

Nur Insektenstiche?

Ein 72-jähriger Patient stellt sich 2007 mit vereinzelt symptomlosen rötlichen Papeln am Arm vor, welche möglicherweise nach Insektenstichen bei einem Mallorcaaufenthalt vor etwa einem Monat entstanden seien. Ansonsten bestünde Beschwerdefreiheit.

Zunächst wurde der Patient topisch mit Steroiden und Antiseptika behandelt. Als keine Rückbildungstendenz zu verzeichnen war, erfolgte eine Probebiopsie der Haut.



Leishmanioseherd am Arm – Beginn mit erythematöser Papel.



Leishmanioseherd – im Verlauf Ulzeration der Hautveränderung.



Intraläsionale Therapie eines kutanen Herdes mit Glucantime®.

Die Histologie der Probebiopsie einer rötlichen Papel erbrachte die Diagnose einer kutanen Leishmaniose mit Nachweis von intrazellulär liegenden Leishmanien (Dermatohistopathologisches Labor Professor Dr. Christian Schmöckel, Privatdozent Dr. Fritjof Eckert, München).

Zunächst erfolgte die Therapie mit Paromomycinsalbe (Paromomycin 15 Prozent, Urea pura zehn Prozent und Vaselinum album), im Anschluss wurden die Herde kryotherapeutisch behandelt. Bei fehlendem Ansprechen und Entwicklung neuer Herde behandelten wir mit Meglumine Antimonat intraläsional. Hierbei wurden die einzelnen Herde mit 0,2 bis 0,4 ml/Sitzung einmal wöchentlich über sechs Wochen infiltriert (Maximaldosis eine Ampulle/Sitzung). Unter dieser Therapie kam es zu einer Rückbildung der Hautherde. Die weitere Durchuntersuchung erbrachte keinen Hinweis auf innere Organbeteiligung.

Die kutane Leishmaniose beginnt zwei bis vier Wochen nach dem Stich einer infizierten Mücke mit einer kleinen rötlichen Papel, die im Lauf der Zeit langsam wächst. Die Hautveränderungen können ulzerieren. In der Peripherie können kleine Satellitenknötchen auftreten.

Die kutane Leishmaniose durch *Leishmania infantum* ist besonders in den nordwestlichen Ländern des Mittelmeers verbreitet. Aus dem Mittelmeerraum wird die Erkrankung bei uns eingeschleppt, ohne bei uns heimisch zu werden. Grundsätzlich sind Leishmaniosen jedoch in allen warmen Regionen der Erde verbreitet mit Ausnahme von Südasien und Australien.

Die Behandlung der Leishmaniosen richtet sich nach dem Erreger und der klinischen Manifestation. Die kutane Leishmaniose stellt bei guter Abwehrlage des Körpers gewöhnlich eine selbstlimitierte Infektion mit narbiger Abheilung unter Ausbildung einer erregerspezifischen Immunität dar. Da die meisten Therapieformen sehr nebenwirkungsreich sind, ist bei kutanen Formen der Leishmaniose ein abwartendes Verhalten gerechtfertigt, da die Erkrankung praktisch nicht kontagiös ist. Einzelne Herde können exzidiert werden oder mittels Kryotherapie oder photodynamischer Therapie behandelt werden. Bei Therapieversagen ist intraläsionale Injektion von pentavalentem Antimon sinnvoll. Lokale Therapie mit paromomycinhaltiger Salbe ist aus unserer Sicht wenig wirksam.

Innerliche, systemische Therapie ist gerechtfertigt bei Ulzera ohne Abheilungstendenz, bei nichtheilenden Formen mit lymphogener Streuung, Infektionen durch Erreger des *Leishmania-brasiliensis*- oder *mexicana* Komplexes und Ulzera verursacht durch *Leishmania tropica* oder *aethiopica*.

Das Standardtherapeutikum der Leishmaniose ist das fünfwertige Antimon (Pentostam®, Glucantime®). Weiterhin können Amphotericin B, Azole (Itraconazol), wie auch Rifampicin in Kombination mit INH eingesetzt werden.

Für die Alltagspraxis kann folgende Schlussfolgerung gezogen werden: Durch zunehmende Reisen und Migration ist auch in Deutschland in der Zukunft vermehrt mit dem Auftreten dieser Erkrankung zu rechnen.

Literatur:

Neuber H. Leishmaniasen. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (JDDG) 2008; 9:754-769.

Harms-Zwingenberger G., Bienzle U. Nach Deutschland importierte Leishmaniosen. Deutsches Ärzteblatt 2007; Jg 104; 45:3104-3113.

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG): Diagnostik und Therapie der viszeralen Leishmaniasis (Kala-Azar). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 042/004 (Februar 2006).

Murray H., Berman J. D., Davies C. R., Saravia N. G.: Advances in leishmaniasis. Lancet 2005; 366:1561-77.

Privatdozentin Dr. Sabine G. Plötz, Dermatologische Praxis, Grünwalder Straße 248, 81545 München-Harlaching (in Kooperation mit dem Ärztehaus München-Harlaching), Telefon 089 646599, E-Mail: hautarzt@aerztehaus-harlaching.de

Professor Dr. phil. Johannes Ring, Professor Dr. Heidelore Hofmann, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein, Technische Universität München, Biedersteiner Straße 29, 82802 München