

Rosazea mit eosinophilen Follikulitiden als „presenting sign“ bei einer HIV-infizierten Patientin

Rocacea with Eosinophilic Folliculitis as „Presenting Sign“ of an HIV Infection

Autoren

M. Noll, M. Wurster, P. von den Driesch

Institut

Dermatologisches Zentrum, Klinikum Stuttgart

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-103022>

| Akt Dermatol 2017; 43: 312–315

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Peter von den Driesch, Dermatologisches Zentrum, Klinikum Stuttgart, Priessnitzweg 24, 70374 Stuttgart

pdriesch@klinikum-stuttgart.de

ZUSAMMENFASSUNG

Wir stellen eine 58-jährige Patientin mit disseminierten papulo-pustulösen Hautveränderungen im Gesicht-Halsbereich vor. In der Biopsie zeigte sich eine klassische sog. eosinophile Follikulitis, welche im Verlauf schnell auf die systemische Behandlung mit Antibiotika und lokalem Metronidazol ansprach. Serologisch stellten wir erstmals das Vorliegen einer HIV-Erkrankung fest. Rosazea-artige eosinophile Follikulitiden im Gesichtsbereich können also auch „presenting sign“ einer HIV-Infektion sein.

ABSTRACT

We present a 58-year-old patient which suffered from disseminated papules and pustules affecting the head and neck. A biopsy specimen revealed a classical so-called eosinophilic folliculitis. The clinical symptoms underwent a rapid remission after treatment with antibiotics and topical metronidazol. By serology the presence of HIV infection was revealed for the first time. Thus rosacea-like eosinophilic folliculitides affecting the face could be a presenting sign of an HIV infection.

Falldarstellung

Einleitung

Eine Reihe von Haut- und Schleimhautmanifestationen können einen Hinweis für eine HIV-Infektion darstellen. In erster Linie sind diesbezüglich das Kaposi-Sarkom, die Hairy-leukoplakia sowie ein hartnäckiges seborrhoisches Ekzem bekannt. Auch rezidivierende Follikulitiden, die sich histologisch eosinophilenreich („eosinophile Follikulitis“) zeigen, sind beschrieben [1, 2]. Der vorliegende Fall präsentiert eine Patientin, bei der sich eine therapieresistente Rosazea unter dem histologischen Bild von eosinophilen Follikulitiden zeigt und bei der dann eine HIV-Infektion festgestellt wurde.

Anamnese

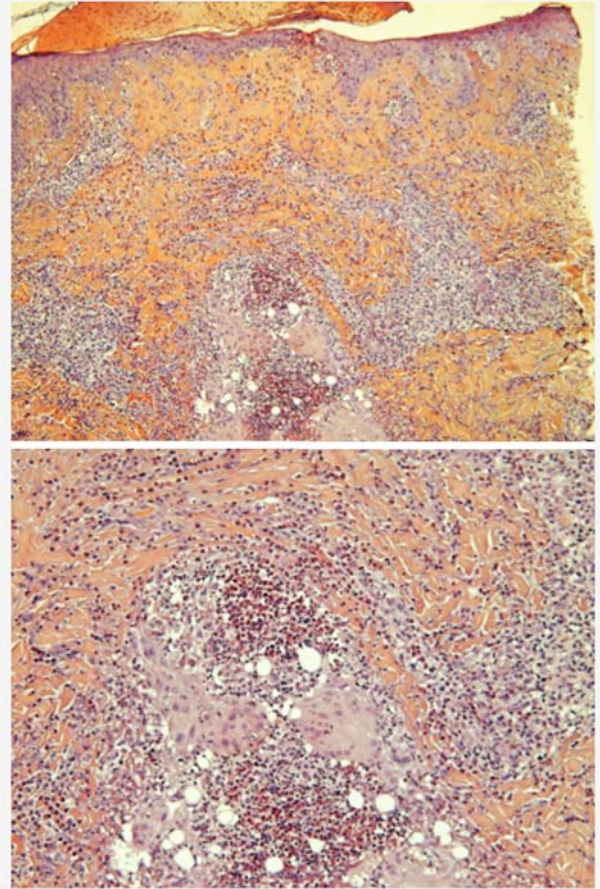
Eine 58-jährige Frau wurde an unsere Klinik überwiesen mit neu aufgetretenen Hautveränderungen an Gesicht und Hals. Sie berichtete, dass die Hautveränderungen seit ca. 3 Wochen neu aufgetreten seien. In der Vergangenheit seien ihr keine Rosazea-artigen Hautveränderungen aufgefallen. Eine systemische oder topische Behandlung mit Kortikosteroiden war nicht erfolgt.

Klinischer Befund

Bei der Untersuchung zeigten sich multiple Papeln und folliculär gebundene Pusteln auf erythematösem Grund im Gesicht und Nacken (► **Abb. 1**). Es gab keine Beteiligung der Augenlider oder Augen und keine Teleangiektasien.



► **Abb. 1** Hautbefund bei Aufnahme: follikulär gebundene Papeln und Pusteln.



► **Abb. 2** In der Übersicht die pustulär-fibrinöse Kuppe des Follikels, darunter immer wieder perifollikulär granulomatöses Infiltrat mit auffallend vielen Eosinophilen.

Diagnostik und Histologie

Bakterielle und mykologische Kulturen von Hautabstrichen zeigten einzelne Streptokokken und Staphylokokken, der Inhalt der Pusteln zeigte sich steril.

Die Histopathologie einer Stanzbiopsie vom Nacken zeigte massive entzündliche Infiltrate intra- und perifollikulär, durchsetzt mit zahlreichen Eosinophilen (► **Abb. 2**).

Die von uns mit Einverständnis der Patientin veranlasste HIV-Untersuchung bestätigte das Vorliegen einer HIV-Infektion mit zweifach positivem Immuno-Blot für HIV 1/2 mit GP120, GP41, p51, p31, GP36 positiv sowie in der folgenden ambulanten Diagnostik zeigte sich ein Virusload von 700 000 Kopien/ml vom Subtyp HIV1 Typ CRF02_AG mit einer CD4-Zahl von 260 Zellen/mm³ vor antiviraler Therapie.

Therapie

Es erfolgte eine systemische Behandlung mit Clindamycin 600 mg i.v. dreimal täglich und Metronidazol 500 mg i.v. zweimal täglich sowie topische Behandlung mit Metronidazol 2%-Creme und einer Schwefel (3%)-Zink-Salben-Paste ergänzt durch antiseptische Umschläge.

Im Verlauf von 7 Tagen zeigte sich der Hautbefund der Patientin deutlich gebessert (► **Abb. 3**). Die ambulante Behandlung wurde topisch mit Metronidazol, Schwefel-Zink-Paste und Tacrolimus fortgesetzt und nach Konsil mit einer HIV-Schwerpunktpraxis eine antivirale HIV-Behandlung mit Triumeq® (Dolutegravir, Abacavir, Lamivudin) einmal tgl. eingeleitet.

Diskussion

Während die genaue Ätiologie der eosinophilen Follikulitiden unbekannt ist, zeigt sich in der klinischen Praxis, dass die Erkrankung häufig im Zusammenhang mit Immundefizienzen auftritt. Eine Infektion dient hier möglicherweise als Auslöser [1, 2].

Zu den möglichen Ursachen des spezifischen Entzündungsmusters gibt es verschiedene Hypothesen [3]: So wurde beispielsweise die Rolle von Demodex bei der Pathogenese evaluiert [4, 5]. Studienergebnisse an 18 Patienten zeigten allerdings, dass nur in 4 Fällen Demodex-Milben auffindbar waren. Ein klarer örtlicher Zusammenhang zur Entzündungsreaktion konnte in keinem der Fälle festgestellt werden [4, 5].

Auch die Hypersensitivitätsreaktion auf *Pityrosporum*-Hefe wurde in der Vergangenheit bereits als Ursache eosinophiler Follikulitiden evaluiert. Bei einer entsprechenden Untersuchung von 70 Fällen konnte *Pityrosporum* jedoch nur in einem Fall nachgewiesen werden [6, 7].

Aufgrund der grundsätzlichen Befundverbesserung unter einer antibiotischen Behandlung z. B. mit Metronidazol wurde zusätzlich die klinische Hypothese einer möglichen bakteriellen Infektion diskutiert [6, 8]. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den bakteriologischen Befunden der Patienten und den positiven Effekten durch eine Behandlung konnte allerdings nicht nachgewiesen werden. Auch die zeitlich begrenzte Verbesserung der Symptome unter antibiotischer Behandlung spricht gegen diese Hypothese [6]. Eine weitere Möglichkeit stellt eine Autoimmunreaktion auf Talgdrüsen oder die Umgebung der Talgdrüsen im Zusammenhang mit der HIV-Infektion dar [6].

Erstmalig wurde die eosinophile Follikulitis bei HIV-positiven Patienten im Spät-Stadium der Krankheit bei AIDS [9] beschrieben. Darüber hinaus wurden weitere Fälle erfasst, bei denen Patienten eine CD4-Zellzahl unter 250 Zellen/mm³ [1] vorwiesen. Auch Fälle mit einer mittleren CD4-Zahl von 64 Zellen/mm³ in einer Fallserie von 18 Patienten [10] sowie mit einer mittleren CD4-Zahl von 116 Zellen/mm³ bei einer Fallserie von 57 Patienten [11] sind beschrieben. Eosinophile Follikulitis wurde zusätzlich als Reaktion einer Erhöhung der CD4-Zahlen unter antiviraler Therapie, im Sinne eines „immune reconstitution inflammatory syndrome“, beschrieben [12]. Im Falle unserer Patientin zeigten sich 260 Zellen/mm³ vor antiviraler Therapie, da die



► **Abb. 3** Hautbefund bei Entlassung.

Therapie bei einer Erstdiagnose noch nicht eingeleitet war. Fist-Line-Therapie stellt im Regelfall die Therapie der Grunderkrankung mit Beginn einer antiretroviralen Therapie dar.

Eine topische Behandlung kann mit Metronidazol [6] und einer lokalen Immunsuppression durch topische Kortikosteroide erreicht werden [13]. Um mögliche Atrophie zu vermeiden, stellt lokales Tacrolimus eine Alternative dar [14].

Zudem kann eine Lichttherapie mit UVB zu einer Befundverbesserung führen, allerdings ist nach dem Ende dieser Therapie eine erneute Verschlechterung des Befundes möglich [15].

Interessant ist an unserer Patientin der klinische Befund einer schweren Rosazea. Das Auftreten von Rosazea bei HIV-Infektion wurde durchaus schon beschrieben, aber nicht unbedingt unter dem histologischen Befund eosinophiler Follikulitiden [16].

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Rosenthal D, LeBoit PE, Klumpp L et al. Human immunodeficiency virus-associated eosinophilic folliculitis. A unique dermatosis associated with advanced human immunodeficiency virus infection. *Arch Dermatol* 1991; 127 (Suppl. 02): 206
- [2] Majors MJ, Berger TG, Blauvelt A et al. HIV-related eosinophilic folliculitis: a panel discussion. *Semin Cutan Med Surg* 1997; 16 (Suppl. 03): 219
- [3] Magro CM, Crowson AN. Eosinophilic pustular follicular reaction: a paradigm of immune dysregulation. *Int J Dermatol* 1994; 33 (Suppl. 03): 172
- [4] Bodokh I, Lacour JP, Perrin C et al. Papular eruption in AIDS: role of demodectic mites? *Acta Derm Venereol* 1994; 74 (Suppl. 04): 320
- [5] Blauvelt A, Plott RT, Spooner K et al. Eosinophilic folliculitis associated with the acquired immunodeficiency syndrome responds well to permethrin. *Arch Dermatol* 1995; 131 (Suppl. 03): 360
- [6] Fearfield LA, Rowe A, Francis N et al. Itchy folliculitis and human immunodeficiency virus infection: clinicopathological and immunological features, pathogenesis and treatment. *Br J Dermatol* 1999; 141 (Suppl. 01): 3
- [7] McCalmont TH, Altemus D, Maurer T et al. Eosinophilic folliculitis. The histologic spectrum. *Am J Dermatopathol* 1995; 17 (Suppl. 05): 439
- [8] Smith KJ, Skelton HG, Yeager J et al. Metronidazole for eosinophilic pustular folliculitis in human immunodeficiency virus type 1-positive patients. *Arch Dermatol* 1995; 131 (Suppl. 09): 1089
- [9] Soeprono FF, Schinella RA. Eosinophilic pustular folliculitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Report of three cases. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14 (Suppl. 06): 1020
- [10] Fearfield LA, Rowe A, Francis N et al. Itchy folliculitis and human immunodeficiency virus infection: clinicopathological and immunological features, pathogenesis and treatment. *Br J Dermatol* 1999; 141 (Suppl. 01): 3
- [11] Rajendran PM, Dolev JC, Heaphy MR Jr et al. Eosinophilic folliculitis: before and after the introduction of antiretroviral therapy. *Arch Dermatol* 2005; 141 (Suppl. 10): 1227
- [12] Springinsfeld G, Roth B, Martinot M et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with eosinophilic pustular folliculitis in an HIV-infected patient. *Lettres à la rédaction/Médecine et maladies infectieuses* 2011; 41 (Suppl. 01): 49
- [13] Nomura T, Katoh M, Yamamoto Y et al. Eosinophilic pustular folliculitis: A published work-based comprehensive analysis of therapeutic responsiveness. *J Dermatol* 2016; 43 (Suppl. 08): 919–927 [Epub 2016 Feb 15]
- [14] Toutous-Trellu L, Abraham S, Pechère M et al. Topical tacrolimus for effective treatment of eosinophilic folliculitis associated with human immunodeficiency virus infection. *Arch Dermatol* 2005; 141 (Suppl. 10): 1203
- [15] Buchness MR, Lim HW, Hatcher VA et al. Eosinophilic pustular folliculitis in the acquired immunodeficiency syndrome. Treatment with ultraviolet B phototherapy. *N Engl J Med* 1988; 318 (Suppl. 18): 1183
- [16] Yamaoka T, Murota H, Tani M et al. Severe rosacea with prominent *Demodex folliculorum* in a patient with HIV. *J Dermatol* 2014; 41 (Suppl. 02): 195–196