

Häufige Hautinfektionen: sofort erkannt – gleich verbannt

PD Dr. med. Lisa Weibel
Leitung Dermatologie, Zentrum Kinderhaut
Universitäts-Kinderspital Zürich

| Symposium

Zürcher Kinderhaut- Tag 2025

Fokus:
Haut-
infektionen

Organisation: Zentrum Kinderhaut - Dermatologie
www.kinderhaut-zuerich.ch

Freitag, 07. November 2025, 9.00 – 17.30 Uhr
Careum, Zürich

 UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH



Häufige Hautinfektionen: sofort erkannt – gleich verbannt



1

Blasen & Bläschen

2

Infektion oder Imitation?

3

Red Flags bedrohlicher Infektionen

Atypische Hand- Mund – Fuss – Krankheit durch Coxsackie A6

“Eczema Coxsackium” and Unusual Cutaneous Findings in an Enterovirus Outbreak

Mathes E. Pediatrics 2013

- grössere betroffene Körperoberfläche
- grössere Vesikel
- atypische Lokalisationen (Ekzemstellen, Friktion)
- enorale Läsionen nicht obligat, mehr perorale Bläschen



FIGURE 3

Eczema coxsackium: A toddler with confirmed CVA6 infection who had erosions localized to areas of AD.



FIGURE 4

A 16-year-old with confirmed CVA6 infection

have also emphasized the perioral distribution of CVA6-associated disease.^{10,23} Vesicles, variably sized bullae, and/or erosions involved >10% BSA in the majority of our patients. To the best of our knowledge, widespread vesiculobullous exanthems have not been reported in previous HFMD outbreaks. Intraoral erosions were less common than in classic HFMD where the rate of

Pediatr Dermatol 2013



Ekzema herpaticum	Ekzema coxsackium
genabelte Bläschen	Polymorphe Vesiculae und Erosionen
monomorphe, ausgestanzte Erosionen	teils ovaläre und gräuliche Bläschen
häufig asymmetrisch	symmetrische Verteilung: Ekzemstellen, Friktion akral und perioral häufig betroffen
Fieber, irritabel, Schmerzen	Evt. Diarrhoe, Fieber, irritabel
Dauer: 2-6 Wochen	Dauer: 7-10 Tage
HSV	CVA6, aber auch andere beschrieben

Ekzema coxsackium

Polymorphe Vesiculae und Erosionen

teils ovaläre und gräuliche Bläschen

symmetrische Verteilung: Ekzemstellen, Friktion
akral und perioral häufig betroffen

Evt. Diarrhoe, Fieber, irritabel

Dauer: 7-10 Tage

CVA6, aber auch andere beschrieben



Therapie:

symptomatisch: Analgesie

lokal initial Octenisept, im Verlauf Emollentien, ggf. Elocom Salbe 1:1 in
Dexeryl Creme

Bullöse Impetigo

- Staph. Aureus
- Toxin-Effekt: bullös (Akantholyse im Str. granulosum)
- Abstrich: + / -

Therapie

Neugeborene stationär **systemisch:** Amoxicillin-Clavulansäure iv.
& topisch: Octenisept Gel®; abdecken mit Mepilex lite®

Bei limitiertem Hautbefall nur topisch:

Octenisept Gel® & Bactroban Salbe® 2x tgl; evt. Mepilex lite®

Orale Antibiotika & topisch:

Co-Amoxicillin po. 5-7 Tage & Octenisept Gel®

kein Fucidin!

Bullöse Daktylitis («blistering distal dactylitis»)



- bakterieller Infekt mit Toxinbildung (Strept. > Staph.)
- akut auftretende pralle, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen an Fingern (Zehen)
- wenig schmerzhaft

Therapie:

- Drainage
- Co-Amoxicillin po

Staphylococcal Scalded Skin Syndrom (SSSS)

- S. aureus mit exfoliativem Toxin
- va. Neugeborene und Kleinkinder
- schmerzhafte, gerötete Haut, Malaise
- positives Nikolski-Zeichen
- radiäres impetiginisiertes periorales Ekzem
- evt. Konjunktivitis

Therapie:

- Amoxicillin-Clavulansäure iv. (idR. 5-7 Tage)
- reichliche iv-Hydrierung
- Antiseptika, sterile Wundauflagen (Mepilex)
- KEIN chirurgisches Débridement

Häufige Hautinfektionen: sofort erkannt – gleich verbannt



1

Blasen & Bläschen

2

Infektion oder Imitation?

3

Red Flags bedrohlicher Infektionen

Diagnostik Mykosen

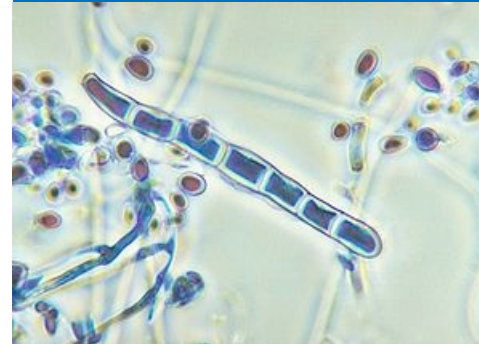
Schuppen abkratzen



Mykologie-Labor



Mikroskopie (Direktpräparat)



PCR



- **schnell**
- nicht für
Therapiekontrolle (falsch
positive Resultate)
- nicht bei Frage nach
Resistenzen

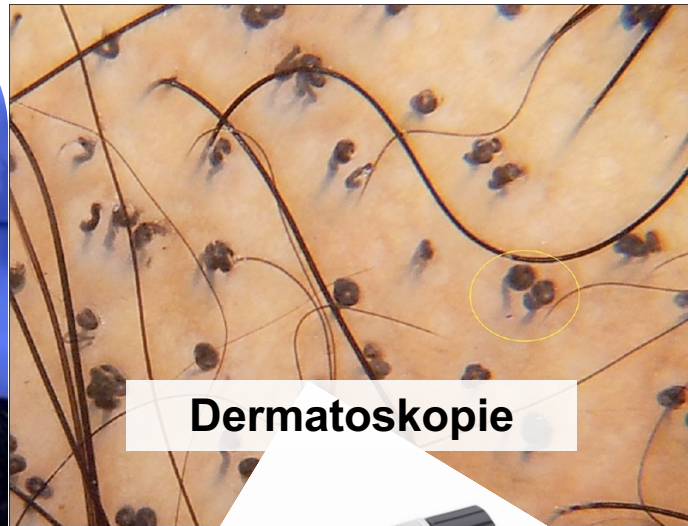
Haarwurzeln epilieren!



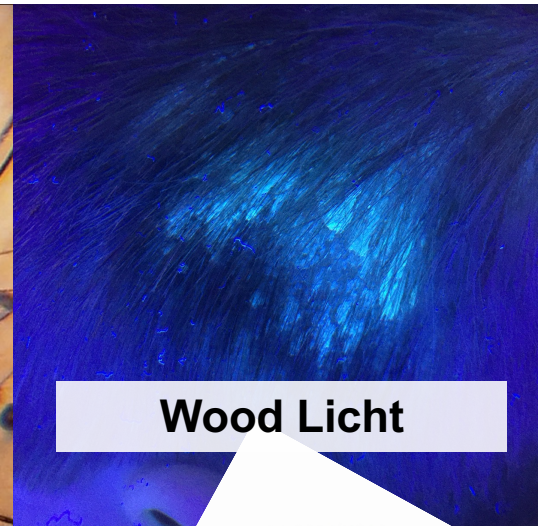
Kultur (bis 4 Wochen)



Tinea capitis



Dermatoskopie



Wood Licht



Therapie Tinea corporis

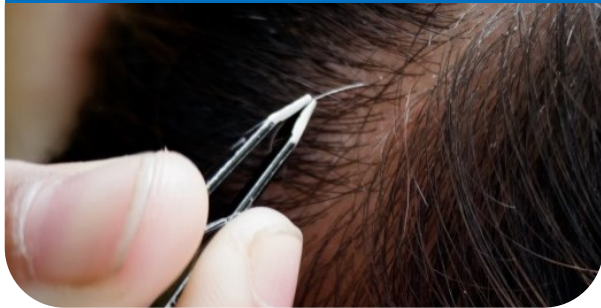
- wenn **max. 3 Stellen und ohne tiefe/follikuläre Ausdehnung** -> topische Therapie möglich:
Terbinafin-Creme 2x täglich bis vollständig abgeheilt + 3 Tage länger
- ansonsten **orale Therapie: Terbinafin**
(zermörserbar, ab 10kg KG, ansonsten Itraconazol)
für 2-4 Wochen (je nach Befund)

Therapie Tinea faciei

- wenn **klein und ohne Beteiligung Augenbrauen/Lidränder** -> topische Therapie möglich:
Terbinafin-Creme 2x täglich bis vollständig abgeheilt + 3 Tage länger
- ansonsten **orale Therapie: Terbinafin**
(zermörserbar, ab 10kg KG, ansonsten Itraconazol)
für 3-4 Wochen (je nach Befund); bei Augenbrauen-Befall: 8 Wochen

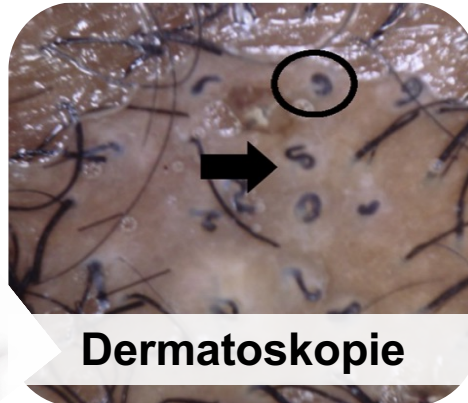
Therapie Tinea capitis

Haarwurzeln epilieren!



Mykologie-Labor

- PCR
- Kultur



Dermatoskopie

- Corkscrew hair
- Comma hair
- Morse code hair etc.



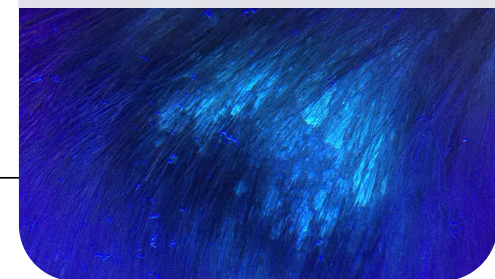
Trichophyton mentagrophytes, benhamiae, tonsurans, violaceum, soudanense, and other Trichophyton

Terbinafin

Microsporum canis, M. audouinii, M. ferrugineum

Itraconazol

Grün in Wood Licht



Therapie der Tinea capitis

- alle symptomatischen Familienmitglieder systemisch behandeln
- immer mit topischer Therapie (Ketoconazol Shampoo) kombinieren
- klinisch unbetroffene Familienmitglieder topisch mitbehandeln

Terbinafin (Lamisil)	Itraconazol (Sporanox)
< 20kg 62.5mg/d 20-40kg 125mg/d > 40kg 250mg/d	5mg/kg/d als tägliche Einmaldosis (max. 200mg/d)
Tabletten können gemörsert werden	Susp/Sirup: derzeit nur Magistralrezeptur, nüchtern einnehmen!
(ab 2-jährig (10kg) zugelassen)	(ab 18-jährig zugelassen)

Start

4 Wochen

klinischer Verlauf, Abnahme Kultur

falls eindeutige Besserung →
systemische Therapie pausieren,
Topika weiter

8 Wochen

klinischer Verlauf, Abnahme Kultur

falls eindeutige Besserung →
systemische Therapie pausieren,
Topika weiter

Therapiestopp erst bei klinischer und kultureller Abheilung!

Mayser P et al, JDDG 2020
Fuller L et al, Br J Dermatol 2014

Therapie Tinea capitis – Typ Kerion celsi

- gleich wie andere Formen der Tinea capitis
- Inzision kontraindiziert (ausser massive Abszessbildung, nicht kurativ, grösseres Risiko für Vernarbung)
- initiale Kombination mit systemischen Steroiden als Stammzellschutz (Prednisolon 1mg/kg/d für 5 Tage, dann 0.5mg/kg/d für weitere 5 Tage)

Therapie Tinea pedis

- eher selten im Kindesalter
- ab Pubertät häufigste Dermatophytose
- Therapie analog Erwachsener: Terbinafin topisch

Onychomykose- Tinea unguium

- präpubertär eher selten, nur 15% aller Onychodystrophien im Kindesalter
- häufiger bei Down-Syndrom oder HIV/Immundefizienz
- oft Exposition im Haushalt
- häufigster Erreger: *T. rubrum*

Therapie Onychomykose - Tinea unguium

- **rein topisch:** nur bei <50% (distalem) Nagelbefall, freier Matrix (Loceryl Lack)
- ansonsten **sytemisch und topisch kombiniert!**

Terbinafin	Itraconazol
< 20kg 62.5mg/d 20-40kg 125mg/d > 40kg 250mg/d	5mg/kg/d als tägliche Einmaldosis (max. 400mg/d)
Tbl. können gemörsert werden	Lösung vorhanden, nüchtern einnehmen!
Kontinuierlich <ul style="list-style-type: none"> - Fingernagel: 6 Wochen - Zehennagel: 12 Wochen 	Pulstherapie (1 Woche pro Monat) <ul style="list-style-type: none"> - Fingernagel: 2 Pulse - Zehennagel: 3 Pulse Kontinuierlich

Skabies: Bitte behandeln!

Richtlinien zur Behandlung von Skabies und zur Bekämpfung von Skabies-Ausbrüchen

BAG Bulletin 46, November 2024



Jacob Kofler^{1*}, Martin Theiler^{2*}, Michael Buettcher^{3, 4, 5},
Maya Wolfensperger⁶, Céline Gardiol^{1**}, Christoph Berger^{7**}

Mit der Unterstützung der Schweizer Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV), der Schweizer Gesellschaft für Infektiologie (SGInf) und der pädiatrischen Infektiologie Gruppe Schweiz (PIGS).

Skabies: Bitte behandeln!

Empfehlungen Skabiestherapie Schweiz

BAG Bulletin 46, November 2024

Erstlinientherapie (jedes Alter)

**Permethrin 5 %* +
Ivermectin 200 mcg/kg°**
Wiederholung nach 7–10 Tagen

Alternativen

Ivermectin 200 mcg/kg°
Wiederholung nach 7–10 Tagen

Benzylbenzoat 10/25 %* × 3 Tage
Wiederholung nach 7–10 Tagen

Zweitlinientherapie bei Therapieversagen

Säuglinge

**Crotamiton 10 % × 3–5 Tage +
Ivermectin 200 mcg/kg°**
Wiederholung nach 7–10 Tagen

Alternativen (ab Säuglingsalter)

**Permethrin 5 %* × 3 Tage +
Ivermectin 200 mcg/kg°**
Wiederholung nach 7–10 Tagen

Alter ≥ 1 Jahr

**Benzylbenzoat 10/25 %* × 3 Tage +
Ivermectin 200 mcg/kg**
Wiederholung nach 7–10 Tagen

Zuweisungen an
universitäres Zentrum:

**nur Säuglinge und
therapie-refraktäre
Kleinkinder**

Häufige Hautinfektionen: sofort erkannt – gleich verbannt



1

Blasen & Bläschen

2

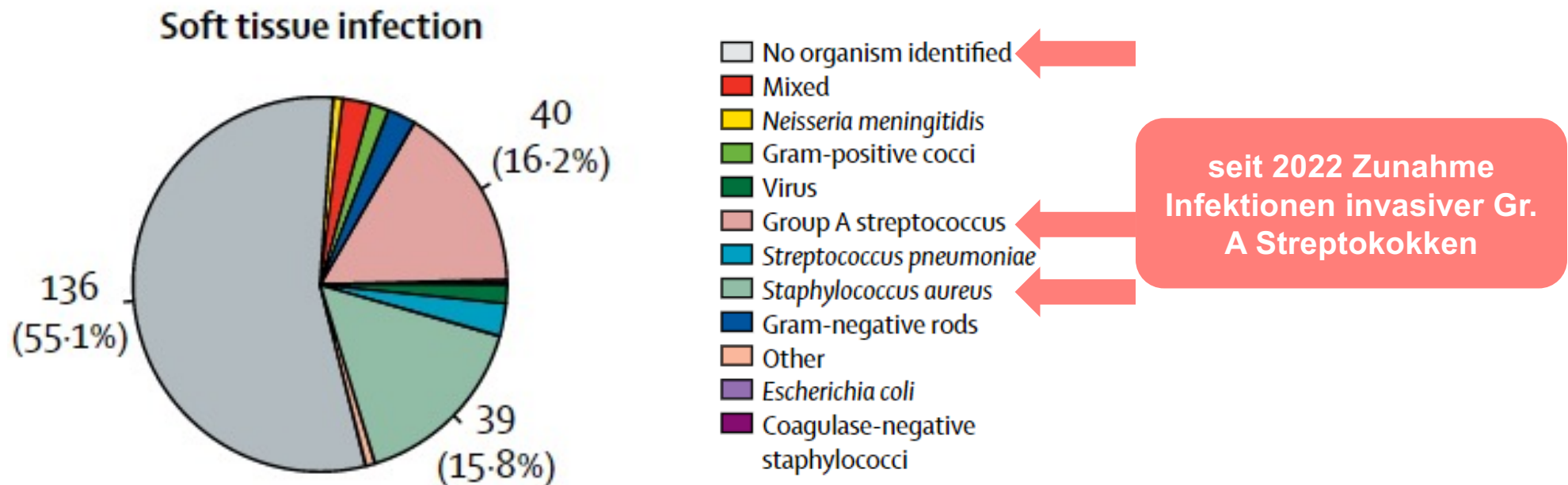
Infektion oder Imitation?

3

Red Flags bedrohlicher Infektionen

Life-threatening infections in children in Europe (the EUCLIDS Project): a prospective cohort study

Federico Martín-Torres*, Antonio Salas*, Irene Rivero-Calle*, Miriam Cebey-López*, Jacobo Pardo-Seco*, Jethro A Herberg*, Navin P Boeddha, Daniela S Klobassa, Fatou Secka, Stephane Paulus, Ronald de Groot, Luregn J Schlapbach, Gertjan J Driessen, Suzanne T Anderson, Marieke Emonts, Werner Zenz, Enitan D Carrol*, Michiel Van der Flier, Michael Levin* on behalf of the EUCLIDS Consortium†



Nekrotisierende Haut- und Weichteilinfektionen

- fulminante Gewebedestruktion
- systemische toxische Symptome
- hohe Mortalität
- oft gram+ und/oder anaerobe Bakterien
- nekrotisierende Faszitis, Cellulitis, Myositis...
- Verlauf und Mortalität stark abhängig von frühem Erkennen und aggressiver Therapie:
 - chirurgisches Debridement
 - antibiotische Therapie (gemäss Leitlinien)
 - IPS

extreme pain

crepitus

soft tissue
induration

ecchymosis, bullae,
skin necrosis

severe systemic
symptoms

Nekrotisierende Faszitis

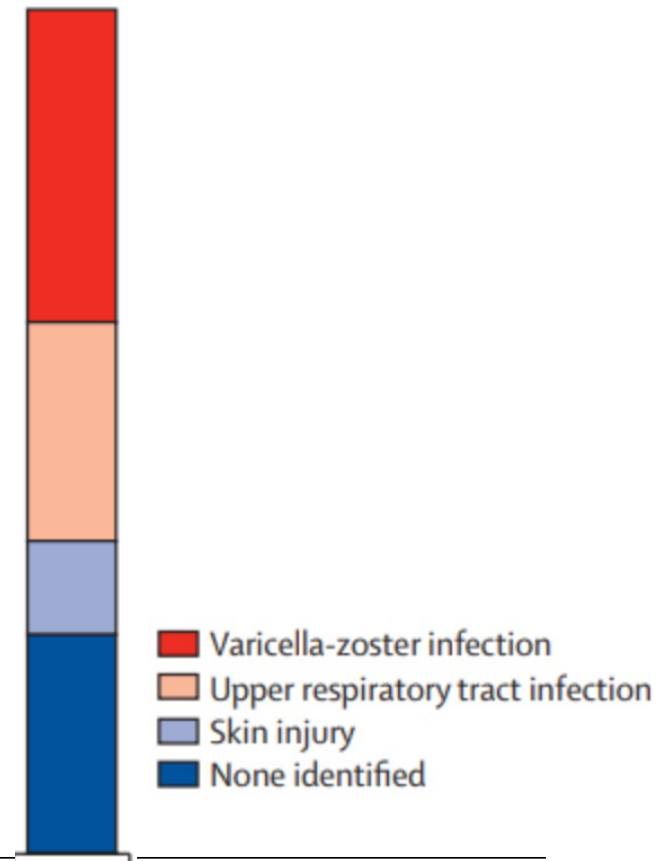
Meist durch Streptokokken der Gruppe A

Risikofaktoren:

- Hautläsionen (**Varizellen**, Insektenstiche)
- Trauma, Op
- odontogene Infektion....

Komplikationen:

- ausgedehnte Gewebenekrose
- septischer Schock mit Multiorgaversagen, toxic shock syndrome
- Tod



soft tissue infection with systemic illness



clear signs of necrotizing soft tissue infection?



yes

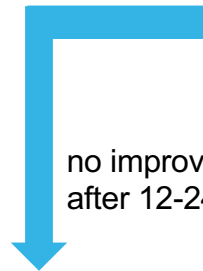
- **blood cultures, antimicrobial therapy***
- **surgical exploration**
- **aggressive debridement if diagnosis confirmed**



no

- **blood cultures, antimicrobial therapy**
- **frequent clinical examination for signs of necrotizing infection**

no improvement
after 12-24h



surgical consult

high suspicion for
necrotizing infection



- **surgical exploration**
- **aggressive debridement if confirmed**

low suspicion



MRI



improvement
after 12-24h



**continue conservative
treatment**

*depending on local
standards/requirements

Toxic Shock Syndrom

durch Superantigen Toxin-produzierende Stämme von *S. aureus* und Gr. A Streptokokken

→ Zytokinsturm

- diffuses makulöses Exanthem / Erythrodermie (*S. aureus*)
- Fieber
- arterielle Hypotonie
- Organversagen
- Kontext Tampons
- nach Verbrennungen, Operationen, iR. anderer Infektionen

Management: IPS, Antibiotika, evt. chirurg. Debridement

Purpura fulminans



Schwere Infektion/Sepsis

- Meningokokken
- Streptokokken, Staphylokokken, E. coli...
- VZV, HIV, Dengue..
- Rickettsien

**Multiorganversagen, hohe Mortalität,
Amputationen**

Häufige Hautinfektionen: sofort erkannt – gleich verbannt



1

Blasen & Bläschen



2

Infektion oder Imitation?



3

Red Flags bedrohlicher Infektionen

