

Hautdiphtherie: Ein seltenes Krankheitsbild mit steigenden Fallzahlen

Hinweise für behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Europaweit wird seit dem Sommer 2022 eine Häufung von Hautdiphtherie-Fällen bei Personen beobachtet, die vor allem aus Afghanistan oder Syrien geflohen waren. Genomsequenzierungen und die Analyse von Fluchtrouten und epidemiologischen Daten lassen vermuten, dass es mehrere Infektionsherde entlang der Balkan-Route gibt.

Tabelle 1: Gemeldete Fälle, die die Referenzdefinition erfüllen					
Meldefälle für Deutschland, Datenstand 19.01.2023 (RKI/SurvNet)			Meldefälle für Berlin, Datenstand 12.07.2023 (BE/SurvNet)		
Meldejahr	Haut- diphtherie	Rachen- diphtherie	Meldejahr	Haut- diphtherie	Rachen- diphtherie
2018	25	1	2018	0	0
2019	16	0	2019	0	0
2020	22	1	2020	1	0
2021	21	1	2021	1	0
2022	144	13	2022	1	0
2023	6	0	2023	0	0

Auch wenn Hautdiphtherie insgesamt noch immer sehr selten ist, so kommt ihr doch aufgrund des Übertragungspotenzials Bedeutung zu. Die Arbeitsgemeinschaft Infektionsschutz der Obersten Landesgesundheitsbehörden möchte mit dieser Kurzinformation Ärztinnen und Ärzten Hinweise für das weitere Vorgehen geben, sollte ihnen eine geflüchtete Person mit chronischer Wunde oder Hautläsion, welche nicht eindeutig einer anderen Ursache zugeordnet werden kann, vorgestellt werden.

1. Diagnostik

Differenzialdiagnosen einer Hautdiphtherie sind im Wesentlichen Impetigo, Wundinfektionen und Ulcera anderer Genese, auch Mpox (Affenpocken) oder Skabies. Da die Diagnostik eher dem Ausschluss dient, liegt in der Regel kein meldepflichtiger Krankheitsverdacht vor. Ein bereits vorliegender Nachweis von Staphylokokken oder Streptokokken schließt den zusätzlichen Nachweis von *C. diphtheriae* nicht aus.

Bei chronischen Wunden oder Hautläsionen einer geflüchteten Person sollte immer eine Labordiagnostik vor Therapiebeginn an beiden Abstrichorten durchgeführt werden:

1. Hautabstriche von Wunden und Läsionen
2. Nasen- und Rachenabstrich

Für die Primärdiagnostik werden die Abstrichproben an ein mikrobiologisches Labor der eigenen Wahl geschickt. Dem Labor muss die Verdachtsdiagnose Diphtherie vorab mitgeteilt werden, da eine Anzucht auf Spezialnährböden notwendig ist. Auf dem Einsendeschein sollte auch das Gesundheitsamt, das für die Person zuständig ist, vermerkt oder zumindest die Postleitzahl für das Gebiet angegeben werden, in dem die Person sich aktuell vorrangig aufhält.

Bei Nachweis von potenziell Diphtherietoxin-Gen-tragenden Corynebakterien (*C. diphtheriae*, *C. ulcerans*, *C. pseudotuberculosis*) in der Primärdiagnostik veranlasst das mikrobiologische Labor die weitere, kostenfreie Erregerdiagnostik am nationalen Konsiliarlabor für Diphtherie (u.a. Nachweis des Diphtherie-Toxin-Gens mittels PCR und der Diphtherie-Toxin-Produktion mittels Elek-Test, Resistogramm, Feintypisierung).

Das nationale Konsiliarlabor für Diphtherie ist seit 2007 am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit angesiedelt. Neben der Spezialdiagnostik bietet es Beratung für Ärztinnen und Ärzte, medizinische und forschende Einrichtungen sowie den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Weitere Informationen und Kontakt: www.lgl.bayern.de, Stichwort „[Konsiliarlaboratorium für Diphtherie](#)“

2. Weiteres Vorgehen vor labordiagnostischer Bestätigung

Vor der Labordiagnose sollte die Therapie sich an den Differentialdiagnosen für den Hautbefund orientieren. Der Impfstatus sollte erhoben werden.

3. Weiteres Vorgehen nach labordiagnostischer Bestätigung

3.1 Meldung an Gesundheitsamt

Gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an Diphtherie sowie gemäß § 7 Abs. 1 IfSG der direkte oder indirekte Nachweis von Toxinbildenden *Corynebacterium spp.*, soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich meldepflichtig.

Die Meldung an das Gesundheitsamt nach Infektionsschutzgesetz entfällt, sofern das Labor die Meldung des Erregernachweises durchgeführt hat.

Das Gesundheitsamt übernimmt u.a. die Ermittlung enger Kontaktpersonen, die eine antibiotische post-expositionelle Prophylaxe (PEP) erhalten sollten.

3.2 Therapie

Die Behandlung umfasst auch eine gründliche Reinigung der Läsion. Wunden und Ulcera müssen zur Vermeidung einer Übertragung gut abgedeckt sein. Die kalkulierte antibiotische Behandlung wird mit Penicillin oder Erythromycin durchgeführt (bzw. bei Unverträglichkeit mit anderen Makroliden wie z.B. Azithromycin oder Clarithromycin). Die Therapie wird in Abhängigkeit von einer Antibiotikaresistenztestung über insgesamt 14 Tage fortgesetzt.

Für die meisten Fälle von Hautdiphtherie wird eine Antitoxin-Gabe i.d.R. nicht empfohlen. Lediglich bei großen Ulcera (> 2 cm) mit Pseudomembranbildung kann eine Antitoxin-Gabe erwogen werden.

3.3 Kontrollabstriche

Der Behandlungserfolg sollte mittels Nasen-Rachen- und Hautabstrich überprüft werden. Es sind zwei Abstriche erforderlich (24 und 48 Stunden nach Beendigung der Antibiotikabehandlung), um die Beseitigung der Erreger sicherzustellen. Ein weiterer Abstrich kann ggf. im Abstand von 2 Wochen zur Kontrolle abgenommen werden. Bei weiterhin nachweisbarem Erreger sollte die Antibiotikatherapie fortgeführt werden.

3.4 Impfung

Da eine Infektion mit Diphtherie-Erregern keine langfristige Immunität erzeugt, sollte zum frühestmöglichen Zeitpunkt bzw. nach Abklingen der akuten Infektion je nach dokumentiertem Impfstatus eine Grundimmunisierung begonnen bzw. abgeschlossen werden. Wenn die letzte Impfung mehr als 12 Monate zurückliegt, soll eine Auffrischimpfung gegen Diphtherie gegeben werden.

Weitergehende Informationen zu Diagnostik, Therapie und Hygienemaßnahmen im Umfeld der Betroffenen finden sich im [RKI-Ratgeber „Diphtherie“ für Ärzte](#).