Ein Wurm im Fuss

Linda Schläpfer[a], Felix Fleisch[b], Andri Schläpfer[a]

[a] Internistische Praxis Dr. med. A. Schläpfer, St. Moritz
[b] Departement Innere Medizin, Kantonsspital Graubünden, Chur

Fallbeschreibung

Ein sonst völlig gesunder 30-jähriger Mann stellte sich im August 2012 bei uns in der Praxis vor. Er klagte über ein schmerzloses Jucken an der Fusssohle links, das schon seit 13 Monaten andaure, sich aber in letzter Zeit deutlich verstärkt habe. Zusätzlich habe er oft auch das Gefühl, dass sich etwas unter der Haut bewege. Anamnestisch war zu erheben, dass der Patient seine Ferien im letzten Sommer in Kolumbien verbracht hatte.
Klinisch sah man plantar links einen ca. 5 cm langen, geröteten, leicht erhabenen und gewundenen Streifen bei völlig intakter Haut (Abb. 1).
Aufgrund der typischen Anamnese und Klinik wurde ohne weitere Abklärungen die Diagnose einer Larva migrans cutanea gestellt. Es wurde eine Therapie mit einer Einmaldosis Albendazol 400 mg durchgeführt, was zu einer vollständigen Genesung führte.

Abbildung 1
Leicht erhabener, ca. 5 cm langer Gang plantar links, kurz nach der Gabe von Albendazol.

Kommentar

Die kutane Larva migrans ist ein häufiges Souvenir von Rückkehrern aus Afrika, Südostasien und Südamerika. Die kutane Larva migrans gehört zur Familie der tierischen Hakenwürmer. Die Larven leben vorzugsweise in durch Hundekot verunreinigten, sandigen Böden, wo für die Larven die optimale Temperatur und Feuchtigkeit herrschen [1]. Bei Kontakt der Haut mit kontaminiertem Boden können die Larven die äusseren Hautschichten des Menschen penetrieren. Ein Heranreifen der filiformen Larven im Menschen, der ein Fehlwirt ist [2], ist nicht möglich, sie wandern aber täglich einige Millimeter bis Zentimeter in der Haut, was zu den charakteristischen erhabenen, stark juckenden, wurmartigen Gängen führt. Die Larven können den ganzen Körper befallen, sind aber meistens an Händen und Füssen anzutreffen. Nach 2–8 Wochen sterben die Larven in der Regel im Menschen ab, auch ohne Therapie.
Die Diagnose der kutanen Larva migrans basiert auf der typischen Anamnese und Klinik. Eine Eosinophilie ist sehr selten. Eine Behandlung kann die Symptome lindern und die Wahrscheinlichkeit einer bakteriellen Superinfektion reduzieren. Die Therapieoptionen sind Ivermectin 200 mg/kg/d für 1–2 Tage [3], das in der Schweiz aber nicht erhältlich ist, oder Albendazol. Dieses kann ebenfalls oral eingenommen werden, und zwar in einer Dosis von 400 mg pro Tag. Bei mehreren Läsionen oder hartnäckigen Fällen kann die Ivermectin-Gabe wiederholt oder Albendazol über sieben Tage gegeben werden [4].

Korrespondenz:
Dr. med. Linda Schläpfer
Praxis Dr. med. Schläpfer
Via Maistra 22
CH-7500 St. Moritz
dr.schlaepfer[at]bluewin.ch

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

1 Hotez P, Brooker S, Bethony JM, Bottazzi ME, Loukas A, Xiao S. Hookworm Infection: current concepts, N Engl J Med. 2004;351:799–807.
2 Wysocki A. Badeurlaub: Gefahren für Haut und Leben. Schweiz Med Forum. 2011;11(26):446–51.
3 Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea (creeping eruption): a comparison between albendazole und traditional therapy. Int J Dermatol. 2001;40:67.
4 Veraldi S, Rizzitelli G. Effectiveness of a new therapeutic regimen with albendazole in cutaneous larva migrans. Eur J Deramatol. 1999;9:352.