

Was kriecht denn da durch die Haut?

Stephan Nolte | Marburg/Lahn

Anamnese

In einem indigenen Dorf bei den Kogi-Ureinwohnern der Sierra Nevada de Santa Marta, Kolumbien, 2 Tagesmärsche von der nächsten Straße entfernt, wird uns ein 14 Monate altes Kleinkind vorgestellt, das 2. Kind gesunder Eltern. Es hat sich bislang normal entwickelt, läuft noch nicht frei, bewegt sich als „bottom shuffler“ fort. Vor 2 oder 3 Wochen sei eine Papel, zunächst an der *Rima ani* der linken Gesäßbacke aufgetreten, die seither Gänge bildend wandernd durch die Unterhaut ziehe. Es besteht vor allem nachts starker Juckreiz, das Kind und die Familie schlafen nicht.

Befund

Gesund wirkendes, altersgerecht entwickeltes fröhliches Kleinkind. Von der linken, proximalen *Rima ani* serpiginös in die disterolaterale, linke Glutealregion reichend findet sich eine gangartig mäandernde, subkutane Plaque, die in ihren medialen Abschnitten fokal exkoriert und krustös belegt ist, während sie in den lateralen Anteilen papulär bzw. nodös imponiert.



Abb. 1: Linke Glutealregion des Kindes, die violette Färbung rührt von der Anbehandlung mit Gentianaviolett.

Therapie

Eine Therapie erfolgt zunächst austrocknend mit Gentianaviolett 0,5 %, um eine Superinfektion zu verhindern.

Wie lautet Ihre Diagnose?

Erstklässler fitter als gedacht

KURZ & BÜNDIG

Übergewicht bei Kindern wird oft auf zu wenig Bewegung zurückgeführt. Doch wie steht es um den Sport bei Grundschulern? Ein Team der Technischen Universität München (TUM) ging dem nach und erhob über einen Zeitraum von einem Jahrzehnt die Ergebnisse von Fitnessstests bei Erstklässlern. Mit ihrer Studie belegen sie, dass die Schüler nicht an Kraft einbüßten, während die Schnelligkeit und Gleichgewichtsfähigkeit sogar innerhalb der 10 Jahre zunahm. Lediglich bei der Ausdauer verschlechterte sich die Leistung, allerdings auch nur bei den Jungen. Die Forscher analysierten einen Datensatz von Fitnessstests mit

insgesamt 5.001 Erstklässlern. In den Jahren 2006 bis 2015 wurden im Raum Baden-Baden jährlich rund 500 Erstklässler untersucht. Sämtliche der 18 Grundschulen der Region beteiligten sich an dem Projekt, das durch die Sportstiftung Kurt Henn gefördert wurde. Untersucht wurden neben der Ausdauerleistung (6-Minuten-Lauf) die Kraft (Liegestütze), die Schnelligkeit (20-Meter-Sprint) und die Gleichgewichtsfähigkeit (Balanceübung).

Quelle: Pressemitteilung der Technischen Universität München

Diagnose

Larva migrans, Hautmaulwurf, *hookworm-related cutaneous larva migrans* (HrCLM), *Creeping disease*. ICD 10: B76.9

Diese Hauterkrankung wird durch Hakenwürmer (*Ancylostoma braziliense*, *caninum* et al.) verursacht, für die – im Gegensatz zur menschlichen Hakenwurmerkrankung durch *Ancylostoma duodenale* – der Mensch ein Fehlwirt ist.

Verbreitet wird die in tropischen Ländern sehr häufige Infektion meist durch die Exkremate von Hunden, entsprechend ist Barfußgehen auf durch Hundekot verseuchten Böden die häufigste Infektionsursache. Für Touristen sind damit tropische Sandstrände, auf denen sich nicht selten auch Hunde tummeln, wichtiger Infektionsort.

Häufigste Infektionsursache:

Barfußgehen auf Böden, die mit Hundekot verseucht sind, z. B. tropische Sandstrände.

Nach einer Inkubationszeit von Tagen bis Wochen oder Monaten kann bereits vor Auftreten der ersten Effloreszenz ein heftiger Juckreiz auftreten. Nach einer Papel bilden sich von dieser ausgehende mäandrierende Gänge, die mit einer serösen Flüssigkeit gefüllt sein können oder Bläschen bilden. Diese trocknen ein und hinterlassen krustige Spuren. Superinfektionen und Kratzeffloreszenzen können das Bild überlagern. Nach einigen Wochen, manchmal erst nach Monaten, läuft sich die Infektion mit dem Absterben der Larva im wahrsten Sinne tot.

Weil die Infektion selbstlimitierend verläuft und immer nach einigen Wochen mit dem Tod und der Resorption der Larve endet, ist eine Therapie nicht unbedingt notwendig und dementsprechend auch ein Therapieerfolg schwer beurteilbar. Der ausgeprägte Juckreiz und die folgenden Kratzexkoriationen mit einem Hautinfektionsrisiko, besonders unter unzureichenden hygienischen Bedingungen, können eine Therapieindikation darstellen. Bei Touristen ist es eher die

manchmal erhebliche psychische Belastung durch den Gedanken an einen Parasitenbefall, die eine Therapie erforderlich macht.

Therapieoptionen

Trotz einer hohen angegebenen Prävalenz ist, wie für so viele tropenmedizinische Fragen, die Therapiesituation und Studienlage schlecht: Die lange gebräuchliche Lokalthherapie mit Thiabendazol ist nicht mehr möglich, da das Medikament seit 1988 nicht mehr zugelassen ist. Eine topische Anwendung von Mebendazol wird nicht empfohlen. Enteral werden Ivermectin 1 x 200 µg/kgKG ED, mit einer möglichen Wiederholung nach 10 Tagen, und Albendazol, max. 2 x 400 mg/Tag oral für 3 Tage, bei Kindern ab 6 Jahren 15 mg/kgKG empfohlen. Für Kleinkinder ist eine Lokalthherapie mit Albendazol in Vaselinealbum 3 x tgl. über 7–10 Tage beschrieben, da für Kinder unter 15 kg Ivermectin und für Kinder unter 6 Jahren Albendazol nicht zugelassen sind. Antihistaminika wirken nur mäßig gegen den Juckreiz, eine begleitende Lokalthherapie mit einem topischen Glukokortikoid mit hohem therapeutischen Index und mittlerer Wirkstärke (z. B. Prednicarbat-0,25 %-Creme) hilft eher, da es sich bei den Effloreszenzen um eine allergische Reaktion auf die Erregerbestandteile handelt.

Eine Kryotherapie oder Chirurgie verbietet sich, da der genaue Aufenthaltsort der Larve, der nicht dem sichtbaren Wanderweg entsprechen muss, nicht bekannt ist.

Differenzialdiagnosen

In typischen Fällen und bei typischer Anamnese kommt kaum eine andere Diagnose in Frage. Eine Superinfektion kann allerdings die zugrundeliegende Ursache verschleiern.

Denkbare Differenzialdiagnosen wären eine allergische Kontaktdermatitis, eine

epidermale Dermatophytose, die Kutane Myiasis sowie die *Larva currens* infolge Infektion mit *Strongyloides stercoralis*. Eher weiter entfernt kann an ein *Erythema chronicum migrans* im Rahmen einer Borreliose oder eine photoallergische Dermatitis gedacht werden.

Prophylaxe

Der Hautkontakt mit möglicherweise verseuchtem Boden sollte vermieden werden. Durch das Tragen von Schuhen kann die perkutane Infektion der Füße bei Strandwanderungen sicher verhindert werden. Eine Badematte oder Handtuch kann ebenfalls eine Infektion wenigstens erschweren. Hunde sollten regelmäßig entwurmt und von Stränden ferngehalten werden.

Praktisches Vorgehen

Die Behandlung kann in Deutschland nicht im Rahmen der Anwendung dafür zugelassener Medikamente erfolgen. In Lateinamerika sind Ivermectin-Tropfen erhältlich, die eine einfache Dosierung ermöglichen (1 Tropfen pro kgKG), aber nicht für Kinder unter 5 Jahren zugelassen sind. Dennoch werden sie, wie unsere Umfrage an Apotheken in der Region Kolumbiens ergab, dafür ausgegeben, das Präparat (Ivermectina 0,6%) ist frei erhältlich. Albendazol ist in Deutschland nur in einer Großpackung (Eskazole, 60 Tbl. à 400 mg, ab 546 Euro) zu bekommen, und die Apotheken sind auch bei Verwendung von nur 3 Tabletten, wie sie etwa zur Herstellung der Salbe benötigt werden, berechtigt, den vollen Preis zu erheben. Eine Ivermectinhaltige Creme (10 mg/g) ist in Deutschland seit dem letzten Jahr zur Behandlung der Rosazea zugelassen (Soolantra, Fa. Galderma, 30 g, 37,53 Euro) und könnte *off-label* eingesetzt werden. Derzeit läuft dazu an der Univ.-Hautklinik Mainz (Frau Prof. von Stebut) eine multizentrische Anwendungsbeobachtung.

Seit Mai 2016 ist mit Ivermectin (Scabioral® 3-mg-Tabletten, Infectopharm) erstmals ein zugelassenes Medikament auf dem Markt, welches gegen Krätze sowie gastrointestinale Strongyloidiasis und

FEED BACK Schicken Sie uns Ihre Kommentare, Anmerkungen, Erfahrungen etc. an kupra@kirchheim-verlag.de.

lymphatische Filariose angewendet werden kann. Ivermectin oral stellt eine Alternative zur topischen Anwendung dar, wenn es auch nicht explizit für die Larva-migrans-Behandlung zugelassen ist. Für die Entwicklung von Ivermectin wurde übrigens 2015 der Nobelpreis an William C. Campbell und Satoshi Ōmura verliehen.

Fazit für die Praxis

Obwohl Larva migrans als eine der häufigsten importierten Hautkrankheiten gilt, sieht man sie bei Kindern selten, vor allem in dieser Lokalisation. Der häufigste Manifestationsort ist sonst der Fuß, weil die Erreger beim Barfußgehen auf durch Hundekot verunreinigten Boden aktiv durch die Haut eindringen können. Bei unserem Patienten, der sich auf dem Gesäß

rutschend fortbewegt, konnte der Erreger über diese Kontaktstelle eindringen. Eine leitliniengerechte Therapie ist umständlich und sehr teuer, wegen des selbstlimitierenden Krankheitsverlaufes können symptomatische Maßnahmen auch ausreichen. Neue Therapieoptionen eröffnen sich durch lokale Behandlung mit Ivermectin-Creme, sowie durch das seit Mai 2016 in Deutschland zugelassene orale Ivermectin-Präparat.

Weiterführende Literatur

1. Sunderkötter C, von Stebut E., Schöfer H et al. (2014) S1 guideline diagnosis and therapy of cutaneous larva migrans (creeping disease). Dtsch Dermatol Ges 12 (1): 86 – 91
2. Feldmeier H (2017) Kutane Larva migrans und Tungiasis, Parasitäre Hauterkrankungen in der kinderärztlichen Praxis – Teil 2. Kinderärztliche Praxis 88 (1): 21 – 27

Korrespondenzadresse

Dr. Stephan Heinrich Nolte
 Kinder- und Jugendarzt
 Neonatologie-Psychotherapie-Homöopathie-Palliativmedizin
 - Gelbfieberimpfstelle -
 Lehrbeauftragter der Philipps-Universität Marburg
 Alter Kirchhainer Weg 5
 35039 Marburg/Lahn
 Tel.: 0 64 21/16 22 66
 Fax: 0 64 21/16 23 66
 E-Mail: shnol@t-online.de



5 Jahre Beschneidungsgesetz:
 „Rechtsfrieden“ zu Lasten von Kinder- und Menschenrechten

Kinderschützer und Ärzte ziehen Bilanz: Zum 5. Jahrestag der Abstimmung im Deutschen Bundestag zur Neuregelung der Rechtmäßigkeit nicht medizinisch indizierter Vorhautentfernungen an Jungen äußern Ärztevertretungen und Kinderschutzverbände erneut Kritik an der geltenden gesetzlichen Regelung, heißt es in einer Pressemitteilung der weiter unten genannten Verbände. Ihr Fazit: Die Politik muss sich den Konsequenzen des von ihr beschlossenen Gesetzes für die betroffenen Kinder stellen. Es gelte, hier endlich in einen breiten gesellschaftlichen Dialog für Wege zu umfassendem Schutz von Kindern unabhängig vom Geschlecht zu treten. Mit dem am 12. Dezember 2012 beschlossenen „Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes“ legalisierte der Bundestag vor 5 Jahren nichttherapeutische Vorhautentfernungen an Jungen aus jeglichem Grund. Voraussetzung für den Eingriff ist allerdings, dass er nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wird. In den ersten 6 Monaten nach der Geburt eines Kindes dürfen sogar Nicht-Ärzte eine Vorhautentfernung vornehmen.

Breite Unterstützung

Folgende Verbände und Organisationen unterstützten die Pressemitteilung:

- Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e. V. – Sektion Kinder- und Jugendpsychosomatik
- Internationale Aktion gegen die Beschneidung von Mädchen und Frauen e. V. ((I)NTACT)
- Eine Stimme für Betroffene (MOGiS e. V.)
- Menschenrechte für die Frau e. V. (TERRE DES FEMMES)

Sie alle nennen konkrete schwerwiegende Auswirkungen dieser Regelungen für betroffene Jungen und beklagen zudem ein völliges Ausbleiben faktenbasierter Aufklärung für Eltern durch die zuständigen staatlichen Organe.

Die vollständige Mitteilung mit Ausführungen der einzelnen Verbände finden Sie unter www.dakj.de.

Quelle: DAKJ

KURZ & BÜNDIG