

Behandlung des Erysipels

Robert Rongisch, Mario Fabri



Mikrotraumen

z.B. bei Tinea pedis/exazerbierten Ekzemen/Kratzexkoriationen

β-hämolysierende Streptokokken

Klassische Entzündungszeichen, rasch voranschreitend

ev. zunehmende Lymphangitis und Lymphadenitis, Schüttelfrost, Fieber

Infektion

Gefahr von Komplikationen

 Sepsis, Nekrosen usw.

unbehandelt

Diagnostik


Klinische Diagnose! Typische flächige, scharf begrenzte Rötung mit flammenförmigen Ausläufern


Labor: CRP, Leukozyten

CAVE: Mikrobiologische Untersuchungen (Abstriche, Blutkulturen oder Biopsien) allgemein nicht wegweisend!

Differenzialdiagnose

Untere Extremität:

- an „Pseudozellulitis“ bei chronisch venöser Insuffizienz (CVI) denken
- Tiefe Beinvenenthrombose ausschließen 

Gesicht: Herpes zoster im Trigeminiusbereich 

Therapie



- 1. Wahl: **Penicilline**
- Verordnungsdauer orientiert sich am klinischen Befund und Vorerkrankungen!
 - stationär: **Penicillin G intravenös** (7–10 d) oder **Penicillin G i.v.** (5–7 d) + im Anschluss **Penicillin V** bzw. **Amoxicillin p.o.** (5–7 Tage)
 - ambulant: **Penicillin V** bzw. **Amoxicillin p.o.** (7–14 Tage) unter klinischer Kontrolle
- Befundadaptierte **Lokaltherapie** der Erregereintrittspforte
- **Bei Penicillinallergie:** Clindamycin
- **Rezidivprophylaxe:** Kompressionstherapie
- **Rezidivierende Erysipelle** (3- bis 4-mal/Jahr): Antibiotikaprophylaxe mit Penicillin V oral oder Benzathin-Penicillin (Depotspritze)

Lesen Sie mehr:

Rongisch R, Fabri M (2022) Weichgewebeinfektionen.
www.springermedizin.de/link/10.1007/s00105-021-04937-8

Icons made by freepik from www.flaticon.com

