



# Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Infektiologie und Tropendermatologie

e.V. Neu-Isenburg

06.07.2016

## Rundbrief / Newsletter an alle Mitglieder der ADI-TD und an die Ansprechpartner für Infektiologie der deutschen Hautkliniken

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wie inzwischen üblich, hier wieder ein Rundbrief mit kurzen Informationen zur Dermatoinfektiologie (Wissenswertes und Aktuelles für die klinische Praxis; kurze Informationen zur ADI-TD). Begrüßen möchten wir unter den Empfängern erstmals ausdrücklich auch die Ansprechpartner für Infektiologie der deutschen Hautkliniken, welche auf Anregung der DDG und ADI-TD benannt wurden. Sie möchte ich noch einmal besonders auf den letzten Punkt hinweisen (Primäre Behandlung von Hautinfektionen durch Dermatologen) den es zu verteidigen gilt. Außerdem möchten wir Sie bitten Mitglieder der ADI-TD zu werden (bzw. zu bleiben) da unser gemeinsamer Einfluß mit unserer Zahl wächst.

### Wissenswertes für die klinische Praxis

#### I Behandlung der Larva migrans

#### II Leitlinie zur kutanen Leishmaniasis

#### III Empfehlungen Weichgewebeinfektionen

#### I Was tun bei Behandlung der Larva migrans, nachdem Thiabendazol für Cremes nicht mehr verfügbar ist

Die kutane Larva migrans ist eine in ihrem klinischen Bild typische Hautinfektion durch dermale Wanderung bestimmter Nematodenlarven. Das klinische Bild ist fast pathognomonisch, die entsprechende Reise- und Expositionsanamnese bestätigt den Verdacht.

#### Vorsitzender

Prof. Dr. med. Cord Sunderkötter  
Klinik für Dermatologie und Venerologie  
Universitätsklinikum Münster  
Von-Esmarch-Str. 58; 48149 Münster  
Tel: 0251-8357481  
Fax: 0251-8356522  
Email: Cord.Sunderkoetter@ukmuenster.de

#### Erster Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. med. H. Schöfer  
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie  
Klinikum J.W. Goethe Universität  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/M.  
Tel: 069-6301 5704  
Fax: 069-6301 5981  
Email: Schoefer@em.uni-frankfurt.de

#### Zweite Stellv. Vorsitzende

Prof. Dr. med. E. von Stebut-Borschitz  
Hautklinik, Universitätsmedizin,  
Johannes-Gutenberg-Universität  
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz  
Tel: 06131-175731  
Fax: 06131-175527  
Email: vonStebu@mail.uni-mainz.de

#### Sekretär

Prof. Dr. Martin Mempel  
Abteilung Dermatologie, Venerologie und Allergologie, UMG Göttingen  
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen  
Tel: 0551-39-10949  
Fax: 0551-39-6841 Universitäts-Hautklinik der  
Email: martin.mempel@med.uni-goettingen.de

#### Schatzmeister

Dr. med. D. Reinel  
Basselweg 101a, 22527 Hamburg  
Tel: /040-5402766  
Fax: /040-540 82 58  
Email: dieter.reinel@web.de

#### Vorsitzende der Society For Dermatology in the Tropics

Dr. med. D. Reinel  
Basselweg 101a, 22527 Hamburg  
Tel: /040-5402766  
Fax: /040-540 82 58

#### Vorsitzender der Deutschen STI-Gesellschaft

Prof. Dr. med. N.H. Brockmeyer  
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität  
Gudrunstr. 56, 44791 Bochum  
Tel: 0234-5093471  
Fax: 0234-5093472  
Email: n.brockmeyer@derma.de

Als eine Therapie der ersten Wahl galt die Lokalthherapie mit Thiabendazol, aber dieser Wirkstoff ist nicht mehr erhältlich.

Seitdem besteht Unsicherheit, wie zu behandeln sei. Der Vorstand der ADI-TD und andere Experten haben zusammen folgenden Vorschlag erarbeitet und zur Publikation vorbereitet:

Erwachsene und Jugendliche:

- 1.) Ivermectin 1x 200µg/kgKG (Stromectol 3 mg, Mectizan 3 mg, Ivermec 6 mg, Revectina 6 mg Tabl) (orale Gabe 2 Stunden nach und 2 Stunden vor der nächsten Mahlzeit). In der Regel reicht die einmalige Gabe aus, wenn nach 10 Tagen aber keine Besserung eingetreten ist, kann eine zweite Dosis gegeben werden (van den Enden et al. 1998).
- 2) Albendazol 800 mg/Tag für 3 Tage (Eskazole 400 mg – Tabl.) bzw. bei Jugendlichen unter 60kg, aber über 6 Jahre: 15mg/kgKg bis maximal 800mg/Tag), bei Unverträglichkeit (gastrointestinale Beschwerden) Dosisreduktion auf 400mg für 5 Tage. Albendazol sollte in 2 Einzeldosen morgens und abends zu den Mahlzeiten eingenommen werden.

Bei Kindern unter 15 kg KG (kein Ivermectin) oder Kinder unter 6 Jahren (keine genügende Erfahrung mit Albendazol) sowie bei Patienten mit diskretem Befund (nur eine Läsion, kein quälender Juckreiz) oder bei Patienten die eine Systemtherapie ablehnen:

- 3) Lokalthherapie mit Albendazol 10% in lipophiler Grundlage (zB Albendazol 1200 mg (entsprechend 3 Tabletten zu 400-mg), Vaselineum album ad 12,0) 3 -mal täglich für 7-10 Tage auf einem genügend großen Areal auftragen

Begleitend empfehlen wir zur Milderung der Entzündung und des Juckreizes eine kurzzeitige (1-5 Tage) Lokalthherapie mit einer Glukokortikoid-haltigen Creme

**Nicht** empfohlen werden:

- 1) Topische Anwendung von Mebendazol:
- 2) Kryotherapie

Am besten ist eine **Prophylaxe**: auf bekanntermaßen verseuchten Stränden und Böden Sandalen tragen und sich nicht auf den Sand und auch nicht auf Handtücher legen, sondern auf Matratzen oder Liegen. Strandareale bevorzugen, die nicht trocken sind, sondern regelmäßig von den Gezeiten gespült werden. Wenn möglich, Strände nutzen, an denen sich weder Katzen noch Hunde aufhalten.

**II Die interdisziplinären S1-Leitlinien zur kutanen Leishmaniasis** sind wie angekündigt inzwischen heraus. Sie sind übersichtlicher als die erste Version, so dass sie für den Kliniker das bieten sollten, was er braucht: eine Quelle, um schnell nachzuschlagen, wenn er bei einem Patienten einen entsprechenden Verdacht hat.

Sie sind abrufbar über

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/042-](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/042-)

[0071\\_S1\\_Kutane\\_und\\_Mukokutane\\_Leishmaniasis\\_Diagnostik\\_Therapie\\_2011-06\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/042-0071_S1_Kutane_und_Mukokutane_Leishmaniasis_Diagnostik_Therapie_2011-06_01.pdf)

bzw. <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>

Außerdem sind sie erschienen in der Online Ausgabe des JDDG:

Boecken G, Sunderkötter C, Bogdan C, Weitzel T, Fischer M, Müller A, Löbermann M, Anders G, von Stebut E, Schunk M, Burchard G, Grobusch M, Bialek R, Harms-Zwingerberger G, Fleischer B, Pietras M, Faulde M, Erkens K; Germany Society of Dermatology; German Society of Tropical Medicine; German Society of Chemotherapy. S1-Leitlinie – Revision November 2010 Diagnostik und Therapie der kutanen und mukokutanen Leishmaniasis in Deutschland J Dtsch Dermatol Ges. 2011 9 Suppl 8:1-51bz

Für Fragen die sich vermöge der Leitlinien nicht beantworten lassen, können Frau Prof. Dr Esther von Stebut oder ich gerne angerufen werden.

### **III Empfehlungen zur kalkulierten oralen Initialtherapie von Haut- und Weichgewebeeinfektionen bei Erwachsenen der PEG**

Nach den Empfehlungen für die parenterale Therapie 2010 der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V wird demnächst die Empfehlung für die orale Therapie in Tabellenform erscheinen (Schriftleiter der interdisziplinären Gruppe für das Hautkapitel war C. Sunderkötter). Es wurden darin wesentliche Teile der S2-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie *Staphylococcus aureus* bedingter Infektionen der Haut und Schleimhäute berücksichtigt.

Zwischen Erysipel und sog. begrenzten Weichgewebeeinfektionen soll besser unterschieden werden:

- 1) Erysipel** im Sinne eines *klassischen Erysipels* = eine Infektion durch *S. pyogenes* meist in Dermis und oberer Subkutis mit den charakteristischen Symptomen überwärmtes, kaum oder nicht ödematöses Erythem mit glänzender Oberfläche, scharf begrenzten Rändern und zungenförmigen Ausläufern, meist einige Zentimeter entfernt von der Eintrittspforte (z. B. von der Interdigitalmykose) sowie bereits initial begleitet von systemischer Entzündungsreaktion (Frösteln, Fieber) gefolgt von ansteigender BSG, CRP und Neutrophilenzahl.

Mittel der Wahl bei Erysipel ist Penicillin, da bisher noch keine Penicillin-resistenten *S. pyogenes*-Stämme nachgewiesen wurden. Aminopenicilline oder Penicillinase-feste Penicilline sind gegenüber Streptokokken nicht so gut wirksam.

Therapieempfehlungen: Penicillin V p.o.. 3 x 1,2-1,5 Mio. IE/Tag

Indikationen für eine **parenterale**, allenfalls sequentielle Antibiotika-Gabe (Penicillin G, siehe PEG Leitlinien für parenterale Antibiotika):

- komplizierte Erysipele (z. B. hämorrhagische, nekrotisierende oder blasige Erysipele)

- Lokalisation im Gesicht
- venöse oder arterielle Durchblutungsstörung (nach etwa 5 bis 7 Tagen sequenzielle Therapie mit oralem Penicillin V möglich)
- ggfs Patienten mit schwerer Immundefizienz.

**2) Begrenzte Phlegmone, begrenzte Weichgewebeinfektionen** = Infektion der Dermis und Subkutis, die weder ein Streptokokken-bedingtes Erysipel, noch eine eitrig-nekrotische, bis an die Faszia reichende Infektion (schwere Phlegmone) darstellt und daher in der Regel keiner chirurgischen Versorgung bedarf. Klinisch manifestiert sie sich als überwärmte, ödematöse, schmerzhaft Rötung und teigige Schwellung um ein Ulkus oder eine andere Eintrittspforte. Im Unterschied zum klassischen Erysipel ist sie livider, matter und weniger scharf begrenzt, da sie tiefere Gewebeschichten miteinbezieht; Allgemeinsymptome sind nicht zwingend.

Therapieempfehlungen:

Cefalexin p.o. 0,6 bis 1,8g pro Tag in 3 Einzeldosen

Cefadroxil p.o. 1 bis 2g in pro Tag in 1 bis 2 Einzeldosen (kein Cefuroxim da oral nicht gut genug verfügbar)

Indikationen für parenterale Therapie:

-mittelschwere bis schwere Infektionserkrankung (Phlegmone) oder bei kritischer Lokalisation (z. B. Hand- oder Gesichtsbereich), kritischer Durchblutungsstörung, ggfs Immundefizienz (siehe PEG Leitlinien für parenterale Antibiotika)

Für Besonderheiten und Ausnahmen bitte die endgültige (on-line erhältliche) Version abwarten, wir werden auf sie hinweisen.

## **Neues aus der ADI-TD**

### **I) Jahrestagung**

Im Namen von Claudia Traidl Hoffmann möchten wir Interessenten ausdrücklich bitten, **sich** umgehend **für den Jahreskongress der ADI-TD von Freitag, den 23.11.2012 bis Samstag, den 24.11.2012 in München anzumelden**. Sie würden ihr dadurch die Planung erheblich erleichtern (und die Versorgung wird erfahrungsgemäß umso besser, je sicherer ein Veranstalter mit einer Mindestanzahl an Teilnehmern rechnen darf)

Wir hoffen, dass viele Mitglieder kommen.

### **II) Verschiedenes**

Seit 2010 können wir über 50 **neue Mitglieder** willkommen heißen.

**Herr Dr D. Reinel** ist **neuer Vorsitzende der Society for Dermatology in the Tropics**. Wir gratulieren ihm herzlich dazu und danken gleichzeitig Frau **Dr S. Schliemann** für Ihre vorangegangene Arbeit. Sie wird sich weiterhin um die Tropendermatologie verdient machen.

**Herr Prof. Dr W. Sterry und Herr Prof. Dr N. Brockmeyer** haben für die DSTIG vom 14. bis 16. Juni 2012 in Berlin einen hervorragenden und gut besuchten Jubiläumskongress abgehalten. Bei der ADI-TD Tagung in München wird teilweise davon berichtet werden. Empfehlenswert für Fragen um die Themen Sexuelle Gesundheit und STI ist die Homepage der DSTIG.

### **III) Primäre Behandlung von Hautinfektionen durch Dermatologen**

In Großkliniken sollen weiterhin die Patienten mit Hautinfektionen primär von Dermatologen behandelt werden. Im letzten Rundbrief haben wir bereits darauf hingewiesen, dass an Kliniken mit zentraler Aufnahmestation vereinzelt Patienten mit z.B: Erysipel oder H. zoster (vermeintlich wegen günstiger DRG) einer Station für Innere Medizin zugewiesen werden.

Es gibt kein Gesetz dagegen, aber wenn es damit begründet wird, dass der Dermatologe keine Zusatzweiterbildung Infektiologie habe, **dann melden Sie uns das bitte**. Ein solches Vorgehen widerspricht nicht nur den Grundsätzen der DDG, sondern ausdrücklich auch der Ansicht des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, Prof. Dr Winfried Kern (wenn Sie möchten, können Sie ihn in München auf unserer Tagung treffen und selber dazu befragen).

Dermatologen müssen auf interdisziplinären (infektiologischen) Tagungen und durch die (Mit)Arbeit an interdisziplinären Leitlinien ihre Kompetenz unter Beweis stellen. Die ADI-TD möchte Sie in beiden Punkten unterstützen.

Wenn Sie Fragen oder Probleme bei Patienten mit Hautinfektionen haben, **dürfen Sie sich gerne an Mitglieder aus dem Vorstand der ADI-TD wenden**. Wir werden nicht alles beantworten können und dürfen (keine direkte Diagnose o.ä. zu Patienten die wir nicht selber sehen), aber wir werden die Fragen unter uns verteilen, so dass Sie so bald wie möglich eine Stellungnahme erhalten.

Mit besten Grüßen

Cord Sunderkötter

im Namen des Vorstandes der ADI-TD