

Nerviges Mitbringsel aus der Kita

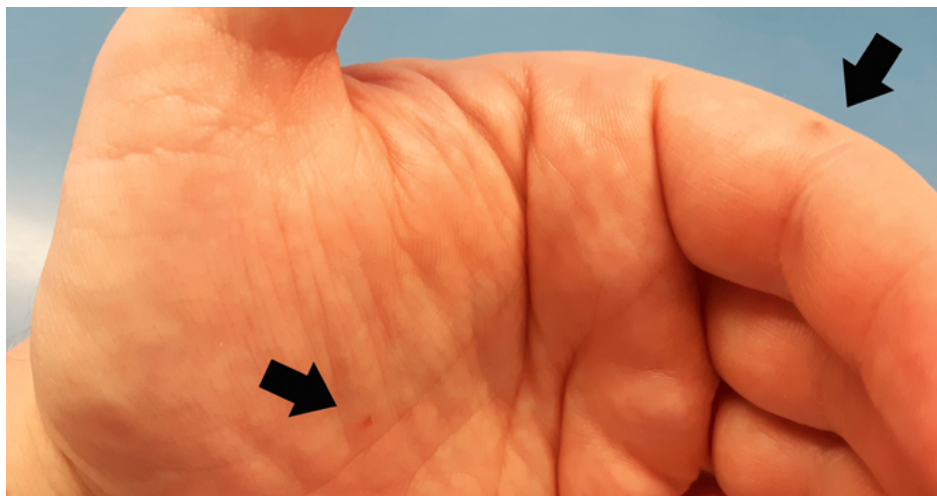


Abbildung 1: Winzige rote Flecken an der Hand des Familienvaters.



© Conrad Braun

Abbildung 2: Kindergartenkind mit Odynophagie aus Sicht des älteren Bruders.

„Nicht schon wieder!“ Ein 40-jähriger Hals-Nasen-Ohrenarzt entdeckt an seiner Hand zwei winzige rote Maculae (Abbildung 1). Die gesamte Vorwoche litt der mittlerweile beschwerdefreie vierjährige Sohn unter stark reduziertem Allgemeinzustand und Aphasie (Abbildung 2). Zwei Tage später stellen sich auch beim Vater Odynophagie, aphthöse Läsionen in der Mundhöhle und Abgeschlagenheit ein (Abbildung 3). Die Symptome lassen sich mit Ibuprofen erträglich kupieren und sind wenig später vollständig verschwunden. Die Mutter und der siebenjährige Sohn der Familie bleiben beschwerdefrei. Als die Großmutter von der Erkrankung erfährt, verzichtet sie vorerst freiwillig auf Besuche der geliebten Enkel, nachdem sie sich erinnert, wie ihr drei Jahre zuvor, nach ähnlicher Symptomatik beim älteren Kind, die Zehennägel ausgefallen waren.

Welche Verläufe sind möglich?

In aller Regel verläuft die Erkrankung, nach Inkubationszeit von einer Woche, sehr mild und, ebenfalls über eine Woche, selbstlimitierend. Neben Fieber und oralen Enanthenen, die teilweise Blasen bilden und schmerzhaft ulcerieren, ist der nicht juckende Hautausschlag mit Flecken oder Blasen an Handflächen und Fußsohlen charakteristisch. Eine symptomatische Therapie zum Beispiel mit Ibuprofen ist meist ausreichend. Atypische Verläufe können weitere Hautregionen betreffen und zum passageren Verlust von Finger- und Zehennägeln führen. Bei Erwachsenen ist die Erkrankung in 80 Prozent der Fälle sogar asymptomatisch. In Asien kommt es allerdings zu größeren Ausbrüchen von HFMK mit teils schweren bis letalen Krankheitsverläufen bei entzündlicher Beteiligung von Lunge und zentralem Nervensystem.

Wie lautet die Diagnose?

Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK).

Welche Erreger sind verantwortlich?

Ca. 15 verschiedene Enteroviren, meist das Coxsackie-A-16-Virus. Sie sind ubiquitär verbreitet und hochkontagiös. Die Ansteckung erfolgt als Schmierinfektion über Atemwegssekrete, Speichel und Stuhl sowie den Inhalt ulcerierender Bläschen; in den ersten Tagen auch durch Tröpfcheninfektion.

Welchen Stellenwert hat die Prävention?

Aufgrund der teils wochenlangen Ausscheidung der Erreger im Stuhl, der möglichen Tröpfcheninfektion, der Vielzahl der Virusstämme und der asymptomatischen Infektionen lässt sich die Erkrankung vor allem in Kindertagesstätten und im familiären Umfeld trotz ausreichender Hand- und Oberflächenhygiene nur unzureichend eindämmen, und mehrfache Erkrankungsepisoden sind möglich. In Asien ist ein Impfstoff alleine für das Enterovirus A71 verfügbar.

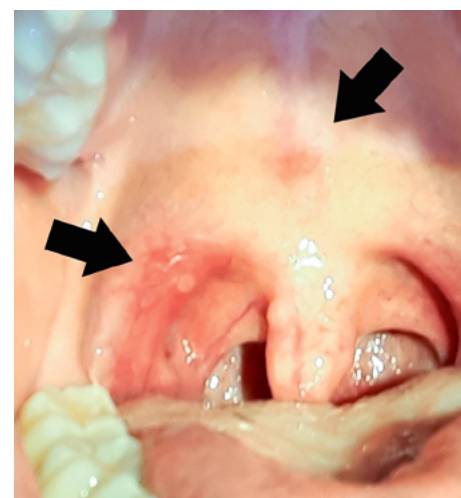


Abbildung 3: Virale Tonsillopharyngitis mit Ulzeration am rechten vorderen Gaumenbogen und Enanthen am medianen Weichgaumen.

Autoren

Privatdozent Dr. Thomas Braun, MHBA,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
Maximilianstraße 7, 86150 Augsburg

Dr. Franziska Braun,
Klinik für Diagnostische und
Interventionelle Radiologie,
Universitätsklinikum Augsburg,
Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg