

9 Lippenekzeme und ekzemähnliche Cheilitiden

Inhalt

Cheilitis simplex	21
Allergische und nichtallergische Kontaktcheilitis	22
Leckcheilitis	24
Cheilitis exfoliativa	25
Cheilitis angularis (Perlèche)	25
Lippenbeteiligung bei atopischem Ekzem	28

Klinisch lassen sich verschiedene Formen von Lippenentzündungen (Cheilitis; gr. cheilos: Lippe) mit unterschiedlicher Ätiopathogenese differenzieren.

Cheilitis simplex

Synonyma: Cheilitis sicca, Austrocknungscheilitis, Cheilitis exfoliativa

■ Ätiologie

Die beiden häufigsten Ursachen einer Cheilitis simplex sind Austrocknung und/oder mechanische Irritation der Lippen. Das Bestreben, die Lippen unausgesetzt mit Speichel anzufeuchten, lässt sie durch den Entfettungs- und Verdunstungseffekt immer trockener und rissiger werden. Es resultiert das Bild der aufgesprungenen Lippen (Exsikkationscheilitis, Cheilitis sicca, Austrocknungscheilitis). Windiges Wetter oder nasskalte Witterung sind häufige Ursachen. Letztlich kann jede stärkere Lippentrockenheit zu einer Cheilitis simplex führen, beispielsweise auch diejenige, die bei einem atopischen Ekzem auftritt. Häufig ist die Cheilitis simplex Symptom eines atopischen Ekzems, manchmal sogar dessen einzige Manifestation. Auch längere oder vorübergehende Mundatmung, z. B. bei Erkältungskrankheiten, und Fieber führen zu einer Cheilitis simplex (wunde Lippen) mit dem Zwang zu häufigem Belecken.

Mechanische Insulte wie eine mäßige, aber kontinuierliche Irritation der Lippen durch die Zähne oder ein ausgeprägtes Lippenkauen (Cheilophagie, s. auch S. 195) sind in anderen Fällen die einzige Ursache (Cheilitis artefacta) (Abb. 9-1, 9-2). Die gewohnheitsmäßige Irritation der Lippen mit den Zähnen ist oft mit einem häufigen Belecken verbunden. Die Franzosen bezeichnen dies als »Tic de lèvres«. Ursachen dieser »schlechten Angewohnheit« können psychische Spannungszustände oder psychiatrische Krankheiten sein. Eine chronisch schuppige Cheilitis simplex oder Cheilitis exfoliativa findet sich vorwiegend bei weiblichen Jugend-

lichen und jüngeren Frauen. Wiederholte, großenteils unbewusste Irritationen durch Zähne und Zunge scheinen eine wesentliche Rolle bei dieser mehr oder weniger persistierenden, oft auch rezidivierenden Desquamation zu spielen (Tab. 9-1).

Durch eine kontinuierliche Traumatisierung ist auch die Ekzematisierung einer vorbestehenden sonstigen Cheilitis möglich, z. B. einer Cheilitis granulomatosa.

■ Klinische Symptome

Eine Cheilitis simplex besteht aus »aufgesprungenen Lippen«. Es liegt also ein raues, ausgetrocknetes, eventuell auch etwas ödematisiertes Lippenrot vor. Eine stärkere Schuppung ist möglich, die Lippenentzündung wird dann als Cheilitis exfoliativa bezeichnet. Fissuren bis zu tiefen Rhagaden kommen vor. Bei stärkerer Irritation durch die Zähne sind auch Erosionen möglich. Subjektive Empfindungen sind Brennen, Juckreiz oder Schmerz. Die Cheilitis kann akut oder chronisch

Tab. 9-1 Ursachen der Cheilitis simplex (»aufgesprungene Lippen«).

- Habituelle Irritation mit den Zähnen
- Lippenaustrocknung durch Wind
- Lippentrockenheit bei atopischem Ekzem
- Allgemeine Exsikkation mit Durstgefühl
- Begleit- und Folgeerscheinung bei Fieber
- Mundatmung
- Lippentrockenheit bei Xerostomie (s. S. 252)
- Unerwünschte Arzneimittelwirkung, vor allem durch Retinoide (s. S. 230)



Abb. 9-1 Cheilitis simplex bei Jugendlichen infolge banaler Traumatisierung (Labiophagie).



Abb. 9-2 Cheilitis simplex chronica. Schuppenkrustenbildung mit rädären Einrissen.

verlaufen. In manchen Fällen ist die klinische Symptomatik stärker ausgeprägt, durch das mechanisch-traumatische Artefakt (s.u.) kommt es zu einer ausgeprägten Verkrustung, manchmal sogar mit hämorrhagischer Durchsetzung.

■ Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch ist vor allem an eine allergische oder nichtallergische Kontaktcheilitis (s.u.) mit den entsprechenden Kontaktnoxen und auch an photoallergische Reaktionen auf Bestandteile von Lippenstiften oder Lokaltherapeutika zu denken. Weiterhin sollte eine akute aktinische Cheilitis (also ein Sonnenbrand) oder, bei längerem Bestand, eine Cheilosis actinica (chronische aktinische Cheilitis, s. S. 202) in Betracht gezogen werden. Auch ein atopisches Ekzem kann sich als Cheilitis simplex äußern. Bei stärkerer und persistierender Schuppung (Cheilitis exfoliativa, s. S. 25) ist ebenfalls eine Psoriasis in Betracht zu ziehen. Praktisch immer sind bei solchen Patienten allerdings dann weitere Symptome einer Psoriasis vorhanden.

■ Therapie

Eine Cheilitis simplex ist gut durch schwach konzentrierte kortikoidhaltige Cremes und Salben beeinflussbar. Zur Prophylaxe ist Einfetten mit Unguentum molle, einem Gemisch von Dexpanthenol und Paraffinum subliquidum (2:1), oder pflegenden Lippenstiften empfehlenswert.

Bei einer Cheilitis artefacta führt ein aufklärendes Gespräch durch einen Arzt oder auch durch Familienangehörige über die Ursachen dieser Cheilitis oft zur Unterlassung der Lippentraumatisierung und hat dann die Abheilung zur Folge. Nur bei wenigen Patienten wird die fortgesetzte Lippentraumatisierung zu einem permanenten Problem (s. S. 195). Manchmal ist eine psychologische Beratung hilfreich, meist jedoch handelt es sich um eine harmlose Störung analog zum Nagelkauen.

Allergische und nichtallergische Kontaktcheilitis

■ Ätiologie

Es gibt zahlreiche Ursachen einer allergischen Kontaktcheilitis. Nicht selten ist beispielsweise die Lippenstiftcheilitis, ausgelöst durch Fluoreszenzfarbstoffe, Eosin und andere Farbstoffe, die neben einer einfachen Kontaktreaktion auch eine photoallergische Kontaktcheilitis bewirken können, also eine Ekzemreaktion der Lippen und der umgebenden Haut in Verbindung mit Sonnenlicht. Neben den Farbstoffen kommen auch weitere Inhaltsstoffe der Lippenstifte in Betracht, so beispielsweise Lanolin, Parfüme, Antioxidanzien, Konservierungsstoffe, Azofarbstoffe, Karmin, Oleylalkohol, Azulen, Propylgallat, Sesamöl, Schellack, Kolophonium und Zimtöl. Eine durch Lippenstift verursachte allergische Cheilitis spart meistens die Mundwinkel aus.

Lippensalben oder -balsame werden gegen Lippentrockenheit und Schuppung eingesetzt. Eine Kontaktcheilitis durch Phenylsalizylat und Antibiotika wurde beobachtet. Bei Frauen, die an den Fingernägeln kauen, können sich trockene Cheilitiden, Lippenbluten und Mundwinkelrhagaden durch Bestandteile des Nagellacks und von Nagelhärtern, die Formaldehyd enthalten, entwickeln.

Die wichtigsten Allergene in Zahnpasten und Mundwässern sind Nelkenöl, Pimentöl, Anisöl und Menthol sowie Konservierungsstoffe (Parabene) und Stabilisatoren (Ethylendiamin). Eugenol ist der Hauptbestandteil von Nelken- und Pimentöl. Es wird häufig als periodontales Dressing und in Zahnabdruckpasten verwendet.

Eine heftige medikamentös bedingte allergische Kontaktdermatitis im Lippenbereich wird durch das topische Virostatikum Tromantadin ausgelöst. Sie verläuft oftmals hochakut, nässend, mit Bläschen oder Blasenbildung (**Abb. 9-3**). Seltener medikamentöse Ursachen sind lokaltherapeutisch verwendete Antibiotika, Desinfizienzien oder Lichtschutzmittel. **Abb. 9-4** zeigt eine Irritationsreaktion auf topisches Tretinoin (Retin-A). Diese Substanz wirkt irritierend in Hautfalten und wird üblicherweise nicht im Lippenbereich angewendet.

Allergische oder nichtallergische Kontaktcheilitiden entstehen unter anderem auch durch Nahrungsmittel. Typische Ursachen sind Äpfel (**Abb. 9-5**), Orangen, Zitronen und weitere Zitrusfrüchte, Artischocken und Mango. Mango kann eine Irritationsreaktion auslösen, aber auch eine allergische Kontaktcheilitis, eine Kreuzreaktion mit dem Rhus-Allergen des Giftfeus ist nachweisbar. Weitere Kontaktnoxen umfassen Zigarettenspitzen, Zigarettensfilter (durch Austrocknungseffekte), Musikinstrumente wie Mundharmonika (Nickel), Ansatzstück der Querflöte (tropische Hölzer) und zahlreiche Stäube wie Holzstaub von Dalbergia-Arten. Weitere Ursachen sind nicht



Abb. 9-3 Akute allergische Kontaktdermatitis im Unterlippen-Kinn-Bereich, ausgelöst durch Tromantadin.



Abb. 9-6 Nässend-krustöse, periorale allergische Kontaktdermatitis.



Abb. 9-4 Kontaktcheilitis nach Anwendung einer Vitamin-A-Säure-haltigen Creme.



Abb. 9-7 Bullöse periorale Kontaktdermatitis.



Abb. 9-5 Kontaktcheilitis, Apfeldermitis.

zuletzt auch Gegenstände, die nicht für den Lippenkontakt vorgesehen sind, aber gewohnheitsmäßig zwischen den Lippen gehalten werden wie Kugelschreiber, Sicherheitsnadeln, Radiergummi am Bleistiftende. Allergische Reaktionen werden

hierbei durch Nickel sowie Gummiinhaltsstoffe, die bei der Herstellung von Gummi und Kunststoffen zugesetzt werden, ausgelöst, also durch Tetramethylthiuramdisulfid (TMTD), Mercaptobenzothiazol (MBT) und weitere Substanzen.

■ Klinische Symptome

Wie die sekundäre Cheilitis bei einer Kontaktstomatitis (s. S. 209) macht sich vielfach bei der primären Kontaktcheilitis allergischer oder nichtallergischer Natur eine Trockenheit der Lippen mit Schuppung und Fissuren bemerkbar. Erst bei stärkerer Ausprägung treten Erythem, Ödem, Bläschen, Nässen und Krustenbildung hinzu (**Abb. 9-6**), gelegentlich sogar eine ausgeprägte Blasenbildung (**Abb. 9-7**). Bei einem Teil der Patienten ist eine persistierende Perlèche, eine Cheilitis angularis, einziger klinischer Ausdruck einer allergischen Kontaktcheilitis. Eine sekundäre Beteiligung der Lippen bei Kontaktstomatitiden ist selten, aber gelegentlich zu beobachten (s. S. 209); eher etwas häufiger treten solche Cheilitiden bei Einwirkung von Kontaktallergenen in der Mundschleimhaut auf, ohne dass es dabei gleichzeitig zu

einer Stomatitis kommt. Hierfür ist offenbar die spülende und reinigende Wirkung des Speichels verantwortlich, der die Kontaktzeiten in der Mundhöhle verkürzt, während sich an der Lippe die Kontaktreaktion voll entwickeln kann. Im Lippenrot entsteht aufgrund seiner Strukturen leichter eine aller-



Abb. 9-8 Leckcheilitis.



Abb. 9-9 Leckcheilitis. Periorale Rötung, Schuppung und Krustenbildung durch habituelles Belecken der Lippen.



Abb. 9-10 Leckcheilitis. Gleicher Patient wie in Abb. 9-9.

gische Kontaktreaktion als an der Mundschleimhaut, sodass Kontaktallergene, die sowohl auf die Lippen als auch auf die Mundschleimhaut einwirken, wie z.B. Substanzen in Mundwässern oder Zahnpasten, wohl an der Lippe eine allergische Kontaktcheilitis, kaum jemals aber an der Mundschleimhaut eine allergische Kontaktstomatitis hervorrufen.

■ Diagnostik

Wichtig und entscheidend ist eine genaue Anamnese, aus der sich die wesentlichen Hinweise auf die auslösenden Kontakttoxene, insbesondere auf die Kontaktallergene, gewinnen lassen. Eine Bestätigung durch die Epikutantestung mit den infrage kommenden Substanzen ist sinnvoll, bei unklaren Zusammenhängen ist sie unbedingt erforderlich.

■ Therapie

Wichtigstes Ziel ist die Beseitigung der Ursache. Ansonsten sind lokale Maßnahmen ausreichend, die sich nach dem Akuitätsgrad und der Ausdehnung der Cheilitis richten. Bei akuten, nässenden Cheilitiden sind feuchte Umschläge, eventuell auch mit Zusatz von Chloramin, wirksam, ebenso aber auch Cremes mit schwach oder mittelstark wirkenden Kortikoiden, die sich zur Behandlung subakuter Cheilitiden eignen. Eine zeitliche Limitierung der externen Kortikoidmedikation auf etwa 10 Tage ist in dieser Lokalisation angeraten.

Leckcheilitis

■ Ätiologie

Die Leckcheilitis ist eine tickartige Angewohnheit, die fast ausschließlich bei Kindern vorkommt und bei der die Zunge sehr häufig über die Außenseite der Unter- und Oberlippe leckt (Abb. 9-8 bis 9-10). Sie findet sich besonders häufig, jedoch nicht ausschließlich, bei Patienten mit einem atopischen Ekzem und entsteht durch gewohnheitsmäßiges Belecken der Oberlippe und/oder Unterlippe mit der Zunge, gelegentlich aber auch durch ständiges Befeuchten mit der jeweils anderen Lippe. Die Leckcheilitis ist eine charakteristische »toxische« Kontaktdermatitis durch eine Mazeration der Haut aufgrund der ständigen Befeuchtung.

■ Klinische Symptome

Klinisch zeigt sich die Leckcheilitis als symmetrisches, sichel-förmiges, oft randbetontes, scharf begrenztes Erythem, je nach Ausprägung gegebenenfalls mit Krusten, Schuppen und Fissuren. Die Symptome sind begrenzt auf die Lippenfläche, die von der Zunge bzw. der jeweils anderen Lippe erreicht werden kann. Entweder zeigen sich eine Rötung und Ekzematisation der gesamten mit der Zunge erreichbaren Fläche oder aber

auch mit Abstand vom Lippenrot eine bogig begrenzte Manifestation der Symptome (**Abb. 9-9**). Ihre Form ist so charakteristisch, dass die Diagnose meist auf einen Blick zu stellen ist. Nicht selten ist eine sekundäre *Candida*-Besiedlung dieser Leckcheilitis, weniger häufig dagegen eine Impetiginisation.

■ Therapie

Wenn die Kinder diese Angewohnheit unterlassen, heilt die harmlose »Krankheit« in kurzer Zeit und auf Dauer wieder ab. Eine Lokaltherapie mit den auch gegen grampositive Bakterien wirksamen Imidazolderivaten, z.B. Canesten® Creme, kann bei entsprechender Besiedlung zusätzlich erfolgen.

Cheilitis exfoliativa

■ Ätiologie

Eine Cheilitis exfoliativa ist kein eigenständiges Krankheitsbild und die Ursachen können vielfältig sein. In vielen Fällen ist die Symptomatik Teilbild einer Psoriasis (s. **Abb. 20-2, 20-3**, S. 72), eines persistierenden seborrhoischen Gesichtsekzems oder eines atopischen Ekzems. In anderen Fällen handelt es sich um eine Cheilitis simplex mit ausgeprägter Desquamation, wobei Austrocknung und mechanische Irritation mit den Zähnen die wichtigsten Ursachen sind (s. o.).

■ Klinische Symptome

Morphologisch sollte man von einer Cheilitis exfoliativa sprechen, wenn über längere Zeit (Wochen oder Monate) auffallend adhärente Schuppenauflagerungen oder Schuppenkrusten, die gelegentlich auch von Fissuren durchzogen sind, vorliegen und die Symptomatik sich nicht als Kontaktcheilitis oder aktinische Cheilitis erklären lässt. Dieses morphologisch charakteristische klinische Bild ist nicht sehr häufig, aber immer wieder zu beobachten.

■ Therapie

Nach Abklärung der Ätiologie oder der Krankheit, deren Begleitsymptom die Cheilitis exfoliativa ist, ist eine symptomatische Behandlung mit fett- und feuchtigkeitshaltigen Externa sinnvoll.

Cheilitis angularis (Perlèche)

Synonyma: Mundwinkelcheilitis, Perlèche, Angulus infectiosus, Faulecken, Mundwinkelrhagaden

Die Cheilitis angularis (Perlèche) (**Abb. 9-11 bis 9-13**) war schon immer in der Bevölkerung mindestens ebenso bekannt



Abb. 9-11 Cheilitis angularis. Perlèche. Faulecken. Entzündliche Rhagaden der Mundwinkel.



Abb. 9-12 Cheilitis angularis. Perlèche. Erythem und Krusten.



Abb. 9-13 Cheilitis angularis. Perlèche. Herpes-simplex-ähnlich, akut ekzematisiert, vesikulös.

wie in medizinischen Kreisen. Dabei wurden bei der Charakterisierung der »bösen Mundwinkel«, »Faulecken«, auch Bezeichnungen geprägt, in denen bereits Hinweise auf die Art der Ursache enthalten sind, so wenn in Frankreich in der

Kennzeichnung des Zustandes als »Bridou« an den mechanischen Scheuereffekt von Zügeln (les brides) in den Mundlefen erinnert oder in dem Ausdruck »Perlèche« der schädliche Einfluss einer dauernden Befeuchtung der Mundwinkel durch Überlecken (se pourlécher = sich die Lippen belecken) als krankheitsauslösend herausgestellt wird.

■ **Ätiologie**

Das Symptom ist polyätiologisch. Bei Erwachsenen stellt eine Cheilitis angularis zunächst eine intertriginöse Dermatitis (Dermatitis in einer Hautfalte, also immer dort, »wo Haut auf Haut liegt«) mit einer anschließenden regelmäßigen, sekundären *Candida*-Besiedlung dar, während sich bei Kindern von der Cheilitis angularis häufig Bakterien, insbesondere Staphylokokken und Streptokokken, isolieren lassen (Angulus infectiosus oris). Offenbar besteht bei Kindern eine besondere Neigung zu einer bakteriellen Superinfektion, die wiederum die Cheilitis angularis auch weiter unterhalten kann. Eine streptogene Impetigo contagiosa liegt allerdings kaum jemals gleichzeitig im Gesichtsbereich vor. Eine Cheilitis angularis zeichnet sich vielfach durch einen langen, Wochen oder Monate andauernden Bestand aus und ist gerade bei Erwachsenen von hartnäckiger Therapieresistenz.

Die Cheilitis angularis ist ein Symptom mit vielen Ursachen (Tab. 9-2). Bei Kindern sind es vor allem diejenigen, die an einem atopischen Ekzem (Neurodermitis disseminata) leiden und kurzzeitig oder längerfristig zu einer Cheilitis angularis neigen. Bei Erwachsenen ist die Cheilitis angularis häufig eine Begleitreaktion eines seborrhoischen Gesichtsekzems oder eines anderen Gesichtsekzems, nicht selten ist gleichzeitig auch ein Lidexzem vorhanden.

Bei älteren Menschen entwickelt sich die minimale intertriginöse Dermatitis in den Mundwinkeln durch eine verstärkte Faltenbildung. Diese wiederum hat zwei Ursachen. Erstens kann eine verstärkte Faltenbildung durch den normalen altersbedingten Tonusverlust der Gesichtshaut entstehen. Die Falten erstrecken sich von den Mundwinkeln nach lateral und kaudal. Eine einseitige Cheilitis angularis entwickelt sich nach einem apoplektischen Insult oder im Rahmen einer Fazialisparese. Die zweite Ursache ist eine Distanzverminderung zwischen Maxilla und Mandibula. Diese entsteht bei Zahnlosigkeit und mangelhaft passendem Zahnersatz (»zu tiefer Biss« bei Zahnprothesenträgern). Eine Hypersalivation bzw. Sialorrhö, also ein gesteigerter Speichelfluss, mit der entsprechenden Ursachenvielfalt (s. S. 254) führt vielfach zu einer verstärkten Durchfeuchtung der Mundwinkelregion und begünstigt damit die Entwicklung einer Cheilitis angularis. Eine solche verstärkte Durchfeuchtung durch Speichel mit seinen zur Mazeration führenden Enzymen kommt vor allem infolge einer »schlechten Angewohnheit« bei ständigem Belecken der Mundwinkel mit der Zunge, gelegentlich

Tab. 9-2 Ätiologie der Cheilitis angularis (Perlèche; z.T. in Kombination vorhanden).

Verstärkte Faltenbildung im Mundwinkelbereich	<ul style="list-style-type: none"> • altersbedingter Turgorverlust der Gesichtshaut • schlecht sitzender Zahnersatz (z. B. durch »zu tiefen Biss« im Rahmen einer mangelhaften Prothesenversorgung) • orthopädische Kieferveränderungen mit abnormer Faltenbildung
Verstärkte Durchfeuchtung im Mundwinkelbereich	<ul style="list-style-type: none"> • Speichelfluss (Sialorrhö) bei fehlendem Mundschluss, auch nach apoplektischem Insult
Mechanische Irritation	<ul style="list-style-type: none"> • Druck von Instrumenten nach zahnärztlichem Eingriff
Infektionen	<ul style="list-style-type: none"> • bakteriell durch Streptokokken oder Staphylokokken (Impetigo contagiosa) • mykotisch durch <i>Candida albicans</i> (Mundwinkelsoor, oft bei ausgeprägtem Mundsoor)
Habituell	<ul style="list-style-type: none"> • gewohnheitsmäßiges Belecken der Mundwinkel • gewohnheitsmäßiges Kauen von Kaugummi oder Tabak
Genetische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • kongenitale Mundwinkelfisteln • atopisches Ekzem • Hypersalivation, besonders bei Down-Syndrom (Makroglossie) • Malokklusion des Mundes durch Anomalien von Zähnen, Lippen oder Zunge
Stoffwechselstörungen und Allgemeinerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelernährung, auch bei Anorexia nervosa, Kachexie • Avitaminosen, insbesondere Ariboflavinose • Eisenmangel • hypochrome Anämie • Plummer-Vinson-Syndrom • Achylie • perniziöse Anämie • Bulimie • seborrhoisches Gesichtsekzem • Mundtrockenheit • allergische Kontaktcheilitis

auch beim gewohnheitsmäßigen Kaugummi- oder Tabakauen und beim Kauen von Betelnuss vor, insbesondere aber bei mangelhaftem Mundschluss, sodass hierdurch gerade auch bei älteren Menschen eine Cheilitis angularis entstehen kann. Nicht selten tritt gerade bei älteren Menschen die Cheilitis angularis einseitig auf, und zwar auf derjenigen Seite, auf der der Patient schläft. Nachts kommt es dort zu einer verstärkten Durchfeuchtung und Faltenbildung.

Umgekehrt kann aber auch eine **Xerostomie**, eine stärker ausgeprägte Mundtrockenheit mit ihren zahlreichen Ursachen (s. S. 252), unter anderem auch medikamentös bedingt (s. S. 230), zu einer persistierenden Cheilitis angularis führen.

Zahlreiche Mangelerkrankungen sind immer wieder Ursache einer Cheilitis angularis, z.B. Vitaminmangel (vor allem Riboflavin), Eisenmangel oder allgemeine Mangelerkrankung bzw. Unterernährung durch Hunger bei allgemeinem Nahrungsmangel, bei krankheitsbedingter Kachexie (konsumierende Allgemeinerkrankungen, maligne Tumoren, maligne Systemkrankheiten), extremem Fasten sowie bei psychogenen Störungen der Nahrungsaufnahme (Anorexia nervosa, periodisches Fasten, selbst induziertes Erbrechen, Laxanzienabusus). Habituelles Belegen der Mundwinkel kann eine Cheilitis angularis induzieren oder verstärken.

Eine Cheilitis angularis stellt praktisch immer eine sekundäre Candidose dar, kann jedoch auch Teilsymptom einer intraoralen Candidose sein (s. S. 175). Dies kommt bei AIDS-Patienten besonders häufig vor, aber auch bei medikamentöser Immunsuppression. Auch durch eine Antibiotikatherapie oder eine Kortikoidtherapie (vor allem, wenn Kortikoide zur Asthmabehandlung inhaliert werden) kann grundsätzlich die orale Keimzahl von *Candida albicans* erhöht werden, sodass eine intraorale Candidose und in deren Gefolge eine Cheilitis angularis entstehen kann.

Eine allergische Cheilitis (s. S. 22) kommt in manchen Fällen ausschließlich in den Mundwinkeln vor, beispielsweise bei Patienten mit einer Nickelsensibilisierung, die gewohnheitsmäßig nickelhaltige Kugelschreiber, Sicherheitsnadeln etc. zwischen den Lippen halten. Auch eine längerfristige allergische Kontaktstomatitis kann Ursache einer Cheilitis angularis sein, wenn auch sehr selten (s. S. 209).

Eine Cheilitis angularis bei Diabetikern neigt im besonderen Maße zur Chronizität. Sie ist auch ein häufiges Symptom bei Patienten mit Mongolismus, vor allem mit ausgeprägter Makroglossie und ständiger Befeuchtung der Mundregion mit der Zunge.

Weitere Ursachen einer Cheilitis angularis können ein Trauma, mechanisches Dehnen der Mundwinkel (als Folge einer zahnärztlichen Behandlung) oder Intoxikationen (beispielsweise eine Quecksilberintoxikation) sein.

■ Klinische Symptome

Eine Cheilitis angularis (Perlèche) kommt außerordentlich häufig vor. Am Mundwinkel, auch beidseitig, bildet sich im Bereich zwischen Haut und Schleimhaut ein kleiner roter Fleck, aus dem ein verborkender Riss entsteht. Langsam wächst der Herd, die Rhagade vertieft sich, die Verborkung nimmt zu. Schließlich ist an einem oder beiden Mundwinkeln ein äußerst hartnäckiger, ovaler, 2–7 mm großer, erosivkrustöser Herd zustande gekommen, der oft von einer tiefen



Abb. 9-14 Cheilitis angularis. Perlèche, chronische hypertrophe Form.



Abb. 9-15 Cheilitis angularis. Ekzematisierte, chronische Perlèche bei verstärktem Speichelfluss.

Rhagade durchzogen wird. Nicht selten zeigen sich auch Schuppung, Fissuren, Nässen, Mazeration und Krusten in den Mundwinkeln, die von einer akuten oder subakuten Ekzematisierung begleitet sein können (**Abb. 9-14, 9-15**). Die Symptome können sich etwas weiter auf die Haut erstrecken, nicht jedoch auf die Mundschleimhaut. Juckreiz ist kaum vorhanden. Bei chronischem Verlauf und tiefen Rhagaden können Schmerzen auftreten.

■ Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch können manchmal ein Pemphigus vegetans (s. **Abb. 28-13**, S. 95) oder eine Acanthosis nigricans (**Abb. 9-16**, s. auch **Abb. 57-17**, S. 307) zu erwägen sein, selten auch rhagadiforme Mundwinkelpapeln bei sekundärer Syphilis.

Im Allgemeinen manifestieren sich diese Krankheiten allerdings nicht nur an den Lippenkommissuren, sondern auch anderenorts an Haut oder Schleimhaut. Selbst ein intra-



Abb. 9-16 Pseudoperlèche im Rahmen einer Acanthosis nigricans.

orales, retrokomissurales Karzinom kann eine chronische Perlèche vortäuschen (s. Abb. 61-19, S. 367).

■ Therapie

Die Erkennung und Behandlung der eigentlichen Ursache oder einer Grundkrankheit sind die wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie. Örtlich haben sich Pasta Zinci mollis, eine Nystatin-haltige Paste oder wässrige Zinkschüttelmixtur, besonders vor dem Schlafengehen, bewährt. Im Übrigen werden je nach Ätiologie örtlich Antiseptika, Antibiotika oder Antimykotika in fettfreier oder fettarmer Grundlage (Tinkturen, Cremes, Softpasten, Pasten) angewendet. Ein Glukokortikoidzusatz kommt allenfalls kurzzeitig infrage.

Lippenbeteiligung bei atopischem Ekzem

Synonyma: atopische Dermatitis, Neurodermitis disseminata

■ Ätiologie

Das endogene Ekzem ist eine genetisch fixierte Krankheit. In wechselhafter Ausprägung kann die Hautsymptomatik oder die Disposition hierzu lebenslang erhalten bleiben; man bleibt also, mit oder ohne Hautveränderungen, zeitlebens ein »atopischer Ekzematiker«. Die Krankheit hat zum Teil lebensalterstypische Symptome.

■ Klinische Symptome

Das atopische Ekzem ist Teilbild des Atopie-Syndroms, das als weitere Symptome vor allem Asthma bronchiale und Rhinitis allergica sowie manchmal auch Nahrungsmittelallergien einschließt. Der Krankheitsablauf umfasst zunächst den Milchschorf, dann das Beugenekzem und weitere Ekzemerde und schließlich bei Erwachsenen eine Prurigo. Der Juckreiz kann wie die übrigen Krankheitserscheinungen außerordentlich wechselhaft ausgeprägt sein, also zeitweise auch nur abortiv. Meistens jedoch ist er das quälendste Symptom der Krankheit. Oft verschlechtert sich das Asthma bei Besserung der Hauterscheinungen oder umgekehrt. Vielfach verschwinden die Hautsymptome bereits in der Kindheit, während der Pubertät oder im Jugendalter für immer, doch sind viele Patienten auch noch als Erwachsene ekzemerkrank. Die Ekzemneigung vermindert sich bei zunehmendem Lebensalter, sodass ein atopisches Ekzem im Greisenalter selten ist. Wann sich die Symptome endgültig zurückbilden, ist für den einzelnen Patienten allerdings nicht voraussagbar.

Aufgrund einer Störung der zellulären Immunität finden sich bakterielle, mykotische und virale Hautinfektionen bei Patienten mit einem atopischen Ekzem häufiger als in der Normalbevölkerung, insbesondere eine Impetigo contagiosa und weitere Pyodermien. Besonders bedeutsam ist bei diesen Patienten eine Abwehrschwäche gegenüber dem Herpes-simplex-Virus und dem Vacciniavirus, die bei einer Infektion mit diesen Erregern zu einer lebensbedrohlichen Allgemeinerkrankung, dem Ekzema herpeticum bzw. dem Ekzema vaccinatum, führen kann. Eine Mundschleimhautbeteiligung kommt bei 5–10% der Patienten mit Ekzema herpeticum vor, die Symptome sind aphthenähnlich bzw. ähneln einer Gingivostomatitis herpetica (s. S. 109).

■ Diagnostik

Labordiagnostisch ergeben sich bei manifestem Ekzem oft eine Eosinophilie und ein erhöhtes Gesamt-IgE sowie eine Vermehrung allergenspezifischer IgE-Antikörper. Die Diagnose beruht auf dem klinischen Erscheinungsbild und der Anamnese, nicht aber auf den Laborbefunden.

Mundschleimhautveränderungen, die für das atopische Ekzem typisch wären, gibt es nicht. Eine Lippenbeteiligung jedoch ist häufig und kann in vielfältiger Weise vorliegen.

Eine Cheilitis simplex (s. S. 21) oder eine Cheilitis exfoliativa (s. S. 25) ist relativ häufig. Jede länger bestehende, therapieresistente oder rezidivierende Cheilitis sollte den Verdacht auf ein atopisches Ekzem erwecken. Eine länger bestehende Cheilitis führt gelegentlich bei Patienten mit einem atopischen Ekzem zur Bildung einer Unterlippenrhagade (s. S. 204). Eine Leckcheilitis (s. S. 24) (Abb. 9-17) tritt überwiegend bei Kindern mit einem atopischen Ekzem auf. Eine Cheilitis angularis (Perlèche, s. S. 25) ist das



Abb. 9-17 Leckcheilitis bei atopischem Ekzem.

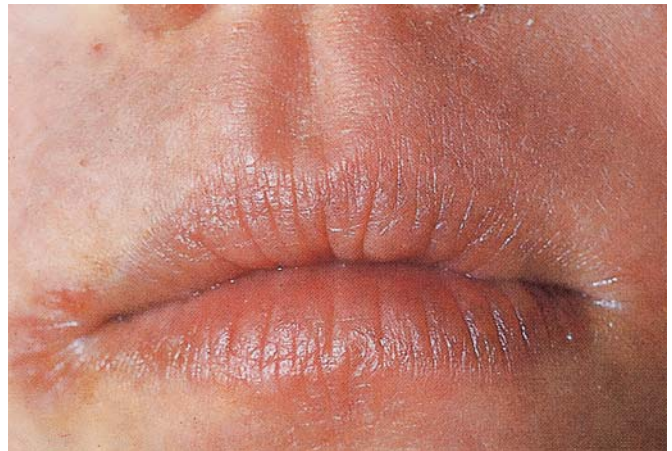


Abb. 9-20 Atopisches Ekzem. Typische radiäre Fältelung des Lippenrots.



Abb. 9-18 Atopisches Ekzem. Chronische, lichenifizierte Form mit Vergrößerung der Hautfelderung perioral.



Abb. 9-21 Atopisches Ekzem. Unterlippenrhagade.

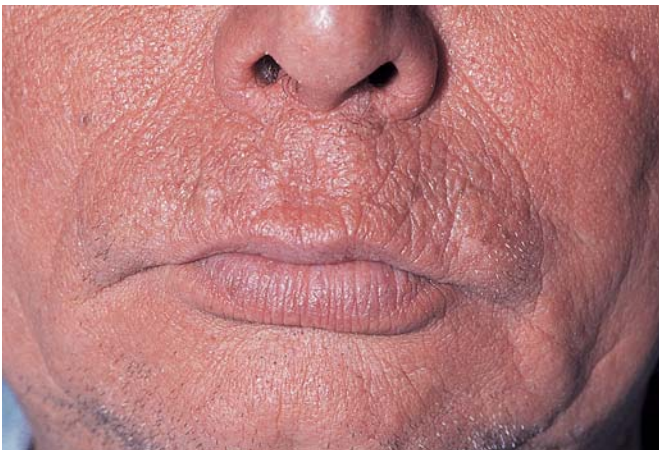


Abb. 9-19 Atopisches Ekzem. Chronische, lichenifizierte Form mit Vergrößerung der Hautfelderung perioral.

häufigste Symptom an den Lippen beim atopischen Ekzem und tritt meist im Kindesalter auf. Eine Pityriasis alba ist eine sehr oberflächliche Form eines Ekzems und findet sich vor allem bei Kindern. Sie ist besonders in den Sommermo-

naten sichtbar und tritt oft bei Atopikern auf. Bevorzugt befallen sind das Gesicht und dabei manchmal auch die Lippen.

Bei Patienten, die bereits lange Zeit an einem atopischen Ekzem leiden, kommt es oftmals zu einem charakteristischen chronischen lichenifizierten Lippenekzem. Die Lippen sind hierbei gerötet, entzündlich infiltriert und die Oberflächenfelderung ist deutlich vergrößert (**Abb. 9-18, 9-19**), entsprechend der auch sonst an den verschiedenen Lokalisationen typischen Lichenifikation.

Beim atopischen Ekzem findet sich auch eine verstärkte radiäre Faltenbildung des Lippenrots (**Abb. 9-20**), die sich in die Umgebung fortsetzen kann, ohne allerdings das Ausmaß der radiären Fältelung nach Art der Tabaksbeutelnaht zu erreichen, wie sie bei der progressiven Sklerodermie oder als Parrot-Narben bei der kongenitalen Syphilis bekannt ist. Die mediane Unterlippenrhagade ist im Allgemeinen Folge einer chronischen aktinischen Cheilitis bzw. kalten und windigen Wetters (s. S. 204). Nicht selten ist sie auch Symptom eines atopischen Ekzems (**Abb. 9-21**).