Mehr als nur Schuppen: Tinea capitis im Kindesalter
Vom Erregerwandel zur therapeutischen Herausforderung

C. Zlobin[1], D. Hoffmann[1], M. Batzel[1], N. Novak[1], F. Peters[1]

1: Zentrum für Hauterkrankungen, Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Bonn, Deutschland

Einleitung

Epidemiologie:
Die Tinea capitis im Kindesalter ist eine durch Dermatophyten verursachte Pilzerkrankung der Kopfhaut[1]. Der Erkrankungsgipfel der Tinea capitis liegt zwischen dem 3. und 7. Lebensjahr.

Erregerspektrum:
Das Erregerspektrum variiert stark von der geographischen Region. In Europa zählte Microsporum canis lange Zeit als häufigster Erreger der Tinea capitis. Aktuell zunehemdes Erregerspektrum durch Trichophyten spezies wie Trichophyton tonsurans oder violaceum[1].

Prävalenz:
Aufgrund von der starken Variabilität hinsichtlich der Region ist eine genaue Prävalenz nicht genau erruierbar. Die Tinea capitis zählt jedoch insgesamt zu den häufigsten Dermatophytosen im Kindesalter[2].

Klinik:
Das klinische Erscheinungsbild ist variabel. Eine Tinea capitis kann bei leichten Befunden zu einer diskreten Schuppung der Kopfhaut führen und in schweren Fällen bis zu Abszessbildung und entzündlichen Kopfhautveränderungen.



Erstvorstellung: Tinea capitis profunda
Errger: **Trichopyhton violaceum**.
Entzündlich imponierender Hautbefund der gesamten Kopfhaut mit disseminierten, teils konfluierenden Pusteln, sowie vereinzelt feinlamellärer Schuppung. Multifokal umschriebene, haarreduzierte bis vollständig haarlose Areale. Stellenweise ausgeprägte Krusten, teilweise mit hämorrhagischen Anteilen.

Wiedervorstellung bei Tinea capitis profunda

2 Monate nach Einleitung einer systemischen Therapie mit Terbinafin 62.5 mg (+ topische Therapie)

Disseminiert über die gesamte Kopfhaut verteilte, multifokale haarlose Areale, stellenweise mit beginnendem Haarwachstum, Keine Pusteln, vereinzelt residuelle Krusten.



Anamnestisch mögliche Infektionsquelle	Patienten (n)	Anteil (%)
Barbershop / Friseurbesuch	13	46,4 %
Familiäres Umfeld	9	32,1 %
Tierkontakt	7	25,0 %
Unklare Übertragungssituation	8	28,6 %

Tabelle: Dokumentierte mögliche Infektionsquellen der 28 Fälle mit Verdacht auf oder diagnostizierter Tinea captitis

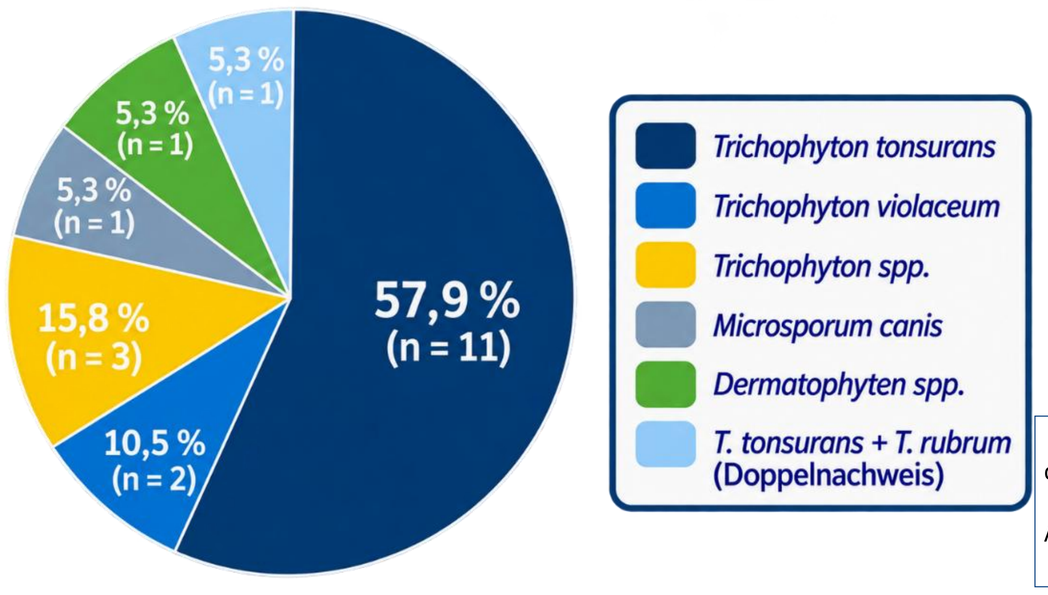
Schlussfolgerung

Bei Verdacht auf eine Tinea capitis sollte stets eine frühzeitige mykologische Erregerdiagnostik erfolgen. Auch bei ausgeprägten pustulösen entzündlichen Kopfhautveränderungen sollte an eine Tinea capitis gedacht werden, um eine zeitnahe, antimykotische Therapie einzuleiten. Diese besteht in der Regel aus einer Kombination aus systemischer und topischer antimykotischer Therapie.
Als potenzielle Infektionsquellen kommen insbesondere Besuche in Barbershops, enger familliärer Kontakt und Haustiere oder kontaminierte Gegenstände in Frage. Aufgrund der möglichen Übertragung innerhalb des familiären Umfeldes ist die klinische Untersuchung, Diagnostik sowie die Mitbehandlung von Familienangehörigen essenziell.
Die Tinea capitis stellt weiterhin eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. Eine konsequente Erregerdiagnostik, frühzeitige Therapie sowie eine Berücksichtigung und Sanierung möglicher Infektionsquellen ist für die Behandlung entscheidend, um Therapieversagen und Rezidive zu vermeiden.

Ergebnisse I

Insgesamt wurden **28 Kinder** im Zeitraum vom 15.10.2025 bis 15.10.2026 mit Verdacht auf oder diagnostizierter Tinea capitis in unserer infektiologischen Sprechstunde vorgestellig. Bei **67,9 % (n = 19)** gelang ein Dermatophytennachweis, davon in 18 Fällen mit näherer Erregerspezifizierung. Bei **17,9 % (n = 5)** der Kinder bestand zusätzlich der Verdacht auf eine Tinea corporis. In **14,3 % (n = 4)** konnte kein Erregernachweis erzielt werden.
Das Erregerspektrum bildete sich wie folgt ab:

Erregerspektrum



Erregerspektrum der n=19 positiven mykologischen Abstrich oder PCR-Untersuchungen

Therapieschemata

Tinea capitis

Lokale/topische antimykotische Behandlung
⬇
Z.B. Ciclopirox + Ketoconazol-Shampoo

Systemtherapie
⬇
Gewichtsadaptierte Dosierung von Terbinafin, Fluconazol oder Itraconazol (Off-Label-Use)

Abbildung:
Kombinationstherapie bei Kindern mit Tinea capitis

Ergebnisse II

Eine Kombinationstherapie bestehend aus topischer und systemischer (OLU) Therapie erhielten **82,1 % (n = 23)** der Kinder. Systemisch wurde Terbinafin bei **64,3 % (n = 18**), Itraconazol bei **21,4 % (n = 6)** und Fluconazol bei **10,7 % (n = 3)** eingesetzt.
Bei **75,0 % (n = 21)** der Kinder zeigte sich eine klinische Besserung nach Therapie , während bei **3,6 % (n = 1)** keine Besserung eintrat. Bei **21,4 % (n = 6)** der Kinder steht eine Reevaluation des Therapieverlaufs noch aus.
Als häufigste potenzielle Infektionsquelle wurden Barbershop- und Friseurbesuche **46,4 % (n = 13)** erfasst, gefolgt von familiären Kontakten **32,1 % (n = 9),** darunter zwei Fälle mit betroffenen Elternteilen. Tierkontakte waren in **25,0 % (n = 7)** der Fälle als potentielle Infektionsquellen erfasst. Bei **28,6 % (n = 8)** blieb die Infektionsquelle unklar.



05/25 Erstvorstellung in der Infektsprechstunde
Errerger: **Trichophyton tonsurans**.
Links temporal scharft begrenzte, erythematöse, alopezische Plaque mit randbetonter Schuppung und einzelnen pustulären Läsionen

Nach 5 monatiger Kombinations-therapie



10/25 Wiedervorstellung:
5 Monate nach systemischer Therapie mittels Terbinafin 125 mg

Hautbefund: Linkstemporal großflächig zirkuläree scharf begrenzte erytheatöse Plaque mit regredienter Alopezie und Haarwachstum.

Literatur

[1] Mayser P, Abeck D, Bosshard PP, et al. S1-Leitlinie Tinea capitis. J Dtsch Dermatol Ges. 2026;24:1510–1524. doi:10.1111/ddg.70395
[2] Gupta AK, Friedlander SF, Simkovich AJ. Tinea capitis: An update. Pediatr Dermatol. 2022;39:167–172. doi:10.1111/pde.14925.

Zur grafischen Aufbereitung der Abbildungen wurde teilweise KI genutzt.

Für Rückfragen:
Christian.Zlobin@ukbonn.de