



INFEKTIONEN

Reisedermatosen

ZOONOSEN UND ANDERE DERMATOLOGISCHE SOUVENIRS

von Peter Schmid-Grendelmeier

Feuchtwarmes Klima, leichte Bekleidung und offenes Schuhwerk sind einige der Gründe, warum Reisen in die Tropen häufig zu Dermatosen führen. Diese sind meist durch Infektionen bedingt. Entsprechende mikrobiologische Untersuchungen sind daher stets angezeigt. Bei unklaren Läsionen kann eine Hautbiopsie weitere nützliche Informationen liefern.

Die wichtigsten Krankheitsbilder von Dermatosen nach Tropenaufenthalten sind Infektionen der Haut mit Bakterien und Pilzen, Epizoonosen, Infestation mit tropischen Erregern sowie Hauterscheinungen infolge Kontakt mit Gifttieren oder durch Sonnenlicht bedingte Dermatosen. Ein weiteres Reisesouvenir sind Infektionen, die durch ungeschützten Sexualverkehr übertragen werden. Diese Erkrankungen sollten daher bei Hautexanthenen nach Reisen differenzialdiagnostisch stets mitberücksichtigt werden.

Infektionen der Haut, insbesondere Pyodermien und Mykosen

Bakterielle Infekte der Haut gehören wohl zu den verbreitetsten Reiseerkrankungen. Ein Beispiel sind primäre Insektenstiche, welche aufgrund der vorhandenen Mischflora

durch Kratzen superinfiziert werden. Eine mögliche Folge davon sind schwerwiegendere Komplikationen wie ein *Ekthyma* (Abbildung 1). Durch bakterielle (Misch-)Infekte ausgelöste Ulzerationen nach Tropenaufenthalten erfordern zwingend bakteriologische Abstriche und eine frühzeitige antibiotische Abschirmung. Unentdeckt können solche Infekte zu ausgedehnten Ulzerationen und lokaler Gewebsdestruktion mit teils fulminantem Verlauf führen. Zudem entwickelt sich oft eine Impetiginisation von vorbestehenden Dermatosen. Eine konsequente desinfizierende Behandlung ist daher essenziell.

In vielen Fällen begünstigt das feuchtwarme Klima die Entstehung von Mykosen im intertriginösen Bereich. Während diese in unseren Breitengraden vor allem durch Dermatophyten verursacht werden, sind in den Tropen eher Hefe- und Schimmelpilze dafür verantwortlich. Um dann eine gezielte erregerspezifische antimykotische Therapie einzuleiten, sollte stets vorgängig eine mykologische Kultur angelegt werden. In den Tropen trifft man auch auf



Abbildung 1: *Ekthymata* infolge superinfizierter Insektenstiche in den Tropen.



Abbildung 2:
Skabies der Füße: Skabiesbefall bei Kleinkind mit typisch papulo-pustulöser Erkrankung.

subkutane Mykosen wie Myzetom oder Chromoblastomykose. Dank den heute deutlich besseren hygienischen Verhältnissen und aufgrund der kurzen Aufenthalte sind diese Mykosen sehr selten. Bei unklaren, teils exophytischen Hauttumoren muss an eine solche mykologische Ursache gedacht werden, und die entsprechenden Kulturen müssen angelegt und Gewebsbiopsien durchgeführt werden.

Epizoonosen

Da die *Skabies* (Krätzmilbe) in vielen Reiseländern insbesondere bei der ländlichen Bevölkerung nahezu endemisch ist, kann diese auch bei Rückkehrern nach engem körperlichem Kontakt mit der einheimischen Bevölkerung auftreten (*Abbildung 2*). Hinweise dafür sind papulöse, stark juckende Veränderungen, insbesondere im Bereich der Genitalien sowie in den Interdigitalräumen. Bei Kleinkindern kommt es oft zur Bildung von palmoplantaren Pusteln. Die Behandlung mit Hexachlorzyklohexan (Jacutin®), Permethrin (Loxazol®) oder Crotamiton (Eurax®) ist nicht nur beim Betroffenen angezeigt, sondern auch bei Personen, die zu ihm engen körperlichen Kontakt haben. Gelegentlich liegt zusätzlich eine Infestation mit Filzläusen (*Pediculosis pubis*) vor, welche ebenfalls auf die gleiche Behandlung anspricht. Weiter können Kinder auf Reisen auch *Pediculi capitis* (Kopfläuse) akquirieren. Dank der heutigen Behandlungsmethoden mit entsprechenden Shampoos (z.B. Prioderm®, Loxazol®) kann das früher notwendige Scheren der Haare in den meisten Fällen vermieden werden.

Die *Larva migrans* entsteht durch Larven von Parasiten, für die der Mensch als Fehlwirt fungieren kann (*Abbildung 3*). Nach Badeferien und durch das Barfußgehen

begünstigt entstehen vor allem plantar serbiginöse, teils pustulöse Hautveränderungen. Eigentlich heilt die *Larva migrans* nach einigen Tagen bis Wochen meist selbst ab. Um die Abheilung zu beschleunigen, kann topisch Diobendazol-Creme eingesetzt werden oder bei Nichtansprechen Albendazol (Zentel® 500 mg über 3 Tage).

Sandflöhe können durch Eiablage unter der Haut warzenähnliche Hautveränderungen mit zentraler Öffnung verursachen. Solche Läsionen – als *Tungiasis* oder auch «jiggers» bezeichnet – finden sich gehäuft subungual und können durch Superinfektion respektive sekundäre Ekzematization zu Komplikationen führen. Die Therapie erfolgt durch steriles Ausschälen der Eier respektive durch Exzision der Läsion.

Tropische Infekte

Als weitere dermatologische Reiseerkrankung ist die *kutane Leishmaniose* zu erwähnen. Sie zeigt sich teils als einzelne, teils auch multiple Ulzeration oder papulöse Veränderung, besonders an Extremitäten oder im Gesicht. Gerade bei einem nicht abheilenden Ulkus nach Tropenaufenthalt sollte – neben der Möglichkeit einer bakteriell bedingten Ursache – an eine Leishmaniose gedacht werden. Die Diagnosestellung erfolgt mittels Biopsie und neuerdings auch durch PCR-Diagnostik. Kutane Leishmanioseherde können in einem bedeutenden Prozentsatz zwar selbst abheilen. Wegen der möglichen Narbenbildung ist jedoch in vielen Fällen eine Behandlung sinnvoll. Eine solche sollte in Absprache mit einem tropenmedizinisch ausgebildeten Arzt erfolgen, da die Verwendung der indizierten Medikamente (Antimon-Präparate) aufgrund ihres Nebenwirkungspotenzials und der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten einige Erfahrung voraussetzt.



Abbildung 3:
Larva migrans

Bei Patienten, die längere Zeit in den Tropen verbracht haben, ist auch die *Lepra* (pauzibazilläre Form) in Betracht zu ziehen, welche hyperpigmentierte Areale mit Hypästhesien verursacht. Auch hier kann die Diagnose mittels Histologie (inklusive Ziehl-Neelsen- oder FiteFaraco-Färbung) und PCR-Verfahren gestellt werden. Die entsprechende Behandlung sollte wiederum in Absprache mit dem tropenmedizinischen Kollegen erfolgen.

Kontakte mit Gifttieren

Gifttiere finden sich in den Tropen entweder im Wasser oder am Festland sehr viel häufiger als in unseren Breiten. Im Wasser führen vor allem Kontakte mit *Quallen* zu meist stark schmerzhaften Hautveränderungen. Dabei entstehen je nach Art der Qualle urtikarielle, blasige oder auch nekrotisch-toxische Hautläsionen. Zudem lösen einzelne Quallenarten, insbesondere etwa Würfelquallen (*Chironex*, vorkommend in Australien, Ozeanien) aufgrund von Toxinen auch lebensgefährliche Reaktionen aus. Schwanzstachelstiche von Rochen führen oft zu sehr schmerzhaften, sekundär häufig ulzerierenden Läsionen, die vielfach nur schlecht heilen und teilweise gar ein chirurgisches Debridement erfordern. Viele weitere Wasserlebewesen wie Fische, Seeigel, Gifffische, Anemonen, Würmer und Kegelschnecken können je nach Art und Gift meist toxische oder auch systemische Hautreaktionen verursachen.

Auf dem Festland stellen vorwiegend Stiche und Bisse von Skorpionen, Spinnen und den verschiedensten Insekten ein Problem dar. Stiche von Hymenopteren (Bienen, Wespen) können allergische Reaktionen auslösen. Dabei treten hauptsächlich toxische Reaktionen auf. Bei Insektengiftallergikern darf deshalb ein Notfallset im Reisegepäck nicht fehlen. Das Set sollte Steroid-Tabletten und Antihistaminika, bei Personen mit schweren Reaktionen auch Adrenalin-Autoinjektoren wie den EpiPen, enthalten. Allenfalls ist auch eine allergologische Abklärung im Hinblick auf eine spezifische Immuntherapie zu erwägen.

Der blosse Hautkontakt mit Kleinlebewesen wie gewissen Käfern (zum Beispiel der Familie *Meloidae* und der Spezies *Päderus*) oder Raupen kann ebenfalls zu toxischen Reaktionen mit Rötung und Blasen führen. Die entsprechenden Gifte wie Cantharidin oder Paederin sind in den Haaren der Tiere enthalten oder werden durch deren Chitinpanzer direkt abgegeben. Deshalb sollte die Haut nach solchen Kontakten unverzüglich mit Wasser gewaschen werden.

Weiter zu erwähnen sind verschiedenste Schlangen, Molche und Salamander sowie selten auch Säugetiere (Vampire, Schnabeltier) als Auslöser von Hautschädigungen. Besonders bei den Giftschlangen können je nach Art zusätzlich auch systemische, teils lebensgefährliche Symptome auftreten.

Sonnenbedingte Dermatosen

Der *Sonnenbrand* (Dermatitis solaris) ist wohl die häufigste Hauterscheinung während Tropenreisen. Insbesondere in den ersten Urlaubstagen sollte eine direkte Sonnenexposition vor allem in den Mittagsstunden (12.00 bis 15.00 Uhr) wenn immer möglich vermieden werden. Heutige Sonnenschutzmittel, speziell Sonnenblocker, bieten zwar einen wesentlich besseren Schutz gegenüber der UV-Bestrahlung als früher. Trotzdem können sie einen Sonnenbrand in vielen Fällen nicht völlig verhindern, sondern lediglich hinauszögern. Einen sehr effizienten Schutz bieten Textilien mit eingebautem UV-Schutz. Gerade bei Kleinkindern ist das Vermeiden von direkter Sonnenbestrahlung einerseits und das Anwenden von Sonnenschutzmassnahmen (Aufenthalt im Schatten, Sonnenblocker, eventuell UV-dichte Textilien) andererseits von enormer Bedeutung.

Eine weitere, häufig unangenehme Komplikation ist die so genannte *polymorphe Lichtdermatose*. Diese entsteht meist bei erstmaliger plötzlicher Exposition gegenüber hohen Dosen von UV-Strahlen. Sie manifestiert sich als Effloreszenzen, die von Patient zu Patient sehr verschieden, beim einzelnen Patienten jedoch relativ monomorph sind. Leichte Formen der polymorphen Lichtdermatose können mit topischen Steroiden und systemischen Antihistaminika behandelt werden. Bei schweren Formen sind kurzfristig systemische Kortikosteroide notwendig. Eine Prävention der polymorphen Lichtdermatose ist unter Umständen durch ein vorangehendes «Hardening» mittels UV-A-/UV-B-Phototherapie möglich, welche von Dermatologen angeboten wird. ●

Autor:

PD Dr. med. Peter Schmid-Grendelmeier

Leiter der Allergiestation

Dermatologische Klinik UniversitätsSpital Zürich

Gloriastrasse 31

8091 Zürich

E-Mail: peter.schmid@usz.ch

Interessenkonflikte: keine