

Wie lautet Ihre Diagnose?

BETTINA TÖNDURY, BARBARA K. BALLMER-WEBER, ZÜRICH

Anamnese:

Bei einer 58-jährigen Patientin bestand seit dem Sommer 2007 ein generalisiertes urtikarielles Exanthem. Sie litt unter sehr starkem Juckreiz, der sowohl tagsüber wie auch nachts auftrat. Unter der Therapie mit Cetirizin und Prednisolon heilten die Hautveränderungen jeweils ab, bei Absetzen der



Abb. 1a: Generalisiert multiple erythematöse Papeln mit teils bräunlicher Verkrustung.

Medikation kam es jedoch innerhalb von zehn Tagen zu einem Rezidiv. Ausser eine Kniearthrose war die persönliche Anamnese bland. Im November 2007 wurde eine Probeexzision am Abdomen entnommen.

Befund:

Es finden sich generalisiert – mit Betonung der Flanken, der Streckseiten der proximalen Extremitäten, der volaren Unterarme und der Mammæ – multiple erythematöse Papeln mit teils bräunlicher Verkrustung, im Sinne von generalisierten ekzematösen Hautveränderungen (**Abb. 1a, b**). Bei genauerer Betrachtung finden sich auch interdigital einzelne erythematöse Papeln (**Abb. 2, S. XX**). Die vom zuweisenden Arzt beobachteten urtikariellen Hautveränderungen konnten aktuell nicht bestätigt werden.

Abb. 1b: Am volaren Unterarm rechts multiple erythematöse Papeln.



Histologie:

Die Histologie zeigt eine ortho- bis fokal parakeratotisch verhornende Epidermis, eine unregelmässige, plumpe Akanthose und eine deutliche Spongiose (**Abb. 3, S. XX**). Im oberen Korium finden sich lymphohistiozytäre Entzündungsinfiltrate perivaskulär mit eosinophilen Granulozyten. Im mittleren und tiefen Korium findet sich ein diffuses, eosinophiles Granulozytenreiches Infiltrat (**Abb. 4, S. XX**). Aufgrund der Histologie wurde die Anamnese ergänzt. Es zeigte sich, dass eine Enkelin erythematöse Papeln am Abdomen aufwies und eine zweite Enkelin seit Monaten über generalisierten Juckreiz klagte.

Wie lautet Ihre Diagnose? (Antwort Seite xx)

Diagnose:

Ekzematisierte Skabies.

Verlauf:

Die Patientin wurde an drei aufeinander folgenden Tagen mit einem desinfizierenden Kaliumpermanganat-Vollbad und Atan-Crème (γ -Hexachlorcyclohexan) behandelt. Es wurde eine Therapie aller Kontaktpersonen mit Jacutin (γ -Hexachlorcyclohexan) durchgeführt. Anschliessend an die antiparasitäre Therapie wurde die Patientin aufgrund der ekzematischen Hautveränderungen mit Elocom Crème (Mometasonfuroat 0,1%) therapiert. Die ekzematischen Hautveränderungen heilten langsam ab, sieben Wochen nach Therapiebeginn zeigte die Patientin keine Hautveränderungen und keinen Juckreiz mehr.

Diskussion:

Die Skabies ist eine Erkrankung, die durch die Krätzmilbe *Sarcoptes scabiei varietas hominis* hervorgerufen wird. Je nach Land kommt sie mit einer Prävalenz von 1–36% vor, abhängig von der Bevölkerungsdichte, den hygienischen Bedingungen und der sozialen Schicht. Die typische Symptomatik präsentiert sich mit starkem Juckreiz, der sich v.a. nachts in der Bettwärme manifestiert und dem Auftreten von entzündlichen, «kommaartigen» Papeln. Die Prädisloktionsstellen sind volare Handgelenke, interdigital, die vordere Axillarfalte, die Mamillen, die Leistenregion, der Nabel, der Fussrücken und die Genitalregion. Bei Säuglingen und Kleinkindern kann auch der Kopf befallen sein. Zuweilen kann dieser Erstmanifestation ein Sekundärexanthem folgen, welches Ausdruck einer Typ-IV-Sensibilisierung gegenüber Milbenantigenen ist. Es tritt sekundär



Abb. 2: Interdigital einzelne erythematöse Papeln.

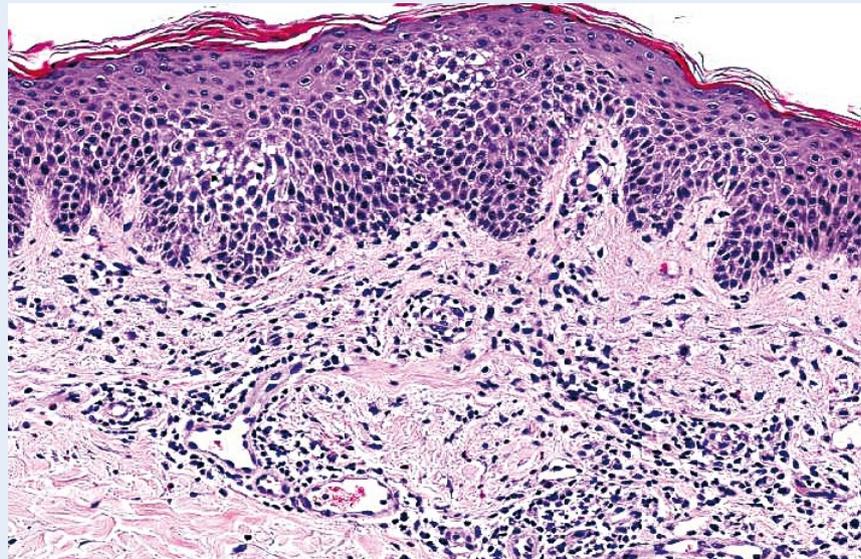


Abb. 3: Ortho- bis fokal parakeratotisch verhornende Epidermis, unregelmässige plumpe Akanthose, deutliche Spongiose. Im oberen Korium lymphohistiozytäre Entzündungs-infiltrate perivaskulär mit einzelnen eosinophilen Granulozyten.

v.a. bei langdauernder, unbehandelter Skabies oder bei erneutem Befall auf. Es handelt sich hier typischerweise um ein feinpapulöses, teils krustös belegtes Exanthem, das bevorzugt symmetrisch über den Flanken und proximalen Extremitäten auftritt. Charakteristisch ist eine sehr geringe Milbenanzahl von ca. 10–12 Milben pro Patient. Im Unterschied hierzu steht die Scabies norvegica sive crustosa, die v.a. bei immunsupprimierten Patienten auftritt, bei denen eine immunologische Antwort auf Milbenbestandteile aufgrund der An- oder Hyperergie des Immunsystems verhindert ist. Es kommt zu einer extremen Milbenvermehrung mit >1 Million Milben pro Patient. Bei dieser Form der hochkontagiösen Skabies findet sich ein ausgeprägter generalisierter Befall mit hyperkeratotischen Papeln, Plaques und Krustenbildung. Der Juckreiz kann fehlen. Die Diagnose einer Skabies wird klinisch gestellt und anhand von lichtmikroskopischem oder dermatoskopischem Nachweis von Milben, Eiern oder Skybala gesichert. Der Nachweis erfolgt aus den Gängen der Prädisloktionsstellen, nicht der Ekzemeffluoreszenzen. Bei einer stark ausgebreiteten Überempfindlichkeitsreaktion kann der Milben nachweis sehr schwierig sein. Hier kann die Histologie oder das Ergebnis einer antiparasitären Probebehandlung Rückschluss auf einen Milbenbefall geben.

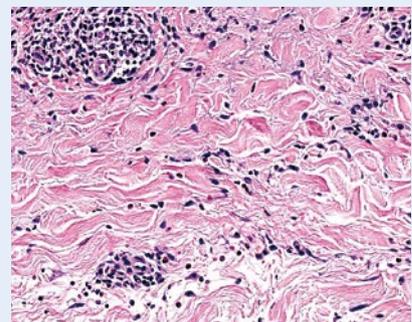


Abb. 4: Diffuses, eosinophiles Granulozyten-reiches Infiltrat im mittleren und tiefen Korium.

Bei der Scabies norvegica sive crustosa kann der Nachweis bereits an einzelnen Schuppen geführt werden.

Therapeutisch wichtig sind Allgemeinmassnahmen wie das Waschen der Bettwäsche und Kleidung sowie Behandlung der Kontaktpersonen. Therapie der ersten Wahl ist die lokale Behandlung mit Loxazol Crème (Permethrin 5%). Auch eine systemische Therapie mit Ivermectin p.o. kann durchgeführt werden, diese ist in der Schweiz jedoch nicht zugelassen. Alternative Therapien sind Eurax (Crotamiton), Benzylbenzoat oder Lindan (γ -Hexachlorcyclohexan), welches jedoch seit dem 1. Januar 2008 in Europa nicht mehr verkehrsfähig ist. Zur Therapie stark ekzematischer Haut kann ein Corticoid-haltiges Externum verwendet werden.