

Ein Urlaubsmitbringsel der anderen Art

Anamnese

Ein 58-jähriger Patient stellte sich nach Reiserückkehr aus Costa Rica mit punktförmigen Ulzera im Bereich der Unterschenkel notfallmäßig in der Sprechstunde vor.

Der Patient berichtet im April dieses Jahres für mehrere Wochen in Costa Rica reisen gewesen zu sein. Unter anderem habe er auch im Regenwald gezeltet und dort in einem Fluss seine Wäsche gewaschen und zum Trocknen im Anschluss an Sträuchern aufgehängt. Insektenbisse oder Mückenstiche seien dem Patienten nicht erinnerlich, er habe stets Repellents verwendet und die Extremitäten durch helle Kleider bedeckt. Vier Wochen später, mittlerweile wieder zurück in der Heimat, seien ihm an beiden Unterschenkeln jeweils mehrere kleine, schmerzlose Krater aufgefallen. Er habe sich diesbezüglich in ärztliche Behandlung begeben und dort bei dem initialen Verdacht auf eine Furunkulose eine empirische antibiotische Therapie mit Co-Amoxicillin erhalten. Bei ausbleibender Befundbesserung mit tendenzieller Größenzunahme der Läsionen habe er dann bei der zweiten Vorstellung bei dem Verdacht auf Ekthymata Clindamycin erhalten. Bei ebenfalls fehlendem Ansprechen und nun mittlerweile drei Monaten nach Reiserückkehr erfolgte die Vorstellung in der dermatologischen Poliklinik.

Befund

Der Patient präsentierte sich in gutem Allgemeinzustand und afebril. Es bestanden keine Vorerkrankungen und keine Fixmedikation. Lokoregionäre Lymphknoten waren nicht geschwollen. Es fanden sich im Bereich beider Unterschenkel mehrere kreisrunde Ulzera mit bis zu sechs Millimeter Durchmesser, teilweise ragten aus den wie ausgestanzt wirkenden Löchern gelbliche, längliche, weiche Strukturen heraus. Bei genauerer Inspektion wiesen die Strukturen zirkuläre kleinste dunkle Stacheln auf und bewegten sich schwach. Die übrige körperliche und laborchemische Untersuchung war blande.

Diagnose und Erreger

Furunkuloide Myiasis verursacht durch Fliegenlarven.



Abbildung 1: Kranial – Kraterförmige Läsion mit Fliegenlarve in der Tiefe, Kaudal – Hinterleib der Fliegenlarve ragt aus der Atemöffnung

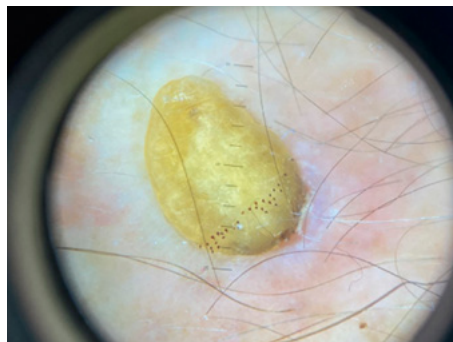


Abbildung 2: Dermatoskopische Ansicht der Fliegenlarve mit den typischen ringförmig angeordneten Widerhaken



Abbildung 3: Mechanische Entfernung der Fliegenlarve

Therapie

Mechanische Entfernung der Fliegenlarven oder Verschluss der Atemöffnung, lokale antiseptische Therapie.

Verlauf

Bei der furunkuloiden Myiasis handelt es sich um eine Dermatozoonose, welche durch in Afrika und Mittel- bis Südamerika vorkommende Fliegenlarven verursacht wird. Die Tumbufliege (*Cordylobia anthropophaga*, Vorkommen in Afrika) oder die Dasselfliege (*Dermatobia hominis*, Vorkommen in Mittel- und Südamerika) befestigen ihre Eier an der Oberfläche von Textilien, bei Kontakt mit der Haut schlüpfen die Larven und bohren sich in intakte Haut. Die Einheimischen wissen dies zu vermeiden, indem die Kleider nach dem Trocknen im Freien gebügelt werden. Die Larven sitzen in der Cutis oder Subcutis, mit einer zentralen kraterförmigen Ulzeration, welche der Atemöffnung der Larve entspricht, wobei in jeder

Öffnung nur eine Made sitzt. Die Fliegenmaden können, wie in diesem Fall, monatelang in der Haut persistieren bevor die ausgereiften Larven zu Boden fallen und sich verpuppen. Die Myiasis ist selbstlimitierend, bei immunkompetenten Patienten kommt es zu keiner systemischen Infektion. Drei Wochen nach der Entfernung der Larven sowie Durchführung der antiseptischen Behandlung waren die Ulzera ausgeheilt und der Patient beschwerdefrei.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autorin

Viktoria Weber

Universitätsspital Zürich,
Dermatologische Klinik,
The Circle 59, 8058 Zürich-Flughafen