

Mit. Österr. Ges. Tropenmed. Parasitol. 7 (1985) 47–49

Institut für Allgemeine Hygiene und Tropenhygiene der Universität Göttingen  
(Vorstand: Prof. Dr. med. Wolfgang Bommer) (1)

Neurologische Univ.-Klinik Göttingen  
(Vorstand: Prof. Dr. med. Klaus Felgenhauer) (2)

Univ.-Hautklinik Göttingen  
(Vorstand: Prof. Dr. med. Hellmut Ippen) (3)

Allg. Chirurgie der Univ.-Klinik Göttingen  
(Vorstand: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Peiper) (4)

Medizinische Univ.-Klinik Göttingen  
(Vorstand: Prof. Dr. Dr. med. Werner Creutzfeldt) (5)

## Lepraerkrankung eines deutschen Indientouristen; erfolgreiche Therapie mit Isoprodian / Rifampicin

**W. Bommer<sup>1</sup>, H. Mergerian<sup>1</sup>, M. Holzgraefe<sup>2</sup>, H. Berger<sup>3</sup>, S. A. Quadripur<sup>3</sup>,  
P. Stankovic<sup>4</sup>, F. Stöckmann<sup>5</sup>**

Ein jetzt 37 Jahre alter deutscher Schlossergeselle hatte in den Jahren 1973/75 den indischen Subkontinent bereist. Indien, Pakistan, Bangladesch, Nepal, waren die Länder in denen er engen Kontakt mit der Bevölkerung hatte. 1976 besuchte er außerdem Nordafrika und Südspanien.

Etwas vier Jahre nach Rückkehr von der letzten Reise begannen sich rötlich anaesthetische Flecken im Gesicht des jungen Mannes auszubilden – an beiden Wangen und an der Stirn – und einige Zeit später zeigten sich ähnliche Herde am Rücken und an den Extremitäten. Ab 1981 fühlte der Patient eine zunehmende Taubheit entlang des rechten Fußes und Beines gefolgt von einer Lähmung des Nervus peroneus rechts.

Zusätzlich entstand am rechten, später ebenfalls gefühllosen Daumen eine Mutilation mit Schwund des Knochens und des Fingernagels, begleitet von einem tiefen rundlichen torpiden Ulcus.

Mycobakterien konnten weder im Nasenschleim noch in den Hautläsionen nachgewiesen werden. Das histologische Bild einer Hautbiopsie ergab eine tuberculoide Lepra mit typischen Rundzellen-Infiltrationen vor allem entlang der Gefäße und Nerven, auch mit Riesenzellen.

Die Krankheit wurde über 3 Jahre lang in deutschen Krankenhäusern nicht erkannt. Der kranke Daumen wurde lange Zeit als „Osteomyelitis“ erfolglos behandelt. Wegen der zunehmenden nervösen Symptomatik suchte der Patient aus eigenem Antrieb das Göttinger Univ.-Klinikum auf.

Die Behandlung wurde mit Isoprodian und Rifampicin im August 1982 begonnen. Isoprodian (175 mg Isoniazid + 175 mg Protionamid + 50 mg Dapson/Tablette) wurde über 18 Monate in einer Dosis von 2 Tabletten täglich – außer sonntags – gegeben. 6 Monate lang wurde zusätzlich Rifampicin (450 mg täglich) verabreicht.

Nach Verlauf eines halben Jahres waren die Hautherde verschwunden. Ein Teil der nervösen Symptome, vor allem das Taubheitsgefühl, schien sich in den ersten Monaten eher zu steigern, blieb jedoch späterhin mehr oder weniger stationär. Die Lähmung des Nervus peroneus konnte mittlerweile unter konsequenter Physiotherapie gebessert werden.

Die Ulceration des rechten Daumens schloß sich zunächst schnell unter einem Zinkoxid-Pflaster (Mezinc), doch machte eine spätere ausgedehnte Entzündung die chirurgische Entfernung von zwei Knochensequestern notwendig. Danach heilte der Daumenstumpf ab.

### **Diskussion**

Obgleich das Diaminodiphenylsulfon (DDS, Dapson) unverzichtbarer Bestandteil der Chemotherapie bei der Lepra geblieben ist, hat man die Monotherapie mit dieser Substanz wegen der Gefahr der Chemoresistenzbildung (11) seit etlichen Jahren verlassen und stattdessen zwei-, drei- und vierfache Kombinationen leprawirksamer Medikamente in die Behandlung eingeführt (1, 2, 6–8). Vor allem werden Kombinationen mit dem bakteriziden Rifampicin, Clofazimin oder verschiedenen Tuberculostatika angewendet. Die Arbeitsgruppe um FREERKSEN und SEYDEL hat aufgrund der Erfahrungen mit der Malta-Studie in den siebziger Jahren für die Lepratherapie eine Vierfach-Kombination aus Dapson, Isoniazid, Protionamid und Rifampicin als besonders geeignet und gut verträglich empfohlen (3–5, 9, 10). Eine derart im Gang befindliche größere Studie in Lateinamerika scheint diese Erfahrungen zu bestätigen. Die drei ersten genannten Mittel können in einer einzigen Kombinationstablette (Isoprodian) verabreicht werden. Man hofft, mit der erwähnten Kombination nicht nur eine frühzeitige Resistenzentwicklung zu verhindern, sondern auch die Behandlungsdauer erheblich abkürzen zu können. Wir sind bei der Behandlung unseres Patienten dieser Empfehlung gefolgt.

### **Zusammenfassung**

Ein 37 Jahre alter Deutscher hat sich wahrscheinlich bei früheren Reisen auf dem indischen Subkontinent eine Lepraerkrankung zugezogen. Nach etwa 4 Jahren traten erste Hauterscheinungen in Gestalt anaesthetischer Flecken auf, gefolgt von Taubheitsgefühlen und einer Peroneuslähmung. Über fast drei Jahre wurde die Krankheit in verschiedenen Krankenhäusern fehldiagnostiziert. Mycobakterien konnten nicht nachgewiesen werden. Das histologische Bild bestätigte die Diagnose einer tuberculoiden Lepra. Die Behandlung erfolgte mit Isoprodian (18 Monate) und Rifampicin (6 Monate) erfolgreich bei guter Verträglichkeit.

### **Summary**

German tourist's leprosy infection acquired in India: successful treatment with isoprodian / rifampicin.

A 37-years-old German locksmith was travelling through the Indian Subcontinent from 1973–1975, where he had near contact to the native population. 4 years later reddish anaesthetic spots showed on his face, some time later-on also on his back as well as on his extremities. In 1981 the patient felt an increasing numbness along the right foot and leg followed by paralysis of the nervus peroneus. After about three years of false diagnosis, when entering the clinicum of Goettinden University, in addition to the described lesions the patient's right thumb was heavily mutilated and anaesthetic showing a deep roundish torpid ulcer.

Mycobacteria could not be found either in the secretion of the nose or in the skin lesions. The histological picture of the skin biopsy was that of a tuberculoid leprosy.

The treatment was started with isoprodian and rifampicin in August 1982: isoprodian (175 mg isoniazine + 175 mg protionamide + 50 mg dapson/tablet) was given by 2

tablets daily for six months. The treatment was well tolerated. The skin lesions disappeared after about six months. However, some of the nervous symptoms seemed to increase after the first months of treatment but remained steady later-on. The ulcer of the right thumb quickly closed under a zinc oxide plaster (mezinc); a later inflammation required the removal of two bone sequesters, after which the stump healed up.

## Literatur

- 1) BROWNE, S. G. (1979): Organizing a leprosy control programme, *Tropical Doctor* 9, 93–96
- 2) Editorial (1982): Chemotherapy of leprosy, *The Lancet* (July 10) 77–78
- 3) FREERKSEN, E., ROSENFELD, M. (1977): Leprosy Eradication Project of Malta. First published report after 5 years running. *Chemotherapy (Basel)* 23, 356–386
- 4) FREERKSEN, E., ROSENFELD, M., BONNICI, E., DEPASQUALE, G., KRÜGER-THIEMER, M. (1978): Combined Therapy in Leprosy, Background and Findings. *Chemotherapy (Basel)* 24, 187–201
- 5) FREERKSEN, E., ROSENFELD, M. (1980): Lepra-Tuberkulose Eradikation. Grundlagen, praktische Durchführung. Monographie. Excerpta Medica, Amsterdam
- 6) FABER, W. R., LEIKER, D. L. (1979): Evaluation of Treatment of Lepromatous Leprosy Patients in the Netherlands. *Dermatologica* 158, 46–54
- 7) LEIKER, D. L. (1978): The epidemiology and treatment of Leprosy, Report on a visit to Malta. 1. 9. – 20. 10. 1978. WHO Regional office for Europe, Leprosy Treatment Centre
- 8) REVANKAR, C. R. (1983): Recent trends in chemotherapy of Leprosy, *Indian J. Dermatol. Venerol. Lepr.* 49, 88–91
- 9) SEYDEL, J. K., WEMPE, E. G. (1981): Bacterial Growth Kinetics of „M. lufu“ in the Presence and Absence of Various Drugs Alone and in Combination. A Model for the Development of Combined Chemotherapy Against *M. leprae*. *Intern. J. of Leprosy* 50, 20–30
- 10) SEYDEL, J. K., WEMPE, E. G., ROSENFELD, M. (1983): Bacterial Growth Kinetics of *Escherichia coli* and *Mycobacteria* in the Presence of Brodimoprim and Metioprim Alone and in Combination with Sulfamerazine and Dapsone, *Chemotherapy (Basel)*, 29, 249–261
- 11) WHO (1982): Leprosy Surveillance, Primary and Secondary Dapsone Resistance, *Wkly. Epidem. Rec.* 57, 181–188

## ANSCHRIFT DES AUTORS:

Prof. Dr. med. W. Bommer  
Institut für Allgemeine Hygiene und Tropenhygiene  
der Universität Göttingen  
Windausweg 2  
D-3400 Göttingen

# ZOBODAT - [www.zobodat.at](http://www.zobodat.at)

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie](#)

Jahr/Year: 1985

Band/Volume: [7](#)

Autor(en)/Author(s): Bommer Wolfgang, Mergerian Hamparsum, Holzgraefe M., Berger H., Quadripur A., Stankovic P., Stöckmann F.

Artikel/Article: [Lepraerkrankung eines deutschen Indientouristen; erfolgreiche Therapie mit Isoprodian / Rifampicin. 47-49](#)