

Hauterkrankungen bei Flüchtlingen

Siegfried Borelli, Stephan Lautenschlager

Dermatologisches Ambulatorium des Stadtspitals Triemli, Zürich

Seit dem Sommer 2015 ist der anwachsende Flüchtlingsstrom nach Westeuropa ein beherrschendes Thema in den Medien. Die Migrationsroute von der Türkei über den Balkan, Ungarn und Österreich wirkt sich auf die Schweiz bisher nur in geringem Umfang aus [1]. In der Schweiz treffen vor allem in Italien angelandete Bootsflüchtlinge ein. Dabei war eine Zunahme der Asylanträge um 10,3% im Vergleich zum Vorjahr bereits 2014 zu verzeichnen [2] – ein Trend, der sich 2015 fortgesetzt hat. Im zweiten Quartal des Jahres kam es zu einer überdurchschnittlichen Zunahme der Asylanträge [1], bedingt durch das früher einsetzende warme Wetter und eine vermehrte Weiterwanderung von Eritreern aus Italien, die mit Somaliern und Asylbewerbern aus Sri Lanka über die Hälfte aller Asylanträge in der Schweiz stellen.

Neben den allgemeinen logistischen Herausforderungen, die dadurch entstehen, besteht auch die Notwendigkeit der medizinischen Versorgung der Asylbewerber. Diese stellen gemäss der WHO kein Risiko im Hinblick auf eine gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung ihres Ziellandes dar [3], bzw. wo eine solche zu befürchten ist, werden entsprechende grenzsanitarische Vorkehrungen getroffen. In der Schweiz umfasst dies neben dem Screening auf Tuberkulose Informationen zum Gesundheitssystem der Schweiz, Impfungen und die Abgabe von Präservativen. Ob diese Massnahmen ausreichend sind bzw. ob unser Gesundheitssystem auch für einen noch grösseren Ansturm von Asylbewerbern gewappnet ist, darüber gehen zumindest Anfang Oktober 2015 die Ansichten des *Bundesamtes für Gesundheit* (BAG) und der *Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren* auseinander [4]. In grenzsanitärer Hinsicht scheint die Tuberkulose tatsächlich das Hauptproblem zu sein. So zeigte eine Untersuchung an 225 Bootsflüchtlingen in Malta (zu >80% aus Somalia) bei 45% einen positiven Tuberkulintest im Vergleich zu einem positiven HBsAg-Nachweis bei 13,7% und einer positiven Syphilis-Serologie bei 4,8% der Untersuchten [5].

Die gesundheitlichen Probleme der Flüchtlinge sind jedoch umfassender. Neben ihrer psychischen Traumatisierung ist zu berücksichtigen, dass in Eritrea und Somalia schätzungsweise >90% der Frauen von genitaler Mutilation betroffen sind [6]. Je nach Herkunftsland und Reiseroute können weitere Erkrankungen mitgebracht werden. Die Umstände der Reise begünstigen

Infektionen, wobei aus dermatologischer Sicht Pyodermien und parasitäre Erkrankungen und hier in erster Linie die Skabies hervorzuheben sind [7]. Die Skabies ist dabei nicht immer eine banale Erkrankung, sondern kann zu postinfektiösen Komplikationen wie einer Post-Streptokokken-Glomerulonephritis führen [8]. Die Therapie der Skabies bei Asylsuchenden ist aufgrund der Sprachbarriere und der engen Wohnverhältnisse erschwert. Die notwendigen Präparate müssen in der Schweiz zudem immer noch ohne *Swissmedic*-Zulassung verordnet werden.

Des Weiteren besteht bei Asylbewerbern oft kein ausreichender Impfschutz. Zu nennen sind hier vor allem Varizellen, die aufgrund der hohen Seronegativitätsrate gerade bei Asylsuchenden vom Horn von Afrika [9] zur Infektion und aufgrund der gemeinsamen Unterbringung zu Epidemien in Asylzentren führen können [10, 11]. Die Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung eines Varizellenausbruchs umfassen Isolation der Patienten, antivirale Therapie und Transferstopp mit anderen Asyleinrichtungen [10]. Schliesslich stellt sich auch die Frage nach einer Massenimpfaktion, die effizient, aber auch mit höheren Kosten verbunden ist [12].

Darüber hinaus wies das *Robert Koch-Institut* in Berlin im September 2015 darauf hin, dass vereinzelt weitere in Westeuropa ungewöhnliche Erkrankungen beobachtet wurden bzw. erwartet werden müssen [13]. Neben dem Kardinalsymptom Fieber werden bei den klinischen Hinweisen notabene Hautmanifestationen an zweiter Stelle aufgeführt. Dabei wird auf Läuserückfallfieber (Kratzspuren, Petechien), Fleckfieber (Kratzspuren, stammbetontes Exanthem), Typhus (selten Roseolen), Krim-Kongo-Fieber (Petechien) und Leptospirose (Ikterus, konjunktivale Injektion) hingewiesen. Ohne Hauterscheinungen manifestieren sich Malaria, Amöbenabszess, viszerale Leishmaniose und Lassafieber. Wenn manche der kutanen Symptome auch wenig spezifisch erscheinen mögen, kann die Dermatologie hier doch Hilfestellung bei der Diagnostik bieten.

Dass diese Beobachtungen auch der Schweizer Realität entsprechen, konnten wir im Dermatologischen Ambulatorium des Stadtspitals Triemli im Jahr 2015 aufgrund der Organisation der medizinischen Betreuung der Asylbewerber in Zürich beobachten. Für die medizinische Versorgung des Bundesasylzentrums in Zürich ist einerseits medizinisches Personal vor Ort zuständig, andererseits wird die allgemeinärztliche Betreuung



Siegfried Borelli

Korrespondenz:
 Prof. Dr. med.
 Stephan Lautenschlager
 Chefarzt, Dermatologisches
 Ambulatorium des Stadt-
 spitals Triemli
 Herman Greulich-Strasse 70
 CH-8004 Zürich
 stephan.lautenschlager
 [at]triemli.stzh.ch

primär durch eine einzelne städtische Einrichtung, das Ambulatorium Kanonengasse, sichergestellt. Bei dermatologischen Fragestellungen erfolgt die Weiterweisung an das Dermatologische Ambulatorium Triemli. Diese Situation einer *Sentinel Surveillance Unit* erlaubte uns gewissermassen im «Zeitraffer» die Beobachtung etlicher der oben geschilderten Diagnosen. Neben einer Vielzahl an Skabiesfällen – vor allem Eritreer und Somalier waren fast ausnahmslos betroffen – waren häufig Pyodermien und Ekthymata der Zuweisungsgrund. Dabei fanden sich neben Staphylokokken

und Streptokokken der Gruppe A auch gehäuft Corynebakterien. Bei einem Patienten wurde ein Toxin-produzierendes *Corynebacterium diphtheriae* nachgewiesen (Abb. 1). Während es in den Jahren seit 2010 in der Schweiz nur in einzelnen Fällen zu kutaner Diphtherie kam, wurden im ersten Halbjahr 2015 bereits fünf Fälle bei jungen Patienten mit Migrationshintergrund gemeldet [14]. Beim Nachweis Toxin-produzierender Corynebakterien an der Haut muss auch ein Rachenabstrich entnommen und bei Positivität der Patient isoliert werden. Nach antibiotischer Therapie muss die Abheilung mittels zweimalig negativen Kontrollabstrichs dokumentiert werden. Der Impfstatus wird geprüft und vervollständigt. Kontaktpersonen sollten identifiziert, untersucht und ebenfalls behandelt bzw. geimpft werden.

In kurzer Folge wurde zudem eine Reihe von Patienten mit Varizellen gesehen, die teilweise aufgrund ihres schlechten Allgemeinzustandes zur antiviralen Therapie hospitalisiert werden mussten. Hospitalisationen zur Kontaktisolation müssen jedoch hinterfragt werden, da sie äusserst kostenintensiv sind und die Isolationsmassnahme im Zweifelsfall ohnehin zu spät kommt.

In Bezug auf die Leishmaniose muss im Gegensatz zur Darstellung in der erwähnten Auflistung des *Robert Koch-Instituts* nicht nur vermehrt mit den viszeralen, sondern auch den kutanen Formen gerechnet werden. In einer retrospektiven Studie eines südostanatolischen Zentrums wird über einen Anteil syrischer Flüchtlinge von >60% der insgesamt gestellten kutanen Leishmaniose-Diagnosen (76 Patienten von Januar 2011 bis Juni 2015) berichtet [15]. Ein Einzelfall einer Leishmaniose bei einem Syrer wurde aus Deutschland gemeldet [16]. Auch im Dermatologischen Ambulatorium konnten wir 2015 eine kutane Leishmaniose (*Leishmania aethiopica*) bei einem Eritreer beobachten (Abb. 2).

Die deutsche Bundeskanzlerin Angela Merkel hat zum Thema Flüchtlingsströme bekanntermassen die Devise «Wir schaffen das». Aus medizinischer Sicht sind wir überzeugt, dass wir das in der Schweiz schaffen. Aber damit wir es schaffen, sollten wir uns auf die zu erwartenden Situationen einstellen. Dies bedingt eine rasche und effiziente Therapie, gerade der epidemisch auftretenden Skabies und Varizellen. Der Impfschutz muss komplettiert werden. Zudem sollten wir uns auch mit einer Reihe seltener oder in Europa selten gewordener Erkrankungen wieder vertraut machen.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.medicalforum.ch.



Abbildung 1: Kutane Diphtherie (Toxin-produzierendes *Corynebacterium diphtheriae*) bei einem Asylbewerber aus Äthiopien.



Abbildung 2: Kutane Leishmaniose bei einem Asylbewerber aus Eritrea.

Literatur / Références

- 1 SEM Asylstatistik 2. Quartal 2015
<https://www.bfm.admin.ch/dam/data/bfm/publiservice/statistik/asylstatistik/quartal/2015/stat-q2-2015-kommentar-d.pdf>
- 2 SEM Asylstatistik 2014
<https://www.bfm.admin.ch/dam/data/bfm/publiservice/statistik/asylstatistik/jahr/2014/stat-jahr-2014-kommentar-d.pdf>
- 3 Gulland A. Refugees pose little health risk, says WHO. *BMJ* 2015;351:h4808
- 4 Hehli S, Flückiger J. Gesundheitssystem kaum auf Ansturm vorbereitet – Ein rapides Ansteigen von Flüchtlingszahlen würde die Gefahr von Infektionskrankheiten erhöhen. *Neue Zürcher Zeitung* 2015 Okt 2; Seite 13
- 5 Padovese V, Egidi AM, Melillo TF, Farrugia B, Carabot P, Didero D, et al. Prevalence of latent tuberculosis, syphilis, hepatitis B and C among asylum seekers in Malta. *J Public Health (Oxf)*. 2014;36:22–7
- 6 Eyer Ph, Schweizer R. Die somalische und die eritreische Diaspora in der Schweiz. Schweizerisches Bundesamt für Migration. 2010 p 78
<https://www.bfm.admin.ch/dam/.../diaspora/diasporastudie-eritrea-d.pdf>
- 7 Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis*. 2006;6:769–79
- 8 Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet*. 2006;367:1767–74
- 9 Nysse LJ[1], Pinsky NA, Bratberg JP, Babar-Weber AY, Samuel TT, Krych EH, et al. Seroprevalence of antibody to varicella among Somali refugees. *Mayo Clin Proc*. 2007;82:175–80
- 10 *Epidemiologisches Bulletin*. Robert Koch Institut. 2010;48
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/48_10.pdf
- 11 Vallière S, Landry P, Masserey E, Genton B. Vaccination des requérants d'asile dans le canton de Vaud. *Revue Médicale Suisse* 2013;9: 985–9
- 12 de Valliere S, Cani N, Grossenbacher M, Puig F, Masserey E, Bodenmann P. Comparison of two strategies to prevent varicella outbreaks in housing facilities for asylum seekers. *Int J Infect Dis*. 2011;15:e716–21
- 13 *Epidemiologisches Bulletin*. Robert Koch Institut. 2015;38
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15.pdf
- 14 Infonotiz zur Diphtherie in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit.
<https://www.guidelines.ch/file/get/p/1361/f/bas-150630-diphtherie-infonotiz-epi-ib-d-final.pdf>
- 15 Inci R, Ozturk P, Mulayim MK, Ozyurt K, Alatas ET, Inci MF. Effect of the Syrian Civil War on Prevalence of Cutaneous Leishmaniasis in Southeastern Anatolia, Turkey. *Med Sci Monit*. 2015;21:2100–4
- 16 Wollina U, Koch A, Schönlebe J, Tchernev G, Chokoeva AA, Lotti T. Non-healing facial lesions: cutaneous old world leishmaniasis in dresden. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2015;29(1 Suppl):99–102