

Onychomadese nach Hand-Fuß-Mund-Krankheit

Onychomadesis Following Hand, Foot, and Mouth Disease

Autor

G. Kolde

Institut

Dermatologisches Zentrum Berlin

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1364920>
 Online-Publikation: 31.1.2014
 Akt Dermatol 2014; 40: 137–138
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Gerhard Kolde
 Dermatologisches Zentrum
 Potsdamer Chaussee 80
 14129 Berlin
gerhard.kolde@arcor.de

Zusammenfassung

Es wird über einen 3-jährigen Jungen mit typischer Onychomadese an mehreren Fingern und an der rechten Großzehe berichtet. Die genaue Anamnese ergab, dass das Kind sechs Wochen zuvor an einer komplikationslos verlaufenen und inzwischen abgeheilten Hand-Fuß-Mund-Krankheit gelitten hatte. Vier Wochen nach Erstvorstellung waren alle abgelösten Nägel spontan und regelrecht nachgewachsen. Jede Onychomadese bei einem Kleinkind sollte nach einer kürzlich durchgemachten Hand-Fuß-Mund-Krankheit fahnden lassen.

Einleitung

Als Onychomadese wird die Ablösung des gesamten Nagels aufgrund einer abrupten Unterbrechung der Nagelbildung durch die Matrixzellen bezeichnet [1]. Diese klinisch typische, nicht entzündliche Form der Nagelablösung ist die Maximalvariante der Beau-Reil-Furchen, denen eine wiederholte Hemmung der Nagelbildung zugrunde liegt. Die Ursachen der Onychomadese sind vielfältig und umfassen neben Erkrankungen der Nagelregion auch fieberhafte Infekte, verschiedene Allgemeinerkrankungen und bestimmte Medikamente [1]. Bei Kindern tritt die Onychomadese häufig nach durchgemachter Hand-Fuß-Mund-Krankheit auf.

Kasuistik

Der 3-jährige Junge wurde von seiner Mutter mit Nagelveränderungen an beiden Daumen, Mittel- und Ringfingern sowie an der rechten Großzehe vorgestellt. Etwa in der Mitte der Nagelplatte waren die gesamten Nägel in Querrichtung gebrochen (Abb. 1). Die distalen Nägel hatten sich vom Nagelbett abgelöst und wurden nur vom

lateralen Nagelwall gehalten. Die nachgewachsenen proximalen Nägel waren klinisch und dermatoskopisch unauffällig und hatten sich partiell unter die abgelösten Nägel geschoben (Abb. 1). Ansonsten stellten sich Nägel und Nagelwälle regelrecht dar, insbesondere fanden sich keine Paronychie und keine Zeichen einer Onychomykose. Der übrige Hautbefund war unauffällig, Haare und Zähne waren altersentsprechend normal ausgebildet. Subjektiv bestanden keine Beschwerden.

Nach Angaben der Mutter war den Nagelveränderungen kein Trauma vorangegangen. Die Einnahme von Medikamenten wurde verneint. Auf gezielte Nachfrage berichtete die Mutter, dass der Junge vor sechs Wochen an der Hand-Fuß-Mund-Krankheit mit mildem Fieber und Läsionen an der Mundschleimhaut und den Akren erkrankt war. Die Diagnose war durch den Kinderarzt klinisch gestellt worden. Eine medikamentöse Therapie wurde nicht durchgeführt. Aufgrund des eindeutigen klinischen Bildes und der positiven Anamnese wurde auf weitere diagnostische Maßnahmen und auf eine Behandlung verzichtet. Bei der Wiedervorstellung nach vier Wochen waren alle abgelösten Nägel normal nachgewachsen.

Diskussion

Die Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFM) ist eine weltweit verbreitete und hauptsächlich bei Kleinkindern auftretende Infektionskrankheit durch Coxsackie-, Echo- und Enteroviren [2]. Nach einer Inkubationszeit von 3 bis 6 Tagen und prodromalem Fieber und Bauchschmerzen entwickelt sich das diagnostisch typische Enanthem mit multiplen Bläschen und kurz darauf schmierig belegten Ulzera an Zunge, Wangenschleimhaut und hartem Gaumen. Analoge Läsionen bilden sich an den Akren vorwiegend an den Dorsalseiten von



Abb. 1 Nicht entzündliche Nagelablösung am Mittel- und Ringfinger der linken Hand. Die nachgewachsenen Nägel sind unauffällig. Der Zeigefinger ist nicht betroffen.

Händen und Füßen. Die Infektion heilt zumeist nach 8–12 Tagen spontan ab, Komplikationen sind selten.

Die ersten Fälle einer Onychomadesese nach durchgemachter HFM wurden von Clementz und Mancini beschrieben [3]. Anhand von mehreren lokalen Ausbrüchen der HFM in Spanien und Finnland konnte gezeigt werden, dass bis zu 60% der an HFM erkrankten Kinder später eine Onychomadesese entwickelten [4–8]. Die Ablösung der Finger- und/oder Fußnägel trat 2 bis 8 Wochen (Mittel 5,5 Wochen) nach der Infektion auf. Im Mittel lösten sich vier Nägel ab, eine Ablösung aller Nägel wurde bei keinem Patienten beobachtet. Die weit überwiegende Mehrheit der betroffenen Kinder war jünger als 6 Jahre. Jungen und Mädchen waren gleichermaßen häufig betroffen. Bei allen Patienten kam es innerhalb weniger Wochen zu einer spontanen und vollständigen Abheilung des Nagelverlustes.

Die Pathogenese der HFM-assoziierten Onychomadesese ist nicht geklärt. Der zunächst geäußerte Verdacht, dass sich die Nagelablösung nur nach HFM durch bestimmte Coxsackieviren entwickelt, hat sich in den bisher vorliegenden virologischen Untersuchungen nicht bestätigt [5–10]. Bemerkenswert ist jedoch, dass bei einer HFM-Epidemie durch Enterovirus 71 in Singapur keine Onychomadesese gesehen wurde [11]. Unklar ist bis heute, ob die Onychomadesese unspezifische Spätfolge der Allgemeininfektion ist oder durch die virale Infektion der Keratinozyten der Nagelmatrix hervorgerufen wird [12]. Da die HFM zumeist nur mit mäßigem Fieber und Allgemeinsymptomen einhergeht, ist wahrscheinlicher, dass die Matrixzellen viral infiziert und zytopathisch geschädigt werden und dadurch vorübergehend kein Nagel ausgebildet wird. Tatsächlich konnte bis heute jedoch nur bei einem Patienten Coxsackievirus A6 in dem abgelösten Nagelmaterial nachgewiesen werden [8].

Wichtig für die Praxis ist, dass jede bei einem Kleinkind diagnostizierte Onychomadesese Anlass sein sollte, die Eltern gezielt nach

einer kürzlich durchgemachten HFM zu fragen und bei negativer Anamnese entsprechende serologische Untersuchungen zu veranlassen. Hat man diese als Ursache der Nagelablösung identifiziert, kann man die Spontanheilung abwarten.

Interessenkonflikt



Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

Onychomadesis Following Hand, Foot, and Mouth Disease



A 3-year-old boy was presented with typical onychomadesis on several fingers and the right big toe. Detailed history revealed that the child had suffered from uncomplicated and now completely resolved hand, foot, and mouth disease six weeks earlier. Four weeks after first presentation, all shedded nails had spontaneously and regularly regrown. Each onychomadesis in an infant should prompt a search for recently resolved hand, foot, and mouth disease.

Literatur

- 1 Bodman MA. Nail dystrophies. *Clin Podiatr Med Surg* 2004; 21: 663–687
- 2 Förster-Holst R. Hand-Fuß-Mund-Erkrankung. In: Plewig G, Landthaler M, Burgdorf WHC et al., Hrsg. Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie. Heidelberg: Springer; 2012: 129–130
- 3 Clementz GC, Mancini AJ. Nail matrix arrest following hand-foot-mouth disease: a report of five children. *Pediatr Dermatol* 2000; 17: 7–11
- 4 Redondo Granado MJ, Torres Hinojal MC, Izquierdo López B. Post viral onychomadesis outbreak in Valladolid. *An Pediatr (Barc)* 2009; 71: 436–439
- 5 Cabrerizo M, De Miguel T, Armada A et al. Onychomadesis after a hand, foot, and mouth disease outbreak in Spain, 2009. *Epidemiol Infect* 2010; 138: 1775–1778
- 6 Guimbao J, Rodrigo P, Alberto MJ et al. Onychomadesis outbreak linked to hand, foot, and mouth disease, Spain, July 2008. *Euro Surveill* 2010; 15: 19663
- 7 Davia JL, Bel PH, Ninet VZ et al. Onychomadesis outbreak in Valencia, Spain associated with hand, foot, and mouth disease caused by enteroviruses. *Pediatr Dermatol* 2011; 28: 1–5
- 8 Österback R, Vuorinen T, Linna M et al. Coxsackievirus A6 and hand, foot, and mouth disease, Finland. *Emerg Infect Dis* 2009; 15: 1485–1488
- 9 Wei SH, Huang YP, Liu MC et al. An outbreak of coxsackievirus A6 hand, foot, and mouth disease associated with onychomadesis in Taiwan, 2010. *BMC Infect Dis* 2011; 11: 346
- 10 Kaminska K, Martinetti G, Lucchini R et al. Coxsackievirus A6 and Hand, Foot and Mouth Disease: Three Case Reports of Familial Child-to-Immunocompetent Adult Transmission and a Literature Review. *Case Rep Dermatol* 2013; 5: 203–209
- 11 Chan KP, Goh KT, Chong CY et al. Epidemic hand, foot and mouth disease caused by human enterovirus 71, Singapore. *Emerg Infect Dis* 2003; 9: 78–85
- 12 Haneke E. Onychomadesis and hand, foot and mouth disease – is there a connection? *Euro Surveill* 2010; 15: 19664