

Tinea capitis durch *Trichophyton soudanense* bei einem Neugeborenen

Mölbis, im September 2017

Anamnese & Lokalbefund

- 3 Wochen alter Junge
- Familie stammt aus Somalia
- Hautveränderungen am Kapillitium seit der Geburt oder kurz danach aufgetreten?
- Zentrifugale Ausbreitung von Papeln, Pusteln und zentralen Hyperkeratosen

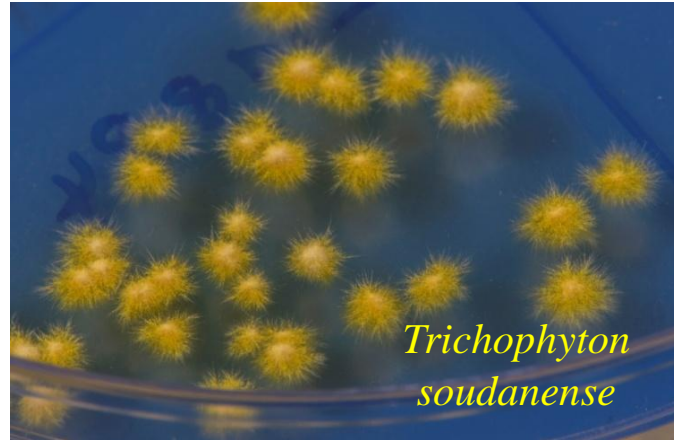


♂ 3 Wochen alt

Differenzialdiagnosen?

- Impetigo contagiosa/Pyodermie?
- Mykose?
- Benigner congenitaler kutaner Tumor? epidermaler Naevus, juvenile Xanthogranulome?

Literatur: Nenoff P, Süß A, Staubach P, Anemüller A, Renner R, Uhrlaß S, Krüger C, Ginter-Hanselmayer G. Tinea capitis bei Flüchtlingen und Migranten. Der Deutsche Dermatologe 2017; 65 (3): 199-206



Trichophyton soudanense

Mykologische Diagnostik

Abstrich und Kopfschuppen

- PCR auf *Trichophyton (T.) rubrum* positiv (Kreuzreaktivität?)
- PCR auf *T. violaceum* negativ
- Sequenzierung der ITS-Region der rDNA:
T. soudanense
- Kultur nach 5-6 Tagen: *T. soudanense*

Diagnose: Tinea capitis durch *Trichophyton soudanense*
Infektionsquelle: Tinea corporis der Mutter!

Wir danken **Dr. Christian Fremerey**, Ltd. Oberarzt, Neonatologie & Pädiatrische Intensivmedizin, Kinderklinik der Asklepios Klinik Sankt Augustin, für die gute Zusammenarbeit!

Therapie

Sämtliche systemischen Antimykotika sind für Neugeborene nicht zugelassen!

Neugeborenen (bis zum Alter von 4 Wochen) sollte Griseofulvin nicht gegeben werden (lt. Fachinformation)

- Fluconazol i.v.
- *Cave:* Off-Label-Use bei Kindern <1 Jahr und bei Tinea capitis
- Im Anschluss Fluconazol als Saft
- Lokal Octenidin und antimykotisch mit Clotrimazol

Zustand nach einer Woche Behandlung mit Fluconazol



Schnelle Rückbildung der Pusteln & Hyperkeratosen, Hyperpigmentierung als Restzustand.