

DIE 10-MINUTEN-SPRECHSTUNDE

Kortikoidcreme machte alles noch schlimmer

Rote Hand – was tun?

H. Wolff

Ein 70-Jähriger berichtet über zunehmende Rötungen der rechten Hand. Eine rezeptfreie Hydrocortisoncreme habe keine Besserung erbracht. Im Gegenteil, die Rötungen hätten sich ausgebreitet und sogar knotigen Charakter angenommen.



70-jähriger Mann mit entzündlichen Knötchen und Schuppung an der rechten Hand.

— Zunächst machte der Patient das, was von gesundheitspolitischer Seite zunehmend erwünscht ist: Er verzichtete auf den Arztbesuch und besorgte sich in der Apotheke eine rezeptfreie antientzündlich wirkende Kortikosteroidcreme. In sehr vielen Fällen hat dies auch Erfolg, z. B. bei stark entzündeten Mückenstichen oder leichten Ekzemen. In o. g. Fall verschlechterte sich jedoch der Befund. Daher tat der Patient das Richtige: Er suchte jetzt seinen Hausarzt auf.

Woran muss der Hausarzt denken?

Wenn sich entzündliche Rötungen unter Kortikosteroidanwendung verschlechtern, ist an eine infektiöse Genese zu denken. An erster Stelle steht eine Infektion mit Fadenpilzen (Dermatophyten). Im o. g. Fall war es eine Tinea manum bzw. deren Variante Tinea profunda, bedingt durch die Kortikosteroide.

Für eine Sofortdiagnostik mittels „Nativpräparat“ werden Schuppen abgekratzt, unter dem Objektträger mit 15%iger Kalilaugen-Tinte etwa 20 Min. inkubiert und dann im Mikroskop betrachtet. Nach Auflösung der Keratinozyten-Zellwände kann man die noch intakten Hyphen und Sporen leicht erkennen. Zusätzlich sollte eine Pilzkultur angelegt werden, deren Ergebnis allerdings erst nach 3–4 Wochen vorliegt.

Beim hier präsentierten Patienten war das Nativpräparat positiv, sodass sofort eine antimykotische Therapie eingeleitet wurde. Diese erfolgte aufgrund der

tiefen Infiltration systemisch über etwa 4 Wochen. Bei Dermatophyten gut wirksam sind v. a. Terbinafin 250 mg/d, aber auch Fluconazol 50 mg/d oder Itraconazol 100–200 mg/d; Griseofulvin 500 mg/d ist nur noch bei der Mikrosporidie Mittel der ersten Wahl. Unser Patient erhielt Itraconazol, was rasch zu einer deutlichen Besserung führte.

Was noch in Betracht ziehen?

Obwohl eher selten, muss auch an eine klassische Sporotrichose gedacht werden. Es handelt sich um eine subkutane, tiefe Mykose, die durch Verletzung und Kontakt mit Erde oder Holzsplittern erworben wird. Erreger sind Varianten des *Sporothrix-schenkii*-Komplexes. Auch ist eine Übertragung der Sporotrichose durch Katzenbisse möglich. Unser Patient war zwar Katzenhalter, aber die Ausbreitung war bei ihm nicht lymphogen-linear, und die Läsionen nässten nicht.

Die Therapie einer Sporotrichose ist langwierig: Es wird 3–6 Monate bzw. 4–6 Wochen über die klinische Abheilung hinaus Itraconazol 200 mg/d gegeben. Die früher übliche Gabe von Kaliumjodid hat man aufgrund von Nebenwirkungen verlassen.

Nicht vergessen sollte man beim vorliegenden Befund die Möglichkeit einer atypischen Mykobakteriose. Sie wird meist beim Reinigen des eigenen Aquariums erworben, daher auch der Name Aquarium-Granulom. Die Ausbreitung erfolgt wie bei der Sporotrichose meist

linear entlang der Lymphbahnen. Die Fischhalter haben im Vorfeld nicht selten tote Fische beobachtet – der Killer ist meist *Mycobacterium marinum*.

Gesichert wird die Verdachtsdiagnose mittels Hautbiopsie, die eine granulomatöse Entzündung zeigt, und mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR), die die mykobakterielle DNS-Sequenzen nachweist. Eine Anzucht aus dem Biopsat ist prinzipiell möglich, aber sehr aufwändig.

Bei atypischer Mykobakteriose sollte eine ca. 6-wöchige systemische Therapie mit Clarithromycin 2 x 500 mg/d erfolgen. Alternativen sind: Minocyclin, Trimethoprim/Sulfamethoxazol oder Fluorchinolone, z. B. Ciprofloxacin. ■

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Werden Hautrötungen nach 1–2 Wochen unter topischen Kortikosteroidcremes nicht besser bzw. heilen nicht ab, muss an eine infektiöse Genese gedacht werden.
2. An erster Stelle stehen Hautmykosen durch Dermatophyten, seltener sind eine Sporotrichose oder atypische Mykobakteriose.

→ Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Hans Wolff

Oberarzt der Poliklinik, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Frauenlobstr. 9–11, D-80337 München
E-Mail: hans.wolff@med.uni-muenchen.de