

# Der Hautarzt

Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie und verwandte Gebiete

## Elektronischer Sonderdruck für F. Toberer

Ein Service von Springer Medizin

Hautarzt 2014 · 65:648–650 · DOI 10.1007/s00105-014-2771-x

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

M. Kogut · W. Hartschuh · C. Raulin · A. Enk · F. Toberer

## Atypische Rhagade der Rima ani

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

# Atypische Rhagade der Rima ani

## Anamnese

Der 59-jährige Patient wurde mit einer seit etwa 2 Jahren bestehenden, schmerzhaften Rhagade im Bereich der Rima ani in unserer proktologischen Sprechstunde vorgestellt. Die koloproktologische Anamnese war unauffällig. Eine atopi-

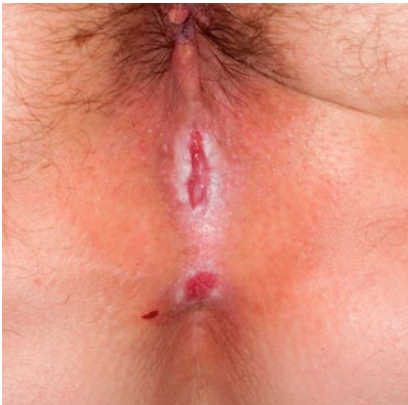
sche oder psoriatische Diathese lag nicht vor, ebenfalls bestand keine Immunsuppression. Es erfolgte bereits eine topische Applikation von Steroiden und Calcineurininhibitoren, die allerdings zu keinem Erfolg führte.

## Befunde

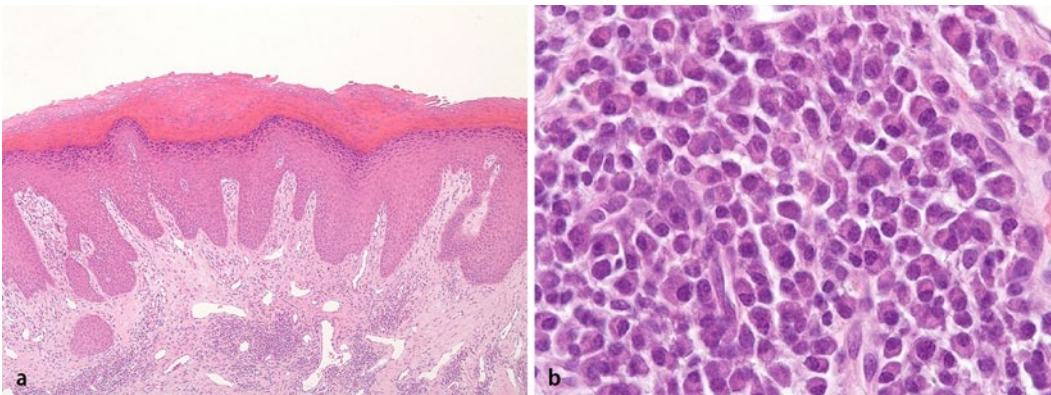
**Klinischer Befund.** Die proktologische Inspektion zeigte in der unteren Rima ani eine etwa 1,5 cm lange Rhagade mit weißlich hyperkeratotischem Randwall (Abb. 1). Eine Proktoskopie zeigte keine Auffälligkeiten. Das übrige Integument sowie die Schleimhäute waren ebenfalls unauffällig.

**Laborbefund.** Die Borrelien- und Treponemenserologie waren negativ, ebenso die HIV- und Hepatitiserologie.

**Dermatohistopathologischer Befund.** Histologisch zeigte sich eine Epithelhyperplasie mit massiver Orthohyperkeratose bei regelrechter Epithelschichtung. Im oberen Korium fand sich ein dichtes perivaskuläres und interstitielles, von Plasmazellen dominiertes Infiltrat (Abb. 2a,b).



**Abb. 1** ▲ Klinisches Bild bei Erstvorstellung. Es zeigte sich eine etwa 1,5 cm lange Rhagade mit weißlich hyperkeratotischem Randwall in der unteren Rima ani



**Abb. 2** ◀ **a** Es zeigte sich eine Epithelhyperplasie mit massiver Orthohyperkeratose. Im fibrosierten dermalen Bindegewebe zeigte sich ein perivaskuläres und interstitielles Infiltrat, das vorwiegend aus Plasmazellen bestand (HE-Färbung, Vergr. 50:1). **b** Ausschnittsvergrößerung: Akkumulation von Plasmazellen (HE-Färbung, Vergr. 630:1)

## ➤ Wie lautet Ihre Diagnose?

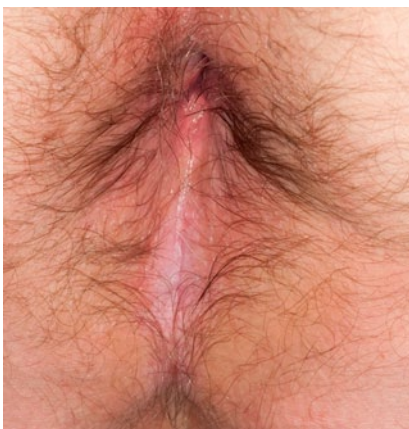
Im vorliegenden Fall ließ der histologische Aspekt einer ungewöhnlich dichten Plasmazellinfiltration zunächst ein erregerbedingtes Geschehen vermuten; entsprechende serologische Untersuchungen fielen allerdings negativ aus.

Im Verlauf fiel dann bei einer erneuten Vorstellung des Patienten eine herpesverdächtige Läsion gluteal links mit einem „Abklatschherd“ auf der rechten Glutealseite auf. Bei der ergänzenden Anamnese berichtete der Patient erst jetzt über ein wiederholtes Auftreten derartiger Läsionen, die im Verlauf immer wieder spontan abgeheilt seien. Eine PCR (Polymerasekettenreaktion)-Untersuchung aus einem entnommenen Abstrich erbrachte den Nachweis von Herpes-simplex-Virus Typ II (HSV II).

Laborchemisch unauffällig waren eine Atopieabklärung (Gesamt-IgE und Phadiatop normwertig) sowie ein Differenzialblutbild und die HIV-Serologie. Auch lagen weder klinisch noch anamnestisch Hinweise auf eine atopische Diathese oder psoriatische Stigmata vor. Eine weitere Virusdiagnostik [Zytomegalievirus (CMV), humane Papillomaviren (HPV)] ist nicht erfolgt, kann aber in klinisch ähnlich gelagerten Fällen ggf. sinnvoll sein.

### Definition

Das klinische Bild einer genitalen oder perianalen HSV-Infektion bei Immunkompetenten ist typischerweise geprägt



**Abb. 3** ▲ Vollständiges Abheilen der Rhagade nach Lokalthherapie mit Aciclovir-Creme

von gruppiert stehenden Vesikeln auf erythematösem Grund, teilweise aber auch von erosiven Läsionen [1, 2, 4]. Allerdings findet man auch Berichte über bizarre, atypische klinische Bilder einer HSV-II-Infektion, wie beispielsweise hyperkeratotische und verruköse Läsionen oder auch Ulzera an untypischen Lokalisationen [1, 3]. Derartige Verläufe finden sich vornehmlich bei Immunkompromittierten und können einen ersten Hinweis auf eine HIV-Infektion liefern. Atypische klinische Verläufe führen oft zu einer verzögerten Diagnosestellung und damit zu einem späten Beginn einer spezifisch antiviralen Therapie. Atypische Herpesinfektionen können mitunter aber auch bei Immunkompetenten auftreten [3]. Eine Beschreibung einer chronisch persistierenden Rhagade der Rima ani als Ausdruck einer atypisch verlaufenden rezidivierenden HSV-II-Infektion existiert unseres Wissens nach bis dato jedoch nicht.

### Verlauf und Therapie

Die aufgrund des fehlenden Ansprechens auf verschiedene Lokalthapeutika erfolgte Probiopsie zeigte im dargestellten Fall keineswegs das typische histologische Bild einer Herpesinfektion wie eine ballonierende Degeneration der Keratinozyten, mehrkernige Keratinozyten oder eosinophile Kerneinschlüsse, die klassischerweise bei einer Herpes-simplex-Infektion vorliegen. Allerdings ließ die große Anzahl an Plasmazellen eine erregerbedingte Ätiologie (*Treponema-pallidum*- und Zytomegalovirusinfektion, Lymphogranuloma venereum, Ulcus molle) ins Zentrum der differenzialdiagnostischen Überlegungen rücken. Weiterhin umfasste das differenzialdiagnostische Spektrum auch atypische Manifestationen eines Morbus Crohn und eines Morbus Behçet sowie ein neoplastisches Geschehen.

Es wurde eine spezifische Therapie mit Aciclovir-Creme eingeleitet, die zu einer Abheilung der Herpesläsionen und auch – erstmals seit 2 Jahren – zu einer vollständigen Abheilung der Rhagade in der Rima ani führte (■ Abb. 3).

Erst das Auftreten der herpestypischen Läsionen im Verlauf, die positive PCR für HSV II sowie das völlige Abheilen der Rhagade unter Aciclovir-Creme ließen jedoch in der Gesamtschau die Diagnose einer chronisch persistierenden Rhagade als Ausdruck eines atypischen Verlaufs einer rezidivierenden HSV-II-Infektion zu.

Eine systemische Therapie ist bei Immunsupprimierten, bei unzureichendem Ansprechen auf eine Lokalthherapie sowie bei vegetierenden HSV-Infektionen indiziert [6].

### »» Diagnose: Atypische Präsentation eines chronisch rezidivierenden Herpes simplex Typ II unter dem Bild einer Rhagade der Rima ani

Eine Rezidivprophylaxe bei Herpes simplex recidivans wird in Abhängigkeit von der Einschränkung der Lebensqualität (z. B. durch Schmerzhaftigkeit) des Patienten ab etwa 6 Rezidiven pro Jahr empfohlen. Eine gängige Dosierung stellt beispielsweise Aciclovir 400 mg verteilt auf 2 Einzeldosen pro Tag dar [6]. Da der Patient weniger als 6 Rezidive pro Jahr erlitt und sich das Rezidiv lokalthérapeutisch gut beherrschen ließ, wurde von einer systemischen Rezidivprophylaxe zunächst abgesehen.

### Fazit für die Praxis

- Klinisch atypische Verläufe einer chronisch rezidivierenden HSV-II-Infektion können auch bei immunkompetenten Patienten auftreten und werden meist erst mit erheblicher Verzögerung diagnostiziert.
- Eine frühzeitige histologische Sicherung kann in derartig gelagerten Fällen, selbst wenn sie nicht das typische feingewebliche Bild einer Herpesinfektion zeigt, einen entscheidenden diagnostischen Baustein darstellen.

Korrespondenzadresse



**Dr. F. Toberer**  
 Universitäts-Hautklinik  
 Heidelberg, Ruprecht-Karls-  
 Universität Heidelberg  
 Im Neuenheimer Feld 440,  
 69120 Heidelberg  
 ferdinand.toberer@  
 med.uni-heidelberg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** M. Kogut, W. Hartschuh, C. Raulin, A. Enk und F. Toberer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Beasley KL, Cooley GE, Kao GF et al (1997) Herpes simplex vegetans: atypical genital herpes infection in a patient with common variable immunodeficiency. *J Am Acad Dermatol* 37:860–863
2. Gubinelli E, Cocuroccia B, Lazzarotto T, Girolomoni G (2003) Nodular perianal herpes simplex with prominent plasma cell infiltration. *Sex Transm Dis* 30:157–159
3. Gross G, Doerr H-W (2001) Atypische Herpes-simplex-Virus-Typ 2-Manifestationen an der Hand. *Hautarzt* 52:807–811
4. Simonsen M, Nahas SC, Silva Filho EV da et al (2008) Atypical perianal herpes simplex infection in HIV-positive patients. *Clinics* 63:143–146
5. Wienert V (2004) Virusinduzierte anorektale Erkrankungen. *Condylomata acuminata* und Herpes simplex. *Hautarzt* 55:248–253
6. Balfour HH (1999) Antiviral drugs. *N Engl J Med* 340:1255–1268

Hier kann auch Ihr Fall dargestellt werden!

**Anfragen an:**  
 Prof. Dr. Daniela Bruch-Gerharz  
 Hautklinik des Universitätsklinikums  
 Düsseldorf, Moorenstr. 5,  
 40225 Düsseldorf  
 s.gehrke@med.uni-duesseldorf.de

Kinderallergologie in Klinik und Praxis

Hagen Ott, Mathias V. Kopp, Lars Lange  
 Springer-Verlag 2014, 1. Auflage, 339 S., 105 Abb., (ISBN 978-3-642-36999-5), Hardcover, 59.99 EUR



„In Klinik und Praxis“: Dieser Titelzusatz weist schon darauf hin, dass dieses Buch praxisorientiert ist – von Autoren, die selbst jeden Tag Kinder und Jugendliche mit allergischen Er-

krankungen versorgen. Das Buch gliedert sich in zwei Hälften – in der ersten Hälfte werden die Grundlagen der Allergologie unter Einbeziehung der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse dargestellt, im zweiten Teil die einzelnen Krankheitsbilder.

Das erste Kapitel ist den immunologischen Grundlagen gewidmet, gefolgt von einer Darstellung der aktuellen Kenntnisse zu Genetik, Epidemiologie und Prävention allergischer Erkrankungen, was ja im pädiatrischen Bereich von besonderer Bedeutung ist. Sehr interessant sind die darauf folgenden Kapitel zu den verschiedenen Allergenen („Allergenkunde“) und der allergologischen Diagnostik. Hier wird auch auf die komponentenbasierte In-vitro-Diagnostik eingegangen. Besonders wichtig erscheinen mir auch die Hinweise auf die Tücken der Interpretation der Ergebnisse allergologischer Testverfahren. Der erste Teil des Buches wird durch zwei Kapitel zu Therapieprinzipien und komplementären Therapieverfahren beschlossen.

In der zweiten Hälfte des Buches werden alle wichtigen allergologischen Krankheitsbilder von der allergischen Rhinitis über die Anaphylaxie bis zur Mastozytose besprochen. Man findet jeweils Basisinformationen zu Genetik, Epidemiologie und Pathophysiologie. Der Hauptfokus liegt aber auf praktischen Aspekten der Diagnostik und ausführlichen Hinweisen zur Therapie. Zahlreiche Tabellen erleichtern die Übersicht und das Nachschlagen. Hier ist auch der Anhang mit den detaillierten Dosierungshinweisen zu allen gängigen Therapeutika zu erwähnen. Dieses Buch zeichnet sich durch hohes wissenschaftliches Niveau mit klarem Praxisbezug aus. Die vielen Tabellen, die Informa-

tionen übersichtlich zusammenfassen, Textkästen, die wichtige Punkte hervorheben, das Fazit am Ende jeden Kapitels, wo die wichtigsten Punkte nochmal zusammengefasst werden sowie nicht zuletzt die Literatur und Website-Hinweise machen das Buch absolut alltagstauglich. Es eignet sich nicht nur für den pädiatrischen Allergologen, sondern ist auch allen anderen allergologisch Interessierten Kollegen ans Herz zu legen.

Christina Schnopp (München)