

Tungiasis

Ungewolltes Souvenir nach Madagaskar-Urlaub

Patientenbeschreibung

Dolente Druckstelle an der Endphalanx 2. Zehe rechts, imponiert als erbsgroßer Tumor bis unter den Nagel reichend, druckschmerzhaft, keine Umgebungsentzündung
Klinischer Verdacht: Clavus
Kurettage unter Chlorethylsprit-Betäubung und Entfernung von gekammertem Material, keine Blutung.

Nach der Versorgung Mitteilung des Patienten, dass die Läsion **in Madagaskar vor ca. 6 Wochen** erworben wurde, nach eigener Angabe jedoch nie barfuss gelaufen!

Tungiasis

Parasit: *Tunga penetrans* (Größe ca. 1 mm)

Hauptwirte: Hunde- und Katzen-artige Säugetiere, Ratten, Schweine

Vorkommen: tropische und subtropische Regionen in Afrika und Amerika, Karibik

Entwicklung: Nur begattete Weibchen bohren sich in die Haut ein (beim Menschen bevorzugt Interdigitalräume und Subungualregionen der Zehen betroffen).

Innerhalb von 7-14 d erreicht der Flohuterus Erbsgröße, das Hinterteil mit Atem- und Geschlechtsöffnung zeigt nach außen, ca. 300 Eier werden produziert, dann stirbt der Floh ab

Klinisches Bild: Stadienabhängig, von rotem Punkt mit ev. erythematösem Hof über weißlichem papulösen Tumor mit zentralem schwarzen Punkt bis zur vorgewölbten parallelastischen Papel mit epidermaler Hyperplasie, mit mehr oder minder starker Verfärbung und Hyperkeratose.

Komplikationen: Sekundärinfektionen mit Juckreiz und Schmerzen, Abszesse, Ulzerationen mit Lymphangitis und Gangrän

Beachte: Auch vielfacher Befall kann vorkommen!

Differentialdiagnosen

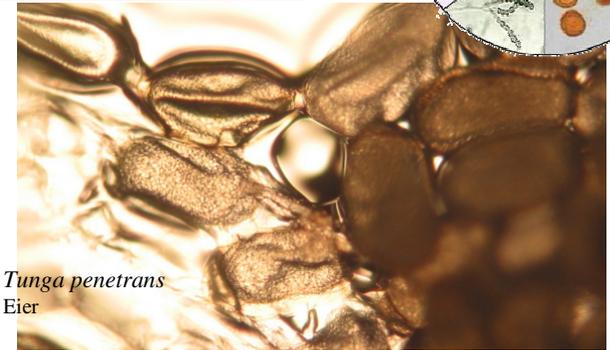
- Myiasis: in Afrika durch Larven von *Cordylobia anthropophaga*, die Tumbufliege,
- in Lateinamerika durch *Dermatobia hominis* (Dasselfliege)
- Clavus, Pyodermie, Furunkel



Tunga penetrans
♀ Sandfloh
Sprunghöhe maximal 1 cm!



Läsionen an Füßen, Zehen, subungual



Tunga penetrans
Eier

Behandlung

Entfernung des Flohs mit Nadel und Pinzette bzw. wie im oben beschriebenen Fall mit Kurettage, ggf. Stanzbiopsie.

Daran denken! → Tetanus (Immunisierung?) und Gasbrand!

Bei multiplem Befall kann Thiabendazol (25-50 mg/kg KG für 2-3 d) verwendet werden.

Bei Sekundärinfektionen wird mikrobiologische Diagnostik mit gezielter antibiotischer (topisch, ggf. systemisch) Therapie empfohlen.

Diagnostik

Mikroskopie, ggf. fluoreszenzoptisches Präparat des entfernten Materiales zur Bestätigung der Diagnose (Material vor Austrocknung schützen und ggf. in wenig physiologischer Kochsalzlösung einsenden).

Wundabstrich zum mikrobiologischen Erregernachweis, Identifizierung und Resistenztestung.

Wir bieten bei speziellen Fragestellungen ausführliche Hilfe für Diagnostik und Therapie an!

PS: Frau Dr. med. U. Hradetzky und U. Krusche, Hautärztinnen in Leipzig, Landsberger Str. 4 sei herzlich für die klinischen Daten sowie die Zusammenarbeit gedankt.