

# Skin of Color in der Dermatologie

eCME- Modul (zur Zertifizierung bei der Ärztekammer Berlin eingereicht)

Ärztliche Kursleiterin:

**Dr. med. Rashmi Singh**

Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, FEBDV, Regensburg

# Interessenskonflikte

---

- Sanofi Aventis Deutschland GmbH

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhalt</b>	<b>Seite(n)</b>
■ Was ist Skin of Color?	3
■ Wissenslücken bei Skin of Color	4
■ Anatomische und physiologische Besonderheiten	5
■ Physiologische Veränderungen	6 - 11
■ Besonderheiten bei häufigen Dermatosen	12 - 34
■ Kulturelle und religiöse Besonderheiten	35 - 36
■ Haare - Besonderheiten bei Skin of Color	37 - 46
■ Dermatoonkologie	47 - 54
■ Kinderdermatologie	55 - 63
■ Ästhetische Medizin	64 - 69
■ Impressum & Fotonachweis	70

# Was ist Skin of Color?

## **Skin of Color (SoC)**

- ist mäßig bis stark pigmentierte Haut
- entspricht typischerweise den Fitzpatrick-Hauttypen IV-VI
- ist häufig bei Menschen afrikanischer, asiatischer, arabischer, hispanischer oder indigener Herkunft

## **Warum ist die Differenzierung in der Dermatologie wichtig?**

- Hauterkrankungen und auch kosmetische/ästhetische Behandlungen verlaufen bei SoC anders als bei helleren Hauttypen. Dementsprechend erfolgt auch die Behandlung differenzierter.

**CAVE:** Nicht nur die subjektiven Angaben (Verbrennen/Bräunen) der Patient:innen berücksichtigen, sondern wirklich die Hautpigmentierung und ethnische Aspekte sowie Herkunft in Betracht ziehen.

# Wissenslücken bei SoC?

## SoC in der dermatologischen Ausbildung & Praxis (Deutschland)

- **Lehrbuchanalyse (2021):**
  - Braun-Falco's Dermatology: nur ~4 % der Abbildungen zeigen SoC
  - Fritsch & Schwarz: nur ~0,54 % SoC-Repräsentation
- **Umfrage unter 236 Dermatolog:innen (2025):**
  - 65 % fühlen sich bei SoC-Diagnostik unsicher bis sehr unsicher
    - 94 % der Assistenzärzt:innen
    - 53 % mit Facharztstatus
  - 76 % bewerten die Ausbildung zu Hauttypen IV–VI als „schlecht bis sehr schlecht“
  - 73 % bewerten aktuelle Fachliteratur zur SoC-Diagnostik als unzureichend
  - 86 % wünschen sich Fortbildungen zur Erkennung von Hauterkrankungen bei SoC
- **Diagnosequalität (2023):**
  - Trefferrate bei hellhäutiger Haut: 72,1 %
  - Trefferrate bei SoC: nur 52,8 %

Quellen:

1. Alpagut C, Volberg C, Hertl M, Krönig L, Gschnell M. Dermatologische Diagnostik bei Patient:innen mit „SoC“ – Wie sicher fühlen sich deutsche Dermatolog\*innen? [Dermatological diagnostics in patients with "SoC" – How confident are German dermatologists?]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2025 Feb;192:28–35. German. doi: 10.1016/j.zefq.2024.11.011. Epub 2024 Dec 31. PMID: 39743467.

2. Gregersen, Deborah & Elsner, Peter. (2021). Ethnic diversity in German dermatology textbooks: Does it exist and is it important? A mini review. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 19. 10.1111/ddg.14543.

3. Krefting, F, Moelleken, M, Hölsken, S et al. Comparison of visual diagnostic accuracy of dermatologists practicing in Germany in patients with light skin and SoC. Sci Rep 14, 8740 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59426-4>.

# Anatomische und physiologische Besonderheiten

Merkmal	Skin of Color (Typ IV-VI)	Helle Haut (Typ I-III)	Klinische Implikation
<b>Melanosomen</b>	groß, einzeln, gleichmäßig verteilt	Klein, aggregiert, unregelmäßig verteilt	intensive postinflammatorische Hyperpigmentierung (PIH)
<b>Abbau von Melanin</b>	langsam	schnell	länger persistierende PIH
<b>Stratum corneum</b>	kompakter, verzögerte Desquamation/Abschuppung	weniger kompakt, schnellere Desquamation	dicke Schuppenschicht, Xerose klinisch stark sichtbar
<b>Drüsen</b>	größere apokrine Drüsen, höhere Talgproduktion	kleinere Drüsen, geringere Talgproduktion	ölige Haut, charakteristischer Körpergeruch
<b>Mastzellen</b>	größer, mehr	kleiner	stärkere Entzündungsantwort
<b>Fibroblastaktivität</b>	hoch (v. a. bei afrikanischer Abstammung), weniger Kollagenase	gering, mehr Kollagenase	Keloid

Quellen:

- Avsar P, Moore Z, Patton D, O'Connor T, Skoubo Bertelsen L, Tobin DJ, Brunetti G, Carville K, Iyer V, Wilson H. Exploring physiological differences in injury response by skin tone: A scoping review. *J Tissue Viability*. 2025 May;34(2):100871. doi: 10.1016/j.jtv.2025.100871. Epub 2025 Feb 14. Erratum in: *J Tissue Viability*. 2025 Aug;34(3):100896. doi: 10.1016/j.jtv.2025.100896. PMID: 40086146.
- Alchorne MMA, Conceição KDC, Barraza LL, Milanez Morgado de Abreu MA. Dermatology in black skin. *An Bras Dermatol*. 2024 May-Jun;99(3):327-341. doi: 10.1016/j.abd.2023.10.001. Epub 2024 Feb 2. PMID: 38310012; PMCID: PMC11074564.

# Skin of Color

## Physiologische Veränderungen

# Orale Pigmentierung

## ▪ Ursache:

- erhöhte Melaninablagerung in basaler Epithelschicht,  
keine Melanozytenvermehrung

## ▪ Auftreten:

- meist in den ersten zwei Jahrzehnten
- asymptatisch und harmlos

## ▪ Lokalisation:

- bevorzugt an befestigter Gingiva (72 %), auch Lippen, Wangen, Gaumen, Zunge

## ▪ Differenzialdiagnose:

- z. B. Peutz-Jeghers, M. Addison

## ▪ Therapie:

- medikamentös, z.B. Imatinib, Minocycline

# Benign Melanonychia striata

- **Auftreten:**

- bis zu 96 % der über 50-jährigen Schwarzen Patient:innen sind betroffen, 2,5% der Kinder

- **Differenzialdiagnose:**

- Subunguales Melanom



Benign Melanonychia striata

Quelle:

Abati S, Sandri GF, Finotello L, Polizzi E. Differential Diagnosis of Pigmented Lesions in the Oral Mucosa: A Clinical Based Overview and Narrative Review. Cancers (Basel). 2024 Jul 8;16(13):2487.

doi: 10.3390/cancers16132487. PMID: 39001549; PMCID: PMC11240708.

Fotonachweis: am Ende

# Pigmentierte Demarkierungslien

(Pigmentary Demarcation lines, auch Futcher's / Voigt's lines)

## ■ Erscheinungsbild:

- physiologische, symmetrische Linien mit klaren, stabilen Pigmentgrenzen, die asymptatisch, aber kosmetisch auffällig sind

## ■ Auftreten:

- vor allem bei Frauen, oft ab dem Erwachsenenalter

## ■ Typen:

- Typ A: Oberarme (häufigster Typ)
- Typ B: Beine (häufig in der Schwangerschaft)
- weitere: Gesicht, Brust, Rücken, Gesäß

## ■ Therapie:

- nicht notwendig

# Pigmentierte Demarkierungslien

(Pigmentary Demarcation lines, auch Futcher's / Voigt's lines)



Pigmentierte Demarkierungslien  
im Gesicht und an den Beinen

# Dermatosis Papulosa Nigra

- **Auftreten:**

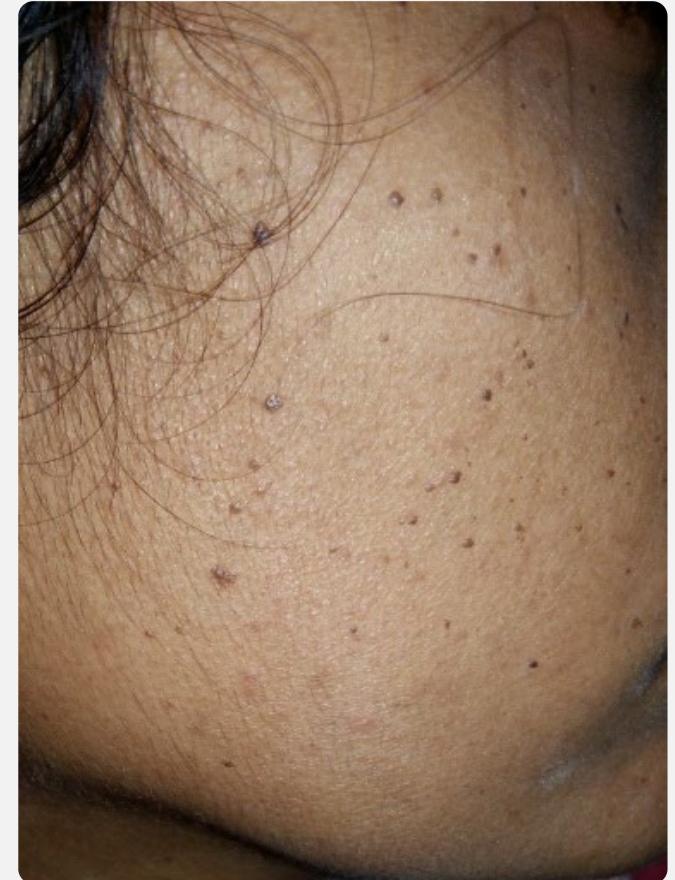
- vor allem bei Personen afrikanischer und asiatischer Herkunft

- **Erscheinungsbild:**

- gutartige, multiple seborrhoische Keratosen-Varianten
  - kleine, dunkelbraune bis schwarze Papeln vor allem im Gesicht und am Hals

- **Therapie:**

- nur aus kosmetischer Indikation  
(z. B. Elektrokoagulation, Laser, Kürettage)



Dermatosis Papulosa Nigra

# Skin of Color

**Besonderheiten  
bei häufigen Dermatosen**

# Allgemeine Charakteristika bei SoC

- Erytheme werden durch Pigmentveränderungen maskiert.
- Verstärkte Fibroblasten- und Melanozytenreaktion führt zu postinflammatorischer Hyperpigmentierung (PIH), Keloiden, Lichenifikation auch nach milden Entzündungen. Daher ist eine frühzeitige, konsequente antientzündliche Therapie entscheidend.
- Bei topischen Steroiden besteht das Risiko von sichtbarer Hypopigmentierung („Bleaching“) vor allem bei potenten Steroiden.
- Atypische Präsentationen von Erkrankungen wie
  - folliculäre atopische Dermatitis
  - Lichen Planus Pigmentosus
  - hypopigmentierte Mycosis fungoides.



**Für die Diagnose ist Erfahrung wichtig. Bei Unsicherheit sollte eine Biopsie erfolgen.**

# Besonderheiten der topischen Kortisonanwendung und die postinflammatorischen Folgen von Dermatosen

## Besonderheiten der topischen Kortisonanwendung und die postinflammatorischen Folgen von Dermatosen

Rashmi Singh  
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, FEBDV

BVDV  iDerm



**Rashmi Singh**  
Fachärztin für Haut- und  
Geschlechtskrankheiten, FEBDV

Besonders wichtig bei SoC-Patient:innen ist eine sorgfältige Aufklärung zur topischen Kortisonanwendung. Nebenwirkungen wie Hypopigmentierungen treten nicht nur häufiger auf, sondern sind auch sichtbarer und können mental oder sozial stark belastend oder stigmatisierend sein.

Mithilfe des Fingertip-Unit-Konzepts lässt sich die Dosierung gut standardisieren. Bitte klären Sie zusätzlich auf, dass eine mehrmalige Anwendung nicht besser funktioniert als ein- oder zweimal täglich.

Dazu sollen die Patient:innen, die mittelstarke bis starke Kortikosteroide bekommen, häufig zur Kontrolle einbestellt werden – nicht erst nach 3 Monaten – damit Hypopigmentierung frühzeitig identifiziert werden kann. Sobald wie möglich mit Calcineurin-Inhibitoren ersetzen und bei ausgeprägten Fällen an Systemtherapie denken.

Darüber hinaus endet bei SoC-Patient:innen die Krankheit nicht mit dem Abklingen der Entzündung. Im Gegensatz zu helleren Hauttypen können die sichtbaren Pigmentveränderungen – sei es Hyper- oder Hypopigmentierung – lange nach Kontrolle der Entzündung fortbestehen, was die Patient:innen mehr als die wirkliche Krankheit häufig belastet.

Das bedeutet, dass sich die Therapieziele nicht nur auf die Unterdrückung der Entzündung beschränken dürfen. Postinflammatorische Pigmentveränderungen müssen als Teil der Krankheitslast verstanden und aktiv mitbehandelt werden.



# Atopische Dermatitis

## ▪ Erscheinungsbild:

- Auftreten häufig heterogen, es sind nicht nur die Beugen, sondern oft auch die Streckseiten oder der Rumpf betroffen.
- papulöse oder follikuläre Läsionen
- hyper- oder hypopigmentiert
- Lichenifikation und auch Prurigo-Knoten treten häufiger auf.
- Erythem wirkt violett-braun, grau, nicht klassisch rot. Das führt zur Gefahr der Untererfassung und gängige Scores (SCORAD, EASI) sind weniger zuverlässig.
- Asiatische Patient:innen zeigen häufig psoriasiforme Verdickung und Schuppung.

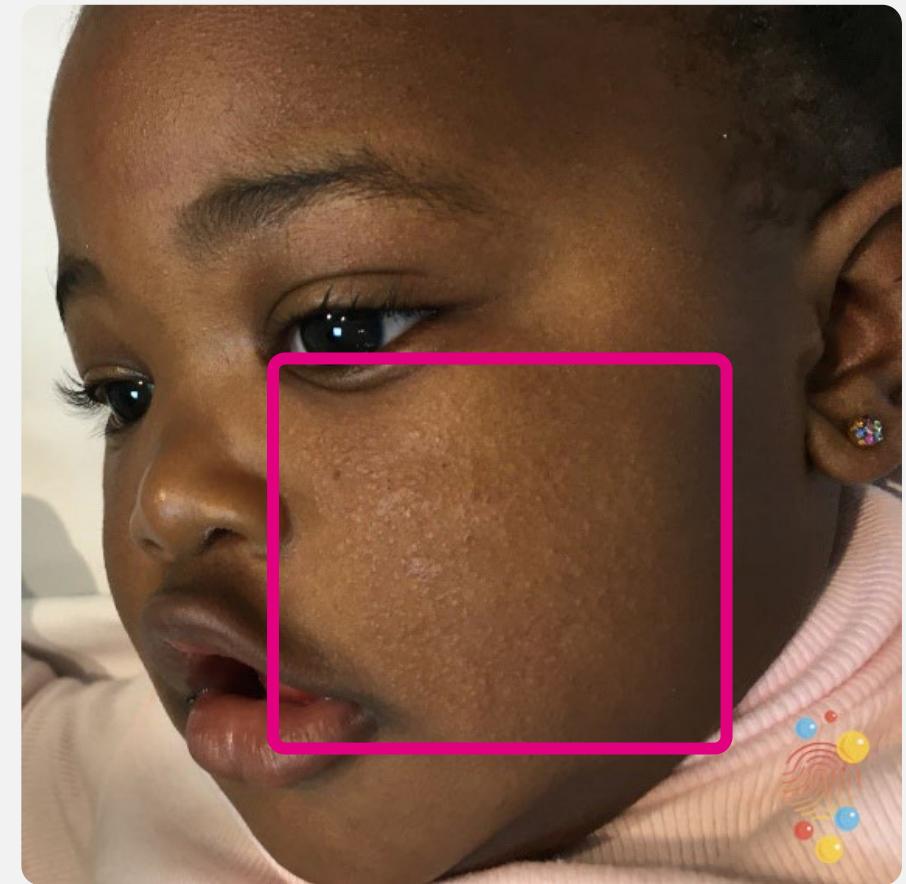
## ▪ Große psychosoziale Belastung

- durch persistierende postinflammatorische Hypopigmentierungen

## ▪ Therapie:

- potente Steroide einsetzen, aber mit Vorsicht → Gefahr einer Hypopigmentierung
- Calcineurin-Inhibitoren
- reichhaltige Pflege
- Systemtherapie wie bei anderen Hauttypen

# Atopische Dermatitis



# Psoriasis

- **Erscheinungsbild:**

- dickere Plaques, graue Schuppen, violette Läsionen
- häufig persistierende Dyspigmentierung

- **Auftreten:**

- Kopfhautpsoriasis tritt bei Asiaten und Schwarzen häufiger auf
- Frauen sind oft besonders schwer betroffen

- **Typen:**

- Bei Asiaten und Hispanics ist Stress ein häufiger Triggerfaktor

Quellen: :

- 1.Gkini MA, Nakamura M, Alexis AF, Londoño-Garcia A, van de Kerkhof PCM, Doss N, Griffiths CEM, Kaufman B, Kleyn CE, Lebwohl M, Redfern JS, Takeshita J, Rajagopalan M, El Sayed MH. Psoriasis in People With SoC: An Evidence-Based Update. *Int J Dermatol.* 2025 Apr;64(4):667-677. doi: 10.1111/ijd.17651. Epub 2025 Jan 31. PMID: 39887710; PMCID: PMC11931096.
2. Alchorne MMA, Conceição KDC, Barraza LL, Milanez Morgado de Abreu MA. Dermatology in black skin. *An Bras Dermatol.* 2024 May-Jun;99(3):327-341. doi: 10.1016/j.abd.2023.10.001. Epub 2024 Feb 2. PMID: 38310012; PMCID: PMC11074564.

# Psoriasis



# Seborrhoische Dermatitis

## ▪ Häufige Diagnose bei SoC

- Die Kopfhaut ist besonders bei Frauen oft betroffen.
- Die Symptome können durch Haaröle und seltenes Waschen verstärkt werden.

## ▪ Erscheinungsbild:

- atypische Präsentation: schwaches Erythem, Hypopigmentierung durch Malassezia-Metabolite (Tyrosin-Hemmer) an typischen Stellen
- petaloide Form: polyzyklische, hypopigmentierte/rosafarbene Läsionen an Haaransatz und Gesicht

---

### Quellen:

- 1.Gkini MA, Nakamura M, Alexis AF, Londoño-Garcia A, van de Kerkhof PCM, Doss N, Griffiths CEM, Kaufman B, Kleyn CE, Lebwohl M, Redfern JS, Takeshita J, Rajagopalan M, El Sayed MH. Psoriasis in People With SoC: An Evidence-Based Update. *Int J Dermatol.* 2025 Apr;64(4):667-677. doi: 10.1111/ijd.17651. Epub 2025 Jan 31. PMID: 39887710; PMCID: PMC11931096.
2. Alchorne MMA, Conceição KDC, Barraza LL, Milanez Morgado de Abreu MA. Dermatology in black skin. *An Bras Dermatol.* 2024 May-Jun;99(3):327-341. doi: 10.1016/j.abd.2023.10.001. Epub 2024 Feb 2. PMID: 38310012; PMCID: PMC11074564.

# Seborrhoische Dermatitis

Seborrhoische Dermatitis  
im Bereich des Haaransatzes  
und der Stirn



# Kutane Sarkoidose

- **Auftreten:**

- früheres Erkrankungsalter ( $\varnothing$  40 Jahre), häufiger bei Frauen

- **Erscheinungsbild:**

- häufigste Manifestation sind Papeln an Gesicht/Hals
  - Schwerere Verläufe und systemische Beteiligung führen zu einer erhöhten Mortalität.
  - häufigeres Auftreten einer hypopigmentierten und ulzerierten Sarkoidose
  - Lupus pernio ist chronisch und prognostisch ungünstig.
  - Erythema nodosum tritt seltener auf als bei hellen Hauttypen.
- Die Erstvorstellung erfolgt oft wegen der Entstellung, nicht wegen der Symptome.

# Kutane Sarkoidose



Sarkoid-Papeln am Nasenrand und am Auge

# Lupus Erythematoses

## Diskoider Lupus Erythematoses (DLE)

### ▪ Auftreten:

- höhere Inzidenz und Schwere bei Frauen

### ▪ Erscheinungsbild:

- Auftreten vor allem an exponierten Arealen (Skalp, Ohren)
- Depigmentierung, narbige Alopezie, postinflammatorische Hyperpigmentierung, Risiko hypertropher Narben
- Haarpflegepraktiken verstärken Alopezie

## Systemischer Lupus Erythematoses (SLE)

### ▪ Auftreten:

- Prävalenz ist bei SoC ca. 3-fach höher, vor allem sind Frauen betroffen

### ▪ Erscheinungsbild:

- aggressiver Verlauf mit Nieren-/kardiovaskulärer Beteiligung
- Hautbefall bei ~ 80 %
- akuter LE selten, assoziiert mit Nierenerkrankung
- DLE in ~ 50 % (assoziiert mit Arthritis)
- subakuter LE ist selten

# Diskoider Lupus Erythematoses



# Akne

## ▪ Erscheinungsbild:

- Nicht nur an eine postinflammatorische Hyperpigmentierung, sondern auch an eine „peri-inflammatorische Hyperpigmentierung“ denken.
- Keloide und hypertrophe Narben treten häufiger auf, daher ist frühzeitige Prävention und Therapie wichtig.

## ▪ Therapie:

- Retinoide langsam einschleichen und rückfettende Externa und sanfte Reinigung, da bei Trockenheit/Reizung erhöhte Gefahr einer postinflammatorischen Hyperpigmentierung.
- Systemtherapie auch früher in Erwägung ziehen.

## ▪ Aufklärung des Patienten:

- Betonung der konsequenten Anwendung von Sonnenschutz, um Hyperpigmentierungen zu minimieren

# Akne



Akne-Keloid



Postinflammatorische Pigmentierung aufgrund von Akne

# Pomade-Akne

- **Akne exogena, ausgelöst durch komedogene Haarpflegeprodukte wie Pomaden, Haarwachs oder Öle**
- **Erscheinungsbild:**
  - nicht-entzündliche Komedone, seltener papulo-pustulöse Läsionen
  - Lokalisation an Stirn, Haaransatz und Schläfen („hairline acne“)
- **Therapie:**
  - Umstellung der auslösenden Produkte
  - Salizylsäure/BPO/Retinoide
- **Statt einem generellen Verzicht auf Haarpflege lieber nicht-komedogene, leichtere Alternativen empfehlen** (z.B. silikonbasierte oder wasserbasierte Stylingprodukte).

# Rosazea

## ▪ Auftreten:

- Häufig unterdiagnostiziert, da das Erythem bei Hauttyp V und VI schwer einschätzbar ist.
- Das Erythem kann dunkelrot, violett oder bräunlich aussehen.

## ▪ Diagnose:

- Nach Symptomen wie Wärmegefühl, Brennen oder Stechen sowie Provokationsfaktoren fragen.
- Fehlen von Komedonen
- Ein langfristiger Gebrauch von potenten topischen Steroiden im Gesicht zum Zweck der Hautaufhellung (häufig in Ländern mit einem freien Zugang z.B. Indien) kann **rosazeaartige Dermatitis** mit Papeln, Pusteln, Erythem und Brennen auslösen.

# Rosazea



**DermNet™**  
All about the skin

Rosazea



Rosazeaartige Dermatitis

# Pseudofollikulitis Barbae

## ▪ Erscheinungsbild:

- erythematöse/hyperpigmentierte Papeln und Pusteln im Bartareal
- Einwachsen gekräuselter Haare führt zu einer Fremdkörperreaktion
- Risiko von Infektionen (Follikulitis Barbae, Sycosis Barbae)

## ▪ Therapie:

- Rasurstop von mindestens 8 Wochen
- topische Anwendung schwacher Steroide, Retinoide, Benzoylperoxid, Antibiotika (z. B. Clindamycin/BPO-Gel)
- Laser-Haarepilation und gegebenenfalls topische Anwendung von Eflornithin

## ▪ Präventiv die Rasurtechnik anpassen:

- Warmkomresse vor der Rasur
- Pre-shave-Öl und Schaum verwenden
- Elektrorasierer/-trimmer verwenden
- Haare mit einer Länge von 1–3 mm stehen lassen
- mit der Wuchsrichtung ohne Zug rasieren, nur 1 Pass, kurze Züge
- Kaltkomresse nach der Rasur
- Klinge häufig wechseln

# Pseudofollikulitis Barbae



Abgerundete pigmentierte  
Papeln im Bartbereich  
bei Pseudofollikulitis Barbae

# Erworrene diffuse Hyperpigmentierung im Gesicht - Differentialdiagnosen

Erkrankung	Klinik	Therapie
<b>Melasma</b>	symmetrische braune Makulae im Gesicht (Stirn, Wangen, Oberlippe)	Photoprotektion, topische Bleichmittel, Peelings, ggf. Laser
<b>Postinflammatorische Hyperpigmentierung</b>	Residualpigmentierung nach einer Entzündung	Grunderkrankung behandeln, Photoprotektion, topische Aufheller, Peelings, Laser
<b>Lichen Planus Pigmentosus</b>	diffuse bzw. fleckförmige, bläulich- bis gräulich-braune Hyperpigmentierungen sonnenexponierter Areale, ggf. auch der Flexurseiten	Photoprotektion, topische Steroide/Calcineurin-Inhibitoren, Hydroxychloroquin, Isotretinoin, Laser
<b>Erythema dyschromicum perstans</b>	Erworbene dermale makuläre Hyperpigmentierung aschgraue Makulae, teils mit erythematösem Rand, persistierend, ggf. auch am Körper	Photoprotektion, Clofazimin, Dapson, Isotretinoin, topische Steroide
<b>Riehl-Melanose</b>	Typ 4 Hypersensibilisierung auf Duftstoffe/Kosmetika ausschließen, genetische Veranlagung, UV-Licht	Karenz gegenüber Triggern, Photoprotektion, Depigmentationstherapie, Peelings, Laser
<b>Akanthosis nigricans (inkl. Gesicht)</b>	samtige, bräunlich-hyperpigmentierte Plaques (klassisch Nacken, selten Gesicht, Stirn, Schläfe, periorbital)	Gewichtsreduktion, ggf. Metformin, topische Retinoide/Keratolytika, Peelings, Laser
<b>Exogene Ochronose</b>	blau-schwarze Hyperpigmentierung nach Hydrochinongebrauch	Hydrochinon stoppen, Photoprotektion, Laser

# Diffuse Hyperpigmentierung im Gesicht



Erworogene dermale makuläre Hyperpigmentierung (Lichen Planus Pigmentosus)



Akanthosis nigricans



Exogene Ochronose

# Pearl Melasma

## ■ Therapie:

- bleichende Externas z. B. Hydrochinon, Thiamidol, Tranexamsäure, Cysteamin
- **CAVE:** Hydrochinon:
  - Exogene Ochronose! Ablagerung von ochronotischem Pigment in der papillären Dermis  
Risikofaktor: Hydrochinon > 4 %, langfristige tägliche Anwendung
- Chemische Peelings, z. B. Trichloressigsäure-Peeling (TCA) 10-15 %, Gykolsäure
- Q-Switch oder Pico, Nd:YAG, ggf. Alexandrit
- mit Vorsicht und niedriger Fluenze einsetzen
  - kann gegebenenfalls zu einer Verschlechterung bei Melasma führen
- oral Tranexamsäure (OFF-LABEL)

## ■ Sonnenschutz:

- Getönten **Sonnenschutz** verwenden oder Sonnenschutz mit Make-up schichten.
- Sonnenschutzprodukt empfehlen, das für dunklere Hauttypen geeignet ist und keinen aschigen Film hinterlässt.
- Selbst die am stärksten getönten Produkte vieler Hersteller wirken auf dunkler Haut oft zu hell oder gräulich.

**MERKE:** „Der beste Sonnenschutz ist letztlich der, den die Patientin bzw. der Patient regelmäßig anwendet.“

# **Skin of Color**

**Kulturelle und religiöse  
Besonderheiten**

# Kulturelle und religiöse Besonderheiten

## ▪ Henna-Kontaktekzem:

- vor allem bei schwarzem Henna (PPD)
- Auftreten von Ekzemen, Blasen, Hyperpigmentierung

## ▪ Gebetsknötchen (Prayer nodule):

- hyperkeratotische Knoten/Lichenifikation an Stirn, Knien, Fußrücken (Prostration)

## ▪ Turban-Alopezie (Indien):

- Traktionsalopezie frontal/temporal (strammes Binden)

## ▪ Tilak-Dermatitis (Indien):

- allergisches oder irritatives Ekzem durch Kumkum, Sandelholz, Sindoor

## ▪ Traditionelle Heilmittel:

- Knoblauch, Ingwer, Arnika, Ruta graveolens (Weinraute) können zu Hautirritationen und Fotoallergien führen

## ▪ Hijab-Akne („Acne mechanica“):

- Bedeckung und Schweiß können zu Komedonen/Papeln führen.

## ▪ Schröpfen:

- Verbrennungen, Blasen, Hyperpigmentierungen

## ▪ Moxibustion (Chinesische Medizin):

- kreisförmige Narben durch Abbrennen von Beifußkraut

# **Skin of Color**

**Haare –  
Besonderheiten bei Skin of Color**

# Haare - Besonderheiten bei Skin of Color

## Haare - Besonderheiten bei Skin of Color

Rashmi Singh  
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, FEBDV

BVDV JuDerm

zum  
Video

Rashmi Singh  
Fachärztin für Haut- und  
Geschlechtskrankheiten, FEBDV

Wenn wir Haartherapien bei Patient:innen mit SoC einsetzen, dürfen wir die Haarpraktiken nicht ignorieren. Afrotexturiertes Haar ist von Natur aus fragiler, trockener – und es wird häufig zusätzlich durch enge Braids, Weaves oder chemische Relaxer belastet.

Ganz wichtig ist die kulturell sensible Kommunikation: Haare sind Ausdruck der Identität, deshalb sollten wir nicht nur medizinische Empfehlungen geben, sondern gemeinsam mit den Patient:innen praktikable Lösungen entwickeln.

Viele Patient:innen tragen ihre Frisur über mehrere Wochen. Wenn wir ihnen empfehlen, 2- bis 3-mal pro Woche ein Antischuppen-Shampoo zu verwenden, ist das einfach nicht mit ihrem Alltag zu vereinbaren – sie würden ihre Frisur zerstören und sich unwohl fühlen. Das führt zwangsläufig zu Non-Compliance. Deshalb müssen wir Therapien so gestalten, dass sie in die Haarpflegegewohnheiten integriert werden können – z. B. durch topische Therapien, die punktuell angewendet werden können, ohne die Frisur aufzulösen.

# Besonderheiten der Haare

Herkunft / Haartyp	Typische Praktiken	Risiken	Klinische Hinweise
<b>Afrikanisches Haar</b>	Braids, Weaves, Dreadlocks, Relaxer, Hot Combing, längere Abstände zwischen den Haarwäschen	Traktionsalopezie, zentrale zentrifugale zikatrische Alopezie (CCCA), Haarbruch, seborrhoische Dermatitis	Tension reduzieren, Pausen von der Frisur, schonende Kopfhautpflege, kultursensibel beraten
<b>Indisches Haar</b>	Ölbehandlungen (Kokos-/Senföl), Henna, enges Binden der Haare	Kontaktdermatitis, seborrhoische Dermatitis, mechanische Belastung	Aufklärung bei fettiger Kopfhaut
<b>Lateinamerikanisches Haar</b>	chemisches Glätten, Färben, Hitze-Styling, Extensions	Haarbruch, Fragilität, Traktionsalopezie	schonende Methoden, Hitzeschutz, Pflege an den Haartyp anpassen

# Traktionsalopecie

## ▪ Ursache:

- langandauernder Zug durch straffe Frisuren (Braids, Weaves, Dutts, Pferdeschwänze)

## ▪ Erscheinungsbild:

- perifollikuläre Entzündung, Zerstörung der Haarfollikel
- typisch: bitemporale Region

## ▪ Verlauf:

- zunächst nicht-vernarbend (ggf. Follikulitis), bei Persistenz vernarbend
- Fringe-Zeichen: schmaler Saum erhaltener feiner Haare an der Haaransatzlinie

## ▪ Therapie:

- bei frühzeitiger Behandlung reversibel
- Beendigung traktioneller Frisuren
- topisch/intraläsional Kortikosteroide, Minoxidil
- Camouflage
- Haartransplantation

# Traktionsalopezie



# Zentrale zentrifugale zikatrische Alopezie (CCCA)

## ▪ Auftreten:

- häufigste vernarbende Alopezie bei Frauen afrikanischer Abstammung

## ▪ Erscheinungsbild:

- Beginn meist zentral am Scheitel, progressiver, konzentrischer Haarverlust aufgrund von irreversibler Vernarbung
- symptomatisch oder asymptomatisch
- Trichoskopie: peripilärer weiß-grauer Halo um Haare, weiße Narbenareale, „Honigwabenmuster“ sowie ein charakteristisches „Sternenhimmel“-Muster

## ▪ Risikofaktoren:

- häufige Anwendung chemischer Relaxer, heiße Kämme, straffe Frisuren, genetische Prädisposition

## ▪ Therapie:

- frühzeitige Entzündungshemmung mit topischen Arzneimitteln oder IL-Kortikosteroiden, Calcineurin-Inhibitor, Minoxidil, systemisch Doxycyclin
- Vermeiden von chemischem oder mechanischem Stress

## ▪ Prognose:

- Die Progression kann durch eine frühe Intervention verlangsamt werden.

# Zentrale zentrifugale zikatrische Alopezie (CCCA)



# Akne keloidalis nuchae (AKN)

## ▪ **Auftreten:**

- nach der Pubertät
- Männer sind häufiger betroffen als Frauen (m:w  $\approx$  20:1).
- Assoziation mit metabolischem Syndrom und Hidradenitis suppurativa (HS)

## ▪ **Klinik:**

- chronische Follikulitis mit keloidartigen Papeln/Plaques, narbige Aloperie (Nuchal/Occipital)

## ▪ **Pathogenese:**

- androgene, mechanische Irritation, abnorme Immunantwort

## ▪ **Prävention:**

- keine Kurzrasuren, Vermeidung enger Kragen/Helme

## ▪ **Therapie:**

- topische Retinoide, mit Kortikosteroiden, Clindamycin bei Pusteln
- intraläsionales Triamcinolon
- Systemisch: Isotretinoin, Doxycyclin
- Laser-Haarepilation

## Akne keloidalis nuchae (AKN)



# Haare – Therapiebesonderheiten bei SoC

- Lotion oder Schaum als Lösung (weniger austrocknende Vehikel)
- Minoxidil: Unachtsame Applikation kann zu Hypertrichose in angrenzenden Arealen führen, oft deutlicher und belastender im Erscheinungsbild.
- Langfristige topische Kortikosteroide können zu Pigmentstörung führen.
- Camouflage/Haarfaser
- Shampoos: mild, Kombination mit einem Conditioner oder „co-washing“ berücksichtigen.
- Medikamentöse Shampoos können die Frisur beeinflussen!
- Sprechen Patient:innen von Haarausfall, sollte auch an Haarbruch gedacht und entsprechend untersucht werden:
  - strukturelle Fragilität sowie externe Schädigungen:  
Trichoskopisch zeigen sich Trichorrhexis nodosa, distale Trichoptilosis (gespaltene Enden) und zentrale Trichoptilosis (Längsspaltung des Haarschafts)



**Skin of Color**

**Dermatoonkologie**

# Melanom

- Zusammenhang mit UV-Exposition unklar
- Das akrolentiginöse Melanom an Fußsohle, Handinnenfläche und subungual ist die häufigste Form. Differenzialdiagnostisch ist die Melanonychia striata abzuklären.
- In der Dermatoskopie wurde bei plantar akralen Melanomen in 57 % der Fälle ein hypopigmentierter Halo beobachtet.
- Diagnosen werden häufiger in fortgeschrittenen Stadien mit dickeren, ulzerierten Tumoren gestellt.
- erhöhtes Risiko für aggressiv verlaufende mukosale Melanome
- hohe Mortalität:
  - absolute Überlebensdifferenz von 25 % zwischen Schwarzen und weißen Patient:innen
  - größte ethnisch bedingte Überlebenslücken aller Krebsarten

# Melanom

Akrales lentiginöses Melanom am Nagel  
Unregelmäßige pigmentierte Längsstreifen  
bei Melanomen des Nagels



# Plattenepithelkarzinom

## ▪ Auftreten:

- häufigster Hautkrebs bei SoC
- meist in chronisch geschädigter Haut

## ▪ Risikofaktoren:

- UV-Exposition weniger zentral
- chronische Entzündung/Wunden, Narben, HPV
- Besondere Aufmerksamkeit ist bei nicht heilenden Wunden oder Narben, insbesondere in Arealen mit vorbestehenden Verbrennungen, Lupus, Hidradenitis oder nach Traumata erforderlich.

# Plattenepithelkarzinom



Fortgeschrittenes Plattenepithelkarzinom, das in einer Verbrennungsnarbe entsteht

# Basalzellkarzinom

- Assoziation mit Sonnenexposition möglich
- pigmentierte Variante am häufigsten



Basaliom

Quellen:

1.Visser, Willem & Tod, Bianca. (2025). Melanoma in SoC: Increasing Awareness and Achieving Better Disease Outcomes – A Call to Action. *EJC Skin Cancer*. 3. 100730. 10.1016/j.ejcskn.2025.100730.

2. Gupta AK, Bharadwaj M, Mehrotra R. Skin Cancer Concerns in People of Color: Risk Factors and Prevention. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016 Dec 1;17(12):5257-5264. doi: 10.22034/APJCP.2016.17.12.5257. PMID: 28125871; PMCID: PMC5454668.

Fotonachweis: am Ende

# Mycosis fungoides

## ▪ Auftreten:

- häufiger als bei heller Haut
- jüngeres Erkrankungsalter

## ▪ Erscheinungsbild:

- hyper- oder hypopigmentierte Läsionen häufig
- hypopigmentierte Variante häufiger bei Kindern/Jugendlichen
- gegebenenfalls starker Pruritus und Lichenifikation

## ▪ Diagnose:

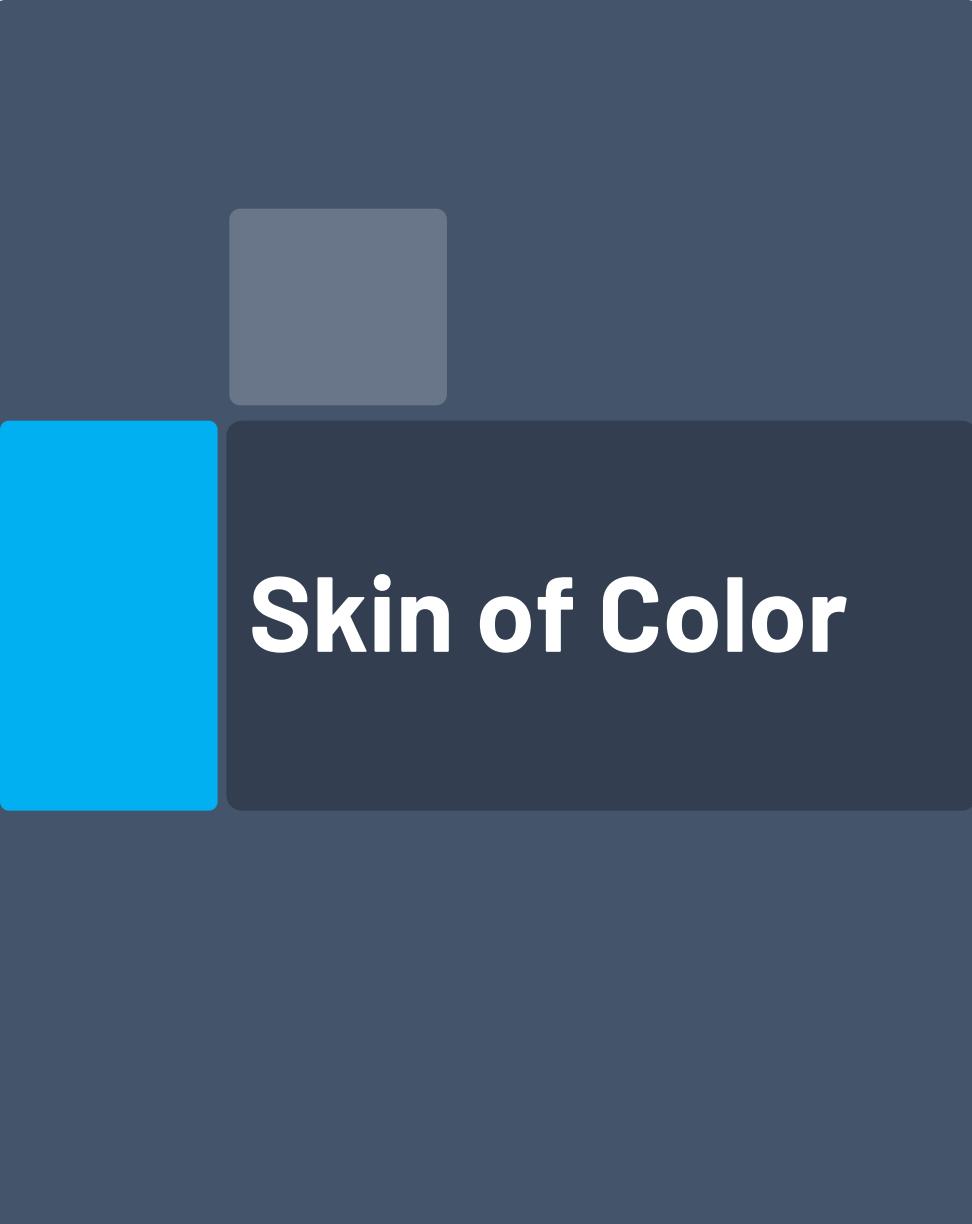
- oft im fortgeschrittenen Stadium
- Fehldiagnosen häufig

## ▪ Prognose:

- hypopigmentierte Form meist indolent
- insgesamt aber höhere Mortalität (späte Diagnosen, aggressivere Verläufe)

# Mycosis fungoides





**Skin of Color**

**Kinderdermatologie**

# Kongenitale dermale Melanozytose

- Früher auch als Mongolenflecken bezeichnet
- **Auftreten:**
  - besonders häufig bei Kindern mit SoC
- **Erscheinungsbild:**
  - blaugrau-grünliche Makula, meist lumbosakral
- **Therapie:**
  - nicht erforderlich, da harmlos
  - verblasst in der Regel im Laufe der Kindheit

# Kongenitale dermale Melanozytose



# Transiente neonatale pustulöse Melanose

- **Auftreten:**

- häufig bei Neugeborenen mit SoC

- **Erscheinungsbild:**

- sterile, flüchtige pustulöse Läsionen
  - rasche Ruptur führt zu hyperpigmentierten Maculae mit feiner Schuppung
  - Pigment hält Monate an

- **Therapie:**

- harmlos, selbstlimitierend
  - keine Therapie erforderlich

# Transiente neonatale pustulöse Melanosis



# Pityriasis alba

## ▪ Auftreten:

- häufige, benigne, selbstlimitierende Dermatose vor allem im Kindesalter
- zumeist im Gesicht, gegebenenfalls an den Oberarmen und am Rumpf
- Assoziation mit atopischer Dermatitis möglich
- postinflammatorisch nach milder, oft subklinischer Dermatitis, Barrierestörung (Xerosis), UV-induzierte Demaskierung im Sommer

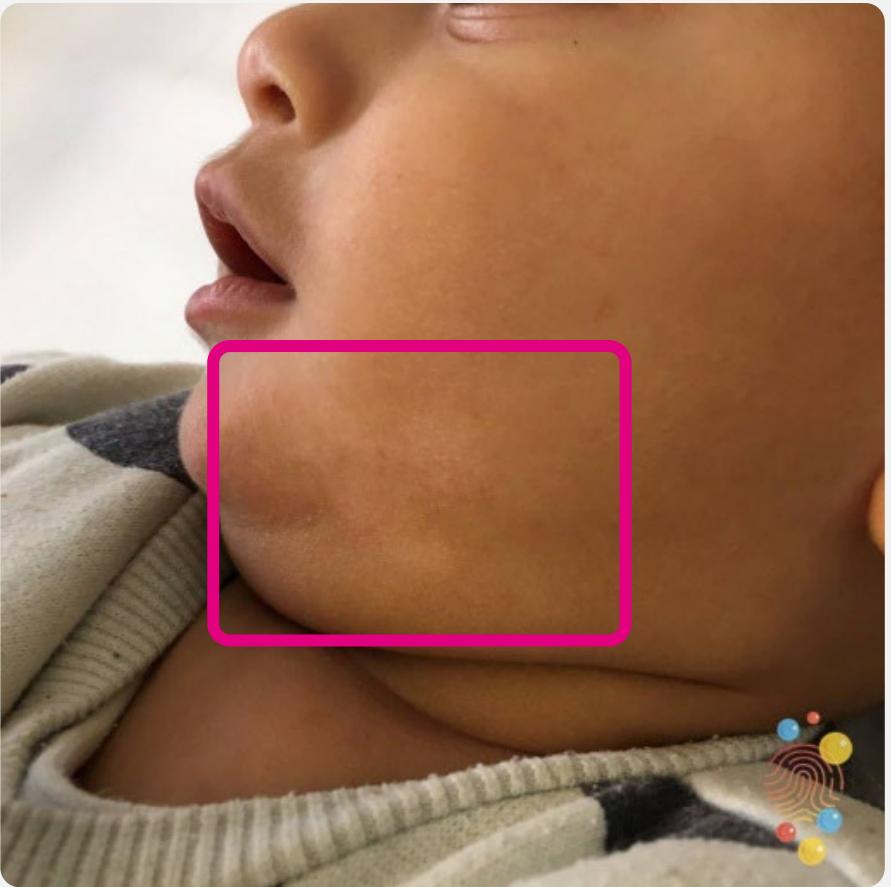
## ▪ Erscheinungsbild:

- unscharf begrenzte, hypopigmentierte, fein schuppende Maculae
- meist asymptomatisch, gelegentlich milder Pruritus

## ▪ Therapie:

- Aufklärung
- rückfettende Pflege, gegebenenfalls milde topische Steroide und Calcineurin-Inhibitor
- UV-Schutz

# Pityriasis alba



# Progressive makuläre Hypomelanose (PMH)

## ■ Auftreten:

- bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- häufiger bei SoC
- Frauen sind häufiger betroffen als Männer

## ■ Erscheinungsbild:

- multiple, unscharf begrenzte, hypopigmentierte Makulæ am Stamm (häufiger am Rücken als am Abdomen)
- keine Schuppung, kein Juckreiz, langsam progredient
- Assoziation mit Cutibacterium acnes in den Follikeln
- verminderte Melanosomenverteilung
- häufig rezidivierend

## ■ Diagnose:

- Wood-Licht: rötlich-oranger Follikularglanz
- Differenzialdiagnosen: Pityriasis versicolor (Schuppen!), Vitiligo, hypopigmentierte Mycosis fungoides, hypopigmentierte Plaque Parapsoriasis, Pityriasis lichenoides chronica

## ■ Therapie:

- spontane Rückbildung möglich
- topische/orale Antibiotika (Clindamycin, Benzoylperoxid, Tetracycline)
- Phototherapie (NB-UVB)

# Progressive makuläre Hypomelanose (PMH)





**Skin of Color**

**Ästhetische Medizin**

# Chemische Peelings

## ▪ **Wichtig:**

- strikter Sonnenschutz 2 Wochen vor und 4 Wochen nach der Behandlung

## ▪ **Priming:**

- vor der Behandlung z. B. mit Glycolsäure/Tretinoin/Hydrochinon  
zur Reduktion des Risikos einer postinflammatorischen Hyperpigmentierung

## ▪ **Anwendung:**

- leichte (superficial) Peelings mit folgenden Wirkstoffen:
  - Trichloressigsäure-Peeling (TCA 10-15 %), Alpha-Hydroxysäure (AHA), Beta-Hydroxysäure/Salicylsäure (BHA), Jessner Peel (Konzentration und Kontaktzeit langsam über mehrere Sitzungen erhöhen)
- Vermeiden:
  - mitteltiefe/tiefe Peelings (hoch dosierte TCA, Phenol), da ein Risiko für Dyschromien/Narben besteht
- Nachbehandlung:
  - topische Kortikosteroide zur Reduzierung des Risikos einer postinflammatorischen Hyperpigmentierung

---

### Quellen:

1. Harnchoowong S, Vachiramon V, Jurairattanaporn N. Cosmetic Considerations in Dark-Skinned Patients. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2024 Feb 1;17:259-277. doi: 10.2147/CCID.S450081. PMID: 38321987; PMCID: PMC10844008.

2. Snozzi P, van Loghem JAJ. Complication Management following Rejuvenation Procedures with Hyaluronic Acid Fillers—an Algorithm-based Approach. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018 Dec 17;6(12):e2061. doi: 10.1097/GOX.00000000000002061. PMID: 30656127; PMCID: PMC6326607.

# Injectables

- gleiche Wirksamkeit und Verträglichkeit wie helle Haut
- **Wirkstoffe:**
  - **Botulinumtoxin:**
    - höheres Risiko für okuläre Nebenwirkungen (z. B. Lidödem) vor allem bei asiatischen Patient:innen
  - **Filler:**
    - weniger Punktionsstellen
    - Risiko für eine postinflammatorische Hyperpigmentierung vor allem bei schnellen oder seriellen Injektionen; Differenzialdiagnose: Hemosiderin-Ablagerung nach Ekchymosen

---

## Quellen:

1. Harnchoowong S, Vachiramon V, Jurairattanaporn N. Cosmetic Considerations in Dark-Skinned Patients. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2024 Feb 1;17:259-277. doi: 10.2147/CCID.S450081. PMID: 38321987; PMCID: PMC10844008.
2. Snozzi P, van Loghem JAJ. Complication Management following Rejuvenation Procedures with Hyaluronic Acid Fillers—an Algorithm-based Approach. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018 Dec 17;6(12):e2061. doi: 10.1097/GOX.0000000000002061. PMID: 30656127; PMCID: PMC6326607.

# Lasermedizin

## ▪ Risiko durch Chromophor-Konkurrenz:

- Hoher Melaningeinhalt in der Epidermis konkurriert mit dem Zielchromophor und kann zu Überhitzung mit Blasen- und Narbenbildung sowie Dys- bzw. Hyperpigmentierungen führen.

## ▪ Melanin Absorption:

- Maximum bei 250–1200 nm

## ▪ Hauttyp VI

- bis zu 40 % höhere Absorption im Vergleich zu den Hauttypen I-II  
Das bedeutet eine identische Fluenz/Pulsdauer führt zu deutlich stärkerer Energieaufnahme.
- Daher:
  - längere Wellenlänge (tieferes Eindringen, geringere epidermale Absorption)
  - niedrigere Fluenzwerte (langsam titrieren)
  - weniger Durchgänge
  - maximierte Kühlung und post-Laser Steroide
- Probelaserung!

# Laserindikationen

## ▪ Haarentfernung:

- Nd:YAG > Diode > Alexandrit

## ▪ Pigment:

- Q-Switch oder Pikosekunden
- Nd:YAG > Alexandrit
- Ein fraktionierter Aufsatz verringert das Auftreten einer postinflammatorischen Hyperpigmentierung.

## ▪ Tattooentfernung:

- (Q-Switch oder Piko) Nd:YAG > Alexandrit

## ▪ Nicht-ablative Hautverjüngung (non-ablative Rejuvenation)/Aknenarben:

- Erbium Glass/Thulium/Radiofrequenz-Microneedling/Nd:YAG

## ▪ Fraktionierte CO2-Laser

- Niedrigere Fluenz und niedrigere Dichte als bei hellerer Haut
- Prä-, peri- und post-operative Kühlung

# Laserindikationen



Postinflammatorische  
Pigmentierung nach  
seborrhoischer  
Keratose-Behandlung  
mit Erbium Laser



# Impressum und Fotonachweis

## Impressum

JuDerm im  
Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) e.V.  
Schumannstraße 18  
10117 Berlin

## Fotonachweis

- Dr. Meenaz Khoja, Indien
- Dr. Lubna Changal, Indien
- Dr. Sanjay Khare, Indien
- Dr. Apeksha Mirja, Indien
- Dr. Rachita Misri, Indien
- Dr. Archana Singh, Indien
- Dr. Mahtab Alam, Indien
- PD Dr. med Stefanie Meyer, Regensburg
- Deepashree Garg, Augsburg
- Ayse Atan, Berlin
- DERMNet (Seite 8, 16, 20, 22, 26, 29, 31, 41, 43, 49, 51, 57, 59, 61)
- Skindeep (Seite 16, 18, 61)



Vielen Dank!