

# Kutane Leishmaniose: Das etwas andere Souvenir

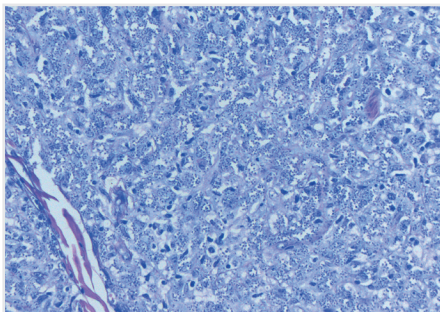
■ Der in Deutschland lebende, gut situierte Manager einer großen Firma war beruflich für längere Zeit in seine Heimat Iran gereist. Bereits während des Aufenthaltes bemerkte er teils juckende, fokal ulcerierte Hautveränderungen an den typischen Prädilektionstellen. Hierzu zählen vor allem die unbedeckten Hautareale der oberen und unteren Extremität. Nach seiner Rückkehr nach Deutschland wurde er bei seinem Hautarzt vorgestellt.

## Histologie

In der dort entnommenen Probebiopsie zeigte sich ein ausgeprägtes Bild einer kutanen Leishmaniose, die im Iran endemisch ist. Es finden sich lymphozytenarme Granulome mit fokal sarkoidalem Aspekt und reichlich Amastigoten sowohl extrazellulär als auch in Makrophagen. Amastigoten sind die Erreger, die sich als basophile unbekapselte ca. 2–4µm große Strukturen präsentieren und zumeist eine dunklere und eine hellere Hälfte zeigen.

## Diagnose: Kutane Leishmaniose

Da das Erscheinungsbild der kutanen Leishmaniose sehr vielgestaltig ist, kann die Abgrenzung von anderen dermatologischen Differenzialdiagnosen



Parasiten in der geißellosen Form in Makrophagen

höchst schwierig sein. Einer präzisen Diagnostik muss hier also höchste Bedeutung beigemessen werden, da nur der positive Erregernachweis sowie der Nachweis der entsprechenden Erregerspezies die Einleitung der spezifischen Therapie indiziert. Dies sollte nicht zuletzt auf Grund der sonst narbig abheilenden und oft dann entstellenden kutanen Herde erfolgen. Weit verbreitet sind invasive diagnostische Maßnahmen wie die Durchführung einer Stanzbiopsie, Schürf- und Aspirationspräparate zum direkten Erregernachweis. Bei klinischem Verdacht auf eine Leishmaniose und fehlendem histologischen Nachweis bei geringer Erregerdichte kann eine molekularpathologische Diagnostik mittels PCR und anschließender Detektion des PCR-Produktes den genauen Nachweis erbringen. Es ist möglich die Untersuchung am vorliegenden Formalin-fixierten, in Paraffin eingebetteten Gewebe durchzuführen.

Für die Reihenuntersuchungen in hochendemischen Gebieten Afrikas, Asiens und Amerikas wurde nun eine nicht-invasive, schnelle und risikoarme Methode etabliert, die einem Tesafilmabstrich entspricht, der darauffolgend in zentralisierten Laboren evaluiert wird. Es wird berichtet, dass der Test sehr Spezies-sensitiv ist und evtl. auch zur Therapiekontrolle eingesetzt werden kann, da die Erregerlast optimal abgebildet wird. Dies muss jedoch noch in Studien verifiziert werden, so dass in unseren Breitengraden der histologische Nachweis sowie die nachfolgende Typisierung mittels Molekularpathologie immer noch den Goldstandard darstellt. Die Immunantwort des Patienten und die Erregerspezies sind für den



PD Dr. med. Claudia Kauczok,  
Würzburg

Krankheitsverlauf entscheidend, dermatotrop sind *L.tropica*, *L.infantum*, *L.major* und *L.aethiopica*. In Einzelfällen kommt es zu einer Spontanheilung. Hierbei scheint es sich um Fälle mit einer geringen Erregerlast zu handeln. Unklar ist immer noch, ob dies auf einer Inokulation mit einer geringen Parasitenzahl oder einer effizienteren Immunantwort basiert.

## Lokale vs. systemische Therapie

Bis heute gibt es keine zufriedenstellende Therapieoption. Komplexe Läsionen, mukokutane Verlaufsformen sowie rezidivierende, disseminierte und diffuse kutane Verläufe sollten systemisch behandelt werden. Für eine Lokalbehandlung eignen sich einfache Läsionen sowie die kutane Leishmaniose bei Schwangeren und bei anderen Patienten mit Kontraindikationen für eine systemische Therapie. Systemisch kommen aktuell Azole (Itraconazol, Ketokonazol)

## Kutane Leishmaniose

Weltweit sind 12 Millionen Menschen in rund 98 Ländern betroffen. Entsprechend der zahlreichen Leishmania-Arten zeigen sich ebenso mannigfaltige Erscheinungsformen. Klassifiziert werden die lokalisierte kutane Form, die mukokutane-diffuse und die viszerale Leishmaniose. Infizierte weibliche Sandmücken übertragen durch Biss die Protozoen und führen so zur Infektion. Die jährliche Inzidenz liegt zwischen 0,7 und 1,2 Millionen Fällen weltweit.

sowie seit mehr als 40 Jahren Antimonpräparate und Natriumstibogluconat zum Einsatz, basierend auf dem Nachweis der Erregerspezies. Die Therapeutika bieten jedoch ein erhebliches Nebenwirkungsspektrum und eine beachtenswerte Toxizität.

Bei Patienten mit einer klinisch geringen Anzahl an kutanen Läsionen und erheblicher Komorbidität kann eine subkutane intraläsionale Injektion von N-Methylglucaminantimonat oder auch eine Kryotherapie angewandt werden. Beides stellt ein recht sicheres, Erfolg versprechendes und gut toleriertes therapeutisches Vorgehen dar.

### Antimikrobiell begleiten

Die ulzerierten kutanen Leishmanioseherde sind meist sekundär besiedelt. Dies führt zu einer verzögerten Reepithelisierung, so dass hier immer zusätzlich zum systemischen oder lokalen Ansatz eine antimikrobielle Therapie der Ulzera durchgeführt werden muss, im speziellen mit 0,045% pharmazeutischem Natriumchlorit.

Dies ist wiederum ein Beispiel für den Stellenwert einer guten Vernetzung zwischen Kliniker und dem Dermatohistologen. Kurze diagnostische Wege und eine ausgewiesene Kommunikationskultur sorgen hier für die notwendige Geschwindigkeit und Präzision zum Wohle des Patienten. ■

*PD Dr. med. Claudia Kauczok*

**praxis für dermatohistologie**, Würzburg  
[praxis@dermatohistologie-wuerzburg.de](mailto:praxis@dermatohistologie-wuerzburg.de)

*Ein besonderer Dank gilt Frau Dr. Ghaffari, Hautärztin in Aachen für die Einsendung des Gewebematerials und die ausführliche Erhebung und Mitteilung der Anamnese.*

Diesen Beitrag finden Sie auch online:  
[www.aerztliches-journal.de](http://www.aerztliches-journal.de)

