

# BLICKDIAGNOSE

Die Fälle der MMW-Leser

Stellen Sie uns  
Ihren Fall vor.  
Bei Veröffentlichung  
erhalten Sie **150 Euro!**  
cornelius.heyer@  
springer.com



Scharf begrenzte, erhabene, serpiginöse, lineare Rötung mit diskreter oberflächlicher Entzündung.

## Parasitäre Infektion

# Blinder Passagier vom Strand in Thailand

— Ein 39-jähriger, ansonsten gesunder Patient wurde wegen einer seit mehreren Tagen bestehenden, stark juckenden Hautveränderung am linken Fußrücken ambulant vorstellig. Bei der Inspektion fand sich eine scharf begrenzte, erhabene, serpiginöse, lineare Rötung mit diskreter oberflächlicher Entzündung. Das übrige Integument zeigte keinen auffälligen Befund. Im peripheren Blut bestand keine Eosinophilie. Der Patient gab an, dass er kurz zuvor aus einem zweiwöchigen Urlaub in Thailand zurückgekehrt sei. Dort habe er viel Zeit am Strand verbracht und im Sand gelegen.

Die Diagnose lautete *Larva migrans cutanea*. Diese parasitäre Infektion ist eine der häufigsten importierten Hautkrankheiten von Reisenden und Migranten. Sie ist endemisch in Gegenden mit warmfeuchtem Klima, in denen man barfuß mit Exkrementen freilaufender Tiere in Kontakt kommt, v. a. an Stränden in Südamerika, Afrika, der Karibik, Südostasien und dem Südosten der USA, teils auch am Mittelmeer.

Der Mensch ist für die auslösenden Hakenwurmlarven (meist *Ancylostoma braziliense*, selten *Ancylostoma caninum* oder *Uncinaria stenocephala*) ein Fehlwirt. Die Wurmlarven dringen aktiv in die Haut ein, bohren Gänge und wandern mit einer Geschwindigkeit von etwa 1 cm pro Tag in der Epidermis. Nach einer Inkubationszeit von Tagen bis Wochen entsteht am

Infektionsort (Fuß, Rücken oder andere exponierte Hautareale) eine Papel. Von dort aus breitet sich ein gewundener, erhabener Gang mit begleitender Entzündungsreaktion aus. Charakteristisch ist ein zunehmender Juckreiz, der bereits vor den ersten sichtbaren Gangstrukturen bestehen kann.

Differenzialdiagnostisch ist an Infektionen durch Strongyloides-Arten (*Larva currens*) und durch einige Fliegenlarven (Hautmyiasis) zu denken. Die *Larva migrans cutanea* bleibt auf die Haut beschränkt und verläuft selbstlimitierend; nach 1–3 Monaten sterben die Larven ab und werden resorbiert.

Als Therapie der ersten Wahl wird die systemische Gabe von Ivermectin (200 µg/kg Körpergewicht als Einmalgabe) empfohlen, das aber in Deutschland nicht für diese Indikation zugelassen ist. Das lange Zeit in Deutschland gebräuchliche Lokalthérapeutikum Thiabendazol ist nicht mehr verfügbar. Zur Verminderung des Juckreizes kann in den ersten Tagen begleitend lokal ein Glukokortikoid appliziert werden. Dagegen werden eine lokale Applikation von Mebendazol und eine Kryotherapie nicht mehr empfohlen. Eine krankheits- oder erregerspezifische Meldepflicht gibt es nicht. ■

→ PD Dr. med. habil. Thomas Jansen  
Höntroper Str. 102, D-44869 Bochum