



Der Tag geht – der Juckreiz kommt

„Gepflegte“ Skabies wird oft verkannt

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Auch in unseren Breiten stellt die Krätze noch immer ein gesundheitliches Problem dar, dessen Inzidenz in der kalten Jahreszeit ansteigt. Während ein massiver Befall (Scabies crustosa) in der Regel keine diagnostischen Schwierigkeiten macht, findet man eine sog. gepflegte Skabies wesentlich häufiger. Doch wird sie leicht mit einem atopischen Ekzem oder der Psoriasis verwechselt.

von Pietro Nenoff, Werner Handrick und Uwe Paasch



© Getty Images/iStockphoto

Die Skabies ist eine seit Jahrhunderten bekannte Erkrankung infolge Infestation durch die Skabies-Milbe: *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Die Skabies ist weltweit verbreitet. Man schätzt, dass in der Welt jährlich etwa 300 Millionen Menschen erkranken. Die Skabies kommt in tropischen und subtropischen Ländern endemisch vor. In den Industrieländern tritt sie sporadisch auf, es ist mit Fallhäufungen in Familien, Kinder-, Pflege- und Gesundheitseinrichtungen (z. B. in geriatrischen und Intensivstationen, Pflege- und Seniorenheimen) und Kasernen zu rechnen. Heute wird die Skabies aufgrund der Übertragung durch direkten Körperkontakt auch als Geschlechtskrankheit (sexually transmitted disease, STD) angesehen.

Index-Fälle sind verzögert diagnostizierte Patienten mit *Scabies crustosa*. Auch Angehörige des Pflegepersonals können betroffen sein. Es erkranken Menschen aller Altersgruppen, besonders häufig Kinder im Alter von unter 2 Jahren. Obdachlose sind häufiger betroffen als die Allgemeinbevölkerung. Einige Studien ergaben eine höhere Inzidenz in den Wintermonaten sowie Inzidenzanstiege im Abstand von 15 bis 25 Jahren.

Pathogenese

Die Übertragung der Milben von einer auf eine andere Person geschieht haupt-

sächlich durch längeren direkten Hautkontakt. Eine Übertragung auf indirektem Wege kommt seltener vor (Wäsche, Gebrauchsgegenstände).

Ein „normaler“ Wirt beherbergt etwa 5 bis 15 Milben, Patienten mit *Scabies crustosa* tragen dagegen massenhaft Milben in der Epidermis und sind daher hochkontagiös. Ein enger Hautkontakt ist hier für die Übertragung der Erreger nicht erforderlich. Die weiblichen Milben „graben“ Gänge in die Epidermis und legen dort täglich bis zu drei Eier. Aus den Eiern schlüpfen Larven, die sich über mehrere Stadien zu adulten Milben entwickeln.

Die Symptome treten nach einer Inkubationszeit von zwei bis sechs Wochen auf, bei Reinfestation aber bereits innerhalb von ein bis drei Tagen.

Die *Scabies crustosa* sieht man vorzugsweise bei älteren, chronisch kranken und vor allem immunsupprimierten Patienten (z. B. AIDS, Zustand nach Organtransplantation). Häufig, jedoch meist verkannt ist die sog. gepflegte Skabies. Unter einer anderen Verdachtsdiagnose, z. B. atopisches Ekzem, Psoriasis vulgaris oder Kontaktekzem, wird fälschlich mit topischen Glukokortikoiden behandelt, worunter der Juckreiz und die entzündlichen Symptome rückläufig sind, jedoch die Ektoparasitose selbst bestehen bleibt.

Symptome

„Klassische“ Skabies

Es ist wichtig, bei jedem Patienten mit einem kürzlich erstmals aufgetretenen Ekzem bzw. Juckreiz auch an Skabies zu denken. Das Hauptsymptom in allen Altersgruppen ist der intensive und hartnäckige Juckreiz, der nachts schlimmer ist als am Tage.

Die häufigsten Hauteffloreszenzen sind Papeln, Bläschen und Knötchen. Pathognomonisch ist jedoch das Vorhandensein typischer Milbengänge. Bevorzugte Hautbereiche bei Skabies sind Axillen, Brustwarzen (bei Frauen), Nabelregion,

DIFFERENZIALDIAGNOSEN

- Arzneimittel-Nebenwirkung
- Langerhans-Zell-Histiozytose
- Psoriasis vulgaris
- atopisches Ekzem, Kontaktekzem
- mikrobielles oder nummuläres Ekzem
- Prurigo simplex subacuta
- Morbus Darier
- Morbus Paget (bei perimamillärer Skabies)
- blasenbildende Dermatosen, z. B. bullöses Pemphigoid
- Impetigo contagiosa

Ellenbogen, Beugeseite der Handgelenke, Finger- und Zehenzwischenräume, Gürtelbereich, Oberschenkel, Glutealregion, Genitalien (Penisschaft, Glans penis) und Sprunggelenke (**Abb. 1**, **Abb. 2**, **Abb. 3**). Während bei Erwachsenen Schädel, Gesicht und Nacken meist ausgespart sind, können diese Regionen bei Säuglingen und Immunsupprimierten ebenfalls betroffen sein. Sekundäre Läsionen infolge des Kratzens sind Exkoriationen, Impetiginisation und Ekzematisierung.

Scabies crustosa

Diese Variante der Skabies, die früher als *Scabies norvegica* bezeichnet wurde, ist charakterisiert durch folgende Befunde:

- hohe Milbenlast
- ausgedehnte hyperkeratotische Schuppung
- Krustenbildung
- variabler Juckreiz (z. T. gering, z. T. fehlend)
- generalisierte Lymphknotenschwellungen
- Erythrodermie
- Eosinophilie.

Durch dieses atypische, Psoriasis-ähnliche Bild (**Abb. 4**) wird die Diagnose oft verzögert gestellt, z. T. erst nach Auftreten von Kontaktfällen mit typischer klinischer Symptomatik.

Diagnostik

Die Verdachtsdiagnose basiert auf der Symptomatik (starker Juckreiz), dem klinischen Befund (verdächtige Hauteffloreszenzen mit typischer Verteilung) und der epidemiologischen Situation (weitere Erkrankungen in der Familie, Kindergruppe, Station).

Die definitive Diagnose basiert auf dem Milben-Nachweis. Die klassische diagnostische Methode besteht im Aufritzen eines Milbengangs und der mikroskopischen Untersuchung des dabei gewonnenen Inhalts. Für das Vorliegen einer Skabies sprechen der Nachweis der Milben und/oder der Eier bzw. Skybala.

Insbesondere bei mehr oder weniger atypischer Manifestation kann die Skabies jedoch fehldiagnostiziert werden. Die wichtigsten Differenzialdiagnosen, die es auszuschließen gilt, sind im Kasten unten zusammengefasst.

Therapie

Topische antiskabiöse Behandlung

5%iges Permethrin gilt als Mittel der Wahl für die topische Therapie. Resistenzen sind sehr selten. In der Regel genügt bei korrekter Durchführung eine einmalige Anwendung, evtl. mit Wiederholung nach einer Woche. Die Creme wird auf die gesamte Körperhaut (außer Kopfhaut und Gesicht) aufgetragen.

Bei Kindern im Alter von unter 2 Jahren, älteren Menschen und Patienten mit eingeschränkter Immunabwehr sollten auch Kopfhaut, Nacken, Gesicht (unter Ausparung der Periokulär- und Perioralregion) und Ohren einbezogen werden. Nach einer Einwirkzeit von 8–12 Stunden (z. B. über Nacht) wird die Creme abgewaschen. Auch bei korrekter Therapie kann der Juckreiz noch bis zu 4 Wochen persistieren.

Alternative für die topische antiskabiöse Therapie ist Benzylbenzoat. Erwachsene erhalten die 25%ige Emulsion, Kinder über 6 Jahren die 10%ige Präparation (Antiscabiosum® 10% für Kinder/25%

Emulsion). Aufgetragen wird sie an drei aufeinander folgenden Tagen am gesamten Körper vom Hals abwärts bis zu den Zehen, am vierten Tag seift man den Wirkstoff mit einem Vollbad oder einer Dusche ab. Eine weitere Möglichkeit für die lokale Behandlung ist Crotamiton 10% (Crotamitex® Gel, Salbe und Lotion oder Eraxil® Lotio Emulsion und Creme).

Nach effektiver Therapie verschwinden Juckreiz und Hautläsionen im Allgemeinen binnen 6 Wochen, wenn es nicht zur Reinfestation kommt. Ein unabsichtliches frühzeitiges Entfernen der Creme (Waschen, Duschen, Daumenlutschen bei Säuglingen) kann der Grund für ein Therapieversagen sein. Manches Therapieversagen ist aber in Wirklichkeit eine Reinfestation.

Systemische Behandlung

Eine Alternative zum Permethrin ist das oral applizierbare Ivermectin. Dieses sollte dann gegeben werden, wenn der Patient auf Permethrin nicht anspricht, es nicht toleriert bzw. ablehnt.



Abb. 1: Die Skabies zeigt sich am häufigsten in den Zwischenräumen zwischen Fingern oder Zehen



Abb. 2: Klinischer Aspekt der Skabies auf dunkler Haut mit pruriginösen Papeln (15-jähriger Patient in Uganda)



Abb. 3: Ausgeprägter Befall bei einem 54-jährigen Patienten



Abb. 4: 16-jährige Patientin in Uganda mit *Scabies crustosa*

Schwere Verläufe – insbesondere die Scabies crustosa – stellen eine primäre Indikation für die Ivermectin-Therapie dar. Ivermectin gilt als sicher wirksam und gut verträglich, wird jedoch aufgrund fehlender Zulassung off-label eingesetzt. Es erfolgen zwei Gaben im Abstand von 2–4 Wochen. Die Einmal-Dosis beträgt 200 µg/kg KG per os. Kinder im Alter von unter 5 Jahren sollten nicht mit Ivermectin behandelt werden.

In Deutschland ist Ivermectin nicht im Handel, sondern muss über die internationale Apotheke bezogen werden (Stromectol® oder Mectizan®).

Nachbehandlung

Eigentlich immer sollte sich der antiskabiose topischen oder systemischen Therapie eine lokale Behandlung des postskabiose Ekzems mit Glukokortikoid-haltigen Externa anschließen. Mittelstarke Glukokortikoide, wie Prednicarbat 0,25 % (Dermatop® Creme) oder Methylprednisolonaceponat 0,1 % (Advantan® Creme) sind geeignet. Alternativ auch die folgende Rezeptur antiinflammatorisch und antiseptisch wirksamer Wirkstoffe: Dexamethason 0,05 %, Hydroxychinolinsulfuricum 0,1 % in Ungt. emulsif. aquosum SR ad 100,0 g.

Verlauf und Prognose

Ohne adäquate Therapie kann die Skabies über mehrere Monate fortbestehen. Es kann zu Ekzematisierung, Lichenifikation, hyperkeratotischen Knoten und

Hyperpigmentierung kommen. In tropischen Regionen, besonders bei schlechten hygienischen Bedingungen, kann die Skabies auch durch Poststreptokokken-Glomerulonephritis oder rheumatisches Fieber kompliziert werden.

Letale Verläufe sind selten. Auch sie sind meist Folge sekundärer bakterieller Infektionen, z. B. bei Patienten mit Scabies crustosa.

Prophylaxe

Bettwäsche und Kleidung sollten in der Waschmaschine bei 60 °C gewaschen werden. Bei Fallhäufungen, z. B. in Senioren- und Pflegeheimen, kommt eine spezielle Bekämpfungsstrategie zum Einsatz: Isolierung der Erkrankten, Untersuchung der Kontaktpersonen, zeitgleiche antiskabiose topische und ggf. systemische Behandlung.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. Pietro Nenoff, Prof. Dr. Werner Handrick, Frankfurt/Oder, Prof. Dr. Uwe Paasch, Leipzig

Korrespondierender Autor:

*Prof. Dr. Pietro Nenoff
Haut- und Laborarzt
Allergologie, Andrologie
Straße des Friedens 8,
04579 Mölbis
E-Mail: nenoff@
mykologie-experten.de*



Mögliche Interessenkonflikte: keine deklariert

Diskusprolaps – ein Virusinfekt?

HERPESVIREN Orthopäden haben Herpesviren im Bandscheibengewebe von Patienten gefunden, die sich wegen eines Diskusprolaps hatten operieren lassen. Die Wissenschaftler glauben, dass die Erreger an der Degeneration der intervertebralen Stoßdämpfer beteiligt sind.

Das Team von der Orthopädischen Universitätsklinik in Heraklion auf Kreta hatte nach Spuren von Viren-DNA in den Gewebetrümmern von Bandscheiben gesucht, die von 16 wegen eines Prolaps operierten Patienten stammten. Als Kontrollen dienten zwei Patienten mit Berrungsfrakturen thorakolumbalen Wirbel.

In 13 Proben der Prolapspatienten fand sich mindestens ein Vertreter der Herpesklasse, am häufigsten Herpes-simplex-Virus Typ 1 (HSV-1, 56 %), gefolgt vom Zytomegalievirus (CMV, 38 %). Negativ waren die Proben auf HSV-2, VZV, EBV und HHV-6, -7 und -8. Die Kontrollgewebe waren durchweg negativ. Keiner der Probanden litt an einem akuten Infekt, was sowohl serologisch wie durch molekulare mRNA-Tests belegt wurde.

Paradigmenwechsel à la Helicobacter?

Wie aber kommt das Virus in die Bandscheiben, die bei Erwachsenen gefäßfrei sind? Die Griechen verweisen auf die Kindheit, wo die intervertebralen Disci noch einige Jahre vaskularisiert sind, und die hohe Durchseuchung mit HSV-1. Komme es zu Entzündungen oder Läsionen der Disci, würden die latenten Viren in den Bandscheiben aktiviert und trügen zur weiteren Degeneration bei.

An Selbstbewusstsein mangelt es den Vertretern dieser Hypothese jedenfalls nicht. Sie verweisen auf John Robin Warren und Barry Marshall, die Helicobacter pylori als Verursacher von Magengeschwüren überführt und 2005 den Nobelpreis für Medizin erhalten hatten. Ob die kretischen Orthopäden bald mit ähnlichen Ehren rechnen dürfen, bleibt abzuwarten.

rb / Alpantaki K et al., J Bone Joint Surg Br 2011; 93-B: 1253–1258

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Skabies-Erkrankte tragen meist zwischen 5 und 15 Milben, die ihre Eier in Gängen der Epidermis ablegen.
- Bevorzugte Lokalisationen sind Zehen- und Fingerzwischenräume, Beugeseiten der Handgelenke, Ellenbogen, Axillen sowie Nabel- und Genitalregion.
- Typischerweise leiden die Patienten unter massivem Juckreiz, der sich nachts in der Bettwärme verstärkt.
- Die Diagnose basiert auf dem Nachweis der Skabies-Milbe (*Sarcoptes scabiei var. hominis*) und/oder ihrer Eier bzw. ihres Kots (Skybala).
- Als topische Therapie sind wirksam: Permethrin 5 %, Benzylbenzoat 25 % (Kinder 10 %) oder Crothamiton 10 %.
- Alternativ kommt die systemische Gabe von Ivermectin in Frage.
- Anschließend sollte man das Ekzem mit Glukokortikoid-haltigen Externa behandeln.
- Bettwäsche und Kleidung sind bei mindestens 60 °C zu waschen.