

DD Ulkus nach Reise

Florian Butsch

Als Ulkus bezeichnet man einen Substanzdefekt der Haut, der die Basalmembran überschreitet. Infektionen, immunologische Prozesse, physikalische Noxen und Störungen der Perfusion des Gewebes können zur Entstehung eines Ulkus beitragen. Zu den häufigsten Ursachen für Ulzerationen zählen in Industrieländern venöse Insuffizienz, arterielle Makroangiopathie und Neuropathie mit begleitender Mikroangiopathie. In Ländern Lateinamerikas, Afrikas und Asiens sind aber auch infektiöse Prozesse von großer Bedeutung für die Genese von Ulzerationen. Für die ätiologische Beurteilung von Ulzera bei Reiserückkehrern sollte bei Anamnese und klinischer Untersuchung auf einige Punkte besonderer Wert gelegt werden.

Eine trivial anmutende, deswegen jedoch nicht minder bedeutsame Frage ist, ob das Ulkus während der Reise auftrat, im Anschluss an die Reise bemerkt wurde oder gar schon vor Reisebeginn bestand und sich während der Reise nur verschlimmerte. Ein *Ulcus cruris venosum* kann sich unter den negativen Einflüssen einer Fernreise in tropische Gefilde – feucht-warmes Klima, langes Sitzen während Transfers, mangelnde Sauberkeit bei Verbandswechseln – rapide verschlechtern, ohne dass in diesem Fall von einer Tropendermatose zu sprechen wäre. Sollte das Ulkus erst nach Rückkehr von der Reise bemerkt worden sein, kann die exakte Latenz von Bedeutung für die Diagnose sein.

Auch die Frage nach potenziellen Einflussfaktoren ist von Interesse. Insektenstiche, Verletzungen, Aufenthalte in stehenden oder fließenden Gewässern, Exkursionen in Wüste, Steppe oder Dschungel, Strandbesuche, sexuelle Kontakte und Körperkontakt zu Personen mit Krankheits-symptomen sollten gezielt erfragt werden.

Die Lokalisation des Ulkus kann mitunter helfen, die richtige Diagnose zu stellen. Viele durch Infektionen bedingte Ulzera treten an Prädilektionsstellen auf. Sind beispielsweise Gesicht, Unterarme oder Unterschenkel betroffen, der Stamm und die proximalen Abschnitte der Extremitäten aber frei, könnten Insektenstiche eine Rolle spielen.

Letztlich muss natürlich auch eine genaue morphologische Beschreibung des Ulkus erfolgen. Neben Größe und Tiefe des Ulkus und Belägen am Ulkusgrund sollten auch der Randbereich der Ulzeration und Umgebungsreaktionen genau beurteilt werden, da diese mitunter charakteristische Zeichen aufweisen können. Unter Berücksichtigung dieser einleitenden Anmerkungen sollen nachfolgend einige Reisedermatosen, die sich klinisch als Ulkus präsentieren, vorgestellt werden (■ Tab. 2.1).

Zu den häufigsten Ursachen von Ulzerationen, die in zeitlicher Assoziation zu einer Fernreise auftreten, zählen sicherlich Staphylokokken-bedingte Infektionen der Haut im Sinne einer **Staphyloidermia ecthymatosa**. Klinisch zeigen sich multiple, wie ausgestanzt imponierende Ulzera unterschiedlicher Größe. Die Ulzerationen weisen

■ Tab. 2.1 Übersicht über erregerbedingte Ulkusbildungen der Haut

Bakterielle Auslöser	Ekthym Buruli-Ulkus Anthraxinfektion Ulcus molle Ulcus durum
Protozoen	Leishmaniasis
Ektoparasiten	Myiasis Tungiasis
Fadenwürmer	Drakunkulose
Mykosen	Sporotrichose Maduramykose Chromomykose Parakozidioidomykose

anfangs schmierige gelbliche Beläge, später schmutzig gelbe Krusten auf. Die unmittelbare Umgebung des Ulkus ist gerötet. Prädilektionsstellen sind die Unterschenkel, es können jedoch auch alle anderen Körperstellen betroffen sein. Neben *Staphylococcus aureus* können auch Streptokokken der Gruppe A als Erreger nachgewiesen werden. Als Prädispositionsfaktoren gelten feucht-warmes Klima, Mangelernährung und schlechte hygienische Verhältnisse.

Das **Buruli-Ulkus** ist nach Tuberkulose und Lepra die dritthäufigste Mykobakteriose (► Kap. 12). Erreger ist *Mycobacterium ulcerans*. West- und Zentralafrika, Australien, Papua-Neuguinea, Malaysia, Sri Lanka und Südamerika zählen zu den Risikogebieten. Wochen bis Monate nach der Infektion entsteht ein subkutaner indolenter Nodus, der im weiteren Verlauf ulzeriert. Der Ulzeration kann eine Blase vorausgehen. Das Ulkus zeigt sich meist an den unteren Extremitäten oder am Stamm. Typisch sind die tief unterminierten Ulkusränder. Das Ulkus kann große Teile der Körperoberfläche ausmachen und führt, durch Beteiligung von Nerven, Muskeln, Gelenken und Knochen, nicht selten zu Mutilationen.

Anthrax ist eine in Industrieländern extrem selten gewordene Erkrankung (► Kap. 17). Die durch *Bacillus anthracis* verursachte Zoonose ist jedoch weltweit verbreitet. Bei Menschen manifestiert sie sich in den meisten Fällen als Hautmilzbrand. Innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen zeigt sich an der Infektionsstelle die schmerzlose Pustula maligna. Im Verlauf entwickelt sich ein von schwarzem Schorf bedecktes Ulkus, das von einem erheblichen Ödem umgeben sein kann.

Die **Sporotrichose** ist in tropischen und subtropischen Gebieten weit verbreitet. Das Reservoir für *Sporothrix schenckii* ist fauliges Holz. Durch kleinste Verletzungen tritt der Erreger in die Haut ein. Nach Wochen bis Monaten bildet sich ein kutan-subkutaner Nodus. Dieser ulzeriert im Verlauf und wird als Sporotrichoseschanker bezeichnet.

Charakteristisch sind die sporotrichoiden Knoten entlang des Lymphabstroms.

Auch die Erreger der **Chromomykose** können bei Kontakt zu fauligem Holz durch kleinste Verletzungen in die Haut gelangen (► Kap. 25). Neben verruciformen und papillomatösen Wucherungen können auch Ulzera an Händen, Füßen und Unterschenkeln beobachtet werden.

Die **Parakokzidioidomykose** ist eine Erkrankung, die vorwiegend die tiefen Atemwege betrifft (► Kap. 26). Neben der pulmonalen Manifestation können bei der mukokutan-lymphangitischen Verlaufsform auch granulomatös ulzerierende Veränderungen an Gingiva und drainierenden Lymphknoten auftreten. Die Erkrankung ist in Lateinamerika weit verbreitet.

Die **Maduramykose** wird ebenfalls in Ländern der Tropen und Subtropen erworben (► Kap. 28). An Füßen und Unterschenkeln, seltener an den Händen, treten Ulzera und Fistelgänge auf, aus denen sich eitriges Sekret entleert. Dieses beinhaltet die charakteristischen erregerehaltigen Drusen. Begleitend tritt eine ausgeprägte, meist jedoch nicht schmerzhaft, chronische Schwellung der betroffenen Extremität auf.

Eine an Bedeutung gewinnende Differenzialdiagnose reiseassoziiertter Ulzerationen ist die **kutane Leishmaniasis** (► Kap. 29). Insbesondere bei Ulzera, die erst mit einer Latenz von vielen Tagen bis wenigen Wochen nach Rückkehr von einer Reise auftreten, sollte eine kutane Leishmaniasis stets erwogen werden.

➤ **Auch bei Reiserückkehrern von der iberischen Halbinsel, den Balearn, Süditalien und dem östlichen Mittelmeerraum ist es von entscheidender Bedeutung, an die Möglichkeit einer Leishmaniasis zu denken, da diese keineswegs nur in Südamerika, Afrika und Asien erworben werden kann.**

Das klinische Bild der Leishmaniasis ist vielgestaltig. Häufig zeigt sich jedoch ein zentral ulzerierter Nodus oder ein flächiges Ulkus mit deutlich infiltriertem Rand. Der Grund des Ulkus ist häufig von einer trockenen Kruste bedeckt. Lymphangitis und -adenitis können als Begleiterscheinungen auftreten.

Die **Drakunkulose** zählt mittlerweile auch in Afrika zu den seltenen Ursachen für Ulzerationen (► Kap. 41). Bei Reiserückkehrern oder Migranten aus Mali, Tschad, Äthiopien oder dem Sudan sollte die Drakunkulose jedoch in die Differenzialdiagnose einbezogen werden. Klinisch zeigt sich ein münzgroßes Ulkus, das aus einer Blase mit entzündlichem Randsaum hervorgeht. Meist findet man 2 oder mehr Läsionen bei einem Patienten. In 90 % der Fälle liegen die Ulzera distal der Knie. Wenn der Wurm am Ulkusgrund identifiziert werden kann, ist die Diagnose unzweifelhaft.

Bei der **furunkuloiden Myiasis** kann der Parasit ebenfalls makroskopisch ausgemacht werden (► Kap. 34). Fliegenlarven bohren sich in die Haut und halten sich dort mittels zirkumferenter Hakenkränze fest. Lediglich die Atemöffnung der Larve erreicht die Oberfläche. Klinisch imponieren furunkuloide Knoten mit zentraler Ulzeration. Am Grund des kleinen Ulkus liegt die Atemöffnung. Eine lokoregionäre Lymphadenopathie kann begleitend auftreten. Durch Behandlung mit luftdichten Externa kann die Larve zum Austritt aus der Haut gezwungen werden. Bei Rückkehrern aus Südamerika und Afrika sollte die Myiasis differenzialdiagnostisch bedacht werden.

Die **Tungiasis** ist eine weitere Differenzialdiagnose fernreiseassoziiertter Ulzerationen (► Kap. 35). Das begattete Weibchen des Sandfloh (*Tunga penetrans*) bohrt sich in die Haut des Wirts und wächst dort innerhalb von Tagen bis auf Erbsgröße. Klinisch zeigen sich erythematöse Papeln oder Knötchen, die zentral einen schwarzen Porus aufweisen. Nachdem das Sandflohweibchen seine Eier ausgestoßen hat, stirbt es. Pusteln, Furunkel oder kleine schmierig belegte Ulzera können die Folge sein. Häufig finden sich zahlreiche Läsionen bei einem Patienten. Prädispositionsstellen bei Reiserückkehrern sind die Füße und der Rücken, da die Tungiasis häufig während des Strandbesuchs durch direkten Kontakt zwischen Haut und Sand erworben wird. In Lateinamerika, Afrika und Südostasien ist die Tungiasis auch bei Einheimischen weit verbreitet.

Schließlich sollten genitale, anale und orale Ulzera auch bei Reiserückkehrern an sexuell übertragbare Infektionen denken lassen (► Kap. 58). Ein weiches und schmerzhaftes Ulkus mit hellrotem Randsaum am Genitale ist typisch für das durch *Haemophilus ducreyi* verursachte **Ulcus molle**. Eine als Ulcus molle Bubo bezeichnete lokale Lymphadenitis imponiert durch eine stark schmerzhaft inguinale Schwellung, die fistulieren kann. Am Fistelrand entsteht oft ein weiteres Ulkus. Das schmerzlose **Ulcus durum** bildet zusammen mit einer indolenten Lymphadenitis den syphilitischen Primäraffekt. In 90 % der Fälle ist das Ulkus genital lokalisiert, kann aber auch oral, anal und an anderen Körperstellen auftreten. Es heilt innerhalb von Wochen narbig ab. Im Sekundärstadium einer Infektion durch *Treponema pallidum* können bei Immunsupprimierten auch schüsselförmige, von einer austerschalenartigen Borke bedeckte Ulzerationen auftreten, die als **Rupia syphilitica** bezeichnet werden. Zusammen mit pseudomembranös bedeckten Geschwüren an Tonsillen und weichem Gaumen sind sie Zeichen einer Lues maligna.

Reisedermatosen

von Stebut, E. (Hrsg.)

2015, XVI, 320 S. 122 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-662-44704-8