

# Dermatologiske problemer under udlandsrejse

Overlæge Carsten Sand

H:S Bispebjerg Hospital, Dermatologisk Afdeling

En lang række hudsygdomme kan dukke op under en udlandsrejse afhængig af rejsens længde og mål. Mange af disse tilstande er relativt hyppigt forekommende, mens andre er sjældne infestationer, der ses efter ophold i subtropiske eller tropiske lande. Nedenfor gives en kortfattet oversigt over de vigtigste af de sygdomme, den praktiserende læge vil kunne blive præsenteret for.

## Bakterielle infektioner

### Stafylokok- og streptokokinfektion

Under udlandsrejse er der øget risiko for bakterielle infektioner i huden, hvor indgangsporten kan være forkradsede insektstik eller nedsættelse af hudbarrieren på grund af fugt og varme, der disponerer for maceration i hudfolderne. Ferie under mere primitive former, hvor den hygiejniske standard ikke er optimal, vil ligeledes øge risikoen for hudinfektion. Der er hyppigst tale om, at det er patientens egne gule stafylokokker – og/eller hæmolytiske streptokokker, der forårsager impetigo, follikulitis eller erysipelas. Har patienten ikke været indlagt på et sygehus under udlandsrejsen, synes der ikke at være øget risiko for hudinfektion med methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA). Behandling med penicillinase-stabilt penicillin eller makrolidantibiotikum er ofte indiceret. Topikal fusidincreme kan være tilstrækkelig ved mindre udbrud af impetigo. En del tilfælde kan forebygges ved at anvende DEET-holdigt insektmiddel/myggebalsam.

### Erythrasma og keratolysis plantaris sulcatum

Infektion med *Corynebacterium minutissimum* ses hyppigt ved ophold under fugtige og varme himmelstrøg, hvor der i hud-

folderne udvikler sig det karakteristiske velafgrænsede rødbrunlige udslæt (erythrasma) i inguinalfolderne, specielt hos mænd eller hos personer med hyperhidrose superficiel-infektion i fodsålerne med udstandsede defekter i keratinlaget kaldet keratolysis plantaris sulcatum eller *pitted* keratolysis (**Figur 1**). Der er ofte tale om tilstande, som kan erkendes på deres karakteristiske klinik. De skal behandles med fusidincreme, og kan delvis forebygges, hvis man anvender løstsiddende beklædning, sover i velventilerede værelser og undgår middagssolen under ferie i tropene.

### *Pseudomonas* folliculitis

Ophold i opvarmede ikke sufficient rengjorte boble bassiner, spapooler eller ikke tilstrækkelig klorerede swimmingpooler kan resultere i, at hårfolliklerne koloniseres med *Pseudomonas aeruginosa*. I områder, hvor huden samtidig okkluderes af badedragten, kan der opstå egentlig infektion med papler og pustler (**Figur 2**). Diagnosen kan bekræftes ved podning. Forandringerne svinder sædvanligvis spontant, og antibiotisk behandling er sjældent indiceret. Rengøring herunder klorering af swimmingpooler og spapooler kan forebygge nogle udbrud.

### Swimmingpoolgranulom

Ophold i insufficient rengjorte swimmingpooler eller søer og have i tropene øger risikoen for at blive eksponeret for *Mycobacterium marinum*, som via små rifter i huden kan resultere i, at der 2-3 uger senere udvikles ømme erytematøse knuder, der evt. kan ulcerere. Diagnosen bekræftes ved histologisk undersøgelse af en hudbiopsi. Ubehandlet svinder elementerne over måneder. Accelereret ophealing er set ved seks ugers behandling med rifampicin, doxycyclin eller azithromycin. Man kan forebygge infektion f.eks. ved at anvende badesandaler i vandet, så man undgår traumatisering af huden og dannelse af indgangsporte for mycobakterierne.



Figur 1. Keratolysis plantaris sulcatum.



Figur 2. *Pseudomonas*-follikulitis.



Figur 3. Larva migrans.

### Parasitære infektioner

#### Larva migrans

I subtropiske og tropiske lande kan hunde- og kattefækalier indeholde hageorm (*Ancylostoma braziliense*). Under ophold på stranden kan huden typisk på fødder eller nates invaderes af disse kutane larver, og der fremkommer en lille papel, som hurtig efterfølges af en inflammatorisk, snoet og centimeterstor kanal (Figur 3). Diagnosen stilles på den karakteristiske klinik. Ubehandlet kan tilstanden fortsætte i måneder. Larven er dog ikke invasiv, og tilstanden heler spontant. Det anbefales at behandle med ivermectin, der gives peroralt som enkelt dosis. Alternativ behandling med frysning med flydende kvælstof foran læsionens progredierende forreste pol kræver øvelse. Vigtigste profylaktiske foranstaltning er konsekvent anvendelse af sandaler ved ophold ved stranden og altid at sørge for ikke at lægge sig direkte i strandsandet.

#### Leishmaniasis

Kutan leishmaniasis forårsages af protozoer, som overføres fra gnavere via bid fra sandfluen *Phlebotomos*. Efter en inkuba-



Figur 4. Leishmaniasis.

bationstid på 2-8 uger fremkommer der en kløende papel, som hurtigt vokser til et inflammatorisk, kraterlignende nodulært, centralt ulcererende element med karakteristisk eleveret randzone (Figur 4). Der kan være flere elementer i en begrænset anatomisk region med flere indgangsporte. Diagnosen sikres ved histologisk undersøgelse. Behandling er en infektion medicinsk opgave med natriumstibogluconat. Anvendelse af imprægneret myggenet og anvendelse af myggebalsam kan forebygge smitte.

#### Svampeinfektioner

Svampeinfektioner optræder hyppigt under længerevarende ophold i tropen. Der er ofte tale om dermatofytilinfektion i tåinterstitier, hvilket resulterer i tinea pedis og gærsvampeinfektion med *Mallassezia furfur* i det seboriske område med pityriasis versicolor og *Pityrosporum*-follikulitis. Der skal behandles med henholdsvis fungicid antimycotikum og ketoconazolshampoo. Forebyggelse sker efter samme principper som anført for de corynebakterielle infektioner (se ovenfor).

#### Stik og bid

Stiklæsioner med stærkt kløende papler ses hyppigt under udlandsrejse. De kan være forårsaget af dyrelopper (polikose) eller væggelus (cimikose). Ikke sjældent er stiklæsionerne indgangsport for en sekundær bakteriel infektion. Der anbefales symptomatisk behandling med potent kortikosteroid. Anvendelse af myggenet, myggebalsam og tildækning af arme og ben om natten er primær profylakse.

Under badning i tropen er der risiko for toksisk hudreaktion ved direkte kontakt med nælde dyr, brandmænd og søanemoner. Speciel frygtet er berøring af tentakler fra goblen *Portuguese war-of-man* (*Physalia physalis*), som via intradermal injektion af toksinholdige nematodecyster fremkalder en umiddelbar brændende smerte og efterfølgende et stribeforment vesikobulløst udslæt (Figur 5). Tilstanden heler med hyper- eller hypopigmentering og behandles med potent kombinationskortikosteroidpræparat lokalt.

Figur 5. Toksisk reaktion efter kontakt med *Portuguese war-of-man*.



## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

**Andre hudmanifestationer****UV-fremkaldte dermatoser**

Solskoldning og soleksem (polymorft lysudslæt) er de mest almindelige reaktioner. Lys- og rødblonde personer er specielt udsatte. Klassisk solurticaria er tilsvarende ekstrem sjælden. Mange tilfælde kan forebygges ved enkle tiltag herunder til-dækning af huden med en let beklædning, anvendelse af en bredskygget hat og påsmøring af solfaktorpræparat med filter mod både UVA og UVB. Vigtig er det også at informere patienter, der rejser til varme himmelstrøg, om, at de skal være opmærksomme på, at behandling med visse medikamina, herunder sulfonamider, tetracyclin, quinoloner, NSAID og thiaziduretika kan være korreleret med risiko for, at der udvikles fototoksisk reaktion på lysudsatte hudområder. Endelig kan udslæt opstået under udlandsrejse være medikamentelle eksantemer, f.eks. forårsaget af påbegyndt malariaprophylakse med chloroquin, eller chloroquin kan have fremprovokeret en latent psoriasis.

**Seksuelt overførte sygdomme**

Seksuel aktivitet med lokalbefolkningen, herunder prostituerede, under udlandsrejser er forbundet med en øget risiko for

smitte med kønssygdom. Det gælder specielt ved rejsemål i fjernøsten, Afrika, Baltikum og Østeuropa. I de store europæiske metropoler er visse kønssygdomme, såsom hiv og syfilis, endemiske blandt seksuelt aktive homoseksuelle mænd. Hos patienter, der hjemvendt fra udlandsrejse får udslæt og slimhindeforandringer, skal man overveje diagnoserne akut hiv-eksantem eller sekundær syfilis. Anvendelse af kondom vil være det vigtigste forebyggende tiltag.

Korrespondance: Carsten Sand, Dermatologisk Afdeling, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: csp01@bbh.hosp.dk

Antaget: 27. juni 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

**Litteratur**

1. Freedberg I, Eisen A, Wolff K et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. McGraw-Hill, 2003.
2. Cook GC. Manson's Tropical Diseases. Saunders, 1996.
3. Mandell G. Principles and Practice of Infectious Diseases. Churchill Livingstone, 2000.
4. Buhl MR, Petersen CS. Hudmanifestationer i relation til udlandsrejse. LEO temabog, 2001.

## Hæmoragisk marburgfeber i Angola i 2005

Reservelæge Zitta Barrella Harboe, reservelæge Katja Majlund Qureshi, professor Peter Skinhøj & overlæge Erik Deichmann Heegaard

Statens Serum Institut, Sektor for Epidemiologi, Center for Biologisk Beredskab og Epidemiologisk Afdeling, og H:S Rigshospitalet, Finsencentret, Epidemiklinikken

Marburgvirus er et af de mest dødelige virus, der findes. Sammen med Ebolavirus tilhører den familien *Filoviridae*, og i dag, mere end 30 år efter de første erkendte tilfælde, er filovirusrelaterede sygdomme stadig mangelfuldt beskrevet. Filoviruspatogenicitet er mest undersøgt i forbindelse med hæmoragisk ebolafeber (EHF), idet der hidtil kun er erkendt få udbrud af hæmoragisk marburgfeber (MHF) (Tabel 1). I nogle tilfælde af filovirusinfektioner har der været dokumenteret smitte fra abe til menneske, men aber er, som mennesker, formentlig tilfældige værter. I langt størstedelen af tilfældene hos mennesker har smitekilden været andre mennesker. Tusindvis af hvirvel- og leddyrarter har været testet, uden at man har kunnet afsløre et naturligt reservoir for filovirus [1, 2].

Filovirusudbrud er sjældne, men skaber opmærksomhed pga. sygdommens høje mortalitet, epidemiske potentiale og de manglende specifikke behandlingsmuligheder. Det første erkendte MHF-udbrud i Marburg, Tyskland, og i Jugoslavien i 1967 skete blandt laboratoriepersonale, der arbejdede med aber importeret fra Uganda. Efterfølgende har der kun været rapporteret om sporadiske tilfælde i lande som Sydafrika og Kenya samt et større udbrud i Congo i 1998 (Tabel 1) [3]. Sidstnævnte udbrud med 154 tilfælde i to fjerntliggende landsbyer over en toårig periode nåede aldrig samme intensitet som det nuværende udbrud [4]. Arbejde i lokale guldminer og modtagelse af injektioner blev identificeret som risikofaktorer ved udbruddet i 1998 [4].

**Naturlig forekomst og klinisk præsentation****Patogenese**

Filovirus inficerer mange forskellige celletyper, hvilket forklarer sygdommens karakteristika. Initialt angribes især monocytter, makrofager og dendritiske celler, hvorved der trigges frigivelse af flere inflammatoriske kemo- og cytokiner. Dette medfører blandt andet lymfocytapoptose med lymfopeni. Aktivering af vævsfaktor inducerer koagulopati med mulighed for dissemineret intravaskulær koagulation (DIC). Senere