Herpes-zoster-induzierte Pyoderma gangraenosum-Exazerbation durch Pathergie – diagnostisches Dilemma zwischen viraler Infektion und entzündlicher Ulzeration

Hasan Bayrak[1]; Selma Ugurel[1]; Cristina Calderaro[1]; Steven Brozmann[1]; Onur Aydemir[1]; Victoria Stirn;[1] Judith Geßner[1]; Katharina Kadovic[1]; Verena Pfitzner[1]; Katharina Kreutzer[1]; Gertrud Grundmann[1]; Nessr Abu Rached[1 2]

1 Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Klinikum Bielefeld Rosenhöhe, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld
2 Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum

Hintergrund:
Das Pyoderma gangraenosum (PG) ist eine neutrophile Dermatose mit schmerzhaften Ulzerationen und ausgeprägtem Pathergie-Phänomen. Neue, stark schmerzhafte und entzündliche Läsionen bei bekanntem PG stellen insbesondere bei abszedierendem Befund eine diagnostische Herausforderung dar, da zwischen PG-Aktivität, bakteriellem Abszess und infektiösen Triggern differenziert werden muss.

Fallbericht:
Eine 44-jährige Patientin mit bekanntem PG und chronischen Ulzerationen beider Unterschenkel unter Infliximab stellte sich bei seit etwa einer Woche progredienten, sehr starken Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule mit Ausstrahlung auf den anterioren Thorax und deutlich gemindertem Allgemeinzustand notfallmäßig vor. Begleiterkrankungen waren Diabetes mellitus Typ 2, eine chronische Nierenerkrankung (KDIGO G3a) und eine Hidradenitis suppurativa der rechten Axilla (Hurley III). Vor Beginn der Beschwerden waren ex domo intravenöse Kortikosteroide zur PG-Therapie verabreicht worden. Klinisch zeigte sich paravertebral links auf Höhe Th5-Th6 eine lokalisierte, erythematös-bräunliche, massiv abszedierende Plaque mit multiplen Pusaustrittspforten (Abbildung 1). An beiden Unterschenkeln zeigten sich die bekannten, klinisch typischen PG-Läsionen (Abbildung 2). Die neue Läsion wurde initial sowohl als PG-Manifestation als auch als bakterieller Abszess gewertet. Aufgrund des bekannten PG wurde auf eine chirurgische Eröffnung verzichtet; wiederholte manuelle Drainagen dienten der Entlastung und Schmerzreduktion. Laborchemisch bestanden ausgeprägte Entzündungsreaktionen (CRP 101 mg/l, Leukozyten 14,7/nl). Im Wundabstrich zeigte sich eine mäßige Besiedelung mit Staphylococcus aureus. Bei Verdacht auf einen bakteriellen Abszess wurde Ampicillin/ Sulbactam begonnen und bei persistierend ausgeprägtem Befund antibiogrammgerecht auf Meropenem eskaliert. Im weiteren Verlauf war die bei Aufnahme abgenommene VZV-PCR positiv. Aufgrund der ausgeprägten neuropathischen Schmerzen und der positiven VZV-PCR wurde ein Herpes zoster diagnostiziert, der als möglicher Trigger einer PG-Exazerbation durch Pathergie gewertet wurde.

Diskussion:
Der Fall verdeutlicht das diagnostische Dilemma bei neu aufgetretenen, stark schmerzhaften und massiv eitrig imponierenden Läsionen bei bekanntem PG. Aufgrund des Pathergie-Phänomens musste zunächst eine neue PG-Manifestation berücksichtigt werden; Abszedierung, Leukozytose und erhöhtes CRP sprachen zugleich für einen bakteriellen Infekt. Der Nachweis von S. aureus im Wundabstrich war nicht beweisend für einen primär bakteriellen Abszess und kann auch als Kolonisation oder sekundäre Superinfektion interpretiert werden. Entscheidend waren die neuropathische Schmerzsymptomatik und die positive VZV-PCR. Herpes zoster stellt bei PG nicht nur eine wichtige Differenzialdiagnose dar, sondern kann über das Pathergie-Phänomen eine Exazerbation triggern. Bemerkenswert war die klinisch atypische Präsentation mit massiver Pusbildung und fehlendem initial typisch vesikulärem Erscheinungsbild.

Schlussfolgerung:
Bei bekanntem PG können infektiöse Trigger wie Herpes zoster eine PG-Exazerbation auslösen und einen bakteriellen Abszess imitieren. Bei neuen, stark schmerzhaften und abszedierend imponierenden Läsionen sollten daher neben PG und bakterieller Infektion auch Herpes zoster und dessen mögliche Triggerfunktion berücksichtigt werden.



Abbildung 1: Befund bei Vorstellung am Dermatom Th5-Th6



Abbildung 2: Befund des bekannten PG hier an der linken Wade