Wissenschaftliches Hauptprogramm - Teil 2: Vortragssitzung „Neues aus der Dermatopharmakologie und Dermatotherapie“

Infektionen an der Haut – Was gibt es zu bedenken 2025?

Prof. Dr med. Helmut Schöfer, Neu-Isenburg

Bakterielle Infektionen

Die Beteiligung methicillinresistenter S. aureus Stämme (MRSA) an Pyodermien (Follikulitiden, Furunkel, Abszesse etc.) ist in den letzten Jahren weiter zurückgegangen. Stattdessen werden zunehmend schwere, therapieresistente und hartnäckig rezidivierende Infektionen durch PVL-positive Staphylokokken beobachtet (PVL= porenformierendes Exotoxin mit Schwächung kutaner Abwehrfunktionen). Die Behandlung erfolgt nach Antibiogramm, erfolgversprechend sind u.a. Clindamycin oder Linezolid. V.a. von Geflüchteten aus Westafrika (auch Asien) kann eine kutane Diphtherie importiert werden, die durch Autoinokulation (Schmierinfektion) zur schweren, potenziell letalen Rachendiphtherie führen kann (Behandlung mit Antitoxin und Penicillin G). Zunächst 2004 endemisch aus Japan berichtet, breiten sich Fälle der streptogenen nekrotisierenden Fasziitis und des Streptokokken-induzierten toxisches Syndroms (STSS) aus. Ihre frühzeitige Erkennung und chirurgische plus antibiotische Behandlung kann lebensrettend sein.

Virusinfektionen

Weltweit, besonders in Nordamerika und Europa, sind die Masern und Röteln zurück. Als mögliche Ursache werden vernachlässigte Standardimpfungen zu COVID-Zeiten vermutet. Zwei von Westafrika ausgehende Mpox- Ausbrüche fanden 2022 (Clade IIb) und 2024 (Clade Ib) eine rasche globale Verbreitung, gingen aber auch überraschend schnell zurück. Die Übertragung von Mpox-Virus IIb erfolgt überwiegend sexuell, Mpox Ib auch durch Schmierinfektionen (bei Kindern bis zu 4% letaler Ausgang!).

In Assoziation mit ihren Vektoren (Stegomyia-Mücken u.a.) breiten sich Arbovirusinfektionen wie Dengue-, Chikungunya-, Zika- und West-Nil-Fieber in gemäßigte Klimazonen aus: Autochthone (!) Infektionen werden zunehmend in Süd- und Westeuropa beobachtet. Neue Impfstoffe sind in der Entwicklungsphase.

Pilzinfektionen

Der überwiegend durch sexuelle Kontakte übertragene Trichophyton mentagrophytes Typ VII führt zu schwer behandelbaren (monatelang orales Itraconazol), tiefen Dermatophyten Infektionen der Genitoanalregion (Tinea profunda genitalis) und der zunächst in Indien aufgetretene, hochgradig gegen Terbinafin resistente T. indotineae mittlerweile auch in Deutschland zu großflächigen Tinea corporis Fällen. Erst seit 2024 machen gehäufte Fälle von Tinea capitis, überwiegend bei Männern, auf sich aufmerksam, als deren Ursache T. tonsurans kultiviert werden kann. Als Ansteckungsquelle wurde bei vielen Patienten der regelmäßige Besuch von sogenannten Barber-Shops (mit

ungenügend desinfizierten Rasur- und Haarschneide-Utensilien eruiert („Barber-Pilz“ Erkrankung).

Parasitosen

Wie schon länger in vielen Praxen und Kliniken durch die Beobachtung zwar leitliniengerechter, aber therapieresistenter Skabiesbehandlungen vermutet, konnte jetzt eine Resistenzmutation bei der Krätzemilbe (Sarcoptes scabiei) festgestellt werden. Eine Änderung der Aminosäuresequenz in der Domäne II des VSSC-Gens führt zu einer Herabsetzung der Permethrin Empfindlichkeit. Die Verlängerung der topischen Permethrin-Anwendung und/oder eine Kombination mit oralem Ivermectin (200µg/kg) können hier Abhilfe schaffen. Beide Substanzen sind mindestens zweimal, im Abstand von 7-10 Tagen, anzuwenden.