



## **Tinea Capitis (Pilzerkrankung der Kopfhaut)**

### Merkblatt

#### **Erreger/Epidemiologie**

Pilze, die eine Infektion der Haut hervorrufen (Dermatophyten), treten weltweit und vor allem bei Kindern und Jugendlichen häufig auf. Sie sind hochkontagiös.

Obwohl genaue Angaben zu Häufigkeit und Vorkommen der nicht meldepflichtigen Kopfpilzinfektion (Tinea capitis) fehlen, ist zu beobachten, dass unter anderem die Erreger *Trichophyton tonsurans* und *Microsporum audouinii* immer wieder für Infektionsausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten und Schulen sorgen.

*Trichophyton tonsurans* und *Microsporum audouinii* gehören zu den anthropophilen Dermatophyten. Sie befallen bevorzugt den Menschen und werden vor allem von Mensch zu Mensch übertragen.

#### **Infektionsweg**

Die Übertragungswege einer Kopfpilzinfektion hängen vom Erreger ab. Der Hauptübertragungsweg ist der direkte enge Körperkontakt (zum Beispiel von Kopf zu Kopf).

Auch eine indirekte Übertragung über textile Gegenstände, die mit Pilzsporen besiedelt sind (wie Decken, Kuscheltiere, Vorhänge, Wäsche oder Mützen, aber auch Käämme und Bürsten), ist möglich.

#### **Inkubationszeit und klinische Symptomatik**

Bei einer Tinea capitis kommt es zu einer Infektion des behaarten Kopfes sowie der Augenbrauen und Wimpern durch den Erreger. Dieser kann in das Gewebe der Haut und Haare eindringen und sich dort ausbreiten. Die Inkubationszeit ist bei einem Kopfpilz nicht genau bekannt.

Das Krankheitsbild kann sehr unterschiedlich sein und erlaubt keine sichere Zuordnung zu einem bestimmten Erreger. Die wichtigsten klinischen Ausprägungen sind:

- die oberflächliche Form mit meist mehreren deutlich abgegrenzten, runden Herden mit Schuppungen und abbrechenden Haarschäften;
- die chronisch-entzündliche Form, die durch Eiterbläschen und teilweise Haarverlust gekennzeichnet ist.

Oft kommt es zu Haarausfall, Juckreiz und zum Abbrechen der Haare. Allgemeine Krankheitszeichen wie Fieber, Abgeschlagenheit, Erbrechen und regionale Lymphknotenschwellung können mit einhergehen. Bei Nichtbehandlung und



intensiven entzündlichen Verläufen kann es zu Kahlheit und Narbenbildung kommen. Je schneller die Behandlung beginnt, desto eher wachsen die Haare wieder nach.

### **Diagnostik**

Ausschlaggebend für eine gesicherte Diagnostik ist die fachgerechte Entnahme von Untersuchungsmaterialien wie herausgezupfte (epilierte) Haare und Kopfhautschuppen. Das gewonnene Untersuchungsmaterial wird mikroskopisch und kulturell untersucht. Ein kultureller Nachweis kann beispielsweise durch Material erfolgen, das mithilfe der Bürstenmethode (mehrmaliges Kämmen der Haare mit einer Kopfmassagebürste, die im Anschluss auf einen Pilznährboden gedrückt wird) gewonnen wurde. Die Kultur wird über mindestens 3 Wochen inkubiert. Da die Erreger einer Tinea capitis in der Regel nur sehr langsam wachsen, ist eine Inkubation der angelegten Kulturen im Labor bis zu 4-6 Wochen nicht ungewöhnlich. Das Wood-Licht ist eine ergänzende diagnostische Methode, wodurch mithilfe von UV-Licht gegebenenfalls bestimmte Hautpilzerreger erkennbar gemacht werden können. Einige Hautpilzerreger zeigen sich im UV-Licht als gelblichgrüne Fluoreszenzen. Das Wood-Licht kann gegebenenfalls auch eine ergänzende diagnostische Hilfe bei größeren Infektionsausbrüchen sein.

### **Therapie**

Die Therapie und die Behandlungszeiten eines Kopfpilzes richten sich nach dem klinischen Bild und der Erregerart der Kopfpilzinfektion. Die Behandlung kann sich zwischen Erwachsenen und Kindern unterscheiden, da einige Medikamente nicht für Kinder zugelassen sind.

In der Regel erfolgt eine kombinierte Behandlung durch die orale Gabe von antimykotischen Medikamenten als Saft oder in Tablettenform (zum Beispiel Griseofulvin, Itraconazol, Terbinafin, Fluconazol) und eine lokale Behandlung (zum Beispiel durch Haarwäschen mit antimykotischem Shampoo, antimykotischen Cremes oder Lösungen).

Die Therapie dauert in der Regel mehrere Wochen bis Monate. Die Behandlung der Augenbrauen kann aufgrund des langsamen Wachstums der Brauen gegebenenfalls langwieriger sein. Dermatophyten der Tinea capitis können sich längere Zeit in den Haaren festsetzen. Zur Vermeidung von falsch-negativen Ergebnissen sind mehrere Kontrolluntersuchungen erforderlich. Nach mehr als einem negativen Ergebnis kann die Therapie beendet werden, da keine Ansteckungsfähigkeit mehr besteht und die Gefahr einer wiederkehrenden Infektion gering ist.

Eine frühzeitig einsetzende Therapie verhindert in der Regel eine Vernarbung der Kopfhaut und einen dauerhaften Haarverlust.



## Ausbrüche

Wenn mehrere Personen in einer Einrichtung betroffen sind, muss das Gesundheitsamt umgehend informiert werden. Über hygienerelevante Maßnahmen und epidemiologische Untersuchungen entscheidet das Gesundheitsamt in Absprache mit der Einrichtung. Eine Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt und der Einrichtung ist hierbei empfehlenswert.

## Linkhinweise für weitere Informationen

Abeck D., Brasch J., Cornely O.A. et al.: Tinea der freien Haut, Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft. AWMF. (2008), unter:

[https://www.dermaostschweiz.ch/wp-content/uploads/2016/10/II\\_tinea.pdf](https://www.dermaostschweiz.ch/wp-content/uploads/2016/10/II_tinea.pdf)

(Abruf: 05.11.2024)

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): Erregersteckbrief Tinea Capitis. 2024, unter:

[https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/inf\\_schutz/infektionsschutz/merkblatt\\_Tinea\\_capitis\\_lzg-nrw.pdf](https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/inf_schutz/infektionsschutz/merkblatt_Tinea_capitis_lzg-nrw.pdf) (Abruf 05.11.2024)

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): Merkblatt Tinea Capitis, Empfehlungen für Gemeinschaftseinrichtungen. 2024, unter:

[https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/inf\\_schutz/infektionsschutz/merkblatt\\_Tinea\\_capitis\\_gemeinschaftseinrichtungen\\_lzg-nrw.pdf](https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/inf_schutz/infektionsschutz/merkblatt_Tinea_capitis_gemeinschaftseinrichtungen_lzg-nrw.pdf) (Abruf 05.11.2024)

Robert Koch-Institut (RKI): Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren. 2017, unter:

[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Downloads/BGBl\\_60\\_2017\\_Desinfektionsmittelliste.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Downloads/BGBl_60_2017_Desinfektionsmittelliste.pdf?blob=publicationFile) (Abruf:

05.11.2024)

Robert Koch-Institut (RKI): Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln gegen Viren zur Anwendung im human-medizinischen Bereich.

2017, unter: <https://edoc.rki.de/handle/176904/183> (Abruf: 05.11.2024)

## Weiter Literaturhinweise

Seebacher C., Abeck D.: Tinea capitis – aktuelles Erregerspektrum, mykologische Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt. 100 (2003), Heft 44, S. A2872-A2877

Nenoff P., Handrick W., Krüger C., et al.: Dermatomykosen durch Haus- und Nutztiere. Vernachlässigte Infektionen? Der Hautarzt. (2012), Nr. 11, S. 848-858



Erdmann S., Rübben A., Merk H.: Tinea capitis eines 5-jährigen Kindes, Krankheitsbild und Differentialdiagnosen einer in Deutschland nicht seltenen Infektion. Monatsschrift Kinderheilkunde. (2005), Nr. 12, S. 1182-1185

Nenoff P., Krüger C., Schulze I., et al.: Dermatophyten-Infektionen der Haut, Haare und Nägel bei Kindern– ein Update, Teil 1: Erreger und klinisches Bild. Kinder- und Jugendmedizin. (2013), Nr. 4, S. 262-269

Nenoff P., Krüger C., Schulze I., et al.: Dermatophyten-Infektionen der Haut, Haare und Nägel bei Kindern– ein Update, Teil 2: Diagnostik und Therapie. Kinder- und Jugendmedizin. (2013), Nr. 6, S. 438-444

Seebacher C., Abeck D.: Tinea Capitis, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V., wissenschaftlich begründete Leitlinie für Diagnostik und Therapie der AWMF-Fachgesellschaft Dermatologie/Mykologie. Hygiene & Medizin. (2003), Heft 12, S. 505-511

Tietz H.-J.: Tinea Capitis, Erregerwandel, Diagnostik und Therapie. Monatsschrift Kinderheilkunde. (2005) Nr. 4, S. 342-345



## Haftungsausschluss

Die Informationen in dieser Handreichung wurden mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengestellt. Dennoch kann keinerlei Gewähr für Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen und Daten übernommen werden. Haftungsansprüche gegen die Autoren bzw. Verantwortlichen dieses Druckerzeugnisses für Schäden materieller oder immaterieller Art, die auf ggf. fehlerhaften oder unvollständigen Informationen und Daten beruhen, sind, soweit nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt, ausgeschlossen.

## Ansprechperson im LZG.NRW

Anika Kemper

Fachgruppe Infektiologie und Hygiene

Tel.: 0234 91535-2302

E-Mail: [anika.kemper@lzg.nrw.de](mailto:anika.kemper@lzg.nrw.de)

---

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Gesundheitscampus 10

44801 Bochum

Telefon 0234 91535-0

Telefax 0234 91535-1694

[poststelle@lzg.nrw.de](mailto:poststelle@lzg.nrw.de)