

Teil I Erkrankungen der Haut und Hautanhangsgebilde

IA

IA Aktuelle Beschwerden, Anamnese, klinische Untersuchung



Aktuelle Beschwerden: 57-jähriger Patient mit einem juckenden Leberfleck am Rücken. **Fall 1**

Eigene Anamnese: Hat mehrere 2 mm große und größere Leberflecken am Rücken, schon seit mehr als 10 Jahren. Er verbrachte als Kind jedes Jahr die Sommerferien mit seinen Eltern am Mittelmeer, er liebt seither Meer und Sonne. Seine Frau hat bemerkt, dass ein Leberfleck dunkler und größer geworden ist.

Familiäre Anamnese: Sein Vater hatte auch viele Leberflecken.

Berufsanamnese: Er ist Gärtner.

Befund: Mehrere Leberflecken am Rücken. Rechts oben ein 3 × 1 cm großer, erhabener Fleck mit einer Kruste, unscharf begrenzt, dunkel und unregelmäßig pigmentiert. Zwei Halslymphknoten rechts sind vergrößert und schmerzlos.

Aktuelle Beschwerden: Zwei Wochen altes Kind mit einem rötlichen Fleck auf der rechten Gesichtshälfte. **Fall 2**

Fremdanamnese (seiner Mutter): Gesund geboren, Schwangerschaft verlief ohne Komplikationen.

Familiäre Anamnese: Der Vater hatte als Kind ein »Blutschwämmchen« auf dem Arm, welches verschwunden ist.

Befund: 2 cm großer, scharf begrenzter, flacher, rötlicher Fleck auf der rechten Wange.

Aktuelle Beschwerden: 19-jähriger Patient mit starker Rötung und Schmerzen des rechten Armes sowie des rechten Brust- und Oberbauchbereichs. **Fall 3**

Eigene Anamnese: Vor einer Stunde hat er sich mit heißem Wasser verbrüht, als er Spaghetti kochen wollte.

Familiäre Anamnese: Zurzeit sind alle gesund.

Befund: Leicht benebelt; mehrere Bläschen und teilweise Epithelnekrosen. Geschädigte Oberfläche: ca. 16 %, PS 116/Min, RR 90/55 mmHg, ABSI 3 Punkte.

- Fall 4** **Aktuelle Beschwerden:** 66-jähriger Mann mit starken Schmerzen im Analsbereich.
Eigene Anamnese: Schmerzen bestehen seit gestern Abend, begleitet von 38,8 °C Fieber mit Schüttelfrost.
Familiäre Anamnese: Unauffällig
Berufsanamnese: LKW-Fahrer
Befund: Rötung und Schwellung am Anus bei 6 Uhr. Haut ist glänzend und dünn, steht kurz vor der Perforation. Der übergewichtige Patient hat 38,6 °C Fieber.
- Fall 5** **Aktuelle Beschwerden:** 44-jähriger Patient mit Schmerzen unter einem Gipsverband.
Eigene Anamnese: Vor drei Wochen wurde ein Gipsverband wegen einer Unterarmfraktur links angelegt und der Patient sollte am nächsten Tag zur Kontrolle kommen. Er kam aber nicht. Seit Tagen verspürt er Juckreiz und Schmerzen und fühlt sich angeschlagen. Heute Nacht kam Fieber mit 38,6 °C dazu.
Familiäre Anamnese: Unauffällig
Berufsanamnese: Bauarbeiter, hatte einen Unfall beim Hausbau.
Befund: Nachdem der Gipsverband entfernt wurde, sieht man einen stark überwärmten, geröteten und teigig geschwollenen Entzündungsbereich am linken Unterarm. Dieser ist nicht scharf begrenzt und stark druckschmerzhaft. Patient sieht fiebrig aus und hat eine Temperatur von 39,2 °C.
- Fall 6** **Aktuelle Beschwerden:** 64-jährige Patientin mit Rötung, pochenden Schmerzen und Spannungsgefühl rund um das Nagelbett am linken Zeigefinger.
Eigene Anamnese: Vor zwei Tagen hatte sie sich mit einer Schere verletzt, danach im Garten gearbeitet. Gestern spürte sie Schmerzen um das Nagelbett am linken Zeigefinger. Patientin hat einen Diabetes mellitus Typ II.
Familiäre Anamnese: Diabetes mellitus ist bekannt.
Berufsanamnese: Näherin
Befund: Haut um das Nagelbett ist gerötet, überwärmt und stark schmerzhaft. In der Mitte ist eine kleine Eiterblase sichtbar.
- Fall 7** **Aktuelle Beschwerden:** 77-jähriger Patient mit Schmerzen im Lippen- und Mundbereich.
Eigene Anamnese: Die Schmerzen im Lippenbereich bestehen seit einer Woche. Seit zwei Jahren hat der Patient ein Lungenkarzinom und bekommt Chemotherapie. Z. n. Bestrahlung.
Familiäre Anamnese: Bösartige Tumoren sind bekannt.
Berufsanamnese: War selbständig, hatte eine LKW-Spedition.
Befund: Fieber 38,7 °C; Rötung und Bläschenbildung am Rand der Lippenschleimhaut oben. Rötung der Mundschleimhaut mit Bläschen, Mundfäule. Schmerzhaftes Lymphknotenschwellung am Hals.

Aktuelle Beschwerden: 64-jähriger Patient mit heftigen, brennenden Schmerzen, Juckreiz und Kribbeln im Brustbereich sowie allgemeinem Krankheitsgefühl. **Fall 8**

Eigene Anamnese: Alle Symptome sind vor zwei Tagen plötzlich aufgetreten. Als Kind hatte er die Windpocken.

Familiäre Anamnese: Zurzeit sind alle gesund.

Berufsanamnese: Schriftsteller

Befund: Subfebrile Temperatur; stecknadelkopfgroße Bläschen auf der leicht erhabenen, geröteten Haut, gefüllt mit einer wässrigen Flüssigkeit.

Aktuelle Beschwerden: 25-jährige Patientin mit starken Schmerzen, Juckreiz und Verdickung der Haut an den Zehenunterseiten und auf den Fußsohlen. **Fall 9**

Eigene Anamnese: Seit fünf Jahren leidet sie an Neurodermitis. Die aktuellen Veränderungen hat sie vor ein paar Monaten bemerkt. Sie macht gerne Wellness-Urlaub.

Familiäre Anamnese: Psoriasis und Neurodermitis sind bekannt.

Berufsanamnese: Verkäuferin

Befund: Mehrere dornartige, scharf begrenzte, verhornte, runde, gelbbraune Auswüchse der Haut an den Zehenunterseiten und Fußsohlen beidseits. Bei Abschabung zeigen sich Einblutungen als dunkle Pünktchen.

Aktuelle Beschwerden: 86-jähriger Tumorpatient mit juckenden Hautarealen am Rücken, zwischen den Zehen, an den Nägeln und der Kopfhaut. **Fall 10**

Eigene Anamnese: Leidet an fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom und bekommt palliative Bestrahlung. Begleiterkrankungen: Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz und Gicht.

Familiäre Anamnese: Bösartige Tumoren und Diabetes mellitus sind bekannt.

Berufsanamnese: Früher Landwirt.

Befund: Scharf begrenzte, leicht gerötete, teils schuppige, teils nässende Hautareale mit dunkleren und erhabenen Rändern am Rücken und zwischen den Zehen. Mehrere Hautrisse. Zwischen der zweiten und dritten Zehe rechts weißlicher Belag und Eiter. Die Zehennägel sind verdickt, brüchig, gelb und deformiert. Die Nagelplatten sind teilweise zerstört. Die Haare sind brüchig, fallen leicht aus. Dazwischen befinden sich rötliche Hautherde mit Krusten und Pusteln sowie Kratzspuren.

Aktuelle Beschwerden: 68-jähriger Patient mit Rötung des Hautbereiches um den Nagel des rechten großen Zehs. **Fall 11**

Eigene Anamnese: Seit einigen Jahren immer wieder Pilzinfektionen zwischen den Zehen, die Nägel sind sehr brüchig. Begleiterkrankungen: Diabetes mellitus Typ II, seit einem Jahr periphere arterielle Verschluss-

krankheit (pAVK). Patient geht gerne in die Sauna und schwimmt jede Woche im Hallenbad.

Familiäre Anamnese: Diabetes mellitus, Arteriosklerose und Fußpilz sind bekannt.

Berufsanamnese: Bis vor kurzem hat er als Gebäudereiniger gearbeitet.

Befund: Gelbe, abhebende, dicke und gebrochene Nägel an Zehen und Fingern. Die Nagelwurzel ist nicht befallen. Die Haut um den Nagel des rechten großen Zehs ist entzündet.

Fall 12 Aktuelle Beschwerden: 86-jähriger Patient mit kleinen entzündeten Stellen an den Beugeseiten der Handgelenke und in den Fingerzwischenräumen, Brennen und Juckreiz, besonders nachts.

Eigene Anamnese: Seit dem Tod seiner Frau vor sechs Jahren lebt er im Pflegeheim. Leidet an MS, kann sich aber noch mit Gehhilfen bewegen und ist oft unterwegs.

Familiäre Anamnese: Arteriosklerose und Diabetes mellitus sind bekannt.

Berufsanamnese: Früher als Kaufmann tätig.

Befund: An den Beugeseiten der Handgelenke und in den Fingerzwischenräumen sind kleine, rötliche Linien unter der Haut mit Knötchen am Ende sichtbar. Die Haut ist schuppig-krustig und entzündet. Kratzspuren sind erkennbar.

Fall 13 Aktuelle Beschwerden: 47-jährige Patientin mit roten »Brennnesselstichen« im Halsbereich und starkem Juckreiz.

Eigene Anamnese: Beschwerden bestehen, seit die Patientin bei einer Wanderung keinen Sonnenschutz am Hals getragen hat. Seit einiger Zeit merkt sie, dass sich rote Quaddeln bilden, wenn sie mit Wärme in Kontakt kommt (Sauna, Sonnenstrahlen, Wärmflasche oder warmes Wasser in der Badewanne); nach zwei Stunden verschwinden die Quaddeln wieder. Manchmal leidet sie an Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und Durchfall.

Familiäre Anamnese: Allergien sind bekannt.

Berufsanamnese: Ärztin

Befund: Rote Quaddeln im Halsbereich, polsterartig geschwollenes Unterhautgewebe. Weißer Dermographismus. Provokationstest auf Wärme: Schnelle Quaddelbildung begleitet von Juckreiz.

Fall 14 Aktuelle Beschwerden: 27-jähriger Patient mit extrem trockener Haut und quälendem Juckreiz in den Arm- und Kniebeugen, besonders nachts. Konzentrationsstörungen, Leistungsabfall und Schlafdefizit.

Eigene Anamnese: Seit drei Jahren leidet er an einem allergischen Kontaktekzem. Während der Friseur-Ausbildung sind Hautreaktionen in Form von stark juckender, brennender und scharf begrenzter Rötung mit Schwellung, Schmerzen und kleinen Pickeln am Handrücken aufgetreten. Es wurde festgestellt, dass er allergisch auf Haarfärbemittel

reagiert. Er hat die Ausbildung abgebrochen und wollte Gärtner werden. Als Kind litt er an Milchschorf auf dem behaarten Kopf sowie Wangen, Stirn und Hals. Danach keine Hautprobleme mehr, die Haut ist aber immer trocken und empfindlich. Vor einem Jahr hatte er gelegentlich nässende, rötliche und schwellende Hautveränderungen an den Hand- und Fußrücken sowie in den Arm- und Kniebeugen, manchmal auch im Gesichts- und Halsbereich.

Familiäre Anamnese: Hautallergie und Asthma bronchiale sind bekannt.

Berufsanamnese: Auszubildender in städtischer Gartenschule.

Befund: Müde und ausgelaugt. Die Handfalten sind vergrößert, leicht gerötet und verdickt. Kranzeffekte, Rötung und Schwellung in den Arm- und Kniebeugen, weißer Dermographismus.

Aktuelle Beschwerden: 40-jähriger Patient mit juckenden Schuppenherden und feinen Bläschen auf den Streckseiten der Kniegelenke und Ellenbogen, im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut, außerdem Kniegelenkschmerzen bds.

Fall 15

Eigene Anamnese: Leidet an Colitis ulcerosa und bekommt seit sechs Jahren Betablocker wegen arterieller Hypertonie. Er ist Raucher, trinkt ab und zu Wein.

Familiäre Anamnese: Allergien und andere Hauterkrankungen sind bekannt.

Berufsanamnese: Offizier der Marine.

Befund: Übergewichtig, depressiv und zurückhaltend. Schuppenherde mit Pusteln auf den Streckseiten der Kniegelenke und Ellenbogen ca. 2–3 cm groß. Kerzentropfenphänomen und Phänomen des letzten Häutchens sind positiv. Gesicht, Eichel und Pofalte sind gerötet, nicht schuppend. Auf dem behaarten Kopf sind stark entzündliche, runde, scharf begrenzte Herde mit ca. 4–5 cm großen Schuppen. An den Fingern gelbliche Pusteln. Tüpfelnägel mit »Öl-Flecken«. Kniegelenke sind deformiert, eingeschränkt in ihrer Funktion, warm und geschwollen.

Aktuelle Beschwerden: 25-jähriger Patient mit Haarausfall im Kopf- und Bartbereich, Juckreiz.

Fall 16

Eigene Anamnese: Vor einer Woche hatte er eine sehr schwere Influenza-Infektion. Begleiterkrankungen: Depression, Hautallergie und Morbus Crohn.

Familiäre Anamnese: Krankhafter Haarausfall ist in der Familie bekannt.

Berufsanamnese: Macht eine Ausbildung in der Altenpflegeschule.

Befund: Runde, kahle Stelle von 1 cm Durchmesser im Stirnbereich links, ebenso im Bartbereich rechts mit einem Durchmesser von 1,5 cm. Im Randbereich der kahlen Stellen sind kurze abgebrochene Haare, die zum Ende hin immer dünner werden. Die Kahlstelle ist glatt, eingesunken und nicht schuppend. Die Haarwurzelkanäle sind als winzige Pünktchen sichtbar. Der Haarzugtest ist positiv. Tüpfelnägel mit Rillen und sandpapierartigen Aufrauungen.

- Fall 17** **Aktuelle Beschwerden:** 62-jährige Patientin mit eitrigen Talgdrüsen im Bereich der Achselhöhlen und des Gesäßes.
Eigene Anamnese: Seit mehreren Jahren Acne vulgaris und immer wieder rezidivierende Abszesse im Achselhöhlenbereich. Sie raucht viel, hat Diabetes mellitus Typ II.
Familiäre Anamnese: Acne vulgaris ist bekannt.
Berufsanamnese: Postangestellte
Befund: Übergewichtig, multiple Hautabszesse im Achselhöhlenbereich und ein großer Abszess mit Fistel in der Gesäßfalte.



IB Zusätzliche Untersuchungen

- Fall 1** **Blut:** Tumormarker MIA erhöht.
Genmutationsanalyse: BRAF-Gen-Mutation
Dermatoskopie: Ulzeration des Flecks, Tumordicke 2 mm.
Sonografie: Drei Halslymphknoten sind vergrößert.
PET-CT: Keine Fernmetastasen.
Biopsie und Histologie der LK: Mikrometastasen des malignen Melanoms.
- Fall 2** **Sonografie:** Hämangiom aus mehreren engen Kapillaren.
- Fall 3** **Blut:** Polyglobulie, Hämatokrit erhöht.
- Fall 4** **Blut:** Entzündungszeichen
Eiter: E.-coli-Nachweis
CT, MRT: Keine anatomischen Besonderheiten, weder eine Fistel noch ein Tumor.
- Fall 5** **Blut:** Entzündungszeichen
Wundabstrich und Bakteriologie: Staphylococcus-haemolyticus-Nachweis
- Fall 6** **Blut:** Entzündungszeichen
Bakteriologie: Staphylococcus-epidermidis-Nachweis
RÖ: Gelenk ist unauffällig.
- Fall 7** **Blut, Bläscheninhalt (PCR):** Herpes-simplex-Virus Typ I (HSV-1).
Blut (ELISA): IgM gegen Herpes-simplex-Virus.
- Fall 8** **Blut, Bläschen-Sekret (PCR):** Varizella-Zoster-Virus
Blut, Bläschen-Sekret, Liquor (ELISA): IgA, IgM und VZV-IgG gegen Varizella-Zoster-Virus.

- Biopsie mit Histologie und HPV-Test:** Bild vulgärer Warzen, humanpapillomogene Papillomviren Typ 57. **Fall 9**
- Blut:** Leichte CRP-Erhöhung. **Fall 10**
Abstrich und Bakteriologie (Rücken, Zehen und Haare): Nachweis von Fadenpilzen: Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton rubrum und Trichophyton tonsurans.
Eiter-Bakteriologie: Staphylococcus-epidermidis-Nachweis
- Nagel-Mikroskopie und Pilzkultur:** Nachweis des Fadenpilzes Trichophyton rubrum. **Fall 11**
Haut-Mikroskopie: Staphylococcus-epidermidis-Nachweis
- Blut:** AK gegen Sarcoptes scabiei. **Fall 12**
Dermatoskopie, Auflichtmikroskopie: Kratzmilben
Tintenmethode: Die Milbengänge sind sichtbar. Hautgeschabsel vom Milbenhügel: Kratzmilben.
- Nasen-Provokationstest:** Birkenpollenallergie **Fall 13**
- Blut:** Eosinophilie. **RAST-Test:** IgE-Nachweis **Fall 14**
Reibe-, Prick- oder Patch-Test: Positiv auf Haarfärbemittel, Haushaltsreiniger und Pflanzenschutzmittel.
- Blut:** IL-17A-Auto-AK **Fall 15**
Gewebeprobe mit Histologie: Entzündung und Verdickung der Hornhaut.
- Blut:** MHC-Auto-AK gegen Haarwurzel. **Fall 16**
Genmutationsanalyse: TRAF1/C5-Gen-Mutation.
TrichtoScan und Trichtogramm: Kolbenförmig verformte Haarwurzel mit verdünntem Haarschaft.
ICP-Massenspektrometer: Unauffällig
Kopfhautbiopsie: Keine Entzündung, Haarfollikel sind erhalten.
- Blut:** Entzündungszeichen. **Hormonspiegel** unauffällig. **Fall 17**
Genmutationsanalyse: D1S248- und D1S2711-Gen-Mutationen.
Abszess-Abstrich und Bakteriologie: Staphylococcus-aureus-Nachweis



IC Diagnose, Behandlung und Prognose

Fall 1 **Melanom:** Maligner, von den Melanozyten ausgehender Hauttumor.
Aktuell: Spreitendes metastasierendes Rückenmelanom ($T_3N_2M_0$). Mikrometastasen in den Halslymphknoten; Stadium IIIB. BRAF-Mutationen.

Behandlung:

- Chirurgische Entfernung (radikale Exzision) des Primärtumors und Histologie.
- In späteren Stadien: Chemotherapie; AK- und Immuntherapie, Misteltherapie; LK-Bestrahlung; Metastasen-Therapie; palliativmedizinische Behandlung.
- Medikamentös symptomatisch: Psychoonkologie (Psychopharmaka, Antikonvulsiva), Analgetika (NSAR, Opioide), Glukokortikoide, Antiemetika. Anämie-, Thrombozytopenie- und Neutropenie-Behandlung.
- Nachsorge/Prophylaxe: Selbstuntersuchung, Vermeidung von Sonnenbrand und Schutz vor UV-Strahlen, regelmäßige Ganzkörperuntersuchung, Rehabilitation.

Prognose:

Die Prognose ist abhängig vom Stadium und der Tumordicke nach Breslow, der Eindringtiefe (z. B. nach Clark), dem Subtyp, der Tumorlokalisation und dem Geschlecht (Männer haben eine schlechtere Prognose). Bei einer frühen Diagnose und Behandlung steht die Chance einer Heilung besser.

Fall 2 **Hämangiom:** Benigner Tumor der Blutgefäße.
Aktuell: Angeborenes kutanes Hämangiom der rechten Wange.

Behandlung:

- Bei kleinen Hämangiomen abwarten und beobachten.
- Bei größeren Hämangiomen Kryotherapie, Laser oder OP (Exzision mit präoperativer Embolisation mit Polyvinylalkohol). Kosmetische Volumenreduktion bei sehr ausgedehnten Hämangiomen.
- Medikamentös bei Bedarf: Glukokortikoide, Immuntherapie, Beta-blocker, Zytostatika.

Prognose:

Fast alle kapillären Hämangiome bilden sich zurück. Der Rest bleibt länger oder dauerhaft sichtbar.

Verbrennung: Schädigung der Haut durch thermische, elektrische oder chemische Einwirkung. **Fall 3**

Aktuell: Hautverbrennung II. Grades am rechten Arm und im rechten Brust- und Oberbauchbereich; Volumenmangelschock.

Behandlung:

- Erstmaßnahmen (nach dem ABCDE-Schema), Sofortbehandlung mit Wärmezug (15–20 °C kaltes Wasser über 15–20 Minuten). Schockbehandlung. Volumenersatz (Infusion mit kristalloiden oder kolloidalen Lösungen).
- Lokal: Steriles Abdecken am Unfallort, Metalline-Folie, nach Blasenentfernung Salben-Gazeverband mit Salbenkombination, Sulfadiazin, Povidon-Iod, Dexpanthenol, Hydrokolloidverbände, Antibiotika (AB) nach Resistenzbestimmung bei Infekten. Operative Versorgung durch Nekrosenabtragung und Hauttransplantation.
- Medikamentös symptomatisch: Analgetika, Antipyretika. Tetanusprophylaxe.
- Leichte, hochkalorische und vitaminreiche Wunschkost. Ausreichend trinken.

Prognose:

Die Prognose hängt von der Tiefen- und Flächenausdehnung, Komplikationen, der rechtzeitigen und richtigen Behandlung und dem Alter ab (nach ABSI). Patienten mit großflächigen Verbrennungen können an den Folgen einer schweren Infektion versterben. Hochspannungs- und Blitzschlagunfälle verlaufen oft tödlich.

Abszess: Abgekapselte Eiteransammlung in einer neu gebildeten Körperhöhle. **Fall 4**

Aktuell: Periproktischer Abszess mit E.-coli-Befall.

Behandlung:

- Abszess operativ eröffnen oder punktieren, Eiter abfließen lassen, spülen. Drainage einlegen, täglicher Verbandswechsel, AB nach Resistenzbestimmung.
- Allgemein: Hygienische Maßnahmen, lokal trocken halten, Bewegung, Baumwollkleidung.

Prognose:

Die Prognose hängt von Lokalisation, Tiefe und Ausdehnung des Abszesses sowie von Grunderkrankungen und dem Alter ab. Die Prognose ist gut, wenn der Abszess rechtzeitig eröffnet und richtig behandelt wird. Die Compliance der Patienten spielt beim Verlauf eine wichtige Rolle. Mit Sepsis, Rezidiven oder Fistel ist die Prognose schlechter.

Fall 5 Phlegmone: Diffuse eitrige bakterielle Entzündung im interstitiellen Raum des Bindegewebes.

Aktuell: Akute subkutane Unterarmphlegmone links aufgrund von Staphylococcus-haemolyticus-Infektion. Unterarmfraktur.

Behandlung:

- Ruhigstellung des Arms. Debridement bei Verschlechterung. Wundspülung. Wunddrainage. Breite Eröffnung. Antiseptika lokal (Ethacridin lactat).
- AB nach Resistenzbestimmung zuerst parenteral, dann oral (Penicilline, Cephalosporine).

Prognose:

Phlegmone kann sich rasch in alle Richtungen ausbreiten und zu Entzündungen im Weichteilgewebe oder zur Sepsis führen. Bei rechtzeitiger und richtiger Behandlung heilbar.

Fall 6 Panaritium: Eitrige Entzündung der Finger- oder Zehenglieder.

Paronychie: Entzündung des Nagelbettes.

Aktuell: Akute oberflächliche Zeigefingerparonychie links durch Staphylococcus-epidermidis-Infektion.

Behandlung:

- Eröffnung des Eiterherdes, evtl. Nagelenfernung, Lasche und Spülung. Lokal kühlen, in Seifenlauge baden, Ethacridinlactat-Umschlag oder Salbe mit Antiseptikum. Ruhigstellung.
- Medikamentös: AB nach Resistenzbestimmung bei Beteiligung der Lymphknoten (LK); Antimykotika bei Pilzinfektion; Phenol als Verödungsmittel bei eingewachsenem Nagel; Tetanusschutz.
- Prophylaktisch medizinische Nagelpflege, geeignete Schuhe, häufigen Umgang mit Wasser oder Reinigungsmitteln vermeiden.

Prognose:

Panaritium ist bei rechtzeitiger und richtiger Behandlung heilbar. Akute Entzündungen heilen meist innerhalb einiger Tage bis Wochen. Manchmal bleiben Formveränderungen am Nagel. Bei Komplikationen (Phlegmone oder Sepsis) oder bei Diabetes mellitus Typ II ist die Prognose schlechter.

Fall 7 Herpes-simplex-Infektion: Akute oder reaktivierte Infektion der Schleimhaut, Haut und Nervenzellen durch Herpes-Simplex-Viren Typ 1 und Typ 2.

Aktuell: Herpes simplex labialis Typ 1 mit Gingivostomatitis; Lungenkarzinom; Z. n. Bestrahlung.