

Bei neu aufgetretenen Hautmanifestationen auch daran denken

Exanthem bei COVID-19

Dr. med. Beat Wolfensberger^{a,b} *, Dr. med. Victor Speidel^b *

SRO Spital Langenthal: ^a Medizinische Klinik; ^b Interdisziplinäres Notfallzentrum

* Beide Autoren haben zu gleichen Teilen zu diesem Artikel beigetragen.

Fallbeschreibung

Der 54-jährige Patient stellte sich mit einem seit dem Morgen bestehenden und über den Tag progredienten Hautausschlag auf der Notfallstation vor. In der vergangenen Woche war ihm eine Anosmie aufgefallen, worauf er am sechsten Tag seiner Symptomatik positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurde, ebenso wie auch seine Ehefrau und die im Haushalt lebende Tochter. Abgesehen von einer ausgeprägten Abgeschlagenheit, einem leichten Reizhusten und subfebrilen Temperaturen hatte der Patient bis zu dem am neunten Tag aufgetretenen Exanthem keine weiteren Symptome. Allergien wurden verneint. Abgesehen von einem Herpes Zoster thorakal rechts zwei Jahre zuvor waren nie Hauterkrankungen aufgetreten. In den letzten Wochen hatte der Patient keine Medikamente eingenommen.

Klinisch präsentierte sich der Patient febril (39,4 °C) in leicht reduziertem Allgemeinzustand mit einem makulopapulösen, teils konfluierenden Exanthem, betont an Gesäss und Oberschenkeln. Sonst zeigte sich ein unauffälliger Untersuchungsbefund, insbesondere ohne Hinweise auf eine Thrombose der unteren Extremitäten.

In den Laboranalysen fanden sich COVID-19-typische Veränderungen des Blutbildes mit Lymphopenie und Eosinopenie, eine ausgeprägte Entzündungsreaktion sowie erhöhte Fibrinolyse-Marker (CRP 129 mg/l, D-Dimere

18920 µg/l). Die abgenommenen Blutkulturen blieben im Verlauf ohne Wachstum.

In der Bedside-Thoraxsonographie zeigten sich dorsal betont konfluierende B-Lines. Dabei handelt es sich um von der Pleuralinie ausgehende, helle, bandförmige Artefakte, deren Fehlen eine COVID-19-Pneumonitis unwahrscheinlich macht (Abb. 1A) [1]. B-Lines sind ein Zeichen erhöhter interstitieller Dichte und treten beispielsweise beim Lungenödem, diffusen oder fokalen interstitiellen Lungenerkrankungen, Infektionen und beim «acute respiratory distress syndrome» (ARDS) auf. Pleuraergüsse oder grössere subpleurale Konsolidationen wurden im Ultraschall nicht nachgewiesen. In der Thorax-Computertomographie mit intravenösem Kontrastmittel fanden sich keine Hinweise auf eine Lungenembolie, jedoch pathognomonische bipulmonale Infiltrate (Abb. 1B).

Der Patient wurde in ordentlichem Allgemeinzustand in die weitere häusliche Isolation entlassen und erhielt eine antipyretische Therapie mit Paracetamol sowie eine hochdosierte Thromboseprophylaxe (2× 60 mg Enoxaparin s.c. täglich).

In der Verlaufskontrolle am 11. Krankheitstag zeigten sich Krankheitsgefühl und Anosmie bei subfebriler Temperatur (37,5 °C) bereits rückläufig. In der körperlichen Untersuchung fanden sich keine Auffälligkeiten bis auf eine Progredienz des Exanthems, das sich nun über den kompletten Rumpf und alle Extremitäten erstreckte und mit mässigem Pruritus einherging (Abb. 2).



Beat Wolfensberger



Victor Speidel

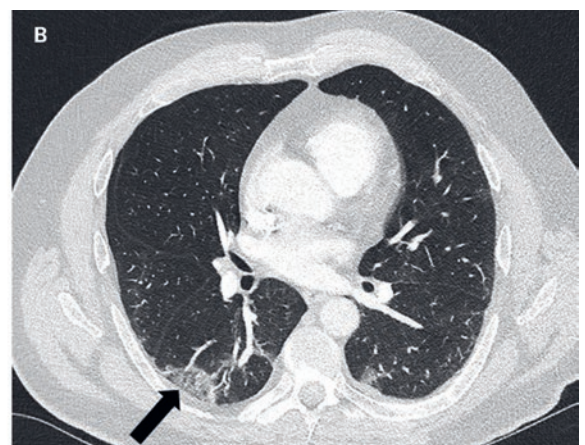
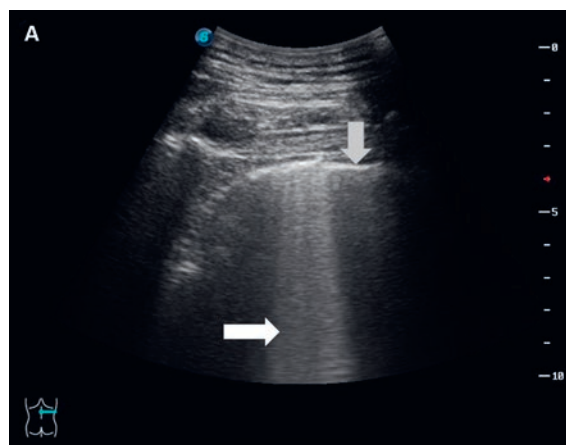


Abbildung 1: Bildgebung: **A)** Thoraxsonographie: Von der Pleura (grauer Pfeil) ausgehende, konfluierende B-Lines (weisser Pfeil) dorsal rechts, vereinbar mit COVID-19. **B)** Computertomogramm (Axialschnitt, Lungenfenster): Pulmonale COVID-19-typische dorsal periphere Milchglas-Opazität (schwarzer Pfeil) als Korrelat zum sonographischen Befund.

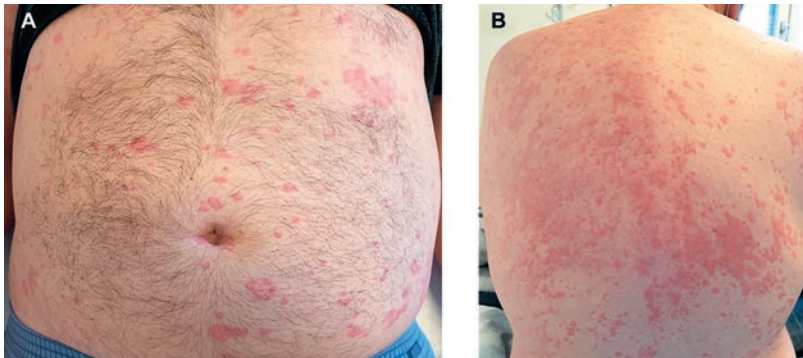


Abbildung 2: Exanthem: Manifestation an Abdomen (A) und Rücken (B) des Patienten am 11. Krankheitstag. (Die Publikation erfolgt mit dem Einverständnis des Patienten.)

Die Laboranalysen ergaben einen persistierenden Inflammationszustand mit einer Regredienz der Fibrin-spaltprodukte (CRP 163 mg/l, D-Dimere 3135 µg/l).

Bei fehlenden weiteren Risikofaktoren für thromboembolische Ereignisse wurde auf eine weitere Thromboseprophylaxe verzichtet. Aktuelle US-amerikanische Leitlinien empfehlen bei ambulanten Patienten mit COVID-19 keine Antikoagulation, sofern nicht andere Indikationen bestehen oder die Patienten an einer Studie teilnehmen [2].

Die antipyretische Therapie wurde als Bedarfsmedikation fortgeführt und eine probatorische Behandlung mit Levocetirizin begonnen (5 mg p.o. abends).

Wie der Patient später telefonisch berichtete, sei es am 12. Tag nach einmaliger Einnahme von Levocetirizin am Vorabend zu einer nahezu vollständigen Regredienz des Exanthems gekommen, sodass er bei fehlendem Fieber keine weiteren Medikamente mehr eingenommen habe. Am 15. Tag persistierte lediglich ein minimaler Reizhusten bei vollständig regredienter Anosmie.

Diskussion

In frühen Studien aus Zentralchina wurden kutane Manifestationen im Rahmen von COVID-19 nur sehr selten beschrieben, eine spätere Studie aus Italien fand jedoch meist stammbetonte Hautbefunde in 20% der (hospitalisierten) Fälle [3].

Während die meisten Hautmanifestationen zeitgleich mit oder nach anderen Symptomen auftreten, können sie sich in 10% der Fälle auch vorher zeigen. Die häufigsten Befunde sind akrale, oft frostbeulenähnliche Läsionen (40%), gefolgt von makulopapulösen (21%), vesikulären (13%) und urtikariellen (11%) Effloreszenzen, wobei auch weitere Erscheinungsformen beschrieben werden [4]. Es bestehen Assoziationen der unterschiedlichen Hautmanifestationen mit verschiedenen Altersgruppen und Krankheitsverläufen, wobei noch unklar ist, ob sie sich zur Risikostratifizierung eignen [5]. Eine spezifische Therapie der COVID-19-assoziierten Hautmanifestationen wird in der Literatur nicht beschrieben. Die hier berichtete rasche Regredienz nach Einnahme eines Antihistaminikums werten wir am ehesten als Koinzidenz.

Fazit

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie sollten neu aufgetretene Hautbefunde bei Patienten mit oder ohne weitere Symptome an eine SARS-CoV-2-Infektion denken lassen. Entsprechend sollte niederschwellig auf das neuartige Coronavirus getestet werden, ohne dabei jedoch mögliche Differentialdiagnosen aus den Augen zu verlieren. Insbesondere müssen auch bei einer nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion in Abhängigkeit der bereits erfolgten Therapie ein Arzneimittelexanthem, eine allergische Urtikaria oder eine Prostaglandinsynthesehemmer-Intoleranz in Betracht gezogen werden.

Verdankung

Wir danken Dres. Claudia Brun del Re und Damian Rüsge für die kritische Durchsicht des Manuskriptes und die hilfreichen Anmerkungen. Zudem danken wir der radiologischen Abteilung des SRO Langenthal für die Zurverfügungstellung des CT-Befundes.

Disclosure statement

Die Autoren haben deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2021.08793>.

Korrespondenz:
Dr. med. Victor Speidel
Interdisziplinäres
Notfallzentrum
SRO Spital Langenthal
St. Urbanstrasse 67
CH-4900 Langenthal
[v.speidel\[at\]sro.ch](mailto:v.speidel[at]sro.ch)