

https://www.univadis.de/viewarticle/dbb0a7c0-ceba-4ba8-9260-6face1a5014f?uuid=dbb0a7c0-ceba-4ba8-9260-6face1a5014f&uac=278470BG&u=g7Nnk16ewgsDLTfI6wUZMa%2BeH02jdzTavez1CbFDQk%2FK9ehoTRONaWiCeSlenGv&ecd=wnl_all_260420_uniday_MUDE_5678143&utm_source=automated&utm_medium=email&utm_campaign=auto_de_daily_medupdates&utm_content=5678143&utm_term=&sso=true

Augenbrauen-Tattoo führt zu disseminierter Sarkoidose

Anna Lynn Schreiber | Veröffentlicht 17.04.2026

Schon länger sind Tätowierungen als potenzielle Auslöser kutaner Sarkoidose-Läsionen bekannt. Nachdem sie sich die Augenbrauen hatte tätowieren lassen, entwickelte eine 46-jährige Frau eine Sarkoidose. Ungewöhnlicherweise traten die Läsionen bei ihr nicht nur an den tätowierten Stellen, sondern auch an entfernten, nicht-tätowierten Stellen, wie dem oberen Rücken und den Ellenbogen auf.

Lara Saeid und Kolleginnen und Kollegen aus der Abteilung für Hämatologie des Tishreen University Hospital in Syrien berichten von diesem ungewöhnlichen [Fall](#), der den systemischen Charakter der Sarkoidose unterstreicht und daran erinnert, dass eine tattoo-assoziierte kutane Sarkoidose die erste sichtbare Manifestation einer multisystemischen granulomatösen Erkrankung sein kann.

Patientin und Vorgeschichte

Die 46-jährige Frau stellte sich nach bereits 6 Monate andauernden asymptomatischen Hautveränderungen erstmals dermatologisch vor. Die Läsionen traten zunächst an den tätowierten Augenbrauen auf und breiteten sich dann innerhalb weniger Tage auf entfernte, nicht tätowierte Hautstellen – genauer den oberen Rücken und Ellenbogen – aus.

Die Patientin verneinte systemische Symptome, den Konsum von Nikotin sowie das Vorliegen bekannter Vorerkrankungen. Sie gab an, dass das Augenbrauen-Tattoo 15 Monate vor der Vorstellung durchgeführt worden war.

Befunde

In der körperlichen Untersuchung bei Aufnahme zeigten sich erythematöse, infiltrierte, nicht-pruriginöse Plaques und Papeln an den tätowierten Augenbrauen sowie am oberen Rücken und den Ellenbogen. Die systemische Untersuchung ergab keine weiteren Auffälligkeiten.

Aus einer repräsentativen, nicht tätowierten Läsion am oberen Rücken wurde eine Hautbiopsie entnommen. Diese zeigte eine nicht-verkäsende granulomatöse Entzündung, vereinbar mit einer kutanen Sarkoidose.

Die Routinelaborwerte lagen allesamt im Normbereich. Der Angiotensin-konvertierende-Enzym (ACE)-Spiegel im Serum, der einen wichtigen Diagnose- und Verlaufsparemeter der Sarkoidose darstellt, konnte aufgrund fehlender Verfügbarkeit des Tests nicht ermittelt werden. Sowohl der Röntgen-Thorax als auch die Computertomographie zeigten eine bilaterale hiläre Lymphadenopathie, welche die Verdachtsdiagnose einer systemischen Sarkoidose stützt.

Therapie

Initial wurde eine topische Behandlung mit Clobetasolpropionat 0,05 % durchgeführt. Diese führte zu einer minimalen klinischen Verbesserung; die Therapie war jedoch aufgrund der Gesichtsbeteiligung und der ausgedehnt betroffenen Körperoberfläche limitiert. Daher wurde eine systemische Kortikosteroidtherapie mit Prednisolon in einer Dosis von 0,5 mg/kg/Tag eingeleitet.

Innerhalb einer Woche zeigte sich eine deutliche klinische Verbesserung, sowohl der Gesichts- als auch der übrigen betroffenen Läsionen. Unter anhaltender klinischer Remission wurde die Prednisolondosis wöchentlich um 5 mg reduziert, gefolgt von einer Erhaltungsdosis von 5 mg täglich über drei Monate bis zur Beendigung der Therapie.

Diskussion

Die Sarkoidose ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung unbekannter Ätiologie, die durch die Bildung nicht-verkäsender Granulome in verschiedenen Organen gekennzeichnet ist. Diese Granulome treten vorwiegend in der Lunge und den mediastinalen Lymphknoten auf, aber auch Haut, Augen, Herz und andere Gewebe können betroffen sein.

Bereits im Jahr 1939 wurde der erste Fall einer Sarkoidose in tätowierte Haut dokumentiert. Tätowierungen bringen exogene Pigmente und metallische Verbindungen in die Dermis ein, die als persistierende Antigenreize wirken können. Die Substanzen werden von dermalen Makrophagen phagozytiert und können eine Th1/Th17-dominante Immunantwort auslösen. Diese anhaltende, lokale Entzündungsreaktion der Haut kann bei genetisch empfänglichen Personen zu einer Granulombildung und letztendlich zu einer Sarkoidose führen.

Wie der Fall der 46-jährigen Patientin zeigt, ist diese Entzündungsreaktion nicht immer auf die Stelle der Tätowierung begrenzt. Der Verlauf unterstützt die Theorie, dass eine initial lokalisierte granulomatöse Reaktion in einen systemischen Immunprozess übergehen kann, wobei die kutane Entzündungsreaktion die erste sichtbare Manifestation einer multisystemischen granulomatösen Erkrankung darstellen kann.

Deshalb sollte bei Patienten mit sarkoidartigen Reaktionen an Tätowierungsstellen grundsätzlich eine gründliche systemische Abklärung – einschließlich Thoraxbildgebung und Labordiagnostik auf extrapulmonale Beteiligung – durchgeführt werden. Eine frühzeitige Erkennung und adäquate Therapie sind entscheidend, um chronische Komplikationen zu vermeiden.

Als mögliche Differentialdiagnosen kommen Fremdkörpergranulome, infektiöse granulomatöse Erkrankungen sowie allergische Kontaktdermatitiden auf Tätowierungspigmente infrage. Die Unterscheidung gegenüber der Sarkoidose erfolgt primär histopathologisch. Die Sarkoidose ist charakterisiert durch gut ausgebildete, nicht-verkäsende „nackte“ Granulome, die aus epitheloiden Histozyten bestehen, häufig durch fibröses Stroma getrennt sind und eine minimale perigranuläre Lymphozyteninfiltration aufweisen. Das Vorliegen dieser Merkmale zusammen mit dem Fehlen infektiöser Erreger in Spezialfärbungen oder identifizierbarem exogenem Material sprechen für die Diagnose einer Sarkoidose.

Das therapeutische Management richtet sich individuell nach dem Ausmaß der Erkrankung. Bei lokalisiertem Befall können topische Kortikosteroide eingesetzt werden, bei disseminierter kutaner oder systemischer Erkrankung sind systemische Kortikosteroide die Therapie der Wahl. Bei refraktärem Verlauf oder zur Steroideinsparung können alternative Immunmodulatoren wie Methotrexat, Hydroxychloroquin oder Azathioprin erwogen werden.