

Et tilfælde af tungiasis efter rejse i Kenya

Reservelæge Mathias Rathe, medikotekniker Aase Rafn,
praktiserende læge Thorkil Poulsen &
1. reservelæge Rajesh Mohey

Regionshospitalet Herning, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling og
Medicinsk Afdeling, og
Århus Universitetshospital, Skejby, Parasitologisk Laboratorium
og Infektionmedicinsk Afdeling Q

Resume

Tungiasis er en smertefuld ektoparasitær hudsygdom, der er forårsaget af sandloppen *Tunga penetrans*. Prævalensen i endemiske områder er op til 83%, mens den i ikkeendemiske områder ses sjældent. Den forekommer her primært hos hjemvendte rejsende fra tropiske og subtropiske regioner. Øget rejseaktivitet til og fra disse regioner kan imidlertid medføre, at denne lidelse vil ses oftere i ikkeendemiske områder. Vi rapporterer et tilfælde af tungiasis efter rejse i Kenya.

Tungiasis er en ektoparasitær hudsygdom, der er forårsaget af infestation med sandloppen *Tunga penetrans* – også kendt som *jigger flea*. Prævalensen er i endemiske områder 21% til 83%, mens den i ikkeendemiske områder primært ses hos hjemvendte rejsende fra tropiske og subtropiske regioner [1]. Der er tidligere rapporteret ét tilfælde fra Danmark [2].

Sygehistorie

En tidligere rask 60-årig kvinde, der var kommet hjem efter 14 dages rejse i Kenya, henvendte sig fem dage efter hjemkomsten til egen læge pga. en hævelse på medialsiden af venstre storetå. Hendes egen læge mistænkte parasitsygdom, da der med lup kunne ses æglignende elementer i såret. Patienten henvises til infektionmedicinsk ambulatorium. Her fandt man et 3-4 mm stort eleveret sår uden tegn til infektion, hvorfra der kunne ekstraheres hvide, ovale, æglignende elementer (**Figur 1**). De ekstraherede æg blev sendt til videre undersøgelse på parasitologisk laboratorium. Såret blev rensset op og patienten tilrådet at vaske det dagligt. Æggene identificeredes som æg af *T. penetrans*. På baggrund af dette samt de kliniske fund stilledes diagnosen: Infestation med sandloppen *T. penetrans* – tungiasis. Ved kontrol af såret syv dage senere fandt man såret rent og uden tegn til infektion.

Diskussion

T. penetrans forekommer endemisk i Latinamerika (fra Mexico til det nordlige Argentina), på de Caribiske øer og den del af Afrika, der ligger syd for Sahara, samt muligvis i Indien, hvor den dog ikke menes at have etableret sig [1, 3]. Loppen er en millimeter lang og kan hoppe 20 cm vertikalt. Den trives i

varm sandjord, hvor æggene klækkes, og lopperne udvikles og parres. Efter parring søger den gravide hunloppe en varm-blodet vært og påbegynder her en udvikling i fem stadier. Mennesker infesteres primært, når de færdes barfodede i loppens habitat. Værtens epidermis penetreres, som oftest hvor denne er tynd som mellem tærne eller under tåneglene. Selve invasionen bemærkes sjældent, men kan ses som en lille rød plet. Loppen suger blod fra den superficielle del af dermis, og udviklingen af æg begynder, hvorved loppens abdominal-segment tiltager i omfang. Den bemærkes nu som en kløende, smertefuld nodulus med en centralt placeret sort plet, der er omgivet af variende grader af inflammation. Efter ca. fire dage opnår parasitten maksimal størrelse. Læsionen ligner en hvid perle med en central åbning, der udgøres af loppens anogenital-region, hvorfra loppen frigiver æg og fæces til omgivelserne. Tre til fire uger efter penetrationen dør loppen in situ og afstødes. Læsionen findes her typisk dækket af en mørk sårskorpe. Herefter finder gradvis ophealing sted, som efterlader et ar i stratum corneum. Diagnosen stilles klinisk. Observation af æg og brunlige fæcestråde omkring den centrale åbning er patognomonisk. Hjemvendte rejsende præsenterer sig sjældent med mere end en enkelt læsion, og forløbet er i reglen selvlimiterende. I endemiske områder ses imidlertid massive og invaliderende infestationer med op til 145 læsioner, der ofte er ledsaget af komplikationer i form af atrofi eller tab af negle, deformation eller autoamputation af tæer og gangbesvær [1, 4]. Sekundære bakterielle infektioner med hudpatogener i form af *Staphylococcus aureus* (36%) og hæmolytiske streptokokker (11%) er hyppige [5], og dødsfald som følge af infektion med *Clostridium tetani* er en ikke uset komplikation hos ikkevaccinerede [4]. Endvidere ses ofte kolonisering med forskellige saprofytter i form af Enterobacteriaceae (30%), *Enterococcus* spp. (1%), *Pseudomonas* spp. (3%) samt forskellige anaerobe (20%)[5]. Behandlingen består i at fjerne loppen in



Figur 1. Tungiasis hos en 60-årig kvinde hjemvendt fra Kenya.

toto. Forebyggelse for rejsende i endemiske områder består i brug af lukket fodtøj samt insektspray.

På trods af få rapporterede tilfælde fra Danmark ses tungiasis hos hjemvendte rejsende. En øget rejseaktivitet til endemiske regioner kan forventes at medføre en hyppigere forekomst. Uden forhåndskendskab kan diagnosen være vanskelig at stille og kan differentialdiagnostisk forveksles med bl.a. paronychia, et inficeret insektskik eller bid, absces, dracunculiasis, myiasis eller verruca vulgaris. Kendskab til lidelsen er derfor væsentlig for læger, som rådgiver og behandler rejsende.

Summary

Mathias Rathe, Aase Rafn, Thorkil Poulsen & Rajesh Mohey:

Tungiasis case after a trip to Kenya:

Ugeskr Læger 2009;171(10):818

Tungiasis is an ectoparasitic skin disease caused by infestation by the female sand flea, *Tunga penetrans*. Prevalence in endemic areas may reach 83%, while it is rare in non-endemic areas. However, an increase in international travel to and from the affected regions may lead to a rise in the number of cases in non-endemic countries. We present a Danish case of tungiasis contracted during a trip to Kenya.

Korrespondance: *Mathias Rathe*, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning, DK-7400 Herning. E-mail: mathias@rathe.nu

Antaget: 10. april 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Cestari TF, Pessato S, Ramos-e-Silva. Tungiasis and myiasis. Clin Dermatol 2007;25:158-64.
2. Hansen BF, Riis-Petersen J. Tungiasis. Ugeskr Læger 1991;153:2956.
3. Heukelbach J. Tungiasis. Orphanet Encyclopedia. www.orpha.net/data/patho/GB/uk-Tungiasis.pdf (marts 2008).
4. Feldmeier H, Eisele M, Saboia-Moura RC et al. Severe tungiasis in underprivileged communities: case series from Brazil. Emerg Infect Dis 2003;9:949-55.
5. Feldmeier H, Heukelbach J, Eisele M et al. Bacterial superinfection in human tungiasis. Trop Med Int Health 2002;7:559-64.