

Borkenflechte bei 28-Jährigem

Was tun bei antibiotikaresistenter Impetigo contagiosa?



© Dr. P. Marazzi / Science Photo Library

Abb. 1: Impetigo contagiosa

Frage: Ich betreue einen 28-jährigen Patienten, der nach meiner Einschätzung eine therapieresistente Impetigo contagiosa hat. Klinisch zeigen sich gelbliche Krusten. Doch trotz topischer Therapie mit Mupirocin 2% Salbe und systemischer Therapie mit Doxycyclin ist der Patient nicht erscheinungsfrei. Was kann in diesem Fall noch getan werden? Welche Differenzialdiagnosen sind gegebenenfalls in Betracht zu ziehen?

Antwort: Klinisch wird eine Impetigo contagiosa (Abb. 1) vermutet, die unter oraler (Doxycyclin) und topischer (Mupirocin) Kombinationstherapie nicht abheilt.

Zunächst ist die Diagnose Impetigo contagiosa durch Nachweis der entspre-

chenden Erreger (*Staphylococcus aureus* – in 80% der Fälle der alleinige Erreger, 10% der Fälle zusammen mit β -hämolisierenden Streptokokken – und *Streptococcus pyogenes* – in 10% der Fälle der alleinige Erreger) zu sichern. Zusätzlich ist die Anfertigung eines Antibiotogramms sinnvoll, um das aktuelle Resistenzprofil des Erregers für eine gezielte Antibiotikatherapie zu kennen. Da auch eine Reinfektion nicht sicher auszuschließen ist, ist zudem ein Abstrich von den Nasenvorhöfen und gegebenenfalls der Analfalte zu empfehlen. Lassen sich in diesen Abstrichen die gleichen Erreger wie aus dem Hautabstrich nachweisen ist eine entsprechende Sanierung dieser Lokalisationen sinnvoll. Auch ein ent-

sprechendes Screening der Familienmitglieder ist überlegenswert.

Die Behandlung orientiert sich am Antibiotogramm. Ist eine orale Antibiotikabehandlung geplant, empfiehlt sich eine unterstützende topische Behandlung, vorzugsweise mit dem Antiseptikum Octenidin (z.B. die von Prof. Johannes Wohlrab empfohlene Rezeptur: Octenidindihydrochlorid 0,1 g, Propylenglycol 10,0 g, Basiscreme DAC 50,0 g, gereinigtes Wasser ad 100,0 g).

Differenzialdiagnostisch kommen eine Reihe mit Pusteln assoziierte Hauterkrankungen in Betracht [1]. An erster Stelle ist hierbei eine Tinea faciei [2] zu nennen, die entsprechend durch Nativpräparat und Kultur auszuschließen ist. Eine Kontaktallergie kann differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden [3], hier sollte der Juckreiz aber sehr ausgeprägt sein. Seltene Differenzialdiagnosen sind die bullösen Autoimmundermatosen wie das bullöse Pemphigoid oder die lineare IgA-Dermatose, die aber klinisch eher nicht isoliert im Gesicht auftreten. Eine superinfizierte bullöse Skabies imponiert neben der typischen Juckreizanamnese auch durch weitere befallene Körperareale.

Literatur

1. Hartman-Adams H et al. Impetigo: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2014; 90: 229–35
2. Kimura U et al. Tinea faciei caused by *Trichophyton mentagrophytes* (molecular type *Arthroderma benhamiae*) mimics impetigo: a case report and literature review in Japan. *Med Mycol J* 2015; 56: E1–5.
3. Kim C et al. Allergic contact dermatitis to benzoyl peroxide resembling impetigo. *Pediatr Dermatol* 2015; 32: e161–2

Haben Sie auch eine fachliche Frage?

Das „consilium Dermatologie“ ist ein Service des Unternehmens InfectoPharm. Als Hautarzt haben Sie die Möglichkeit, Fragen zum gesamten Fachgebiet zu stellen. Schreiben Sie dazu eine E-Mail an consilium@infectopharm.com. Ihre Frage wird anonym an einen Experten weitergeleitet, Sie erhalten zeitnah eine schriftliche Antwort.

Sie sind an weiteren spannenden Fragestellungen und Expertenstellungnahmen interessiert? Dann können Sie diese im Archiv unter www.infectopharm.com/consilium einsehen. Außerdem werden redaktionell ausgewählte, interessante Expertenstellungnahmen zusätzlich in der Zeitschrift „hautnah dermatologie“ publiziert. red

Prof. Dr. med. Dietrich Abeck
Hautzentrum Nymphenburg
Renatastr. 72
80639 München