

Malassezia-assoziierte Hauterkrankungen

Saunte DM et al. Malassezia Associated Skin Diseases, the Use of Diagnostics and Treatment. *Front Cell Infect Microbiol* 2020; doi:10.3389/fcimb.2020.00112

Malassezia-Spezies gehören zur physiologischen Hautflora, aber haben pathogenes Potenzial, in das Stratum corneum einzudringen. Der Hefepilz kann mit nahezu allen Epidermiszellen und dem Immunsystem interagieren. Assoziierte Dermatosen unterscheiden sich im Phänotyp, den diagnostischen Methoden und der Therapie.

Malassezia-Arten rufen das Kopf-Hals-Ekzem als Sonderform der Neurodermitis, die seborrhoische Dermatitis, Pityriasis versicolor und Malassezia-Follikulitis hervor. Die diagnostischen Methoden sind vielfältig und schließen u.a. die direkte Mikroskopie, Kulturen, Bestimmung der Lipidprofile, molekularbasierte Methoden, die Spektroskopie und die Suszeptibilitätstestung auf Antimykotika ein. Ein standardisiertes Vorgehen besteht nicht.

Das **Kopf-Hals-Ekzem** als schwer behandelbare Sonderform der Neurodermitis tritt typischerweise nach der Pubertät auf. Pathogenetisch liegt eine Typ-I-Hypersensitivität für Malassezia-Antigene vor. Die Histaminausschüttung ist unterschiedlich stark, und Schwitzen stellt einen Trigger dar. IgE-Antikörper gegen den lipophilen Hefepilz finden sich bei 27% der pädiatrischen und 65% der erwachsenen Betroffenen. Die Interaktion mit dem Immunsystem findet sowohl humoral- als auch zell-mediiert statt. Klinisch finden sich an Kopf und Hals erythematöse, diskret schuppige, stark juckende Bereiche. Zur Bestätigung der allergischen Reaktion ist die Bestimmung des IgE und ein Prick-Test sinnvoll. Die Behandlung besteht aus topischen antiinflammatorischen Substanzen und Antimykotika, die 1–2 Monate angewendet werden. Calcineurin-Inhibitoren tragen zur Wiederherstellung der defekten Hautbarriere bei. Systemische Antimykotika

sind bei schweren Fällen möglich. Differenzialdiagnosen sind u.a. die Kontaktdermatitis und die steroidinduzierte Dermatitis.

Die **seborrhoische Dermatitis** tritt in Hautarealen mit einer großen Dichte an Talgdrüsen auf (Mittelgesicht, Brust, Rücken, Schädel). Sie ist eine häufige Dermatose, die überwiegend Männer betrifft und deren Prävalenz mit dem Alter steigt. Eine Xerodermie, die kalte Jahreszeit und helle Hauttypen begünstigen die Erkrankung. Die seborrhoische Dermatitis kommt bei HIV- und neurologischen Patienten gehäuft vor. Erytheme, kleine Papeln, eventuell Pusteln bedeckt mit grauen, weißen oder gelblichen Schuppen bestimmen das klinische Bild. Prädilektionsstellen sind die Nasolabialfalten, Nasenwurzel, prä- und retroaurikulär sowie das Sternum. Für die Diagnose sind Biopsien und Kulturen in der Regel nicht erforderlich. Neben topischen Kortikosteroiden, Antimykotika und Calcineurin-Inhibitoren kommen therapeutisch Lithiumsalze in Betracht. Die Abgrenzung zur Rosazea und Late-onset-Akne gelingt mit der typischen Verteilung und dem Fehlen von Komedonen.

Die Haupterreger der **Pityriasis versicolor** sind *M. globosa*, *M. sympodialis* und *M. furfur*. Die milde, chronische Infektion ist gekennzeichnet durch abgegrenzte, nur leicht schuppige, dunkle oder depigmentierte Flecken, die bevorzugt am Oberkörper vorkommen und wenig Juckreiz verursachen. Die Krankheit tritt bei sonst gesunden, oft jüngeren Patienten und seltener in gemäßigten Klimazonen auf. Typisch ist der mikroskopische Nachweis von Hyphen und traubenförmigen Kugelhäufchen („Spaghettis und Fleischbällchen“). Als Ursache der Pigmentverschiebungen werden abnorme Melanosomen, die Produktion depigmentierender Dicarbonsäure, direkte zytotoxische Effekte und die Produktion von Fluorchromen diskutiert. Wichtige Differenzialdiagnosen sind die Vitiligo und Pityriasis alba. Die Behandlung erfolgt mit topischen Antimykotika, Ketokonazol-Shampoo, Terbinafin, Selensulfid oder oralem Itrakonazol.

Von der **Malassezia-Follikulitis** sind neben den Haarfollikeln auch die Talgdrüsen betroffen. Eine Immunsuppression und der Aufenthalt in humiden Regionen prädisponieren. Häufigste Spezies sind *M. globosa*, *M. restricta* und *M. sympodialis*. Typisch sind monomorphe, 2–4 mm große, juckende Papeln auf Brust, Oberarmen, Hals und Gesicht. Histopathologisch finden sich dilatierte Follikel mit vielen Malassezia-Sporen, Keratinstopfen und selten Hyphen. Andere diagnostische Methoden sind die Wood's-Lampe, Konfokalmikroskopie und optische Kohärenztomografie. Systemisches Itrakonazol über 1–4 Wochen zeigte mit 69–100% eine hohe Wirksamkeit, ebenso Fluconazol. Daneben werden topische Antimykotika, Tretinoin/Benzoylperoxid und die photodynamische Therapie angewendet. Rezidive sind häufig.

FAZIT

Der Überblick unterstreicht die unterschiedliche Pathogenese, Ausprägung, Schwere, diagnostische Herangehensweise und Behandlungsoptionen bei Hautinfektionen mit Malassezia-Arten.

Dr. med. Susanne Krome, Melle