

Zukunftsvisionen umfassen:

- Integration in bestehende Primärversorgungseinheiten und mobile Pflege
- Nutzung in ressourcenarmen Regionen weltweit (Pilotprojekte in Kamerun)
- Potenzielle Anwendung in der Physiotherapie (Digital Twin) oder Ulkus-Therapieplanung
- Verknüpfung mit zentralen Gesundheitsdatenbanken und EU-Projekten

Take-home messages

- Augmented Reality und KI bieten reale Lösungen für den Pflegenotstand und chronische Wundversorgung.
- Angehörige und Pflegekräfte profitieren gleichermaßen von niederschwelliger, interaktiver Unterstützung.
- Die Technologie ist reif – die Implementierung muss jetzt evidenzbasiert und praxisnah erfolgen.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Korrespondenz: editors@skinonline.at

Schwangerschaftsdermatosen

Zusammenfassung des Vortrages von Regine Gläser, Kiel

Jahrestagung der ÖADF in Wien, Erste Campus Wien, 29.-31. Mai 2025

Die polymorphe Schwangerschaftsdermatose (PEP) und das Pemphigoid gestationis zählen zu den häufigsten spezifischen Dermatosen der Spätschwangerschaft und bedürfen einer präzisen differenzialdiagnostischen Abgrenzung aufgrund ihrer klinisch ähnlichen, jedoch pathophysiologisch divergenten Erscheinungsbilder.

Polymorphe Eruption der Schwangerschaft (PEP) betrifft fast ausschließlich Erstgravidae im dritten Trimenon oder unmittelbar postpartal. Auslösende Faktoren sind mit hoher Wahrscheinlichkeit mechanische Hautdistensionen im Rahmen einer raschen Gewichtszunahme oder Mehrlingsgravidität. Die initiale Läsion beginnt regelhaft in frischen Striae distensae, typischerweise unter Aussparung des Umbilikalbereichs – ein diagnostisch hilfreiches Merkmal. Klinisch imponieren polymorphe urtikarielle Papeln und Plaques, teils mit Erythema annulare-artigen Konfigurationen. Palmo-plantare und mukosale Beteiligungen fehlen.

Histopathologisch zeigt sich ein unspezifisches dermales Infiltrat mit lymphozytärer Dominanz und eosinophilen Granu-

Dermatoses of pregnancy

Summary of the presentation by Regine Gläser, Kiel

Annual Conference of the ÖADF in Vienna, Erste Campus Vienna, May 29–31, 2025

Polymorphic eruption of pregnancy (PEP) and pemphigoid gestationis are the two most common specific dermatoses of late pregnancy, requiring nuanced differential diagnosis due to overlapping clinical features but distinct pathophysiological mechanisms.

PEP primarily affects primigravidae during the third trimester or early postpartum period. Mechanical skin distension from rapid weight gain or multiple gestation is thought to initiate cutaneous inflammation. Lesions arise in striae distensae, typically sparing the umbilical region—a diagnostic clue. Clinically, polymorphic urticarial papules and plaques, sometimes with targetoid or annular morphology, are observed. Palms, soles, and mucous membranes are unaffected.

Histopathology reveals a superficial perivascular lymphocytic infiltrate with occasional eosinophils, but no subepidermal cleavage. Direct immunofluorescence is negative, ruling out autoimmune blistering disease. There are no serologic markers.

https://doi.org/10.61783/oegdv10729

lozyten, jedoch ohne subepidermale Spaltbildung. Die direkte Immunfluoreszenz (DIF) ist negativ und hilft somit zur Abgrenzung gegenüber autoimmunbullösen Erkrankungen. Serologische Marker existieren nicht.

Therapeutisch steht die topische Anwendung mittelpotenter Glukokortikoide sowie oraler Antihistaminika im Vordergrund. Bei ausgedehntem Befall kann systemisch Prednisolon in moderater Dosierung (0,5 mg/kg KG) erwogen werden. Eine fetale Gefährdung besteht nicht, ein Spontanverlauf mit Remission innerhalb weniger Wochen post partum ist regelhaft.

Pemphigoid gestationis stellt hingegen eine blasenbildende Autoimmunerkrankung mit BP180-spezifischen IgG1-Autoantikörpern dar. Die Erkrankung ist HLA-assoziiert (DR₃/DR₄) und wird über eine Th₂-dominierte Immunantwort vermittelt. Die zirkulierenden Autoantikörper richten sich gegen das NC16A-Domänensegment des Transmembranproteins BP180 (Kollagen Typ XVII), was eine Komplementaktivierung mit C₃-Deposition an der dermoepidermalen Junktionszone und nachfolgende Neutrophilenrekrutierung induziert.

Klinisch zeigt sich in 90 % der Fälle ein periumbilikaler Beginn der Erkrankung, mit rasant teils bullösem Exanthem. Eine palmo-plantare Beteiligung ist möglich, mukosale Läsionen bleiben meist aus. Der Pruritus ist meist therapieresistenter als bei PEP. Histologisch zeigt sich eine subepidermale Blasenbildung mit eosinophilem Infiltrat. Die Untersuchung mittels direkter Immunfluoreszenz (DIF) zeigt lineare C₃- (meist auch IgG-) Ablagerungen entlang der Basalmembranzzone, serologisch sind BP180-NC16A-Antikörper mittels ELISA nachweisbar.

Therapeutisch ist systemisches Prednisolon Mittel der Wahl (initial 0,5–1 mg/kg KG). Eine Therapiefortführung über die Geburt hinaus ist häufig erforderlich, Rezidive im Wochenbett oder bei hormoneller Stimulationsbehandlung sind häufig. Adjuvant werden hochpotente topische Glukokortikoide und Antihistaminika eingesetzt. Im Refraktärfall können nach dem Abstillen Azathioprin oder Dapsone in Erwägung gezogen werden. Die fetale Prognose ist in der Regel gut, vereinzelte Fälle neonataler Blasenbildung durch transplazentare Antikörperpassage (neonatales Pemphigoid) wurden jedoch beschrieben.

Die exakte Differenzierung beider Entitäten ist essenziell, um eine „Übertherapie“ bei PEP zu vermeiden und andererseits die systemische Therapie beim Pemphigoid gestationis rechtzeitig einzuleiten. Die immunologische Diagnostik (DIF, BP180-ELISA) ist hierfür diagnostisch entscheidend.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Korrespondenz: editors@skinonline.at

Therapy is symptomatic: mid-potency topical corticosteroids and antihistamines are sufficient in most cases. Systemic corticosteroids (e.g. prednisone 0.5 mg/kg/day) are reserved for extensive disease. No fetal risk has been documented. The condition typically resolves spontaneously within weeks postpartum.

Pemphigoid gestationis is an autoimmune bullous dermatosis mediated by IgG1 autoantibodies targeting BP180 (type XVII collagen), particularly its NC16A domain. The disease is HLA-DR₃/DR₄ associated and driven by a Th₂-skewed immune response, activating complement and recruiting neutrophils to the basement membrane zone.

Clinically, the eruption usually starts periumbilically, rapidly spreading and evolving into tense blisters. Pruritus is severe and persistent. Palmoplantar involvement is possible; mucosal involvement is rare. Histopathology reveals a subepidermal blister with eosinophil-rich infiltrates. Direct immunofluorescence shows linear C₃ (± IgG) deposits along the dermoepidermal junction. Serum ELISA detects BP180-NC16A antibodies and serves as a reliable diagnostic adjunct.

Systemic corticosteroids (prednisone 0.5–1 mg/kg/day) are the mainstay of therapy. Treatment often extends postpartum due to disease persistence. Relapses may occur with hormonal stimuli such as induction of ovulation. High-potency topical steroids and antihistamines provide symptomatic relief. Refractory cases may warrant immunosuppressives like azathioprine or dapsone that can be applied after weaning. Fetal prognosis is generally favorable, though rare neonatal blistering due to placental antibody transfer (neonatal pemphigoid) has been reported.

Accurate distinction between PEP and pemphigoid gestationis is crucial to prevent undertreatment of the latter and overtreatment of the former. Immunopathologic diagnostics (DIF, BP180 ELISA) are key tools for accurate classification.

Editorial production: With the help of AI (see legal notice, impressum)

Correspondence: editors@skinonline.at