

Wandlungsfähige Hautmykosen

Wenn die Tinea inkognito bleibt

Wenn eine Dermatophyteninfektion nicht korrekt diagnostiziert wird, sondern fälschlicherweise für eine entzündliche Dermatose gehalten und mit einem topischen Glukokortikoid behandelt wird, kann sich das klinische Bild so verwandeln, dass die korrekte Diagnose der Tinea schwierig wird.

Tabelle 1:

Bei Fällen von Tinea incognita verwendete immunsuppressive Medikamente

(mit Häufigkeitsangaben aus der Literatur)

Topische Kortikosteroide	54-90%
Fixe Kombinationspräparate (potentes Steroid, antimykotischer, antibakterieller Wirkstoff) (In Dänemark und Indien wurden Terbinafin-Resistenzen in Zusammenhang mit fixen Kombinationspräparaten beobachtet.)	37%
Orale Steroide	15%
Topische Calcineurin-Inhibitoren	5-6%
Calcipotriol/Betamethason	3%

(nach Ditte Marie Saunte)

Bereits 1968 beschrieben Adrian Ive und Ronald Marks 14 derartige Fälle, für die sie den Ausdruck «Tinea incognito» prägten (1). Seither habe sich gezeigt, dass nicht nur topische und systemische Kortikosteroide, sondern auch Calcineurin-Inhibitoren und andere immunsuppressive Medikamente die typische Morphologie von Dermatophyteninfektionen verändern könnten (Tabelle 1), berichtete Ditte Marie

Saunte aus Roskilde (DK) am virtuellen EADV-Kongress 2021. Von manchen Autoren wurde die ihnen sprachlich seltsam anmutende Begriffsbildung Tinea incognito zu Tinea incognita (= nicht erkannte Tinea) abgeändert.

Aus «Ekzem» wird «Herpes-simplex-Infektion»

Die Referentin präsentierte eine Reihe eindrücklicher Fälle von Tinea incognita aus der Literatur. Das machte deutlich, dass die klinischen Ausprägungen sehr unterschiedlich sein und Ähnlichkeiten mit vielen anderen dermatologischen Krankheitsbildern haben können (Tabelle 2).

Beispielsweise wurde von koreanischen Autoren der Fall eines 30-jährigen Mannes publiziert, der vom Allgemeinpraktiker wegen eines vermeintlichen Ekzems lateral am rechten unteren Augenlid ein topisches Kortikosteroid erhielt (2). Die Hautveränderung schien zuerst auf die Therapie anzusprechen, doch dann veränderte sie sich und wurde zunehmend grösser. Nach 2 Monaten fand der Dermatologe gruppierte erythematöse Papeln, Bläschen und Krusten vor. Die Morphologie deutete auf eine Herpes-simplex-Infektion hin, doch eine 5-tägige Aciclovir-Therapie blieb erfolglos. Schliesslich führte der Haut-

biopsiebefund von Pilzhyphen und Sporen im Stratum corneum zur Diagnose. Die nicht indizierte topische Kortikosteroid-Therapie, die während eines Monats durchgeführt worden war, hatte das typische Erscheinungsbild der Tinea faciei so verändert, dass die korrekte Diagnose schwierig zu stellen war. Erst nach 12-wöchiger Behandlung mit Terbinafin (250 mg täglich peroral und topisch als Creme) heilte die Tinea faciei ab. Die Autoren weisen darauf hin, dass Fälle von Tinea faciei nicht selten initial falsch diagnostiziert würden (2). *Tabelle 2* gibt einen Überblick über einige klinische Erscheinungsformen von Tinea incognita, die von der Referentin aus der Literatur zusammengetragen wurden.

Konsequenzen einer nicht oder falsch diagnostizierten Pilzinfektion der Haut sind Krankheitsprogression, atypisches Erscheinungsbild bei immunsuppressiver Behandlung, Verzögerung der korrekten Therapie und Ansteckungsrisiko für Kontaktpersonen. Eine versteckte Pilzinfektion sollte in Betracht gezogen werden, wenn die Hautveränderungen auf eine immunsuppressive Therapie nur partiell oder gar nicht ansprechen oder sogar schlimmer werden. Auch Tineafälle bei Familienmitgliedern sind wichtige Hinweise. Direkte Mikroskopie und Histologie eignen sich zum Nachweis der Pilzinfektion, Kultur und molekulare Diagnostik zur Identifikation der Spezies. ▲

Tabelle 2:

Klinische Erscheinungsformen von Tinea incognita

(mit Häufigkeitsangaben aus der Literatur)

Ähnlichkeit mit Ekzem	25-82%
Ähnlichkeit mit Rosazea	5-30%
Ähnlichkeit mit diskoidem Lupus erythematoses	2-23%
Ähnlichkeit mit seborrhoischer Dermatitis	4-20%
Ähnlichkeit mit Impetigo	1-16%
Ähnlichkeit mit Psoriasis	6-15%
Ähnlichkeit mit Pyoderma	1-11%
Ähnlichkeit mit systemischem Lupus erythematoses	3%
Ähnlichkeit mit Follikulitis	1-2%
Ähnlichkeit mit Herpes simplex	1%

(nach Ditte Marie Saunte)

Alfred Lienhard

Quelle: Session D1T07.3 (fungal skin infections), Vortrag «Hidden mycotic infections» beim 30. Jahreskongress der European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) am 30. September 2021, online.

Referenzen :

1. Ive A et al.: Tinea incognito. Br Med J. 1968;3:149-152.
2. Park Y et al.: Tinea incognito simulating herpes simplex virus infection. Ann Dermatol. 2014;26:267-269.