

Reisen und Haut: Zoonosen und andere dermatologische Souvenirs

Reiseandenken in Form von Hautproblemen sind häufig. Infolge anderer klimatischer Bedingungen, leichter Bekleidung und offenem Schuhwerk sind insbesondere Reisen in die Tropen davon betroffen, und Dermatosen bei Tropenreisen sind oft infektiös bedingt.

Les petits souvenirs désagréables de voyage tels les dermatoses sont fréquents. Des conditions climatiques différentes, des vêtements légers et de minces sandales les favorisent, en particulier pour les voyages en pays tropicaux. Et, dans ces cas-là, les dermatoses sont souvent liées à des infections bactérielles.

Peter Schmid-Grendelmeier

Referat am Aroser Fortbildungskurs 2004

Als wichtigste Krankheitsbilder anzusehen sind:

- Sonnenlicht-bedingte Dermatosen;
- Infektionen der Haut mit Bakterien und Pilzen;
- Epizoonosen;
- Infestation mit eigentlichen tropischen Erregern;
- Hauterscheinungen infolge Kontakt mit Gifttieren.

Aufgrund einer oft erhöhten sexuellen Aktivität sowie eigentlichem Sextourismus ohne entsprechende Schutzmassnahmen sind auch sexuell übertragene Infektionen ein häufiges Reiseandenken. Diese Infektionen sollten daher bei differentialdiagnostischen Überlegungen bei Hautexanthenen nach Reisen stets mitberücksichtigt werden.

Sonnenbedingte Dermatosen

Der *Sonnenbrand* (Dermatitis solaris) ist wohl die häufigste Hauterscheinung während Tropenreisen. Insbesondere in den ersten Urlaubstagen sollte daher eine direkte Sonnenexposition vor allem in den Mittagsstunden (12–15 Uhr) wenn immer möglich vermieden werden. Heutige Sonnenschutzmittel, insbesondere Sonnenblocker, bieten zwar einen wesentlich besseren Schutz gegenüber der UV-Strahlung als früher. Nichtsdestotrotz können sie einen Sonnenbrand in vielen Fällen nicht völlig verhindern, sondern lediglich hinauszögern. Einen sehr effizienten Schutz bieten die neuerdings zunehmend erhältlichen Textilien mit eingebautem UV-Schutz. Insbesondere bei Kleinkindern sind das Vermeiden von direkter Sonnenbestrahlung einerseits und das Anwenden von Sonnenschutzmassnahmen (Aufenthalt im Schatten, Sonnenblocker, evtl. UV-dichte

Textilien) andererseits von besonderer Bedeutung. Eine weitere häufige unangenehme Komplikation ist die sogenannte *polymorphe Lichtdermatose*. Diese entsteht meist bei erstmaliger plötzlicher Exposition gegenüber hohen UV-Mengen. Sie kann sich von Patient zu Patient sehr verschieden mit diversen Effloreszenzen äussern, ist jedoch beim einzelnen Patienten meist relativ monomorph. Leichte Formen der polymorphen Lichtdermatose (PLD) können mit topischen Steroiden und systemischen Antihistaminika behandelt werden. In schweren Formen sind kurzfristig systemische Steroide notwendig. Eine Prävention der PLD ist unter Umständen durch vorangehendes «Hardening» in der UVA-/UVB-Phototherapie möglich, welches von Dermatologen angeboten wird.

Infektionen der Haut, insbesondere Pyodermien und Mykosen

Bakterielle Infekte der Haut gehören wohl zu den häufigsten Reiseerkrankungen. Dabei handelt es sich oft um primäre Insektenstiche, welche durch Kratzen und die vorhandene Mischflora superinfiziert werden. So können teilweise auch schwerwiegendere Komplikationen wie *Ekthyma* usw. entstehen (Abb. 1). Bei jeder Ulzeration nach Tropenaufenthalt ist daher an einen bakteriellen (Misch)infekt als Auslöser zu denken. Daher sind bakteriologische Abstriche zwingend, und eine entsprechende antibiotische Abschirmung ist oft frühzeitig indiziert. Ansonsten können solche Infekte, falls verpasst, ausgedehnte Ulzerationen und lokale Gewebsdestruktion mit teils fulminantem Verlauf auslösen. Zudem findet sich oft eine Impetiginisation von vorbestehenden Dermatosen. Eine konsequente desinfizierende Behandlung ist daher essentiell.

Das feuchtwarmer Klima begünstigt in vielen Fällen auch das Entstehen von Mykosen, etwa im intertriginösen Bereich. Während in unseren Breitengraden solche vor allem durch Dermatophyten verursacht werden, sind in den Tropen oft auch Hefe- und Schimmelpilze mitverantwortlich. Eine mykologische Kultur sollte daher stets durchgeführt werden, um dann eine gezielte erregerspezifische antimykotische Therapie einleiten zu können. In den Tropen trifft man auch auf subkutane Mykosen (wie z.B. Myzetom oder Chromoblastomykose, Abb. 2). Solche sind zwar bei Reisen aufgrund der oft doch deutlich besseren hygienischen Verhältnisse und kurzen Aufenthalt sehr selten. Insbesondere bei unklaren teils exophytischen Hauttumoren sollte aber an eine solche mykologische Ursache gedacht und entsprechende Kulturen und Gewebsbiopsien durchgeführt werden.



Abbildung 1.
Ekthymata.



Abbildung 2.
Chromoblastomykose.

Epizoonosen

Da die *Skabies* (Krätzmilbe) in vielen Reiseländern insbesondere bei der ländlichen Bevölkerung nahezu endemisch ist, kann diese auch bei Rückkehrern nach engem körperlichem Kontakt mit der einheimischen Bevölkerung auftreten. Hinweise sind papulöse, stark juckende Veränderungen, insbesondere im Bereich der Genitalien sowie der Interdigitalräume. Bei Kleinkindern kommt es oft zu einem palmo-plantaren Befall (Abb. 3). Insbesondere bei Pusteln in diesem Bereich ist daher in dieser Altersgruppe an die Skabies zu denken. Die Behandlung mit Hexachlorzyklohexan (Jacutin[®]), Permethrin (Loxazol[®]) oder Crotamiton (Eurax[®]) ist beim Betroffenen und bei der jeweiligen Person mit engem körperlichem Kontakt angezeigt. Zusätzlich liegt gelegentlich eine Infestation mit Filzläusen (*Pediculus pubis*) vor, welche ebenfalls auf die gleiche Behandlung anspricht. Insbesondere bei Kindern kann auf Reisen aber auch hier eine *Pediculosis capitis* (Kopfläuse) aquiriert werden. Dank der heutigen Behandlungsmethoden mit entsprechenden Shampoos (z.B. Prioderm[®], Loxazol[®]) kann das früher notwendige völlige Scheren der Haare in den meisten Fällen vermieden werden.

Die *Larva migrans* entsteht durch Larven von Parasiten, wobei der Mensch als Fehlwirt anzusehen ist. Die serbiginösen, teils pustulösen Hautveränderungen finden sich vor allem plantar nach Badereisen und werden durch das Barfußgehen begünstigt (Abb. 4). An und für sich heilt die *Larva migrans* nach einigen Tagen bis Wochen meist von selbst ab.



Abbildung 3.
Skabies.

Um diese Abheilung zu beschleunigen, kann jedoch topisch Thiobendazol-Crème eingesetzt werden oder bei Nicht-Ansprechen Albendazol (Zentel® 500 mg über 3 Tage).

Sandflöhe können durch Eiablage unter der Haut warzenähnliche Hautveränderungen mit zentraler Öffnung verursachen (Abb. 5). Solche Läsionen – als



Abbildung 4.
Larva migrans.



Abbildung 5.
Tunga penetrans.

Tungiasis oder auch «Jiggers» bezeichnet – finden sich gehäuft z.B. subungual und können durch Superinfektion bzw. sekundäre Ekzematisierung zu Komplikationen führen. Die Therapie erfolgt durch steriles Ausschälen der Eier resp. die Exzision der Läsion.

Eigentliche tropische Infekte

Als dermatologische Reiseerkrankung ist vor allem die *kutane Leishmaniose* zu erwähnen. Sie zeigt sich als einzelne teils aber auch multiple Ulzeration oder papulöse Veränderung, insbesondere etwa an Extremitäten oder im Gesicht (Abb. 6). Insbesondere bei einem nicht abheilenden Ulkus nach Tropenaufenthalt sollte – neben der Möglichkeit einer bakteriell bedingten Ursache – an eine Leishmaniose gedacht werden. Die Diagnosestellung erfolgt mittels Biopsie und neuerdings auch PCR-Diagnostik. Kutane Leishmaniose-Herde können in einem bedeutenden Prozentsatz zwar von selbst abheilen. Wegen der möglichen Narbenbildung ist jedoch in vielen Fällen eine Behandlung sinnvoll. Sie sollte in Absprache mit einem tropenmedizinisch-ausgebildeten Arzt erfolgen, da die zur Verwendung kommenden Medikamente (Antimon-Präparate) aufgrund ihres Nebenwirkungspotentials und der unterschiedlichen Einsatzmöglichkeit einige Erfahrung voraussetzt.

Wenn auch in unseren Breitengraden sehr selten, so sollte doch zumindest bei Patienten, die längere Zeit



Abbildung 6.
Kutane Leishmaniose.

in den Tropen verbracht haben, bei hyperpigmentierten Arealen mit Hypästhesie auch an eine *Lepra* (pauzibazilläre Form) gedacht werden. Die Diagnose kann mittels «Smears», Histologie (inkl. Ziehl-Neelsen- oder FiteFaraco-Färbung) oder PCR erfolgen. Die entsprechende Behandlung sollte wiederum in Absprache mit dem tropenmedizinischen Kollegen erfolgen.

Kontakte mit Gifttieren

Gifttiere finden sich in den Tropen sehr viel häufiger als in unseren Breitengraden. Dabei sind solche Kontakte entweder im Wasser oder am Festland möglich.

Im Wasser entstehen vor allem durch Kontakte mit *Quallen* oft stark schmerzhaft Hautveränderungen. Dabei können je nach Art der Qualle urtikarielle, blasige oder auch nekrotisch-toxische Hautveränderungen vorkommen (Abb. 7). Zudem können einzelne Quallenarten, insbesondere etwa Würfelqualen (*Chironex*, vorkommend in Australien, Ozeanien) durch deren Toxine auch lebensgefährliche Reaktionen auslösen. Stiche von Rochen mit deren Schwanzstachel lösen oft sehr schmerzhaft, sekundär oft ulzerierende Reaktionen aus, die vielfach nur sehr schlecht heilen und teilweise gar ein chirurgisches Débridement erfordern. Im Wasser können daneben viele andere Lebewesen wie andere Fische, Seeigel, Giftfische, Anemonen, Würmer und Kegel-

schnecken je nach Art und Gift meist toxische Reaktionen auf der Haut oder auch systemisch auslösen. Am Festland sind vor allem Stiche und Bisse von Skorpionen, Spinnen und den verschiedensten Insekten ein Problem. Dabei können insbesondere Hymenopteren (Biene, Wespen) allergische Reaktionen auslösen, während sonst vor allem toxische Reaktionen auftreten. Bei Insektengiftallergikern sollte deshalb unbedingt ein Notfallset (enthält Steroidtabletten und Antihistaminika, bei schweren Reaktionen auch Adrenalin-Autoinjektoren wie den EpiPen®) im Reisegepäck mitgenommen werden; allenfalls ist auch eine allergologische Abklärung im Hinblick auf eine spezifische Immuntherapie zu erwägen.

Bei verschiedenen Kleinlebewesen wie gewissen Käfern (z.B. der Fam. *Meloidae* und der Spezies *Päderus*) oder Raupen kann auch der bloße Hautkontakt zu toxischen Reaktionen mit Rötung und Blasen führen. Die entsprechenden Gifte (wie Cantharidin oder Paederin) sind in deren Haaren enthalten oder werden durch deren Chitinpanzer direkt abgegeben. Deshalb sollte die Haut nach solchen Kontakten unverzüglich mit Wasser gewaschen werden.

Andere Tiere wie verschiedenste Schlangen, Molche und Salamander sowie seltener auch Säugetiere (Vampire, Schnabeltier) können ebenfalls Hautschädigungen auslösen, die je nach Art auch mit systemischen, teils lebensgefährlichen Symptomen (gewisse Giftschlangen) einhergehen können.

Dermatosen aus den Tropen sind oft durch Infektionen bedingt. Entsprechende mikrobiologische Untersuchungen sind daher stets angezeigt.



Abbildung 7.
Toxische Hautreaktion nach Quallenkontakt.

Zudem kann bei unklaren Läsionen eine Hautbiopsie weitere nützliche Informationen liefern.

PD Dr. med. Peter Schmid-Grendelmeier
Leiter der Allergiestation
Dermatologische Klinik
UniversitätsSpital
CH-8091 Zürich
Peter.Schmid@usz.ch