

International League of Dermatological Societies (ILDS) Glossar zur Beschreibung von Hautläsionen – Revision 2016

A. Nast,¹ C.E.M. Griffiths,² R. Hay,³ W. Sterry⁴ und J.L. Bologna⁵

¹ Division of Evidence Based Medicine, dEBM, Klinik für Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, D-10117 Berlin, Deutschland

² Dermatology Centre, Salford Royal Hospital, University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, UK

³ Department of Dermatology, Kings College Hospital, London, UK

⁴ Klinik für Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, D-10117 Berlin, Deutschland

⁵ Department of Dermatology, Yale Medical School, New Haven, CT, USA

Überblick

Wir danken folgenden Personen für die Unterstützung bei der Bearbeitung der Übersetzung ins Deutsche: Alexander Nast, Wolfram Sterry, Robina Seefluth.

Finanzierungsquellen

International League of Dermatological Societies



Hintergrund: Um die effektive Kommunikation auf dem Gebiet der Dermatologie zu erleichtern, ist ein klar definiertes Glossar mit präzisen Beschreibungen wesentlich. Das Glossar der International League of Dermatological Societies' (ILDS): „Glossar der grundlegenden dermatologischen Läsionen“ wurde erstmals 1987 veröffentlicht. Ein Vierteljahrhundert später beschloss die ILDS, das Glossar zu überarbeiten und zu erweitern.

Ziel: Revision und Erweiterung der internationalen Nomenklatur für die Beschreibung von Hautläsionen.

Methodik: Die ILDS nominierte ein Komitee für Nomenklatur. Basierend auf einer Durchsicht der Literatur und einschlägiger Lehrbücher erstellte das Komitee eine Liste von Begriffen und Definitionen. Die ILDS-Mitgliedsgesellschaften wurden zur Teilnahme an einer online Delphi-Befragung eingeladen (zwei Runden für zentrale beschreibende Begriffe, eine Runde für zusätzliche Begriffe). Der Komitee sichtete und integrierte die erhaltenen Anmerkungen und verabschiedete eine finale Version.

Ergebnisse: Die revidierte und erweiterte Version der ILDS-Nomenklatur beinhaltet 13 zentrale beschreibende Begriffe und über 100 zusätzliche beschreibende Begriffe. An der ersten Befragungsrunde nahmen 46 Mitgliedsgesellschaften teil, an der zweiten 34 Mitgliedsgesellschaften.

Schlussfolgerung: Eine einheitliche Nomenklatur ist wesentlich zur effektiven Kommunikation unter Dermatologen und denjenigen, die sich mit Hautkrankheiten befassen. Im Folgenden sind Maßnahmen zur Disseminierung des neuen Glossar in den einzelnen ILDS-Mitgliedsgesellschaften auf Landesebene erforderlich, diese umfassen Übersetzungen in weitere Sprachen und Anpassungen an regionale Gegebenheiten.

Was ist über dieses Thema bereits bekannt?

- Eine einheitliche Nomenklatur zur präzisen Beschreibung ist essentiell für die Dermatologie.
- Der erste Glossar der grundlegenden dermatologischen Läsionen wurde von der International League of Dermatological Societies (ILDS) im Jahre 1987 publiziert.

Welchen Mehrwert bringt diese Studie?

- Der Glossar der ILDS aus dem Jahre 1987 wurde aktualisiert und vollkommen überarbeitet.
- Die revidierte Nomenklatur wurde sowohl für Dermatologen als auch für andere Berufsgruppen verfasst.

Die Besonderheit der Dermatologie liegt in der visuellen Untersuchung begründet, welche anschließend einer präzisen Beschreibung der läsionalen Morphologie bedarf. Daher ist eine einheitliche und klare Nomenklatur sowohl für die mündliche wie auch für die schriftliche Kommunikation unter Dermatologen und denjenigen, die sich mit Hautkrankheiten befassen, wesentlich. Seit Jahrhunderten führen Dermatologie-Lehrbücher Definitionen von allgemein verwendeten dermatologischen Begriffen auf. Diese Definitionen unterliegen jedoch oftmals dem Einfluss nationaler oder regionaler Schulen und es zeigen sich zum Teil wesentliche Unterschiede.

Winkelmann¹ veröffentlichte 1987 die erste Version der International League of Dermatological Societies (ILDS): *Glossar der grundlegenden dermatologischen Läsionen*. Wie bereits von Winkelmann in der Einleitung vorausgesagt, würden mit der Zeit Erweiterungen und Anpassungen erforderlich werden ("Each generation will wish to expand and refine the work...").

Somit beschloss 25 Jahre später (was einer Generation entspricht) die ILDS, diese ursprüngliche Version des Glossars zu revidieren und zu erweitern und gründete ein Komitee für Nomenklatur. Die Revision dieses Glossars wurde dank intensiver Mitarbeit der ILDS-Mitgliedsgesellschaften möglich.

Materialien und Verfahren

Das neue ILDS-Glossar wurde im Rahmen eines strukturierten Prozesses entwickelt und verabschiedet. (Abb. 1). Im Januar 2012 wurde ein Komitee für Nomenklatur (bestehend aus den Autoren dieser Publikation) von der ILDS mit der Aufgabe der Revision des Glossars betraut.

Zunächst wurden das vorherige Glossar von Winkelmann¹ und mehrere Dermatologie-Textbücher einer Prüfung unterzogen, um eine vorläufige Liste der zentralen beschreibenden Begriffe und eine zweite Liste von zusätzlichen Begriffen zu erhalten. Definitionen und Beispiele für die ausgewählten Begriffe wurden gesammelt. Die zusammengestellte Sammlung der grundlegenden beschreibenden Begriffe, zusammen mit deren vorgeschlagenen Definitionen, Kommentaren der Arbeitsgruppe und klinischen Beispielen, wurde an alle ILDS-Mitgliedsgesellschaften zur Kommentierung und zur Online-Abstimmung mittels einer modifizierten Delphi-Methode² per Email zugesendet. Die Teilnehmer wurden gebeten, entweder „zuzustimmen“ oder „abzulehnen“. Im Falle einer Ablehnung wurden die Teilnehmer gebeten, sowohl die Gründe als auch alternative Vorschläge zu nennen. Die Software Lime Survey ([https:// www.limesurvey.org/en/](https://www.limesurvey.org/en/)), ein Online-Umfragetool, das sich im Allgemeinen des Delphi-Befragungsverfahrens bedient,

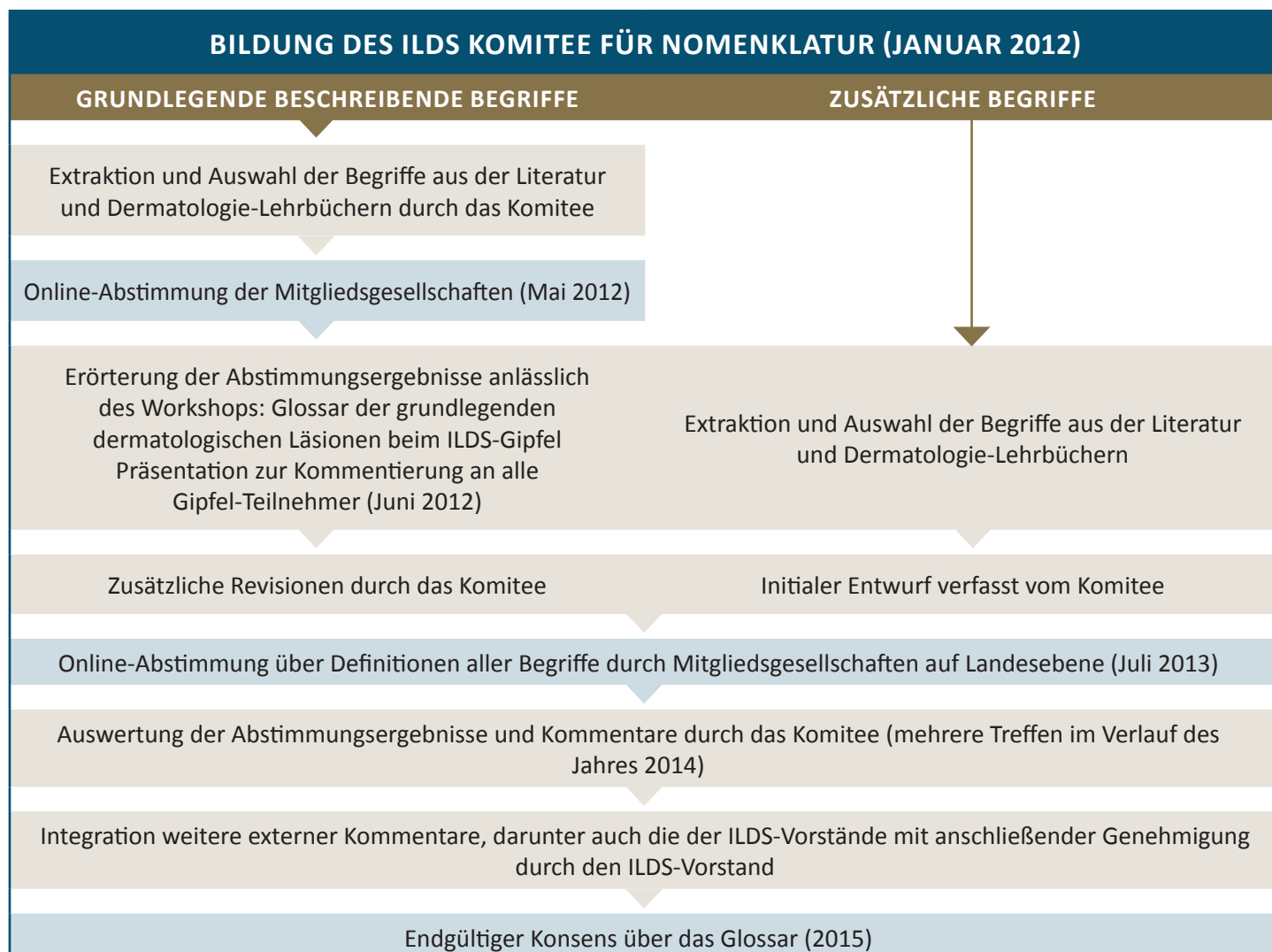


Abb.1 Verfahren des von der International League of Dermatological Societies (ILDS) revidierten Glossars zur Beschreibung von Hautläsionen.

wurde genutzt, um das Feedback der Teilnehmer aus der Online-Abstimmung zu erfassen.^{3,4}

Im Jahre 2012 fand beim ILDS Dermatology Summit in Berlin ein Workshop „Glossary of Basic Dermatology Lesions“ statt, bei dem die Definitionen erörtert und weiter verfeinert wurden. Die revidierten Definitionen wurden dann allen Tagungsteilnehmern zur weiteren Kommentierung auf dem Gipfel präsentiert. Bei dem Treffen waren Vertreter von mindestens 35 Ländern anwesend.

Das revidierte Glossar der zentralen Begriffe mit den auf dem Gipfel erarbeiteten Änderungen wurde zusammen mit der Liste der zusätzlichen beschreibenden Begriffe an alle Mitgliedsgesellschaften mit einer Einladung zur Online – Abstimmung versendet. Wie bei der vorherigen Abstimmung wurde die Teilnehmer gebeten, den einzelnen Begriffen, ihren Definitionen und klinischen Beispielen entweder „zuzustimmen“ oder sie „abzulehnen“. Im Falle einer „Ablehnung“ wurden die Teilnehmer gebeten, sowohl ihre Gründe wie auch alternative Vorschläge anzugeben. In beiden Abstimmungsrunden wurden die Informationen an die von der jeweiligen Gesellschaft hinterlegte E-Mail-Adresse übermittelt. Die Verantwortung für die Zuweisung an den am besten geeigneten Referenten oder das Mitglied verblieb bei der jeweiligen nationalen Gesellschaft.

Das Komitee für Nomenklatur wertete die Abstimmungsergebnisse aus und jeder Kommentar wurde berücksichtigt und erörtert. Daraufhin wurden notwendige Anpassungen im Glossar vorgenommen. Der ILDS-Vorstand fügte weitere Kommentare hinzu und genehmigte dann die eingereichte konsolidierte endgültige Version. Die in Tabelle 1 – 4 dargestellten Beispiele und Kommentare zu den Termini wurden im Verlauf des Review Prozesses finalisiert.

Ergebnisse

Dreizehn zentrale Begriffe (Tabelle 1) und über 100 zusätzliche beschreibende Begriffe (Tabellen 2 – 4) wurden identifiziert. Insgesamt nahmen 46 Mitgliedsgesellschaften an der ersten Abstimmungsrunde zu den zentralen beschreibenden Begriffen teil. An der zweiten Abstimmungsrunde zu der revidierten Version der zentralen Begriffe sowie der Vorschlagsliste der zusätzlichen beschreibenden Begriffe nahmen 34 Mitgliedsgesellschaften teil. Keiner der vorgeschlagenen Begriffe wurden abgelehnt. Die finale Zustimmung und endgültige Genehmigung aller vorgeschlagenen Begriffe wurde vom Komitee für Nomenklatur im Juli 2015 erzielt.

Diskussion

Eine präzise Beschreibung der klinischen Morphologie der Hautläsionen ist wesentlich für die Ausübung der Dermatologie. Daher ist eine klar definierte Nomenklatur die Grundlage für die effektive Kommunikation, das gilt für den ärztlichen Alltag ebenso wie für den wissenschaftlichen Austausch auf globaler Ebene. Seit 1987 hat sich die dermatologische Nomenklatur ständig weiterentwickelt. Darüber hinaus fällt beim Lesen verschiedener internationaler Lehrbücher auf, dass sogar

die gebräuchlichsten Begriffe unterschiedlich definiert werden. Zum Beispiel gibt es beträchtliche Varianz bei der Definition des Begriffs „Tumor“ oder bei der Größendefinition einer „Papel“ oder einer „Vesikel“ (0,5cm vs. 1cm), was die unterschiedlichen regionalen Traditionen widerspiegelt.

Daher ergab sich der Bedarf für ein revidiertes, standardisiertes und vereinfachtes Glossar für alle Mediziner, die weltweit mit Hautkrankheiten zu tun haben. Das Komitee für Nomenklatur hat keine Mühe gescheut, alle ILDS-Mitgliedsgesellschaften einzubinden. Sie wurden zweimal für die zentralen beschreibenden Begriffe und einmal für die zusätzlichen beschreibenden Begriffe zur Online Abstimmung eingeladen. Darüber hinaus wurden die zentralen Begriffe anlässlich eines Workshops während des ILDS Dermatology Summit in Berlin erörtert. Aufgrund der Länge der Befragung waren wiederholte Abstimmungsrunden nicht machbar.

Die Revision von 2016 der ILDS-Nomenklatur bietet seinen Nutzern eine breite Palette von Begriffen, die die Harmonisierung der dermatologischen Sprache weltweit ermöglichen. Zu beachten ist, dass gegenwärtig weitere Online-Glossare verschiedener nationaler Fachgesellschaften existieren, wie beispielsweise das *Morphology Module of the American Academy of Dermatology's Basic Dermatology Curriculum* und das *British Association of Dermatologists' Handbook for Medical Students and Junior Doctors*.^{5,6} Ein strukturierter Entwicklungsprozess wurde jedoch für keines dieser Glossare beschrieben. Die Hoffnung besteht, dass dieses revidierte ILDS-Glossar als Grundlage für Übersetzungen und Adaptionen dienen wird, was auch Gesellschaften auf Länderebene und wissenschaftliche Journale einschließt. Offensichtlich wird dies ein fortwährender Prozess sein, sobald die endgültige Version des Glossars den ILDS-Mitgliedsgesellschaften und der dermatologischen Gemeinschaft zur Verfügung steht.

Die Zukunft wird es zeigen, ob nun erneut 25 Jahre vergehen, bevor eine weitere Revisionen des Glossar erforderlich wird oder ob die nächste Revision bereits vor dem Jahr 2041 kommen wird.

Tabelle 1. Grundlegende beschreibende Begriffe für Hautläsionen. Für die ersten vier Begriffe sind sekundäre Veränderungen, sofern vorhanden, in der Beschreibung zu ergänzen.

BEGRIFF	DEFINITION	KLINISCHE(S) BEISPIEL(E)
Fleck (Makula)	Eine flache, abgegrenzte, nicht tastbare Läsion, die sich farblich von der umgebenden Haut unterscheidet. Sie kann jede Farbe oder Form annehmen	Der Durchmesser, die Form, die Farbe und Art der Begrenzung sollten beschrieben werden. In Nordamerika unterscheidet man zusätzlich zwischen einer Makula (≤ 1 cm) und einem „Patch“ (> 1 cm).
Papel (Papula)	Eine erhabene, solide, tastbare Läsion, deren Durchmesser ≤ 1 cm beträgt.	Der Durchmesser, die Form, die Farbe, die Oberfläche (z.B. eben) und die Begrenzung sollten beschrieben sein. Zusätzlich können die Höhe, die Konsistenz und der Palpationsbefund angegeben werden.
Plaque	Eine abgegrenzte, tastbare Läsion > 1 cm im Durchmesser; die meisten Plaques sind erhaben*. Plaques können durch Zusammenwachsen von mehreren Papeln entstehen.	Durchmesser, Form, Farbe, Anordnung und Begrenzung (z.B. scharf begrenzt vs. unscharf begrenzt) sollten beschrieben werden. Erhabenheit, Konsistenz und Tastbefund können ergänzt werden.
Knoten (Nodus)	Eine erhabene, feste, tastbare Läsion > 1 cm, normalerweise überwiegend in der Dermis und/oder Subkutis gelegen. Der größte Teil der Läsion kann exophytisch oder unter der Hautoberfläche liegen.	Der Durchmesser, die Form, die Farbe, die Oberfläche (z.B. eben) und die Begrenzung sollten beschrieben sein. Zusätzlich können die Höhe, die Konsistenz und der Palpationsbefund angegeben werden.
Quaddel (Urtika)	Eine vorübergehende Erhabenheit der Haut aufgrund eines dermalen Ödems, oftmals im Zentrum blass mit einem erythematösen Rand	Die Oberfläche bleibt unverändert (Keine epidermalen Veränderungen)
Bläschen (Vesikula)	Eine abgegrenzte Läsion ≤ 1 cm im Durchmesser, die Flüssigkeit enthält (klar, serös oder hämorrhagisch)	Herpes simplex
Blase (Bulla)	Eine abgegrenzte Läsion > 1 cm im Durchmesser, die Flüssigkeit enthält (klar, serös oder hämorrhagisch)	Bullöses Pemphigoid
Pustel (Pustula)	Eine abgegrenzte Läsion, die Eiter enthält	
Crusta (Kruste)	Getrocknetes Serum, Blut oder Eiter auf der Hautoberfläche	
Schuppe (Squama)	Eine sichtbare Ansammlung von Keratin <i>Arten von Schuppen</i> silbrig pityriasisform (kleieförmig) fettig rau polygonal Collarett-artige Schuppung (Schuppenkrause): feine, weiße Schuppen am Rand einer entzündlichen Läsion oder eines sich auflösenden infektiösen Vorgangs	Psoriasis Pityriasis versicolor Seborrhoisches Ekzem Aktinische Keratose Ichthyose Pityriasis rosea, abheilende Follikulitis Furunkel in Abheilung
Erosion	Verlust von entweder eines Teils oder der gesamten Epidermis	Sie kann als Folge der Ablösung einer Blasendecke auftreten, z. B. Bullöse Impetigo
Exkoration	Ein Verlust der Epidermis und eines Teils der Dermis aufgrund von Kratzen oder einer exogenen Verletzung	Sie kann linear oder punktuell auftreten
Ulcus	Verlust der Epidermis in voller Dicke sowie zusätzlich mindestens eines Teils der Dermis; kann sich bis ins subkutane Gewebe ausbreiten	Die Größe, Form und Tiefe sollte ebenso wie die Eigenschaften von Rand, Basis und umgebendem Gewebe beschrieben werden.

* Die Diskussion darüber, ob nicht erhabene, jedoch tastbare Läsionen wie z.B. bei einer Morphea begrifflich als Plaques angesiedelt werden sollten, ist noch nicht abgeschlossen; die Autoren haben solche Läsionen als Plaques aufgenommen, daher die Aussage, dass die meisten, aber nicht alle Plaques erhoben sind.

Tabelle 2. Zusätzliche Begriffe für Hautläsionen: Verteilung, Form, Topographie und Tastbarkeit.

DISTRIBUTION DES LÉSIONS CUTANÉES		
BEGRIFF	DEFINITION	KLINISCHE(S) BEISPIEL(E)
Akral	Läsionen an distalen (körperfernen) Extremitätenbereichen, Ohren, Nase, Penis, Brustwarzen	Akraler Typ von Vitiligo, Akrozyanose
Asymmetrisch	Läsion oder Verteilungsmuster ohne Symmetrie entlang einer Achse (z. B. der Mittellinie)	Akutes allergisches Kontaktekzem, Herpes zoster, Lichen stratus im Fall einer einzelnen Läsion, Melanom
Innerhalb eines Dermatoms (zosteriform) ^a	Läsionen sind auf eine oder mehrere Hautsegmente beschränkt, die je durch einen einzelnen Spinalnerv innerviert werden (Dermatom)	Herpes zoster, segmentale Neurofibromatose
Disseminiert/ generalisiert	Läsionen zufällig verteilt fast auf der ganzen Körperoberfläche (generalisiert/weitgestreut) oder innerhalb einer anatomischen Region	Varizellen (Windpocken), disseminierter Zoster, morbilliformer Arzneimittelexanthem, Virale Exantheme
Innerhalb einer anatomischen Region (z. B. Rücken, eine Extremität)		Folikulitis (Gesäß), M. Grover (Rumpf)
Exponierte Hautpartien der Umwelt ausgesetzt	Bereiche, die externen Einflüssen ausgesetzt wurden (chemische Allergene, Reizsubstanzen oder physikalische Agenzien)	Allergisches Kontaktekzem durch Pflanzen, aerogenes Kontaktekzem
dem Sonnenlicht oder anderen Strahlungen ausgesetzt (z. B. UV-Strahlung)		Polymorphe Lichtdermatose, phototoxische arzneimittelinduzierter Dermatitis, Radiodermatitis
Streckseiten (der Extremitäten)	Bereiche oberhalb von Muskeln und Sehnen sowie Gelenken, die der Streckung dienen, (z. B. Quadrizeps, Schienbein, Ellenbogen, Knie)	Psoriasis, Keratosis pilaris
Beugeseiten	Bereiche oberhalb von Muskeln und Sehnen, die dem Beugen der Gelenke dienen oder der Innenteil der Gelenke (z B Ellenbogengrube oder Kniekehle)	Atopische Dermatitis
Folikulär und perifolikulär	Läsionen am oder um die Haarfollikel	Folikulitis, Pityriasis rubra pilaris, Keratosis pilaris
Generalisiert/disseminiert	(siehe oben)	Virale Exantheme (z. B. Rubeola (Röteln), Rubella (Masern), Arzneimittelexanthem arzneimittelinduzierter Hautausschlag
Gruppiert		
Herpetiform	Gruppierte Papulovesikel	Herpes simplex
Agminiert (größere Gruppen)	Dichtstehende Effloreszenzen	Gruppierte melanozytäre Nävi, Gruppierte Leiomyome
Satelliten Läsionen	Kleinere Papeln umrunden eine größere Läsion	Melanom-Metastasen, pyogene Granulome
Interdigital	Bereich zwischen Fingern oder Zehen	Tinea pedis, Erythrasma

Tabelle 2. (Fortsetzung)

	In größeren Körperfalten gelegen (Achselhöhle, unter der Brust, Leistenfalte, Bauchfalte, Gesäßfalte)	Inverse Psoriasis, Intertrigo, kutane Candidose, Langerhans-Zell-Histiozytose, Erythrasma
Linear	Lineare Anordnung der Läsionen	
Köbner-Phänomen	Läsionen ausgelöst durch physikalische Stimuli i (z. B. Trauma, Kratzen, Reibung, Sonnenbrand)	Psoriasis, Lichen planus, Vitiligo
Dermatomal	Innerhalb eines Dermatoms (zosteriform)	Innerhalb eines Dermatoms (zosteriform)
Sporotrichoid	Läsion entlang der Lymphgefäße	Sporotrichose, Mycobakterium marinum Infektion
Innerhalb der Blaschko-Linien	Läsionen aufgrund eines genetischen Mosaiks	Epidermaler Nävus, lineärer Lichen planus, Lichen striatus
Lokalisiert	Läsionen beschränkt auf einen Bereich oder wenige Bereiche	Leiomyome, Schuppenflechte auf der Kopfhaut
Palmar, plantar	Läsionen an Handflächen und/oder Fußsohlen	Palmoplantar-Keratosen, Pustulosis palmaris et plantaris
Periorificial (z. B. periokulär)	Läsionen um Körperöffnungen herum	Vitiligo, periorale Dermatitis
Seborrhoische Areale	Bereiche mit der höchsten Dichte an Talgdrüsen (z. B. Kopfhaut, Gesicht, Oberkörper)	Seborrhoische Dermatitis, Morbus Darier
Segmental		
Blockartig (angedeutet rechteckig)	Läsionen entlang embryonaler Wachstumslinien ^a	Pigmentierter Mosaizismus
Entlang der Blaschko-Linien	Läsionen entlang embryonaler Wachstumslinien ^a	Pigmentierter Mosaizismus Incontinentia pigmenti
Dermatomal (zosteriform) ^a	Innerhalb eines Dermatoms (zosteriform)	Herpes zoster
Symmetrisch	Läsion oder Verteilungsmuster mit Symmetrie entlang einer Achse (z. B. der Mittellinie)	Psoriasis, atopische Dermatitis
Unilateral	Läsionen beschränkt auf die linke oder rechte Körperhälfte	Herpes zoster, CHILD-Syndrome ^b , segmentale Vitiligo
Universal	Auftreten am ganzen Körper	Alopecia universalis
Zosteriform (dermatomal) ^a	Innerhalb eines Dermatoms (zosteriform)	Herpes zoster

FORM UND TOPOGRAPHIE VON HAUTLÄSIONEN		
FORM	DEFINITION	KLINISCHE BEISPIELE
Begrenzung		
scharf begrenzt	Scharfe Abgrenzung zwischen betroffener und nicht betroffener Haut	Psoriasis, Vitiligo
unscharf begrenzt	Unscharfe Abgrenzung zwischen betroffener und nicht betroffener Haut	Atopische Dermatitis
Fingerförmig	Ähneln Fingern	Digitate Dermatitis (eine Form der Parapsoriasis en plaques)
Figuriert	Umriss mit zentraler Abblasung	
Ringförmig	Umriss eines Ringes (zentral ohne Verfärbung)	Tinea corporis, Granuloma anulare, Erythema anulare centrifugum

Tabelle 2. (Fortsetzung)

Bogenförmig	Ein Ringsegment; bogenartig	Urtikaria, Erythema anulare centrifugum
Polyzyklisch	Mehrere verschmolzene Ringe	Subakut kutaner Lupus erythematodes
Geschlängelt	Wellenmuster, einer Schlange ähnelnd	Larva migrans cutanea
Geometrisch		
Artefakt	Durch Trauma induzierte Läsionen sind oft abgewinkelt und haben gerade Kanten; die Konfiguration kann Stellen, die Reizstoffen oder Allergenen ausgesetzt waren, widerspiegeln	Trauma (einschließlich selbst-induzierte)
Blockartig(angedeutet rechteckig)	Embryonale Muster, die rechteckigen Blöcken ähneln, deren Größe variieren kann. (Siehe „Segmental“)	Pigmentierter Mosaizismus, Chimärismus
Schachbrettartig	Siehe „Blockartig“	Pigmentierter Mosaizismus, Chimärismus
Tropfenförmig	Klein, einem Tropfen ähnelnd	Psoriasis guttata, Hypomelanosis guttata idiopathica; häufig multiple, ähnlich aussehende Läsionen
Oval	Runde Form mit einer leichten Verlängerung, ähnlich einer Ellipse oder einem Ei	Pityriasis rosea
Polygonal	Eine Läsion, deren Form einem Vieleck mit verschiedenen Winkeln ähnelt	Lichen planus
Polymorph	Variable Größe und Formen sowie Art von Läsionen	Polymorphe Lichtdermatose, Kawasaki-Krankheit
Netzartig (retikulär)	Netzartig	Livedo reticularis, Erythema ab igne oraler Lichen planus
Rund (scheibenförmig)	Rund oder münzförmig	Diskoider Lupus erythematodes, nummuläres Ekzem, fixes Arzneimittelexanthem
FORM (PROFIL/ SEITENANSICHT)	DEFINITION	KLINISCHE(S) BEISPIEL(E)
Spitz	Erhaben mit Verjüngung zu einer/mehrerer Spitze(n)	Filiforme Warze (Verrucae filiformes), Hauthorn (Cornu cutaneum)
Eingesunken	Oberfläche unterhalb der normalen angrenzenden Haut	Dermale Atrophie; Atrophodermia, Lipoatrophie: bei antiretroviraler Therapie, nach Kortikoid-Injektionen
Gewölbt	Hemispherische Form	Intradermaler melozytärer Nävus, fibröse Nasenpapil, Dellwarze (Molluscum contagiosum)
Abgeflacht	Erhaben mit einer abgeflachten Oberfläche	Lichen planus, Lichen striatus, Condylomata lata
Papillomatös	Multiple Erhabenheiten, einer Mamille gleichend	Lichen planus, Lichen striatus, Condylomata acuminata, Papillomatöser intradermaler

Tabelle 2. (Fortsetzung)

Gestielt	Hautanhängsel	Fibroma pendulans
Erhabener/aufgeworfener Randwall	Erhabene periphere Einfassung	Porokeratose
Genabelt	Kleine zentrale Mulde bzw. Eindellung	Varizellen, Herpes simplex, Molluscum contagiosum
Verrukös	Multiple Vorsprünge, einer Warze gleichend	Verrucae (Warzen)

PALPATION DER HAUTLÄSIONEN

TEXTUR ODER HAPTİK	DEFINITION	KLINISCHE(S) BEISPIEL(E)
Atrophie	Ein Gewebeschwund, unterteilt in epidermal, dermal und subkutan	Epidermal: Lichen sclerosus Dermal: Anetodermie Subkutan: Lipoatrophie
Komprimierbar	Druck führt zu einer Volumenreduktion	Phlebektasie
Fest/hart	Fühlt sich solide und kompakt an	Hautmetastasen, Histiozytome
Fixiert/nicht verschieblich	Nicht beweglich	Osteom, Heberden-Knoten, mit tiefem Weichteilgewebe verbackene Tumore
fluktuierend	Flüssigkeit enthaltend	Entzündete Epidermalzyste, Abszess
Verhärtung	Feste Textur ohne Kalzifikation und Verknöcherung Morphea, systemische	Systemische Sklerose, Morphea
Verschieblich	Kann über tiefer gelegene Weichteilstrukturen bewegt werden	Lipom, Trichilemmalzyste, Histiozytom
Pulsierend	Puls kann in der Läsion getastet werden	Arteriovenöse Malformation
Steinhart	Sehr hart	Calcinosis cutis, Osteomea cutis
Seilartig	Fühlt sich wie ein Seil unter der Haut an	Thrombophlebitis
Rau	Läsion mit einer unebenen und rauen Oberfläche	Aktinische Keratose
Gummiartig	Ähneln Gummi: fest aber komprimierbar	Epidermalzyste, reaktive Lymphknoten
Glatt	Glatte, gleichmäßige Oberfläche	Fibröse Nasenpapil
Weich	Leicht eindruckbar	Hautanhängsel, Intradermaler melanozytärer Nävus, Neurofibrom
Warm/überwärmt	Temperatur gegenüber der normalen umgebenden Haut erhöht	Arteriovenöse Malformation, Erysipel

^aEinige Kliniker verwenden den Begriff segmental synonym für ein zosteriformes/innerhalb eines Dermatomes liegendes Verteilungsmuster.

^bCHILD-Syndrom (Kongenitale Hemidysplasie mit Erythrodermia ichthyosiformis und Defekten der Extremitäten ichthyosiformem Nävus und Gliedmaßendefekt)

Tabelle 3. Zusätzliche beschreibende Begriffe für Hautläsionen

ZUSÄTZLICHE BESCHREIBENDE BEGRIFFE FÜR HAUTLÄSIONEN		
BEGRIFF	DEFINITION	KLINISCHE(S) BEISPIEL(E)
Alopezie	Verringerte Dichte oder Dicke der Haare	Androgenetische Alopezie, Alopecia areata, Naevus sebaceus an der Kopfhaut
Anästhesie	Gefühllosigkeit	Tuberkuloide Lepra
Artefakt	Durch exogene Schädigung induziert, manchmal selbst zugefügt	Dermatitis factitia
Kallus (Schwiele)	Reaktive Hyperkeratose, in der Regel durch Reibung und / oder Druck verursacht; zu verstärkter Hautzeichnung führend	Dem Köpfchen der Metakarpalia (Mittelhandknochen) und Metatarsalia (Mittelfußknochen) aufliegend
Clavus (Hühnerauge)	Abgegrenzte Verdickung des Stratum corneum aufgrund von pathologischem Druck, führt zu einem glatten, glasigen Erscheinungsbild	Auf Knochenvorsprüngen aufliegend, z. B. der seitlichen kleinen Zehe, Metatarsalköpfchen (plantare Oberfläche)
Komedo (Mitesser, offen und geschlossen)	Offen: erweiterter Haarfollikel mit oxidierten (schwarzen) keratinhaltigen Ablagerungen („blackhead“) Geschlossen: Erweiterung des Haarfollikels durch keratinhaltige Ablagerungen, gewöhnlich ohne Verbindung zur Hautoberfläche („whitehead“)	Akne vulgaris, Komedonen bei sonnengeschädigter Gesichtshaut (Favre–Racouchot-Syndrom), Chlorakne
Dysästhesie	Mißempfindungen, z.B. Parästhesien	Vulvodynie, Notalgia paraesthetica, Herpes zoster, einschließlich der prä-eruptiven Phase
Ekchymose (Bluterguss)	Oberflächliche Hämorrhagie (Blutung) in die Haut, gewöhnlich aufgrund von Trauma	Verwendung von gerinnungshemmenden Medikamenten, postoperativ, Alters- oder Steroidhaut
Exanthem	Akuter, ausgedehnter Ausschlag, gewöhnlich aufgrund einer viralen Infektion oder Arzneimittelnebenwirkung	Masern, Röteln, Dreitagefieber; exanthematische Arzneimittelreaktion
Fissur (Schrunde)	Linearer Riss des Stratum corneum; kann sich bis in die Dermis ausdehnen	Chronisches Handekzem, Cheilitis angularis
Fistel	Abnormer kongenitaler oder krankhaft erworbener Gang von einem Abszess oder Hohlorgan zur Hautoberfläche	Morbus Crohn, drainierende Abszesse bei Akne inversa
Gangrän (Wundbrand)	Gewebetod aufgrund von Ischämie, gewöhnlich akral	Periphere arterielle Verschlusskrankheit, Cholesterinembolie, Erfrierungen
Gumma	Granulomatöser Nodus oder Plaque mit klebrigem (gummiartigem) Ausfluss	Tertiäre Syphilis
Hämatom (Bluterguss)	Begrenzte, gewöhnlich palpable Blutung in die Haut oder weiche Gewebeteile	Trauma, einschließlich Operationen; Verwendung von gerinnungshemmenden Medikamenten
Halo	Peripherer heller Ring, meist durch Pigmentverlust	Melanozytärer Halonävus
Horn	Keratose, die einem Horn ähnelt	Aktinische Keratose, Verruca vulgaris

Tabelle 3. (Fortsetzung)

Hyperkeratose	Verdickung des Stratum corneum, führt gewöhnlich zu einer rauen Oberfläche	Hypertrophe aktinische Keratose, Plattenepithelkarzinom
Infarkt	Ischämie (Durchblutungsstörung) von Gewebe infolge eines Arterienverschlusses	Cholesterinembolie oder infektiöse Embolie, intraarterielle Injektion
Keratoderma	Verdickung des Stratum corneum an Handtellern und Fußsohlen	Palmoplantar-Keratose
Keratose	Fokale Verdickung der Epidermis, besonders des Stratum corneum	Seborrhoische Keratose, aktinische Keratose
Kerion	Putride Plaque, aufgrund von Infektion, enthält häufig Pusteln	Tinea capitis verursacht von Microsporum
Lichenifikation	Akzentuierung der Hautfalterung, häufig durch Kratzen ausgelöst	Lichen simplex chronicus
Nekrose	Gewebstod	Septische Embolie, Zentrum von Hautmetastasen
Exfoliation	Großflächige Abschuppung (Abstoßung) des Stratum corneum	Heilungsphase eines Sonnenbrands; an Fingern und Zehen als Folge von Scharlach oder nach Kawasaki-Syndrom
Petechie	Kleine stecknadelkopfgröße Einblutung in die Dermis	Pigmentpurpura, Thrombozytopenie
Poikilodermie	Gleichzeitige Präsenz von Atrophie Pigmentverschiebungen und Teleangiektasien	Mycosis fungoides, Dermatomyositis, Lichtalterung
Prurigo	Papeln oder Knoten aufgrund von Kratzen oder Zupfen	Prurigo nodularis
Sinus	Von einem tieferen Herd zur Hautoberfläche führender Kanal	Hidradenitis suppurativa, Pilonidalzyste, Dentalsinus
Striae (Dehnungstreifen)	Lineare Atrophie entlang Spannungslinien; im Anfangsstadium rote bis bläuliche Verfärbung möglich (Striae rubrae)	Striae gravidarum (Schwangerschaftsstreifen), Striae ausgelöst durch hochpotente Kortikosteroide
Schwellung	Vergrößerung aufgrund eines Ödems oder Flüssigkeitsansammlung, einschließlich Blut	bei chronisch-venöser Insuffizienz der unteren Extremitäten
Purpura	Blutung in die Haut aufgrund pathologischer Prozesse, insbesondere von Blutgefäßen	Thrombozytopenie
Teleangiektasie	Permanent erweitertes Kapillargefäß	Rosazea, Corona phlebotatica Steroidabusus

Tabelle 3. (Fortsetzung)

HAUTLÄSIONEN, DIE KLASSISCHEN KRANKHEITEN ÄHNELN ODER EIN EINZIGARTIGES ERSCHEINUNGSBILD AUFWEISEN		
LÄSIONEN	KLASSISCHE(S) KRANKHEIT(EN) ODER ERSCHEINUNGSBILD	BEISPIEL(E)
Kokarde	Schießscheibenartiges Erscheinungsbild	Erythema exsudativum multiforme, Korkardennävus, Pemphigus gestationis
Herpetiform	Herpes simplex oder Herpes zoster	Dermatitis herpetiformis Duhring (auch Morbus Duhring, Duhring-Brocq-Krankheit)
Erythema multiforme-artig	Erythema exsudativum multiforme	EEM-artiges Arzneimittelexanthem
Morbilliform	Masern	Arzneimittelinduzierter, ausgedehnter und makulopapulöser Hautausschlag
Scarlantiform	Scharlach	Arzneimittelinduzierter, ausgedehnter und konfluierender Hautausschlag

^a Begriff wurde auf Vorschlag eines der Reviewer des Journals hinzugefügt

Tabelle 4.

Zusätzliche Begriffe: Farbe von Hautläsionen

FARBE	KLINISCHE(S) BEISPIEL(E)
FARBE BEI TAGESLICHT	
Braun	Pigmentnävus, Naevus pigmentosus (Café-au-lait-Fleck), Melasma (Chloasma)
Gelb	Xanthelasmen
Golden	Seröse Krusten bei Impetigo (Eiterflechte)
Grün bis Grün-schwarz	Pseudomonasinfektion
Hautfarben	Trichilemmalzyste, Lipom, Intradermaler melozytärer Nävus, Akrochordon
Hellbraun ^a	Naevus depigmentosus, postinflammatorische Hyperpigmentierung, Pityriasis alba
Lachsfarben	Pityriasis rubra pilaris
Rosa	Pityriasis rosea, morbilliformer arzneimittelinduzierter Hautausschlag, Basalzellkarzinom (alle bei helleren Hauttypen)
Rot	Granuloma pyogenicum, Erysipel (Wundrose)
Schiefergrau	Erythema dyschromicum perstans
Schwarz	Melanom, Nekrose

Violett	Lichen ruber planus (Knötchenflechte), Purpura
Weiß	Vitiligo, Hypomelanosis guttata idiopathica

FÄRBUNG BEI ULTRAVIOLETTEM LICHT (WOOD LICHT)

Blaugrün bis Gelbrün	Tinea capitis aufgrund von Microsporum spp
Gelb bis Gelbgrün	Pityriasis versicolor
Korallenrot	Erythrasma
Rot	Urin bei einigen Formen der Porphyrie
Weiß	Vollentwickelte Vitiligo-Läsionen

^a Im Original «Tan»: Nicht zu verwechseln mit der Zunahme der Pigmentierung, welche nach einer Exposition gegenüber künstlicher oder natürlicher UV-Exposition aufgetreten ist.

Danksagungen

Victor Czaika MD trug mit redaktioneller und Stefanie Rosumeck MA mit technischer Unterstützung bei. Wir danken den Beteiligten am *Glossar der grundlegenden dermatologischen Läsionen* anlässlich des ILDS-Gipfels 2012 in Berlin: Drs. Frédéric Caux, Agness Chakowa, Tess Gabriel, Harvey Lui, Jerry Shapiro (Ko-Vorsitzender) und Mihael Skerlev, nebst Eric Seban und Lars Ettarp (einer der Autoren – J. B. – der ebenfalls als Ko-Vorsitzender fungierte) für

ihre wertvollen Beiträge und wir danken allen Vertretern der Mitgliedsgesellschaften auf Landesebene für ihre Teilnahme an den Online-Abstimmungen. Die Vorstände der ILDS haben ebenfalls wertvolle Einblicke vermittelt. Wir danken auch den folgenden Gesellschaften und Verbänden für die Teilnahme an der ersten und/oder zweiten Abstimmungsrunde: Algerian Society of Dermatology; American Academy of Dermatology; American Society for Dermatologic Surgery; American Dermatological Association; Australasian College of Dermatologists; British Association of Dermatologists; Bulgarian Dermatological Society; Caribbean Dermatology Association; Chilean Society of Dermatology and Venereology; Colombian Association of Dermatology and Dermatologic Surgery; Croatian Dermatovenereological Society; Ecuadorian Society of Dermatology; Spanish Academy of Dermatology and Venereology; European Dermatology Forum; European Academy of Dermatology and Venereology; European Society for Photodermatology; European Society of Contact Dermatitis; French Society of Dermatology; Deutsche Dermatologische Gesellschaft; Hungarian Dermatological Society; Cosmetic Dermatology Society of India; Indian Association of Dermatologists, Venereologists and Leprologists; Indian Society of Teledermatology; Association of Cutaneous Surgeons India; Italian Society of Dermatology Medical, Surgical, Esthetical and Sexually Transmitted Diseases; Japanese Dermatological Association; Japanese Society for Investigative Dermatology; Lebanese Dermatological Society; Mexican Society of Dermatologic Surgery and Oncology; Society of Dermatologists, Venereologists and Leprologists of Nepal; New Zealand Dermatological Society; Norwegian Society of Dermatology and Venereology; Association of Bangkok Alumni of Dermatology – Pakistan; Pakistan Association of Dermatologists; Philippine Dermatological Society; Russian Society of Dermatovenereology and Cosmetology; Serbian Association of Dermatovenereologists; Slovak Dermatovenereological Society; Dermatological Society of South Africa; South Asian Regional Association of Dermatologists, Venereologists and Leprologists; Schweizer Gesellschaft für Dermatologie und Venereologie; Dermatological Society of Thailand; Tunisian Society of Dermatology and Venereology; Dermatovenereology Association of Turkey; Society for Investigative Dermatology; International Academy of Cosmetic Dermatology; International Skin Care Nursing Group; International Society for Cutaneous Lymphomas; International Society of Dermatology; International Society of Dermatopathology; International Union Against Sexually Transmitted Infections; International Society for Biophysics and Imaging of the Skin; Women’s Dermatologic Society; Dermatology Nurses’ Association.

Literaturverzeichnis

1. Winkelmann RK. *Glossary of basic dermatology lesions*. The International League of Dermatological Societies Committee on Nomenclature. *Acta Derm Venereol Suppl* (Stockh) 1987; 130:1–16.
2. Murphy MK, Black NA, Lamping DL et al. *Consensus development methods, and their use in clinical guideline development*. *Health Technol Assess* 1998; 2:i–iv, 1–88.
3. Nast A, Rosumeck S, Sporbeck B, Rzany B. *[Using new media for online consensus conferences and open external review of guidelines – results of two pilot studies]*. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2012; 106:295–301. (Auf Deutsch).
4. Werner RN, Jacobs A, Rosumeck S, Nast A. *Online consensus conferences for clinical guidelines development – a survey among participants from the International Guidelines for the Treatment of Actinic Keratosis*. *J Eval Clin Pract* 2014; 20:853–6.
5. Colaco S, Hong J, Saeed S et al. *Dermatology glossary: an illustrated, interactive guide to clinical dermatology and dermatopathology*. Verfügbar unter: <http://missinglink.ucsf.edu/lm/DermatologyGlossary/index.html> (letzter Zugriff am 19. Januar 2016).
6. Chiang NYZ, Verbov J. *Dermatology: Handbook for medical students & junior doctors*. Verfügbar unter: <http://www.bad.org.uk/library-media/documents/Dermatology%20Handbook%20for%20medical%20students%202nd%20Edition%202014%20Final2%282%29.pdf> (letzter Zugriff am 19. Januar 2016).