

# Vom Barbershop zur abszedierenden Trichophytie: Familiäre Transmission und klinische Variabilität

Balkis Barkia, Quittek A., Pfeiff B., Dill D., Hautklinik Lüdenscheid, 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 hatten; 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.

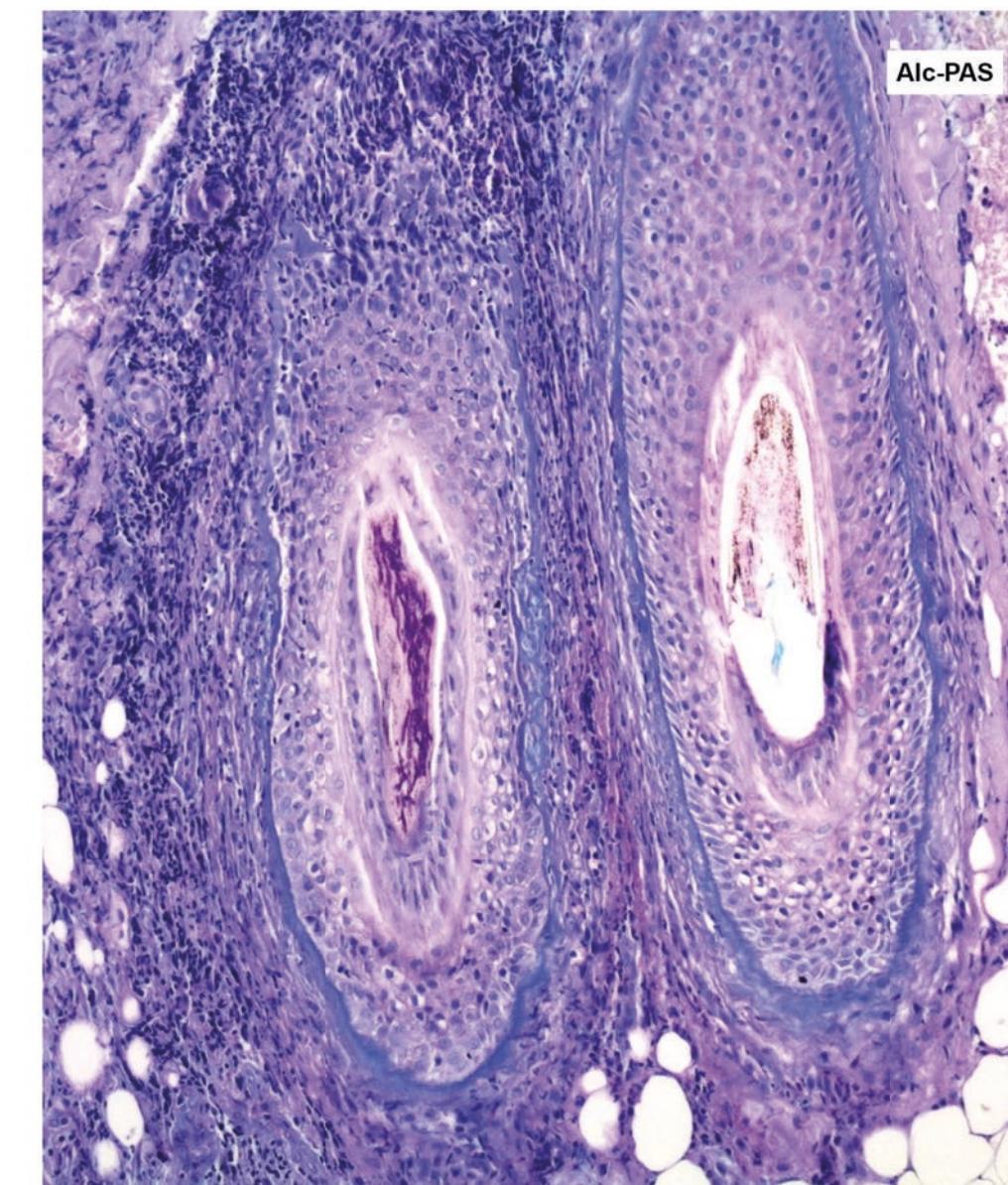
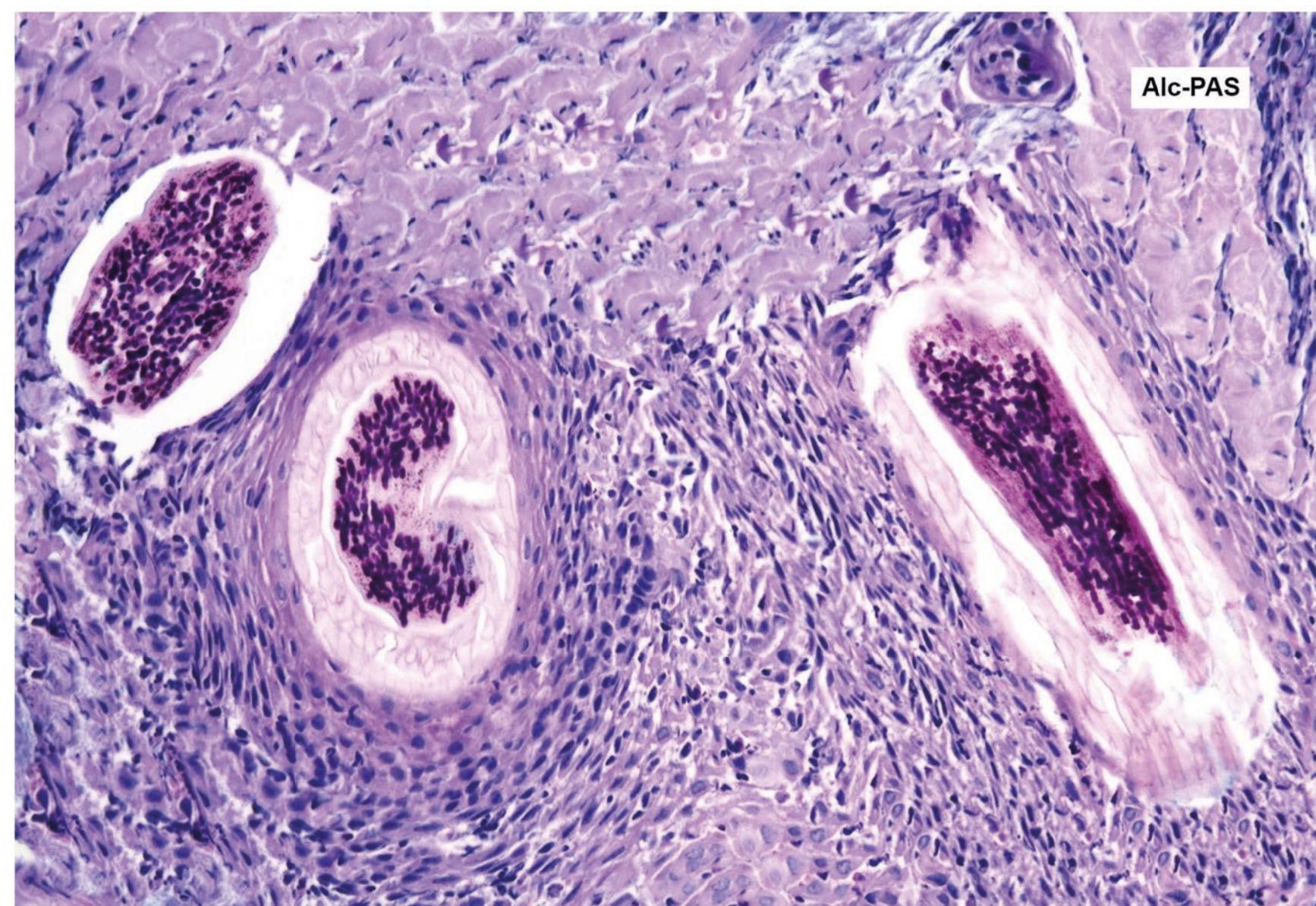
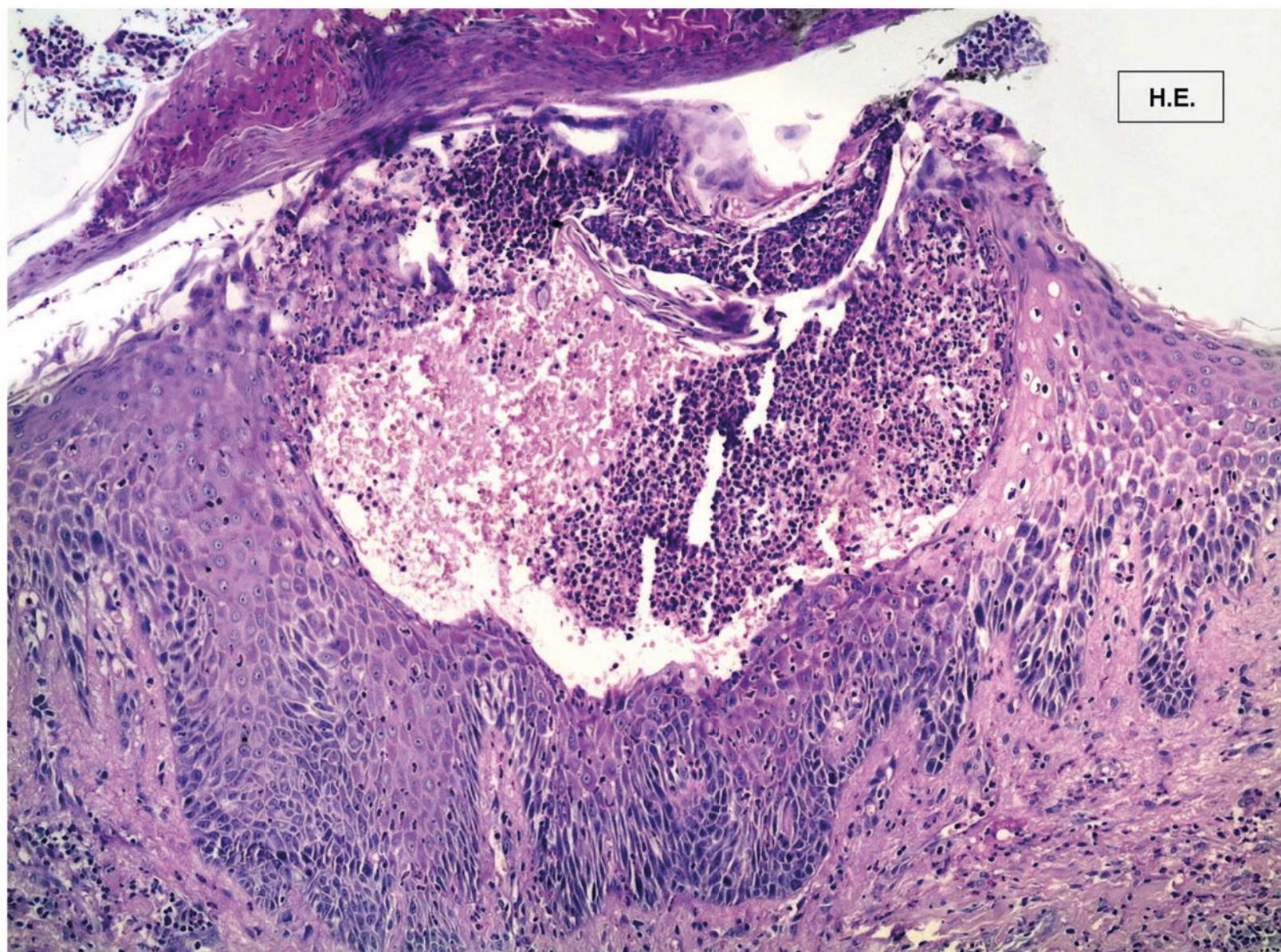
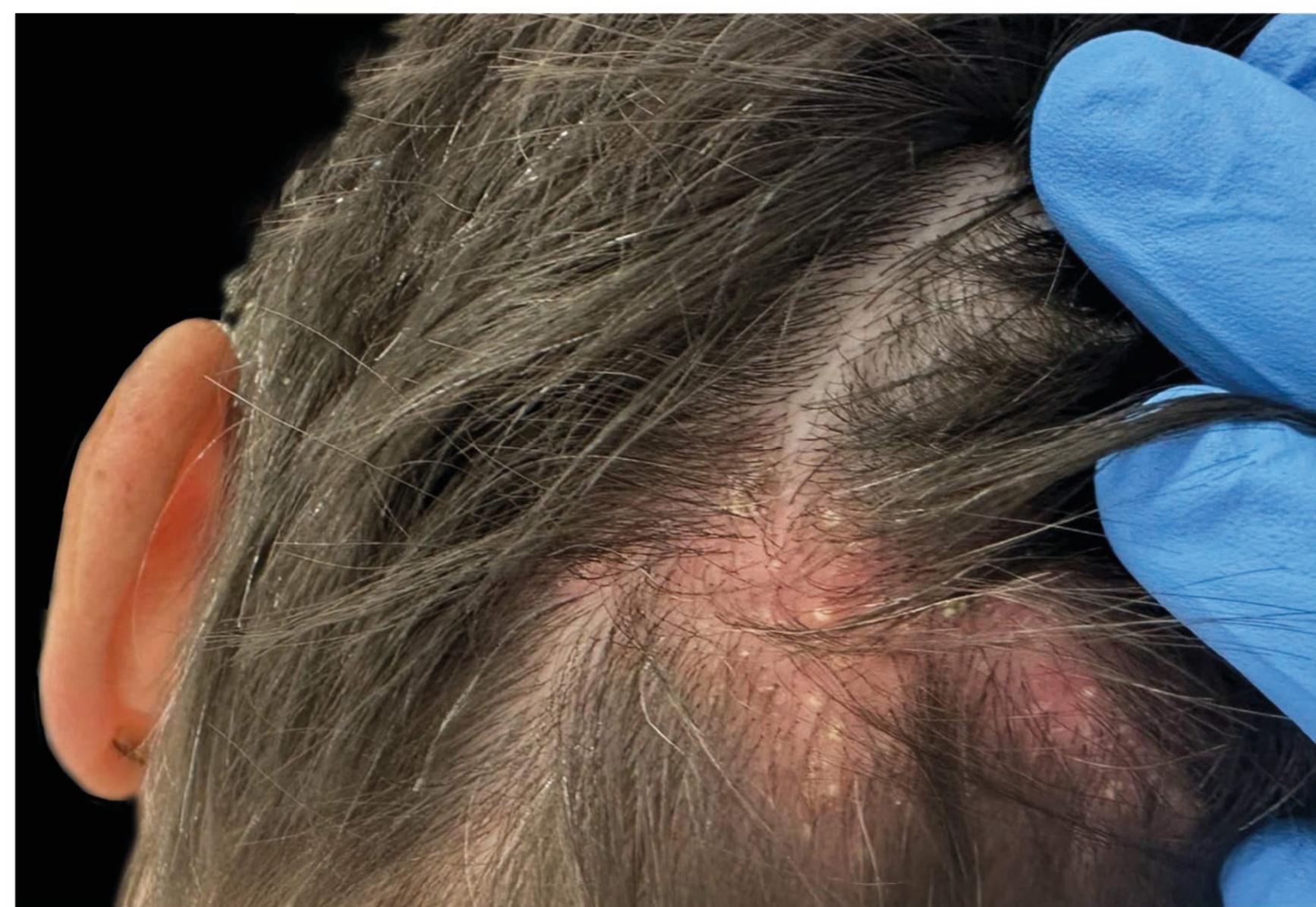


Abb.1: Die HE-Färbung zeigt eine akanthotisch verbreitete Epidermis mit aufgelagerter, Neutrophilen-haltiger Schuppenkruste und eine tiefreichende, perifollikuläre Entzündung

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 akanthotische Epidermis mit neutrophilenhaltigen Krusten und tiefreichender 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 Arzneimittelexanthem 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% Salicylvaseline 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, Kämme, 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 - Inflammatory Variante der Kopfhaut – Dermatophytose („Kerion Celsi“) bei Kopfhautbefall