NOTFALLCHECKLISTE

Geröteter Unterschenkel und Fieber

Verdacht auf Erysipel

H. S. Füeßl

Die 57-jährige, stark übergewichtige Frau mit chronischem Lipolymphödem bekommt plötzlich Fieber bis 39,2 °C, hat Schüttelfrost, Kopfschmerzen und fühlt sich abgeschlagen. Am rechten Unterschenkel tritt in kurzer Zeit eine flächige Rötung auf. Die Haut in diesem Bereich spannt und ist sehr druckschmerzhaft.

© H. S. Füeßl

Situation und Symptomatik

Die Kombination einer flächigen, scharf begrenzten Hautrötung mit entzündlichen Allgemeinsymptomen wie Fieber, Schüttelfrost, Schmerzen im Bereich der befallenen Haut, Kopfschmerzen und Erbrechen macht gerade bei der chronisch durch das Lipolymphödem geschädigten Haut die Diagnose eines Erysipels wahrscheinlich. Bei Rezidiven kann die Allgemeinsymptomatik allerdings fehlen. Daher sollte man immer nach früher durchgemachten Erysipelen fragen.

Bevorzugte Lokalisationen sind Extremitäten und Gesicht. Als Eintrittspforten für den Erreger kommen vor allem Rhagaden zwischen den Zehen, an den Mundwinkeln und am Naseneingang sowie Interdigitalmykosen in Betracht. Regionäre Lymphknoten können vergrößert und druckdolent sein.

Kasuistik

WIE GING ES WEITER?

Unter Lokalthherapie, Hochlagern der Extremität (Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin) und Erythromycin 2 × 1000 mg ging das Fieber nach zwei Tagen zurück. Auch nahmen die Schmerzen und die Rötung ab.

Das Erysipel neigt zu Rezidiven, da nicht selten ein Lymphödem verbleibt, das seinerseits einen wichtigen Risikofaktor für Rezidive darstellt.

Sofortdiagnostik

Entscheidend für die Diagnose ist das klinische Bild. BKS-Beschleunigung oder CRP-Erhöhung und Leukozytose bestätigen die Verdachtsdiagnose.

Nachdem die Erkrankung durch Streptococcus pyogenes hervorgerufen wird, sind Anstiege des Streptokokken-Antikörpertiters im Serum typisch, können aber initial fehlen. Die serologische und mikrobiologische Diagnostik, z. B. durch Abstriche, spielen für die Diagnosestellung keine Rolle. Es handelt sich um eine Blickdiagnose, bei der die Therapie im Vordergrund steht.

Therapeutische Sofortmaßnahmen

Externe Therapie

- Bettruhe, Ruhigstellung, Hochlagern der betroffenen Extremität; bei Gesichtserysipel Sprechverbot, weiche Kost;
- Antiseptische Therapie der Eintrittspforte, z. B. Braunovidon-Salbe, Povidon(PVP)-Jod, Polyhexanid; Feuchte Umschläge mit Kaliumpermanganat-Lösung.

Interne Therapie

- Unkomplizierte Fälle: 3 × 1,2 Mio. IE/Tag Penicillin (Isocillin®) oral über zehn Tage; bei Penicillinallergie 2 × 1000 mg Erythromycin pro Tag oral (z. B. Erythrocin®);
- Antipyretische Therapie und Schmerztherapie, z. B. Paracetamol 3–4 × 1 g.

Unbehandelt können sich komplizierte Verläufe entwickeln, bei denen die Infektion auf Faszien und Muskeln übergreift. Der dabei auftretende massive Gewebszerfall kann ein Toxic-Shock-Like Syndrom (TSLs) mit Multiorganversagen nach sich ziehen.

Wann Klinikeinweisung?

- Bei schweren Verlaufsformen (hämorrhagisch-bullös, phlegmonös oder nekrotisierend),
- Begleitthrombophlebitis,
- Lokalisation im Gesicht (cave Hirnvenenthrombose!),
- septischem Schock,
- Patienten mit Immundefekt,
- chirurgischer Nekrosenabtragung,
- Sanierung von Eintrittspforten, z. B. Antimykotika.

Woran noch denken?

- Initialer Herpes zoster des Gesichts → kein Fieber!
- Erysipeloid
- Angioneurotisches Ödem
- Insektenstichreaktion
- Akute Kontaktdermatitis
- Tiefe Beinvenenthrombose
- Erythema chronicum migrans

→ Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Hermann S. Füeßl
Internist und Gastroenterologe
Privatpraxis für Integrative Innere Medizin
Renatastr. 30, D-80639 München
E-Mail: hsfuessl@t-online.de