



Abb.1 Körperlicher Untersuchungsbefund: rechter Fuß lateral.

B. T. Schlenvoigt^{1,2}

S. Hagedorn^{1,3}

J. Rödel²

M. Baier²

M. W. Pletz¹

¹Zentrum für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena

²Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum Jena

³Klinik für Innere Medizin IV, Universitätsklinikum Jena

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0034-1370243
Dtsch Med Wochenschr 2014;
139: 1601–1602 · © Georg
Thieme Verlag KG · Stuttgart ·
New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Dr. med. Benjamin T.

Schlenvoigt

Zentrum für Infektionsmedizin
und Krankenhaushygiene
Universitätsklinikum Jena
Erlanger Allee 101
07740 Jena
Tel. 03641/9-324794
eMail Benjamin.Schlenvoigt@
med.uni-jena.de

Eine 55-jährige Frau stellt sich nach einer 3-wöchigen Urlaubsreise mit Strandaufenthalt in Mittelamerika wegen eines juckenden Hautausschlages am rechten Fuß vor (▶ **Abb.1**). Die Reiseanamnese und der inspektorische Befund legen einen Verdacht nahe.

Die körperliche Untersuchung ergibt einen pathologischen Befund.

- ▶ **Welcher ist das?**
- ▶ **Erlaubt dieser Befund eine (Blick-)Diagnose?**
- ▶ **Wenn ja, welche?**
- ▶ **Sind Differenzialdiagnosen möglich?**
- ▶ **Wenn ja, welche?**
- ▶ **Welche Therapieoptionen gibt es?**

55-jährige Patientin mit unklarem Hautbefund

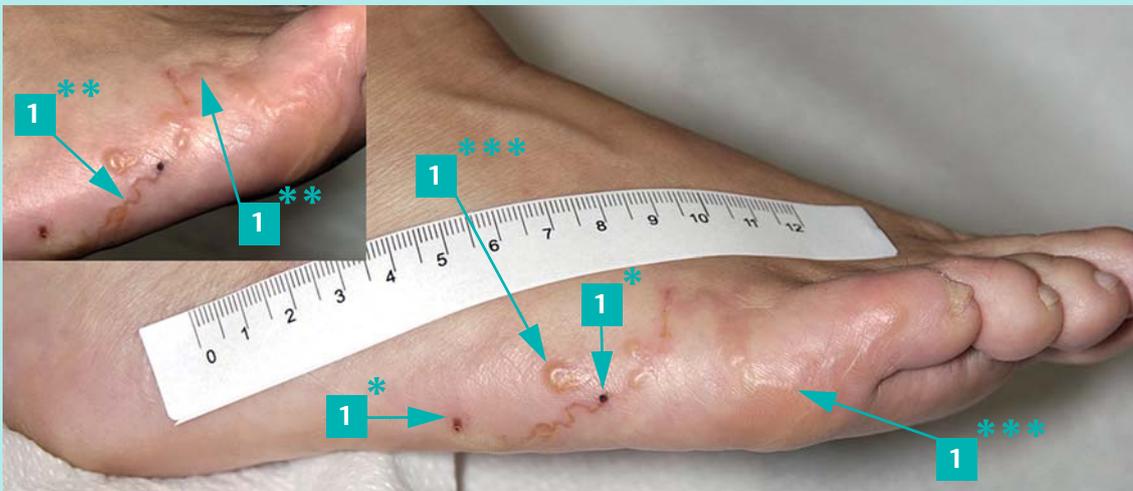


Abb.2 Körperlicher Untersuchungsbefund: rechter Fuß lateral mit „creeping eruption“.

► Befunde

1. zwei ca. 2 mm große rötliche Papeln (*) mit angrenzendem serpinösem Erythem und leicht erhabenem Gangsystem („creeping eruption“, **); in der Umgebung mehrere vesikulobullöse Areale (***)

► Diagnose

- Larva migrans cutanea (CLM)

► Differenzialdiagnosen

- tierpathogene Nematodenlarven
- Strongyloidiasis (Larva currens bzw. „running larva“)
- Gnathostoma
- Loa loa
- Scabies
- Myiasis

► Therapieoptionen

- Albendazol (400 mg per os als Einmalgabe)
- Ivermectin (200 µg/kg Körpergewicht per os als Einmalgabe)

► Erläuterung

Kutane Infektionen mit Larven von Hunde- oder Katzenhakenwürmern (*Ancylostoma caninum* bzw. *A. braziliensis*) sind auf die Cutis beschränkt, verursachen jedoch eine ausgeprägte Lokalreaktion. Der Mensch ist Fehlwirt. Die Erkrankung ist selbstlimitierend [1, 2, 5]. Larven von humanpathogenen Helminthen entwickeln sich rasch weiter und verlassen die Cutis. Die Lokalreaktion ist dann deutlich milder [1]. Die Larva migrans cutanea (CLM) ist nahezu weltweit verbreitet, kommt jedoch bevorzugt in Tropen und Subtropen vor. Die Prävalenz wird für Brasilien mit 4% angegeben [2]. In Industrieländern wird CLM hauptsächlich bei Reisenden nach Aufenthalt in den Tropen beobachtet [2]. Wegen des ausgeprägten und anhaltenden Juckreizes, der psychischen Belastung durch einen Parasitenbefall und der Gefahr einer möglichen Superinfektion sollte eine Therapie erfolgen [5]. Albendazol und Ivermectin werden enteral gut resorbiert. Die Bioverfügbarkeit von Mebendazol ist dagegen nach oraler Aufnahme niedrig (first-pass-effect) [4]. Daher ist die Therapie der CLM mit Mebendazol der Behandlung mit Ivermectin oder Albendazol unterlegen. Die Einmalgabe von Ivermectin (200 µg/kg Körpergewicht per os) ist effektiver als die einmalige Anwendung von Albendazol (400 mg per os) [2]. Wird Albendazol über 5–7 Tage angewendet, heilt die CLM in 92–100% aus [2]. Die Patienten müssen im klinischen All-

tag darüber aufgeklärt werden, dass weder Ivermectin noch Albendazol für die Therapie der CLM in Deutschland zugelassen sind (off label use) [5]. Außerdem steht Ivermectin in Deutschland nur als Re-Import zur Verfügung und ist damit nicht unmittelbar anwendbar [5]. Bei hohem Leidensdruck der Patienten (Juckreiz, Schlafstörungen) ist deshalb ein unmittelbarer Therapieversuch mit Albendazol 400 mg per os gerechtfertigt. In unserem Fall war der Juckreiz innerhalb von 2 Tagen nach der antiparasitären Therapie abgeklungen. Das Exanthem heilte innerhalb von 5 Wochen folgenlos ab.

Literatur

- 1 Löscher T, Burchard GD. Larvale Nematodeninfektionen. In: Löscher T, Burchard GD Hrsg. Tropenmedizin in Klinik und Praxis. 4. Aufl. Stuttgart, Thieme 2010; 790–802
- 2 Feldmeier H, Schuster A. Mini review: Hookworm-related cutaneous larva migrans. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012; 31: 915–918
- 3 Meyer GC. Larva migrans cutanea. In: Meyer GC, Ed.; Tropenmedizin. 2. Aufl. Landsberg, ecomed Medizin 2007; 276–277
- 4 Dawson M, Braithwaite PA, Roberts MS et al. The pharmacokinetics and bioavailability of a tracer dose of [³H]-mebendazole in man. Br J Clin Pharmacol 1985; 19: 79–86
- 5 Sunderkötter C, von Stebut E, Schöfer H, Mempel H, Reinle D, Wolf G, Meyer V, Nast A, Burchard GD. Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der kutanen Larva migrans (Creeping disease). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-0871_S1_Diagnostik_Therapie_kutane_Larva_migrans_2013-11.pdf (letzter Zugriff: 04.07.2014)