

Primäre kutane Aspergillose bei einem extrem unreifen Frühgeborenen

Anamnese

Spontangeburt eines weiblichen Frühgeborenen nach 23+5 Gestationswochen, Geburtsgewicht 490 g (15. Perzentile), Apgar 2–5–8. Präpartale antibiotische Therapie der Schwangeren mit Ampicillin und Cefotaxim bei Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom mit vaginaler Blutung. Nachweis eines Ampicillin-resistenten *Escherichia coli* im Vaginalabstrich. Postnatal mildes Atemnotsyndrom mit invasiver Beatmung bis zum 25. Lebenstag, danach Atemhilfe mit „continuous positive airway pressure“ (CPAP), Ligatur eines Ductus Botalli apertus am 18. Lebenstag nach erfolgloser Indometacin-Therapie.

Klinischer Befund

Im Alter von 33 Lebenstagen erstmaliges Auftreten einer randständig hyperpigmentierten, kutanen Papel von 4 mm Durchmesser über der linken Hüfte mit kleinerer Satelliteneffloreszenz (▣ Abb. 1). Derbe Konsistenz. Zu die-

sem Zeitpunkt klinisch unbeeinträchtigt, spontan atmendes und vollständig oral ernährtes Frühgeborenes ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf. Leukozytenkonzentration im Blut 8800/μl mit unauffälliger Differenzierung, CRP-Konzentration 0,05 mg/dl. Nach Eröffnung der größeren Papel Entleerung von weißlichem Material mit bröckeliger Konsistenz. Anfertigung eines Abklatschpräparates sowie einer mikrobiologischen Kultur und anschließende Exzision der Läsionen.

Diagnose

Primäre kutane Aspergillose.

Therapie und Verlauf

Histologischer Nachweis einer bis in die Subkutis reichenden, plasmazellulären Entzündungsreaktion (▣ Abb. 2). Am übrigen Integument keine weiteren Herde. Rachenspülwasser, Blutkultur, Urin, Hautabstriche und Aspergillus-Antigen-ELISA im Serum unauffällig. In der PAS-

Färbung und Versilberung nach Gomori kein Nachweis von Pilzmyzelien, kein Nachweis von Aspergillus-DNA in der Nukleinsäureamplifikation. Aus Abstrichen und Exzidatmaterial mehrfache Anzüchtung von *Aspergillus fumigatus*. Intravenöse antimykotische Therapie mit liposomalem Amphotericin B (3 mg/kg/Tag) über 8 Tage. In der Folge keine weiteren kutanen Läsionen oder systemische Hinweise auf eine Aspergillenerkrankung. In der immunologischen Diagnostik (Granulozyten-Burst-Test, durchflusszytometrische Verteilung der T-, B- und NK-Zellen) ergaben sich bei unserer Patientin bisher keine Hinweise auf einen primären Immundefekt. Im Nachbeobachtungszeitraum von 36 Monaten zeigten sich keine gehäufteten Infektionen.

Diskussion

Die primäre kutane neonatale Aspergillose ist eine seltene Erkrankung des Frühgeborenen, weist aber eine zunehmende Inzidenz auf [1]. Die Unreife des Immunsystems und eine unzureichende Keratinisierung der Epidermis werden neben Traumen der Haut als Risikofaktoren für Mykosen des Frühgeborenen angesehen. Außer lokalen Infektionen der Haut werden auch systemische Verlaufsformen beobachtet, die unter dem Bild einer fulminanten Sepsis zu einem Multiorganversagen mit hoher Mortalität führen können [4]. Daher sind eine rasche Diagnostik und ein umgehender Therapiebeginn notwendig. Die Erfahrungen mit neueren Antimykotika und deren pharmakokinetischen Daten bei Extrem-



Abb. 1 ◀ Klinisches Bild. Kutane Papel (4 mm) mit kleinerer Satellitenläsion über der linken Hüfte

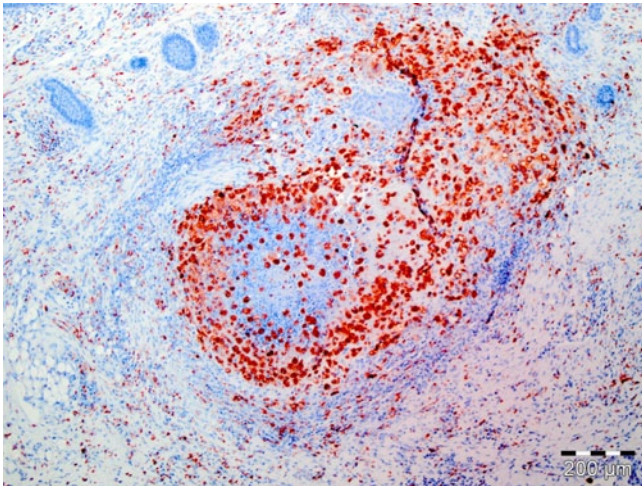


Abb. 2 ◀ Histologie. Immunhistochemischer Nachweis einer plasmazellulären Entzündungsreaktion mit zahlreichen schaumzelligen, CD68-positiven Makrophagen

Frühgeborenen sind beschränkt, eine systemische Therapie ist dennoch indiziert. Sollte eine Therapie mit Amphotericin B nicht ansprechen, so ist rasch der Einsatz alternativer Antimykotika wie Voriconazol, Itraconazol oder Micafungin zu erwägen [2, 3, 5]. Trotz der erwähnten prädisponierenden Faktoren wird die frühestmögliche immunologische Diagnostik zum Ausschluss einer primären Immundefizienz empfohlen.

Korrespondenzadresse

Dr. D. Klotz
Kinderklinik und Poliklinik,
Universitätsklinikum Würzburg
Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg
Klotz_D@kinderklinik.uni-wuerzburg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Horii KA, Nopper AJ (2007) Emerging cutaneous infections in the premature neonate. *Adv Dermatol* 23:177–195
2. Frankenbusch K, Eifinger F, Kribs A et al (2006) Severe primary cutaneous aspergillosis refractory to amphotericin B and the successful treatment with systemic voriconazole in two premature infants with extremely low birth weight. *J Perinatol* 26:511–514
3. Manzoni P, Rizallo S, Monetti C et al (2012) Neonatal cutaneous disseminated aspergillosis in a preterm extremely-low-birth-weight infant with favourable outcome at 3-year follow-up: a case report. *Early Hum Dev* 88(Suppl 2):65–68

4. Santos RP, Sánchez PJ, Mejias A et al (2007) Successful medical treatment of cutaneous aspergillosis in a premature infant using liposomal amphotericin B, voriconazole and micafungin. *Pediatr Infect Dis J* 26:364–366
5. Smolinski KN, Shah SS, Honig PJ et al (2005) Neonatal cutaneous fungal infections. *Curr Opin Pediatr* 17:486–493

Hautarzt 2013 · 64:664–665
DOI 10.1007/s00105-013-2580-7
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

D. Klotz · H. Kneitz · J. Wirbelauer Primäre kutane Aspergillose bei einem extrem unreifen Frühgeborenen

Zusammenfassung

Im Alter von etwa 5 Wochen kam es bei einem klinisch unbeeinträchtigten Frühgeborenen von 23+5 Gestationswochen erstmals zum Auftreten einer hyperpigmentierten, kutanen Papel von 4 mm Durchmesser über der linken Hüfte mit kleiner Satelliteneffloreszenz. Es war eine vorherige antibiotische Therapie der Schwangeren bei klinischem Verdacht auf ein Amnioninfektionssyndrom erfolgt. Nach wiederholtem kulturellem Nachweis von *Aspergillus fumigatus* in Abstrichen und im Exzidat wurde eine Therapie mit liposomalem Amphotericin B (3 mg/kg/Tag) über 8 Tage begonnen. Im Verlauf kam es zu keinem Auftreten weiterer Läsionen und keinem Nachweis einer primären Immundefizienz.

Schlüsselwörter

Liposomales Amphotericin B · Neonatale Infektion · Frühgeburtlichkeit · Mykosen · *Aspergillus fumigatus*

Primary cutaneous aspergillosis in an extremely low birth weight preterm infant

Abstract

A small hyperpigmented nodule 4 mm in diameter with a smaller satellite lesion was noted on the left hip 5 weeks after spontaneous birth of an otherwise unharmed 490 g female infant at 23+5 weeks of gestation. The mother had been treated with antibiotics for a clinically suspected amniotic infection syndrome. *Aspergillus fumigatus* was identified in both repeated swabs of the lesions and culture of the resected tissue. The infant received liposomal amphotericin B (3 mg/kg/day) for 8 days. No new lesions were noted thereafter. There was no evidence for a primary immunodeficiency.

Keywords

Liposomal amphotericin B · Neonatal infection · Prematurity · Mycoses · *Aspergillus fumigatus*



Kommentieren Sie
diesen Beitrag auf
springermedizin.de

► Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.