


Eine Begegnung, die unter die Haut ging ...


Evelyne Neurauder^a, Pietro Vernazza^b

^a Departement Innere Medizin, Fachbereich Allgemeine Innere Medizin und Hausarztmedizin, Kantonsspital St. Gallen

^b Departement Innere Medizin, Fachbereich Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen

Fallbeschreibung

Eine 23-jährige Frau weilte zwei Wochen in Thailand in den Ferien (Strandurlaub und ein Dschungelausflug). Ab dem letzten Tag des Ferienaufenthalts litt sie an starkem Juckreiz zwischen Dig. II und III des rechten Fusses. Nach der Rückkehr in die Schweiz begab sie sich in ärztliche Behandlung aufgrund einer im Verlauf aufgetretenen wandernden, streifenförmigen Hauteffloreszenz am rechten Fussrücken sowie persistierendem Juckreiz (Abb. 1 ). Bei initialem Verdacht auf ein Ekzem erhielt die Patientin eine kortisonhaltige Salbe, welche jedoch keine Besserung brachte. Eine weitere lokale Behandlung bei nachfolgend geäußertem Verdacht einer Herpes-Infektion blieb ebenfalls erfolglos. Nach vielen schlaflosen Nächten aufgrund des hartnäckigen Juckreizes stellte die Patientin selbst Recherchen im Internet an und äusserte beim Hausarzt die Vermutung, dass es sich bei der Effloreszenz um eine kutane Larva migrans handeln könnte. Dieser bestätigte diesen Verdacht und überwies die Patientin in die Infektiologie zur weiteren Beurteilung und Therapieeinleitung.

Fünfeinhalb Wochen nach erstmaligem Auftreten der typischerweise erhabenen, serpentinartigen, rot-bräunlichen Läsionen zeigte sich noch ein deutlicheres Bild einer kutanen Larva migrans (Abb. ). Die vorgeschlagene Therapie mit Albendazol 400 mg per os wurde von der Patientin nach der zweiten Dosis wegen Regredienz des plagenden Juckreizes sowie Nebenwir-

kungen mit Bauchkrämpfen und Durchfall abgesetzt. Es kam im Anschluss zu einer raschen und kompletten Abheilung der Hautläsion.



Abbildung 1
Befund vor Diagnosestellung.



Abbildung 2
(A) Hakenwurm-assoziierte kutane Larva migrans 5,5 Wochen nach Symptombeginn, (B) Eintrittspforte.

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

Diskussion

Die Hakenwurm-assoziierte kutane Larva migrans (CLM) ist eine Infestation durch zoonotische Hakenwurmspezies wie *Ancylostoma braziliense*, *A. caninum* oder *Uncinaria stenocephala*. Diese Nematoden leben im Darm von Hunden und Katzen [1, 2]. Der typische klinische Aspekt, auch «creeping eruption» genannt, lässt differentialdiagnostisch an andere parasitäre Erkrankungen wie eine Infektion mit *Strongyloides stercoralis* (Larva currens), *Gnathostoma spp.*, Loa-Loa, *Sarcoptes scabiei* und Fliegenlarven verschiedener Spezies (kutane Myiasis) denken [3].

Die CLM kommt weltweit in feuchten Gebieten vor, besonders in tropischen und subtropischen Ländern Südostasiens, Afrikas, Südamerikas, der Karibik und in südöstlichen Regionen der USA. Meist wird sie als Reisekrankheit importiert. Die Larven der Nematoden leben im feuchten Erdreich oder an Sandstränden, wohin sie mit Tierkot gelangen. Infektionen treten beim Barfusslaufen oder Sitzen im Sand auf. Die Larven dringen durch die intakte Epidermis ein, dort wandern sie in den oberflächlichen Hautschichten in charakteristischen Tunnelgängen [1, 2].

Eine Behandlung der kutanen Larva migrans ist nicht zwingend notwendig, die Erkrankung ist selbstlimitierend und heilt spontan nach Wochen bis Monaten, da die

Larven die Basalmembran der Epidermis nicht durchdringen können. Da es jedoch zu starkem Juckreiz kommt und die Vorstellung eines sich in der Haut weiter vorwühlenden «Kameraden» wenig angenehm ist, wird eine Behandlung meist bevorzugt. Eine topische Therapie mit Thiabendazol wäre grundsätzlich möglich, diese ist allerdings in der Schweiz nicht erhältlich. Ebenso ist die Therapieoption mittels Einmalbehandlung mit Ivermectin (200 µg/kg/KG) per os in der Schweiz nicht verfügbar bzw. die Bestellung über bestimmte Apotheken gestaltet sich relativ zeitintensiv. Alternativ wird eine systemische Therapie mit Albendazol 400 mg/Tag über drei Tage empfohlen [1].

Korrespondenz:

Pract. med. Evelyne Neuraüter
 Departement Innere Medizin
 Kantonsspital St. Gallen
 CH-9007 St. Gallen
[evelyne.neuraüter\[at\]kssg.ch](mailto:evelyne.neuraüter[at]kssg.ch)

Literatur

- 1 Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemical and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis.* 2008; 8:302–9.
- 2 Feldmeier H. Travel-related ectoparasitoses. *Kinder- und Jugendmedizin.* 2010;10:269–74.
- 3 Caumes E, Danis M. From creeping eruption to hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis.* 2004;4(11):659.