

Scabies im Bereich von Institutionen

F. Bally, M. Métral Delalay, Zentralinstitut der Spitäler, Spital Wallis, Sitten

Scabies (Krätze) ist eine kutane Parasitose, hervorgerufen durch eine Milbe, *Sarcoptes scabiei* var. hominis. Das befruchtete Weibchen (Abbildung 1) gräbt sich durch die Hornhaut während rund fünf Wochen eine Furche, einige Millimeter pro Tag, und hinterlässt zwei bis drei Eier pro Tag. Nach 55 Stunden schlüpfen Nymphen, welche sich in 3 Stadien über 14 Tage entwickeln [1]. Die Übertragung erfolgt durch einen direkten Körperkontakt, z.B. während des Geschlechtsverkehrs, beim Kontakt zwischen Eltern und Kindern, zwischen Kindern und während engen sozialen Kontakten (z.B. Tanz, Händeschütteln) sowie während der Pflege. Die Zeit zwischen Befall und Symptomen (Inkubation) beträgt 5-6 Wochen. Die Übertragung kann also einige Zeit vor dem Auftreten von Symptomen erfolgen. Bei einer Reexposition kann, aufgrund einer Sensibilisierung, der Juckreiz bereits nach einigen Tagen auftreten. Dieser Juckreiz tritt oft am ganzen Körper auf, ist am Abend sowie während der Nacht stärker und ist der Hauptgrund für eine Konsultation [1]. Die kutanen Läsionen umfassen hyperkeratotische Papeln, Bläschen, Knötchen oder typische Furchen mit einer charakteristischen Verteilung (Abbildung 2). Bei einer Immunsuppression können sich die Läsionen allgemein ausbreiten (norwegische Räude) und hoch ansteckend sein [2].

Der Juckreiz kann noch einige Tage anhalten oder sogar verstärkt auftreten. Hält er länger an, können eine allergische Reaktion auf den Kontakt mit den Milben, mit dem Medikament, aber auch das Weiterbestehen des Befalls oder ein Neubefall vorliegen. Die Resistenz gegen Ivermectin ist selten.



Abb. 3: Zeichen des «Deltaflügels» (Extremitäten am Kopf der Milbe) mit «Spur» (Kanal), beobachtet mit einer Vergrößerung von 150x. Reproduziert aus PLoS Negl Trop Dis 2016; 10:e0004691 (doi:10.1371/journal.pntd.0004691.g002)

Eine Epidemie kann in einer Familie oder in isolierten Gemeinschaften wie z.B. in Flüchtlingszentren, Heimen für ältere Menschen, Institutionen, Gefängnissen, Kasernen usw. auftreten. Im Fall einer Epidemie muss der Arzt der Institution, oder derjenige, welcher den ersten Fall feststellt, folgende Massnahmen organisieren:

- 1) Eine Liste der Personen mit Symptomen (mit oder ohne Läsionen) erstellen lassen.
- 2) Eine Liste mit Personen erstellen, die in engem Kontakt stehen:
 - Sexualpartner, Familienmitglieder, Personen, welche im gleichen Zimmer oder im gleichen Bereich (Flüchtlingszentrum, Institution) wohnen.
 - Pflegepersonal, medizinisches oder paramedizinisches Personal, das während der letzten 6 Wochen vor Auftreten der Symptome in direktem Hautkontakt mit einer Person gestanden hat, welche Symptome aufweist.
- 3) Die Personen mit Symptomen und die Kontaktpersonen sind gleichzeitig zu behandeln.
- 4) Die Kontakte der angesteckten Personen mit anderen Personen limitieren und bei jedem direkten Kontakt (Pflege, Toilette) bis zu 24 Stunden nach der ersten Behandlung Einweg-Handschuhe/Einweg-Kittel tragen (breitflächigere oder Scabies norvegica: bis zu 24 Std. nach der zweiten Behandlung).
- 5) Eine Übertragung durch Kleidung, Wäsche oder Umgebung kann nicht ausgeschlossen werden:
 - Alles, was gewaschen werden kann, in der Maschine waschen (eine Temperatur von 60°C wird empfohlen). Die Wäsche der Institution muss in hermetisch verschlossenen Säcken an die interne oder externe Wäscherei weitergeleitet werden, die vorgängig zu informieren ist.
 - Was nicht gewaschen werden kann, mit Akarizid-Spray behandeln (z.B. Milbenvernichter Sanytol®), inklusive Matratzen. Vor dem Auslüften 15-20 Minuten einwirken lassen. Das Material frühestens nach 12 Stunden wieder verwenden.
 - Alternativ dazu kann der betreffende Gegenstand in einem geschlossenen Plastiksack während mindestens 72 Std eingeschlossen werden.

Es wird empfohlen, direkt genügend breitflächig zu intervenieren, um die Epidemie rasch zu kontrollieren.

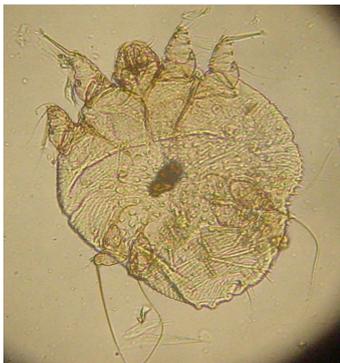


Abb. 1: Weibchen des *Sarcoptes scabiei*. Reproduziert aus <https://fr.wikipedia.org/wiki/Sarcoptes>.

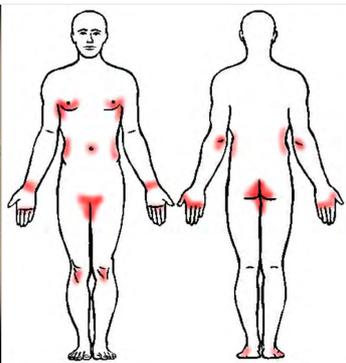


Abb. 2: Verteilung der kutanen Läsionen bei Räude.

Diagnose

Die Diagnose von suggestiven kutanen Läsionen mit einer entsprechenden Verteilung kann für einen isolierten Fall oder bei Kontakten im Rahmen einer dokumentierten Epidemie genügen. Bei einer Epidemie ist es wichtig, einmal die parasitologische Diagnose zu stellen. Die Kanäle, welche klassischerweise zwischen den Fingern auftreten, sind mit blossem Auge sichtbar. Das Tuscheverfahren, die Dermatoskopie (Vergrößerung 100-200x; Abbildung 3), die direkte Mikroskopie der Schuppen, die PCR (noch im Versuchsstadium) und die Histologie über die Biopsie ermöglichen die Bestätigung der Diagnose [1, 2].

Behandlung

Die Behandlung erfolgt in drei Schritten:

- 1) Ivermectin 3 mg, erhältlich in Form von Kapseln (nicht teilbar), in einer einmaligen Dosis von 200 µg/kg, aufgerundet auf die folgende Kapsel, nüchtern (2 Stunden vorher und 2 Stunden danach), ist die bevorzugte Behandlung und ist im Allgemeinen gut verträglich.
Die Permethrin-Creme 5%, dünn auf sämtliche Läsionen aufgetragen, eventuell kombiniert mit einer systemischen Behandlung, insbesondere bei profusen Läsionen, wird während der Nacht auf der Haut belassen. Die ausschliesslich lokale Applikation ist die Behandlung der Wahl bei Kindern mit einem Gewicht unter 15 kg und bei schwangeren Frauen im ersten Quartal.
Ivermectin und die Permethrin-Creme 5% (z.B. Infectoscab®), in der Schweiz nicht im Handel erhältlich, können von jeder Apotheke in der Apotheke des Zentralinstituts der Spitäler bestellt werden. Loxazol® (Permethrin 1%) weist keine genügende Konzentration auf.
- 2) Dusche spätestens 8 Std. nach der Behandlung (systemisch oder lokal).
- 3) Die Kleider, welche in den 4 bis 5 Tagen vor der Behandlung getragen worden sind, sowie die Bettwäsche, müssen gewechselt und gewaschen werden.
- 4) Die systemische oder lokale Behandlung muss nach 10 Tagen wiederholt werden.

Schlussfolgerung

Die Räude ist nicht gefährlich, kann aber sowohl für die betroffene Person als auch für die betroffene Institution unangenehm sein. Abgesprochene und konsequent umgesetzte Massnahmen ermöglichen eine rasche Eliminierung der Epidemie. Trotzdem kann der Parasit später, z.B. über neu eintretende Personen, wieder auftauchen.

Literatur

- [1] Walton SF, Currie BJ. Problems in Diagnosing Scabies, a Global Disease in Human and Animal Populations. Clin Microbiol Rev 2007;20:268-79.
- [2] Bühlmann M, et al. Recommendations pour la prévention et le contrôle de l'infection dans les crèches d'hôpital. Bulletin Swissnoso 2010;16:4-6.
- [3] Gaspard L, et al. La gale en 2012. Rev Med Suisse 2012;8:718-22, 724-5.

Kontaktpersonen

Prof. Dr. med. Nicolas Troillet
Dr. med. Frank Bally
Marguerite Métral Delalay

nicolas.troillet@hopitalvs.ch
frank.bally@hopitalvs.ch
marguerite.metrall@hopitalvs.ch