

Keratosis pilaris (KP) ist eine sehr häufige, überwiegend benigne follikuläre Verhornungsstörung mit Beginn meist im Kindes- und Jugendalter; Je nach Studie betrifft sie etwa 40–50 % der Erwachsenen und 50–80 % der Kinder/Jugendlichen weltweit. Pathophysiologisch steht eine genetisch bedingte Störung der epidermalen Barriere und der follikulären Keratinisierung im Vordergrund, häufig assoziiert mit Filaggrin-Mutationen und Atopie. [Wikipedia+ 7](#)

Epidemiologie und Statistik

KP beginnt buchstäblich im Kindesalter oder in der ersten Lebensdekade und zeigt oft einen Höhepunkt in der Adoleszenz, mit gradueller Besserung im frühen Erwachsenenalter. In Querschnittsstudien werden Prävalenzen von etwa 40 % in der Gesamtbevölkerung, 50–80 % bei Kindern/Jugendlichen und 30–50 % bei Erwachsenen beschrieben; Genaue Inzidenzdaten fehlen aufgrund der meist nicht-krankheitswertigen, selten ärztlich vorgestellten Verläufe. [ncbi.nlm.nih+ 6](#)

Es bestehen keine klaren Rassen- oder Geschlechtsprädispositionen, auch wenn einige Kohorten eine leichte Häufung bei Frauen gefunden haben. KP tritt gehäuft bei Patienten mit Ichthyosis vulgaris und atopischer Dermatitis auf; In diesen Kollektiven werden Prävalenzen von über 70 % beschrieben. [pmc.ncbi.nlm.nih+ 6](#)

Ursache und Pathophysiologie

Genetisch findet sich häufig ein autosomal-dominantes Vererbungsmuster, und Loss-of-Function-Mutationen im Filaggrin-Gen (FLG) gelten als wichtiger Risikofaktor, da sie zu einer gestörten Stratum-corneum-Barriere, erhöhter Wasserverlust-Rate und erhöhter Anfälligkeit für Irritation und Kolonisation führen. Zusätzlich werden Veränderungen in Signalwegen wie Ras/Raf/MAPK diskutiert, insbesondere bei Syndromen (zB Cardio-facio-cutanes Syndrom), bei denen KP ein Leitsymptom sein kann. [smoothkp+ 6](#)

Histologisch zeigt sich eine fokale follikuläre Hyperkeratose mit keratotischen Plugs im Follikelostium, oft von geringer peripherer Entzündung begleitet, was die klinischen Papeln und gelegentliche Erytheme erklärt. Klinisch relevante Modulatoren sind trockene Luft (häufigere Ausprägung im Winter), mechanische Irritation und der damit verbundene Mangel an natürlichen Feuchthaltefaktoren bei Filaggrin-Defizienz, die zu erhöhtem Hautoberflächen-pH-Wert und veränderter Mikrobiota beitragen können. [emedicine.medscape+ 5](#)

Lokale Therapieoptionen

Leitlinien- und Übersichtsarbeiten empfehlen als Basistherapie eine konsequente Barrierepflege mit rückfettenden Externa und Feuchthaltefaktoren (zB Harnstoff-, Milchsäure-, Glycerol-haltige Cremes/Lotionen), niedrig dosierte Keratolytika (z.B 5–10 % Harnstoff, milde AHA) bevorzugt werden, um Reizungen zu minimieren.

Bemerkung GK: Aus meiner Erfahrung würde ich bei einer leichten Form nicht über 3-5% Urea gehen.

Aus unserer Schulung kann ich in diesem Fall die CC-CoolingCream® mit 0,1% Menthol (nicht im Gesicht) empfehlen oder ohne Menthol (ganzer Körper inklusive Gesicht).

Sollte dies zu wenig rückfettend sein: NCR-NutrientCream® (gibt es ohne oder mit Parfum). Ich würde primär ohne Parfum die Hautpflege verwenden.

BESONDERES: um den Juckreiz zusätzlich zu mindern kann sowohl die CC® als auch die NNR® mit ca, 5% ZCR-ZincCream vermischt werden (einfach in der Hand verreiben/mischen und dann auftragen), um

Juckreizsymptome zusätzlich konservativ zu vermindern.

CC®/NCR®, auf bei leichter Mischung mit 5% ZCR, kann an der feuchten Haut (nach der Dusche /Bad) einfach einmassiert werden.

Waschen/Duschen/Baden: Entweder Syndets verwenden (siehe Handout Hautpflege). Sollte dies zu wenig erfolgreich sein NOB-NutrientÖlbad®, sollte dies zu wenig effektiv sein Töpfer Mandelkleie®

Ergänzend kommen topische Retinoide (zB Tretinoin, Adapalen off-label) zum Einsatz, insbesondere bei ausgeprägter follikulärer Hyperkeratose; Die Anwendung orientiert sich an allgemeinen AWMF-Empfehlungen zum Gebrauch aktueller Präparate (S2k-Leitlinie) hinsichtlich Applikationshäufigkeit, Okklusion und Irritationsmanagement. [dermnetnz+ 5](#)

Bei erythematösen oder entzündlichen Varianten (KP rubra) können milde topische Entzündungshemmer (zB niedrig kurzfristig potente Kortikosteroide oder Calcineurininhibitoren off-label) zur Reduktion von Rötung und Pruritus entstehen. Für therapieresistente kosmetisch störende Läsionen beschreiben aktuelle dermatologische Publikationen Laser- und Lichtverfahren (zB gepulster Farbstofflaser, Nd:YAG, fraktionierte Laser) zur Verbesserung von Erythem und Textur; Diese werden in AWMF-Empfehlungen zur Lasertherapie der Haut als Option bei ausgewählten, schweren Verläufen aufgeführt. [tidsskriftet+ 5](#)

Systemische und adjuvante Verfahren

Eine routinemäßige systemische Therapie ist bei KP nicht etabliert, da es sich um eine meist asymptomatische, gutartig verlaufende Störung mit primär kosmetischer Relevanz handelt. In Einzelfallberichten werden systemische Retinoide bei sehr schweren syndromalen oder vernarbenden Formen diskutiert, wobei Nutzen-Risiko-Abwägung, Teratogenität und fehlende Zulassung in den Vordergrund gestellt werden. [Wissenschaftsdirekt+ 3](#)

Als adjuvante Maßnahmen empfehlen Reviews auf dem Boden der Barrierepathophysiologie allgemeine Strategien der Basistherapie der trockenen und atopischen Haut: milde, seifenfreie Reinigungsprodukte, kurze lauwarme Duschen, konsequente Emollient-Anwendung und Vermeidung unnötiger mechanischer Irritation. Neuere experimentelle Ansätze, etwa Mikrobiom-modulierende Strategien oder topische Wirkstoffe, die gezielt die Barrierefunktion verbessern, befinden sich noch im Forschungsstadium und sind derzeit nicht Bestandteil formaler Leitlinienempfehlungen. [actasdermo+ 5](#)

1. https://en.wikipedia.org/wiki/Keratosis_pilaris
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546708/>
3. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10410087/>
4. https://grokipedia.com/page/Keratosis_pilaris
5. <https://dermnetnz.org/topics/keratosis-pilaris>
6. <https://www.actasdermo.org/es-the-role-filaggrin-in-skin-articulo-S1578219014003333>
7. <https://tidsskriftet.no/en/2023/03/clinical-review/keratosis-pilaris>
8. <https://allergolyon.fr/wp-content/uploads/2020/08/0.11.2-The-role-of-filaggrin-in-atopic-dermatitis-and-allergic-disease-2020.pdf>
9. <http://www.jmatonline.com/PDF/20-28-PB-13729.pdf>
10. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000294401500019X>
11. <https://academic.oup.com/bjd/article/112/6/679/6689912>

12. <https://smoothkp.com/blogs/news/keratosis-pilaris-pathology-a-working-theory>
13. <https://emedicine.medscape.com/article/1070651-overview>
14. https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-092l_S2k_Praeparationen_lokale_Anwendung_2017-11-abgelaufen.pdf
15. https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-095l_S2k_Lasertherapie-der-Haut_2022-03.pdf
16. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-092>
17. https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/zw_aktuelle-dermatologie/Komp-Dermatologie-2013-LOWRES.pdf
18. https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-024l_S1_Psychosomatische_Dermatologie_2018-05.pdf
19. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/032-022OL.html>
20. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Melanom/Melanom_Version_3/LL_Melanom_Langversion_3.3.pdf