

# Testen Sie Ihr Fachwissen

## Test Your Knowledge



Dr. Volker Mielke

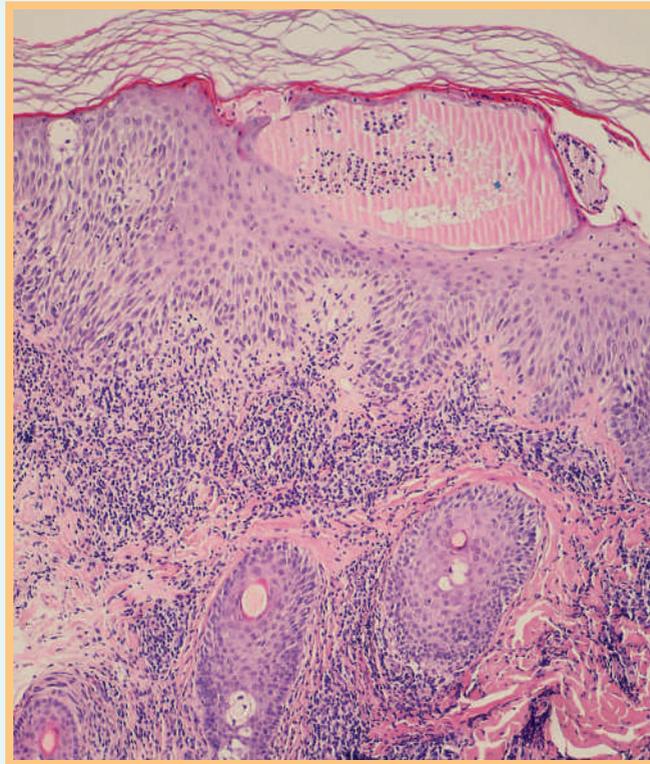


Abb. 1 Wie lautet Ihre Diagnose?

### Anamnese

Bei einer 27 Jahre alten Frau war es im Anschluss an einen Urlaub in Griechenland (Kreta) zu Hautveränderungen am rechten Ringfinger gekommen. Sowohl bei der Patientin selbst als auch in der Familie waren keine Erkrankungen aus dem Formenkreis der Atopie bekannt. Die regelmäßige Medikamenteneinnahme beschränkte sich auf eine orale Kontrazeption. Die Patientin besitzt ein Süßwasseraquarium, das sie selbst regelmäßig reinigt – zuletzt direkt vor dem Urlaub. Ca. 5 Tage nach dem Urlaub stellte sie sich erstmals bei einem Dermatologen vor. Unter der Verdachtsdiagnose einer superinfizierten Ekzemplation wurde eine lokale Therapie mit Fucicort Creme (Glucocortikoid und Antibiotikum) eingeleitet. Diese konsequent durchgeführte Therapie über 10 Tage führte zu keiner Verbesserung des kutanen Befundes, sodass nach einer Therapiepause eine Probebiopsie zur histologischen Aufarbeitung entnommen wurde.

### Klinischer Befund

Am rechten Ringfinger war es streckseitig zu einer ca. 5 cm großen anulären Hautveränderung gekommen, die im Randbereich ein Erythem mit

einer feinen Schuppung zeigte. Im Zentrum dieser kutanen Läsion war das Erythem nur noch diskret zu erkennen. Eine Schuppung war im Zentrum nicht auszumachen.

Klinische Differenzialdiagnosen (Angaben auf dem dermatohistologischen Einsendeschein):

1. Atypische Mykobakteriose
2. Granuloma annulare
3. Toxische Dermatitis

### Histologischer Befund (HE-Präparat)

An der Oberfläche stellte sich überwiegend eine korbgeflechtartige Orthokeratose dar. Lediglich in den Randbereichen des Präparates zeigte sich eine Parakeratose. Die Epidermis war normal breit; jedoch war eine deutliche Spongiose unter Ausbildung von zusätzlichen spongiotischen Bläschen zu erkennen. In der oberen Dermis stellten sich deutliche perivaskuläre Rundzellinfiltrate dar, die in Form von Einzelzellen auch intraepidermal nachweisbar waren. Auch bei kompletter Aufarbeitung des Präparates erkannte man keine Granulome oder zelluläre Atypien. Histologische Diagnose: akute, superfizielle, spongiotische Dermatitis (► Abb. 1)

(Auflösung nächste Seite)

### Korrespondenzadresse

Dr. Volker Mielke  
Tibarg 7–9  
22459 Hamburg  
vm@drmm.de

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1119510  
Akt Dermatol 2009; 35; 69–70  
© Georg Thieme Verlag KG ·  
Stuttgart · New York  
ISSN 0340-2541

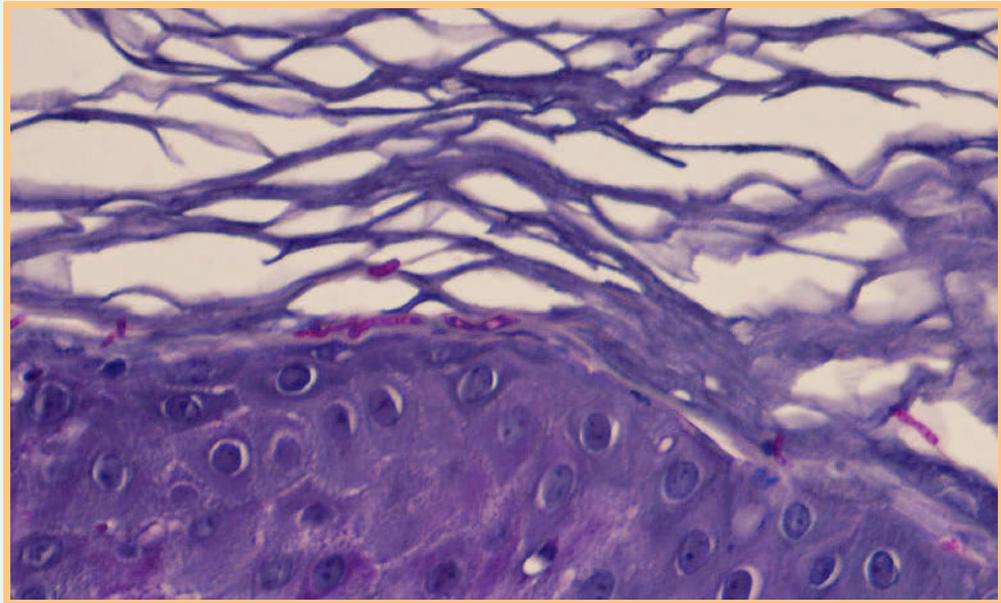


Abb. 2 Tinea superficialis.

### Auflösung



**Abschließende Diagnose:** Tinea superficialis

( Abb. 2)

**Kommentar:** Diese klinische Fallpräsentation wird durch mehrere Fallstricke begleitet. Die Anwesenheit eines Süßwasseraquariums im häuslichen Milieu in Verbindung mit Hautveränderungen an den Fingern lässt die klinische Differenzialdiagnose einer atypischen Mykobakteriose wahrscheinlich werden, wenngleich anuläre Hautveränderungen hier zwar generell möglich jedoch insgesamt eher unwahrscheinlich sind. Typischerweise kommt es hier zu einer Knotenbildung an der Haut, die allerdings auch unter einer lokalen Therapie mit Fucicort Creme keine Verbesserung zeigen.

Bei anulären Hautveränderungen sollten sonst weitere klinische Differenzialdiagnosen in Betracht gezogen werden (Lichen ruber planus, Sarkoidose, Lues, Porokeratose etc.). Der klinisch tätige Dermatologe hatte sicherlich aufgrund eines solitären Einzelherdes in akraler Lokalisation die Möglichkeit eines Granuloma anulare andiskutiert, wenngleich diese Diagnose aufgrund des Fehlens von diagnostisch wegweisenden Pallisadengranulomen histologisch schnell verworfen werden konnte.

In der histologischen Aufarbeitung zeigte sich das Bild einer akuten superfiziellen spongiotischen Dermatitis, die bezüglich der Ätiologie weiter analysiert werden musste. Es wäre sicherlich eine vorschnelle Fehldiagnose, wenn dieser Befund als eine insuffizient anbehandelte Ekzemreaktion interpretiert worden wäre. Die atopischen Stigmata waren anamnestic negativ und kontaktallergische Hautveränderungen einseitig an den Händen sind zwar prinzi-

piell möglich, jedoch eher unwahrscheinlich. Der in diesem Fall auch für den Histologen wegweisend klinische Hinweis liegt in der Angabe, dass es sich um eine anuläre Hautveränderung gehandelt hat. Für den erfahrenen Histologen ergibt sich daraus der zwingende Hinweis, sich intensiv mit der Differenzialdiagnose der Mykosen zu beschäftigen. Aus diesem Grunde ist es notwendig, in möglichst vielen PAS-gefärbten Serienschnitten nicht nur das Stratum corneum, sondern auch die Terminalfollikel intensiv nach der Anwesenheit von Pilzmateriale zu überprüfen. In unserem Fall stellte sich dann eindeutig lediglich im Stratum corneum PAS positives Pilzmycel dar, sodass hier die histologische Diagnose einer Tinea superficialis gestellt werden konnte.

Ich möchte in diesem Zusammenhang jedoch nicht versäumen darauf hinzuweisen, dass gelegentlich nur in einem einzelnen Serienschnitt dieser Nachweis gelingt, da derartige Dermatosen nicht selten mit lokalen Antimykotika anbehandelt werden, ohne dass es in der klinischen Konsultation angegeben wird. Es gibt auch Fälle, die derartig insuffizient lokal anbehandelt worden sind, in denen der Histologe das Pilzmateriale lediglich in der Tiefe eines Terminalfollikels nachweisen kann, wohingegen das Stratum corneum völlig frei erscheint (Tinea profunda).

Abschließend kann diese Dermatoese sicherlich derartig interpretiert werden, dass wahrscheinlich eine Süßwasseraquarianerin in Griechenland Kontakt gehabt hat zu mykotischem Material (infizierte Katzen etc.) und sich somit an dem rechten Ringfinger eine Tinea superficialis zugezogen hat.