wurde ein Epikutan-Standard-Test und epikutane Hautproben auf die von Patienten angegebenen Externa einschließlich der Cortisonpräparate durchgeführt. Bei 4 Frauen lag lediglich eine gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber eigenen Seifen und Syndets vor. Bei 10 Patienten lagen positive Befunde vor, allerdings ist auffällig, daß darunter 3 Männer zu finden sind, die positive Testreaktionen auf Rasierseife zeigten. Diese drei Patienten

b) Kosmetikgebrauch und Hauttyp.

Bei der Fragebogenaktion wurde besonderer Wert auf die Gesichtspflegegewohnheiten der Patienten gelegt. Es zeigte sich, daß die Patienten eher zurückhaltend in der Anwendung von Kosmetika waren. In 40% der Fälle wurde nur der Gebrauch von Seife und schlichten Haushaltscremes wie Nivea bzw. Creme 21 angegeben bzw. es wurde überhaupt die Anwendung von Kosmetika verneint. Im übrigen wurde eine Fülle verschiedener Kosmetik-Präparate unterschiedlicher Firmen benannt. Es fällt auf, daß aber immerhin 26% der Patienten wegen subjektiv empfundener Unverträglichkeit die Präparate gewechselt hatten. Auch unter Hinzunahme der berufsspezifischen Aufschlüsselung vermögen die vorgenannten Ergebnisse den Gesichtspunkt, daß die periorale Dermatitis mit übermäßigem Kosmetikgebrauch zusammenhänge, nicht zu belegen.

Die Einklassifizierung des eigenen Hauttyps machte vielen Befragten Schwierigkeiten. 29% der Befragten gaben doch an, dem seborrhöischen Hauttyp (fette Haut, Akne vulgaris in der Jugend) zuzugehören, 3% klagten über trockene Haut.

Allergietestungen sind nur in den Fällen, bei denen sich anamnestisch Hinweise über das Vorliegen einer möglichen Unverträglichkeit ergaben, durchgeführt worden. Das war bei 42 von 174 Patienten der Fall. Bei 28 Patienten verliefen die Testungen negativ. Es wurde ein Epikutan-Standard-Test und epikutane Hautproben auf die vom Patienten angegebenen Externa einschließlich der Cortisonpräparate durchgeführt. Bei 4 Frauen lag lediglich eine gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber eigenen Seifen und Syndets vor. Bei 10 Patienten lagen positive Befunde vor, allerdings ist auffällig, daß darunter 3 Männer zu finden sind, die positive Testreaktionen auf Rasierseife zeigten. Diese drei Patienten

gehören zu den Patienten, die die Anwendung corticoidhaltiger Externa verneinten und unter Betnesol-V-Creme abheilten. Damit bleiben sieben positive Befunde übrig, die sich wie folgt aufschlüsseln lassen:

1. Aknederm +, Aknefugmilch +, Revlon-Creme +, Nickelsulfat ++
2. Exomykol +
3. Blendax +, Topsy +
4. Satina flüssig +, Stephalen-Gel +, Decoderm trivalent +
5. Pellidol-Salbe +, p-Aminodiphenylamin ++
6. Jellin-Creme +
7. Dexatopic-Creme +, Decoderm trivalent +, Satina flüssig +, Stephalen-Gel +.

Befragt worden sind die Patienten auch auf ihre Sonnenempfindlichkeit. Diese war bei ca. 70% unauffällig, von 27% wurde sie als erhöht und von nur 3% als stark erhöht beurteilt. Zu diesem Befund wird man kaum eine Abweichung zur Normalverteilung der Sonnenempfindlichkeit in der hiesigen Gegend entnehmen können.

e) Anwendung corticosteroidhaltiger Externa.

d) Magen-Darm-Erkrankungen.

Die ganz überwiegende Zahl der 174 Sebost-Patienten hat die Häufigkeitsverteilung von Magen-Darm-Störungen wies gewisse Unterschiede bei den fragebogenmäßig befragten und den stationären Patienten auf. Von den 18 stationär behandelten hatten immerhin 10 Patienten über Obstipation, 1 über Darmulcus, 1 über saures Aufstoßen geklagt. Dies stimmte mit den Untersuchungsbefunden mittels der fraktionierten Magensaftbestimmung mit der Magensonde überein: Normacid 6x, subacid 11x, hyperacid 1x. Dem gegenüber ergab sich aus den Fragebögen eine geringere Neigung zu derartigen Beschwerden. Von den 69 befragten Patienten gaben 11 Obstipationsneigung, 2 saures Aufstoßen, einer Magengeschwüre und zwei Gastritiden anamnestisch an. Insgesamt läßt sich aus diesen Beobachtungen kein signifikanter Schluß auf eine Korrelation zwischen perioraler Dermatitis und Magen-Darm-Beschwerden ziehen. Im übrigen hat sich auch außerhalb des Bereiches der Magen-Darm-Erkrankungen ein Zusammenhang mit Foci nicht ermitteln lassen.

benutzt ist ferner, daß die externe Behandlung mit Corticosteroiden vielfach mit internen Gaben, wenn auch meist nur kurzfristig, kombiniert worden ist.

Der Häufigkeit nach geordnet kamen folgende Präparate zur externen Anwendung: Ultralan 35mal, Jellin 29mal, Volen-A 24 mal, Betnesol, Decodern und Kaban je 17mal, Topays und Akne Kaban je 16mal, Celestan V 15mal, Delphicort 13mal, Seruaka 9mal, Dexstopic 8mal, Locasalen 6mal, Senatison-Lococorten je 4mal und ca. 10 andere Präparate je 1-2mal. Schon bei überschlägiger Betrachtung ergibt sich, daß in der Mehrzahl der Präparate fluoridierte Corticoide die Wirkungsgrundlage bilden. Übereinstimmend haben die Patienten, die die Corticosteroidpräparate mehrfach gewechselt haben beobachtet, daß bei Anwendung eines neuen Präparates anfänglich eine Besserung auftrat, die

e) Anwendung corticosteroidhaltiger Externa.

Dann nach einiger Zeit der alte Zustand sich wieder

Die ganz überwiegende Zahl der 174 Gesamt-Patienten hat angegeben, vor Aufsuchen unserer Klinik externe Corticosteroid-Präparate an den befallenen Gesichtspartien angewandt zu haben. Zweifelhaft geblieben ist der Gebrauch diesbezüglicher Externa in lediglich neun Fällen, von denen in sechs Fällen die Patienten sich nicht erinnern konnten, in drei Fällen jedoch die Anwendung externer Cortisonpräparate auszuschließen zu können glaubten. In sechs Krankenblättern fehlten diesbezügliche Angaben und waren auch nicht mehr zu beschaffen. Eine ziemlich exakte Aufschlüsselung der im einzelnen jeweils vorher applizierten cortisonhaltigen Externa hat sich nur über die Auswertung der Fragebögen ermöglichen lassen. Die sehr unterschiedliche Bezeichnung der zahlreichen pharmazeutischen Spezialitäten hat die nachträgliche vollzählige Aufzählung durch die Patienten sicherlich erschwert, so daß eher davon auszugehen ist, daß in noch größerem Umfange die Präparate zur Anwendung gekommen sind. Zu bemerken ist ferner, daß die externe Behandlung mit Corticosteroiden vielfach mit internen Gaben, wenn auch meist nur kurzfristig, kombiniert worden ist.

Der Häufigkeit nach geordnet kamen folgende Präparate zur externen Anwendung: Ultralan 35mal, Jellin 29mal, Volon-A 24 mal, Betnesol, Decoderm und Kaban je 17mal, Topsym und Akne Kaban je 16mal, Celestan V 15mal, Delphicort 13mal, Sermaka 9mal, Dexatopic 8mal, Locasalen 6mal, Sanatison-Locacorten je 4mal und ca. 10 andere Präparate je 1-2mal. Schon bei überschlägiger Betrachtung ergibt sich, daß in der Mehrzahl der Präparate fluorierte Corticoide die Wirkungsgrundlage bilden. Übereinstimmend haben die Patienten, die die Corticosteroidpräparate mehrfach gewechselt haben beobachtet, daß bei Anwendung eines neuen Präparates anfänglich eine Besserung auftrat, bis

4) Darstellung des Krankheitsbildes und -verlaufes
dann nach einiger Zeit der alte Zustand sich wieder
einstellte oder sogar eine Verschlimmerung lang-
sam eingetreten war.

5) Effloreszenzen vor Beginn der externen Applika-
tion von fluorierten Corticosteroiden. Es ist
von der Malle Parada und in fast der Hälfte der Fälle
Es hat sich bei der Anwertung der Annahme als zweck-
mäßig erwiesen zu unterscheiden zwischen der Grund-
krankheit bzw. dem Hautbefund, wie er sich anfänglich
vor Aufnahme der Behandlung mit verschiedenen Internis
darstellte (Primäreffloreszenzen) und dem späteren
Krankheitsbild der perioralen Dermatitis (Sekundär-
effloreszenzen). Die Patienten gaben bezüglich der
Primäreffloreszenzen ganz überwiegend an, daß zunächst
Pöckchen und rote Flecke in der Mundgegend aufgetreten
seien, die dann Anlaß zur Behandlung gegeben hätten. In
einer Reihe von Fällen waren auch eindeutige Grundkrank-
heiten Ursache für die Behandlung mit Corticosteroiden
gewesen. In einzelnen waren dies folgende: Cholesterin,
chronischer Schnupfen, Konstitutionelles Gesichtsery-
them, Alopecia areata, Alopecia diffusa, unklare zickende
Schmerzen in der Oberlippe, Akne vulgaris, Rosacea.
In den übrigen Fällen war die Ursache für die Behandlung
nicht im Verhältnis zur Lokalisation der Hauterkrankung
zu erklären. In diesen Fällen ist es möglich, daß
keine außerordentlichen Vorbedingungen vorliegen, die
den Krankheitsverlauf zu erklären sind. Eine kontinuierliche
beobachtung scheint für den Verlauf des Krankheitsbildes
typisch zu sein. Die hieraufgegründete Tabelle gibt
einen Überblick über den Krankheitsverlauf bei 100 Frage-
bogenmäßig befragten Patienten.

- 4) Darstellung des Krankheitsbildes und -verlaufes unter Berücksichtigung der vorausgegangenen externen Behandlung mit Corticosteroidpräparaten.

Die von uns beobachteten Effloreszenzen (Sekundäreffloreszenzen) vor Beginn der externen Applikation von fluorinierten Corticosteroiden.

Es hat sich bei der Auswertung der Anamnese als zweckmäßig erwiesen zu unterscheiden zwischen der Grundkrankheit bzw. dem Hautbefund, wie er sich anfänglich vor Aufnahme der Behandlung mit verschiedenen Externa darstellte (Primäreffloreszenzen) und dem späteren Krankheitsbild der perioralen Dermatitis (Sekundäreffloreszenzen). Die Patienten gaben bezüglich der Primäreffloreszenzen ganz überwiegend an, daß zunächst Pöckchen und rote Flecke in der Mundgegend aufgetreten seien, die dann Anlaß zur Behandlung gegeben hätten. In einer Reihe von Fällen waren auch eindeutige Grundkrankheiten Ursache für die Behandlung mit Corticosteroiden gewesen. Im einzelnen waren dies folgende: Ohrekzem, chronischer Schnupfen, konstitutionelles Gesichtserythem, Alopecia areata, Alopecia diffusa, unklare ziehende Schmerzen in der Oberlippe, Akne vulgaris, Rosacea.

Die in Verhältnis zur Lokalisation der unter a) beschriebenen Primäreffloreszenzen, so ergibt sich, daß keine außergewöhnlichen Verlagerungen von Primär- zu Sekundärherden zu verzeichnen sind. Eine kontinuierliche Ausdehnung scheint für den Verlauf des Krankheitsbildes typisch zu sein. Die hier aufgeführte Tabelle gibt eine Übersicht über den Krankheitsverlauf bei 69 fragebogengemäß befragten Patienten.

b) Hauterscheinungen und Beschwerdebild der perioralen Dermatitis.

Die von uns beobachteten Effloreszenzen (Sekundäreffloreszenzen) unterschieden sich nicht von denen in der Literatur beschriebenen. Jedoch fiel auf, daß in 30% der Fälle Pusteln und in fast der Hälfte der Fälle multiple Teleangiektasien zu verzeichnen waren. Exkorationen waren in keinem Fall zu beobachten. Auch das Beschwerdebild war vielfältig wie in der Literatur allgemein beschrieben. Viele Patienten, fast $\frac{1}{3}$, klagten über Brennen, Spannungsgefühl und über starken Juckreiz. Einige wenige wiederum verspürten selbst bei ausgeprägtem Krankheitsbild keine Beschwerden. Das Freibleiben eines schmalen Saumes um die Lippen wurde auch bei unseren Patienten in vielen Fällen festgestellt. Der Sitz der Effloreszenzen stimmte nur in 80% mit der Bezeichnung periorale Dermatitis überein. Abgesehen vom Befall des gesamten Gesichtes, traten die Krankheiterscheinungen auch beschränkt auf Stirn, Wangen, Augenbereich z. T. mit Befall der Augenlider auf.

Faßt man die unter b) beschriebenen Hauterscheinungen als Sekundäreffloreszenzen auf und setzt ihre Lokalisation im Verhältnis zur Lokalisation der unter a) beschriebenen Primäreffloreszenzen, so ergibt sich, daß keine außergewöhnlichen Verlagerungen von Primär- zu Sekundärherden zu verzeichnen sind. Eine kontinuierliche Ausdehnung scheint für den Verlauf des Krankheitsbildes typisch zu sein. Die hier aufgeführte Tabelle gibt eine Übersicht über den Krankheitsverlauf bei 69 fragebogenmäßig befragten Patienten.

5. Therapiegrundlinien und Heilungsverlauf.

Es wurden grundsätzlich die bisher verwandten corticoidhaltigen Externa und Interna abgesetzt. Von Gebrauch eigener Kosmetika und Seifen wurde abgeraten. Den Patienten wurden je nach Konstitutionstyp fettfreie (linole) oder leicht fettende (NV intermediär) meist indifferente Externa rezeptiert, in vielen Fällen wurden auch Tee-Waschlüge angeraten. In 12% der Fälle wurden zusätzlich Tetracycline in variabler Dosierung verordnet. Der weitere Gebrauch hormoneller Antikonseptiva wurde nicht unterbunden. Nach Absetzen der corticoidhaltigen Präparate hat durchweg zunächst eine Exacerbation der Hauterscheinungen stattgefunden, so daß eine Reihe von Patienten sich veranlaßt sah, trotz unseres ausdrücklichen Hinweises auf die Ursache ihrer Erkrankung erneut zu corticosteroidhaltigen Externa zu greifen. Während von 69 Patienten 57 auf dem Fragebogen angaben, daß die Hauterscheinungen völlig abgeheilt seien, hatten von den verbliebenen 12, bei denen es zu keiner Abheilung gekommen war, 7 wie sie selbst angaben, erneut externe Corticosteroide angewandt. Bei den verbleibenden 5 Patienten konnte nicht aufgeklärt werden, weshalb es nicht zur vollständigen Abheilung der Erkrankung gekommen ist, da sie sich nicht mehr in unserer Behandlung befinden. Als Erklärung dafür bietet sich an, die manchmal doch verhältnismäßig lange Abheilungsdauer die vielleicht unbewußt erneute Anwendung corticoidhaltiger Externa, oder aber der verbleibende Hautbefund der nicht abgeheilten Grunderkrankung. Eine Aufschlüsselung der durchschnittlichen Abheilungsdauer ergibt folgendes Bild:

| | | | |
|-----------------------|---|---------------------|----|
| bis unter 3 Wochen | 3 | bis unter 4 Wochen | 14 |
| 4 bis unter 6 Wochen | 2 | bis unter 3 Monaten | 13 |
| 5 bis unter 7 Monaten | 7 | bis unter 2 Jahren | 3 |

5. Therapiegrundlinien und Heilungsverlauf.

Es wurden grundsätzlich die bisher verwandten corticoidhaltigen Externa und Interna abgesetzt. Vom Gebrauch eigener Kosmetika und Seifen wurde abgeraten. Den Patienten wurden je nach Konstitutionstyp fettfreie (Linola) oder leicht fettende (RV intermediär) meist indifferente Externa rezeptiert, in vielen Fällen wurden auch Tee-Umschläge angeraten. In 12% der Fälle wurden zusätzlich Tetracycline in variabler Dosierung verordnet. Der weitere Gebrauch konventioneller Antikonzeptiva wurde nicht unterbunden. Nach Absetzen der corticoidhaltigen Präparate hat durchweg zunächst eine Exacerbation der Hauterscheinungen stattgefunden, so daß eine Reihe von Patienten sich veranlaßt sah, trotz unseres ausdrücklichen Hinweises auf die Ursache ihrer Erkrankung erneut zu corticosteroidhaltigen Externa zu greifen. Während von 69 Patienten 57 auf dem Fragebogen angaben, daß die Hauterscheinungen völlig abgeheilt seien, hatten von den verbliebenen 12, bei denen es zu keiner Abheilung gekommen war, 7 wie sie selbst angaben, erneut externe Corticosteroide angewandt. Bei den verbleibenden 5 Patienten konnte nicht aufgeklärt werden, weshalb es nicht zur vollständigen Abheilung der Erkrankung gekommen ist, da sie sich nicht mehr in unserer Behandlung befinden. Als Erklärung dafür bietet sich an, die manchmal doch verhältnismäßig lange Abheilungsdauer die vielleicht unbewußt erneute Anwendung corticoidhaltiger Externa, oder aber der verbleibende Hautbefund der nicht abgeheilten Grunderkrankung. Eine Aufschlüsselung der durchschnittlichen Abheilungsdauer ergibt folgendes Bild:

| | | | |
|-----------------------|----|-----------------------|----|
| bis unter 3 Wochen | 3 | bis unter 4 Wochen | 14 |
| 4 bis unter 8 Wochen | 23 | bis unter 3 Monaten | 13 |
| 5 bis unter 7 Monaten | 0 | 7 bis unter 8 Monaten | 3 |

III. Teiliegende bei Frauen im geschlechtsaktiven Alter beobachtete Auftreten der perioralen Dermatitis muß Diskussion der Ergebnisse auf der Grundlage des derzeitigen Forschungsstandes. Personellen Gleichgewichtes primär bedingt sein. In der Tat hat allerdings ein ent- Vor dem Hintergrund des oben dargestellten Forschungs- standes geben die eigenen Untersuchungsergebnisse zu fol- genden Schlußfolgerungen Veranlassung: die Ursache aller- Als wichtigstes Ergebnis der Auswertung unseres Kranken- gutes ist festzuhalten, daß bei den Patienten in der Regel anamnestisch ein langdauernder externer Gebrauch fluorierter Corticoid-Präparate erhoben werden konnte und daß bei unserer corticoidfreien Therapie in den meisten Fällen eine Abheilung und ein andauernder Heilungserfolg zu verzeichnen waren. Das legt den Schluß nahe, daß die Entstehungsursache der perioralen Dermati- tis in der langwährenden externen Anwendung fluorierter Corticoid-Präparate erblickt werden muß. Diese Schluß- folgerung wird gestützt durch folgende weitere Unter- suchungsergebnisse und Fakten: logisch an charakteristisch. Es ist durchaus kein Zufall, daß die ersten Beobachtungen der perioralen Dermatitis ziemlich genau mit dem Zeit- punkt 1964 zusammenfallen, in dem erstmalig fluorierte Corticosteroide auf den Markt gekommen sind. Das zuneh- mende Auftreten der perioralen Dermatitis, wie es in der Literatur berichtet wird, spiegelt ziemlich genau wieder, wie sich der pharmazeutische Markt für derartige Präpara- te ausgebreitet hat. Die von uns und auch sonst in der Literatur beobachtete Zunahme an Erkrankungsfällen findet ihre Erklärung in der Verschreibungspraxis sowohl der Dermatologen wie der Allgemeinmediziner, die zunehmend wegen der vielfältigen positiven pharmakodynamischen Effekte fluorierte corticosteroidhaltige Externa rezep- tierten. icht belegt werden. Im übrigen waren die Patien- ten, die sich in der Literatur angeben über das Auftreten von Akneähnlichen auf Corticosteroide. (Vgl. Beitr. Klin. Dermatol. u. Syph. 1964, 11, 1-10).

Das überwiegende bei Frauen im geschlechtsaktiven Alter beobachtete Auftreten der perioralen Dermatitis muß keineswegs zwingend mit der Einnahme von Ovulationshemmern oder Störungen des hormonellen Gleichgewichtes primär bedingt sein. In der Tat hat allerdings ein entsprechend der Altersverteilung hoher Prozentsatz von Patientinnen hormonale Antikonzeptiva eingenommen. Ein Zusammenhang mit der perioralen Dermatitis könnte allerdings mittelbar insofern bestehen, als Ovulationshemmer während der ersten Einnahmezyklen akneiforme Hautveränderungen hervorrufen können. Auch prämenstruelle Exacerbationen wie sie bei der perioralen Dermatitis beobachtet wurden, sind auch bei nicht hormonell mitbedingten Hauterkrankungen bekannt. Wie auch von STEIGLEDER 1969 die periorale Pustelbildung ausschließlich im Prämenstrum beschrieben wurde. Derartige Hautveränderungen dürften in vielen Fällen Veranlassung geben, fluorierte corticosteroidhaltige Externa anzuwenden. Der erstaunlich hohe Prozentsatz an Frauen läßt sich vielleicht damit erklären, daß dieser Personenkreis psychologisch am ehesten disponiert ist, wegen Veränderungen im Gesichtsbereich den Arzt aufzusuchen oder aber selbst eine Therapie einzuleiten. Insofern könnte man in einem weiteren Sinne den Begriff Gesichtspflegedermatitis wie er von BOATENG und HOLTING 1972 eingeführt worden ist, durchaus aufrecht erhalten. Gegen einen primären Zusammenhang zwischen perioraler Dermatitis und hormonellen Antikonzeptiva spricht im übrigen auch, daß zunehmend Männer und Kinder erkrankt sind, daß darüber hinaus die Erkrankung mehrerer Familienmitglieder beobachtet werden konnte, die gemeinsam das gleiche Corticoidpräparat angewandt hatten. Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen perioraler Dermatitis und Kosmetikgebrauch konnte durch unsere Allergietestung nicht belegt werden. Im übrigen waren die Patienten allerdings finden sich in der Literatur Angaben über das äußerst seltene Auftreten von Kontaktallergien auf Corticosteroide. (Vgl. betr. Triamcinolon- und Triamcinolonacetonid-Allergie, Wulf (1967)).

tinnen in der Verwendung von Kosmetika sehr zurückhaltend. Die wenigen positiven Testergebnisse auf corticoidhaltige Externa lassen keinen zwingenden Schluß darauf zu, daß fluoridierte Corticosteroide allergische Erscheinungen verursacht haben. Da die Salbengrundlagen der Präparate nicht bekannt sind, läßt sich bei positiven Reaktionen nicht differenzieren, ob diese auf die Grundsubstanz oder aber auf die Salbengrundlagen zurückzuführen sind[†]. Leider wurde eine spezielle Testung auf antimikrobielle oder antibakterielle Zusätze bei uns nicht vorgenommen. Da unsere Patienten meist mehrere verschiedene corticoidhaltige Externa angewandt haben, ist es durchaus möglich, daß zwischenzeitlich Kontaktekzeme auf antimikrobielle oder antibakterielle Zusatzstoffe vorgelegen haben können. Corticosteroide sind nicht in der Lage, Kontaktsensibilisierungen gegen derartige in den gleichen Präparaten vorhandene Stoffe zu verhindern. KAISEB 1973. Insgesamt legen die wenigen positiven Allergietestergebnisse nicht den Schluß nahe, daß es sich bei der perioralen Dermatitis um allergische Reaktionsvorgänge handelt. Die wenigen von uns angestellten Untersuchungen auf *Candida albicans* - oder bakteriellen Befall - zeigten sämtlich negative Ergebnisse. Ein diesbezüglicher ursächlicher Zusammenhang konnte von uns nicht ermittelt werden. Die in der Literatur berichteten positiven Untersuchungsbefunde finden ihre Erklärung möglicherweise darin, daß nach externer Anwendung von Corticoid-Präparaten mikrobielle Infektionen begünstigt werden können. SCHÜTZ 1972. Zu Magen-Darm-Störungen, Lichtempfindlichkeit und Hauttyp ließen sich keine Korrelationen herstellen.

[†]Allerdings finden sich in der Literatur Angaben über das äußerst seltene Auftreten von Kontaktallergien auf Corticosteroide. (Vgl. betr. Triamcinolon- und Triamcinolonacetonid-Allergie, Wulf (1967)).

Unter der Arbeitshypothese "Cortisonzusammenhang" lassen sich allerdings einige Untersuchungsbefunde nicht ohne weiteres einordnen. Auffällig ist die Lokalisation der perioralen Dermatitis ausnahmslos im Gesicht mit regelmäßig symmetrischem Befall. Aufgrund der histologischen Untersuchungsergebnisse steht fest, daß das Krankheitsbild der perioralen Dermatitis besonders durch histologische Veränderungen im Bereich der Talgdrüsen und Follikel charakterisiert ist. Dieser Befund dürfte auch erklären, weshalb bei vielen Patienten um die Lippen herum ein schmaler freier Saum verbleibt. Nach neueren Forschungsergebnissen ist es wahrscheinlich, daß die Resorption der Corticosteroide in erster Linie durch die Follikel und die Talgdrüsen erfolgt (KAISER 1973). Außer im Gesicht finden sich jedoch vermehrt Talgdrüsen wie auch Schweißdrüsen im Bereich der Schweißrinnen. Theoretisch müßten sich Veränderungen im Sinne einer perioralen Dermatitis auch dort finden lassen. Daß dies durch die dermatologische Praxis nicht belegt werden kann, könnte damit erklärt werden, daß Hautveränderungen im Gesicht psychologisch mehr belasten und von daher eher über einen längeren Zeitraum fluorierte Corticosteroid-Präparate angewandt werden. Andererseits benutzen Patienten mit anderen Hauterkrankungen auf der Brust wie z. B. Schuppenflechte, seborrhoisches Ekzem langdauernd Externa mit fluorierten Corticosteroiden, ohne daß derartige Veränderungen auftreten. Auch sonst fällt auf, daß in vielen Fällen ständig derartige Externa zur "Gesichtspflege" benutzt werden, ohne daß Hauterscheinungen im Sinne einer perioralen Dermatitis auftreten. Es ist auch nicht erklärlich, weshalb es bei langwährendem externen Gebrauch fluoriertes Corticosteroide bei manchen Patienten zu dem Erscheinungsbild einer perioralen Dermatitis, bei anderen zu einer Steroidakne kommt,

wenngleich diese eher bei interner Cortisonmedikation zu beobachten ist. Die Symmetrie der Hauterscheinungen bei perioraler Dermatitis läßt sich damit erklären, daß die Patienten unbefangen großzügig auch nichtbefallene Gesichtsteile einreiben und die Klinik immer erst mit dem ausgeprägten Krankheitsbild befasst wird, ohne daß diese Erklärung letztlich zu befriedigen vermag.

Auffällig ist ferner an dem Krankheitsverlauf, daß regelmäßig nach Absetzen der externen Corticoidpräparate eine kurzfristige Exacerbation erfolgte, bevor die Abheilung einsetzte. Bei Wechsel des Präparates trat zunächst eine kurzfristige deutliche Besserung, danach allerdings wieder eine Verschlechterung auf, die meistens zu Hautveränderungen führten, die noch ausgeprägter als die vor dem Wechsel des Präparates waren. Bei interner Gabe war bei unseren Patienten während der Einnahmezeit ein Abblässen, nach Absetzen jedoch ebenfalls eine Exacerbation zu verzeichnen. Dieser Verlauf läßt sich nach dem Stand der Kenntnis von der Wirkungsweise fluoriierter Corticosteroide an der Haut auch nicht ansatzweise erklären. Vergleiche wegen der Wirkungsweise extern angewandter Corticosteroid-Präparate (SCHÖPF 1973). Soweit in der Literatur über Abheilungserfolge der perioralen Dermatitis mit fluorierten Corticosteroid-Externa berichtet wird, sind diese durchaus mit unseren Untersuchungsergebnissen vereinbar. Wenn man davon ausgeht, daß sich diese mit einer kurzfristigen Besserung, die üblicherweise bei Wechsel des Präparates einzutreten pflegt, zufrieden gegeben haben und Nachkontrollen über längere Zeiträume unterblieben sind. keine Erkenntnisse vor. Es ist auch von vornherein kaum zu sagen, ob über eine genauere Kenntnis des Abbauproganges eine Erklärung für die Entstehung der perioralen Dermatitis überhaupt möglich ist.

Es ist bekannt, daß die antiproliferativen, anti-
allergischen, antiexsudativen, antientzündlichen und anti-
pruriginösen Effekte der fluorierten Corticosteroide
bei langdauernder Anwendung auch zu unerwünschten Haut-
veränderungen führen können, die in ihrer morphologi-
schen Erscheinungsform durchaus Ähnlichkeit mit der
perioralen Dermatitis aufweisen können. Diese Überein-
stimmungen sind jedoch singulärer Natur und vermögen
deshalb nicht ohne weiteres die Entstehung der perioralen
Dermatitis und ihre Verlaufsform mit den bekannten
pharmakodynamischen Wirkungen der fluorierten Cortico-
steroides flüssig in vollständigen Einklang zu bringen.
Letztlich scheitert die Erklärung des Ursachenzusammen-
hanges daran, daß die Wirkungsweise der Corticoid-
Externa noch weitgehend unbekannt ist. So wird etwa
vermutet, daß Corticosteroide durch die Follikel und
die Talgdrüsen penetrieren (KAISER 1973), was mit den
histologischen Untersuchungsergebnissen aber auch mit
der Lokalisation der perioralen Dermatitis im Gesicht
durchaus in Einklang stände. Weitere Aufschlüsse über
den Wirkungsmechanismus sind unter Umständen von bio-
chemischen Forschungsansätzen zu erwarten, die neuer-
lich erste Ergebnisse gebracht haben. So ist festge-
stellt worden, daß in der Haut ein Umbau von Hydrocorti-
son zu Cortison und sechs Metaboliten erfolgt und die
Haut selbst zu einer Biosynthese von Steroiden über eine
Grundsynthese von Cholesterin und Acetylcoenzym A in
der Lage ist (HERMANN 1973). Über den für diese Arbeit
möglicherweise bedeutsamen Abbau der fluorierten Corti-
costeroide in der Haut liegen allerdings bisher, soweit
ersichtlich, noch keine Erkenntnisse vor. Es ist auch
von vorneherein kaum zu sagen, ob über eine genauere
Kenntnis des Abbauvorganges eine Erklärung für die Ent-
stehung der perioralen Dermatitis überhaupt möglich ist.

Auch wenn es derzeit noch nicht möglich ist, eine unter naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekten befriedigende Erklärung der Pathogenese der perioralen Dermatitis zu geben, so fordert doch der epirisch belegbare Zusammenhang zwischen dem externen Gebrauch fluorierter Corticosteroide und der perioralen Dermatitis geradezu heraus, schon jetzt für die Therapie der perioralen Dermatitis und überhaupt für die Verwendung externer Präparate mit fluorierten Corticosteroiden die notwendigen Konsequenzen zu ziehen.

3. BOATENG, G., WILTING, A.: Gesichtspflegedermatitis, Erkennung und Behandlung.
Arch. Derm. Verh. 104, 169-170 (1972).
4. BUCK, A., KAIXHOFF, E.W.: Zum kulturellbakterioskopischen Nachweis von Fusobakterien bei perioraler Dermatitis.
Hautarzt 28, 584-585 (1973).
5. DENK, E., KÜHNBERGER, E., RASS, L.H.: Häufigkeit morphologischer Veränderungen der Nagenschleimhaut bei Rosacea-Kranken.
Klin. Wochr. 46, 1112-1113 (1968).
6. van DLJK, E., KAISBECK, G.L., VERBURGH van der SWAN, N.: Perioral Dermatitis.
Dermatologica 140, 291-293 (1970).
7. EHLEPS, G.: Bemerkungen zur Arbeit G.K. Steiglefers und A. Strempels: Rosaceaartige Dermatitis des Gesichtes. "Periorale Dermatitis".
Hautarzt 20, 287 (1969).

Literatur

- 1 BARAN, R.: Eczématide rosacéiforme péri-orale (dermite péri-orale).
Bull.soc.franc.Derm. 78, 534-537 (1971).
- 2 BEETZ, H.M., SCHUBERT, E., RÖCKL, H.: Über die Bedeutung von Bakterien bei der sogenannten perioralen Dermatitis.
Hautarzt 24, 220-221 (1973).
- 3 BOATENG, G., NOLTING, S.: Gesichtspflegedermatitis, Erkennung und Behandlung.
Arch.Derm.Forsch. 244, 168-170 (1972).
- 4 BUCK, A., KALKHOFF, K.W.: Zum kulturellbakterioskopischen Nachweis von Fusobakterien bei perioraler Dermatitis.
Hautarzt 24, 544-545 (1973).
- 5 DENK, R., NÜRNBERGER, E., RASS, L.H.: Häufigkeit morphologischer Veränderungen der Magenschleimhaut bei Rosacea-Kranken.
Klin.Wschr. 46, 1112-1113 (1968).
- 6 van DIJK, E., KAISBEEK, G.L., VERBURGH van der ZWAN, N.: Perioral Dermatitis.
Dermatologica 140, 291-293 (1970).
- 7 EHLERS, G.: Bemerkungen zur Arbeit G.K. Steigleders und A. Strepfels: Rosaceaartige Dermatitis des Gesichtes. "Periorale Dermatitis".
Hautarzt 20, 287 (1969).

- 8 FRUMESS, G.M., LEWIS, H.M.: Lightsensitive Seborrhoid.
D.S., *Arch.Derm.* 75, 245-248 (1957).
Brit.J.Derm. 80, 307-313 (1968).
- 9 GESCHWANDTNER, W.R.: Zur Entwicklung des Krankheits-
16 JELINEK, J. begriffes und Prognose der sogenannten
25 WÄRSTEN, J. perioralen Dermatitis.
Hautarzt 48, 1057-1065 (1973).
- 10 GIANOTTI, F., ERMACORA, E., BENELLI, M.C., CAPUTO, R.:
26 *Chirurgia* Particuliäre dermatite periorale infantile.
35 *Chirurgia* Observations sur 5 cas.
18 KAUFFMANN, *Bull.Derm.* 77, 341 (1970). *Unknown Cause.*
J.Am.Med.Ass. 232, 252-253 (1965).
- 11 GLOOR, M., HEINKEL, K., SCHULZ, U.: Magenfunktions-
19 KLEINE-HAUPT, H. prüfungen bei Patienten mit Akne vulgaris,
27 HEINKEL, K. Rosacea und rosaceaartiger perioraler Derma-
titis.
Z.Haut-Geschl.Kr. 47, 267-271 (1972).
- 20 MAC DONALD, A., FEINEL, M.: Perioral Dermatitis:
- 12 GÖTZ, H., REICHENBERGER, M.: Nichtallergische Neben-
wirkungen auf der Haut durch Kortikosteroide
und durch Ovulationshemmer.
- 21 MARKS, R. *Münch.Med.Wschr.* 110, 1913-1917 (1968).
26 ROHRSPACH, V.E.: Gastrointestinal observations in
- 13 GRÜNDER, K., LEYH, F.: Untersuchungen zur Hefebesied-
lung bei perioraler rosaceaartiger Derma-
titis in der erscheinungsfreien Phase.
- 22 MARKS, R. *Z.Hautkr.* 48, 691-693 (1973).
Histopathological Study of 2 Cases.
- 14 HERMANN, F., IPPEN, H., SCHÄFER, H., STÜTTGEN, G.:
Biochemie der Haut.
- 23 MIHAN, R. *Georg Thieme Verlag Stuttgart* 1973, 77-80.
31 *Arch.Derm.* 89, 805-805 (1964).
Hautarzt 11, 235-236 (1956).

- 15 HJORTH, N., OSMUNDSEN, P., ROOK, A.J., WILKINSON, D.S., MARKS, R.: Perioral Dermatitis. *Brit.J.Derm.* 80, 307-313 (1968).
J.F. Lehmanns Verlag München 1972.
- 16 JELINEK, J.E.: Cutaneous Side Effects of Oral
25 NABRMANN, Contraceptives. *Der Praxis. Behandlung*
Arch.Derm. 101, 181-186 (1970).
Hautarzt 21, 183 (1971).
- 17 KAISER, H.: Cortisonderivate in Klinik und Praxis.
26 GELSCHLAGER Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973.
- 18 KAUFMANN, W.H.: Facial Dermatitis of Unknown Cause.
J.Am.Med.Ass. 392, 252-253 (1965).
Hautarzt 22, 489-491 (1971).
- 19 KLEINE-NATROP, H.E.: Anmerkung zur Ätiologie der
27 RÖCKL, H., rosaceaartigen Dermatitis perioralis.
Hautarzt 11, 508 (1971).
Hautarzt 22, 527-531 (1971).
- 20 MAC DONALD, A., PEIWEL, M.: Perioral Dermatitis:
28 ROCK, A., Aetiology And Treatment With Tetracycline.
Brit.J.Derm. 87, 315-319 (1972). *Publi-*
cations, Oxford, Edinburgh 1968.
- 21 MARKS, R., BEARD, R.J., CLARK, M.L., KWO, M. and
29 ROBERTSON, W.B.: Gastrointestnal observations in
rosacea. -ikoidhaltigen Spezialpräparat.
Lancet I, 739-742 (1967). (1973).
- 22 MARKS, R., BLACK, M.M.: Perioral Dermatitis. A
Histopathological Study Of 2 Cases.
Brit.J.Derm. 84, 242-247 (1971).
Hautarzt 22, 807-810 (1971).
- 23 MIHAN, R., AYRES, S.: Perioral Dermatitis.
31 SCHOPF, E. *Arch.Derm.* 89, 803-805 (1964). *steroid-*
therapie.
Hautarzt 23, 295-301 (1972).

- 24 MILBRADT, R.: Die rosaceaartige Dermatitis des Gesichtes. Klinik, Histologie und Pathogenese. J.F. Lehmanns Verlag München 1972.
- 25 NABEMANN, T.: Anfragen aus der Praxis. Behandlung der perioralen Rosaceaartigen Dermatitis. Hautarzt 21, 183 (1971).
Brit.J.Derm. 82, 505-508 (1973).
- 26 ÖHLSCHLEGEL, G., DÜNGEMANN, H., SCHNABEL, P.:
24 LAGALLY, G.: Zur Bedeutung von Hefeinfektionen in der Ätiopathogenese der perioralen Dermatitis.
35 STIEGLER, H.: Hautarzt 22, 489-491 (1971).
- 27 RÖCKL, H., SCHUBERT, E.: Zur "Therapie" der sogenannten Perioralen Dermatitis. Hautarzt 22, 527-531 (1971).
- 36 STEIGLER, G.K., SPINDEL, A.: Anmerkung zu der
28 ROOK, A., WILKINSON, D.S., EBLING, F.J.: Textbook of Dermatology, Blackwell Scientific Publications, Oxford, Edinburgh 1968.
- 29 SCHMIDT, G.: Behandlung akneiformer Dermatosen mit einem kortikoidhaltigen Spezialpräparat. Münch.med.Wschr. 37, 1569 (1973).
- 30 SCHNEIDER, H.J.: Bedeutung und Nebenwirkungen oraler Kontrazeptiva in der Dermatologie. Z.f.Allgemeinmedizin, der Landarzt 15,
39 STIEGLER, H.: 807-810 (1971).
- 31 SCHÖPF, E.: Nebenwirkungen externer Corticosteroidtherapie. Hautarzt 23, 295-301 (1972).

- 32 SCHUBERT, E., BEETZ, H.M. RÜCKL, H.: Über den Wert der Tetracyclin-Therapie bei der perioralen Dermatitis. *Hautarzt* 24, 253 (1972).
- 33 SNEDDON, J.: A trial of hydrocortisone butyrate in the treatment of rosacea and perioral dermatitis. *Brit.J.Derm.* 89, 505-508 (1973).
- 34 SNEDDON, J.: Perioral Dermatitis. *Brit.J.Derm.* 87, 430-434 (1972).
- 35 STEIGLEDER, G.K., STREMPER, A.: Rosaceaartige Dermatitis des Gesichtes. "Periorale Dermatitis". *Hautarzt* 19, 491-494 (1968).
- 36 STEIGLEDER, G.K., STREMPER, A.: Anmerkung zu der Zuschrift von G. Ehlers zu unserer Arbeit: Rosaceaartige Dermatitis des Gesichtes. *Hautarzt* 20, 288 (1969).
- 37 STEIGLEDER, G.K.: Rosacea-artige Dermatitis: ein neuartiges Krankheitsbild. *Dtsch.med.Wschr.* 94, 1393-1398 (1969).
- 38 STEIGLEDER, G.K.: Differentialdiagnose der Rosacea. *Hautarzt* 22, 91-94 (1971).
- 39 STEIGLEDER, G.K.: Entzündliche Hautveränderungen im Gesicht. *Dtsch.med.Wschr.* 96, 1688-1694 (1971).

- 40 TOYOSI, J.O.: Neue Wege der Behandlung therapie-
resistenter acneiformer Dermatosen, ins-
besondere der Perioralen Dermatitis.
Hautarzt 23, 79-82 (1972).
- 41 VERBOV, J.L., ABELL, E.: Perioral Dermatitis in a
Mother and Child.
Brit.J.Derm. 80, 695 (1968).
- 42 WEBER, G.: Rosacea-Like Dermatitis: Contraindication
Or Intolerance Reaction To Strong Steroids.
Brit.J.Derm. 86, 253-259 (1972).
- 43 WULF, K.: Triamcinolon-Kontaktallergie.
Z.Haut-Geschl.Kr. 42, 767-768 (1967).

Lebenslauf

Am 14.12.1941 wurde ich, Helga Ballerstaedt, als Tochter des Dr. jur. Ernst Ballerstaedt und seiner Ehefrau Anneliese geb. Schwanke in Rostock geboren. 1953 sind meine Eltern nach Bremen übersiedelt, wo ich am 28.2.1962 das Zeugnis der Reife erlangte. Zum Sommersemester 1962 nahm ich an der Universität Münster das Studium der Medizin auf, das ich bis auf zwei auswärtige Semester in Innsbruck und Wien auch hier absolvierte. Am 5.2.1969 legte ich das medizinische Staatsexamen ab und erlangte nach Ableistung der Medizinalpraktikantenzeit am 1.2.1971 die Approbation als Arzt. Seit dem 1.3.1971 bin ich als wissenschaftliche Assistentin an der Hautklinik der Universität tätig.