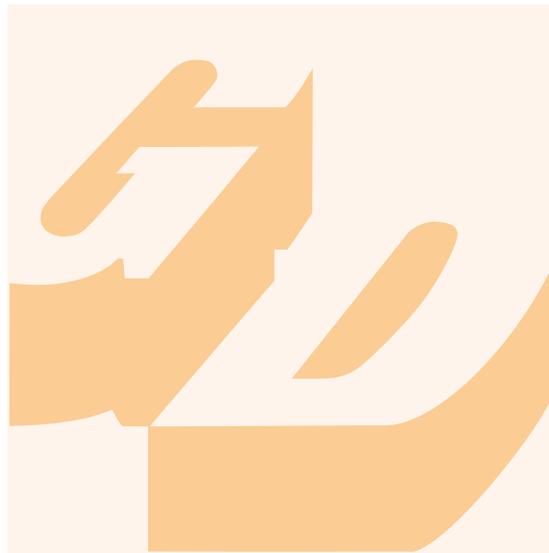


# Abstracts

## Symposium: Haut und Umwelt



Gesellschaft für  
Dermopharmazie

Vorsitz: Prof. Dr. Jean Krutmann, Düsseldorf  
Prof. Dr. Hans F. Merk, Aachen

# Lästige Mitbringsel aus dem Urlaub – Prävention und Therapie von häufig vor- kommenden Reisedermatosen

*Prof. Dr. med. Esther von Stebut-Borschitz  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie,  
Universitätsklinik Köln*

Dermatosen, die während einer Reise erworben werden, sind häufig. Neben den erwarteten „normalen“ Dermatosen wie Pyodermien, tropischen Mykosen und ähnlichen Erkrankungen mit höherer Prävalenz vor allem in den (Sub-)Tropen sind insbesondere solche Erkrankungen relevant, die nur während der Reise erworben werden und die hierzulande wenig bekannt sind. Zu diesen gehören die Larva migrans, die Tungiasis, die Myiasis und die kutane Leishmaniasis.

Die Larva migrans wird besonders häufig von jüngeren Reisenden erworben. Die Übertragung erfolgt durch Kontakt mit kontaminiertem Sand, daher tritt sie besonders häufig an den unbedeckten Füßen auf. Die wichtigsten Symptome sind sichtbare Gangstrukturen, Erytheme und ein starker Juckreiz; Beschwerden treten üblicherweise innerhalb einer Woche auf. Bezüglich der Therapie kann auf systemisches Ivermectin zurückgegriffen werden, als Alternative hat sich eine Rezeptur aus Albendazol in Vaseline bewährt. Auch topisches Ivermectin kann erwogen werden.

Die Tungiasis bezeichnet den Befall mit einem Sandfloh. Die Infektion tritt meist an den Füßen auf. Es zeigt sich eine gelbliche, über mehrere Wochen langsam wachsende Papel mit einem zentralen, dunklen Porus. Die chirurgische Entfernung des Sandfloh durch Längsinzision einer Papel mit anschließender Desinfektion ist Therapie der Wahl.

Myiasis ist eine Infektion mit Fliegenlarven, die durch Kontakt mit Eier-kontaminierten Kleidungsstücken oder durch Carrier-Mücken auf die Haut des Menschen übertragen werden. Nach Eindringen der Eier in die Haut beginnen diese sich zum Larvenstadium weiter zu entwickeln. Die Myiasis tritt häufig an Körperregionen auf, die nicht durch Kleidungsstücke bedeckt sind, kann sich aber überall manifestieren. Hauptsymptome sind eine erythematöse Papel gegebenenfalls mit Porus, dazu beklagt der Patient ein deutliches Bewegungsgefühl unter der Haut, gelegentlich auch Schmerzen und Juckreiz. Die manuelle Entfernung der Fliegenlarven aus einer Hautöffnung nach Asphyxie (zum Beispiel durch Anlegen eines okklusiven Verbands) führt zur Heilung.

Die Leishmaniasis ist eine der häufigsten Reisedermatosen, die hierzulande vor allem von den Mittelmeerrandstaaten (zum Beispiel Mallorca) importiert wird. Es handelt sich um eine von



Sandmücken übertragene parasitäre Erkrankung. Sie ist endemisch in (sub-)tropischen Regionen wie zum Beispiel Asien, Afrika, rund um das Mittelmeer, Iran/Irak, Indien und Mittel- und Südamerika. Durch die häufigen syrischen Flüchtlinge ist die Erkrankung bei uns wesentlich stärker bekannt geworden.

Klinisch reicht das Erkrankungsspektrum von der lokalisierten kutanen Leishmaniasis, über diffuse oder rezidivierende oder mukokutane Formen bis hin zur viszeralen (unbehandelt tödlich verlaufenden) Leishmaniasis. Welche der Formen sich entwickelt, wird zum einen von der verursachenden Parasitenspezies bestimmt, aber auch vom Immunstatus des Patienten (zum Beispiel HIV). Diagnostisch ist eine Probepunktion wegweisend, die auch die Bestimmung der *Leishmania* spp. ermöglicht. Als Therapie stehen verschiedene lokaltherapeutische oder auch systemische Optionen zur Verfügung; Therapieempfehlungen sind der aktuellen Leitlinie zu entnehmen.

In einer sinnvollen Reiseberatung sollten relevante Faktoren hinsichtlich vorbeugender Maßnahmen, Risikoländern und Risikoverhalten mit dem Patienten besprochen werden.



# Sind Zeckenbisse eine mögliche Ursache für eine Soforttyp-Allergie auf rotes Fleisch?

*Dr. med. Jörg Fischer*

*Universitäts-Hautklinik, Eberhard-Karls-Universität Erlangen*

Zecken gelten weltweit als wichtigster Vektor für die Übertragung von Tierkrankheiten und nach Moskitos als zweitwichtigster Vektor für Erkrankungen des Menschen. Kürzlich wurden Zecken als mögliche Vektoren für die Induktion von Allergien bei Menschen identifiziert. Berichte aus den Vereinigten Staaten, Australien, Europa und Japan zeigen eine starke Korrelation zwischen einer Typ-1-Sensibilisierung des Kohlenhydrat-Epitops Galaktose- $\alpha$ -1,3-Galaktose ( $\alpha$ -Gal) und Zeckenstichen durch Arten wie *Amblyomma americanum*, *Ixodes holocyclus*, *Ixodes ricinus* und *Haemaphysalis longicornis*. Eine Boosterung des IgEs gegen  $\alpha$ -Gal nach einem Zeckenstich wurde wiederholt dokumentiert, aber eine Identifizierung des sensibilisierenden Moleküls oder sein Ursprung (Zeckenprotein oder Wirtsblutkomponente) ist noch unbekannt.

Allergische Reaktionen, die durch spezifische IgE gegen  $\alpha$ -Gal vermittelt werden, werden unter dem Begriff „ $\alpha$ -GAL-Syndrom“ zusammengefasst. Eine Sensibilisierung gegenüber  $\alpha$ -Gal stellt ein wichtiges Gesundheitsproblem dar, da Patienten mit IgE-Antikörper gegen  $\alpha$ -Gal nicht nur auf Säugetierfleisch, Wurstwaren und gelatinehaltige Produkte reagieren, sondern auch auf Arzneimittel, welche aus Säugetieren gewonnen wurden (zum Beispiel therapeutische Tumorantikörper wie Cetuximab, Gelatine-zubereitungen im Bereich der Notfallmedikamente oder Impfstoffe).

Das verzögerte Auftreten der allergischen Reaktion nach Genuss von rotem Fleisch mit einer Latenz von drei bis sechs Stunden gilt als sehr typisch für dieses Krankheitsbild. Klinische Beobachtungen und Expositionstestungen zum Reaktionsverlauf nach Verzehr von Innereien von Säugetieren zeigen aber, dass die individuelle Empfindlichkeit von Patienten variabel ist. Patienten mit typisch verzögerter Reaktion auf Säugetierfleisch können akzelleriert Symptome bei Verzehr von Nieren derselben Säugetierspezies entwickeln. Umgekehrt gibt es  $\alpha$ -GAL-Patienten, die mit Muskelfleisch nicht auslösbar sind, aber mit drei- bis sechsständiger Verzögerung nach Verzehr auf Nieren reagieren.

Aufgrund einer intravenösen oder subkutanen Verabreichung kommt es bei allergischen Soforttypreaktionen auf Cetuximab, Antivenine oder Gelatinezubereitungen in Volumenersatzmitteln oder Impfstoffen nicht zu einem verzögerten Auftreten. Das Risiko für das Auftreten von Soforttypallergien auf Arzneimittel, die aus Säugetiergeweben gewonnen wurden, ist unabhängig von der Verträglichkeit von rotem Fleisch. Daher sind Patienten mit IgE-Antikörper



gegen  $\alpha$ -Gal als potentiell gefährdet durch diese Arzneimittel einzuordnen. Auch Bioprothesenmaterialien, welche im Bereich der Herzchirurgie verwendet werden, beinhalten das Risiko für Patienten mit hohem IgE-Titer eine erhöhte perioperativen Komplikation beziehungsweise vorzeitige Degradation der Klappen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das  $\alpha$ -GAL-Syndrom ein globales Gesundheitsproblem darstellt und von hoher medizinischer Bedeutung für Patienten mit IgE-Antikörper gegen  $\alpha$ -Gal ist.



# Ursachen und Diagnose von photoallergischen Reaktionen an der Haut

*Dr. med. Norbert J. Neumann*

*Hautklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*

Eine photoallergische oder eine phototoxische Dermatitis entsteht durch eine Wechselwirkung zwischen einem Photosensibilisator und elektromagnetischer Strahlung, meistens aus dem UV-Bereich.

Unter dem Begriff „Photosensibilisatoren“ werden sowohl synthetische als auch natürlich vorkommende Substanzen zusammengefasst, die auf der Haut nach vorheriger UV-Exposition (vornehmlich aus dem UV-A-Bereich) phototoxische oder photoallergische Reaktionen hervorrufen können. Im Allgemeinen treten phototoxische Reaktionen sehr viel häufiger auf als photoallergische Dermatitis. Zum Nachweis solcher Photosensibilisatoren wird eine belichtete Variante des herkömmlichen Epikutan-Tests, der sogenannte Photopatch-Test, angewandt. Besteht jedoch anschließend ein begründeter Verdacht auf ein falsch negatives Photopatch-Test-Ergebnis, können darüber hinaus weitere Testverfahren, wie der Photoprick- oder der Photoscratch-Test sowie auch ein belichteter Intrakutan-Test hilfreich sein.

Ist wahrscheinlich erst ein Metabolit einer Testsubstanz der eigentliche Photosensibilisator, dann kommt die systemische Photoprovokation als Nachweisverfahren infrage. Da im Einzelfall phototoxische von photoallergischen Testreaktionen klinisch nur schwer abzugrenzen sind, können typische Reaktionsmuster, die im Rahmen von sehr umfangreichen Studien eruiert wurden, zur Differenzierung zwischen phototoxischen und photoallergischen Testreaktionen beitragen.

