



Haaruitval met pustels: think twice!

S. Dekeyser, L. Temmerman

Een dame van 64 jaar, verder in goede algemene gezondheid, wenst een second opinion omwille van pijnlijke niet genezende ontstekingen op de frontale hoofdhuid en haarverlies, sinds een half jaar aanwezig. De klachten waren initieel begonnen als stekende op- en afgaande pustels ter hoogte van de frontale hoofdhuid. Telkens verdwenen deze letsels en verschenen er andere. Geleidelijk breidde de aandoening uit. Ze heeft ook al jaren last van een terugschrijdende haarlijn, wat ze ook bij haar eigen moeder had vastgesteld. Bij de vorige dermatoloog werd de diagnose lichen planopilaris gesteld en histologisch bevestigd. Onder behandeling met lokale corticoïden trad echter uitbreiding van de symptomen op.

CASUS

De vorige behandelend dermatoloog verrichte een biopsie. Hierop was exocytose en een beperkte grensvlakdermatitis te zien, met in het oppervlakkige derm een deels interstitieel en perivasculaire gelegen lymfocytair infiltraat. De patholoog beschrijft een geringe folliculitis. Een PAS-kleuring is negatief. Het klinisch vermoeden van lichen planopilaris werd histologisch bevestigd.

De lokale corticotherapie werd voortgezet, en hydroxychloroquine toegevoegd ongeveer één maand voor haar bezoek aan onze afdeling.

Op het moment van het eerste consult (20/09/2019) in ons ziekenhuis waren er vlekkerige, wat hyperkeratotische erythematuze plaques te zien op het voorhoofd. Tevens was de haargrens opvallend geresseerd over een zone van 2 cm en bevonden zich slechts enkele geïsoleerde haren voor de haargrens. Centraal rond de middellijn was de alopeciazone uitgebreid naar posterieur met lokale huidatrofie. Het dermoscopisch beeld van deze zone toonde een gelige ondergrond en witte lijntjes. Er waren meerdere perifolliculaire pustels te zien met slechts discrete roodheid.

De lokale therapie werd gestopt en een nieuwe biopsie verricht. Folliculitis decalvans was een mogelijke klinische differentiële diagnose, alhoewel de typisch 'tufting' ontbrak. Het histologisch beeld¹ toonde een destructieve, cicatriciële alopecie aan met dense, diffuse gemengde inflammatie, met asymmetrisch verdunnen van de wortelschede en met pustulitis. Op basis daarvan ging de voorkeur van de histoloog uit naar folliculitis decalvans. Een aanvullende PAS-kleuring toonde evenwel sporadische structuren rond de haarschacht. Mycologie van de haren en van huidschilfers van het voorhoofd werd verricht met als resultaat bij kweek *Trichophyton rubrum*.

Intussen werd, na het histologisch onderzoek, al blind gestart met itraconazole 2x100mg/dag PO, sulconazolecrème dagelijks op voorhoofd en alopeciazone op de scalp en ketoconazole shampoo 3x/week op de lokale hoofdhuid. Onder deze behandeling was er twee weken later al een duidelijke verbetering te merken. Na zes weken was er normale haargroei. Tweeënhalve maand later werd betametasondipropionaat lotion herstart 5x/week op de frontale haargrens, waar de resterende lichen planopilaris en frontaal fibroserende alopecie nog achterbleef, onder bescherming van itraconazole PO. Omwille van quasi volledige hergroei van de beharing op de bovenste scalp werd de itraconazole behandeling na 3 maanden gestaakt, met voortzetting van het lokale corticoïd.

Om te achterhalen wat de bron van deze *Trichophyton rubrum* infectie was, werd de huid verder nagekeken. Ze bleek al vele jaren last te hebben van verkleurde en verdikte teennagels die klinisch hypertroof waren en verschillende gele 'spikes' vertoonden in de nagelplaat. Er was tevens schilfering ter hoogte van de beide voeten. Onder behandeling met itraconazole klaarde de huiduitslag op, maar bleef de nagelaantasting aanwezig. Een aanvullende behandeling met terbinafine (gezien trichophytie) 250mg/dag werd gestart voor een periode van 4 maanden.

Wellicht was de tinea capitis al vanaf het begin aanwezig, en kon deze zich versneld uitbreiden onder het gebruik van lokale corticoïden.

¹ met dank aan Dr. Karolien Van Den Bossche, Labo Dermatol Gent

Situatie op 20/09/2019, op moment van het tweede consult: (afbeelding 1a,1b).



Situatie op 30/09/2019, na 10 dagen stoppen behandelingen (voor biopsienam): afbeelding 2a,2b).



Situatie op 10/02/2020, na beëindigen itraconazole behandeling eind december 2019: afbeelding 3a, 3b.



Situatie op 23/04/2020: afbeelding 4a, 4b.





DISCUSSIE

Tinea capitis komt voornamelijk voor bij kinderen, en is zeldzamer bij volwassenen. [1,2] Het maakt slechts 1-3,4% uit van alle dermatophytosen. [2] Het wordt vaker bij postmenopauzale vrouwen gezien, vermoedelijk door verminderde secretie van fungistatisch sebum door lagere oestrogeenspiegels na de menopauze. [3]

De klinische presentatie is bij volwassenen ook vaak minder uitgesproken. Zo komen pustulaire types en seborrhoïsch eczeem-achtige varianten vaker voor, en worden daardoor vaak verkeerd gediagnosticeerd. [3] Pustels ontstaan door de inflammatoire respons op de schimmel. [4]

De frequentste verwekkers van tinea capitis in de westerse wereld zijn *Microsporum canis* en *Trichophyton tonsurans*. [2] *Trichophyton rubrum* is de meest voorkomende verwekker van oppervlakkige dermatophytosen in Europa (tot 90%), [1] maar minder frequent de verwekker van tinea capitis. In een recente Duitse studie werd hij echter bij 12% van de volwassen gevallen gezien. [2] Bij kinderen is dit extreem zeldzaam. [3]

T. rubrum is een antropofiele schimmel en wordt van mens tot mens overgedragen. [2,5] De infectie wordt vaak opgelopen door directe transmissie vanuit een ander besmet huidgebied. In zowel een recente Koreaanse als een Portugese studie hadden (ruim) de helft van de patiënten een andere aangetaste huidzone. [3,5] Volledig huidonderzoek is daarom van belang. [3] Het gebruik van potente topische corticoiden faciliteert deze besmetting. [5]

Verwacht wordt dat de antropofiele *Trichophyton* species door toenemende verstedelijking een almaar groter belang zullen krijgen als verwekker. [5]

Lokale therapie volstaat op zich meestal niet omdat dit onvoldoende doordringt in de haarfollikels. Systemische behandeling is daarom noodzakelijk. [3,4] Er zijn geen richtlijnen over de behandeling van *T. rubrum* tinea capitis bij volwassenen. Een recente Cochrane-analyse over de behandeling van tinea capitis bij kinderen toont aan dat griseofulvine eerste keus is bij *Microsporum* infecties, en dat terbinafine beter geschikt is voor *Trichophyton* infecties. Bij kinderen zouden terbinafine, itraconazole en fluconazole allen vergelijkbaar werken voor *Trichophyton* species. [6]

Aanvullend is ketoconazole shampoo of selenium sulfide shampoo 2-3x/week nuttig om uitbreiding in de eerste fasen van de behandeling tegen te gaan. [4]

CONCLUSIES:

Tinea capitis is zeldzaam bij volwassenen. De verwekkers zijn ook vaak anders dan bij kinderen (ondermeer vaker *Trichophyton rubrum*). De oorzaak van de infectie dient te worden opgespoord. *Trichophyton rubrum* is een antropofiele schimmel en dus moet een menselijke besmettingshaard (al dan niet binnen dezelfde persoon) worden gezocht en behandeld. Oplettendheid is belangrijk bij het beoordelen van alopecia-problematiek, kritisch blijven is de boodschap. Clinicopathologisch overleg is nuttig om de uiteindelijke diagnose te kunnen stellen.

SAMENVATTING

Een dame van 64 jaar wenst een *second opinion* omwille van haaruitval en pustulaire ontstekingen op de hoofdhuid. Deze werden elders initieel behandeld als lichen planopilaris, bewezen na een eerste biopsie, met topische corticoïden. Hieronder trad achteruitgang op van de huiduitslag en haaruitval. Een nieuwe biopsie toonde een destructieve cicatriciele alopecie en PAS+ sporoiden structuren rond de haarschacht. Onder behandeling met itraconazole herstelde de kale zone zich grotendeels. Zij had een tinea capitis (door *Trichophyton rubrum*) met als bron de teennagels, en een onderliggende lichen planopilaris op de scalp.

TREFWOORDEN

tinea capitis – lichen planopilaris – frontaal fibroserende alopecie – topische corticoïden

SUMMARY

A 64-year old woman seeks a second opinion for alopecia and pustular inflammation of the scalp. Initially, it was treated elsewhere as a lichen planopilaris, which was also proven on biopsy, by means of topical corticosteroids. Under this treatment the condition aggravated. A new biopsy showed a destructive cicatricial alopecia with PAS+ sporoid structures around the hair shaft. Following a treatment of oral itraconazole the alopecia largely recovered. She had tinea capitis with confirmed *Trichophyton rubrum* and infected toe nails as a source. Underlying there is a lichen planopilaris on the scalp.

KEYWORDS

tinea capitis – lichen planopilaris – frontal fibrosing alopecia – topical corticosteroids

LITERATUUR

1. Schwinn A, Ebert J, Bröcker E. Frequency of *Trichophyton rubrum* in tinea capitis. *Mycoses*. 1995;38(1-2):1-7.
2. Ziegler W, Lempert S, Goebeler M, Kolb-Mäurer A. Tinea capitis: temporal shift in pathogens and epidemiology. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2016 Aug;14(8):818-25.
3. Park SK, Park SW, Yun SK, Kim HU, Park J. Tinea capitis in adults: a 18-year retrospective, single-centre study in Korea. *Mycoses*. 2019 Jul;62(7):609-16.
4. Hay R. Tinea capitis: current status. *Mycopathologia*. 2017;182:87-93.
5. Duarte B, Galhardas C, Cabete J. Adult tinea capitis and tinea barbae in a tertiary Portuguese hospital: a 11-year audit. *Mycoses*. 2019 Nov;62(11):1079-83.
6. Chen X, Jiang X, Yang M, Gonzalez U, Lin X, Hua X, et al. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May;12(5):CD004685.

CORRESPONDENTIEADRES

Sam Dekeyser

E-mail: sam.dekeyser@azmmsj.be