

Update Hyperhidrose

Wie Schweisssdrüsen ausschalten?

Übermässiges Schwitzen ist zumeist genetisch bedingt und macht den Betroffenen im privaten und beruflichen Alltag grosse Probleme. Die häufigsten Fragen in diesem Zusammenhang sind, wie Botulinumtoxin A konkret wirkt und ob es Alternativen gibt, wenn die regelmässigen Injektionen aus bestimmten Gründen nicht erfolgen können. In einer interdisziplinären Fortbildung am Universitätsspital Zürich wurde neben der axillären Saugcurette auch die Sympathektomie vorgestellt.

Als Hyperhidrose wird ein übermässiges Schwitzen, das über die Erfordernisse der Wärmeregulation hinausgeht, bezeichnet. Nicht die Schweißmenge ist für die Diagnose ausschlaggebend, sondern die Fehlfunktion des Schwitzens. Betroffene Regionen zeigen eine hohe Dichte an ekkrinen Schweißdrüsen.

Verschiedene Ursachen

Eine generalisierte Hyperhidrose ist zum Glück sehr selten. Tritt eine verstärkte Schweißneigung zusammen mit anderen Symptomen (etwa Fieber) und/oder erst im späteren Lebensalter auf, sollten immer internistische Erkrankungen, Tumoren oder endokrinologische Ursachen abgeklärt werden. In der Regel genügt die Anamnese zur Unterscheidung, ob Schwitzen «primär» oder «sekundär» bedingt ist. Darauf wies der Endokrinologe Prof. Dr. med. Christoph Schmid, Zürich, hin. Meist seien keine bildgebenden Verfahren und keine Labordiagnostik für diese Unterscheidung erforderlich. Er berichtete von einem Fall, bei dem hinter einem überwiegend nächtlichen Schwitzen bei einem 55-jährigen Mann ein Phaeochromozytom steckte und einer 76-jährigen Frau, bei der eine lange Zeit verkannte Akromegalie Ursache schwerer Schweißausbrüche war.

Bei einer weiteren systemischen Ursache, der Hyperthyreose, weisen die weiteren Manifestationen den Weg: Warme feuchte Haut, neuropsychiatrische Auffälligkeiten, eine grosse Blutdruckamplitude und Sinustachykardie oder Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern) treten gleichzeitig auf. Die Bestimmung von TSH (erniedrigt) und fT4 (erhöht) bestätigen die primäre Hyperthyreose. Weitere Ursachen einer sekundären Hyperhidrose können sein: Hautkrankheiten (z.B. Pilze), Malignome (mit und ohne Fieber), Infektionskrankheiten (Tuber-

kulose, HIV), Medikamente wie Antidepressiva, Migränemittel, Sympathomimetika, gefässaktive Substanzen wie Nitroglycerin oder Sildenafil usw. Die medikamentöse Behandlung hat bislang weder bei den primären noch bei den sekundären Formen überzeugende Resultate erbracht.

In den meisten Fällen handelt es sich aber um primäre multifokale Hyperhidrosen. Die Betroffenen klagen über übermässiges Schwitzen lokalisiert vor allem an den Handflächen bis zu den Fingerspitzen, an den Fusssohlen, in den Achselhöhlen, den Schweißrinnen, inguinal und gluteal und/oder an Stirn und Nacken. Der Symptombeginn liegt meist im Kindes- oder Jugendalter. Das Schwitzen tritt temperaturabhängig, unvorhersehbar und willentlich unkontrollierbar auf.



► Es tut fast nicht weh: Dr. med. Petra Becker-Wegerich demonstriert die beidseitige Injektion mit Botulinumtoxin.

Chemische Denervierung

Die Hyperhidrose ist heute eine Domäne der Injektion mit Botulinumtoxin. Gute Erfahrungen hat Dr. med. Petra Becker-Wegerich, Zürich, seit 1998 mit dem Einsatz von Vistabel® gemacht. Pro Axilla werden 50 Einheiten intradermal injiziert, palmar ist die Dosis je nach Handschuhgrösse 1,5- bis zweifach höher (100–150 Einheiten pro Hand). Der Effekt hält bis zu 48 Wochen an. Wichtig ist die streng intradermale Injektion.

In den Leitlinien Dermatologie 02/2007 werden für die axilläre Hyperhidrose neben topischen Antiperspiranzen, der chemischen Denervierung mit Botulinumtoxin A und der axillären Saugcurette noch systemische Alternativen aufgeführt, deren Einsatz sehr kritisch abgewogen werden sollte, so die Dermatologin. An Hand- und Fusssohlen wird die Leitungswasser-Iontophorese eingesetzt. Methanethelinumbromid (Vagantin®) ist für lokal schwer therapierbare Fälle als systemische Therapieoption aufgeführt. Ultima Ratio kann die thorakale Sympathektomie sein (s. Interview).

Zur exakten Lokalisation der Areale mit vermehrter Schweißsekretion in der Axilla wird der Jod-Stärke-Test (Minor-Schweisstest) verwendet, erläuterte Dr. Becker-Wegerich. Dabei wird eine Jod-Lösung auf die Haut aufgetragen und nach

dem Eintrocknen mit Stärke bestreut. Die Schweiß abgebenden Zonen sind durch eine intensive Blaufärbung zu erkennen. Nach Markierung in 1 cm grosse Felder wird Botulinumtoxin A dann gleichmässig verteilt über die gesamte schwitzende Fläche in die Dermis injiziert. Worauf es bei der Injektion zu achten gilt, demonstrierte die Dermatologin gemeinsam mit drei von ihr eingeladenen Patienten und ihren Helferinnen vor Ort.

Da die Injektion sehr schmerzhaft ist, wurden früher die ersten Injektionen in einem Leitungsblock durchgeführt oder an den Fusssohlen sogar in kurzer Narkose. Dr. Becker-Wegerich empfiehlt, die Haut vorher mit Schmierseifenbädern weich zu baden, möglich ist auch eine Lidocain-Iontophorese mit anschließender Kryotherapie, diese senkt die Schmerzschwelle. Dr. Becker-Wegerich gab noch den Tipp, nach der lokalen Lidocain-30%-Handschuh-Creme-Anästhesie unter der Aufsicht der MPA vor Injektionsbeginn in Octenisept getränkte Pads einzufrieren und mit diesen die Injektionsstelle direkt vor und nach der Injektion zu betupfen. Eine eiskalte Rolle macht die Haut

zusätzlich schmerzempfindlicher. Kontraindikationen für Vistabel® sind Infektionen im Injektionsareal, bekannte Allergien auf Inhaltsstoffe, Schwangerschaft, Stillzeit, Antikoagulation bzw. Koagulopathien und angeborene Muskelschwächerkrankungen. Seltene Nebenwirkungen betreffen meist die kleinen Handmuskeln. Eine kurzfristige Schwächung der Feinmotorik, z.B. Schreibschwäche (2–4 Wochen), kann die Folge sein. Aufgrund der kleinen Fallzahlen im Plantarbereich der Füße gibt es hier keine Angaben. In der Axilla treten bei gutem OP-Licht sehr selten Hämatome auf. Für besondere Lokalisationen – oberer Rücken, Submammär-, Inguinal-, Gluteal-Region oder Trichteranus – gilt die Faustregel: Keine grösseren Areale als 1200 cm² (4 DIN-A4 Seiten) spritzen!

Dr. med. Susanne Schelosky

Quelle: Dermatologisch-Allergologisches Kolloquium der Dermatologischen Klinik am USZ, Update Hyperhidrose, 28. Februar 2008 in Zürich.

Interview mit Dr. med. Severin Lächli, Universitätsspital Zürich

Axilläre Saugcurettage und Sympathektomie

Die lokalen chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten der Hyperhidrose beschränken sich auf die Axilla. Durch eine thorakoskopische Sympathektomie können die Hände trocken gelegt werden. Neu wird am USZ die axilläre Saugcurettage angeboten. Dr. med. Severin Lächli, Zürich, gab uns über diese Techniken Auskunft.



Dr. med. Severin Lächli

Herr Dr. Lächli, Sie führen am USZ neu die Saugcurettage in der Axilla durch. Warum, welche operativen Techniken hatte man bislang?

Dr. Lächli: Viele Jahre hat man durch eine Reduktion der Axillarhaut nach Bretteville-Jensen versucht, das Problem chirurgisch zu beseitigen. Das wirkt zwar sehr gut, wird aber nur noch ungern gemacht, da die Narbenbildung oft unbefriedigend ist. Die axilläre Saugcurettage ist im Prinzip eine Liposuktion, so wie man an anderen Stellen des Körpers das Fett absaugt. Diese Technik ist schon gut etabliert und wir profitieren von den Erfahrungen.

Was ist bei der Technik wichtig?

Dr. Lächli: Eine oberflächliche Liposuktion alleine bedingt eine unvollständige Entfernung der Schweißdrüsen. Weitere Elemente des Wirkmechanismus sind eine Fibrosierung und Denervierung. Die besten Resultate erbringt die kombinierte Liposuktion plus Curettage. Die Curettage in Kombination mit Liposuktion sollte die Schweißdrüsen, die sich vorwiegend am Übergang von der unteren Dermis zur Subcutis befinden, vollständig entfernen, wobei die Dermis effektiv stark ausgedünnt wird.

Mit welchen Nebenwirkungen muss man rechnen?

Dr. Lächli: Das ist ähnlich wie bei der Fettabsaugung – Hämatome, die aber rasch verschwinden. Berichtet wird auch von palpablen Narbensträngen, Hautnekrosen und nässenden Erosionen. Verletzungen des Plexus wären theoretisch denkbar, wurden bisher aber nie beschrieben. Eine Antibiotikaprophylaxe sowie ein Druckverband über 24 Stunden sind nach dem Eingriff erforderlich.

Und was ist der Vorteil gegenüber Botulinumtoxin?

Dr. Lächli: Ottomann konnte in einer Untersuchung mit 88 Patienten zeigen, dass die Liposuktion ebenso gute Ergebnisse bringt wie Botox. In mehr als 70% der Fälle wird in einer anderen Arbeit ein gutes bis ausgezeichnetes Resultat noch nach knapp 16 Monaten verzeichnet. Wir dürfen also bei einem Grossteil der Patienten von einem anhaltenden Effekt ausgehen. Der Eingriff wird ambulant in Tumescenz-Lokalanästhesie durchgeführt.

Wie viele Patienten haben Sie schon operiert?

Dr. Lächli: Wir führen den Eingriff im Moment im Rahmen einer Beobachtungsstudie durch, mit der wir die Patientenzufriedenheit und den genauen Wirkmechanismus erfassen wollen. Bisher waren es 15 Patienten, die Ergebnisse sind sehr gut.

Und wen schicken Sie zur Sympathektomie?

Dr. Lächli: Es gibt Patienten, die wollen eine sichere und dauerhafte Lösung oder sind Botox-müde. Die Sympathektomie hat die höchste Erfolgsrate mit 98,5% z.B. bei der palmarischen Hyperhidrose, wie Kestenholz gezeigt hat. Da man heute endoskopisch operiert, ist es eine sehr elegante Methode mit sehr guten kosmetischen Resultaten. Das kompensatorische generalisierte Schwitzen und ein Horner-Syndrom sind allerdings gefürchtete Komplikationen.

Dr. med. Susanne Schelosky