

Grün, gelb, schwarz

Was tun bei Nagelverfärbungen?

Dietrich Abeck

Das Farbspektrum von Nagelverfärbungen ist vielfältig – ebenso wie die zugrunde liegenden Ursachen. Während einige Nagelveränderungen durch äußere Einflüsse entstehen und harmlos sind, können andere einen wichtigen Hinweis auf eine andere Grunderkrankung liefern.

Eine Nagelverfärbung liegt dann vor, wenn die Farbgebung von Finger- oder Zehennägeln vom gewöhnlichen Farbraum abweicht. Die Formen und Ursachen sind dabei sehr vielfältig.

Bakteriell bedingte Farbveränderungen

Eine 61-jährige Patientin stellte sich vor und berichtete, dass sich ihr linker Zeigefinger seit etwa sechs Wochen zunehmend grünlich-gräulich verfärbt hätte. Schmerzen beständen zwar nicht, die psychische Belastung sei dafür groß: Ihre Hände könne sie gar nicht mehr in der Öffentlichkeit zeigen.

Klinisch ist isoliert die Nagelplatte des linken Zeigefingers flächig verfärbt mit einem kleinen, nicht befallenen Randsaum unmittelbar proximal sowie an einer seitlichen Begrenzung der Nagelplatte (**Abb.**

1). Eine paronychia Beteiligung sowie eine Schwellung des Fingers fehlen. Aufgrund des charakteristischen klinischen Bildes wird die Diagnose Grüner-Nagel-Syndrom (Chloronychie) gestellt.

Farbveränderungen der Nagelplatte können vielgestaltige Ursachen zugrunde liegen, die sich häufig bereits allein durch die klinisch Inspektion diagnostizieren lassen.

Druckbedingte Farbveränderungen

Veränderungen der Nagelplatte, die sich auf eine druckbedingte traumatische Nagelschädigung zurückführen lassen, treten vor allem im Bereich der Großzehen auf. Sie können sich aber prinzipiell an allen Nägeln manifestieren.

Ein anderer Patient stellte sich wegen seit etwa zwei Monaten bestehender,

symptomloser, gelblicher Verfärbungen im Bereich beider Großzehennägel vor (**Abb. 2**). Die Symmetrie der Nagelveränderungen und die sehr scharfe Begrenzung zwischen befallener und nicht befallener Nagelplatte sind die wichtigsten diagnostischen Kriterien, vor allem zur Abgrenzung einer Nagelpilzkrankung. pilzbedingte Veränderungen der Nägel treten typischerweise nicht symmetrisch auf und weisen keine scharfe Begrenzung zur nicht befallenen Nagelplatte auf.

Druckbedingte Nagelveränderungen bedürfen keiner Behandlung und heilen bei Vermeidung weiterer traumatischer Schädigungen von selbst ab.

Nagelhämatom

Schwärzliche Veränderungen der Nägel sind in der Regel Gründe für eine akute Vorstellung beim Arzt, wie auch beim folgenden Patienten, der sich mit Verdacht auf ein Melanom vorstellte. Die schmerzlose Verfärbung im Bereich der Kleinzeh rechts war dem Patienten bewusst seit drei Tagen aufgefallen. In dem zur Fußaußenkante angrenzenden Anteil der Nagelplatte imponierte eine



Abb. 1: „Green nail syndrome“: Eine bakterielle Infektion, am häufigsten durch *Pseudomonas aeruginosa* bedingt, verfärbt die Nagelplatte grünlich.



Abb. 2: Druckbedingte Nageldystrophie: Symmetrisch an den Innenseiten beider Großzehennagelplatten zeigen sich zur nicht befallenen Haut sehr scharf begrenzte gelbliche Verfärbungen.

schwärzliche Verfärbung (Abb. 3). Die kurze Bestandsdauer sprach gegen ein akrolentiginöses malignes Melanom. Dieses konnte sicher durch die Untersuchung mit dem Dermatoskop (Abb. 4) ausgeschlossen werden: Es zeigte sich die für ein Hämatom charakteristische Mehrfarbigkeit der Pigmentierung mit rötlich-violett-schwärzlichen Anteilen, die nach distal die für ein Hämatom typische gestreifte und filamentöse Begrenzung aufwies [1].

Melanonychie und Differenzialdiagnose Melanom

Ein bräunlich bis schwarzer, die Nagelplatte von proximal nach distal durchziehender Streifen kennzeichnet die longitudinale Melanonychie (Abb. 5). Die Erkrankung zeigt ethnische Häufigkeitsunterschiede: Sie ist bei Hellhäutigen selten, bei Japanern dagegen häufiger (10–20 %). Diese erkrankten vor allem an Daumen, Zeige- und Mittelfingern. Bei über 50-jährigen Afro-Amerikanern tritt Melanonychie fast zu 100 % auf [6].

Die wichtigste Differenzialdiagnose zur longitudinalen Melanonychie ist das subunguale maligne Melanom. Tab. 1 nennt klinische Hinweise, die für eine Abgrenzung von Bedeutung sind. Alle zweifelhaften Fälle fordern eine histopathologische Diagnosesicherung mittels Punch- oder Shave- beziehungsweise Exzisionsbiopsie. Auch im Kindesalter kommt die longitudinale Melanonychie vor und weist hierbei einige Besonderheiten auf: Der Streifen ist vielfach breit und irregulär (Abb. 6, Abb. 7), zeigt initial ein sehr rasches Wachstum mit anschließender Stabilisierung und vermag sich bis zur Adoleszenz partiell oder sogar vollständig zurückzubilden (Abb. 8) [8]. Aus diesem Grund ist im Kindesalter – im Gegensatz zur Situation bei Erwachsenen – ein abwartendes Verhalten indiziert.

Farbveränderungen im Rahmen von Hauterkrankungen

Psoriasisbedingte Nagelveränderungen imponieren bei leichtem Befall durch eine gelblich-bräunliche Verfärbung der Nagelplatten (Abb. 9) [5]. Leichte und mittelschwere Veränderungen lassen sich äußerlich erfolgreich behandeln durch die Applikation eines Clobetasol-halti-



© D. Abeck

Abb. 3: Nagelhämatom: Isoliert am kleinen Zehennagel und begrenzt auf die Nagelplatte zeigt sich eine bräunliche Verfärbung.

gen Nagellacks (Clobetasol propionat 0,05 % DMSO q.s., Nagellack 3,3 ml; d.s. Nagellack bei Nagelpsoriasis, 1 × täglich vor dem Schlafengehen auf die betroffenen Nägel auftragen). Unterstützend bei mittelschweren Verläufen ist die etwa dreimalige Injektion von etwa 0,1 ml Triamcinolon 40-mg-Kristallsuspension in den Nagelfalz sehr wirksam. Dabei sollten die Injektionsintervalle vier oder sechs Wochen betragen [3]. Bei Verwendung eines Dermojets ist die Injektion weitestgehend schmerzfrei.

Kasuistik: Wie ging es weiter?

Bei der anfangs vorgestellten Patientin mit Grüner-Nagel-Syndrom kam es aufgrund von regelmäßigen Feuchtarbeiten zu einer Onycholyse und nachfolgenden Besiedelung mit Feuchtkeimen. Dabei können sowohl Finger- als auch Fußnägel betroffen sein. Sehr häufig kommt die Erkrankung in Assoziation mit anderen Nagelerkrankungen wie Onychomykose



© D. Abeck

Abb. 4: Nagelhämatom: Die Verfärbung der Nagelplatte ist inhomogener Natur und zeigt distal eine gezackte Begrenzung, was für eine Einblutung typisch ist (dermatoskopischer Befund).



© D. Abeck

Abb. 5: Longitudinale Melanonychie

Tab. 1 Klinische Hinweise für die mögliche Entwicklung eines malignen Melanoms bei longitudinaler Melanonychie

- Auftreten an einzelnen Fingern zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr
- Plötzliches Auftreten in zuvor unauffälliger Nagelplatte
- Verdächtig vor allem an Daumen, Zeigefinger oder Großzehe
- Auftreten nach Trauma
- Zusätzliche Zeichen der Nageldystrophie
- Positives Hutchinson'sches Zeichen mit Übergreifen der Verfärbung auf den Nagelwall



© D. Abeck

Abb. 6: Longitudinale Melanonychie bei einem Kind. Breiter, ungleichmäßig bräunlich-grünlischer Pigmentstreifen am IV. Finger rechts.



© D. Abeck

Abb. 7: Dermatoskopisch imponiert die Läsion aus Abb. 6 als bräunliches Band mit striären und punktförmigen schwärzlichen Pigmentveränderungen.

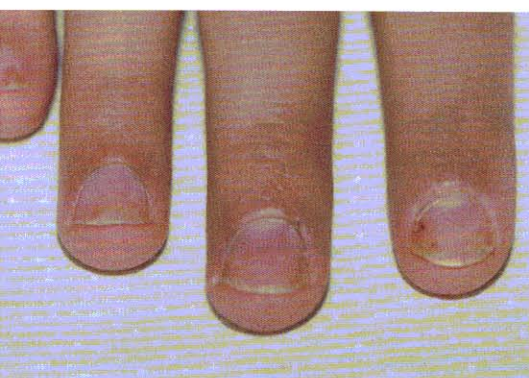


© D. Abeck

Abb. 8: Kontrolle der Läsion aus Abb. 6 nach zwölf Monaten. Es zeigt sich eine deutliche spontane Regression.

oder Paronychie vor [7]. Mehrheitlich lässt sich das gram-negative Bakterium *Pseudomonas aeruginosa* isolieren. Die Verfärbung wird durch dessen fluoreszierendes Siderophor Pyoverdin hervorgerufen. Gelegentlich können auch andere Pseudomonas-, Candida- oder Schimmelpilzarten aus Abstrichen angezüchtet werden.

Entscheidend ist die Beseitigung der zugrunde liegenden Unterhaltungsfaktoren, insbesondere die konsequente Vermeidung eines feuchten Umgebungsmilieus. Deshalb ist bei Auftreten an den Händen das Tragen von mit Baumwolle ausgekleideten Handschuhen bei Nass-tätigkeiten, etwa beim Abspülen, Pflicht.



© D. Abeck

Abb. 9: Nagelpsoriasis. Die distalen Nagelplattenanteile zeigen eine unterschiedlich stark ausgeprägte gelbliche Verfärbung und beginnende Abhebung der Nagelplatte vom Nagelbett.

Therapeutisch ist das zweimal tägliche Baden über etwa fünf bis acht Minuten des befallenen Fingers/Zehs in 0,1%iger Octenidindihydrochlorid-Lösung über etwa sechs Wochen gut wirksam [9]. Es kann über Nacht durch das Auftragen eines Ciclopirox-haltigen flüssigen Nagellacks unterstützt werden [10]. Sowohl Octenidin [2] und Ciclopirox [4] weisen eine hohe antimikrobielle Aktivität gegenüber *Pseudomonas aeruginosa* auf.

Fazit

1. Grünverfärbungen der Nagelplatte sind typisch für eine bakterielle Infektion, überwiegend durch *Pseudomonas aeruginosa*.
2. Symmetrisch lokalisierte Nagelveränderungen, insbesondere an den Großzehen, sind in der Regel druckbedingt.
3. Einblutungen der Nagelplatte zeigen bei Ansicht mit der Lupe unterschiedliche schwarz-rötlich-violette Farbtöne. Ihre Abgrenzung ist nach distal ausgefranst.
4. Eine Melanonychie im Kindesalter ist prognostisch anders zu bewerten als im Erwachsenenalter.

Literatur

1. Alessandrini A et al. Dermoscopy in the evaluation of nail disorders. *Skin Appendage Disord.* 2017; 3: 70–82
2. Alvarez-Marín R et al. Antimicrobial activity of octenidine against multidrug-resistant Gram-negative pathogens. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2017; 36: 2379–83

3. Boontaveeyuwat E et al. A randomized comparison of efficacy and safety of intralesional triamcinolone injection and clobetasol propionate ointment for psoriasis nails. *J Dermatol Treatm.* 2018; 29:1–6
4. Carlson-Banning KM et al. Towards repurposing ciclopirox as an antibiotic against drug-resistant *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, and *Klebsiella pneumoniae*. *PLoS One.* 2015; 8: e69646
5. Haneke E et al. Nail psoriasis: clinical features, pathogenesis, differential diagnosis, and management. *Psoriasis (Auckl).* 2017; 7: 51–63
6. Khan K et al. Longitudinal melanonychia. *BMJ Case Rep.* 2015; bcr2015213459
7. Henge U, Bardeli V. Green nails. *N Engl J Med.* 2009; 360: 1125
8. Koga H et al. Long-term follow-up of longitudinal melanoonychia in children and adolescents using an objective discrimination index. *Acta Derm Venereol.* 2016; 96: 716–7
9. Rigopoulos D et al. Treatment of *Pseudomonas* nail infections with 0.1% octenidine dihydrochloride solution. *Dermatology.* 2009; 18: 67–8
10. Tietz HJ. Vortrag zum Thema „Kernkompetenz Nagelerkrankungen“ im Rahmen der 49. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft am 26.–29. April 2017 in Berlin

Prof. Dr. med. Dietrich Abeck

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Allergologie
Konsiliararzt
Hautzentrum Nymphenburg
Renatastraße 72, 80639 München
E-Mail: abeck@hautzentrum-nymphenburg.de