

Hauteffloreszenzen in Kombination mit Atemwegssymptomen



Abbildung 1: Initiale Rötung und quaddelartige Hauterscheinungen am Rücken.



Abbildung 2: Übergang in rundliche, teils großflächig konfluierende kokardenartige Erytheme mit zentraler Aufhellung an Rücken, Schultern und Oberarmen.



Abbildung 3: Kokarden- bis girlandenförmige Effloreszenzen an den Oberschenkeln.

Anamnese

Ein ansonsten gesundes 11-jähriges Mädchen stellte sich mit einem seit fünf Tagen bestehenden allgemeinen Krankheitsgefühl, afebrilen Halsschmerzen und Husten vor. An den beiden Vortagen war ein flüchtiges, schwach juckendes Exanthem im Bereich des Rückens, der Schultern und Oberarme sowie der Oberschenkel aufgetreten, welches von ihrer Mutter fotografisch dokumentiert wurde. In der erweiterten Anamnese war ein möglicher Kontakt zu Mykoplasmen bei Mitschülerinnen und -schülern zu eruieren.

Befunde und Diagnose

Die klinische Untersuchung blieb bei gutem Allgemeinzustand, bis auf einen leicht geröteten Rachenring mit geschwollenen Tonsillen ohne Beläge, unauffällig. Insbesondere der pulmonale Auskultationsbefund war blande. Sichtbare Hauteffloreszenzen bestanden zum Untersuchungszeitpunkt allenfalls im Schulterbereich nur noch geringfügig, ließen sich aber auf den gezeigten Fotografien nachvollziehen. Initial imponierten urtikarielle (Abbildung 1), im Verlauf kokarden- und girlandenförmige Effloreszenzen (Abbildungen 2 und 3) passend

zum klinischen Bild eines Erythema multiforme ohne Schleimhautbeteiligung. Laborchemisch zeigte sich eine geringe Leukopenie mit leichter relativer Mono- und Lymphozytose. CRP und PCT lagen im Normalbereich. Der klinische Verdacht auf eine zugrundeliegende floride Mykoplasma pneumoniae-Infektion bestätigte sich serologisch mit hochtitrig positiven IgM- und IgG-Antikörpern.

Therapie

Neben supportiven symptomatischen Maßnahmen erfolgte die Behandlung mit dem Makrolid-Antibiotikum Azithromycin, das in alters- und gewichtsadaptierter Dosierung über insgesamt fünf Tage gegeben wurde (500 mg am ersten und je 250 mg vom zweiten bis fünften Tag). Die Therapie wurde ohne Nebenwirkungen vertragen und sprach gut an.

Hintergrund

Dermatologische Symptome als Ausdruck einer immunologischen Reaktion zählen zum Spektrum der extrapulmonalen Manifestationen von Mykoplasmen-Infektionen und kommen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in etwa jedem zehnten Erkrankungsfall vor [1, 2]. Beschrieben sind – auch bei klinisch inkompletten Verläufen – makulopapuläre, morbilliforme, urtikarielle oder papulovesikuläre Erscheinungen, das Erythema multiforme, sowie selten schwere erosive Haut- und Schleimhautbeteiligungen im Sinne eines Stevens-Johnsons-Syndroms [1, 2, 3]. Trotz ihrer heterogenen und nicht pathognomonischen Morphologie sollte bei den dargestellten Hauteffloreszenzen in Kombination mit Atemwegssymptomen an eine Infektion mit Mykoplasma pneumoniae gedacht werden.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autorin

Dr. Susanne Kollmer

Hausärztliche Praxis Dr. Margit Kollmer,
Marktplatz 38, 84149 Velden