

# Kerion celsi als Differentialdiagnose einer aggravierten Impetigo contagiosa

Pfeifle M, Bublitz R, Weingart D

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Klinikum Stuttgart, Katharinenhospital

## Einleitung

Infektionen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich begegnen uns meist als Infiltrate oder Abszesse mit dentogener Ursache. Mit geringem diagnostischen Aufwand können wir durch eine kausale Therapie schnell zum gewünschten Behandlungserfolg gelangen. Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dagegen stellen atypisch verlaufende Krankheitsbilder dar, welche in verschiedenen medizinischen Disziplinen beheimatet sind und sich nur schwer einem Erreger zuordnen lassen.

## Fallbeschreibung

In unserer Kasuistik berichten wir über einen immunkompetenten 42-jährigen Patienten ohne Allgemeinerkrankungen, welcher sich mit einer massiven Oberlippenschwellung mit bullös-phlegmonösem Erscheinungsbild vorstellte. Es erfolgte eine ausführliche Diagnostik und interdisziplinäre Abklärung des Krankheitsbildes, welche letztlich zu der Diagnose eines Kerion celsi führte. Hierbei handelt es sich um die Maximalvariante einer Tinea barbae, welche häufig mit ausgeprägter

Infiltration, Pustelbildung, Abszedierung und Haarverlust einhergeht. Der Krankheitsverlauf verlief trotz intravenöser und topischer Therapie mit Virostatika und Antibiotika zunächst progredient und es zeigten sich zusätzlich ausgeprägte Thrombophlebitiden an verschiedenen intravenösen Zugangsstellen, sowie ein Befall am rechten Arm. Tropentypische Ursachen und rheumatoide Erkrankungen konnten konsiliarisch ausgeschlossen werden. Ein Erregernachweis gelang trotz mehrfachen Proben nicht, was die Differentialdiagnostik zwischen einem aggravierten Impetigo contagiosa und einem Kerion celsi erschwerte. Das Krankheitsbild wurde zudem von verschiedenen Fachdisziplinen (Dermatologie, Rheumatologie, Innere Medizin) unterschiedlich eingeschätzt. Unter systemischer und topischer antimykotischer Therapie zeigte sich letztlich ein regredienter Verlauf und erhärtete die Diagnose eines Kerion celsi.

## Schlussfolgerung

Das Kerion celsi ist als Differentialdiagnose in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie häufig erschwert zu diagnostizieren. Es stellt die Maximalvariante einer Dermatophytose dar, geht häufig mit bakteriellen Sekundärinfektionen einher und bedarf einer systemischen Langzeittherapie.



Abb. 1-5.: Klinischer Verlauf im Gesicht

- (1) Erstvorstellung: pustel-bildende bullös-phlegmonöse Entzündung
- (2) Blutig tangerierte Schwellung, unscharf begrenzt, disseminierend
- (3) Bildung von Krusten, Haarverlust, rückläufige Entzündung
- (4) Weitere Dissemination, Rückläufige Krustenbildung
- (5) Abheilung, narbige Alopezie



Abb. 6-8.: Weitere Manifestationen

- (6) Thrombophlebitiden
- (7) Krusten bildende zirkuläre Effloreszenzen am Arm
- (8) Rückläufige Krusten, Abheilung der Befunde am Arm



## Literatur

- Barry L, Hainer M.D., Dermatophyte Infections, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina Am Fam Physician. 2003 Jan 1;67(1):101-109
- Bonven TF, Iversen E, Kragballe K. Permanent hair loss after Kerion Celsi. Ugeskr Laeger. 1991 Nov 4;153(45):3151-2
- Panthagani AP, Tidman MJ. Diagnosis directs treatment in fungal infections of the skin. Practitioner. 2015 Oct;259(1786):25-9
- Nenoff P, Reinelt D, Krüger C, Grob H, Mugisha P, Süß A, Maysers P. Tropical and travel-related dermatomycoses: Part 1: Dermatophytoses Hautarzt. 2015 Jun;66(6):448-58
- Jain N, Doshi B, Khopkar U. Trichoscopy in alopecias: diagnosis simplified. Int J Trichology. 2013 Oct;5(4):170-8