

Candida-Follikulitis bei Immundefekt

Eine diagnostische Herausforderung

A. Buchen; D. Wilsmann-Theis; S. Fietz; G. Vorwerk; J. Wenzel; N. Novak

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

Hintergrund: Infektiöse Follikulitiden sind insgesamt häufig, werden jedoch vergleichsweise nur selten durch Candida-Spezies verursacht. Während die Mehrzahl der mykotisch bedingten Follikulitiden auf Malassezia-Spezies zurückzuführen ist, treten durch Candida bedingte Verläufe deutlich seltener auf (1). Zu den wesentlichen Risikofaktoren zählen unter anderem systemische Antibiotika- und Kortikosteroidtherapien, primäre bzw. erworbene Immundefekte, Hyperhidrose, warmes Klima sowie Adipositas (2). Klinisch zeigen sich meist gruppierte, follikulär gebundene Pusteln oder Papeln, teils mit begleitendem Erythem und Schuppung.

Fallbericht: Eine 21-jährige Patientin stellte sich mit seit drei Wochen bestehenden multiplen, follikulär gebundenen Papulopusteln an Gesicht, Hals und Stamm vor.

Bisherige folgende Therapieversuche blieben ohne Erfolg:

Topisch:

- Betamethasonvalerat/Gentamicinsulfat
- Clotrimazol/Hexamidindiiisetionat
- Adapalen/Benzoylperoxid
- Antibakterielle Waschlösungen
- Zinkoxid-Lotion

Systemisch:

- Doxycyclin 100 mg
- Prednisolon 30 mg



Abb. 1: Multiple, stecknadelkopfgroße, follikulär gebundene Papulopusteln

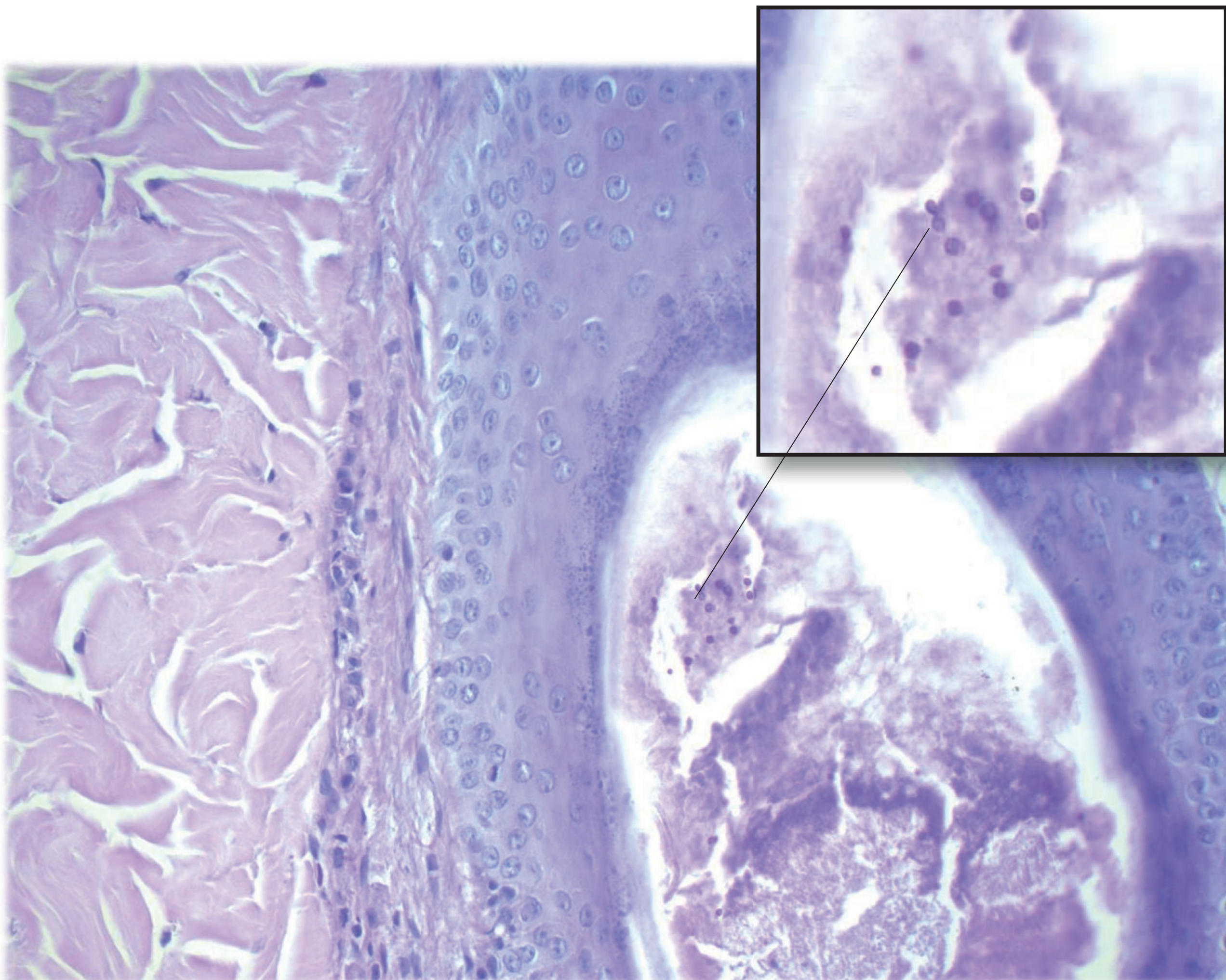


Abb. 2: Histologische PAS-Färbung – Hefe-Follikulitis mit neutrophilenreichem perifollikulärem Infiltrat

Diagnostik: In der histologischen PAS-Färbung zeigte sich eine ausgeprägte Candida-Follikulitis. Ein Nachweis der Erregerspezies gelang aufgrund eines ungeeigneten Abstrichmediums nicht. Bei gezielter Familienanamnese ergab sich das Vorliegen eines verminderten IgA-Spiegels bei einem Elternteil. In der anschließenden interdisziplinären immunologischen Vorstellung wurde bei der Patientin ein selektiver IgA-Mangel sowie ein IgG4-Subklassenmangel diagnostiziert.

Therapie/Verlauf: Unter systemisch-antimykotischer Therapie mit Fluconazol 50 mg täglich über einen aufgrund des Immundefekts verlängerten Zeitraum von drei Monaten kam es bei regelmäßigen Verlaufskontrollen zu einer vollständigen Befundabheilung. Gegenwärtig zeigt sich ein klinisch stabiler Hautzustand, der mittels topisch-antiseptischer Therapie erhalten wird.



Abb. 3: Klinisches Ansprechen unter Fluconazol 50 mg

Diskussion: Dieser Fall verdeutlicht die Notwendigkeit eines differenzialdiagnostischen Vorgehens bei therapierefraktären Hautveränderungen. Neben der Berücksichtigung familiärer und immunologischer Faktoren ist eine korrekt und gezielt durchgeführte Abstrichdiagnostik essenziell - auch wenn sie in diesem Fall keinen Erregernachweis erbrachte. Generell gilt eine möglichst erregerspezifische Langzeittherapie als entscheidend für den Behandlungserfolg.

Literatur: (1) Durdu M, Güran M, Kandemir H et al. Clinical and laboratory features of six cases of Candida and dermatophyte folliculitis and a review of published studies. Mycopathologia 2016;181:97-105. doi:10.1007/s11046-015-9939-5. (2) Jalalat SZ, Hunter L, Yamazaki M et al. An outbreak of Candida albicans folliculitis masquerading as Malassezia folliculitis in a prison population. J Correct Health Care 2014;20(2):154-162. doi:10.1177/1078345813518636.