

## Sporotrichose als Ursache eines Ulcus cruris

**W**ährend hierzulande Ulcera crurum vor allem im fortgeschrittenen Alter häufig sind und bekanntermaßen in erster Linie auf einer venösen Insuffizienz beruhen, sind Ulzera in Schwarzafrika praktisch nie Folge einer solchen venösen Insuffizienz. Es handelt sich hier je nach Alter der Patienten und Region bei Kindern und Jugendlichen zumeist um Tropenulzera und bei Erwachsenen häufig um neuropathische Ulzera bei Lepra. Darüber hinaus muss in vielen Regionen an eine Sichelzellerkrankung als Ursache von Ulzerationen an den Unterschenkeln gedacht werden [1].

Eine auch in Afrika eher seltene Ursache für ein Ulkus am Unterschenkel stellt die Sporotrichose dar, die wir anhand eines Patienten im Süden Tansanias vorstellen möchten. Die Sporotrichose ist eine subkutane Pilzinfektion, die durch *Sporothrix schenckii* hervorgerufen wird. *Sporothrix schenckii* findet sich fast ubiquitär in der Umgebung von Stroh, auf Rosen und auf Fliegen, um nur einige Lokalisationen zu nennen [2]. Der Pilz kommt weltweit vor. Zuerst beschrieben wurde die Erkrankung von Schenk 1898 in Baltimore aus Europa scheint die Sporotrichose im letzten Jahrhundert verschwunden zu sein.

Seitens der Haut werden im Wesentlichen 3 Verlaufsformen unterschieden, die lokalisierte kutane Form, die lymphokutane Form und die disseminierte Verlaufsform. Darüber hinaus gibt es 3 weitere Verlaufsformen, die Lungen Sporotrichose, die

durch Einatmen der Sporen zustande kommt, die seltene Gelenks Sporotrichose und die auch seltene disseminierte viszerale Sporotrichose [3, 4].

Bei der lokalisierten kutanen Sporotrichose bildet sich am Eintrittsort von *Sporothrix schenckii* eine verruköse Plaque, die gelegentlich ulzeriert. Klinisch kann die lokalisierte Form einem Kera-tokanthom ähneln [5]. Vor allem bei Kindern wird die lokalisierte Sporotrichose oft als Impetigo oder Pyoderma zunächst fehlagnostiziert [6]. Unbehandelt ist der Verlauf meist chronisch, Spontanheilungen sind jedoch möglich.

Die lymphokutane Form ist durch eine Ausbreitung entlang der Lymphwege charakterisiert, wobei die primäre Läsion zunächst ein kleines Ulkus ist, das sich aber im Laufe der Zeit vergrößert. Entlang den Lymphbahnen bilden sich Knoten und Plaques. Dies ist generell die häufigste Ver-

laufsform [7, 8], vielleicht auch deshalb, weil ihre Diagnose oft auch rein klinisch möglich ist. Eine Lokalisation an den Armen ist häufiger als an den Beinen, bei Kindern sind Gesichtsläsionen am häufigsten. Die Inzidenzrate kann über 50 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr betragen [7].

Zu einer allgemeinen Erkrankung, der disseminierten Form, kommt es durch hämatogene Ausbreitung vor allem bei immunsupprimierten Patienten.

### Kasuistik

#### Anamnese

Ein junger Mann aus der Umgebung von Lugala, im ländlichen Süden Tansanias, gab an, seit mindestens 9 Wochen an einem Ulkus unterhalb des linken Knies zu leiden, das sich langsam ausgedehnt habe.

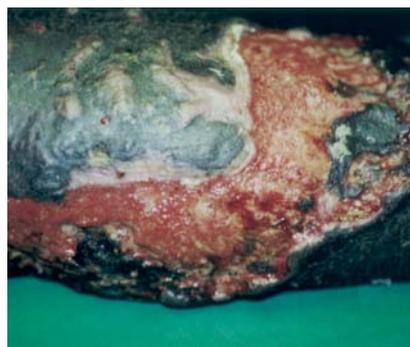


Abb. 1 ▲ Ulkus unterhalb des linken Knies des Patienten



Abb. 2 ▲ Plaque in der linken Leiste des Patienten

Eine zunächst durchgeführte Lokalbehandlung mit desinfizierenden Lösungen hatte zu keiner Besserung geführt.

## Untersuchungsbefund

Unterhalb des linken Knies fand sich ein gut handtellergroßes tiefes Ulkus innerhalb einer noch größeren Plaque, in der sich entzündliche Knoten und Knötchen fanden (■ Abb. 1). Bei der weiteren Untersuchung ließen sich entlang des Lymphabflussweges am Oberschenkel subkutane Knoten tasten, dicht unterhalb der Leiste bestanden weitere derbe Plaques (■ Abb. 2).

## Histologie

Zwei Hautexzisate mit anhängendem subkutanem Fettbindegewebe. In beiden Gewebstücken findet sich eine ausgedehnte abszedierende und granulomatöse sowie vernarbende Entzündung, die alle Schichten des Koriums durchsetzt und bis tief in die Subkutis hinabreicht. In der Umgebung der zahlreichen erweiterten Blutgefäße liegen dichte lymphoplasmazelluläre entzündliche Infiltrate. Multiple mehrkernige histiozytäre Riesenzellen, zum Teil zu Granulomen zusammengelagert, zum Teil auch einzeln disseminiert im Narbengewebe. Überwiegend innerhalb der Riesenzellen finden sich in geringer Zahl Pilzelemente, deren Wand eine deutliche Reaktion mittels PAS-Färbung zeigt. Die Pilzelemente sind zum Teil zigarrenähnlich geformt und weisen weder Kerne noch eine Kettenbildung auf. Die Größe der Pilzelemente liegt etwa in der Dimension der Zellkerne von Histiozyten. Die Pilzelemente finden sich bevorzugt in den unteren Schichten des vernarbten Koriums und der Subkutis (■ Abb. 3, 4).

Histologische Diagnose: Sporotrichose mit ausgedehnter abszedierender und granulomatöser sowie vernarbender Entzündung des Koriums und der Subkutis.

## Therapie und Verlauf

Für unseren Patienten war es möglich, in der alten Hauptstadt Dar es Salaam Kaliumjodid zu bekommen. Nach anfänglicher oraler Einnahme von 3-mal 5 Trpf. und allmählicher Dosissteigerung flachten

die Infiltrate ab, und das Ulkus begann sich vom Rand her zu schließen. Leider entzog sich der Patient bei deutlicher Heilungstendenz weiterer ärztlicher Kontrolle, sodass über den weiteren Heilungsverlauf nicht berichtet werden kann.

## Diskussion

Da im Lugala Krankenhaus keine geeigneten Kulturmedien vorhanden waren, konnten die Pilze nicht angezüchtet werden. Der Pilz gedeiht aber gut auf Sabouraud-Glucose-Agar bei Temperaturen zwischen 25 und 35°C und bildet in 3–7 Tagen Kolonien [13].

Prinzipiell kann die Behandlung der kutanen Sporotrichose entweder mit gesättigter Kaliumjodidlösung oder mit Itraconazol erfolgen [9, 10, 11, 12]. Für Itraconazol sprechen Studienergebnisse, die eine 90- bis 100%ige Heilungsrate erwarten lassen, wenn das Medikament für 3–6 Monate in einer Dosierung von 100–200 mg pro Tag gegeben wird. Itraconazol scheint Fluconazol und Ketoconazol deutlich überlegen zu sein [12].

Gesättigte Kaliumjodidlösung wird seit Anfang des vorigen Jahrhunderts für die orale Behandlung der Sporotrichose benutzt. Meist wird die Behandlung mit 3-mal 5 Trpf. gesättigter Lösung pro Tag begonnen und allmählich auf 3-mal 40–50 Trpf. pro Tag gesteigert (tägliche Gesamtdosis Erwachsene 3–6 g/Tag, Kinder 1,5–2 g/Tag). Die orale Gabe sollte über mehrere Wochen bis zur vollständigen Abheilung fortgesetzt werden. Nach klinischer Abheilung (ca. 6–8 Wochen) wird empfohlen, die Medikation in reduzierter Dosierung über weitere 3–4 Wochen fortzusetzen [15]. Als häufigste Nebenwirkungen werden Exantheme, Herzbeschwerden, Schwellung der Speicheldrüsen sowie Funktionsstörungen der Schilddrüse beschrieben. Für gesättigte Kaliumjodidlösung spricht jedoch der niedrige Preis [9, 14]. Der genaue Wirkungsmechanismus von Kaliumjodid ist nicht bekannt. In der Literatur werden Heilungsraten von ca. 90% angegeben [16]. Kontrollierte Studien gibt es allerdings nicht.

Für Schwangere wäre als Alternative eine lokale Hyperthermiebehandlung auf 42–43°C möglich, die jedoch ebenfalls 2–3 Monate durchgeführt werden muss.

## Zusammenfassung · Abstract

Hautarzt 2003 · 54:64–66  
DOI 10.1007/s00105-002-0400-6  
© Springer-Verlag 2003

J. M. Pönnighaus · S. Grosser · H.-P. Baum  
D. Mischke · L. Kowalick

## Sporotrichose als Ursache eines Ulcus cruris

### Zusammenfassung

Berichtet wird über einen Patienten, der am Lugala Krankenhaus (Tansania) mit einem Ulkus behandelt wurde. Das Ulkus hatte sich über einen Zeitraum von ca. 9 Wochen am linken Unterschenkel entwickelt. Die zusätzlich klinisch auffälligen subkutanen Knoten und Plaques im Inguinalbereich waren richtungsweisend für eine lymphokutane Verlaufsform einer Sporotrichose. Nach histopathologischer Sicherung der Diagnose wurde bei diesem Patienten eine Behandlung mit gesättigter Kaliumjodidlösung durchgeführt.

### Schlüsselwörter

Sporotrichose · Ulkus · Sporothrix schenckii · Kaliumjodid

## Sporotrichosis as the cause of a leg ulcer

### Abstract

A young man presented at Lugala Lutheran Hospital (Tanzania) with an ulcer on his lower leg which had developed over the past 9 weeks. Subcutaneous nodules and plaques were found all the way up to his groin; this observation prompted a strong suspicion that the patient had the lymphocutaneous form of sporotrichosis which had not been seen at this hospital before. The diagnosis was confirmed histopathologically. The patient was then treated with saturated solution of potassium iodide.

### Keywords

Sporotrichosis · Ulcer · Sporothrix schenckii · Potassium iodide

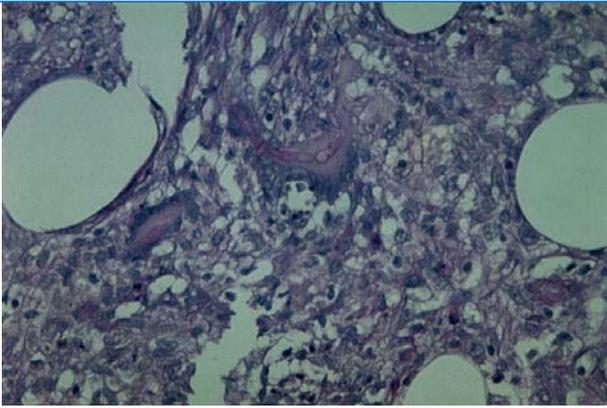


Abb. 3 ◀ **Übersicht:**  
**2 Riesenzellen (häufig bei Sporotrichose) mit Pilzelementen, PAS-Färbung (Vergr. 40:1)**

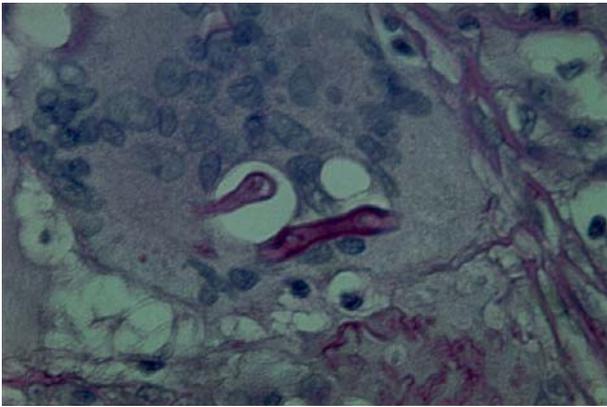


Abb. 4 ◀ **Detail: 2 typische Pilzelemente von Sporothrix schenckii („cigar bodies“), PAS-Färbung (Vergr. 100:1)**

Eine Lungensporotrichose sollte zumindest anfänglich mit Amphotericin B behandelt werden, das Gleiche gilt für disseminierte viszerale Verlaufsformen. Für die Gelenksporotrichose wird Itraconazol empfohlen, allerdings ist dabei nur mit einer 60- bis 80%igen Heilungsrate zu rechnen [11].

### Korrespondierender Autor

**Priv.-Doz. Dr. Jörg Martin Pönnighaus**

Vogtland-Klinikum Plauen GmbH,  
 Klinik für Hautkrankheiten und Allergologie,  
 Maximilian-Kolbe-Weg 1a, 08529 Plauen

### Literatur

- Lang W, Löscher T (2000) Tropenmedizin in Klinik und Praxis, 3. Aufl. Georg Thieme, Stuttgart
- De Araujo T, Marques AC, Kerdel F (2001) Sporotrichosis. Int J Dermatol 40:737–742
- Kauffman CA (1999) Sporotrichosis. Clin Infect Dis 29:231–7
- Salfelder K (2000) Pilzinfektionen beim Menschen. OmniMed Verlagsgesellschaft mbH, Hamburg
- Meffert JJ (1998) Cutaneous sporotrichosis presenting as a keratoacanthoma. Cutis 62:37–39
- Burch JM, Morelli JG, Weston WL (2001) Unsuspected sporotrichosis in childhood. Pediatr Infect Dis 20:442–445
- Espinosa-Texis A, Hernández-Hernández F, Lavalle P, Barba-Rubio J, López-Martínez R (2001) Estudio de 50 pacientes con esporotricosis. Evaluación clínica y de laboratorio. Gac Méd Méx 137:11–116
- Pappas PG, Tellez I, Deep AE, Nolasco D, Holgado W, Bustamante B (2000) Sporotrichosis in Peru: description of an area of hyperendemicity. Clin Infect Dis 30:65–70
- Habte-Gabr E, Walsh W (2000) Cutaneous sporotrichosis: the old iodide treatment remains effective. Clin Microbiol Infect 6:53–55
- Karakayali G, Lenk N, Alli N, Güngör E, Artüz F (1998) Itraconazole therapy in lymphocutaneous sporotrichosis: a case report and review of the literature. Cutis 61:106–107
- Köhler A, Weber L, Gall H, Peter RU (2000) Sporotrichose – fixe kutane und lymphokutane Form. Hautarzt 51:509–512
- Kauffman CA, Hajjeh R, Chapman SW (2000) Practice guidelines for the management of patients with sporotrichosis. Clin Infect Dis 30:684–687
- Seeliger HPR, Heymer T (1981) Diagnostik pathogener Pilze des Menschen und seiner Umwelt. Lehrbuch und Atlas. Georg Thieme, Stuttgart New York, S 184
- Qadripur SA (1996) Pilze und Pilzkrankungen. Ein Leitfaden für die Praxis. Georg Thieme, Stuttgart New York, S 59
- Orfanos CE, Garbe C (2002) Therapie der Hautkrankheiten, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 42
- Cabezac C, Bustamante B, Holgado W, Begue RE (1996) Treatment of cutaneous sporotrichosis with one daily dose of potassium iodide. Pediatr Infect Dis J 15:352–354

Hier steht eine Anzeige  
 This is an advertisement



**Springer**

54 x 240 mm)