

Tropische Dermatologie in der Praxis

Dermatologische Probleme gehören zweifellos zu den häufigsten Fragestellungen bei Reiserückkehrern. Was man in Entwicklungsländern oft als Spätstadien sieht, gilt es in unserem Praxisalltag schon früh aufgrund der Reiseanamnese und der pathognomonischen Präsentation zu erkennen und richtig zu behandeln.

Sandflöhe

Bisse von *Sandflöhen* gehören zu den weitaus häufigsten Ursachen von unstillbarem Juckreiz im Zusammenhang mit Badeferien in den Tropen. Sandflöhe kommen weltweit vor. Die Stiche manifestieren sich als kleine 1 bis 2 mm grosse rote Punkte, die diffus über die betroffene Partie des Körpers verteilt sind. Da Sandflöhe nur etwa 0,5 mm gross sind, bemerken Strandanbeter das Risiko oft erst zu spät. Sandflöhe haben keine Flügel, können jedoch bis in Höhen von rund 50 cm ab Boden springen. Somit sind unbedeckte Körperstellen bis etwa zu den Knien gefährdet. Liegt man gar in einer Hängematte oder auf einem Badetuch am Boden, kann der ganze Körper befallen werden. Die Bissstellen jucken für mehrere Tage sehr stark. Gelegentlich treten neue Effloreszenzen erst Tage nach Exposition auf, was die Patienten vermuten lässt, dass noch

Von PD Dr. med. Julian Schilling
und Dr. med. Danielle Gyurech

www.travelclinic.ch
med@travelclinic.ch
Forchstrasse 92, 8008 Zürich
Tel. 044-380 36 36

Flöhe in der Kleidung oder im Bett zu Hause vorhanden sind. Da es sich dabei jedoch um eine allergische Reaktion vom Spättyp handelt, darf davon ausgegangen werden, dass sich die Flöhe verabschiedet haben und keine aktuelle Exposition mehr vorliegt.

Zur Prävention sind die üblichen Repellenzien leider unwirksam. Eine Möglichkeit ist das Auftragen von Palm- oder Ko-

kosöl, welches einen mechanischen Schutz verleihet, denn die Flöhe können durch das dickflüssige Öl nicht beiessen.

Die Therapie ist symptomatisch mit hochdosierten Antihistaminika und lokalen Steroiden, bei ganz heftigen Reaktionen gegebenenfalls ein peroraler Steroidstoss mit 50 bis 100 mg Prednison. Durch Kratzen sind Sekundärinfektionen häufig, die dann oft mit Antibiotika lokal oder in Ausnahmefällen systemisch behandelt werden müssen.

Larva migrans

Die *Larva migrans* (Abbildung 1) ist eine Hauterkrankung, die durch Larven von Ankylostomen (Hakenwürmer) von Hund und Katze verursacht wird. Die Übertragung erfolgt beim Liegen oder Barfussgehen in mit Katzen- oder Hundekot kontaminiertem Sand.

Das klinische Bild ermöglicht eine Blickdiagnose: Am Anfang zeigt sich eine stark juckende Rötung, später kommen typische kokardenförmige rote Linien dazu. Diese werden durch die Wanderung des Wurmes verursacht. Die Larve an sich ist immer einige Millimeter weiter vorne in der Wanderungsrichtung. Nach einigen Wochen bis Monaten ist die Infektion selbstlimitierend.

Wegen des starken Juckreizes drängt sich jedoch in den meisten Fällen schon früher eine Therapie auf. Lokal kann Thiabendazol- oder Mebendazolsalbe angewendet werden, doch sind diese beiden Lokalthérapeutika nicht einfach zu beschaffen. Systemisch wird Ivermectin (in der Schweiz leider nicht zugelassen) als erste Wahl oder Albendazol eingesetzt.

Cave: Hände weg von Kryotherapie oder anderen invasiven Massnahmen! Der Versuch, die winzigen Larven chirurgisch zu entfernen, muss als Kunstfehler angesehen werden.



Abbildung 1: *Larva migrans cutanea*



Abbildung 2: Reiserückkehrerin aus Malawi mit rund 30 Fliegenmadenlarven unter der Haut



Abbildung 3: Furunkuläre Myiasis (vergrösserte Aufnahme der Madenlarven unter der Haut)



Abbildung 4: In toto entfernte Fliegenlarven

Ringwürmer oder Tinea

Ringwürmer oder *Tinea* sind nicht etwa durch Vermis, sondern durch Trichophyten oder Mikrosporen (Pilze) verursacht. Es handelt sich um eine Pilzkrankung und nicht um einen Wurmbefall.

Die Manifestation sieht auf der Haut wie ein Ring aus. In behaarten Bereichen kann es zu kreisförmigen Haarausfällen kommen. Die Pilze wachsen überall, in feuchtwarmen Gebieten wie in den Tropen gedeihen sie aber besonders üppig. Sie werden von Tier oder Mensch zu Mensch und/oder durch Kontakt mit kontaminierten Gegenständen wie Leintüchern übertragen.

Eine lokale Therapie ist oft ungenügend, sodass systemisch behandelt werden muss. Itraconazol, Fluconazol oder Terbinafin über 3 bis 4 Wochen führen meistens zum Erfolg.

Wanzen kommen weltweit vor. Sie hinterlassen auf der Haut in der Regel Wanzenstrassen, da sie mehrmals stechen. Die Hautrötungen sind etwas grösser als bei Flohbissen und ju-

cken ebenfalls sehr intensiv. Zur Therapie genügen manchmal lokal kühlende Salben, aber gelegentlich muss zur systemischen antihistaminischen Therapie gegriffen werden, lokal ergänzt mit starken Steroidsalben.

Allergische Dermatitiden

Es kann gelegentlich auch vorkommen, dass die Wanzen als «Souvenir» im Reisekoffer nach Hause getragen werden.

Allergische Dermatitiden sind Reaktionen auf Allergene vom Spättyp, welche jucken und Rötungen der Haut mit Blasenbildung zeigen. Häufige ungewohnte Kontaktallergene sind Schmuck, neue Kleidung, Kosmetika, Henna, Lebensmittel oder Pflanzenkontakte. Die Therapie der Wahl ist das Vermeiden von Kontakt zu den Allergenen. Als Notfallintervention kommen lokale Steroide in Kombination mit systemisch gegebenen Antihistaminika zur Anwendung.

Auch toxische und fototoxische Reaktionen auf Pflanzen und insbesondere Meerestiere sind häufige Gründe für eine Arztkonsultation. Sie können meist symptomatisch behandelt werden, wie beispielsweise mit Kühlung oder lokaler antiphlogistischer Therapie, in seltenen Fällen sind lokale Steroide nötig.

Scabies

Die *Scabies*, auch Krätze genannt, ist eine Ektoparasitose, die durch Milben verursacht wird. Diese bohren sich in die Epidermis, wo sie Eier und Exkremente deponieren. Der Mensch ist dabei zwar ein Fehlwirt, was das Ganze aber nicht angenehmer macht. Typisch ist ein Juckreiz in der Schamregion, interdigital und weiteren feuchtwarmen Regionen der Haut, der besonders nachts temperaturbedingt verstärkt auftritt. Der behaarte Kopf ist in der Regel nicht betroffen. Die Diagnose wird in erster Linie aufgrund der Anamnese gestellt.

Zur Therapie kommt einerseits Permethrinlotion zur Anwendung. Diese Lotion wird für drei Tage am Abend auf dem gan-



Abbildung 5: Reiserückkehrer aus Brasilien: Leishmaniose vor dem Debridement



Abbildung 6: Gleicher Patient: Zwei Wochen später nach Therapiebeginn und nach der Entfernung nekrotischer und fibrinöser Beläge



Abbildung 7: Gleicher Patient: Narbenbildung 30 Tage nach Therapieabschluss

zen Körper aufgetragen. Alternativ ist die systemische Therapie mit dem in der Schweiz nicht erhältlichen Ivermektin (200 µg pro kg KG) an den Tagen 0 und 14 sehr erfolgreich.

Myase

Die *Myase*, auch Fliegenmadenkrankheit genannt, ist ein Befall mit Fliegenlarven, die sich in der Haut einnisten. Die Fliegen legen Eier auf zum Trocknen ausgelegte Kleidungsstücke. Zieht man diese später an, kann die Infestation beginnen. Nach einiger Zeit sind die Larven mit einem Dermatoskop gut sichtbar. Wenn sich in einer furunkelähnlichen Hautläsion etwas bewegt, ist die Diagnose *Myase* sehr wahrscheinlich. Die Therapie beruht darauf, der sich entwickelnden Larve die Luft knapp werden zu lassen. Dies kann man mit einem Okklusionsverband unter Verwendung von Vaseline erreichen. Manchmal genügen auch stark fettende Salben. Sofort oder



Abbildung 8: Leishmaniose 6 Wochen nach Infektion

spätestens nach zwei Tagen verlassen die Larven die betroffene Hautstelle ganz oder können mit einer Pinzette sorgfältig herausgezogen werden. Wichtig ist dabei, dass die Larve in toto entfernt wird. Wegen gelegentlicher Superinfektionen ist unter Umständen eine antibiotische Absicherung angezeigt. Die chirurgische Inzision zur Entfernung der Larven gilt als Kunstfehler.

Zur Prävention soll zum Trocknen aufgehängte Kleidung anschließend gebügelt werden. Das Bügeln der Kleider wie

auch der Unterwäsche in Entwicklungsländern war und ist somit keine Schikane des Personals durch die Kolonialherren, sondern eine pragmatische Vorsichtsmaßnahme für alle.

Leishmaniose

Die *Leishmaniose* ist eine bei uns selten importierte Infektion durch intrazelluläre Parasiten der Gattung *Leishmania*. Die Übertragung erfolgt durch Sandmücken. Diagnostisch ist der Nachweis mittels PCR aus einer Gewebeprobe oder die Histologie mit typischen schiffchenförmigen Leishmanien in Makrophagen. Es werden drei verschiedene Formen von Leishmaniose unterschieden:

Bei der viszeralen Leishmaniose (Schwarzes Fieber oder Kala-Azar) werden innere Organe befallen.

Die mukokutane *Leishmania brasiliensis* zeigt sich neben der Haut auch auf den Schleimhäuten. Entstellende Hautläsionen, die nicht spontan abheilen, sind typisch.

Bei der kutanen Leishmaniose wird nur die Haut befallen. Je nach Art und Lokalisation ist eine Therapie nicht zwingend notwendig. Eine grosse Läsion oder eine diffuse Leishmaniose der Haut bedarf jedoch zwingend einer medikamentösen Behandlung. Zur Therapie werden Antimonpräparate (Methylglucamine-Antimonat) als Chemotherapie, über drei

Wochen oder intraläsional, von der WHO empfohlen. Der kritische Punkt bei diesen Therapeutika sind die zahlreichen Nebenwirkungen. Auch Miltefosin, Amphotericin B oder Fluconazol können alternativ eingesetzt werden.

Sonnenbrand

Und zu guter Letzt soll der einfache *Sonnenbrand* nicht unerwähnt bleiben. Gerade im Winter, wenn viele Leute die Sonne suchen, ist unsere Haut besonders hell. Darum ist bei Tropenreisen ein Sonnenschutzfaktor von über 30 sehr zu empfehlen. Wichtig ist auch, daran zu denken, dass bestimmte Medikamente, insbesondere viele Antibiotika, zu einer Fotosensibilisierung führen können. Zum Beispiel muss im Falle einer Malariaprophylaxe mit Tetrazyklinen besonders gut auf den Sonnenschutz geachtet werden.

Die tropische Dermatologie zeigt sich bei Reisenden im einheimischen Praxisalltag in der Regel in der Form von Frühstadien. Die Beurteilung durch eine fachkundige Person, welche die Blickdiagnosen kennt, ist oft schnell und zielführend.

PD Dr. med. Julian Schilling und Dr. med. Danielle Gyurech führen zusammen die Travel Clinic, eine Praxis für Reise- und Tropenmedizin.