

## Probleme an der Lippe

## Die sensible Haut ist sehr anfällig

RALPH M. TRÜEB, WALLISELEN

Die Lippenhaut ist sehr dünn und verfügt über keine Schweiß- oder Talgdrüsen. Entsprechend empfindlich ist die Lippe gegenüber Umwelteinflüssen wie trockener Luft, Keimen und Noxen wie häufigem Lippenlecken oder -beissen. Der folgende Beitrag fasst die wichtigsten Dermatosen an der Lippe zusammen.

Die Haut der Lippe ist mit drei bis fünf Zellschichten im Vergleich zu den bis zu 16 Zellschichten der übrigen Gesichtshaut sehr dünn. Die Lippenhaut ist nicht behaart und verfügt auch nicht über Schweiß- und Talgdrüsen.

Somit besitzt sie auch nicht den für die übrige Körperhaut des Menschen üblichen Hydro-Lipid-Film, eine Schutzschicht aus Schweiß und Talg, der die Haut geschmeidig hält und Krankheitserreger abtötet. Die Lippenhaut trocknet deshalb schneller aus und wird leichter spröde.

Bei heller Hautfarbe enthält die Lippenhaut keine Melanozyten. Dadurch scheint das Blut der darunter liegenden Blutgefäße stärker hindurch als bei der restlichen Gesichtshaut und führt zu einer deutlichen Rotfärbung der Lippen (Lippenrot). Das Färben der Lippen mit Lippenstift soll diese optisch hervorheben. Bei dunklerer Hautfarbe ist der Effekt weniger deutlich, denn hier ist auch die Lippenhaut mit Melanin durchsetzt und dadurch optisch dichter.

Als Organ des Körpers kann die Lippe Krankheitsherd sein oder Symptome einer Krankheit aufweisen. Dabei kön-

*«Die Lippe ist der Wetzstein des Geistes; über die Lippe muss der Gedanke oft hin und her laufen, damit er Glanz, Farbe und Gestalt gewinne.»*

*Ernst Moritz Arndt (1769–1860)*

nen die Lippen oft auf eindruckliche Weise anschwellen. Die Ursachen dafür sind vielfältig und reichen von Verletzungen bis hin zu spezifisch dermatologischen Erkrankungen.

Häufig sind Einrisse der Haut oder Rhagaden. Sie treten auf, wenn die Haut der Lippen aufgrund von Trockenheit, Kälte oder Hautkrankheit weniger elastisch ist als gewöhnlich. Durch ihre Dünne ist die Haut der Lippen extrem empfindlich und wird bei Kälte leicht spröde und rissig. Die Lippe ist durch die geringe Hautdicke zudem sehr verletzungsempfindlich und blutet im Fall einer Verletzung oft stark. Manche Menschen kauen auf ihrer Ober- bzw. Unterlippe (Cheilophagie), wenn sie nervös oder angespannt sind.

Im Folgenden sind einige häufige, spezifisch dermatologische Erkrankungen der Lippen erläutert.

**Allergische Kontaktcheilitis**

Die allergische Kontaktcheilitis ist eine durch Kontakt mit einer exogenen Substanz hervorgerufene entzündliche Intoleranzreaktion mit Hauptsitz in der Epidermis. Es handelt sich um eine zellvermittelte Allergie vom Spättyp. Klinisch präsentiert sie sich mit Schwellung, Rötung, Exsudation und Krusten (Abb. 1). Die minimale Sensibilisierungsdauer bei Erstkontakt beträgt fünf Tage, bei bestehender Sensibilisierung liegen zwischen Allergenexposition und Ekzemausbruch 4–72 Stunden.

Häufige Kontaktallergene sind die Lokalanästhetika Procain und Benzocain, die Virostatika Idoxuridin und Tromantadin, Lippenstifte (Perubalsam) sowie verschiedene Geschmacksstoffe, etwa Eugenol, Zimtaldehyd oder Anisöl.

Bei der Therapie stehen die Entfernung von Restallergen und die Expositionsprophylaxe im Vordergrund. Zudem können topische Kortikosteroide eingesetzt werden. Die allergologische Abklärung erfolgt mittels Epikutantestung.

**Cheilitis simplex**

Die Cheilitis simplex ist ein Kumulationsschaden der Epidermis bei individueller Prädisposition (Atopie, Alterssebstase). Klinisch zeigen sich «aufgesprungene Lippen» mit Schuppenkrusten und radiären Einrissen (Abb. 2). Der Schaden entsteht vor allem durch häufiges Lippenlecken und Lippenbeissen (Cheilophagie). Expositionsprophylaxe, milde Kortikosteroide und Lippenpflege sind die wichtigsten therapeutischen Massnahmen.

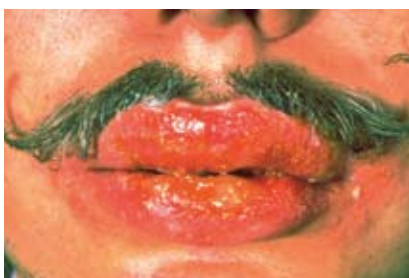


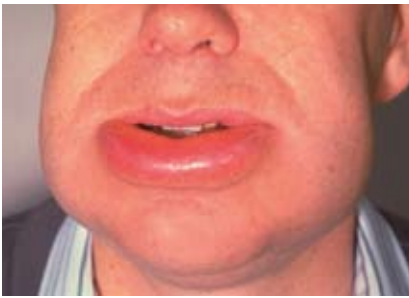
Abb. 1: Allergische Kontaktcheilitis



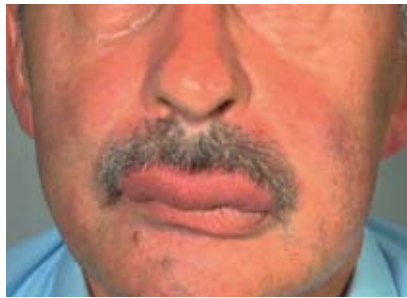
Abb. 2: Cheilitis simplex



Abb. 3: Angulus infectiosus



**Abb. 4:** Quincke-Ödem



**Abb. 5:** Makrocheilie



**Abb. 6:** Gingivostomatitis herpetica

Fotos: Trüeb



**Abb. 7:** Herpes simplex in loco recidivans



**Abb. 8:** Dermatose Fiessinger-Rendu-Fuchs



**Abb. 9:** Impetigo contagiosa

### Angulus infectiosus

Als Angulus infectiosus wird eine kumulativ-toxische intertriginöse Dermatitis der Mundwinkel bezeichnet. Die Lippen sind gerötet, zudem treten Rhagaden und eventuell Krusten im Mundwinkel auf (**Abb. 3**). Prädispositionsfaktoren sind Speichelfluss, gestörter Mundschluss, tiefe Mundwinkelfalten sowie eine sekundäre mikrobielle Besiedelung mit *Candida albicans* (Erwachsene), *Streptococcus pyogenes* (Kinder) und/oder *Staphylococcus aureus*. Auch eine Malalimentation (Eisenmangel, Ariboflavinose, Niacinmangel) gehört zu den Prädispositionsfaktoren.

Therapiert wird mit weicher Zinkpaste mit Nystatin. Tiefe Mundwinkelfalten können zudem mit Hyaluronsäure aufgespritzt werden. An eine Supplementierung mit Eisen, Riboflavin und Niacin sollte gedacht werden. Zur Abklärung dienen mikrobiologische Abstriche und eine Bestimmung des Ferritin-Werts.

### Quincke-Ödem

Das Quincke-Ödem ist ein tief dermales Ödem der Lippenschleimhaut auf der Basis einer Soforttyp-Allergie oder einer Intoleranzreaktion auf Kontaktallergene, Nahrungsmittel oder Medikamente – seltener aufgrund eines hereditären oder erworbenen Mangels an C1-Esterase-Inhibitor (z. B. bei Lupus erythematoses).

Das Quincke-Ödem tritt relativ akut als mitunter groteske Lippenanschwellung

in Erscheinung (**Abb. 4**). Häufige Auslöser sind eine Insektengift- oder Nahrungsmittelallergie, Kontakturtikaria auf Latex, Aspirin-NSAR-Additiva-Intoleranz, ACE-Hemmer oder, beim hereditären Quincke-Ödem, chirurgische Eingriffe im Mundbereich.

Therapeutisch werden systemische Antihistaminika plus Kortikosteroide gegeben. Bei vitalen Beschwerden wird zusätzlich ein Adrenalin-Autoinjektor eingesetzt. Beim hereditären Angioödem ist eine Substitution mit dem C1q-Inhibitor möglich. Wichtig bleibt die Expositionsprophylaxe.

Zur Diagnostik dienen: Gesamt-IgE, spezifische IgE, Prick- und Intrakutantestungen, orale Provokationen (in Notfallbereitschaft), C1-Esterase-Inhibitor (quantitativ, qualitativ) und ANAK.

### Cheilitis granulomatosa

Die Cheilitis granulomatosa ist eine polyätiologische granulomatöse Entzündung der Lippe. Zunächst tritt eine rezidivierende, zunehmend fixierte, Ödem-gebundene, palpable Lippenanschwellung (Makrocheilie: **Abb. 5**) auf. In Verbindung mit einer Facialis-Parese und Lingua plicata spricht man auch von einem Melkerson-Rosenthal-Syndrom. Komorbiditäten sind M. Crohn, orale Sarkoidose, dentale Infektfoci und eine Nahrungsmittel-/Additiva-Allergie (seltener: Zimtaldehyd, Kakao, Farbstoffe). Therapeutisch werden die Infiltration

mit Kortikosteroiden, Diaminodiphenylsulfon sowie eine Lippenreduktionsplastik eingesetzt. Zur Abklärung stehen eine Biopsie, das Orthopantogramm sowie eine gastroenterologische Abklärung im Mittelpunkt.

### Herpes labialis

Eine Rezidiv-Infektion mit Herpes simplex-virus Typ I (häufiger) oder Typ II (seltener) wird als Herpes labialis bezeichnet. Die klinische Präsentation ist abhängig von der Immunitätslage. Bei Erstinfektion tritt ein Herpes labialis als Gingivostomatitis herpetica (häufigste Ursache einer Stomatitis bei Kindern zwischen 6 Monaten und 6 Jahren, **Abb. 6**) auf. Auffällig sind umschriebene rezidivierende, gruppierte Bläschen mit Kribbelparästhesien (Herpes simplex in loco recidivans, **Abb. 7**). Es kommt zur disseminierten Aussaat über das gesamte Gesicht bei atopischer Dermatitis mit T-Zell-Schwäche (Eczema herpeticatum) und zu persistierenden oder randwärts progressiven Ulzeration bei Immundefizienz (Aphthoid Pospischill-Feyrter), AIDS oder Leukämie. Bei hyperergischer Reaktionslage entsteht ein Erythema exudativum multiforme oder die plurifokale erosive Dermatose Fiessinger-Rendu-Fuchs (**Abb. 8**).

Therapeutisch werden orale Virostatika (Valaciclovir, Famciclovir), Jod-Povidon, Zinkpaste sowie nach Bedarf Analgetica eingesetzt. Beim Erythema



**Abb. 10:** Luetischer Primäraffekt

exsudativum multiforme wird Prednison in Kombination mit einem oralen Virostatikum gegeben. Bei der Abklärung steht der Virusnachweis mittels Immunfluoreszenz, PCR oder Kultur im Zentrum.

#### Impetigo contagiosa

Die Impetigo contagiosa ist eine Schmierinfektion mit *Staphylococcus aureus* (Staphylokokkenimpetigo) oder *Streptococcus pyogenes* (Streptokokkenimpetigo) mit hoher Kontagiosität. Klinisch zeigen sich primär vesikulöse, später honig-gelbe krustöse Hautveränderungen (**Abb. 9**) v. a. im Kindesalter in der warmen Jahreszeit. Die Impetigo contagiosa wird mit Staphylokokken-wirksamen Antibiotika, z. B. Fusidinsäure oder Mupirocin, behandelt. Wichtig sind auch hygienische Massnahmen.

Mögliche Komplikation sind eine Glomerulonephritis (bei Streptokokkenimpetigo) und das «staphylococcal scaled skin syndrom» (bei Staphylokokkenimpetigo).

#### Luetischer Primäraffekt

Lues ist eine sexuell übertragene Infektionskrankheit, verursacht durch *Treponema pallidum* mit stadienhaftem Verlauf (Lues I–III).

Der luetische Primäraffekt (Lues I) tritt nach drei Wochen am Ort der Inokulation auf. Das relativ indolente Ulcus erscheint in Verbindung mit einer lokoregionären Lymphknotenschwellung (Bubo). 5% der luetischen Primäraffekte treten oral auf, davon 60% im Bereich der Lippen (**Abb. 10**). Lues wird mit Penicillin behandelt.

Zur Abklärung dienen die Lues-Serologie (Captia IgM), Dunkelfeldmikroskopie und die Identifizierung infizierter Kontaktpersonen (Contact-Tracing). Wichtig ist ausserdem der Ausschluss einer Ko-Infektion mit HIV.



**Abb. 11:** Leukoplakie

#### Leukoplakie

Die Leukoplakie ist ein nicht abwischbarer, weisser Schleimhautbezirk infolge vermehrter und/oder abnormer Verhornung des geschichteten Plattenepithels (**Abb. 11**). Sie stellt kein definiertes Krankheitsbild dar, sondern muss erst durch eine Biopsie einer spezifischen Erkrankung zugeordnet werden.

Histologisch lassen sich Leukoplakien unterteilen in Leukoplakien ohne und Leukoplakien mit Dysplasien. Die Leukoplakie mit Dysplasien ist eine Präkanzerose. Pathogenetisch kommen in Betracht: Leukoplakie durch physikalische (Cheilophagie) oder chemische Noxen (Rauch- oder Kautabak) oder endogen irritative Leukoplakie infolge spezifischer dermatologischer Erkrankungen (wie Lichen planus) oder präkanzeröse Leukoplakie.

Die präkanzeröse Leukoplakie tritt bevorzugt an der Unterlippe auf. Dort bildet sie sich auf dem Boden einer gewöhnlich chronischen UV-bedingten Schädigung der Lippe (Cheilitis actinica). Sie stellt eine Vorläuferläsion des spinzellulären Karzinoms dar.

Die Therapie ist abhängig von der Ursache. Bei Leukoplakie mit Dysplasien steht die Exzision bzw. Ablation (z. B. mittels CO<sub>2</sub>-Laser) im Vordergrund. Ausserdem sollte man das potentielle Risiko-profil für die Entwicklung eines Karzinoms erfassen.

#### Lippenkorrekturen und Modifikationen

Lippenkorrekturen (Cheiloplastik) sind Operationen mit dem Zweck der Verschönerung. Man unterscheidet Augmentations- und Reduktionsplastiken. Zwecks Lippenaugmentation wird heute meist Hyaluronsäure gespritzt oder Fett verwendet, das aus einer anderen Körperregion entnommen wurde (Eigenfett-Aufpolsterung). Umgangssprachlich



**Abb. 12:** Sänger Peter Burns mit Lippenaugmentation und Piercing

ist dieser Vorgang als «Lippen aufspritzen» bekannt. Vor allem auf früher verwendete Fremdmaterialien, spez. Silikon, ist es häufig (auch nach Jahren) zu persistierenden granulomatösen Entzündungen mit Lippenschwellung gekommen.

Labret-Piercings sind Piercings, die durch die Lippe gestochen und dauerhaft als Schmuck getragen werden. Als Folge einer Nickelallergie, Fremdkörperreaktion oder Infektion können Komplikationen auftreten, die die Entfernung des Fremdmaterials nötig machen.

Die schönheitssteigernde Wirkung derartiger Modifikationen bleibt umstritten (**Abb. 12**: Sänger Peter Burns mit Lippenaugmentation und Piercing). Umso mehr sind die psychologischen und psychosozialen Hintergründe im Management damit zusammenhängender Lippenprobleme im Auge zu behalten.

**Prof. Dr. med. Ralph M. Trüeb**  
Dermatologische Praxis und  
Haarcenter Professor Trüeb  
Zentrum Wallisellen, Bahnhofplatz 1A,  
CH-8304 Wallisellen  
[www.derma-haarcenter.ch](http://www.derma-haarcenter.ch)

