

Erysipel ohne Fieber?

Katrin Bopp^a, Seyit Tas^a, Michael Mayr^a, Peter Itin^b, Andreas Arnold^b

Universitätsspital Basel

^a Medizinische Poliklinik

^b Klinik für Dermatologie

Fallbeschreibung


Ein 57-jähriger Patient stellte sich in unserer ambulanten Notfallsprechstunde wegen eines zunehmenden Erythems vor, welches sich innerhalb von zwei Wochen vom linken Fuss bis auf Mamillenhöhe ausgebreitet hatte. Bei initialem Verdacht auf ein Erysipel wurde der Patient von seinem Hausarzt seit einigen Tagen mit Amoxicillin/Clavulansäure p.o. behandelt, worunter die Rötung unverändert blieb. Die Anamnese war in Bezug auf Allergien und andere Erkrankungen negativ, ebenso verneinte der Patient die Einnahme von weiteren Medikamenten. Der Patient war afebril, hatte keine Episoden von Schüttelfrost und befand sich in einem guten Allgemeinzustand. Vom linken Fuss über den linken Unter- und Oberschenkel, die Leiste, das Skrotum bis hin zum Stamm auf Mamillenhöhe fand sich ein leicht infiltriertes, relativ scharf begrenztes Erythem, welches im Randbereich um die Mamillen herum einzelne Satelliten aufwies (Abb. 1 ). Die Rötung war leicht überwärmt, nicht



Abbildung 1

Hautbefund des Patienten bei Erstkontakt.

druckdolent und nicht pruriginös. Die Lymphknoten im Bereich der linken Leiste wie auch alle übrigen Lymphknotenstationen waren unauffällig. Der übrige internistische Status inklusive Vitalparameter war unauffällig.

Im Labor fand sich eine leichte Leukozytose von $12,06 \times 10^9/l$ ($3,5-10,0 \times 10^9/l$) mit einer Neutrophilie von $8,84 \times 10^9/l$ ($1,3-6,7 \times 10^9/l$) sowie eine Eosinophilie von $0,531 \times 10^9/l$ ($0-0,3 \times 10^9/l$). Die ASAT war auf 50 U/l erhöht ($11-36$ U/l), die ALAT auf 38 U/l ($10-37$ U/l) und die LDH auf 350 U/l ($135-225$ U/l). Das CRP war mit 0,5 mg/l nicht erhöht, die Blutgerinnung war unauffällig, die Hepatitis B- und C Serologie negativ.

Bei unklarem und ausgeprägtem Erythem wurde eine Hautbiopsie durchgeführt, welche eine eosinophile Entzündungsreaktion, vereinbar mit einem Wells-Syndrom (eosinophile Zellulitis) zeigte.

Das Wells-Syndrom ist eine seltene Erkrankung mit rezidivierenden grossflächigen erythematösen Ödemen, weshalb es klinisch initial gerne mit einem Erysipel verwechselt wird. Histologisch findet sich ein charakteristisches dermales Infiltrat aus eosinophilen Granulozyten, welche die Kollagenfasern umgeben und zusammen mit Histiozyten und Riesenzellen sogenannte Flammenfiguren bilden [1]. Zudem liegt neben einer Leukozytose typischerweise eine Bluteosinophilie vor. Die Ätiologie ist unklar. Bekannte Trigger sind Insektenstiche, Virusinfektionen [1], hämato-onkologische Erkrankungen, Neoplasien [2] sowie die Therapie mit diversen Medikamenten [1]. Die Prognose ist unter Steroidtherapie im Allgemeinen gut [1]. Der Verlauf kann aber auch über Monate und Jahre chronisch-rezidivierend sein.

Unser Patient sprach auf eine orale Kortikosteroidtherapie gut an, weshalb die Therapie nach zwei Wochen beendet werden konnte. Bis zum jetzigen Zeitpunkt ist der Patient beschwerdefrei. Ein Auslöser für die Episode konnte auch bei gezielter Befragung nicht eruiert werden.

Unser Fall zeigt eine wichtige, wenngleich seltene Differentialdiagnose zum Erysipel und zur Urtikaria.

Korrespondenz:

Dr. med. Katrin Bopp
Medizinische Poliklinik
Universitätsspital
CH-4031 Basel
kbopp@uhbs.ch

Literatur

- 1 Moossavi M, Mehregan DR. Wells' syndrome: a clinical and histopathologic review of seven cases. *Int J Dermatol.* 2003;42:62-7.
- 2 Katoulis AC, Bozi E, Samara M, Kalogeromitros D, Panayiotides I, Stavrianeas NG. Idiopathic bullous eosinophilic cellulitis (Well's syndrome). *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:e375-6.