

Feline ulzerative Dermatitis bei einem Perserkater

Ein Fallbericht

Ingrid Geyer¹, Christa Brandenburg¹, G. Loesenbeck²

Aus der¹ Kleintierpraxis Dr. Brandenburg und²LABOKLIN GmbH & Co. KG, Bad Kissingen

Schlüsselwörter: ulzeröse Dermatitis - Katze - idiopathisch

Zusammenfassung: Dieser Fallbericht beschreibt die Diagnose, den klinischen Verlauf und die Therapie einer »feline ulzerative Dermatitis« bei einem Perserkater. Nach anfänglich starker Progression und schlechtem Ansprechen auf die Therapie verging vom ersten Auftreten einer ulzerösen Veränderung im Nackenbereich des Katers bis zur vollständigen Ausheilung ein viertel Jahr. Die mögliche Pathogenese dieser idiopathischen Hauterkrankung wird diskutiert.

Key words: Uicerative dermatitis - Cat - Idiopathic

Summary: Feline uicerative dermatitis in a Persian cat. A case report

In this case report the diagnosis, clinical development and therapy of a "feline uicerative dermatitis" in a male persian cat are described. At the beginning a dramatic progression and poor response to therapy of an uicerative lesion in the neck was observed. After three months a complete remission was seen. The possible pathogenesis of this idiopathic skin disease is discussed.

Einleitung

Bei der Katze sind zahlreiche Hautveränderungen bekannt, die mit und ohne Eosinophilie einhergehen können. Weiterhin kommen Veränderungen mit und ohne Ulzerationen vor. Verschiedene Ätiologien werden diskutiert, die Mehrzahl der Läsionen ist aber nach wie vor ungeklärt (1, 2, 6). Obwohl Überempfindlichkeitsreaktionen am häufigsten genannt werden, sprechen viele Läsionen nur mäßig auf eine antiinflammatorische Therapie an (1, 6). Im Folgenden wird über eine noch wenig beschriebene ulzerative Dermatitis berichtet, die vor allem im Nacken auftritt (2, 3, 5). Die Ätiologie ist nicht geklärt.

Fallbeschreibung

Anamnese

Ein ca. 10 Jahre alter Perserkater wurde wegen einer Hautläsion im Nackenbereich vorgestellt. Sein Allgemeinbefinden war laut Besitzerin ungestört, es schien allerdings ein leichter, generalisierter Juckreiz zu bestehen. Drei Tage vor der Vorstellung in der Praxis hatte die Besitzerin im Nacken ihres Katers eine ca. erbsengroße Kruste bemerkt. Sie äußerte den Verdacht auf eine Traumatisierung in der Lokalisation, möglicherweise verursacht durch die zweite Katze im Haushalt. Der Kater war

fünf Wochen zuvor in der Praxis einer Zahnbehandlung unterzogen worden. Dabei wurde der Zahnstein entfernt und die hochgradige Gingivitis mit Clindamycin (11 mg/kg KM per os) über 10 Tage therapiert. Weitere Veränderungen konnten zu diesem Zeitpunkt nicht festgestellt werden. Abgesehen von der Antibiose hatte der Kater bis zur Vorstellung wegen der Hautveränderung keine Medikamente erhalten.

Klinische Befunde und einleitende Therapie

Die klinische Allgemeinuntersuchung blieb ohne besonderen Befund. Bei der Untersuchung der Haut zeigte sich im Nacken eine umschriebene, im Durchmesser etwa 1 cm große, krustöse Dermatitis mit Erosionen. Weitere Lokalisationen mit Haut- oder Haarkleidveränderungen waren nicht festzustellen. Hinweise für Flohbefall oder eine Flohbissallergie wurden weder durch die Abklärung der Haltungsbedingungen noch durch die Untersuchung des Fells, unter anderem mittels Flohkamms, gefunden. Die Untersuchung der Läsion im Nacken mit einer Wood-Lampe ergab keine Fluoreszenz.

Der Kater wurde daraufhin für vier Tage mit Amoxicillin (15 mg/kg KM) und einem Kombinationspräparat von Prednisolon und Dexamethason (1 mg/kg KM parenteral) behandelt. Lokal wurde eine Behandlung mit Hydrocortiderm N[®] (Selectavet) durchgeführt.



Abb. 1 Ausgedehnte Hautnekrose im Schultergürtelbereich

Am fünften Tag zeigten sich ausgedehnte Hautnekrosen im Schultergürtelbereich (Abb. 1). Die Therapie wurde mit Ampicillin (dreimal täglich 20 mg/kg KM per os) und Prednisolon (einmal täglich 1 mg/kg KM abends) fortgesetzt. Die Ulzera waren mit einer dicken, nekrotischen, serozellulären Kruste bedeckt (Abb. 1). Bei der täglichen Wundbehandlung erfolgte eine Exzision der nekrotischen Hautteile, wodurch das darunter liegende Korium freigelegt wurde (Abb. 2). Diese frischen Wundflächen wurden zur Wundreinigung mit Fibrolansalbe® (Parke-Davis) behandelt.

Weiterführende Laboruntersuchungen

Blutuntersuchung

Die Blutuntersuchung erbrachte eine Thrombozytose ($>643 \times 10^9/l$) sowie eine geringgradige Erhöhung der Gesamtproteinkonzentration mit einer Erhöhung der

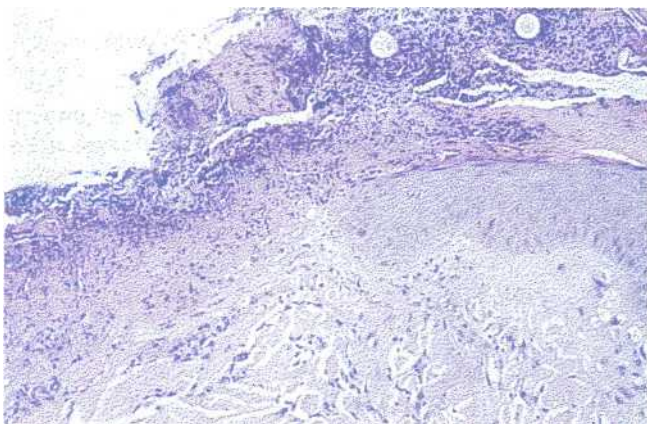


Abb. 3 Scharfer Übergang von ulzerierter zu nicht ulzerierter Epidermis mit geringer entzündlicher Demarkation (Vergrößerung 100 x)



Abb. 2 Frische Wundfläche nach Exzision der nekrotischen, serozellulären Kruste

Globulinfraktion (Tab. 1). Der durchgeführte Leukoset€ hatte ein negatives Ergebnis.

Bakteriologische und mykologische Untersuchung

Die bakteriologische Untersuchung einer Tupferprobe aus der veränderten Lokalisation ergab einen hohen Gehalt an *E. coli*, einen mäßigen Gehalt an *Staphylococcus intermedius* sowie an β -hämolyzierenden Streptokokken. Die mykologische Untersuchung verlief negativ.

Histopathologische Untersuchung

Aus der ulzerierten Lokalisation wurden drei Stanzbiopsien mit einem Durchmesser von 0,6 cm entnommen und in 10%igem Formalin fixiert. Bei der histologischen Untersuchung zeigte sich eine Ulzeration der Epidermis mit Krustenbildung und Nekrose. Es lag ein scharf abgegrenzter Übergang zwischen nekrotischer und unveränderter Epidermis vor. Die oberflächliche Nekrose war ebenfalls deutlich zur Dermis hin abgegrenzt. Die entzündliche Demarkation war gering und überwiegend purulent (Abb. 3). Teilweise bestand in der oberflächlichen

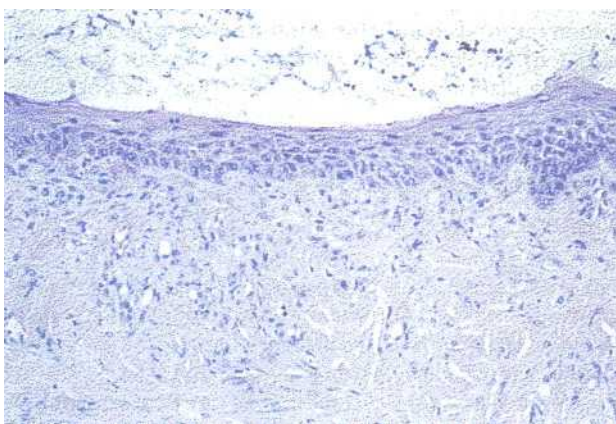


Abb. 4 Fibrose der oberflächlichen Dermis in den nicht ulzerierten Lokalisationen (Vergrößerung 100 x)

Tab. 1 Ergebnisse der Blutuntersuchung

	Ergebnis	Referenzbereich
Blutbild		
Hämatokrit	31,7%	24,0-45,0
Hämoglobin	10,4 g/dl	8,0-15,0
MCHC	32,8 g/dl	30,0-36,9
Leukozyten	$10,1 \times 10^9 / l$	5,0-18,9
Granulozyten absolut	$6,9 \times 10^9 / l$	2,5-12,5
Granulozyten relativ	68 %	
Lymphozyten/Monozyten absolut	$3,2 \times 10^9 / l$	1,5-7,8
Lymphozyten/Monozyten relativ	32 %	
Thrombozyten	$>634 \times 10^9 / l$	175-500
Retikulozyten	~ 0,3 %	
Klinische Chemie		
Albumin	27 g / l	26-39
Alkalische Phosphatase	44 U / l	14-111
Alanin- Aminotransferase	32 U / l	12-130
Aspartat-Aminotransferase	14 U / l	0-48
Kalzium	2,56 mmol / l	1,95-2,83
Gamma-Glutamyltransferase	0 U / l	0-1
Glukose	7,72 mmol / l	4,22-8,06
Gesamteiweiß	96 g / l	57-89
Globulin	69 g / l	28-51
Natrium	163,7 mmol / l	150,0-165,0
Kalium	4,76 mmol / l	3,50-5,80
Chlorid	119,8 mmol / l	112,0-129,0



Abb. 5 Zustand nach radikaler Wundtoilette zur Förderung der Reparatursphase der Epidermis



Abb. 6 Deutlich sichtbares Granulationsgewebe, die Epithelialisierung hat begonnen



Abb. 7 Heilungserfolg 70 Tage nach Behandlungsbeginn

Dermis eine gering- bis mittelgradige Fibrose, vor allem im angrenzenden, nicht ulzerierten Gewebe (Abb. 4). Im Bereich der Gefäßwände zeigten sich fokal eine endotheliale Zellschwellung sowie gemischtzellige Entzündungszell Infiltrate in die Gefäßwände mit Degeneration der Gefäßwand. Ein Teil der Haarfollikel war atrophisch und befand sich in der telogenen Phase.

Diagnose

Die Summe der Befunde aus klinischem Bild, Ausbreitung und Lokalisation sowie dem histologischen Befund führte zu der Diagnose einer felinen ulzerativen Dermatitis.

Weiterer Verlauf

Nach Vorliegen des Antibiogramms am 12. Tag erfolgte eine Umstellung auf Doxycyclin (5 mg/kg KM, nach 12 Stunden 2,5 mg/kg KM, danach alle 24 Stunden 2,5 mg/kg KM p. o.). Die Prednisolongabe wurde in der Dosierung von 1 mg/kg KM einmal täglich abends über vier Wochen beibehalten, danach langsam »ausschleichend« über drei Monate fortgesetzt. Um die Reparatursphase der Epidermis zu fördern, erfolgte eine radikale Wundtoilette (Abb. 5). Aufgrund der ca. 8 cm langen (kraniokaudal) und 25 cm breiten (iaterolateral) Wunde und des vermehrten Juckreizes und Schmerzes erhielt der Kater einen Netzverband mit einem Polster aus mehrschichtigen Gazetupfern. Die Wundränder wurden mit Actihaemyl-Gelee® (Solco GmbH) behandelt, um die Granulation zu fördern.

Auf die Wunde selbst wurde Sulfonamid-Lebertransalbe aufgetragen. Den allmählichen Heilungserfolg dokumentieren die Abbildungen 6 und 7. Letztere wurde 70 Tage nach Behandlungsbeginn aufgenommen. Innerhalb eines Beobachtungszeitraums von über sieben Monaten trat ohne weitere Behandlung kein Rezidiv auf.

Diskussion

Die feline uizerative Dermatitis ist eine seltene Hauterkrankung der Katze mit unbekannter Genese. Es wurden verschiedene Ursachen wie (Selbst)traumatisierung, Allergien sowie infektiöse Ursachen diskutiert (1, 3, 5). Bei Katzenwelpen wurde auch eine so genannte »Saugkrankheit« (sucker disease) vermutet (4). Dabei sollen die Läsionen durch die Mutterkatze, die die Jungen im Nackenbereich beleckt, ausgelöst werden, Scott (5) beschreibt acht Fälle einer subepidermalen linearen Fibrose, die wie bei dem von uns beschriebenen Patienten nicht auf Traumata (Injektionen, Bisswunden etc.) zurückgeführt werden konnten.

Wegen der häufigen Lokalisation im Nacken wurden auch Überempfindlichkeitsreaktionen gegen Impfungen und Arzneimittelinjektionen diskutiert. Eine Penicillinüberempfindlichkeit ist histopathologisch durch eine nekrotisierende Vaskulitis auf allergischer Basis gekennzeichnet (4). Als alleinige Ursache scheidet diese Genese wohl aus, da auch nachweislich Tiere ohne Injektionen in der Lokalisation betroffen waren (5).

Die Veränderung ist charakterisiert durch ihren chronischen Verlauf, die Bildung von Ulzera und einer mit dermalen Fibrose einhergehenden perivaskulären Dermatitis sowie Vaskulitis (2, 3, 5). Besonders die vaskulären Veränderungen scheinen ein häufiges Merkmal zu sein und waren auch in unserem Fall zu beobachten. Auch neuronale Veränderungen mit Beeinflussung der Blutflussregulation kommen in Betracht, ebenso eine Wechselbeziehung zwischen vaskulären und neuronalen Mechanismen (3). Die demarkierten und wenig entzündeten Ulzerationen sowie die Vaskulopathie und die Haarfollikelatrophie könnten dann die Folge einer ischämischen Nekrose darstellen.

Der hohe Gehalt an *E. coli* sowie der jeweils mäßige Gehalt an *St. intermedius* und β -hämolisierenden Streptokokken wurde als sekundär bewertet. Gleiches gilt für den zunehmenden Juckreiz. Eine radikale Wundtoilette, die Heilungshindernisse wie nekrotisches Gewebe und Blutgerinnsel beseitigt, trägt wesentlich zur Reparatur der Epidermis bei. Diese ausgedehnten Hautläsionen heilen nur durch die Förderung des Granulationsgewebes mit anschließender Eptthelisierung ab. Wichtig ist die Aufklärung des Patientenbesitzers über die lang andauernde Symptomatik sowie dessen Kooperationsbereitschaft hinsichtlich monatelanger Therapie und Verbandswechsel. Anekdotisch wurde uns als Alternative zu unserem Netzverband von abgeschnittenen Strümpfen berichtet, die den Katzen mit zwei Löchern für die Vorderbeine angezogen werden. Dabei wird zunächst ein dünnerer Strumpf und dann ein dickerer darüber angezogen, die sich übereinander liegend nicht verschieben sollen,

LITERATUR

1. Angarano DW, Erosive and Ulcerative Skin Disease. *Feline Dermatology* 1995; 25 (4): 880-1.
2. Gross TL, Ihrke PJ, Walder EJ. *Veterinary Dermatopathology: A Macroscopic and Microscopic Evaluation of Canine and Feline Skin Disease*. St. Louis: Mosby 1992; 65-6.
3. Heiman M, Fontaine J. Feline idiopathic ulcerative dermatosis, *Veterinary Dermatology*, Vol. 11, Suppl. 1, Sept. 2000, Scientific Abstracts, Fourth World Congress of Veterinary Dermatology.
4. Mason KY, Rosser EJ. Cutaneous Drug Eruptions. *Advances in Veterinary Dermatology* 1990; 1: 426-33.
5. Scott DW. An unusual ulcerative dermatitis associated with linear subepidermal fibrosis in eight cats. *Feline Pract* 1990; 18 (3): 8-11.
6. Scott DW, Miller WH, Griffin CE. *Muller & Kirks Small Animal Dermatology*, 6th ed. Philadelphia: Saunders 2000.

Dr. Ingrid Geyer (Mailand)
Kleintierpraxis Dr. Brandenburg
Marburger Straße 62
D-36304 Alsfeld