

Mehr als palmare und plantare Pünktchen



Exantheme im Mundbereich ...



... an Knien und Händen ...



... und an den Fußsohlen.

Anamnese

Ein Junge im Alter von einem Jahr und neun Monaten wird in der Sprechstunde vorgestellt. Er besucht normalerweise eine Kindertagesstätte. Die Mutter berichtet, die Symptome hätten vier Tage zuvor begonnen mit Fieber um 39 °C, am darauffolgenden Tag seien einzelne rote Pünktchen perioral aufgetreten. Am nächsten Tag kamen rote Flecken an den Handrücken und an den Fußsohlen hinzu. Einen Tag später wurden die Effloreszenzen mehr und größer und zunehmend vesikulopapulös, begannen auch zu jucken, dazu seröser Schnupfen, Appetit etwas reduziert. Am Tag der Vorstellung in der Praxis kein Fieber mehr, aber ausgeprägtes, jetzt teilweise hämorrhagisches Exanthem, nun auch an den Knien, beginnende Impetiginisierung perinasal und perioral.

Befund

Der Junge präsentiert sich in leicht reduziertem Allgemein- und gutem Ernährungszustand. Er kommuniziert altersgemäß, zeigt eine verlegte Nasenatmung. Sichtbar ist ein makulo-papulöses, zum Teil impetiginisiertes Exanthem perioral und getrocknetes Sekret perinasal (Abbildung 1). An den Handrücken und Knien zeigen sich makulopapulöse, teilweise erhabene, teilweise konfluierende, juckende, manchmal exkorierte oder ulzerierte, teilweise hämorrhagische, quadrate Effloreszenzen (Abbildung 2). Bei der Racheninspektion sind kleine rötliche Bläschen am weichen Gaumen sichtbar. Kleine makulopapulöse Effloreszenzen befinden sich an den Fußsohlen (Abbildung 3). Cor, Pulmo, Abdomen

sind unauffällig. Es ist keine Milzvergrößerung tastbar und keine Lymphknotenschwellung vorhanden. Es zeigen sich keine menigealen oder neurologischen Symptome. Der sonstige körperliche Untersuchungsbefund ist altersgemäß unauffällig.

Diagnose und Erreger

Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK), Einzelsträngige, unbehüllte RNA-Viren der Gattung Enteroviren (Coxsackie A)

Therapie

Symptomatisch

Verlauf

Die HFMK ist eine ganzjährig mögliche, aber häufig in den Herbst- und Wintermonaten auftretende Erkrankung (Inzidenz in Deutschland wird auf 80.000 bis 140.000 geschätzt). Bei leichten Verläufen ist häufig keine Therapie erforderlich. Die Lehrbuchversion zeigt meist nur kleine palmare und plantare Pünktchen (vgl. Abbildung 3) und einzelne Vesikelchen in der Mundschleimhaut. In dieser Wintersaison kam es aber nach meiner Beobachtung ungewöhnlich häufig zu sehr ausgeprägter Symptomatik. Differenzialdiagnostisch sind die ausgeprägten Hautveränderungen von einer Impetigo contagiosa und sonstigen (un)spezifischen Virusexanthemen abzugrenzen (Stomatitis apthosa, Herpangina, Zoster bzw. Varizellen und Erythema exudativum multiforme).

In diesem Fall konnte unter Bedarfsmedikation (Ibuprofen 10 mg/kg) eine rasche Besserung der Schmerzsymptomatik, insbesondere der Schluckbeschwerden erreicht werden. Je nach Kratztendenz kann die Gabe von zum Beispiel Cetirizin gegen den Juckreiz helfen und bei Abheilung der Effloreszenzen hat eine Creme mit Fusidinsäure und Betametason (im Gesicht Dexpanthenol Augen- und Nasensalbe) zu rascher Besserung geführt.

Bei einer Verlaufskontrolle nach fünf Tagen war es zu keinem erneuten Fieberanstieg mehr gekommen und sämtliche Hauterscheinungen waren deutlich rückläufig, Verhalten und Appetit normal. Ein Erregernachweis (PCR) oder serologische Untersuchungen wurden, wie meistens in der ambulanten Pädiatrie, nicht durchgeführt, da sie ohne Konsequenz für die Therapie und den Verlauf wären. Während der Enanthem- und Exanthemphase der Erkrankung sind die Kinder sehr ansteckend, weshalb häufig mehrere Kinder einer Kita- oder Kindergartengruppe erkranken. Mit Abheilen des Exanthems sinkt die Infektiosität deutlich, sodass symptomfreie Patienten wieder zu Gemeinschaftseinrichtungen zugelassen werden können.

Autor

Dr. Mathias Wendeborn
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Volpinistr. 19, 80638 München