

Vom Barbershop zur abszedierenden Trichophytie: Familiäre Transmission und klinische Variabilität

Balkis Barkia, Quittek A., Pfeiff B., Dill D., Hautklinik Lüdenschoid, Märkische Kliniken GmbH

Anamnese

Eine 62-jährige Patientin stellte sich mit seit etwa vier Monaten bestehenden, rezidivierenden, stark juckenden und schmerzhaften Hautveränderungen am occipitalen Capillitium vor. Initial traten scharf begrenzte, kreisrunde Plaques im Halsbereich auf. Die Familienanamnese ergab, dass sowohl der Ehemann und der Sohn milde, unter topischer Therapie selbstlimitierenden Hautveränderungen hatte; die beiden hatten denselben Barber Shop besucht. Frühere Behandlungsversuche bei unserer Patientin mit topischen Kortikosteroiden, Ketoconazol-Shampoo und systemischer Prednisolontherapie führten zu keiner Besserung, während die Familienmitglieder vollständig erscheinungsfrei wurden.



Befund

Klinisch zeigten sich am occipitalen Capillitium scharf begrenzte Erytheme mit deutlicher pustulöser Reaktion und vereinzelt honiggelben festhaftenden Hyperkeratosen. Am dorsalen Nacken imponierten drei nummuläre Ekzemherde jeweils ca. 3,0 cm durchmessend. Der übrige Hautbefund war altersentsprechend unauffällig. Die Pilzkultur bestätigte eine Infektion mit *Trichophyton tonsurans*. Bakterielle Abstriche waren negativ.

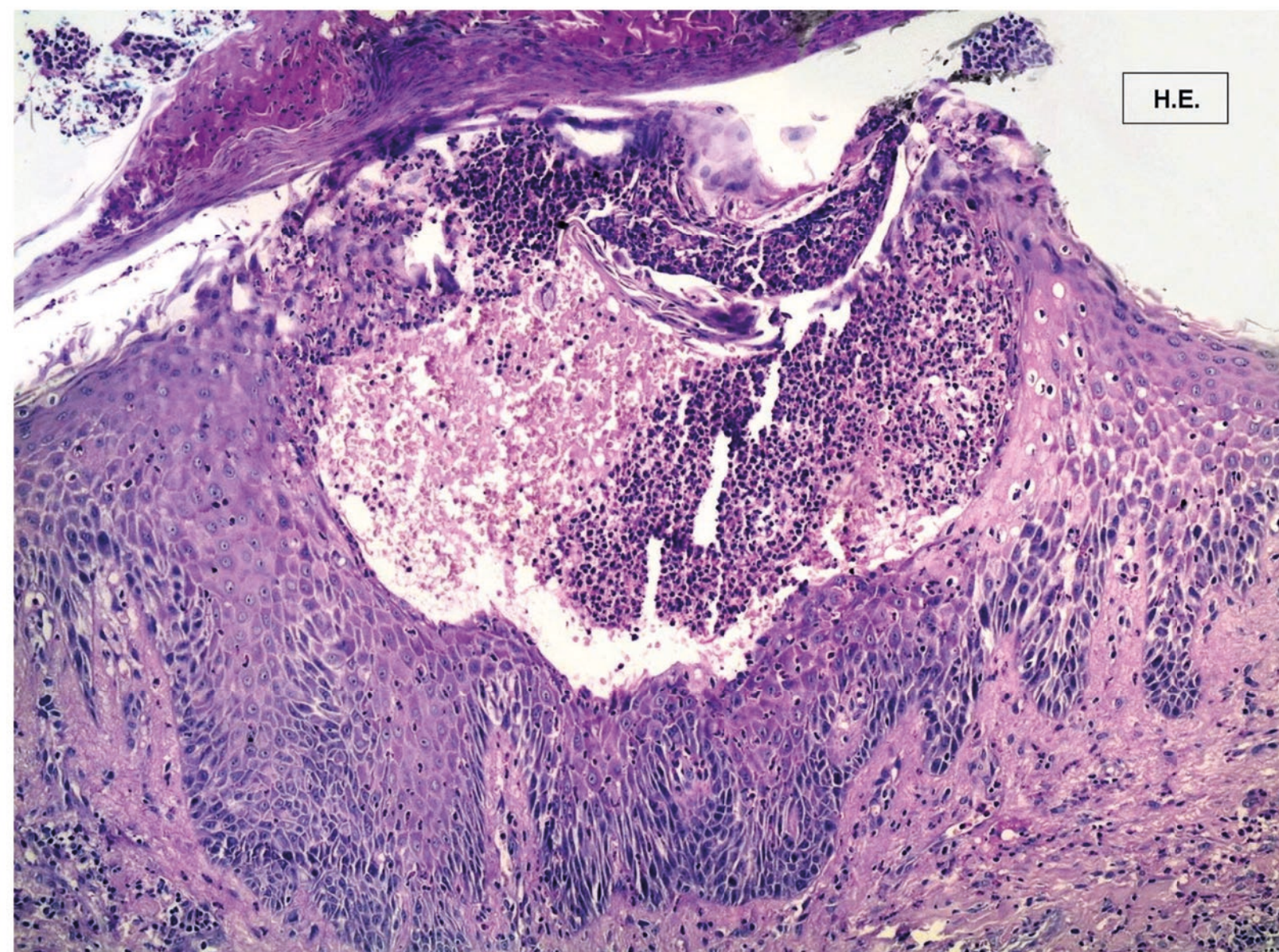


Abb. 1: Die HE-Färbung zeigt eine akantotisch verbreitete Epidermis mit aufgelagerter, Neutrophilen-haltiger Schuppenkruste und eine tiefe, perifollikuläre Entzündung

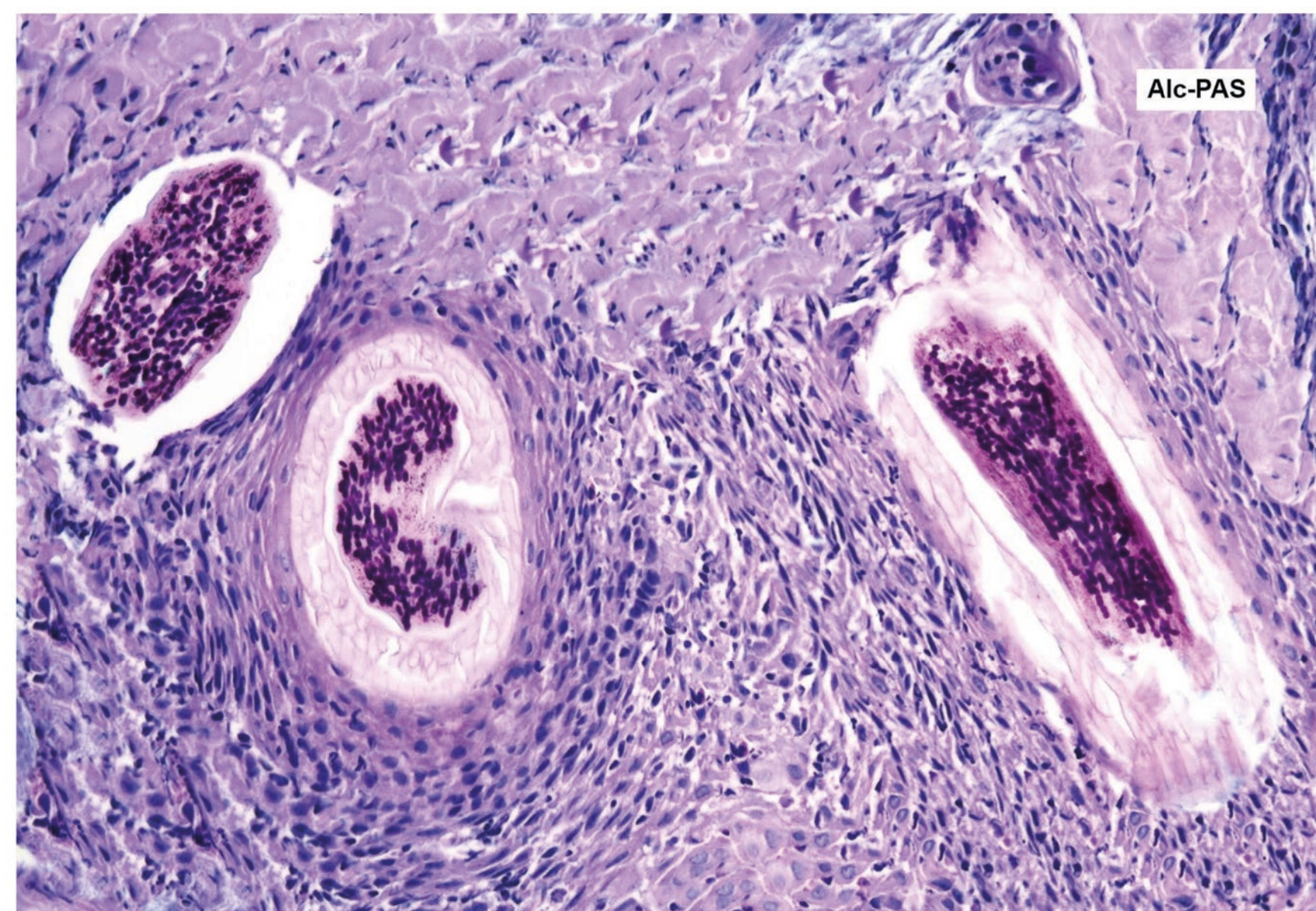


Abb. 2: Die Alcianblau-PAS-Färbung zeigt intrafollikuläre Myzelstrukturen

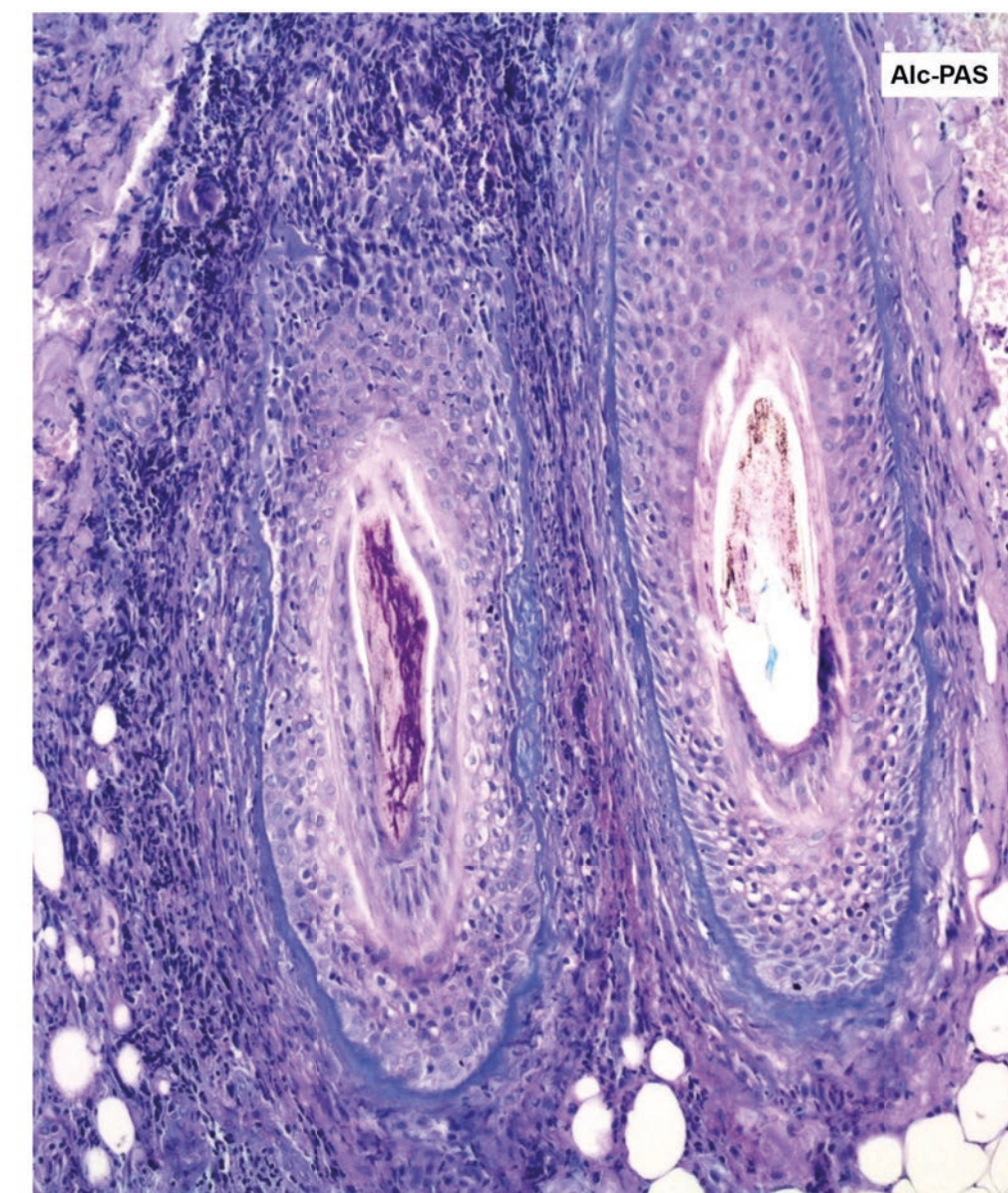


Abb. 3: Die Giemsa-Färbung zeigt einen befallenen neben einem nicht betroffenen Follikel

Histologie

Histologisch wurde eine akantotische Epidermis mit neutrophilenhaltigen Krusten und tiefe reichender perifollikulärer Entzündung nachgewiesen (Abb.1). Die PAS-Färbung zeigte intrafollikuläre Myzelstrukturen (Abb.2). Es fanden sich jedoch auch einige Follikel, welche nicht betroffen waren (Abb.3).

Diagnostik und Therapie

Antiseptische Lokalbehandlung mit Octenisept-Umschlägen und tägliche Haarwäsche mit Octenisan Waschlotion. Antimykotische Lokalbehandlung mit Antifungol Creme unter Okklusion morgens, abends zusätzliche abschuppende Therapie mit 2%-iger Salivaseline unter Okklusion. Auf den 3 nummulären Herden am Rücken Antifungol Creme 2x tgl. Antibiotische Therapie mit Clindamycin 600mg i.v 3x tgl. Im Verlauf zusätzliche Gabe von Itraconazol 200mg oral 2x tgl über 7 Tage. Antipruriginöse Therapie mit Cetirizin 10mg 3x tgl. Absetzen der antibiotischen Therapie mit Clindamycin bei V.a Arzneimittlexanthem und Gegenregulation mit Prednisolon i.v in ausschleichender Dosierung. Unter dieser multimodalen Therapie zeigte sich eine deutliche Verbesserung des Hautbefundes am Capillitium, die pustulöse Entzündungsreaktion sowie das Erythem zeigten eine rasche und zeitgerechte Rückbildung.

Kommentar und Fazit

Die Diagnose der „abszedierenden Trichophytie“ wurde durch Histologie, Pilzkultur und PCR gesichert. Differentialdiagnosen sind bakterielle Infektionen wie Abszesse, Furunkel oder Erysipel, virale Infektionen wie Herpes-simplex-Virus (HSV) oder Varizella-Zoster-Virus (VZV) sowie Reaktionen auf Insektenstiche oder andere Arthropodenbisse. Ebenfalls muss bei Immunsuppression ein B-Zell Lymphom ausgeschlossen werden. Therapie erfolgte kombiniert systemisch mit Itraconazol, um den dermatophytären Erreger auch in tieferen Haut- und Haarfollikelstrukturen zu erreichen. Zusätzlich erfolgte initial die Gabe von Clindamycin zur Abdeckung einer möglichen bakteriellen Superinfektion. Die lokale Therapie mit Clotrimazol Creme bzw. Ciclopiroxolamin-Lösung diente der gezielten Reduktion der Pilzlast, während 5% Salicylaseline zur Unterstützung der Keratolyse eingesetzt wurde. Begleitend antimykotische Shampoo. Die familiäre Häufung weist auf eine gemeinsame Infektionsquelle hin – vermutlich kontaminierte Rasierutensilien im Barber Shop. Trotz erhaltener Immunkompetenz entwickelte die Patientin einen ausgeprägten Hautbefund, während Ehemann und Sohn nur milde Verläufe zeigten. Mögliche Ursachen liegen in individuellen Unterschieden der Hautbarriere, der lokalen Immunantwort oder der Expositionsdosis.

Der Fall verdeutlicht, dass auch bei gesunden Personen schwere Verläufe einer Dermatophyten-Infektion auftreten können. Zudem unterstreicht er die potenzielle familiäre Übertragbarkeit und die individuell stark variierende Ausprägung des Krankheitsbildes. Während bei den Kontaktpersonen ein milder Verlauf vorlag, erforderte der schwere Verlauf der Patientin eine intensive systemische und lokale Therapie. Die korrekte Differenzialdiagnose und frühzeitige antimykotische Behandlung sind entscheidend für den Therapieerfolg. Die Therapiedauer richtet sich nach dem klinischen Ansprechen und der mykologischen Kontrolle nach 6-8 Wochen. Wichtig ist eine sorgfältige Hygiene mit Frisierutensilien (Bürsten, Kämmen, etc.) im häuslichen Umfeld.

Literatur:

1. Deep Trichophytosis Mimicking Superinfected Bacterial Folliculitis – Weiss L. et al., *Mycopathologia* (2024)
2. Dermatophytes: Update on Clinical Epidemiology and Treatment – (Review, *Mycopathologia*, 2024)
3. Kerion Celsi: a report of two cases due to *Microsporum gypseum* and *Trichophyton tonsurans* - Inflammatorische Variante der Kopfhaut – Dermatophytose („Kerion Celsi“) bei Kopfhautbefall