

Eine Kasuistik zur Differentialdiagnose

Unilaterales laterothorakales Exanthem

Einseitige, flächige kutane Läsionen im Kindesalter können bei der diagnostischen Einordnung gelegentlich Schwierigkeiten bereiten. In folgender Kasuistik wird näher auf die Pathogenese und Klinik des seltenen, aber charakteristischen unilateralen laterothorakalen Exanthems (ULE) eingegangen und eine differentialdiagnostische Abgrenzung von ähnlichen Krankheitsbildern vorgenommen.

Fallbericht

Ein 4-jähriger Junge mit bekanntem langjährigen atopischen Ekzem und akuter Tonsillitis seit 2 Wochen wird während des Winters mit plötzlich auftretenden Hautveränderungen vorgestellt. Die kutanen Läsionen begannen in der rechten Regio axillaris und breiteten sich nachfolgend auf den rechten Rumpf und die rechten proximalen Extremitäten aus.

Makroskopisch zeigen sich relativ scharf begrenzte erythematöse Maculae mit feinlammellärer Schuppung am rechten Rumpf sowie den rechten proximalen Extremitäten (Abb. 1 und 2). Die zervikalen Lymphknoten imponieren bei Palpation druckschmerzhaft vergrößert. Der junge Patient berichtet über „ein bisschen“ Juckreiz an den betroffenen Hautarealen.



Abb. 1: Erythematöse Maculae mit epidermaler Beteiligung auf der rechten Körperhälfte.



Abb. 2: ULE (Detailaufnahme). Nebebefundlich einige Dellwarzen.



Dr. med. Matthias Möhrenschlager
Davos

Folgende Laboruntersuchungen zeigen unauffällige bzw. negative Ergebnisse: CRP, Differentialblutbild, IgG- und IgM-Antikörper (Serum) für Coxsackie-, Zytomegalie-, Parvo-, Herpes simplex-, Varicella zoster- und Humanes Herpesvirus Typ 6/7. Läsionale Abstriche auf pathogene Bakterien, Dermatophyten und Hefepilze gleichfalls unauffällig.

Acht Wochen nach Erstvorstellung zeigt sich eine vollständige Restitutio ad integrum.

Diskussion

Das ULE ist eine seltene Hautveränderung, welche zumeist zwischen dem 1. und 5. Lebensjahr beobachtet wird. Mädchen scheinen öfter als Buben zu erkranken [3, 7]. Gehäuft finden sich die Läsionen im Winter und Frühjahr [3].

Die exakte Pathogenese des ULE ist nicht bekannt. Die vielfach gesehene Assoziation des ULE nach bzw. bei Infektionen der Atemwege, des Magen-Darm-Trakts sowie bei Immunsupprimierten lässt an ein parainfektöses, postinfektöses, infektales und/oder infektiöses Geschehen denken [8]. Ein ULE-Rezidiv scheint extrem selten aufzutreten [2].

TAB. 1 ULE und bedeutsame Differentialdiagnosen mit einseitiger Lokalisation [3–5, 7–9]	
Krankheitsbild	Einseitigkeit
ULE	charakteristisch
Zoster	charakteristisch
Kontaktdermatitis	möglich
Tinea corporis	möglich
Atopisches Ekzem	selten möglich
Seborrhoische Dermatitis	selten möglich
Roseola infantum	selten möglich
Gianotti-Crosti-Syndrom	selten möglich
Unspezifisches virales Exanthem	selten möglich
Scharlach	selten möglich
Malaria	selten möglich

Makroskopisch finden sich erythematöse Maculae und Papeln mit epidermaler Beteiligung. Deren Anordnung vermag morbiliform, scarlatiniform, annulär oder retikulär sein. Die Hautveränderungen imponieren am Rumpf sowie den benachbarten Extremitäten in streng einseitiger Lokalisation. Gesicht, Palmae und Plantae sind stets ausgespart [3, 6]. Juckreiz wird von etwa der Hälfte der Betroffenen berichtet [6, 7].

Das ULE kann in der Regel aufgrund von Anamnese und makroskopischen Befunds diagnostiziert werden. Eine in Zweifelsfällen veranlasste läsionale Biopsie vermag ein lymphozytäres Infiltrat insbesondere um ekkrine Ausführungsgänge und Gefäße aufzuzeigen [1–3, 5–7].

Das ULE muss von zahlreichen anderen Hautveränderungen abgegrenzt werden. Tabelle 1 gibt hierzu eine Übersicht.

Die meisten Patienten mit ULE zeigen eine spontane Abheilung innerhalb von 6 Wochen, obwohl auch länger andauernde Verläufe bekannt sind [3]. Bei starkem Juckreiz empfehlen sich systemische sowie topische Antihistaminika. Topische und systemische Glukokortikoide scheinen keinen Erfolg in der Therapie des ULE zu induzieren [1-3, 5-7].

Dr. med. Matthias Möhenschlager

Klinik für Dermatologie und Allergologie
Hochgebirgsklinik
Herman-Burchard-Str. 1, 7265 Davos
matthias.moehenschlager@hgk.ch

+ Literatur

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

Take-Home Message

- ◆ Bei einer einseitigen Läsion im Kindesalter auch an das unilaterale laterothorakale Exanthem denken
- ◆ Differentialdiagnostisch müssen u.a. Tinea corporis, Kontaktdermatitis sowie einseitiges atopisches Ekzem ausgeschlossen sein
- ◆ Meist spontane Abheilung des unilateralen laterothorakalen Exanthems innerhalb von 6 Wochen
- ◆ Topische und systemische Glukokortikoide erscheinen in der Therapie des unilateralen laterothorakalen Exanthems entbehrlich

Literatur:

1. Coustou D, et al.: Asymmetric periflexural exanthem of childhood. *Arch Dermatol* 1999; 135: 799-803.
2. Laur WE: Unilateral laterothoracic exanthema in children. *J Am Acad Dermatol* 1994; 29: 799-800.
3. McCuaig CC, et al.: Unilateral laterothoracic exanthem. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 979-84.
4. Möhrenschrager M: Pityriasis rosea. In: Abeck D, Burgdorf W, Cremer C (eds.) *Common Skin Diseases in Children*. Darmstadt: Steinkopff, 2003, pp 93-6.
5. Möhrenschrager M, et al. A boy with a one-sided rash. *Eur J Pediatr* 2011; 170: 539-40.
6. Paller AS, et al.: *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier, 2006, pp 436-8.
7. Peker S, et al.: Das unilaterale laterothorakale Exanthem. *Hautarzt* 2000; 51: 505-8.
8. Reinerth G, et al.: Unilaterales laterothorakales Exanthem. *Hautarzt* 2006; 57: 903-12.
9. Troilius A, et al. Unilateral eruption of endogenous eczema after hemiparesis. *Acta Derm Venereol* 1989; 69: 256-8.