

# Nur eine Windeldermatitis?

**Vorgestellt wird ein 18 Monate altes Mädchen. Vorausgegangen war seit einigen Tagen eine Rötung der Haut perianal und teils nässenden Hautdefekten. Eine Lokaltherapie mit Zink- bzw. antimykotischen Cremes hatte zu keiner wesentlichen Besserung des Lokalbefundes geführt. Als das Mädchen Fieber bis über 39 °C entwickelte, es die Nahrung verweigerte und der Allgemeinzustand sich rapide verschlechterte wurde es in der Klinik vorgestellt.**

## Aufnahmebefund

18-monatiges Mädchen in reduziertem Allgemeinzustand. Rektal gemessene Temperatur 39,2 °C. Auskultation von Herz und Lunge altersentsprechend normal, aber Tachykardie von 120/min und Tachypnoe 50/min. Abdomen unauffällig. Rachen leicht gerötet, Trommelfelle randständig leicht gerötet.

Auffällig ist eine Rötung der Haut im gesamten Windelbereich. An Stellen mechanisch belasteter Haut (Bündchen der Windel) finden sich einzelne Bläschen, gefüllt mit trübem Sekret. Das Kind hat offensichtlich Schmerzen. Die Rötung hatte sich, ausgehend von einer perioralen Entzündung innerhalb von zwei bis drei Tagen rasch ausgebreitet.

Laborchemisch sind die Leukozyten erhöht auf 12,5 /nl, das CRP ist angestiegen auf 25 mg/dl. Im Wundabstrich der Bläschen, Rektalabstrich und in der Blutkultur: Wachstum von Streptokokken der Gruppe A nach 24 Stunden.

## Diagnose

Erysipel infolge Proktitis durch Streptokokken der Gruppe A.

## Erkrankung

Die Windeldermatitis ist die häufigste Hauterkrankung bei Säuglingen. Begünstigt durch Wärme und Feuchtigkeit sowie die Hautirritation durch Stuhl und Urin entwickeln sich beginnend zumeist perianal, dann übergreifend auf intertriginöse Hautfalten und die perigenitale bzw. die Haut des Gesäßes eine Rötung, mit nässenden Hautdefekten. In der Regel erst sekundär kommt es zur Besiedelung durch

Pilze, zumeist *Candida* spezie. Zur Therapie der Windeldermatitis reicht meist die lokale Hautpflege mit zinkhaltigen Cremes, Trockenhalten der Haut usw.; seltener ist auch eine antimykotische Lokaltherapie erforderlich.

Der hier dargestellte Verlauf zeigt, dass es abweichende Verläufe der Windeldermatitis gibt. Streptokokken der Gruppe A können, ausgehend von perianalen Fissuren oder Hautläsionen (Proktitis) ein Erysipel im Windelbereich auslösen. Leitsymptom dieser Erkrankung ist anfangs ein hartnäckiger Pruritus bei perianaler Rötung, später die innerhalb von Stunden rasche Ausbreitung der äußerst schmerzhaften Rötung der Haut mit scharfer Begrenzung, der schlechte Allgemeinzustand, das hohe Fieber. Die im vorliegenden Fall aufgetretenen Blasen mit wässrig trübem Inhalt sind untypisch für ein Erysipel und dürften durch die mechanische Belastung dieses Areales, durch das Bündchen der Windel erklärt sein. Gefürchtetste Komplikation ist die nekrotisierende Fasciitis, das heißt also die Destruktion der Haut und Subkutis bis auf die Faszie, unter Umständen sogar der darunter liegenden Muskulatur. Dieser Verlauf ist im Kindesalter selten. Den Extremfall stellt die Streptokokken-Sepsis mit Schock (toxic-shock-syndrom), scharlachähnlichem Exanthem oder die multiple metastatische Absiedelung der Streptokokken und daraus resultierender Gangrän der Haut mit unter Umständen Verlust von Fingern, Zehen usw. dar.

## Diagnostik

Die Diagnose wird einerseits durch den typischen klinischen Verlauf gestellt, andererseits durch den kulturellen Nachweis der Streptokokken Gruppe A. Bei Erysipel bzw. septischem Verlauf ist dafür natürlich eine Blutkultur wegweisend. Beim toxischen Schocksyndrom ist der kulturelle Nachweis oft schwierig. Ein Hautabstrich von der Oberfläche eines Erysipels ist nicht sinnvoll wohl aber – wie auch im vorliegenden Fall – ein Analabstrich.

Streptokokken der Gruppe A können nicht nur den Nasen-Rachenraum besiedeln und gegebenenfalls eine Pharyngotonsillitis auslösen, sondern auch den Gastrointestinaltrakt und können dann in perianalen Abstrichen nachgewiesen werden. Über die Prävalenz der analen Besiedelung mit Streptokokken der Gruppe A sind keine systematischen Untersuchungen bekannt.



Abbildung.

## Therapie

Die Therapie des Erysipels erfordert in der Regel eine stationäre Aufnahme. Sie erfolgt wie üblich mit Penicillin im Krankenhaus. Anfangs wird eine systemische intravenöse Therapie mit Penicillin G 200 bis 400.000 IE/kg KG/Tag (GDPI-Handbuch) und – zumindest anfangs – zusätzlich mit Clindamycin 40 mg/kg KG/Tag. Tierversuche haben gezeigt, dass durch Clindamycin die Superantigen- und Zytokinbildung gehemmt und damit die Ausprägung eines toxischen Schocks und die Letalität gesenkt werden kann. Eine Therapie mit Clindamycin allein ist problematisch, da 10 bis 20 Prozent der Streptokokken der Gruppe A Clindamycin resistent sind.

Für die Therapie einer perianalen Dermatitis wird eine orale Therapie vorzugsweise mit einem oralen Cefalosporin für mehr als sieben Tage empfohlen.

## Fazit für die Praxis

Bei hartnäckiger perianaler Rötung auch an eine Infektion durch Streptokokken der Gruppe A denken!

### Weiterführende Literatur:

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI) 2009  
DGPI-Handbuch. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. 5. Auflage.  
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York

Professor Dr. Reinhard Roos,  
Nadistraße 43, 80809 München