



Abb.1 Körperlicher Untersuchungsbefund: rechter Fuß lateral.

B. T. Schleenvoigt^{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.

Schleenvoigt

Zentrum für Infektionsmedizin
und Krankenhaushygiene
Universitätsklinikum Jena
Erlanger Allee 101
07740 Jena
Tel. 03641/9-324794
eMail Benjamin.Schleenvoigt@
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

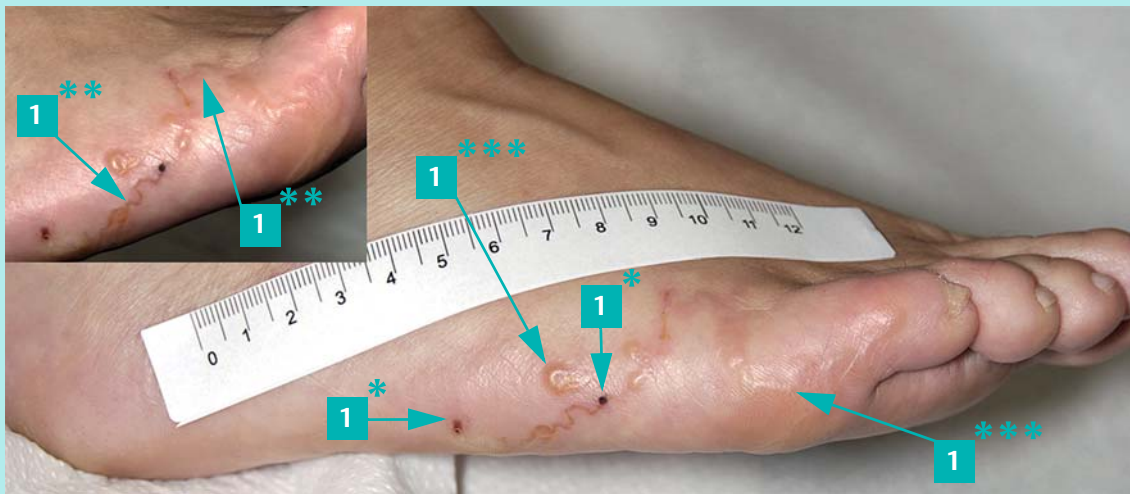


Abb.2 Körperlicher Untersuchungsbefund: rechter Fuß lateral mit „creeping eruption“.

► Befunde

1. zwei ca. 2 mm große rötliche Papeln (*) mit angrenzendem serpi-
ginösem Erythem und leicht erha-
benem 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 selbstlimite-
rend [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 verbreit-
et, kommt jedoch bevorzugt in Tropen und
Subtropen vor. Die Prävalenz wird für Brasili-
en mit 4% angegeben [2]. In Industrielän-
dern wird CLM hauptsächlich bei Reisenden
nach Aufenthalt in den Tropen beobachtet
[2]. Wegen des ausgeprägten und anhalten-
den Juckreizes, der psychischen Belastung
durch einen Parasitenbefall und der Gefahr
einer möglichen Superinfektion sollte eine
Therapie erfolgen [5]. Albendazol und Iver-
mectin werden enteral gut resorbiert. Die
Bioverfügbarkeit von Mebendazol ist dage-
gen 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 Kör-
pergewicht per os) ist effektiver als die ein-
malige 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 Thera-
pie der CLM in Deutschland zugelassen sind
(off label use) [5]. Außerdem steht Ivermec-
tin 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 Thera-
pie abgeklungen. Das Exanthem heilte in-
nerhalb von 5 Wochen folgenlos ab.

Literatur

- 1 Löscher T, Burchard GD. Larvale Nematodenin-
fektionen. In: Löscher T, Burchard GD Hrsg. Tropen-
medizin in Klinik und Praxis. 4. Aufl. Stutt-
gart, Thieme 2010; 790–802
- 2 Feldmeier H, Schuster A. Mini review: Hook-
worm-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, Mem-
pel H, Reinel D, Wolf G, Meyer V, Nast A, Burch-
ard GD. Leitlinie zur Diagnostik und Therapie
der kutanen Larva migrans (Creeping disea-
se). [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleit-
linien/013-0871_S1_Diagnostik_Thera-
pie_kutane_Larva_migrans_2013-11.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleit-
linien/013-0871_S1_Diagnostik_Thera-
pie_kutane_Larva_migrans_2013-11.pdf)
(letzter Zugriff: 04.07.2014)