

Einseitige Schuppen mit und ohne Bläschen an der Fußsohle ...

Fall 1: Ein 36-jähriger Patient beobachtete in unregelmäßigen Abständen das Auftreten kleiner Blasen mit wasserklarem Inhalt an der linken Fußsohle, die von selbst aufplatzten. Unter topischen Steroidexterna – mit Zusatz von Antibiotika oder von Antimykotika – kam es jeweils zu einer Besserung der Beschwerden und Rückbildung der Bläschen ohne jedoch vollständige Abheilung der schuppelnden Hautveränderungen.



Abbildung 1.

Fall 2: Seit zwölf Jahren gab ein 42-jähriger Patient eine die gesamte linke Fußsohle umfassende trockene Schuppung an, die er mittels Bimsstein immer wieder zu entfernen versuchte. Subjektive Beschwerden fehlten vollständig.



Abbildung 2.

Diagnose

Die Hautveränderungen zeigten sich in beiden Fällen einseitig. Bei dem 36-jährigen Patienten waren sie im Bereich des linken Fußgewölbes lokalisiert und imponierten als flächiges Erythem mit randständiger Schuppenkrause (Abbildung 1). Innerhalb des Erythems zeigten sich neben Bläschen überwiegend Sekundäreffloreszenzen in Form von Schuppenkrusten und punktförmigen Erosionen (Abbildung 1 Detail).

Bei dem 42-jährigen Patienten zeigte sich eine trockene Schuppung im Bereich der gesamten linken Fußsohle (Abbildung 2), die am Fußrand gegenüber der unbefallenen Haut ein leichtes Erythem aufwies (Abbildung 2 Detail).

Durch die Einseitigkeit der Hautveränderungen konnten plantare Manifestationsformen chronisch-entzündlicher Dermatosen wie Psoriasis plantaris, atopisches Fußekzem, dyshidrosiformes Fußekzem bereits klinisch sicher ausgeschlossen werden. Anamnestische Hinweise für ein allergisches Kontaktekzem ergaben sich

nicht, klinisch zeigen die Hautveränderungen auch eine Präferenz der Fußrücken. Eine dyshidrosiforme Skabies ist mehrheitlich symmetrisch lokalisiert, bevorzugt die ersten drei Lebensjahre und zeigt in der Regel auch einen Befall weiterer Körperareale. Hier wird auch vor allem ein nächtlich sehr starker Juckreiz angegeben.

Die Verdachtsdiagnose Tinea pedum vom dyshidrosiformen Typ (36-jähriger Patient) bzw. Tinea pedum vom Mokasin-Typ (42-jähriger Patient) konnte durch den kulturellen Nachweis des zoophilen Erregers *Trichophyton mentagrophytes* bzw. antropophilen Erregers *Trichophyton rubrum* aus Hornhaut-Geschabsel bestätigt werden.

Während für unkomplizierte Verläufe von Fußpilzinfektionen die topische Behandlung ausreicht, werden für die dyshidrosiforme Tinea pedum wie auch für die Mokasin-Typ Variante, die beide durch eine hohe Rezidivrate gekennzeichnet sind, eine orale und topische antimykotische Behandlung, vorzugsweise

mit Terbinafin, 250mg/Tag über zwei Wochen empfohlen. Diese Behandlung führte in beiden Fällen auch zur vollständigen Abheilung der Hautveränderungen.

Literatur

Korting HC, Kiencke P, Nelles S, Rychlik R Comparable efficacy and safety of various topical formulations of terbinafine in tinea pedis irrespective of the treatment regimen: results of a meta-analysis. *Am J Clin Dermatol* 2007;8:357-364

Richardson MD, Warnock DW Fungal infection. Diagnosis and management. 3rd ed. Blackwell Science, Oxford (2003)

Professor Dr. Dietrich Abeck, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Allergologie, Gemeinschaftspraxis, Renatastraße 72, 80639 München und Dr. Konrad Stock, Facharzt für Innere Medizin, Abteilung für Nephrologie, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München