



**Abb.1** Körperlicher Untersuchungsbefund: rechter Fuß lateral.

**B. T. Schlenvoigt**<sup>1,2</sup>

**S. Hagedorn**<sup>1,3</sup>

**J. Rödel**<sup>2</sup>

**M. Baier**<sup>2</sup>

**M. W. Pletz**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena

<sup>2</sup>Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum Jena

<sup>3</sup>Klinik für Innere Medizin IV, Universitätsklinikum Jena

#### Bibliografie

DOI 10.1055/s-0034-1370243  
Dtsch Med Wochenschr 2014;  
139: 1601–1602 · © Georg  
Thieme Verlag KG · Stuttgart ·  
New York · ISSN 0012-0472

#### Korrespondenz

**Dr. med. Benjamin T.**

**Schlenvoigt**

Zentrum für Infektionsmedizin  
und Krankenhaushygiene  
Universitätsklinikum Jena  
Erlanger Allee 101  
07740 Jena  
Tel. 03641/9-324794  
eMail Benjamin.Schlenvoigt@  
med.uni-jena.de

Eine 55-jährige Frau stellt sich nach einer 3-wöchigen Urlaubsreise mit Strandaufenthalt in Mittelamerika wegen eines juckenden Hautausschlages am rechten Fuß vor (▶ **Abb.1**). Die Reiseanamnese und der inspektorische Befund legen einen Verdacht nahe.

**Die körperliche Untersuchung ergibt einen pathologischen Befund.**

- ▶ **Welcher ist das?**
- ▶ **Erlaubt dieser Befund eine (Blick-)Diagnose?**
- ▶ **Wenn ja, welche?**
- ▶ **Sind Differenzialdiagnosen möglich?**
- ▶ **Wenn ja, welche?**
- ▶ **Welche Therapieoptionen gibt es?**

## 55-jährige Patientin mit unklarem Hautbefund



Abb.2 Körperlicher Untersuchungsbefund: rechter Fuß lateral mit „creeping eruption“.

#### ► Befunde

1. zwei ca. 2 mm große rötliche Papeln (\*) mit angrenzendem serpi-  
ginösem Erythem und leicht erha-  
benem Gangsystem („creeping  
eruption“, \*\*); in der Umgebung  
mehrere vesikulobullöse Areale (\*\*\*)

#### ► Diagnose

- Larva migrans cutanea (CLM)

#### ► Differenzialdiagnosen

- tierpathogene Nematodenlarven
- Strongyloidiasis (Larva currens  
bzw. „running larva“)
- Gnathostoma
- Loa loa
- Scabies
- Myiasis

#### ► Therapieoptionen

- Albendazol  
(400 mg per os als Einmalgabe)
- Ivermectin  
(200 µg/kg Körpergewicht per os  
als Einmalgabe)

#### ► Erläuterung

Kutane Infektionen mit Larven von Hunde- oder Katzenhakenwürmern (*Ancylostoma caninum* bzw. *A. braziliensis*) sind auf die Cutis beschränkt, verursachen jedoch eine ausgeprägte Lokalreaktion. Der Mensch ist Fehlwirt. Die Erkrankung ist selbstlimitierend [1, 2, 5]. Larven von humanpathogenen Helminthen entwickeln sich rasch weiter und verlassen die Cutis. Die Lokalreaktion ist dann deutlich milder [1]. Die Larva migrans cutanea (CLM) ist nahezu weltweit verbreitet, kommt jedoch bevorzugt in Tropen und Subtropen vor. Die Prävalenz wird für Brasilien mit 4% angegeben [2]. In Industrieländern wird CLM hauptsächlich bei Reisenden nach Aufenthalt in den Tropen beobachtet [2]. Wegen des ausgeprägten und anhaltenden Juckreizes, der psychischen Belastung durch einen Parasitenbefall und der Gefahr einer möglichen Superinfektion sollte eine Therapie erfolgen [5]. Albendazol und Ivermectin werden enteral gut resorbiert. Die Bioverfügbarkeit von Mebendazol ist dagegen nach oraler Aufnahme niedrig (first-pass-effect) [4]. Daher ist die Therapie der CLM mit Mebendazol der Behandlung mit Ivermectin oder Albendazol unterlegen. Die Einmalgabe von Ivermectin (200 µg/kg Körpergewicht per os) ist effektiver als die einmalige Anwendung von Albendazol (400 mg per os) [2]. Wird Albendazol über 5–7 Tage angewendet, heilt die CLM in 92–100% aus [2]. Die Patienten müssen im klinischen All-

tag darüber aufgeklärt werden, dass weder Ivermectin noch Albendazol für die Therapie der CLM in Deutschland zugelassen sind (off label use) [5]. Außerdem steht Ivermectin in Deutschland nur als Re-Import zur Verfügung und ist damit nicht unmittelbar anwendbar [5]. Bei hohem Leidensdruck der Patienten (Juckreiz, Schlafstörungen) ist deshalb ein unmittelbarer Therapieversuch mit Albendazol 400 mg per os gerechtfertigt. In unserem Fall war der Juckreiz innerhalb von 2 Tagen nach der antiparasitären Therapie abgeklungen. Das Exanthem heilte innerhalb von 5 Wochen folgenlos ab.

#### Literatur

- 1 Löscher T, Burchard GD. Larvale Nematodeninfektionen. In: Löscher T, Burchard GD Hrsg. Tropenmedizin in Klinik und Praxis. 4. Aufl. Stuttgart, Thieme 2010; 790–802
- 2 Feldmeier H, Schuster A. Mini review: Hookworm-related cutaneous larva migrans. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012; 31: 915–918
- 3 Meyer GC. Larva migrans cutanea. In: Meyer GC, Ed.; Tropenmedizin. 2. Aufl. Landsberg, ecomed Medizin 2007; 276–277
- 4 Dawson M, Braithwaite PA, Roberts MS et al. The pharmacokinetics and bioavailability of a tracer dose of [<sup>3</sup>H]-mebendazole in man. Br J Clin Pharmacol 1985; 19: 79–86
- 5 Sunderkötter C, von Stebut E, Schöfer H, Mempel H, Reinelt D, Wolf G, Meyer V, Nast A, Burchard GD. Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der kutanen Larva migrans (Creeping disease). [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/013-0871\\_S1\\_Diagnostik\\_Therapie\\_kutane\\_Larva\\_migrans\\_2013-11.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-0871_S1_Diagnostik_Therapie_kutane_Larva_migrans_2013-11.pdf) (letzter Zugriff: 04.07.2014)