

Praxistipps: Erysipel

Cord Sunderkötter, Christiane Michl

Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsklinikum Halle (Saale)



Klinik



- **Hellrotes**, manchmal glänzendes, **relativ scharf begrenztes Erythem mit bogenförmigen Ausläufern**, evtl. auch mit strangförmiger Rötung, in der Regel einige Zentimeter entfernt von einer möglichen Eintrittspforte (z. B. an Interdigitalmykose, Rhagaden); Eintrittspforte oft klein, *kein* Eiter
- **Typischerweise system. Entzündungsreaktion** wie Fieber, zumindest jedoch Frösteln oder Unwohlsein, oft schon bei noch geringem Erythem oder gar bevor das Erythem bemerkt wurde
- Bei vorbestehender chron. Entzündung oder postinflammatorischer Hyperpigmentierung: Erysipelzeichen allenfalls am Rand erkennbar. Hier sind die Allgemeinsymptome wegweisend
- Bei vorbestehenden Ödemen oft fleckig-unterbrochenes statt zusammenhängendem Erythem

Differenzialdiagnose absichern



- Allgemeinsymptome immer** ausdrücklich abfragen („Haben Sie sich gefühlt wie bei einer beginnenden Erkältung?“), auch für die Zeit, bevor die Rötung bemerkt wurde
- Bei **unkomplizierten, begrenzten Phlegmonen**: initial in der Regel keine Allgemeinsymptome/größere Eintrittspforte ([infiziertes] Ulkus), Erythem livider und oft ödematöser als bei Erysipel
 - Bei der (häufigen) **Stasisdermatitis**: auch keine Allgemeinsymptome
 - Bei **Insektenstich**: schnellere Ausbreitung des Erythems; keine Allgemeinsymptome (Frösteln möglich, dann aber wegen abendlicher Abkühlung)
 - Bei **Gichtanfall**: stärkere Schmerzen
 - Bei der (seltenen) **nekrotisierenden Weichgewebeeinfektion**: stärkere Schwellung und stärkere Schmerzen

Therapieerfolg erkennen



- Ansprechen des Erysipels auf Penizillin erkennt man binnen 24–48 h an feiner Fältelung der geröteten Haut (Rückgang der Schwellung)
- Rötung sowie CRP und Neutrophilie gehen zeitverzögert zurück
- **Infektion im Gesicht**:
→ Patienten grundsätzlich **stationär** aufnehmen, um parenterale Gabe des Antibiotikums und Verlaufsbeobachtung zu sichern, da sich Erytheme im Gesicht bei verschiedenen Infektionen und Dermatosen ähneln
→ Bei Allgemeinsymptomen ohne Zeichen für Abszedierung: zuerst Penizillin
→ Falls binnen 48–72 h *keine* deutlichen Zeichen der Besserung (Rückgang des Ödems) → Umstellung auf penicillinasefestes und damit gegen *S. aureus* wirksames Betalaktamantibiotikum (Flucloxacillin oder Cefazolin i.v.; ggfs. Cefuroxim, wenn *H. influenza* als Erreger möglich, z.B. bei Kleinkindern ohne Impfung)

Therapietipps



- Bei vermuteter/bestätigter Typ-1-Allergie gegen Betalaktamantibiotikum kann im Akutfall *ohne* vorherige Testung **Cefazolin** gegeben werden (Cefazolin hat *keine* verwandten Seitenketten mit anderen Betalaktamantibiotika und ist bei Erysipel und Phlegmone wirksam), aber die
- **Erstgabe muss unter Notfallbereitschaft** (wie bei Hyposensibilisierung) erfolgen für den seltenen Fall, dass eine Allergie gegen den Betalaktamring vorliegt oder doch einmal gegen Cefazolin (da Cefazolin parenteral gegeben werden muss, ist eine vorherige Exposition gut erfragbar und nicht häufig)

Lesen Sie mehr:

Sunderkötter C, Michl C (2023) Praktikabilität der Leitlinie zu Weichgewebeeinfektionen, www.springermedizin.de/link/10.1007/05229-z.

Sunderkötter C et al S2k-Leitlinie Haut- und Weichgewebeeinfektionen
Auszug aus "Kalkulierte parenterale Initialtherapie bakterieller Erkrankungen bei Erwachsenen - Update 2018".
J Dtsch Dermatol Ges. 2019 17(3):345-371. doi:10.1111/ddg.13790_g.

Sunderkötter C. Suspected allergy to Beta-Lactam antibiotics: An infectiological perspective. Allergol Select. 2022 1 (6):27-32. doi: 10.5414/ALX02314E.

