

JA, ICH
HABE MEINE
VITILIGO
AKZEPTIERT.
SCHLIEßLICH
HABE ICH
KEINE
WAHL.

65 % aller Menschen mit Vitiligo wird gesagt, ihre Erkrankung sei nicht behandelbar.¹ Noch gravierender ist, dass nahezu die Hälfte aller Betroffenen eine Behandlung überhaupt nicht mehr in Betracht zieht.¹ Wie Sie wissen, tritt Vitiligo meist im Teenageralter auf – und ohne zugelassene Therapie fühlen sich viele Betroffene in einem Zustand der Ungewissheit gefangen. Deshalb forschen wir an neuen wissenschaftlichen Ansätzen. Denn wenn wir uns alle mehr mit der Erkrankung Vitiligo befassen, haben Ihre Patientinnen und Patienten eines Tages vielleicht wieder eine Wahl.

entdeckevitiligo.de

Incyte
Dermatology



ENTDECKE VITILIGO →

© 2022, Incyte Biosciences International Sàrl. All rights reserved.
Date of preparation: May 2022 DE/OTHR/M/22/0002

1. Bibeau K, et al. Diagnosis and Management of Vitiligo From the Perspectives of Patients and Healthcare Professionals: Findings From the Global VALIANT Study. Maui Derm for Dermatologists. Maui, HI. January 24th–28th 2022.

Ulzerierende Plaque und Lymphadenopathie bei Tularämie

Ulcerating plaque and lymphadenopathy in tularemia

Linda Golle | Cord Sunderkötter | Burkhard Krefth

Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Korrespondenzanschrift

Linda Golle, Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsklinikum Halle (Saale), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Ernst-Grube-Straße 40, 06120 Halle (Saale).
Email: linda.golle@uk-halle.de

Sehr geehrte Herausgeber,

kürzlich wurde eine 51-jährige deutsche Patientin ohne auffällige Reiseanamnese mit Ulkus und regionaler Lymphadenopathie beschrieben, bei der eine akute Tularämie diagnostiziert wurde.¹ Zur Bestätigung der Annahme, dass derartige Fälle in Deutschland inzwischen möglicherweise häufiger sind als bisher vermutet, möchten wir im Folgenden eine weitere Kasuistik ergänzen und auf zusätzliche relevante Aspekte eingehen, wie die beobachtete und hier erstmals für den deutschsprachigen Raum berichtete Spontanheilung einer Infektion mit *F. tularensis* spp. *holarctica*.

Ein 69-jähriger Mann beobachtete eine rasch ulzerierende Plaque über der linken Scapula (Abbildung 1a, b). Unter dem Verdacht eines Herpes zoster erfolgte ambulant zunächst eine Therapie mit Brivudin und im Verlauf mit Cefpodoxim in der Annahme einer bakteriellen Infektion. Keine der beiden Therapien besserte den Befund. Wir sahen den Patienten drei Wochen später, als in der linken Axilla derbe, leicht schmerzhaft Lymphknotenschwellungen und ein Erythem mit Dysästhesien auftraten. Die Freizeitanamnese ergab, dass der Patient Angler war, ein Aquarium besaß und zwei Kaninchen in einem Außengehege hielt. In der CT-Untersuchung zeigte sich, korrespondierend zum klinischen Bild, eine kleine Abszessformation links axillär. Biopsien von der Plaque ergaben histologisch eine suppurative und granulomatöse Pannikulitis. Die Lymphknotenhistologie zeigte granulomatöse und nekrotische Veränderungen.

Somit lag eine Infektion nahe. Differenzialdiagnostisch erwogene Infektionen durch *Bartonella henselae* (Katzenkratzkrankheit), *Sporothrix schenckii* (Sporotrichose), Parapoxviren (Morbus Orf), Actinomyces oder Nokardien

(Aktinomykose/Nokardiose), Leishmanien (Leishmaniose), Brucellen (Brucellose) sowie *Mycobacterium tuberculosis* (kutane Tuberkulose) konnten ausgeschlossen werden.

Molekularbiologisch wurde mittels PCR aus dem Gewebe *Francisella (F.) tularensis* spp. *holarctica* nachgewiesen. Damit vereinbar lagen serologisch erhöhte IgM- und IgG-Antikörper gegen *F. tularensis* vor. Anhand der erhobenen Befunde konnte die Diagnose einer ulzeroglandulären Form der Tularämie gesichert werden. Zum nächstmöglichen Zeitpunkt, an welchem der Patient ärztlich reevaluiert werden konnte, hatte bereits eine Spontanheilung begonnen, welche nach 8 Wochen fast vollständig abgeschlossen war (Abbildung 1c). Wir verzichteten daher auf eine antibiotische Therapie und klärten den Patienten über die grundsätzliche Möglichkeit einer Rezidivkrankung auf, welche bislang, 28 Monate nach Heilung, nicht aufgetreten ist.

Die Tularämie, auch als „Hasenpest“ bezeichnet, ist eine seltene Zoonose,^{2,3} hervorgerufen durch *Francisella tularensis*, einen gramnegativen, intrazellulären, unbeweglichen, aerob wachsenden, pleomorphen Coccobazillus.^{1,2,4} Die Subspezies *holarctica* ist in der gesamten nördlichen Hemisphäre verbreitet und ist im Vergleich mit den anderen bekannten Subspezies *F. tularensis mediasiatica* und *novicida* weniger virulent.³⁻⁵ Obwohl gelegentlich berichtet wird,^{2,6} dass bei diesem Subtyp Spontanheilungen eintreten können, wurde solch ein Fall für den deutschsprachigen Raum nach Pubmed-Recherche bislang nicht publiziert. Humanpathologisch bedeutsame Reservoirs sind verschiedene Kleinsäuger, wie Nagetiere, aber auch andere Wild- und Haustiere, daneben Arthropoden wie

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

© 2023 The Authors. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of Deutsche Dermatologische Gesellschaft.



(a)



(b)



(c)

ABBILDUNG 1 (a, b) Rasch progredienter klinischer Initialbefund. (c) Klinischer Befund nach Spontanheilung (8 Wochen)

Zecken oder Bremsen.^{2,4,7-9} Die kutane Infektion erfolgt über Hautverletzungen bei Kontakt zu infizierten Tieren oder Kadavern,¹⁰ kann aber auch über Arthropodenstiche geschehen.^{1,3,7-9} Eine Infektion über Haustiere ist, je nach Haltung, prinzipiell möglich, stellt jedoch die Ausnahme dar. Der fehlende Kontakt zu Wildtieren, die Lokalisation am Schulterblatt und die Freizeitanamnese legen im vorgestellten Fall eine Übertragung durch Arthropoden nahe.

Berufsdermatologisch bedeutsam ist eine nachgewiesene Erkrankung für Jäger sowie Fleischarbeiter (BK 3101, BK 3102 nach Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung [BKV]).¹¹ Die Infektionserkrankung ist hierzulande meldepflichtig. In Deutschland wurden in den letzten Jahren 20–30 Fälle registriert; allerdings wird eine hohe Dunkelziffer vermutet.^{5,10} Zumeist finden sich hierzulande ulzeroglanduläre und glanduläre Formen der Tularämie.^{1,7,8} Diese Verlaufsform beginnt üblicherweise nach einer Inkubationszeit von durchschnittlich 3–6 Tagen mit einem Knoten an der Inokulationsstelle, welcher innerhalb weniger Tage ulzeriert.^{12,13} Später stellt sich eine regionale schmerzhaft, teils einschmelzende Lymphadenopathie ein.

Klinisch soll an eine ulzeroglanduläre Tularämie immer dann gedacht werden, wenn einem Ulkus (Primäraffekt) binnen 7–14 Tagen eine regionäre schmerzhaft, teilweise einschmelzende Lymphadenitis folgt, oft mit grippeähnlichen Symptomen assoziiert.

Die Diagnose wird dann serologisch und immunhistologisch beziehungsweise mittels PCR gesichert,¹⁴ der kulturelle Nachweis gelingt indes aufgrund spezieller Anforderungen an Anzuchtmedien selten.³ Zur Sicherheit sollten gleichzeitig die oben genannten Differenzialdiagnosen ausgeschlossen werden.

Zur Therapie gibt es aufgrund der geringen Fallzahlen bislang keine systematischen Studien.¹³ Vielfach wird eine antibiotische Therapie mit Fluorchinolonen oder Tetracyclinen empfohlen.¹³ Früher eingesetzte Antibiotika wie Rifampicin oder Aminoglykoside (zum Beispiel Streptomycin) stellen zwar eine wirksame und früher häufiger beschriebene Alternative dar, sind jedoch mit einem erhöhten Risiko unerwünschter Wirkungen oder Resistenzentwicklungen verbunden.¹³ Penicilline und Beta-Lactam-Antibiotika sind wirkungslos.¹³

Mit unserem Fall belegen wir ausdrücklich, dass nach Infektion mit der Subspezies *holarctica* auch eine Spontanheilung eintreten kann. Dennoch sollte bei akuter und gesicherter Infektion oder im Falle eines Wiederaufflammens nach stattgehabter Spontanheilung, z.B. unter Immunsuppression, grundsätzlich eine systemische antibiotische Behandlung erfolgen.

DANKSAGUNG

Open access Veröffentlichung ermöglicht und organisiert durch Projekt DEAL.

INTERESSENKONFLIKT

Keiner.

LITERATUR

1. Roerden A, Silber T, Zens J, Schaller M. Peripheral ulceration and enlarged regional lymph nodes in a 51-year-old German female. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2021;19:1661-1664.
2. Robert Koch-Institut, Ratgeber Tularämie. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tularaemie.html;jsessionid=63810C67738C844F0FF77736B9A9AE77.internet071?nn=2398124 [Last accessed April 1, 2022].
3. Kohlmann R, Geis G, Gatermann SG. Die Tularämie in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr*. 2014;139:1417-1422.
4. Maurin M, Gyuranecz M. Tularaemia: clinical aspects in Europe. *Lancet Infect Dis*. 2016;16:113-124.
5. Appelt S, Faber M, Köppen K, et al. Francisella tularensis subspecies holarctica and Tularemia in Germany. *Microorganisms* 2020;8:1448.
6. Grunow R, Splettstößer W, Hirsch FW, et al. Differentialdiagnose der Tularämie [Differential diagnosis of tularemia]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2001;126(6):408-413.
7. Faber M, Heuner K, Jacob D, Grunow R. Tularemia in Germany – A re-emerging zoonosis. *Front Cell Infect Microbiol*. 2018;8:40.
8. Potz-Biedermann C, Schwendemann L, Schröppel K, et al. Ulceroglandular tularemia. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011;9:806-808.
9. Schön MP. The tick and I: Parasite-host interactions between ticks and humans. *J Dtsch Dermatol Ges* 2022;20:818-853.
10. Vukovic S, Anagnostopoulos A, Zbinden R, et al. Schmerzhaftes Lymphadenopathie nach Insektenstich – ein Fallbericht [Painful lymphadenopathy after an insect bite-a case report]. *Hautarzt*. 2019;70:47-50.
11. Kreft B, Sunderkötter C. Occupational Skin Infections. In: John S, Johansen J, Rustemeyer T, et al. (eds) *Kanerva's Occupational Dermatology*. Springer, Cham, 2019.
12. Tärnvik A, Chu MC. New approaches to diagnosis and therapy of tularemia. *Ann N Y Acad Sci*. 2007;1105:378-404.
13. Robert Koch-Institut, Stellungnahme zur Therapie der Tularämie. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Stellungnahmen/Stellungnahme_Tularaemie.pdf?__blob=publicationFile [Last accessed March 5, 2022].
14. Sunderkötter C, Becker K, Kutzner H, et al. Molecular diagnosis of skin infections using paraffin-embedded tissue - review and interdisciplinary consensus. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2018;16:139-147.