

Skrofuloderm - eine seltene Form der Hauttuberkulose

Daniel Craus¹, Ana-Lee Gerdes¹, Alexander Kreuter^{1,2}, Frank Oellig³, Thilo Gambichler^{4,5}, Valentina Laura Müller¹

¹ Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Helios St. Johannes Klinik Duisburg, Deutschland

² Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Helios St. Elisabeth Klinik, Oberhausen, Deutschland; Universität Witten/Herdecke

³ Institut für Pathologie, Müllheim an der Ruhr, Dr. med. Frank Oellig, Müllheim/ Ruhr, Deutschland

⁴ Klinik für Dermatologie, Christliches Klinikum Unna, Unna, Deutschland

⁵ Klinik für Dermatologie, Klinikum Dortmund gGmbH, Universität Witten/Herdecke, Dortmund, Deutschland

Anamnese

Eine 70-jährige Patientin aus Sri Lanka stellte sich mit seit 1,5 Jahren bestehenden, plaqueartigen Hautveränderungen in der rechts retroaurikulär und zervikal vor. Zunächst bestand ein abszessähnlicher Knoten, der trotz systemischer Antibiotikatherapie und topischer Kortikosteroide persistierte. Eine initiale Biopsie ergab eine kutane Sarkoidose, woraufhin eine Therapie mit Hydroxychloroquin eingeleitet wurde. Unter dieser kam es zu einer Progredienz der Läsionen. Im Verlauf entwickelte sich eine weitere noduläre, sezernierende Läsion ohne systemische Symptome wie Fieber oder Gewichtsverlust.

Klinischer Befund

Retro- und infraaurikulär rechts zeigte sich eine ca. 7 × 4 cm große, verrukös-krustige, teils pustulöse, einschmelzende Plaque auf erythematösem Grund. Zervikal links fand sich ein ca. 3 × 1 cm großer, längsovaler, krustig belegter, rötlich-livider Nodus. Die zervikalen Lymphknoten waren derb, aber verschieblich tastbar (Abb. 2 und 3).

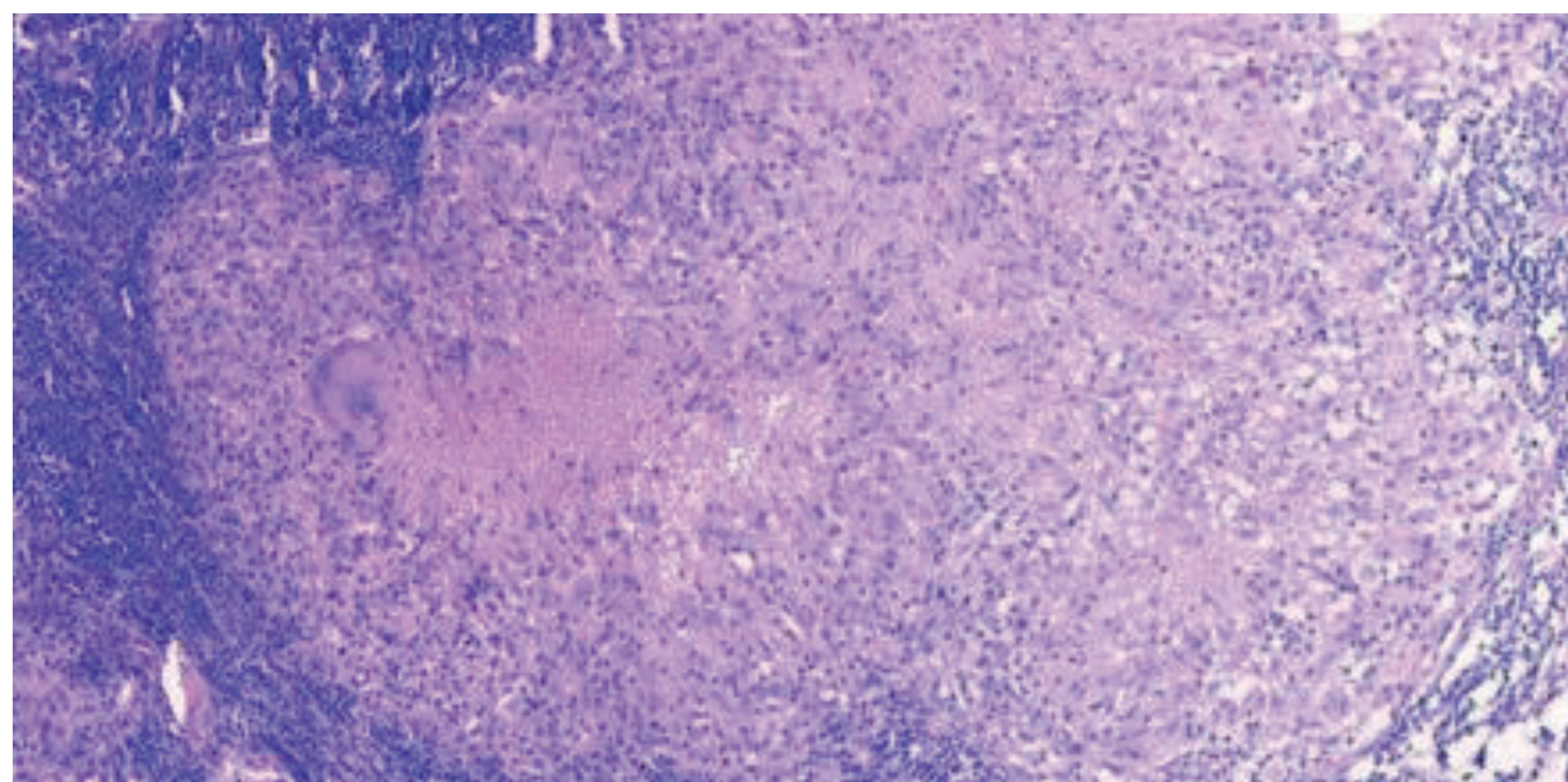


Abb. 1: Epitheloides Granulom mit zentraler verkäsender Nekrose und peripheren Lymphozyten (HE-Färbung 1:400)

Histologie

Histopathologisch zeigte sich eine granulomatöse Entzündung mit zentralen Nekrosen und Fremdkörperriesenzellen (Abb. 1). Die Ziehl-Neelsen-Färbung war negativ, jedoch konnte Mycobacterium tuberculosis mittels PCR und Kultur auf Löwenstein-Jensen-Agar nachgewiesen werden. Bildgebend zeigten sich vergrößerte Lymphknoten ohne pulmonale Manifestation. Der Quantiferon-Test war positiv.

Therapie und Verlauf

Es erfolgte eine leitliniengerechte antituberkulöse Therapie nach WHO-Schema: Initialphase über 2 Monate mit Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid und Ethambutol, gefolgt von einer Erhaltungsphase über 4 Monate mit Isoniazid und Rifampicin. Bereits nach 2 Monaten zeigte sich eine deutliche klinische Besserung. Nach 12 Monaten war der Befund vollständig narbig abgeheilt, ohne Rezidivnachweis (Abb. 4).



Abb. 2: Retro- und infraaurikulär rechts bis zervikal reichende, ca. 7 cm x 4 cm durchmessende, verrukös-krustige, teils pustulöse Plaque auf erythematösem Grund.



Abb. 3: Zervikal links rechts unscharf begrenzter, ca. 3cm x 1cm messender, längsovaler, krustig belegter, rötlich-livider Nodus



Abb. 4: Hautbefund mit vollständiger narbiger Abheilung 12 Monate nach Therapie.

Diskussion:

Die Tuberkulose (TB) zählt weltweit zu den zehn häufigsten Todesursachen mit rund 10 Millionen Fällen und 1,4 Millionen Todesfällen jährlich. Während Deutschland zu den Niedriginzidenzländern gehört (<10/100.000 Einwohner), ist ein Anstieg der Fälle bei im Ausland geborenen Personen zu verzeichnen. Die kutane Tuberkulose ist mit <2% aller TB-Fälle eine seltene Manifestation. Das Skrofuloderm stellt dabei die häufigste multibazilläre Form dar, insbesondere bei immunsupprimierten Patienten. Die Diagnose kann durch atypische klinische Präsentationen erschwert sein, weshalb eine hohe klinische Wachsamkeit erforderlich ist. Die Kombination aus histopathologischen und molekularbiologischen Methoden bleibt der diagnostische Goldstandard.

Fazit:

- Die Tuberkulose bleibt global eine relevante Gesundheitsbedrohung, Fallzahlen in Deutschland steigen durch Migration.
- Die kutane Tuberkulose erfordert eine differenzierte Diagnostik und sollten bei atypischen Läsionen bedacht werden.
- Ein früher Therapiebeginn und eine gute Nachsorge minimieren Spätfolgen und Rezidive.

Kaul S, Kaur I, Mehta S et al. (2023) Cutaneous tuberculosis. Part I: Pathogenesis, classification, and clinical features. J Am Acad Dermatol. 89(6):1091-1103.

Bös L, Kröger S, Domaszewska T et al. (2025) Integrierte molekulare Surveillance der Tuberkulose – Aktueller Stand und erste Ergebnisse Epid Bull 2025;12/13: 7-11 | 10.25646/13065

Robert Koch-Institut. (2025) Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2023, Berlin 2025 DOI 10.25646/13042

Sanusi T, Widayati RI, Riyanto P et al. (2021) Tuberculosis cutis colliquativa in an HIV-infected child. Int J Dermatol. 60(12):e514-e516.

Grieb S, Korkmaz H, Reuter S et al. (2009) Tuberculosis cutis colliquativa. Auch heute eine wichtige Differenzialdiagnose [Tuberculosis cutis colliquativa. Even today an important differential diagnosis]. Hautarzt. 60(4):272-5. 12

Bánvölgyi A, Avci P, Kiss N, et al (2023) Scrofuloderma and granuloma annulare-like lesions: Challenges of diagnosing cutaneous tuberculosis in developed countries. J Clin Tuberc Other Mycobact Dis. 10;31:100370.

1 Gupta M, Gupta M, Kaur R. (2013) Tuberculosis colliquativa cutis of the cheek: an extremely uncommon manifestation of primary extrapulmonary tuberculosis. BMJ Case Rep. 16;2013:bcr2013009058.

1 Schaberg T, Brinkmann 16 Kaul S, Jakhar D, Mehta S et al. (2023) Cutaneous tuberculosis. Part II: Complications, diagnostic workup, histopathologic features, and treatment. J Am Acad Dermatol. 89(6):1107-1119.

Literatur: