

Bahnhofstrasse 110
 CH - 8001 Zürich

Telefon: 044 225 41 41
 Telefax: 044 225 41 42
 www.hautzone.ch



SOP: Dermatologie in der Praxis

A

abschuppen	SalVas; Kerasal (Haare: Kerasal Lsg); Salicyl-Carbowax (Haare)
Acanthosis nigricans	Tretinoin; Carbamid VAS; Daivonex 2x/d; Podophyllin-Pinselungen; PUVA; IGF-1 ev: Retinoide oral, Dermabrasio
ACE	Systemische / Lungen- Sarkoidose
Akanthopapillom/Akanthom	CO2-Laser, Kryo
Akne: Antibiotika systemisch	in Schwangerschaft: Erythromycin Minocin nicht bei LE in Pat. und Familie des Pat. Tetrazykline nicht zum Essen, nicht in Schwangerschaft Doxycyclin: achtung Photosensibilisierung! -> Sonnenschutz Dauer mind. 4-6 Monate Therapierefraktär: an Resistenzen denken! keine lokalen AB!
Akne comedonica	Retinoide (1x/d); ideal: Differin Gel (wenig irritierend), Benzac 5 %, Tasmaderm (Motretinid) 2x/d. meist zu schwach: Skinoren (auch gg. Hyperpigmentierung!) Tazarotene Gel 0.1% (Zorac): signifikant effektiver als Tretinoin für Komedonen, aber stärker irritierend; ev. jeden 2.Tag
Akne conglobata	Roaccutan. Wichtig: Kumulative Dosis: 120mg/kg KG Lippenstift, LiquiTears, Rückfettung Laborkontrolle nach 1 Monat, dann keine mehr, wenn gut! Kontrazeption bis 1 Monat nach Therapieende
Akne fulminans	Prednison 1mg/kg KG. Lokal Aqua Dalibour. Ab 2. Woche Roaccutan. Ev. Dapsone beginnend mit 50mg/d, bis 100-200mg Therapie mind. 3 Wochen, bis gut (bis 3-4 Monate)
Akne keloidalis nuchae	ev. CO2-Laser; Heilung per secundam, Flammazine
Akne papulopustulosa	Retinoide + Benzoylperoxyd (2x/d) Retinoide + Antibiotika systemisch
Akne: ältere Pat (>40jg)	Roaccutan 0.25mg/kg KG/d für 6 Monate
Akne, Pflege	Akne Crème plus Widmer (abdeckend, adstringierend)
Akne: Schälpaste	Pasta exsiccans: Resorcin 3%-Schwefel5%
Akne: Salicylsäure-Peel	Aethylalkohol + 10-20% Salizylsäure (9:1 oder 8:2), ca. 2 Min. belassen
Akne; Sonnencreme	Anthélios Gel Sonnenschutz Gel 10 Widmer
Akrozyanose	Nitromax Crème, Wachsäder, warme Hirsekissen Akrotherm Crème Trental Tbl. Ca-Antagonist, ACE-Hemmer

aktinische Keratosen	Retin-A abends/ 8-10 Mo, anschl. 1-3x/Wo Efudix (s. dort) Kryotherapie; Photodynamische Therapie; CO2-Laser SalVas 10% bei Hyperkeratosen Ev. Imiquimod 3x/Wo oder: Actinohermal (enthält 5-FU) für 2d belassen, Podophyllin lokal, RT, Schema Prof. Burg (gut z.Bsp. Augenwinkel, wenn Efudix nicht geeignet) Salicylvaseline 20% ca. 1 Woche zum Krusten Lösen. Wenn entschuppt dann Podophyllin 20% / 6h nach 1 Wo Podo 20%, evtl. auf 8h steigern nach 1 Wo Podo 20%, ev. 12h
makulöse Amyloidose	PUVA Capsaicin Dapsone + Zink-Tbl. Dalacin+Varihesive/mildes Steroid
Amyloidose	DMSO 50% topisch
ANA	Autoimmunerkrankung, Hepatopathie (v.a. primäre biliäre Zirrhose: anti-mitoch. AK), perniziöse Anämie, Thyreoiditis Lupus: gegen Nucleus Sklerodermie: gg. Nucleolus Dermatomyositis: gg. Zytoplasma Unter Steroiden negativ (Absetzen für 1 Wo)
Anti-Topoisomerase 1	Anti-SCL 70
Anale Pflege	Cetaphil Seife; Septivon Flüssigseife, Procutol,
Analekzem: Diagnostik	Atopie-Screening, Ec-T., Myk-Abstrich; ev. Stuhl / Candida
Analekzem: Therapie	Eosin 0.5%-1%, evtl. wässrig Vioform-Zinköl Alphosyl Sicorten plus Trüeb-Schema: Locoid Fettcrème / 7d, dann Tumenol-CC. Eosin, Soufrol (Teerol)-Sitzbäder Basler Schema: KMNO4-Kompressen (5%, 10cm3 / 5lWasser) 2x/d für 10 Min., dann Sicorten+/Mycolog-Cr.; nicht abtrocknen Weiteres Schema: Eau Dalibour 1:40 2x/d f. 10 Minuten (ev. anschl KMNO4 1:10'000 sol. Aquosa), trocknen lassen (kein Frottieren), dann Mycolog. Cetaphil zum Waschen kein Recycling-WC-Papier Unterspritzung mit Carbostesin 1% (Lokalanästhesie): falls immer noch schmerzhaft -> psychisch bedingt-->Orap Zum Trockenhalten: Talcum (einfacher Puder)
Analfissur	konservativ: Agarol Emulsion/2 Wochen, überlappend beginn mit Metamucil mite/6 Wochen. Scheriproct supp. 2x1/d/4d ev. Sitzbäder KMNO4, Betadine invasiv: Unterspritzung mit Lokalanästhetica/Botulinus, Spaltung/Exzision
Analfissur	grundsätzlich: Erweichen des Stuhlgangs (z.B. Metamucil) akut: Suppositorien (z.B. Scheriproct), 1-2 min. im Analkanal belassen (ev. mit Gazestreifen) chronisch: ad Chirurgie (Exzision, manuelle Dilatation)
Antihistaminika	s. Urticaria, Allergologie
Anti-Phospholipid-AK-Syndrom	Anti-Cardiolipin-AK, PTT
Aphthen	Pyralvex Gurgelwasser, Hextril, Lidoral Negatol dental + Chlorhexidin Clobetasol Haftgel, Kenacort Orobase

Aphthosis	Colchizin Tbl. 0,5mg 2x/d
Aquagener Pruritus	suchen nach Polycythaemia vera. Wasser-Test.
Artefakt-Dermatitis	Dermatitis artefacta; Umschreibung: mechanisch-toxische Dermatose
Atop. Ekzem	Licht nicht vergessen (UVA/B, UVA1)
Atrophie blanche, ulcerierend	Trental 1200-1600mg + Aspirin

Andrologie

assistierte Reproduktionstechniken	IVF: Schwangerschaften mit SZ <0.5/ml
Azoospermie	DD: -Transportstörungen (FSH + Hodenvolumen normal) -Produktionsstörungen Dg: Hodenvolumen, FSH, Ej.-pH, ev. Hodenbiopsie mit Kryo-Asservation von Spermien Achtung: echte A. nur wenn weder Spermatozoen noch Zellen der Spermatogenese vorhanden!
Erholungszeit der Spermiogenese	nach Radiotherapie: 9-18 Monate nach Chemotherapie: 2-3 Jahre
Erstkontrolle	Anamnese: Alter der Partnerin; Häufigkeit des GV; Rauchen; Alkohol Status L-Serologie, PCR GO/Chlamydien im Urin, HIV-Test, Spermogramm Nr. 1, Initialfruktose, α -Glucosidase (Nebenhodenmarker), Zink, MAR, Eosin-Test
FSH erhöht	irreversible Störung der Spermiogenese (Hypergonadotroper Hypogonadismus)
Hodenbiopsie: Indikation	Azoospermie bei normalem Hodenvolumen + no FSH relative Indik.: Oligospermie
Infekt	wenn >100'000 Bakt. im Ej. (105). Normalflora: koag-neg. Staph und vergrünende Strepto können gefunden werden!! v.a. Motilität vermindert Volumen vermindert Ther: nach Antibiotogramm; (Bactrim; Tetrazykline /10d) Ko-SG 1 Wo nach Ther.
Kontrolle	1. Ko in 3-4 Wo; falls 1.SG path., dann 2 weitere SG, anschl. Ko zweites SG wenn 1. Path., mit Penetrak, MAR, Motilitätsstudie PCR GO, Chlamydien; L-Serologie; HIV-Test Penetrak: 1 1/2h; Motilitätsstudie 2 1/2h; Mo/Mi/Do auch morgens
Kryptorchismus	LHRH-Nasenspray + HCG im falls kein Erfolg: Orchidopexie Bei St.n. Orchidopexie/Therapie wg. Kryptorchismus: gelegentlich eklinsiche Kontrollen des Hodens (dixit Urologie)
Lehrbuch	Wieske: Infertilität beim Mann, Springer 1994 (kurz, prägnant) Nieschlag E; Springer Verlag 1996; 198.-
MAR-Test	bewegliche Spermien an Latex-Partikeln >40% = pos 11-39% ->wiederholen <10% = neg
Oligo-Astheno-Teratozoospermie-Syndrom	Eugonadotroper Hypogonadismus Einteilung: OAT Grad I: 10-20 mio SZ/ml; OAT II: 5-10; OAT III: <5 Therapie: Trental 400mg 1-1-1, Kontroll-Spermogramm 3 Monate Verschlechterung: Hinweis auf Infekt! Nolvadex (Tamoxifen) 2x 10mg/d f. 3 Monate (Wirkmechanismus: führt zu Anstieg von FSH + LH) evtl. Padutin-Kur (D; Kallikrein): Padutin 100 2-2-2 (600 IE/d)/3 Monate, 1/2 h vor dem Essen; nur in D erhältlich
Retrograde Ejakulation	Gutron 15 Trf: Effekt nach 30 Min Tofranil (Imipramin): 3x25mg; Effekt nach 24 h ev. Spermien-Gewinnung
Röntgendosis	irreversible Schädigung der Spermiogenese: ab 4 Gy

Spermatozele	Sonographie, ev. Punktion keine Operation (wg. iatrogenem Verschluss!)
Spermiogramm: Bakteriologie	Bakt bei: Spermatogenezellen erhöht, isolierte Teratozoospermie; Lc
Spermiogramm: Bemerkungen	Vor Spermiogramm: (4-)5d Abstinenz nach spätestens 1 Std. im Labor, Transport in Hosentasche klinisch Varikozele: Sonographie
Spermiogramm: Biochemische Parameter	Fructose: Hinweis auf Bläschendrüsen Zink: Prostata alpha-Glucosidase: Nebenhoden
Spermiogramm: Ejakulat-pH	<7 bei Aplasie der Bläschendrüsen >8 bei akuter Prostatavesikulitis
Spermiogramm: Morphologie	< 14% normale SZ: Fertilisationsrate in IVF sinkt
Spermiogramm: Motilität	Motilität: Parameter mit bester Korrelation zu Fertilität Motilitätsstudie: von 1. zu 2. Stunde: Differenz Motilität max. 10%
Spermiogramm: Spermatozoenzahlen	23% der Väter haben SZ <20 Mio/ml
Spermiogramm: Volumen	< 2ml -Störung Prostata / Samenbläschen -partiell retrograde Ej. -Artefakt bei Probeentnahme (Anamnese: Ejakulatvolumen?)
Varikozele: allg.	Sonographie + Duplex FSH bestimmen nicht operieren bei: normalem Spermiogramm; Azoospermie schlechte Prognose bei: hohem FSH, Hodenatrophie (gesamtvolumen <28ml), SZ-Zahl <2 Mio/ml (da whs. irreversibel geschädigte Spermiogenese)
Varikozele: postop.	SG über mind. 1 Jahr, da solange Verbesserungen möglich
Vasektomie / Rakanalisierung	Beurteilung frühestens 1J postop., da solange Verbesserungen möglich
Vasektomie: Nachkontrollen	SG nach 6 Wo, 3 Mo, 6 Mo mindestens 2 SG müssen vorliegen! Versager: 0-8%; Rekanalisationsrate (spontan): 0-4%; Spätreakanalisierungen bis 8 J möglich!
Verflüssigung des Ejakulates gestört	Sims-Huhner: -bewegliche Spermatozoen: keine Therapie nötig -keine Spermatozoen: 5mg α -Chymotrypsin/ml Ej., dann homologe Insem. Bromelain 3x200mg
Weiterabklärungen	Blutbild, Leberwerte, Glucose; Hormone: FSH, LH, PRL, Testosteron, freies Testosteron, DHEA-S Hoden-Sonographie + Duplex (Radiologie) evtl. Sims-Huhner-Test (Postkoitaltest; auf Gynäkologie)

B

Basaliom	Photodyn. Therapie → Cave: Rezidive ca. 30% Ev. Efudix Imiquimod 5% Crème, 2x/d-1x/d-3x/Wo Ev. Zorac
Basaliom-Nachkontrolle	1/3/6/12 Monate, dann jährlich bis ca. 5 Jahre
Behçet (Morbus): Abklärung	Herpes simplex-Kultur / Tzanck-Test Blutbild, B12, Eisen, Folsäure. Urinstatus. G6PD (falls Dapsone geplant). Hautstatus, ev. Biopsie. HLA-B27; B51 Kons. Ophthalmologie ev: Gastroenterologie, Neurologie, Rheumatologie
Behçet: Therapie (NEJM 1999;341,17: 1284-91)	Steroide topisch/intraläsional Chlorhexidine-Spülungen top. Tetracyclin (250mg in wässriger Lsg. 1x/d, orale Ulzera) Colchizin 0.5-1.5mg/d Dapsone 100mg/d

	Arthritis: NSAID Schwerere Verläufe: Thalidomid 100-300mg/d, MTX, Prednison, IFN- α ev. Immunsuppression
Behçet: Kriterien	Orale Ulzera, 3x/12 Monaten rezidivierend Genitale Ulzera, rezid. Augenläsionen (typisch: Hypopyon-Iritis) Hautveränderungen (E. nodosum, rezid. Thrombophlebitiden, Pseudofolliculitis, Papulopusteln) pos. Pathergie-Test (Ablesen nach 24 und 48 h) Diagnose: Orale Ulzera + 2 weitere Kriterien HLA B51
Berloque-Dermatitis	Sicorten plus
Black dot-Alopecia	Tinea (Trichophyton Tonsurans)
Blasenbildende Erkrankungen	Abklärung: Western Blot Labor HUG Genf, Dr. Borradori
Borreliose	bewiesen bei 3 und mehr Banden im Immunoblot Serologie wiederholen nach 4-6 Wo Doxycyclin 2x100mg/d / 14d-21d
Botulinumtoxin bei Hyperhidrose	1 Amp. Botox = 100 Units. Zugabe von 5ml NaL → Pro Achsel 10 Stiche. 1 Spritze enthält 20 Units → Pro Stich 2 UNITS I.C.
Bromhidrosis	bei Fischgeruch: Ausschluss Trimethylaminurie: Urin- Hochspannungselektrophorese
Brustwarzenpflege	Bepanthen-Salbe E-Mulsin (D)
Bullöses Pemphigoid	Pos. prädiktiver Wert 95% wenn 3 von 4 erfüllt: Absenz von atrophen Narben, keine Kopf-/Nackenbeteiligung, keine Schleimhautbeteiligung, Alter >70 Jahre Ther: evtl. MTX oral, 5-12.5mg/wo (Beginn mit 5mg/Wo, b. Bed. steigern um jew. 2.5mg)

C

Camouflage	Cover Mark
Candida-Balanitis	Schwenkbäder: KMNO ₄ od. Betadine, 2x10min/d + Imidazol-Crème, Daktarin Creme,
Candida-Darmbesiedelung	Diflucan 50mg/d / 14d, Diflucan Tbl. 400mg 1 malig Ampho-Moronal 4x100mg/d 10-14d
Candida-Stomatitis	Ampho-Moronal Lutschtbl. 10mg 4x1 / 5 od. 10 d Perlèche: Imazol-Crèmepaste Gebiss: tägl. 1x eincremen mit Daktarin / 7d, Chlorhexidin Lsg. ueber Nacht 1-2/Woche für Gebiss
Candida-Vaginitis	Gyno-Pevaryl Ovula (3d 1 abends) + Crème (bis Packung fertig), inkl. Partnerbehandlung
CDLE	Plaquenil 2x200 / 1 Mo, dann 1x200
Cheilitis actinica	Sonnenschutz; ev. CO ₂ -Laser, Standard: Vermillionektomie (HNO, stationär) CO ₂ -Laser: Lokalanästhesie, 10 Watt, 2-3 Passes; richtige Tiefe=Farbumschlag von rötlich zu gelblich. Wundverband antibiotisch / antiseptisch (z.B. Falmmazine), gute Rückfettung der Lippen. ca. 3 Tage passierte Kost. Erste Kontrolle 4 Wochen. Alternativen: Photodynamische Ther., Elektrodesikkation, Efundix
Chloasma	Wood-Licht: epidermales Pigment: verstärkter Kontrast dermales Pigment: keine Verstärkung des Kontrasts
Cica-care	-auf Rezept vermerken: 1 Platte à 12x15cm -Anwendung: erste 2 Tage: 4h/d; 3. und 4. d 8h; dann tägl. 2h steigern bis 24h/d
Civatte bodies	Lichen ruber (typisch, aber nicht pathognomonisch)
Chloasma	Pigmanorm 1x/d, 3 Mo + Sun-Block, evtl. besser: Pigmanoorm jeden 2

	abend, sonst: Skinoren 2x/d oder Leukobasal Retin A 0.05%-1% abends
Clavus interdigital	Toe divider (Scholl); C. castellani, Vioform Sal Vas ueber nacht → mechan. Abtragen.
Colchicin	1 – 1.5 mg/d
COPD	Pulmicort Turbuhaler 200 3-0-3/ 400 1-0-1 + Oxis 12 1-0-1

D

Dapsone	100-150mg/d G6PD-Mangel ausschliessen vor Therapiebeginn Met-Hb während 2 Monaten alle 2 Wochen, dann 3-monatlich MetHb-Grenze 15% Beginn mit 25mg/d f. 3d, 50mg/d 3d, 75mg/d 3d, dann 100mg/d
Darier	ev. Tazaroten 0.01% 1x/d
Depression und Pruritus	Sinquan 50mg 0-0-1 beginnen, dann steigern (trizyklisches AD mit antag. Wirkung auf H1- und H2-Rezeptoren) Saroten
Dermatitis herpetiformis	Anti-Endomysium, Anti-Gliadin; ev. Anti-Transglutaminase
Dermatomyositis	CK, LDH, anti-Mi-2 Achtung: Pat. geben häufig wenig Beschwerden an! z.B. 3 Kniebeugen, an Boden setzen Ther: Hauteffl: Lichtschutz, Plaquenil (wie LE), MTX 25-50mg, Cyclosporin, IMG. top. Steroide nutzlos Myositis: Prednison 1 mg/kg bis Muskelenzyme normal, dann Reduktion um 5mg alle 2 Wochen. Ev. + Imurek ev. MTX, IMG
Dermatoskopie	Kein Öl, sondern Desinfektionsmittel verwenden für Nägel: Gel zur Immersion Diagnosehilfen: Pigmentnetz: spezifisch für melanozytäre Läsion, aber nicht alle melanoz. Läs. haben ein Pigmentnetz: N. bleu, Compound-N., Dermaler N., N. Spitz, Melanom) Basaliom: Ahornblatt, baumartige Gefässe pigmentiertes Basaliom (schwierig!): Ahornblattartiges Pigment, Teleangiektasien Angiom: rötliche Lakunen Seb. Keratose: Pseudohornperlen, Komedo-artige Öffnungen, Gyri und Sulci / cererbriforme Strukturen Melanom, spezifisch: Pseudopodien, graublau Areale, Regressionszonen, michig-rote Areale Hämorrhagie: rote Farbe Globuli: aggregiert: spezifisch für melanozyt. Läsion. peripherer Kranz an Globuli: wachsende Compound-Nävi spez. Lokalisationen: Gesicht: anderes Netzmuster: keine Reteleisten, sondern Haarfollikel Lentigo senilis: flache seb. Keratose; Pigment diffus L. maligna: „anular granular“, Rautenmuster; blau-graue Farbe um Follikel; DD: pigmentierte aktin. Keratose (nicht sicher abgrenzbar) 4 Kriterien für L. maligna: asymmetrisch pigmentierte Follikelöffnungen, dunkle rhomboidale Strukturen (Rautenmuster), schiefergraue Globuli, schiefergraue Dots Nägel: Hämorrhagie: abgesetzte Spritzer Palmae/Plantae: Läsionen entlang Leisten/Täler: gutartig Ausläufer: normal viele Globuli, black spots: Exzision

	<p>inverses papilläres Muster: Malignitätszeichen</p> <p>ABCD-Score nach Stolz: Kurzversion: Asymmetrie 1 Achse 1.3 Pt., 2 Achsen 2.6 Pt. pro Struktur und Farbe je 0.5 Punkte</p> <p>Evtl. Formular kreieren zur Dokumentation (Körperzeichnung, Score)</p>
Dermatozoenwahn	Orap
Desinf. Umschläge	Phenoxetol
Dias einordnen	schwarz zur Projektionsfläche (weiss zum Licht, = so, dass man's lesen kann), auf Kopf
DIF einsenden	Michel'sche Lösung
Dolly-Parton-Sign	Too much for too little
Dowling-Degos	ev. Adapalen (Differin) 0.1% 2x/d
Duhring	Anti-Endomysium, Anti-Gliadin: Marker bei Zöliakie und Duhring. Sinken bei glutenfreier Ernährung

E

EEM, postherpetisch	Triamcinolon-SM, Antherpos Roche-Posay, Valtrex 500mg 1-0-1/10d Wie H. Zoster Rezidivprophylaxe
Efudix	-2x/d für 21 Tage -1x/d 4d/Wo für 6 Wo dann stop, dann Ko -2x/d an 2d/Wo für 8-12 Wo
Ekthyma	Floxapen
Ektoselen	Einseifen, 10-15 min. warten, abspülen 3 folgende Tage, nach 7 d mind. 1d wiederholen
Ekzem, generalisiert	Prednison intern, Triclosan Soft, Betnovate, Zyrtec/Atarax Triclosan-Soft (od. Tetraxklin-Soft) / Elocom i.W. Exazerbiert: evtl. Steroide systemisch (Prednison 1mg/kg KG kurzfristig; Synacthen Depot 1mg/ml: 1 Amp i.m.; ev. nach (2-)3d ein- bis mehrmals rep.)
Ekzeme alte Zürcher Nomenklatur	E I Kontakte. E II seb. E E II p mikrobiell-parasitäres E. E III endogenes E. E IV Neurodermitis
e-mulsin forte	mischen 1:1 z.B. mit Lipoderm Omega, EULL oder ähnlich
Epidermalzyste	DD: Trichilemmalzyste ist palpatorisch härter Epid.: mit Stratum Granulosum Trichil.: ohne Str. Granulosum
Epidermolysis bullosa simplex	ev: Tetrazyklin 1.5g/d ev. Apligraf
Epilation	ev. SHABA-Methode Elektroepilation: 1x/Wo-3Wo für 1 ½- 2 Jahre Laser: Dres: Hassam, Rüdinger, Thürlimann, Wyss Dioden-Laser Dermatologisches Laserzentrum Bethanien Dr. A. Blank, Dr. S. Dommann, Dr. E. Küng, Dr. P. de Viragh, Fachärzte FMH für Dermatologie u. Venerologie; Toblerstr. 51; 8044 Zürich ZH. Tel. 01 253 22 00; Fax 01 253 22 04 Eflornithin (Bristol-Myers-Squibb/Gillette): Irrreversibler Hemmer der Ornithin-Decarboxylase 2x/d topisch: bis 80% gebessert, nach 1 J keine Tachyphylaxis. Nach Stoppen: innert 8 Wo (fast) zurück zu Baseline
Epilation, Laser	Grösserer Spot size: besser! (mind. 10mm) Wichtig: grösste Energie bei max. Spot size! Pulse duration mind. 20ms

	Abstand d. Sitzungen: 6Wo-6 Mo Massnahmen: keine Bräunung 6 Wochen vor Eingriff; kein Haar-zupfen 4 Wochen vor Eingriff Kosten: ca. 100'000US\$ im 2000
Epizoonosen	Umgebungsbehandlung: z.B. Neocid, Toxical Nissen: Läusekamm mit 1:1 verdünntem Essigwasser.
Erysipel	Penicillin G; Fenoxypen; Rulid; Zinat mit Nekrosen: Augmentin, Dalacin Pseudomonas: Ciproxin Diabetiker: Dalacin + Ciproxin; ev. Falgyl Lokal Umschläge mit Eau Dalibour 1:10, od. Phenoxetol-Umschläge
Erythema chronicum migrans	Vibramycin 2x100mg / 14 d, Titer-Ko
Erythema dyschromicum perstans	Ashy dermatosis: ev. Dapsone 100mg/d
Erythema nodosum	Histo: Miescher-Granulome Th: Bettruhe, kühlende Umschläge Heparinoide topisch (insbes. in Schwangerschaft) NSAID Steroide Kalium-Iodid (achtung Schilddrüse!)
Exzisionen	an Extremitäten eher längs oder schräg

F

5-Fluorouracil (Efudix)	4d / Woche für 6 Wochen, dann Stop, dann Ko
Färbungen	Gram An Luft trocknen lassen 3x durch Flamme ziehen zum Fixieren Gentianaviolett ca. 30sec. Abspülen mit Wasser Beizen mit Lugol'scher Lösung 2min oder länger Entfärben mit Acetonalkohol bis keine Farbe mehr abgegeben wird Abspülen mit Wasser Nachfärben mit Saffranin 20-30sec. Abspülen mit Wasser Trocknen zwischen Fliesspapier. Oelimmersion Methylenblau Durch Flamme ziehen zum Fixieren Dicke Präparate 5-15 sec färben, dünne Präparate 45 sec
Fleckfieber	Rickettsiose, nach Zeckenstich (Zentralafrika; typische Morphe). Exanthem, Lymphknoten, Arthralgien, Fieber. Th: Tetrazykline
M. Flegel (Hyperkeratosis lenticularis perstans)	Daivonex 2x/d
Fluor vaginalis	3 Objektträger: KOH (Fischgeruch), Methylenblau (Bakterien), NaCl (Trichomonaden)
Folliculitis decalvans (mit Bündelhaaren)	Rifampicin 2x300mg für 10 Wochen+ Clindamycin (Dalacin T) 300mg 2x/df. 10 Wochen lokal: Dalacin T Lsg., evtl. Unizink Tbl. , Excipial Capilla mit 2 % Chlorhexidin zur Kopfwäsche
frontal fibrosierende Alopezie (postmenopausale F; Kossard)	lokal antientzündlich (Steroide) lokal anitfibratisch (Minoxidil; Aminexil) Antiandrogene
Fruchtsäure-Peeling	s. Peeling
Furunkulose	Fe + Ferritin bestimmen: ev. Mangel! -> Subst. bei nicht-Ansprechen auf Breitband-AB: Rifampicin 2x450mg/d / Dalacin 3x300mg f. 14 Tage, oder Dalacin 3x300mg/3 Wo, oder Floxapen/Rifampicin

Fumarsäure bei Psoriasis (in CH nicht zugelassen; Präp. aus D)	Th-Dauer mind. 8 Wochen (ev. als dauer-Th.) Woche 100mg 1-0-0 Wo 100mg 1-0-1 Wo 100mg 1-1-1 Wo 200mg 1-0-0 Wo 200mg 1-0-1 Wo 200mg 1-1-1 Erhaltungsdosis 600-1200mg/d, Anpassen nach Verlauf. Beso: Kontraindikationen: Schwangerschaft, Leber- und Nierenerkrankungen Systemische Therapie-Möglichkeit bei Aethylkern (ohne Leberschaden), im Ggs. zu MTX! UEW: 2/3 Magen-Darm, bis Diarrhoe (dosisabhängig) 1/3 Flush-Symptomatik Lymphopenie: BB vor Ther. und 14-täglich anfangs; falls Lc > 10% sinken: Dosisanpassung Proteinurie: U-Status vor Th, dann 6-monatlich
---	---

G

Gesichtsödem	Kurzfristige Massnahme: Lasix
Gianotti-Crosti-Syndrom	Typisch: Köbner-Phänomen
Glossodynie	Lingua geographica? Medikamentenanamnese (Xerostomie als UEW)! Karzinophobie? 1) Mangel abklären (Vit. B12, B1, B6; Folsäure, Zink, Fe) 2) Diabetes mellitus ausschliessen; Thyroidea 3) Speichelfussrate bestimmen 4) Mykologie: Candida -> topische Th. F. 4 Wochen (z.B. Amphomoronal Lutschtbl. 4x1) 5) psychosomatisches Konsilium; ev. Protiaden 75mg abends (trizykl.) 6) Zahnstatus, orale Parafunktion 7) ev. Ec-Testung: inkl. Zahnarztreihen, Amalgame, Zahnpasten 8) ev. Capsaicin-Cellogel f. mind. 4 Wochen 9) ev. Siquan (Doxepin) topisch
Glossopyrose/Glossodynie/orale Schmerzen /Brennen Therapie	Kamillosan-Spülungen Blackcurrant-Pastillen Capsaicin-Cellogel Salbei-Spülungen
Granuloma anulare	Sermaka-Folie + e-mulsin Kenacort Bade-PUVA Kryother. Lamprene 100-200mg 1-1-1 Kinder: Prednitop, Varihesive okkl.
Granuloma eosinophilicum faciei (Granuloma faciale)	Kryotherapie
Griseofulvin	-15-25mg/kg KG/d, 1x/d, mit Mahlzeit einnehmen! -Tinea capitis: mind. 8 Wochen

H

Hämangiome, Säuglinge / Kleinkinder	möglichst früh, Kryo oder Farbstofflaser (1. Lebensjahr) Kryo: 2x im Abst. 3 Wochen Sklerosierung. Ultima ratio: Steroide systemisch; Interferon Kryotherapie: -Falls subkutaner Anteil -2x10-15sec N2; Ko 4-5 Wo, dann ev. 5-10sec -UEW: selten exsudative Reaktionen; Th: Fucidin Cr)
-------------------------------------	---

	<p>Laser: Sitzungen in 7-12d Abstand, Kontrolle nach 4-5 Wo FDPL (585nm, 450us, 7-10J/cm²): -oberflächliche H., früher Behandlungsbeginn (Eindringtiefe 1.2mm!) -UEW: blaue Maculae unmitt. nach Behandlung, Blasen, Krusten; selten: Närbchen) cw ND-YAG (1064nm, 500-3000W/cm², Eiskühlung): -tiefliegendere H. (Eindringtiefe 7mm, unspezifische Koagulation) -UEW: Narben, Pigmentstörungen fd ND-YAG (532nm, bis 50ms): -flache, initiale H.</p> <p>systemisch: Prednisolon 2-3mg/kg, aussschleichend, ca. 8 Monate UEW: Cushing-Gesicht, Persönlichkeitsveränderungen, Hypertonie IFNγ2b: 20% spast. Diplegie!</p>
Hämorrhoiden	<p>Prophylaxe: initial falls nötigz.B. Metamucil dann Weizenkleie 20-30g (2-3EL), dazu 3-4dl Flüssigkeit/EL! Innere H.: ad Chirurgie (Gummibandligatur etc.) äussere H.: radiäre Inzision + Auspressen in LA</p>
Hand- und Fussekzem, Hyperkeratotisch-rhagadiformes	<p>(kumulativ-toxisch) Vioform-Salicylvaseline Rovigon Kautbl. 1-0-0 ev. Locacorten Tar, Tumenol CC Schema: Locacorten TAR okkl. in Plastik 5d, SalVas 10% okkl. Plastik 2d; dann: 4d/3d, 3d/4d, 2d/5d; ko nach 2 Wo (Schema dauert 1 Monat). Bade-PUVA, Rx-Weichstrahl Liquor carbonis detergens</p>
Handbad, gerbend	<p>Tannosynt Lotannin Betadine</p>
Handekzem, dyshidrisoformes	<p>(kontaktallergisch) Lotannin, Tannosynt</p>
Hausstaubmilben: Bettüberzüge	<p>Trimedal AG, Fabrikweg2, Postfach, 8306 Brüttsellen Ärztliche Bescheinigung in Allergiestation</p>
Helicocobacter-Eradikation	<p>Antra 20mg, Klacid 250mg, Clamoxyl 1g, (ev. statt Clamoxyl: Flagyl 500mg): je 1-0-1 f. 7-10d Immer bei Rosacea und pos. Atemtest! (Trüeb) anderes Schema: Antra 20mg/d f. 4 Wo; Clamoxyl 2g/d + Zithromax 1g/d f. 7 d</p>
Heparin-Unverträglichkeit	<p>Abklärung: Tc-Zahl, ev. Tc-Antikörper, Tc-Funktionssteste Biopsie Prick-, Ic-, Ec-Test Subcut. Provokation LTT nicht sinnvoll! Alternativen: Hirudin/Lepirudin, ev. Heparinoide (achtung Kreuzreaktionen)</p>
Hepatitis-B-Sero andere Hep.	<p>HbsAG, Anti-HBc IgM anti-HAV-IgM; anti-HCV; anti-D-IgM (nur bei HepB-pos); anti-HEV</p>
Herpes simplex genitalis	<p>Lotio alba; Betadine-Schwenkbäder. Ev. Famvir-Crème tagsüber alle 2h f. 4 Tage Falls <72 h bestehend: Valtrex / Famvir</p>
Herpes simplex labialis	<p>Lipactin Gel; Famvir-Crème?, ev. Penciclovir-Cr. alle 2 Std.f. 4 Tage Tetracain 1.8%-Crème (!)</p>
Herpes simplex recidivans (genitalis, Typ 2)	<p>Wenn >6x/Jahr: Valtrex 500mg 1x/d für 9 Monat >12x/Jahr: 250mg 1-0-1 Absetzversuch planen!</p>
H. zoster, Therapieindikationen	<p><72h nach Auftreten von Bläschen über 50 Jährig</p>

	Immunkompromittiert Trigeminus-Zoster
Herpes Zoster recidivans	bei > 6 Rez/J 500mg/d/6-9 Mo bei >10 Rez/J 2x250mg/d
H. Zoster, Beso	HIV, Acyclovir-resistente Stämme: Foscarnet 40mg/kg 3x/d od. 60mg/kg 2x/d
Herpesviren	HHV (Humanes Herpes Virus): HSV 1 HSV 2 VZV HHV 4: Epstein-Barr-V. (B-Zell-Lymphom, nasopharyngeale Karzinome) CMV HHV 6: Exanthema subitum HHV 7: Pityriasis Rosea? Exanthema subitum (Fritsch)? HHV 8: Kaposi-Sarkom (+ Castleman-Tumor, andere; Retiformes Hämangioendotheliom)
Hidradenitis suppurativa	Roaccutan Unizink 50mg 3x1 Dapsone 100-150mg/kg KG (G6PD bestimmen, Met Hb bestimmen! Grenze: 15%)
Hordeolum / Hordeolose	-warme Umschläge (z.B. Schwarztee) einige Tage, dann mit Ohrenstäbchen ausmassieren -Ohrenstäbchen feucht-warm, mit Baby-Shampoo, Lidkante säubern (Pfröpfe lösen) -Antibiot. Salben nur bei Bed.
Hutchinson-Zeichen	1) Assoziation von Pigment im proximalen Nagelfalz und Melanom keine Malignität, wenn: -mehr als 1 Finger betroffen -in Zusammenhang mit Hyperpigmentierungen von Mundschleimhaut und Lippen 2) Bläschen an Nasenspitze als Zeichen für oculären H. zoster
Hyperhidrosis axillae	Etiaxil Ganze Achsel mit Deodorant behandeln: verteilt sich nicht mehr! AIOH in hohend Konz.: 2-3x/Wo genügt wenn unter Kontrolle Antiperspirant morgens und abends, ev. nur abends
Hyperhidrosis, generalisiert	Bellergal Drg 3-4x1/d Bellafit N Trf. Sormodren Tbl. 4mg ½ bis max. 2/d Atenolol 25mg/d; Inderal Salvia-Tee ergänzend
Hyperhidrosis, gustatorisch	ev: Glycopyrrolat 0.5% Roll-on-lotion 1x/d (anticholinerg)
Hyperhidrosis manuum	Leitungswasser-Iontopherese: 10-15mA, 20-30min, 3-5x/Woche Geräte: Hidrex PS; Sweatex-Plus-Behandlungsset; Galvadry-Priv-Behandlungsset; Kosten ca. 880.- Ev: Glycopyrrolat 0.5% wässr. Lösung, initial 2x/d, dann 1x/d
Hyperhidrose, Botulinumtoxin	Jod-Stärke-Test (bepiseln mit Jodlösung (ev. Betadine), dann bepudern mit Stärkepulver (z.B. Maizena)) intradernale Inj. von Botulinumtoxin: 250U Dysport/Axilla (in 1ml); ev. weniger! USZ /Kreyden: 20 IE Botox je Axilla, keine Lokalanästhesie; 40 IE Botox je Palma, Handblock; 100 IE/Fuss, Fussblock. 1Amp=100IE, auf 5ml verdünnen; Inj. à 0.1 ml (=2IE), entspr. Anzahl Inj. berechnen; Fuss evtl. Inj. à 0.2ml; Insulinspritze benützen. Dosierungsumrechnung: 3-5U Dysport = 1 U Botox
Hyperpigmentierung	Azelainsäure (Skinoren), ev. + Retin-A Retin-A allein Pigmanorm: 2x/d 1-2Wo, dann 1x/d Leucobasal (Hydrochinon)

Ichthyosen	Dg/Labor: Steroid-Sulfatase (x-rez. Ichthyose) Transglutaminase d. Keratinozyten (l. lamellaris, Harlekin) Ther.: Locobase + 5% Milchsäure + 20% Propylenglykol Retinoide (ev. nur Saison-Weise, z.B. Sommer) Selbsthilfegruppe in Deutschland: www.ichthyose.de
ILVEN	Daivonex Salbe 1x/d
Impetigo, Kinder	Klacid 10-14d Betadine, Fucidin lokal 10d
Insekten-Repellents	DEET: Diethyltoluamid: Autan, Antibrumm, Kik etc. ev. Kleider und Vorhänge/Moskitonetze mit Permethrin einsprayen
interdigitale Clavi und Verrucae	C. castellani, Toe divider, Schmierseifenbäder, Abtragen
Intertrigo	Eosin, Vioform-Zinköl, Pyoktanin, Mycolog Stoffstreifen
Ischämie	kritische Grenzen: (einfacher Test: hochhalten Bein, Puls fühlen/Doppler; falls Puls nicht verschwindet: whs. keine krit. Ischämie) Knöcheldruck: 50mmHg Grosszehe /Vorfuss: 30mmHg TCpO2 Grosszehe: 10mmHg
Itraconazol (Sporanox)	-Th. der Wahl bei Tinea capitis -Interaktionen: Terfenadin, Astemizol (Arrhythmien!) -T. capitis: 4-6 Wochen 2x200mg/d (Erwachsene), mit Mahlzeit einnehmen! Erfolgsrate 88-100%
Ivermectin (Mectizan, Stromectol)	0.2mg/kg KG 1x p. os Wirksam bei: Scabies, Scabies norvegica, Larva migrans, Pediculosis capitis

J

K

Kaposi-Sarkom	Velbe intraläsional (Vincristin) Alitretinoin 0.1% 2x/d topisch Laser (Gefässlaser)
Karzinoid-Sy.	5-Hydroxyindolessigsäure im Urin
Kasabach-Merritt-Syndrom	Nicht bedingt durch Hämangiome! Sondern: Kaposiformes Hämangioendotheliom + Tufted Angioma Ther.: kein Heparin, keine Plättchentransfusionen Vaskuläre Missbildungen: Heparin
Katzenkratzkrankheit	Bartonella henselae (früher: Rochalimaea henselae) Dg: Serologie (PCR); LK-Biopsie: Silberfärbung Th: Zithromax
Kawasaki-Syndrom	IVIG
Keloid	Stufenschema Steroide, erst topisch, dann intraläsional (Dermojet) Cica-care Kompression Kryotherapie Kryo + Sterodie (Dermojet) (ev.: 5-FU intraläs.) Details: Cica-Care-Folie (Silikon; auf Rezept erwähnen, dass nur 1 Stück): evtl unter

	Kompression. 1 Stück: ca. 70 Fr. (12x15cm) Sermaka-Folie (Steroid; 7.5cm breit; nach 5d 1. Kontrolle) Kompression (Tamagni), ev. mit Folie kombiniert Kryotherapie (20 Sec) Kenacort A 40 /Lidocain 1:1 mit Dermojet (ev. 30 min. nach Kryo) Bei Kryo/Dermojet: Ko 1x/Monat
Keratolyse	Lausanne: Propylenglykol 60% + Salicylsre 6% in Wasser
Keratoma sulcatum	Al-Hydroxyd, Eryderm 2x/d KMNO4-Bäder, Viof.-SalVas, Betad.-Fussbäder
Keratosis pilaris	Carbamid Cr.; ev. Carbamid VAS Arovit 50'000 IE po 1-1-1 (=Retinol/Vit. A)
Kerion celsi	Sporanox + Steroide systemisch (Prednison 1mg/kg KG; Limitieren der Entzündung)
Kinder: Säuglinge	Pflege mit Milchsäurehaltigen Externa, z.B. ungt. hydrophilicum mit 2.5% acidum lacticum, oder antidy
Knoten, subcutan, (schmerzhaft)	L eiomyom E kkrines Spiradenom N eurinom D ermatofibrom A ngiolipom N eurolemmom E ndometriose G lomustumor G ranulosazelltumor
Kollagenosen-Screening	ANA, RF (Ev. ANCA)
Kompressionsverbände	Sigg-V. Profore (Smith&Nephew) System USZ: Tubegaue (IVF Schaffhausen; Grösse je nach Bein, normalerweise 56mm) Polsterwatte (Artiflex Vliespolsterbinde; Beiersdorf AG Hamburg / IVF Schaffhausen) Isoelast Pflasterbinden (Isoplast AG, Brugg / IVF; Sporty-Quick-Bandage) Tubegaue zum Zweiten Indikationen: epifasziale Veneninsuffizienz: Klasse II tiefe Insuffizienz: Kl. III Lymphödem: Kl. IV evtl. Pelotte! Kompr. Kl. I ist besser als „Stützstrümpfe“.
Konjunctivitis	HC Augensalbe 1-0-0 / Vit A-Augensalbei Dispersa 0-0-1; Livostin Augentrf. 1-1-1; ca. 1 Wo
Kontaktekzem-Abklärung	Atopie-Screening, EC-Testung, (mit Alkaliresistenz, Eigenproben), Mykologie
Kosmetik-Sprechstunde	Akne-Toilette: alle 3 Wochen (bis 6) Epilation: 1x/Wo-3Wo für 1 1/2- 2 Jahre
Kyrle, Morbus	Thalidomid?
Keloide; Besonderes	Ohrläppchen: Exzision, Dauerkompression (Ohrclip) f. 4-6 Monate nach Mamma-Plastik/Prävention: postop 3-6-9 Wochen wenig Kryo (Dr. Cajacob)

L

Laser, Nachbehandlung	Flammazine, Sonnenschutz
Laser; Kosten Farbstoff-L.	120.- Probelaserung; 350.- weitere Sitzungen Sharplan CO2 + Er – Laser: US\$ 70'000
585nm Dye Laser	Rosacea erythematosa / teleang.

	Poikilodermie Narben (hypertroph und atroph)
Leishmaniasis	Dx: Giemsa-Färbung Glucantime intraläsional Kryotherapie ev. Kombin. Antimon i.l. + Kryo bei Zunahme: Pentostam systemisch (Na Stibogluconat, 20mg/kg/d f. 20d (Haut) od. 28d (viszeral, mocosal)). Achtung UEW: Pankreatitis, Arthralgien, Karditoxizität, Myelosuppression. ev. Pentaimidin Isethionat systemisch.
Lentigo senilis / solaris	Solagé 2x/d (Mequinol 2% + Tretinoin 0.05%) Retin-A . Kryoth. Laser
Leukoplakie, oral	evtl. Bleomycin 1% in DMSO 1x/d f. 14d
Leucoderma angisopasticum	Salvia Zyma
Lichen ruber	Dignostik: Diabetes, Hepatitis A, C Steroide topisch Retin-A topisch (+ top. Steroide) Neotigason
Lichen ruber anularis d. Penis	Hydrocortison 1% in ungt. hydrophilicum Kondom (Koebner-Effekt)
Lichen ruber mucosae	Clobetasol Dipropionat Gel + Chlorhexidin Mundspülung Retinoral Unterspritzen mit Kenacort ev: Mesalazin (5-ASA) 5% Gel 2x/d topisch
Lichen ruber follicularis	aktiv: Steroide inaktiv: retinoide topisch oder systemisch
Lichen sclerosus et atrophicans	entzündliche Phase: Dermovate Crème 1-2x/d f. 6-12 Wo (Hydrocortison 1%) atrophe Phase: Testosteronsalbe 2% (auch Frauen?)
Lichen vidal	ev. Capsaicin
Licht / elektromagnetische Strahlung	narrow band UVB: 311 nm Maximum für Erythementstehung: 286nm UVB schädigt direkt DNA UVA v.a. antipruriginös UVB v.a. antientzündlich, immunsuppressiv (Depletion von Langerhans-Zellen) Wirkung auf Keratinozyten (UVB) -> Mediatoren (IL-1, IL-6) -> Sonnenbrand
Lichtdermatose, polymorphe	Diagnostik: Lichtprovokation
Lichtschutzfaktor gebräunter Haut	ca. 5
Lichtschutzfaktor Gesichtsrundlage (Schminke)	SPF 2-4
Lichturtikaria	Diagnostik: Lichtschwelle Anthélios L; PUVA (Lichtschwiele)
Lidekzem	nach neuem Nagellack fragen! Suchen: Xanthome, Xanthogranulome, Schilddrüsenstörungen, M. Bowen Atopie-Patch-Test Dg: Atop. E., ev. Minimalform einer Atop. Dermatitis vom intrinsic Type (bei neg. Testungen) Schwarzteeumschläge + (Ultracortenol Augensalbe abends / 5 Tage), dann weiche Zinkpaste ev. Licht (UVA/B; UVB 311) Schema Trüb: UC-AS 4d, 3d Pause; 4d, 3d Pause, dann Opticrom Augensalbe 1-0-1 + NaCl-Umschläge ev. nur Linola
Lingua Geographica	nihil; evtl. Mundspülungen mit Salvia Zyma oder Salbei-Tee
Lingua villosa nigra	Abbürsten mit weicher Zahnbürste; ev. Tretinoin-Lotion (Ainol Lotio) ev. vorsichtige Curettage bei Candida: Amphomoronal-Lutschtbl. 4x1
Lippenekzem	Terracortil-S. 1-0-1/14d

	Varihesive ED/Kenacort-Tinctur, 7d belassen, ev. wiederholen.
Lippenpflege	Labello, Pasta cerata
Lokalanästhesie bei Lidocain-Allergie	Diphenhydramin 1%
LE: Abklärungen	Blutbild mit Diff, U-Status, Kreat, Kreat-Clearance, Thorax-Rö (Erguss?), Abdomen-Sono (Nieren, Pleuraerguss, Perikarderguss?), Ophtalmologie (Sicca-Symptomatik); Schirmer-Test
Lupus Erythematoses: Labor	Diagnostik: ANA (+Subtypen), Komplement, Anti-Kardiopilin-AK, Coombs-T. Krankheitsaktivität: dsDNA, C3c, C4, C'50, zirkulierende Immunkomplexe, C1q-Bindungskapazität, (sIL2-Rezeptor) Lupusbandtest: nicht-läsionale, nicht-belichtete Haut (glutaeal)
Lupus Erythematoses: Therapie	lokal: Lichtschutz; hochgestellte topische Steroide 4 Tage /Wo f. 2 Wo, dann 2 Wo Pause. Stop Rauchen! systemisch: Hydroxychloroquin: Start mit 2x200mg, mind. 4-6 Wo auf Effekt warten. keine Retinopathie bei Dosis <6.5mg/kg KG/d; trotzdem regelm. Ophtha.Ko (alle 6/12 Mo, inkl. Ausgangsstatus) Chloroquin: initial 250mg/d; 4-6 Wo warten. Augen-Grenze: 3mg/kg KG ev. + Quinacrin Porphyrie und G6PD-Mangel ausschliessen Nach 12 Wochen erfolgloser Ther. mit Monopräparat: Chloroquin (Resochin) 250mg/d + Mepacrin (Streuli) 200mg/d UEW Mepacrin: gelbes Hautkolorit Dapsone (bullöser LE; ev. SCLE) Retinoide (hypertroph. LE) Clofazimin, Gold, Thalidomid Immunsuppressiva Therapie durchführen, solange Hauteffloreszenzen. Auf Herbst Absetzversuch. Verlauf: ssDNA
DLE	Sonnenschutz. Plaquenil 2x200mg für 4-6 Wochen. Evtl. In Kombination mit Prednison 60mg für jeweils 5d, Reduktion ueber 40mg für 5d. 20mg für 5d.Zusätzlich insbesondere bei Rauchern Ephyнал 300mg 3x/d Dapson, dann evtl. Lamprene, dann evtl. MTX, dann evtl. Imurek, dann evtl. Cyclosporin und zuletzt als alternative Thalidomid
Chilblain Lupus	Therapie: Ca-antagonisten
Verruköser Lupus	Therapie: Retinoide p.os
Bullöser Lupus	Therapie: Dapson
Lymphocytic infiltration of the skin (Jessner)	Penicillin!
Lymphödem	Kompressionsstrümpfe Daflon 2x500mg Lymphdrainage
Lymphomatoide Papulose	PUVA, evtl Methotrexat
Lymphome, Histo	freier Streifen subepidermal -> B-Zell-Ly CD 20: B-Zell-Marker
Lymphome	MiVi; Foto Blutbild, Chemie (Elektrolyte, Nierenwerte, Albumin, CK, CRP, Glucose, Leberwerte, Lipide, LDH, BSR, alk. Phos.; Lymphozyten-Subpopulationen (CTCL/CBCL unter „Code“ in Immunologische Untersuchungen, Serologie und Zellanalysen) Nativ- und Heparinblutentnahmen zur Kryo-Asservierung Staging: Thorax, Sono Abdomen, Sono Lymphknoten, Knochenmark ad Lymphomsprechstunde
Lymphome, kutane B-Zell; Therapie	Niedrig maligne (Keimzentrum-L., Marginal-Zone-L., Immunozytom, nicht klassifizierbar):

	<p>TE Radiotherapie (Elektronen, Röntgen; 20mm SA, 10-46Gy in 2-3Gy Einzeldosen) Penicilline, Cephalosporine, Tetrazykline über mind. 3 Wochen Prednisolon, initial 50mg/d CHOP-Polychemother.</p> <p>Intermediär maligne: Grosszellig 1. Wahl: Radiother.</p>
Lymphome, kutan, T-Zell (CTCL)	<p>UVA1 in Stadien IA und IB PUVA Bestrahlung BCNU (Carbimustin, 30mg) topisch über Nacht (mit Handschuh auftragen!); morgens abwaschen. Solange bis klinisch erscheinungsfrei.</p> <p>Therapierefraktär: ev. Bexarotene Kps. 300mg/m²/d: Stage IA-IIA: 54% Ansprechen, Stage IIB-IVB: 45%; höhere Dosis: 67%/St. IA-IIA; 55% /IIB-IVB Time to relapse: 73 Wo St. IA-IIA; 42 Wo St. IIB-IVB UEW: Hyperlipidämie (TG oder Chol) bis zu Pankreatitis, Hypothyreose, Kopfschmerzen, Schwäche</p>
Lymphozyten-Markermoleküle	<p>T-Zellen CD3 B-Zellen CD19, CD20 NK-Zellen CD16, CD56</p>

M

Mastozytosen	<p>Dg: Klinik, Anamnese Darier-Test (Reibetest, in 90% pos.) BB, Diff, Leber, Ca, P Biopsie ev. Knochenmark, Röntgen Th: Schwierig; H-Blocker, ev. Cromoglycinsäure; Tranilast, Interferone</p>
Mastzellen – Anfärbung	<p>Giemsa: Metachromasie (violett) Chromacetat-Färbung</p>
Melanom – Nachsorge	<p>in situ: Exzision mit 0.5cm SA, einmalig Nachkontrolle (für Aufklärung/Erziehung, Sicherstellung der adäquaten Exzision) < 1mm: Staging-Nachkontrollen alle 3 Monate f. 3 Jahre > 1mm: Staging alle 3 Monate f. 3 Jahre, dann 6-monatlich bis 5 Jahre. Längere Kontrollen nur bei bes. Risikofaktoren! ev. Sentinel-Lymphknoten (Zentren!) > 1.5mm: a) regelmässige Nachkontrolle / Staging b) evtl. Einschluss in kontrollierte adjuvante Studien (Tumorzentrum). a oder b: mit Patient diskutieren, von seinem Wunsch abhängig machen! Dauer Nachkontrolle: 3 monatlich</p>
Melanom – Prognoseindikatoren	<p>Schlecht: B ack A rm N eck S houlder/scalp + männl. Geschlecht 4mm Tiefe -> 5J.-Überlebensrate ca. 50%</p>
Melanom-Risikofaktoren	<p>Totale Anzahl Nävi >2mm (20+) Tendenz zu Sommersprossen Anzahl atyp. Nävi (>5mm, atyp. Rand, Pigmentunregelmässigkeiten, Entzündung) (3+) Schwere Sonnenbrände (3+)</p>
Melanom – Sicherheitsabstand	< 1mm 1cm

	1-2mm 1-3cm; zusätzlich Sentinel-LK >2mm 3cm; zusätzlich Sentinel-LK
Melanom – Staging	klinisch LK-Status Thorax, Sono Abdomen, Sono Lymphknoten; ev. PET (>1 mm); >1mm: Sentinel-LK
Melanom – Erstbetreuung	Exzision an Extremitäten immer längs, so dass nachexz. möglich verifizierte LK-Metas -> immer radikale LK-Dissektion
Melanom – Metastasierung	1-1.5mm in 10%; 1.5-4mm in 40% metastasiert
Melanonychie	Wenn >6mm; nach vorne sich verdünnend; Kaukasier: Biopsie (oder: immer Biopsie)
Meralgia paraesthetica	ev. Capsaicin topisch
Merkelzellkarzinom	Exzision mit 2cm SA; postop. Radiatio, Chemotherapie, LK-Ausräumung
Methämoglobin (unter Dapsone)	Grenze: 15%; je nach subj. Symptomatik anpassen!
Methotrexat	Leberbiopsien nach kum. 1.5g, dann alle 1-1.5g ev. PIIINP (amino-terminales Propeptid des Typ III Kollagen) als Fibrose-Marker: 3x/Jahr, falls normal: keine Biopsie notwendig
Minor'sche Schweissprobe	Jod in Alkohol (auch Betadine), ideal ca. 20min. warten Kartoffelstärke / Maizena drauf abwischen
Mixed connective tissue disorder	anti-U1-RNP
Mokassin-Mykose	Lamisil per os, lokal Urea/SalVas
Mollusca contagiosa	Sal Vas 10% f. 24 h / anschl. Bad mit Balneum Hermal plus / Braunol grosse Zahl: ev. Efidix; Warzenmittel ev. Imiquimod Crème 1% 3x/d an 5d/Woche/ 4 Wochen (Aldara) KOH 10% wässrig 2x/d f. 30d (achtung: lokales Brennen) N2 / Kryo Tretinoin 0.1% 2x/d KOH 10% topisch 2x/d bis Entzündung und Ulzeration; Heilung innert 30 d Cidofovir 1% topisch Cantharin topisch; ev. nach 24 Std. Balse Punktieren und antiseptisch abdecken
Morphea	Bade-PUVA, Bindegewebs-Massage, Antimalarika lokal: Heparinoide, ev. Vit. E, Retin-A Dermovate okklusiv i.W. mit Hemeran; + Vibramycin 2x100mg/6 Wochen diffuse Morphea: ev. Minocyclin 2x50mg/6 Wo, dann 2x100mg bis 3 Monate
Mucinosis follicularis	PUVA Dapsone
Mukoidzyste, digitale	Co2-Laser!
Mundspülung abschwellend	Hextril
Muskelrelaxans	Sirdalud (statt Parafon)
Mycophenolatmofetil (CellCept)	Nichtkompetitiver reversibler Inhibitor der IMP-Dehydrogenase (Hemmt Guanosinnukleotid-Synthese in T- und B-Lymphos) UEW: Erbrechen, Diarrhoe, Leukozytopenie, Anämie Indik.: Psoriasis (2x1g/d/3 Wo, dann 2x0.5g/3Wo); Ps. arthropathica + Acitretin 0.1-0.2mg/kg KG/d Bullöses Pemphigoid, Pemphigus vulgaris, Systemische Vaskulitis (Reduktion des ANA-Titers), Pyoderma gangraenosum, andere Dos: 2x1g/d
Mykosen	Erreger: 1. T. rubrum, 2. T. mentagrophytes; seltener M. canis, E. floccosum, andere

N

N2-Therapie perioral	Pflege: Antherpos Gel La Roche-Posay; Widmer Total Block
Nävus, epidermaler	ev.: Retinoide (topisch/systemisch), Daivonex
Nagelpflege	Pasta cerata Nail repair Nagellack, in Drogerien, Fr. ca. 13.-
Nagelpsoriasis	subungual Kenacort A einträufeln, Pasta Cerata peripher.

	falls kein Erfolg: Diprosalic. Ölbad evtl: Kenacort A 40 1:3 in Lido oder A 10 1:1 mit Dermojet oder Insulinspritze periungual Röntgenweichstrahlen
Nägel, Therapie: Biotin	bei weichen Nägeln und Onychsochisis; distale Onycholyse ist keine Indik.!
Nagel-Chirurgie: Instrumente	Dual-action Nagelschere Nagel-Elevator 2 und 3mm
Nagelwachstum	Hände: 6 Monate für ganzen Nagel Füsse: 1 Jahr
Narbe	Gorgonium-Salbe Keli-med Heparinoide Massage
Necrobiosis lipoidica	Steroide topisch, intraläs. Varihesive ohen / mit Steroiden KJ Clofazimine (200mg/d)
Neotigason	In Publikationen: wie Tigason (Dosierung, Indikationen etc.)! Acitretin ist der aktive Metabolit des Etretnat.
Nieren-Tpl.	Tumor-Chemoprävention: Neotigason 0.3mg/kg KG /d
nummuläres Ekzem	Sicorten plus, Fucicort falls kein Erfolg: Prednison + Klacid f. 2 Wochen Basler Schema: C. castellani + top. Steroid
Notfallset	Prednison 100mg + 2 Tbl. Semprex à 8mg (Acrivastin)

O

Ölbad	zuerst ins Wasser ohne Zusatz einige Minuten, dann Öl begeben, doppelt so lange im Öl bleiben (z.B. 2/4 Minuten, oder 3/6 Minuten)
Onychomykose, Distale subunguale	Autosom. dominant mit wechselnder Penetration
Orf	b.Bed. Kryotherapie (z.B. offen, 2x 60sec; wiederholen im Abstand 1 Woche)

P

Palmoplantarkeratosen	Ther.: Rhagaden: Viof.-Salvas, AgNO3, Varihesive Extradünn Antiseptische Therapie nicht vergessen!
Papillomatosis confluens et reticularis Gougerot Cartaud	Carbamid, Carbamid VAS., Daivonex, Tetracykline p.os. Retinoide
Papuloerythrodermie Ofuji	Deck Chair Sign: pathognomonisch Ther.: systemische Steroide, PUVA
Papulopurpures Gloves-and- Socks-Syndrom	Humanes Parvovirus B 19 in >50% (Erythema infectiosum)
Paronychie	Ichthyol-Vaseline, Alkohol-Bäder
Pathergie	positiv bei: Pyoderma gangraenosum Sweet-Syndrom M. Behçet (M. Wegener)
Pathergie-Test	Durchführung: 0.1ml NaCl 0.9% ic Vorderarm volar: Kontrolle nach 6 und 24 Std.
PAVK	Kriterium: Invalidisierung bis Grad II: Risikofaktoren behandeln, Aspirin Cardio, Gehtraining. PTA hat keinen Einfluss auf Prognose! ab Grad III: PTA etc.
Polymorphe Lichtdermatose	Diagnostik: Licht-Provokation

Parästhesien	Capsaicin (s. Magistralrezepturen)																
Pediculosis, Therapie	Jacutin (Lindan 0.3%), Shampoo, nach 4 min. abwaschen; Prioderm (Malthion 0.5-1%); Loxazol (Permethrin 1%) crème, nach 10min. auswaschen; A-Par (Pyrethrine); Eurax (schwächer, auch antipruriginös) Wiederholung nach 7-10 Tagen Nissen: Prioderm (Malthion 0.5%) Ev. Lyclear; Ivermectin, nach 10d wiederholen Desinfektion von Kämmen, Haarbürsten. Waschen d. Kleider/Bettüberzüge etc. mit 60°. P. pubis: Auslüften f. 1 Woche.																
Pediculosis, Schwangerschaft	Essigwasser-Wickel Loxazol (Permethrin 1%) Apar / Pyrethroid-Spray																
Peeling, Fruchtsäure Video!!	Indikationen: Akne-Nachbehandlung, Narben Lok: Gesicht, Rücken, Arme nicht am Hals, (Décolleté) 5% zu wenig! Zuerst 1-3 Wo 1x/d mit AHA-Cream (10 od. 20%) zu Hause vorbehandeln: abends Crème, tags Widmer Total Block 15 (unbedingt!) Dann: 1x/Wo, 12-20 Wo, 50-70%; Schutz Lippen etc.: Vaselinum album Praktisches: AHA 2-3 min. belassen, dann ca. 3x Ablöschen mit Wasserlappen. Anschl. Sonnenschutz																
Pemphigoid gestationis (Herpes gestationis)	Auto-AK gegen BP 180 (NC16A-Abschnitt) Dg: DIF: lineare C3-Ablagerungen an BM in 100%; in 25% auch IgG ev. ELISA aus Serum keine Gefährdung der Schwangerschaft! Th: Prednison (initial 40mg/d)																
Pemphigus vulgaris: Diagnostik DIF/IIF	<table border="0"> <tr> <td>Typ</td> <td>mukokutan</td> <td>mukosal dominant</td> <td>P. foliaceus</td> </tr> <tr> <td>Antikörper</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>anti-Desmoglein 1 (160KD)</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>anti-Dsg3 (130KD)</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>-</td> </tr> </table> anti-Dsg2: immer negativ!	Typ	mukokutan	mukosal dominant	P. foliaceus	Antikörper				anti-Desmoglein 1 (160KD)	+	-	+	anti-Dsg3 (130KD)	+	+	-
Typ	mukokutan	mukosal dominant	P. foliaceus														
Antikörper																	
anti-Desmoglein 1 (160KD)	+	-	+														
anti-Dsg3 (130KD)	+	+	-														
Pemphigus vulgaris: Therapie	hochgestellte topische Steroide, evtl. allein! Plaquenil / Tetrazyklin / Steroide syst. Prednison 1 mg/kg KG/d bis zur Abheilung, dann Red. um 25% wöchentlich bis zur Erhaltungsdosis 2.5mg Vorzeitiges Rezidiv: Imurek (3mg/kg KG) Achtung: Prednison nicht absetzen! Verlauf: Nikolski-Phänomen. ev.: Endoxan iv-Pulstherapie. Mycophenolat Mofetil 2x1g/d + Prednison 2mg/kg/d. Steroid ausschleichen.																
Penis-Biopsie	1 Std. zuvor Kondom mit Emla																
Perianalabszess	Abdeckelung + Drain für 5-7 Tage, dann dünner Katheter Behandlung der Grundkrankheit bei Lymphgranuloma venereum: Aspiration + Tetrazyklin (keine Abdeckelung wg. Fistelbildung) bei Leukämien: Radiotherapie; ad Chirurgen andere Abszesse und Fisteln: ad Chirurgie																
Perianale streptogene Dermatitis	4-7 jährige, meist Knaben perianal scharf begr. Erythem, DD Candida ev. Balanitis, Vulvovaginitis Juckreiz lokal; Schmerz im After bei Defäkation Ther: Penicillin oral																
Periorale Dermatitis	typisch: kleine Papeln und Pusteln (folliculär!) Minocin Akne 50 1-0-1 Erythromycin Em, Rosalox Cr., Nizoral Cr. Schwarzteeumschläge ev. Roaccutan																

	Grundlage: Öl-kontrollierendes Gel (z.B. Clini'OK) Spätestens abends alle Kosmetika entfernen Kosmetika gehen in Follikelostien
Perifollikulitis capitis abscedens et suffodiens Hoffmann	Excipial Capilla mit 2 % Chlorhexidin. Dalacin T lsg. lokal. Bakt→ falls Staph aureus→Dalacin tbl. =Clindamycin2x300mg p.os plus Rifampicin 300mg 2x7d p.os für 10 Wochen, evtl. lokale Steroide. Langzeitig evtl. Roaccutan Kps. p.os entspr. Dosierung kumulivdosis 120mg/kg/KG.
Perniones	Th: Nifedipin (Adalat); lokal: ev. Ichthyol („Zugsalbe“)
Photoallergische Reaktionen	lokal: PABA, Benzophenon Systemisch (meist auch photoallergisch wirksam): Phenothiazine, Sulfonamide, Thiazide, Sulfonylharnstoffe, Griseofulvin
Photodynamische Therapie (PDT) Durchführung	Foto Tape (Str. corneum entfernen) ca. 1.5cm Sicherheitsabstand einzeichnen ALA in Doritin 20% reichlich auftragen, Tegaderm ev. 1 h vor Belichtung Schmerzmedik. (Ponstan, Panadol) ca. 6 h nach Auftragen der ALA Belichtung: Umgebung abdecken, ALA entfernen, ev. Kontrolle d. Ausdehnung mit Wood-Licht evtl. Lokalanästhesie od. Analgetika (Ponstan, Panadol) Kühlung mit Venilator. Distanz 10 cm Leistung Licht langsam hochfahren; 100% für 10 Minuten bei grösserem Abstand (z.B. wg. Schmerzen: 20min. Kontrolle in 6 Wochen
PDT – Indikationen	epitheliale Tumoren unter 2mm (aktin. Keratosen, Baso, M. Bowen, ev. Spi)
PHACE-Syndrom	P osterior fossa malformation H emangioma of neck and face A rterial malformations C ardiac malformations E ye abnormalities
Phototoxische Medikamente	Tetrazykline, Phenothiazine, Felden, Psoralene, Amiodaron, Dacarbazin, 5FU, Teer Spektrum: meist UVA
Photoplethysmographie	rot=rechts; 1 cm=6 sec; Manschettendruck=60-90mmHg > 20 Sec= Indikation zur Kompression
piezogene Knötchen, schmerzhafte	Kompression lokal (z.B. Kompr.-Socke), Sz-Medik (NSAID)
Pityriasis amiantacea	Salicyl-Carbowax 10% nachts in Kappe Squa-med morgens zum Auswaschen, dann Alphosyl-Lotio
Pityriasis alba simplex	Carbamid Crème
Pityriasis lichenoides chronica	Steroide lokal; Vibramycin p.os
Pityriasis rosea Gibert	Lues ausschliessen. Basler Schule: Badeverbot ev. Erythromycin 250mg 4x1 / 2 Wochen
Pityriasis versicolor	falls systemisch: Diflucan 400mg Einmaldosis Sporanox 200mg/d / 1 Wo
Polymorphe Lichtdermatose	Diagnostik: ANA, Anti-SSA, SSB (LE ausschliessen) Porphyrine MED (Erythemdosis-> normal!) Photoprovokation (UVA, B, ev. sichtbar) Ausschluss photoallergisches, phototoxisches Ekzem Hardening: PUVA, Schema wie für Psoriasis: 3x/Wo, 9-12 Beh Bräunung während Saison erhalten!
Porokeratose	Retinoide topisch (Retin-A), oral FU topisch (Efudix) Photodynamische Therapie; N2; CO2-Laser Bei DSAP: Lichtschutz!
Porokeratosis aktinica superficialis disseminata (DSAP)	Tacalcitol 0.0004% 1x/d (Curatoderm) Daivonex

Porphyria cutanea tarda	Resochin (Chloroquin) 125mg 2x/Wo Hydroxychloroquin 2x200mg/Wo Dauer: gemäss Transaminasen, Ferritin; meist 3 Mo, bis 6 Mo Eisen >200ug/dl: Aderlässe 250-400m, in 1-2 Wo Abstand, ca. 3-6x. Fe soll >10, Eisen >50 bleiben evf. Desferoxamin Leber überwachen: Transaminasen regelm.; Leber-Sono alle 2-3 Jahre Kontrolle 6-monatlich
postzosterische Neuralgie	Capsaicin topisch Lidocain topisch Saroten 12.5-25mg zur Nacht, wöchentliche Steigerung. (ev. Laroxyl) Tegretol (150mg/d, ev. steigern) Kombination 3+4 ev. Gabapentin (Neurontin) max. 3600mg/d / 4 Wo; Treuphadol plus USA: Amitriptylin (Saroten, Tryptizol) 10-25mg/d initial, steigern bis 50-75mg (in 2-3 Wo); ev. Desipramin
Prurigo, Aktinische	Thalidomid
Prurigo nodularis Hyde	Capsaicin, rel. hoch konzentriert, initial okklusiv
Prurigo simplex subacuta	ev. Bade-PUVA (3x/Wo, 8 Wo, tot. 30J/cm ²)
Pruritus: Abklärung	Labor (BB, Leber, Niere, BZ), Senkung, TSH, Hämoocult, Wurmeier/Stuhl, Thorax evtl: PE, Proteinelektrophorese, Fe/Ferritin, PSA, Atopie-Abkl., HIV, Knochenstoffwechsel, Magen-Darmuntersuchungen, Psychiatrie
Pruritus, Therapie. Opiat-Antagonisten	Naltrexon 50mg/d; Besserung nach 2-8 Tagen (v.a. bei Dialyse-Pat., Lebererkrankungen; auch Prurigo nodularis, Mycosis fungoides, Amyloidosen) Nalmefene 2mg 2x/d, auf 20mg 2x/d steigern
Pruritus und Depression	Sinquan 50mg 0-0-1 beginnen, dann steigern (trizyklisches AD mit antag. Wirkung auf H1- und H2-Rezeptoren) Saroten (Amitriptylin; Beginn mit 25mg abends, Steigern bis max. 150mg)
Pruritus ani sine materia	Gespräch, Stressabbau Borwasser-feuchte Kompressen 2x10min/d (Rückzug, Ruhezeit!), anschl. ohne Frottieren Mycolog-Crème, bis beschwerdefrei danach einfacher Puder zum Trockenhalten
Pruritus bei Lebererkrankungen	evtl. Cholestyramin-Puder Cholestyramin (Quantalan) p. os; Phenobarbital, Rimactan, Naloxon bei primärer biliärer Zirrhose: Codein ev.: Nalmefene 2mg 2x/d, auf 20mg 2x/d steigern
Pruritus bei Nierenerkrankungen	SUP-Bestrahlung evtl. Cholestyramin (Quantalan), Aktivkohle
Pruritus (sine materia) und Depression	Sinquan (s. Depression); Beginn mit 10mg abends
Pseudokarzinome	Papilloamtopsis cutis carcinoides floride orale Papillomatose Keratoakanthom Epitheloma cuniculatum Condyloma acuminatum giganteum (Buschke-Löwenstein)
Pseudofolliculitis Barbae	DSS Dioden-Laser, alle 6 Wochen
Pseudomonas	Ciproxin
Psoriasis allg.	ev. Daivonex 1-0-0/ Dermovate 0-0-1 ev. Daivonex Crème gemischt 1:1 mit Urea 10% ev. Daivonex + UVB Tazaroten 0.025% 2x/d, 0.05% od. 0.1% (0.1%: Zorac) bis 10% der KOF; dünn, nur auf befallene Stellen. UEW: Irritation. Entspricht ca. KI II-Steroid Tazaroten + Dithranol; Tazaroten + Vit. D-Analoga
Psoriasis d. Kopfhaut	Meiden von Provokationsfaktoren: tägl. aggressiv Kämmen, tägl. Fönen 3-Schlag-Therapie: Teerol-Shampoo, dann auf noch feuchten Kopf

	Diprosalic Lsg, dann Betnovate-Crème-Kappe, morgens auswaschen (Teerol-Shampoo oder Squa-med) oder: Lotion decapans abends; morgens Teerol-Sh., Diprosalic Lsg. oder: 20% Urea-ungt. hydr. über Nacht, morgens auswaschen, Daivonex scalp aufs trockene Haar; wenn Schuppung gestoppt, Daivonex scalp 1-2x/d
Psoriasis intertriginös / inversa	Color castellani Imidazol-Crème Daivonex-Cr. 1x/d, ev. + Elocom f. 4-7d Curatoderm mazeriert: Eosin wässrig C. cast. / Curatoderm im Wechsel Alphosyl lotio
Psoriasis mit Pruritus	Capsaicin
Psoriasis pustulosa palmoplantaris	Steroide okklusiv (Varihesive, 1 Woche) Bade-PUVA Neotigason
Pulvereinsprengung	Bürsteln, so gut wie möglich. Nachbehandlung: Flammazine Salbe (auch bei feuchter Wunde!)
Purpura	Biopsie oberhalb Knie! Schönlein-Henoch: IgA-Ablagerungen Seidelmayer: nicht-IgA-Ablagerungen
Purpura ohne Leukozytoklasie (häorrhagisch-pigmentierte Purpura)	Kompressionsstrümpfe, Vitamin C, Venoruton ev. Trental, evtl. kryotherapie
Pusteln am Haarboden	Kinder: Mykose; Erwachsene: bakteriell
PUVA	Schema mit 2/3 od. 1/2 der MPD ebenso Effektiv wie volle MPD!
Bade-PUVA	Badetemperatur 37° C is tideal (oder darüber). Beim Pat. immer gleiche Temperatur benützen!
Crème-PUVA	Auftragen für 60 min.; dann bis 3h bestehende Photosens. Licht initial mit 0.5.0.8J/cm2 Crème: 0.06% 8-MOP äthanolische Stammlösung; davon 1 ml + 30ml Aqua dest., ungt. Cordes ad 100ml (=0.0006%)
Dusch-PUVA	Balneoplus®-Duschsystem; Tripsor®, TMP, Fa. Orion, Finnland: TMP 0.27mg/l; Duschzeit 5(-10)min., 38°C (ev. 33°C).
Pyoderma gangraenosum	Syst. Steroide: nur kurz! Cyclosporin A CellCept

Q

R

Radiodermatitis	300-400 cGy: temporäre Alopezie >800 cGy: permanente A.
Radiotherapie	12 kV Grenzstrahlen 20-50kV Weichstrahlen
Raynaud-Syndrom	Anti-Zentromer bei 20%! Na-Nitrit 5% topisch
Red Finger-Syndrom	HIV (meist Stadium C3) + anti-Hepatitis C positiv
Reed-Nävus	pigmentierte Variante des N. Spitz
Renboek-Phänomen	Bei Alopezia areata: umgekehrts Köbner-Phänomen: ein Reiz erzeugt eine Abheilung im betroffenen Areal
Retinaldehyd	Ystheal Indikationen:

	Lichtschädigung Akne aktinsische Keratosen seb. Dermatitis (Kombination mit Nizoral) Rosacea (v.a. vasculäre Komponente; Komb. mit Rosalox) Lichen Sclerosus et atrophicans, Xerotische Balanitis (0-0-1 mit Elocom 1-0-1 f. mind. 6 Monate) ev.: Ichthyosen, atop. Dermatitis, Hyperpigmentationen Beso: auch gewisse antimikrobielle Wirkung in vitro (z.B. Prop. acnes) keine Phototoxizität, keine Sonnenschutzwirkung kein Peeling-Effekt (gegenüber Tretinoin! -> Verrucae planae etc.)
Retinoide	allg.: können Steroidatrophie verhindern (z.B. LSEA) Indikationen: Retinol Photoaging Retinaldehyd Photoaging; s. oben RA (Tretinoin) Akne, Photoaging, Verrucae planae 13-cis RA (Isotretinoin) milde Akne, Photoaging Adapalene milde Akne Tazarotene milde Psoriasis, milde Akne Dauertherapie: Hyperostosen / Verlauf: Finger-Boden-Abstand als einfache Kontrolle!
Rhagaden	AGNO3-Stifte Ung. Plumbi Hebrae
Rhinophym	ev.: CO2-Laser il LA, oder: mit 11er Klinge grob abtragen, dann mit Bic-Rasierer
Roaccutan-Therapie	Liquitears, Pasta cerata gegen Xerosis; ev. Lipolèvres La Roche Posay Therapie-Dauer (in Tagen)=nötige Gesamtdosis (pro Kg*) x KG / tägl. Dosis *= 120-bisherige Dosis/kg KG
Rosacea	Abklärung: Hypertonie, Ophthalmologie Rosalox color morgens / Rosalox abends, mind. 3 Monate (od.: Rosalox 2x/d) Skinoren 2x/d f. 15 Wochen Unterstützend: Irritation und Flush-Provokantien meiden! Waschen: lauwarm, Seifenfrei, kein Reiben/Rubbeln, topische Ther nach 30 min. applizieren, nach 5-10 min. Kosmetika etc.
Rosacea intern (Wüthrich-Schema)	Flagyl 500mg (auch mit 250mg möglich) 1-0-1/ 20 Tage, Pause 10 Tage, 1-0-1 / 10 Tage, Pause 20 Tage, Kontrolle/ Re-Evaluation: ev. 2. und 3. Zyklus nach 20 Tagen Exazerbation möglich! (Zeichen des Ansprechens) Tetrazykline wie Akne, Roaccutan low dose , oder neuerdings: Differin Gel oder Ystheal, Dapson

S

Sandbox dermatitis	juvenile lichenoid Papulose, Frictional lichenoid dermatitis; bei Knaben mit Atopie an Ellenbogen und Knien
SAPHO-Syndrom	Synovitis Acne Pustulosis Hyoerostosen Osteitis
„Selbstbräunung“	Pro-Tan
Scabies: Therapie	2 Mo-3 J: Lyclear (Permethrin 5%)-Creme, 24 h belassen, dann mit Lactacyd abwaschen. 3-12J: KMNO4-Vollbad 10-15min., Eurax-Cr. (nach 12 h abwaschen mit Lactacyd), 3x ab 12J: Atan-Cr. (Hexachlorocyclohexan; Jacutin) f. 24h; 3x;

	Nachbehandlung mit Eurax In Schwangerschaft ev. Permethrin?, oder Benzylbenzoat 10%, Schwefelvaseline (2% Säuglinge, 4% Kinder, 6% Erwachsene) In D: Allethrin erhältlich Allgemeinmassnahmen: Kleider mind. 60° waschen (besser auskochen); oder 3d im Freien lassen. Desinfektion des Bettes (falls ohne Leintücher benutzt) Sc. norvegica: Ivermectin (s. dort)
Schilddrüsen-AK	anti-Thyreoglobulin, anti-TPO (=anti-mikrosomale AK): Hashimoto- Thyreoiditis (aber auch bei Basedow möglich!) TRAK: M. Basedow
Schirmer-Test	Zeit bis zur Markierung: bis 3 min gut 3-5min intermediär >5min pathologisch
Schlafstörungen bei Depression	Surmontil 10-20 Trf
Schleimhäute: Steroide	Betnesol-Haftpaste; Clobetasol-Haftgel
Schönlein-Henoch	Colchizin, Dapson bei Nierenbeteiligung: Endoxan 200mg/d
Scopulariopsis brevicaulis	Behandeln! (Sporanox)
Seborrhoe der Kopfhaut	Frauen: Antiandrogene Männer: täglich Haare waschen
Seborrhoisches Ekzem Gesicht	Efalith, Nizoral
Seborrhoisches Ekzem, Gesicht, Säugling	Vioform-Zinkschüttelmixtur, Efalith, Crimanex
Seb. Keratose, Histo	Squamous Eddies
Seekrankheit	Cyklizin-hydrochlorid (Marzine, 50mg), Promethazin (Phenergan), Dimenhydrinat (Antemin, Dramamine, Superpep, Trawell), Scopolamin (Scopoderm), Stugeron, ev. Valium
Sensitivität	100-falsch-negative (richtig-positive)
Spezifität	100-falsch-positive (richtig-negative)
Seborrhoe	Kopf: Teerhaltige, alkoholische Lösungen: z.B. Alphosyl Teer- oder Selendisulfit-haltige Shampoos: Squa-med, Ektoselen, Teerol-H Gesicht: Acne-Lotion, Syndets ev. Roaccutan?
Sentinel-Lymphknoten	Inseslpital: im Stadium IB und II; Breslow 1-4mm
Sermaka-Folie	12 Std. belassen, 12 Std. Pause; s. auch Narben
Shampoo, mild	Kerastase sensitive: Bain haute tolérance, Solution douce apaisante
Skin resurfacing; AAD 2000	CO2: 1 Pass ganzes Gesicht, mehr nur in Problemzonen. Wenn nur 1 Pass, Epidermis nicht wegwischen: raschere re- Epithelialisierung! Ev. nur EMLA, ev. einzelne Injektionen LA, Sedation (10mg Valium po, 60mg Toradol im)
Sklerodermie, akrale Nekrosen	Therapie lokal: Flammazine; ev. Isoket/Nitroglycerin-Salbe Ca-Antagonist, ACE-Hemmer
Sklerodermie	Verlauf: Anti ssDNA; evtl. als Verlaufsmarker: sIL2-Rezeptor, amino- terminales Propeptid des Prokollagen III (PIII NP), sTNF α -Rezeptor. Ausgedehnt: Eosinophilie Blutdruck kontrollieren: achtung maligne Hypertonie Ther.: 20 Mio le Penizillin i.v. für 2 Wochen(syst.Sklerodermie) Ilomedin (bei Gangrän, Ulzerationen; kontraindiziert bei pulmonaler Hypertonie) MTX (bei Männern und SCL-70 schlechtes Ansprechen) Tetrazyklin UVA1

	Physiotherapie Bei Entzündungszeichen: Prednison 1mg/kg (+ Endoxan) Lungenfibrose: Endoxan
Solebad	5X/Woche 15 min. Bad, anschl. Licht (mit feuchter Haut!) Psoriasis: Salzkonz. 15-20%, narrow band UVB atop. Ekzem: Salz 1-5%, UVA/B
Sonnenbrand	Steroid-Schaum, Aspirin
Sonnenschutz	maximal: Anthélios L bei Akne: Anthélios Gel „normal“: Widmer Total Block 15, Daylong 16 für Capillitium (verklebt Haare nicht, alkohol.wässrige Lsg.): Ladival Spray; ev. Daylong Lösung herstellen lassen (Daylong Spray klebt)
Soor-Kolpitis	Gyno-Pevaryl Crème + Ovula (3x 1 abends)
Spinaliom, Nachkontrolle	Initial 3-monatlich, dann 6-12 monatl. bis ca. 5 Jahre
Sporanox	abs. Kontraindikation: nicht-seiderende Antihistaminika (Astemizol, Terfenadin). Vorsicht bei Lovastatin, Simvastatin, Midazolam
Steatocystoma multiplex	Inzision (mit CO2-Laser), dann Exkochleation der einzelnen Zysten
Steroide, ausschleichend Nebennierensuppression	10mg alternierend, ev. 7.5 oder 5mg für einige Tage, je nach Dauer der Therapie nach einigen Wochen Therapie: nü-Cortisol falls normal= OK; tief=Dauersubstitution
Steroidfrei topisch	Parfenac
Steroidstoss	Prednison 60mg/4d, 40mg/4d, 20mg/4d, Ko od.: 50mg / 5d, 25mg/2d, stop
Stomatodynie	s. orale Schmerzen
Striae albae / distensae	E-Mulsin; Gorgonium Alpha-Striae-Crème Retin-A 0.05% abends, E-mulsin abends 20% Glykolsäure + 0.05% Tretinoin (besser wirksam als Ascorbinsäure) 20% Glykolsäure + 10% L-Ascorbinsäure
Stukkokeratosen	SalVas 5-10% über Nacht, ev. Baumwollhandschuhe
Synacthen-Protokoll	1 Amp. in 500mg NaCl 0.5% / 30 min. an 3 aufeinanderfolgenden Tagen

STD

Abstriche / Routine-Procedure	GO, Chlamydien, Mykoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Bakt, Myk, Viren PCR (Urin) GO, Chlamydien L-Serologie, HIV-Serologie ev. Micro-trak (Herpes simplex) Beso: -Chlamydien-Röhrchen: Tupfer belassen -Virus-Röhrchen: Tupfer entfernen weiteres Vorgehen: Kontrolle in 10 Tagen, Abstriche wiederholen, Ko weitere 10 d. L-Serologie (bei uns) nach 6 Wochen. HIV-Serologie (ev. Hausarzt) in 3 Monaten
Abstriche, Frauen	Vd.a. GO: Urethra + Zervix 3 Objektträger: 1x NaCl, 1x KOH (Fischgeruch), 1x Methylenblau
Balanitis	F ixes AME A llergisches / irritatives Kontaktekzem I nfekt (Candida etc.) N eoplasie (z.B. Queyrat) T rauma (z.B. Reissverschluss)
Bakterielle Vaginose	Flagyl
Candida-Balanitis	desinfiz. Schwenkbäder (KMNO4, Betadine), antimykot. Crème (Pevaryl, Daktarin, Canesten), evtl. trockenlegen (Mullbinden einlagen). Evtl. Mycolog-Crème

Candida-Vulvovaginitis	Gyno-Pevaryl 150 Kombipack: an 3 Abenden je 1 Ovulum. Crème 2x/d bis Tube aufgebraucht; Partner mit Crème mitbehandeln Canesten- Ovula; (Diflucan-Ovula) Bei Rezidiv: ev. Diflucan 1x150mg per os dazu Cronisch-rezidivierend: <1 Rezid/Monat: Diflucan 150mg 1x/Monat >1 Rezid/Monat: Diflucan 150mg 6 Wochen wöchentlich, dann 2-Wöchentlich, steigern bis monatlich
Chlamydien	Doxyzyklin (Vibramycin) 2x100mg /7d oder: Erythromycin 4x 500mg / 7d oder Zithromax 1g + Tarivid 400mg einmalig
Condylomata acuminata	Condyline 2x/d für 3 Tage (Podophyllotoxin 0.5%), 4d Pause. Bis 6x wiederholen. kein Abwaschen nötig. 1x/Wo N2 1-2x5sec; (ev. danach: Podophyllin 10%/20% topisch, nach 6h abwaschen (ev. auf 8h steigern); Kontrollen wöchentlich CO2-Laser (achtung: Dampf absaugen). Auch für Schwangere. Nach Laser: Flammazine auf Wundfläche, Weiche Zinkpaste in Umgebung. Epithelialisierung in ca. 6 Wochen. Ev. Warticon-Salbe (internationale Apotheke, aus England): Podophyllin 0.15%: 1x/d an 3d/Wo für 3 Wochen Imiquimod abends, 3x/Wo, max. 16 Wo. Morgens abwaschen. Trichlorsäure 80-90% 1x/Woche. Auch für Kinder und Schwangere! IFN intraläsional Efudix 1-3x/Wo, nach 3-10h abwaschen, mehrere Wochen. Nicht vaginal!
Gram-Färbung	negativ = rot (GO!) positiv = blauviolett
Granuloma inguinale	Doxycyclin 2x100/Bactrim 2x (normal: 80/400mg) für 2-3 Wo, dh bis Ulcera abgeheilt
Haemophilus ducreyi	Rocephin 250mg im 1x; ev. Bactrim forte 2x/d/ Ciproxin 2x500mg f. 7 Tage
Lichen sclerosus er atrophicans penis	entzündliche Phase: Hydrocortison 1% atrophische Phase: Testosteron-Salbe 2%, KMNO4-Bäder, Hibiscrub ev. Zirkumzision
Lues – Therapiekontrolle	Serologie nach 3,6,12,24 Monaten; ev. LP nach 2 Jahren. Falls nach 2 Jahren OK, Abschluss Bei Neurolues: 3-monatlich bis unauffällig, dann 6-Monatlich über 3 Jahre
Lues I, II, latens<1J	1x Extencillin 2.4mio i.m. + 1x Prednison 50mg p.o. + 500mg Aspirin p.o. Pred. + Aspirin 1 Std. vor Extencillin! In Schwangerschaft: Clemizol-Penizillin G (besser Plazentagängig als Benzathin Penizillin G)
Lues II, latens, III (>1J)	Extencillin 2.4 mio i.m. 3x im Abstand 1 Wo + 3x50mg Prednison
Lues-Dunkelfeld	Äther-Tupfer auf Ulcus Ort Pressaft markieren (auf Objektträger + Deckglas) 1 Std suchen!
Lymphogranuloma venereum/inguinale	Chlamydia trachomatis Serotyp L1-L3: Doxycyclin 2x100mg/d f. 2-3 Wo
Non-GO-Urethritis	Vibramycin 2x100mg/10d
Reizurethritis	Blasentee
Unspezif. Urethritis	Voltaren 2x50mg/d
Trichomonaden	Flagyl 1x oder 7d
Ulcus molle	Rocephin 1x Erythromycin 7d Ciproxin 7d
Ureaplasma	Erythromycin 4x500mg/10d (10% Resistenzen gg. Doxycyclin) Zithromax 250mg 2-0-0/3d
Urethritis, nicht-GO	Vibramycin 100mg 1-0-1/7d, Ko in 10 Tagen evtl. Zithromax 1g 1x-Dosis per os (=4 Tbl.)

T

Tätowierung	Nach Laserung: Ko nach 6 Wo.
Teebaumöl	wirksam gegen <i>S. aureus</i> , auch MRSA!
TEN, SJS	IVIg 0.2-0.75g/kg KG/d x 4d
Terbinafin (Lamisil)	-bei Onychomykosen Th. der Wahl -schlecht bei <i>M. canis</i> (<50% Ansprechrate) -Transaminasen nach 6 Wochen systemischer Therapie
Thalidomid	Erythema nodosum leprosum schwere Aphthen bei HIV Aktinische Prurigo Dos.: initial 300mg abends, Reduktion auf 100mg abends Kontrazeption, neurologische Überwachung!
Thiersch-Entnahmestelle	Eosin, Kaltostat
Tinea capitis	Erreger: 1. <i>T. tonsurans</i> , dann <i>M. canis</i> , <i>T. M. audouinii</i> Probeentnahme: mit steriler Zahnbürste, ca. 10x über skalp führen Ther: -immer systemisch therapieren! Wahl: Itraconazol (5mg/kg/d 4-6 Wo oder 2-3 Pulse) Terbinafin (250mg/d f.2-4 Wo; Gewicht 10-20kg: 62.5mg; 20-40kg: 125mg/d (schlechter wirksam bei <i>M. canis</i>) Griseofulvin (20-25mg/d 6-8 Wo) Diflucan -Begleitend: Shampoo: 3x/Wo, Mind. 1 Monat, 5 min. Einwirkzeit Nizoral, Ektoselen, Betadine bei Kindern: Sporanox Tbl. 100mg alle 2d 1x/d für 4 Wochen. Lamisil Tinktur 2x/d. evtl. Salicyl Carbowax 5 %
Tinea capitis: <i>T. rubrum</i>	Vd.a. Immundefizienz
Tinea corporis / cruris	falls systemische Therapie: Diflucan 50-100mg/d od. 150mg/Wo f. (2-)4 Wo Sporanox 100mg/d / 2Wo od. 200mg/d /1Wo Lamisil 250mg/d /1-2 Wo
Tinea pedis	falls systemisch: 150mg Diflucan 1x/Wo / 4Wo Sporanox 100mg/d /2-4 Wo od. 400mg/d / 1 Wo Lamisil 250mg/d / 2Wo
Trachyonychia idiopathica	Suchen nach: <i>A. areata</i> , Psoriasis, <i>L. ruber</i> , Vitiligo
Trichobacteriosis palmellina	Desinfizierender Salicylspritus; andere Desinfizienzen; Rasur d. Haare
Trichodynie	Vorgehen: 1) Ausschluss einer dermatologischen Affektion 2) Ausschluss einer neurologischen Affektion (Migräne-Äquivalent) 3) keine lokalen Irritantien (Shampoos etc.) 4) Ec-Testung bei VD.a. Kontaktekzem 5) Trichogramm: AGA Antiandrogen Capsaicintinktur 0.025%, falls Teleangiektasien vorhanden Glandol Kps (Nachtkerzenöl) 2x2 f. 6 Wochen, bei Erfolg weitere 6 Wochen oder Efamol 500mg 3x1 diff. TE Abklärung n. Schema Bepanthen-Kur Steroide topisch ev. Synacthen i.m. psychogen Psychosomatiker/Psychiater ev. Antidepressivum (trizykl.) ev. Fluctine (SSRTI) Bemerkung: falls Teleangiektat. Rötung der Kopfhaut: Capsaicin 4x/d

falls keine Teleang. Rötung: kein Ansprechen auf Capsaicin!

Trichologie

Abdeckspray bei Alopezie (Camouflage)	Maine-Abdeckspray; Top secret instant hair thickening spray (Petra Seidl, Hairstyling/Kosmetik, Stampfenbachstrasse 159, 8006 Zürich)
AGA, Frauen Prämenopausal:	Diane-35 Kalium-Canrenoatlösung 1% KA 2-3x/d Estradiol-Haarspiritus 0.01% KA 1x/d, nach Besserung 2-3x/Wo Minoxidil 2x/d Androcur 5mg, max. 10mg, in den ersten 15 Tagen des Zyklus Progynova mite + Androcur 10mg in den ersten 15d
AGA, Frauen Postmenopausal	Hormonsubstitution: Climen (mit Cyproteronacetat), ev. Premella (mit Medroxyprogesteron) topisch: Ell-Cranell (Dexamethason, 17 α -Estradiol, Salicylsäure) Ell-Cranell alpha (ohne Corticosteroid) Minoxidil 2% 2x/d
Alopecia areata, Diagnostik	Dg: Schilddrüsen-AutoAK (=anti-Thyreoglobulin, anti-TPO, TRAK), Anti-Magen-Parietalzellen-AK, Atopie-Screening, L-Sero
Alopecia areata, Ophiasis-Typ	Psoradexan (Dithranol, Urea) jeden 2. Tag auf Herde, nach 20-30 min. mit Squa med abwaschen Unizink
Alopecia areata: Sinclair's Empfehlungen	Prednison oral f. mind. 8 Wochen, da dann frühestens Nachwachstum zu erwarten Tretinoin: kein überzeugender Effekt DCP: Therapie zuhause am Samstag Flaschen sofort schliessen, damit Aceton nicht diffundiert und DCP-Konz. erhöht Kein Zink, keine Supplemente
Alopecia areata, Therapie	Minoxidil 5% 2x/d + Dermovate scalp 1(-2)x/d an 4d/Wo (Fr-So Pause) (evtl. auch Betnovate in DMSO 1:1) + Unizink: Erwachsene 3x50mg, Kinder 2x50mg Ko in 6 und 12 Wo, wenn Erfolg: weitere 12 Wo Wenn nach 12 Wo kein Erfolg: DCP PUVA lokal? Evtl.: Steroid-Stosstherapie Retin-A (0.025%) + Minoxidil Kleine Herde: Kenacort A 5-10mg/ml /Dermojet 4-6 wöchentlich + Minoxidil 5% 2x/d + Unizink 50 3x1/12 Wo; besserer Erfolg als topische Ster. Kinder: Betnovate/DMSO 3d/Wo; Retin-A 0.025% 4d/Wo (ev. Minoxidil) Evtl: Capsaicin 0.075%
Basisdiagnostik	CRP, Ferritin, ANA, HbA1c, Zink, Vit. B12
Biopsie Haarboden	2x4mm-Punch; 1 davon vertikal halbieren, eine Hälfte in NaCl für DIF; ganzer Rest in Formalin für Histo.
Bündelhaarfollikulitis	Betnovate scalp 5x/Wo, Betnovate Shampoo ev.: Rimactan 300mg 1-0-1/5d + Floxapen 500mg 1-1-1/5d Fucidine; Sicorten plus
Camouflage	Maine-Abdeckspray; Top secret instant hair thickening spray (Petra Seidl, Hairstyling/Kosmetik, Stampfenbachstrasse 159, 8006 Zürich)
DPC, praktisches (s. auch Blaubuch)	nach 3 Tagen abwaschen Ekzem-Reaktion bis Mittwoch: Dosis steigern Elocom i.R., falls länger als 3d oder Blasen Therapedauer bis Erfolg oder 6 (-9) Monate
Glaze arabisch	„Chanemal Charka“
Haarersatz	Rolf Anderegg, Rotackerstrasse 35, 8304 Wallisellen: Perücken, auch Haarteile Robert Schönbächler, Creativ Coiffeur GmbH, Glarnerstrasse 30, 8854 Siebnen: schöne Teile zum Aufkleben (bei vollständiger Alopezie, auch

	partiell)
Haarpflege	Porosität: Fähigkeit, Flüssigkeit aufzunehmen: wichtigster Faktor für gesundes Haar Elastizität: gesundes Haar kann um 1/3 gedehnt werden Texture: Durchmesser und „Feel“ des Haars Farben: Permanente Haarfarben: p-Phenylendiamin und andere Allergene! Dauerwellen: Patch-Test 1% in Petrolatum Conditioner: Cuticula intakt halten, Schutz des Haars
Haar-Patientenratgeber	Jenny Latz: Haar-Los, Der Ratgeber bei Haarproblemen, Verlag Gesundheit
Haarwachstumsinhibitor	Eflornithin 15% (Hypertrichose, Hirsutismus, Pseudofolliculitis barbae)
Haarzugtest	norm bis 4 (nach 5 Tagen kein Haare Waschen)
Hormonstatus	klein: Testosteron (gesamt oder frei), DHEA-S, SHBG erweitert: plus: 17- α -Hydroxyprogesteron, Prolactin, ev: FSH, LH, Estradiol
Labor, ergänzend	Zink, Folsäure, Vit. B6, B12; ANA, RF; TRAK, Magen-Parietalzell-AK
L. ruber planopilaris	ev. Plaquenil 2x200mg/d
Minoxidil	Männer: 5% f. 6 Monate, dann 2% Frauen: nur 2% (5% nicht besser wirksam)
pflegende Produkte	L'Oréal Résistance-Linie
Pili trianguli et canaliculi (unkämmbare Haare)	Biotin für 4 Monate -> bessere Kämmbarkeit
Sensitives Capillitium	Kérastase sensitive Shampoo, Bain haute tolérance, Solution douce apaisante. Effekt innerhalb ca. 3 Wochen.
Seborrhoische Dermatitis und Haar	Therapeutika: im Zusammenhang mit Haarpflege schlecht für Haare: Teer, Schwefel, Selen-Disulfid gut für Haar: Nizoral, Salycilsäure, Zink-Pyrithion
Trichotillomanie	Pat fragen: zupfen Sie sich ein Haar aus. Psychopharmaka (SSRTI etc.): kein Effekt
Trichogramm, Normwerte	Anagenhaare 60-70% Ana ohne WS (Dysplastisch) 20% (bis 50%) Telogen 12-15%; max. 20% (frontal, Mann) Katagen 1-3% (<5%) Dystroph <2% abgebrochen 5-6% frontal erhöhter Anteil AH ohne Wurzelscheide -> vereinbar mit Follikelminiaturisierung i.R. AGA entscheiden: Differenz frontal-occipital (Telogen)
Telogen-Effluvium: Therapie	nicht „hair loss“, sondern vermehrtes „hair shedding“ Pantogar 3x1/d (ev. Priorin, Pilfood) Bepanthen 500mg iv 2x/Wo/10Wo (=20 Amp.), anschl. Kontroll-TG evtl.: Unizink, Biotin Eisen bei Ferritin unter 40
Telogen-Effluvium: Sinclair / Whiting	Dg: workup Haare. Klinisch: Haarverlust in Ratsherrenecken: typisch für Tel. Effl!! Th: 1) nihil 2) Minoxidil 5% / 4 Monate, dann stop ev. repetitiv fotografieren; ev. Biopsie
Therapie allgemein	Aminexil: Wirkstoff von: Dercap, Redken u.a. Nachfolge-Molekül von Minoxidil, aber mit deutlich schlechterer Wirksamkeit Priorin, Pantogar, Pil-Food: Kombinationen von Vitaminen und Aminosäuren, nur bei Mangelernährung Haarwachstumsfördernd (in CH selten!), ansonsten v.a. psychologisch (z.B. bei diffusem Teleogen-Effl.) Minoxidil: Regaine (2 und 5%), Neocapil, Alopecy (2%); als Magistralrezeptur (letzteres von Kassen übernommen!) Kombination Minoxidil und Finasteride (Propecia): theoretisch besser als die Einzelkomponenten, Studien unterwegs, aber noch keine Resultate bekannt
Trichotillomanie	klinisch: kurze Haare unterschiedlicher Länge, keine Kommahaare; Follikel

	erhalten Pyoktanin-Test: Auftragen auf betroffene Stelle -> bei T. Finger rot gefärbt
vernarbende Alopezie	DD: Pseudopelade Brocq, SLE, Lichen planopilaris, „scarring alopecia“ Lupushaare: kurze, einzeln stehende, abstehende Haare frontal bei SLE Th: lokalisiert: Triamcinolon i.-läsionär generalisiert: Hydroxychloroquin bis 7.5mg/kg; ev. 1. Prednisolon, dann Hydroxychloroq. wichtig: Camouflage
Wimpern-Verlust, isoliert	Alop. areata, Trichotillomanie aber: bei Trichotillomanie nur Oberlid betroffen

U

Ulcera	Hydrogel: Feuchtigkeitsspender (für feuchtes Milieu) bei trockenem Wundgrund Aquacel: Adsorbens Varihesive: Hydrokolloider Verband Taktik: feuchte Wunden (Exsudationsphase): Aquacel/Varihesive (ev. Aquacel leicht anfeuchten gegen initiale Schmerzen) trockene Wunden (Granulations-, Epithelialisierungsphase): Hydrogel/Aquacel/Varihesive Schmerzen: ev. Opiate topisch! Ev. Pentoxifyllin 800mg (!) 3x/d
Ulcus cruris bei Kryoglobulinämie (z.B. Hepatitis C)	Prednison Endoxan Interferon-Alpha
Unguentum hydrophilicum	Basis-Pflegecreme
Unizink	Zink-Aspartat 50mg Zk/Tbl, Deutschland, Fa. Köhler
Urticaria pigmentosa	Tryptase im Serum. Osteolysen
UVB - NB	Wirkmechanismus: Immunsuppression, Induziert Apoptose Erythem nach 6-24 Std. Overdose: Steroid topisch, systemisch, NSAID sofort nach Bestrahlung
UVA1	Indikationen: T-Zell-medierte Erkrankungen Mastzell-medierte Erkrankungen Kollagenosen HIV + Psoriasis (Stimuliert HIV-Replikation nicht!) Wirkmechanismus: T-Zell-Depletion

V

Varikosis, Medikamente	Venoruton forte 500 1-0-1, Daflon 1-0-1 (Ödemprotektiva) Phlebostasin
Varizenoperation, Nachbetreuung	10d Verband, bis Fäden. Anchl für 6 Wochen Schenkelstrümpfe.
Varizensklerosierung, Nachbetreuung	Aethoxysklerol 0.5%; 1 Amp/Sitzung. Venen bis 0.2mm spritzen, kleinere Laser. Kompression f. 3 (2-4) Wochen, tagsüber (je länger, desto bessere Resultate)
Vaskulitis, leukozytoklastische	lokalisierte Formen: Erythema elevatum et diutinum; Granuloma eosinophilicum faciei
Vaskulitis-Abklärung	BSR, CRP, Blutbild, Leber-, Nierenwerte, Aldolase, CK, ANA, (anti dsDNA), ANCA, C3, C4, RF, Serum-Immunelektrophorese, Anti-Cardiolipin, Hepatitis-Serologie, Urinstatus (Hämaturie), ev. Kryoglobuline (falls RF pos.) Biopsie; ev. durch Histaminquaddel provozieren Vaskulitis-Simulatoren: nicht-entzündliche Vaskulopathien (Thromboembolisch, Endothelproliferation etc.)
Vaskulitis – Therapie	Grunderkrankung Kompression, ev. Vitamin C; Colchicin 1.0-1.5mg/d (ab 1.5mg GI-Symptome möglich); Dapsone

Venous lake	Laser
vernarbendes (Schleimhaut-)Pemphigoid	ev.: Tetrazykline + Nikotinamid
Verrucae, HPV-Typen	Schleimhaut (genital); benigne: HPV 6,11 (u.a.) höchste Assoz. mit maligner Entartung: HPV 16,18,31,45,(56) Buschke-Löwenstein: meist HPV 6 Vulgäre V.: HPV 1,2,3,4 Plantar: HPV 1,2,3
Verrucae, Heilung	Spontanheilungstendenz 50% in 2J; 93% in 5 J.
Verrucae planae juveniles	Retin-A Kryo (Gesicht: Vorsichtig, Pigmentverschiebungen) 1-2x5 sec. Efudix Podophyllin 20% aufpinseln, nach 6 Std abwaschen (ev. 8h.) Verrumal; IFN-β; DCP; Photodynamische Therapie Kontrollen 2-3 wöchentlich Ev. Tagamet 3x300 (35-40mg/kg KG) / 6-12 Wochen
Vitiligo	U: Wood-Licht. Schilddrüsen-Antikörper, Anti-Magenparietalzellen, Atopie-Scr. Therapie: Steroid - Crème, evtl. mit DMSO (Erfolgschance 30%, v.a wenn noch aktiv) Carotaben 3x25mg Kps mind. 6 Wochen (Basel: Beginn 3x2 Tbl, dann indiv. Erhaltungsdosis) genreal. V.: UVB narrow Band (Bade-PUVA) PUVASol (0.6mg/kg 8-MOP, 2h vor Sonnenbestrahlung) + Calcipotriol 2x/d ev.: Punch-Grafting Alezzandrini-Syndrom ausschliessen: einseitige tapertoretinale Degeneration, Poliosis, (ipsilaterale) Vitiligo
Vitiligo: Punch-Grafting	(Dermatology 1999; 198:133-39) Zuerst Probe-Tpl. zur Bestimmung des Spread (für späteren Abstand) 2mm-Punches am Empfänger-Ort, Blutstillung mit Kompression (Abstand s. oben; ca5mm) 2mm-Punches vom Donor-Ort (glutaeal) Tpl., Fixation mit Verband: Fucidin-Cr., Gaze, Abkleben Kontrolle nach 1 Tag, ob Tplantate verschoben; ev. Rückversetzung. Verband für 5-7d. Gleichzeitig PUVA nach Test-Grafting
Vollhauttransplantat, Entnahme	ins Gesicht aus Retroauriculär od. supraclav.
Vollhauttransplantat, Nachbetreuung	Fäden Entnahmenstelle: wie üblich (Planum Mastoideum: 5d) Kompression weg nach 5d Fäden Transplantat: 10d ev. Augmentin 2x1g/5d
Vulvodynie, Vorgehen	1) Klinik, ev. Biopsie 2) Diabetes mellitus ausschliessen 3) Candida ausschliessen 4) Gynäkologischer Status; Herpes, Condylome suchen 5) Psychosomatisches Konsilium 6) Ec-Testungen 7) Therapie: vulväre Vestibulitis α-Interferon, 1 mio IU lokal 12x Dysästhetische V. Östrogen (Linoladiol-Salbe) zyklische V. Diflucan 100mg 2-4Monate ev. Siquan (Doxepin) topisch od. Systemisch
Vulvodynie, Einteilung	Vulväre Vestibulitis: prämenopausal, typischerweise Dyspareunie Dysästhetische Vulvodynie: postmenopausal, keine Dyspareunie, ev. vermehrte Schmerzen nach GV Zyklische Vulvitis: menstruationsabhängig. Ansprechen auf antimykotische Therapie (auch wenn kein Pilz nachweisbar!)

W

Warzen (nach Keratolyse) (in Klinik/Praxis)	Kryotherapie (nach 12x, alle 2-3 Wo: 80% Heilung) Acetokaustin (verätzend; peripher schützen) Cignolin Warzensalbe Bleomycin intraläsional (s. oben); CO2-Laser; (IFN-γ) ev. DPC: 2% zum sensibilisieren am Vorderarm, dann mit Duofilm 0.5% okklusiv /2 Tage DPC in Vaselinum flavum aufbewahren! (besser haltbar, besser zu handhaben). Wenn austitriert: max. 10x behandeln!
Warzen: Bleomycin	Bleomycin (Lsg 15mg=15IE/5ml NaCl 0.9%) 1ml NaCl 0.9% 1ml Lidocain 1% 1ml Mit Dermojet intraläsional. Alle ca. 3 Wochen, ca. bis 6x oder: Bleo 15mg in 50ml Lidocain 1% (0.3mg/ml); in Dunkelheit (Kühlschrank) 2-3 Monate haltbar. Warze abtragen, 1-3 Schüsse / 3mm Warze. Einmalige Behandlung genügt (90% Heilung)! Bis 4 Warzen/Kons. Ev. Entleerung nach 5-10d (20-30%)
Warzen: Gesicht	Efudix 3x/Wo 1x/d, Retin-A, N2
Warzen: Keratolyse (zu Hause gut möglich)	Salicylsäure 80%: Wurzeltod 60% Guttaplast, Isocorn, Clabin, Verra-med gut wirksam: SS+ 5-FU Verrumal Kaliseife: abends auftragen, morgens mit Bimsstein abtragen, für 1 Monat dazu: heisses Bad (1/2h) mit flüssiger Seife oder Meersalz, Abtragen mit Bimsstein, Hornhautschwamm od. Feile
Warzen: schwarze Punkte	Thrombosen der weitgestellten Kapillaren
Warzen, Beso Ther.	Schwangerschaft: Solcoderm, Duofilm Attenuation, Vorbehandlung: Betadine Kinder, ev: Thuja-Warzentinktur und Warzentröpfchen (Prof. Ruffli) Interdigital: Verrumal, bis schmerzhaft Ulzeration! CO2-Laser: dicke Warzen: Abtragen fleche W., V. planae: „Blistering“-Technik: 1 Pass, Blase Abtragen FPDL: keine LA, keine Narben. 2 Schüsse / Areal, 6-7 Sitzungen alle 2-3 Wo Aldara (Imiquimod)
White sponge nevus	evtl.: Amoxicillin 250mg/alle 8h / 4 Wo; 250 mg Tetrazyklin/d; Erythromycin 250mg/alle 6h. Rezidivprävention: 250mg Amoxicillin od. Tetrazyklin / 1x wöch.
Widow's cap Alopecia	senile A. im Vertexbereich therapierefraktär
Windeldermatitis	Weniger bei gestillten Kindern Candida-Windelderm.: nur in 75% pos.Kulturen; KOH in ca. 20% pos. Windeln: mit Absorbierendem gelierendem Material (AGM) -> auch gut bei Diarrhoe Therapie: Weg von Flasche mit 1 Jahr (besser Becher; trinkt weniger!) >8x Windeln wechseln nicht jedesmal Hintern waschen (nur bei Stuhl nötig) Abstriche Candida, Bakt. Schutz: weiche Zinkpaste Eosin wässrig 0.5% Vioform-Zinköl Imazol Crèmepaste (Pyoktanin niedrigdosiert)
Wundbehandlung	Prof. Werner, Düsseldorf „Leitlinien zur Wundbehandlung“; 10 Kernempfehlungen
Wunden, Nachbehandlung	H2O2 zur Verhinderung von Krusten. Flammazine.

X

Y

Yellow nail Syndrome	Skleronychie-Syndrom: Skleronychie, rezid. Pleuraergüsse, Lymphödeme durch Hypoplasie der peripheren Lymphgefäße Th: Vitamin E topisch und systemisch

Z

Zoster ophthalmicus	Zovirax Augensalbe 5x/d Eau Dalibour, intern behandeln
Zoster Neuralgie	akut: Capsaicin gel // Treuphadol plus bis 4x/d. evtl. zusätzlich Schema München: SZ-Qualität ? a) dauerhaft b) einschliessend akut: a) Tramal Ret. plus Tramal Tropfen bei Bedarf oder Tilidin plus Tilidin Tropfen, Antidepressiva zBsp Lyrica® b) Saroten tbl. Postzoster: Saroten tbl. , falls kein ansprechen evtl. Neurontin Tbl. bis 900mg einschleichen ueber 3d. bis 900mg.
Zugsalbe	Ichtholan