

Windeldermatitis

Zuletzt bearbeitet: 20. Nov. 2024

Zuletzt revidiert: 19. Nov. 2024

Zuletzt revidiert von: [Franziska Jorda](#)

Ausdruck von DEXIMED, 12. Dez. 2024 - gedruckt von Daniel Mueller

Definition:

Irritativer Hautausschlag durch prolongierten Kontakt mit Harn und Stuhl in einem okklusiven Milieu.

Häufigkeit:

Typ I kommt bei fast allen Säuglingen oder Kleinkindern ein- oder mehrmals vor;
Typ II häufig bei windeltragenden Erwachsenen.

Symptome:

Rötung, Juckreiz, Brennen und Schmerzen.

Befunde:

Unscharf begrenzte Rötung mit Mazeration, nässenden Arealen.

Diagnostik:

Typische Klinik und Anamnese.

Therapie:

Luftzufuhr, zinkhaltige Externa, bei Pilzinfektion topische Antimykotika.

Allgemeine Informationen

Diagnostik

Diagnostische Kriterien

- Typische Klinik und Anamnese

Differenzialdiagnosen

- [Seborrhoische Dermatitis](#)
- [Atopische Dermatitis](#)
- Allergisches [Kontaktekzem](#)
- (Windel-) [Psoriasis](#) ³
 - Befall auch anderer Stellen des Körpers, insbesondere die Kopfhaut, die Retroaurikularfalten, äußere Gehörgänge, mediale Oberlider, Gesicht, Periumbilikalregion, Gesäß und Streckseiten der Extremitäten betroffen

- Im Windelbereich sind typischerweise auch die Hautfalten mit einbezogen.
- Erysipel

Anamnese

- Plötzlich auftretender Ausschlag im Bereich der Windelregion ¹
- Häufig im Zusammenhang mit Durchfall
- Gehäuft bei Patient*innen mit dermatologischen Grunderkrankungen

Klinische Untersuchung

- Plötzlich beginnendes Erythem, teilweise nässend, an allen Stellen, wo die Windel direkt aufliegt.
 - Die Hautfalten bleiben in der Regel verschont. ⁴
- Glänzende, erythematöse Herde mit Satelliten deuten auf einen Befall mit Candida hin. ¹
 - Eine Dauer des Ausschlags > 3 Tage ist mit Candidabefall assoziiert. ⁵
- Pusteln, Bläschen und honigfarbene Krusten deuten auf eine Superinfektion mit S. aureus hin. ¹

Indikationen zur Überweisung

- Bei Windeldermatitis, die > 2 Wochen andauert, in die Dermatologie zur weiteren Abklärung. ¹

Therapie

Therapieziele

- Entzündung lindern bzw. heilen.
- Sekundärinfektionen verhindern.

Allgemeines zur Therapie


- Kontaktzeit mit den auslösenden Substanzen so gering wie möglich

halten.

Empfehlungen

- Häufiges Windelwechseln, möglichst alle 2 Stunden ⁶
- Windelfreie Zeiten, sooft möglich ²
- Reinigung des Windelbereichs mit handelsüblichen Reinigungstüchern oder Wasser auf einem Baumwolltuch ⁷
 - Verwendung von Produkten mit minimalen Zusatzstoffen
 - Vermeidung übermäßiger Reibung und Reinigungsmittel
- Sorgfältig abtrocknen.

Medikamentöse Therapie

- Hydrophile Zinksalben als Hautbarriere ⁸
 - v. a. bei Diarrhö
- Antimykotika ¹
 - bei Bestehen der Windeldermatitis länger als 3 Tage
 - Nystatinsalbe 100.000 IE/g lokal 3 x tgl., nach Abklingen der Dermatitis für 3 Tage fortführen – oder –
 - Miconazol -Salbe 0,25 % lokal bei jedem Windelwechsel auftragen, für 7 Tage.
- Bei schweren, erosiv-nässenden Zuständen oder starkem Juckreiz/Schmerzen: evtl. kurzfristig kombinierte Therapie mit Hydrocortison ⁸
 - Hydrocortison 1 % Salbe 2 x tgl. dünn auftragen, max. 14 Tage
 - so kurz wie möglich
 - in Kombination mit Salbe zur Hautbarriere
 - **Cave:** erhöhte systemische Absorption an okkludierten Körperstellen!

Verlauf, Komplikationen, Prognose

Verlauf

- Abheilung der reinen Kontaktdermatitis i. d. R. innerhalb einer Woche ¹
- Bei Candida-Befall Abheilung nach ca. 2 Wochen ¹

Komplikationen

- Sekundärinfektion mit Bakterien bzw. Pilzen
- Bei Fieber und sich ausbreitender Rötung auch an ein [Erysipel](#) denken.

Prognose

- Rezidive sind häufig.

Patienteninformationen

Worüber sollten Sie die Patient*innen informieren?

- Faktoren, die zur Erkrankung führen, und deren Vermeidung.
- Häufigkeit der Erkrankung


Patienteninformationen in Deximed

- [Windeldermatitis](#)







Abbildungen

Quellen

Leitlinien

- Deutsche Dermatologische Gesellschaft. S2k-Leitlinie Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. AWMF-Leitlinie Nr. 013-094, Stand 2022. register.awmf.org 

Literatur

1. Nield LS, Kamat D. Nappy rash. BMJ Best practice, Last updated: 24 Jan 2024; Zugriff 8.11.2024.
bestpractice.bmj.com 
2. Altmeyers Enzyklopädie. Windeldermatitis. Zuletzt aktualisiert 8/24, Zugriff 11.11.2024
www.altmeyers.org 
3. Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. AWMF-Leitlinie Nr. 013-094. Stand 2022
www.awmf.org 
4. Kutlubay Z, Tanakol A, Engýn B, et al. Newborn skin: common skin problems. Maedica (Bucur). 2017 Jan;12(1):42-7.
[pmc.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov) 
5. Mohamadi J, Motaghi M, Panahi J, et al. Anti-fungal resistance in candida isolated from oral and diaper rash candidiasis in neonates. Bioinformation. 2014 Nov 27;10(11):667-70.
[pmc.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov) 
6. Yokoyama M, Yonezawa K, Matsubara M, Hikita N, Sasagawa E, Haruna M. The factors related to recovery time of diaper dermatitis in infants: A prospective observational study. Jpn J Nurs Sci. 2022 Oct;19(4):e12492.
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov 
7. Lavender T, Furber C, Campbell M, et al. Effect on skin hydration of using baby wipes to clean the napkin area of newborn babies: assessor-blinded

randomised controlled equivalence trial. BMC Pediatr. 2012 Jun 1;12:59.
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov [↗](#)

8. Šikić Pogačar M, Maver U, Marčun Varda N, et al. Diagnosis and management of diaper dermatitis in infants with emphasis on skin microbiota in the diaper area. Int J Dermatol. 2018 Mar;57(3):265-75.
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov [↗](#)

Autor*innen

- Franziska Jorda, Dr. med., Fachärztin für Allgemeinmedizin und für Viszeralchirurgie, Kaufbeuren

Frühere Autor*innen

- Die ursprüngliche Version dieses Artikels basiert auf einem entsprechenden Artikel im norwegischen hausärztlichen Online-Handbuch Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL).