

## Skabies: Diagnostische Fallstricke – Histologische Hilfe

Quälender, insbesondere nächtlicher Pruritus ist das Charakteristikum der Skabies. Es handelt sich um eine weltweit sehr häufige Erkrankung, die auch in Deutschland wieder deutlich auf dem Vormarsch ist.

■ Die Übertragung der Skabiesmilbe erfolgt bei einem Hautkontakt von über 10 Minuten. Die weibliche Milbe gräbt Gänge in die oberste Epidermisschicht und legt dort Eier ab, aus denen sich nach 2-3 Wochen geschlechtsreife Milben entwickeln. Die weibliche Milbe selbst stirbt nach 30-60 Tagen ab. Die Skabiesmilbe ist ein obligater Parasit und extrem empfindlich gegenüber Wasserverlust.

Das klinische Hauptsymptom ist der Pruritus, der durch eine Hypersensitivitätsreaktion gegen die Eier, Speichel und vor allem die Skyballa (Kotballen) der *Sarcoptes scabiei* Milben hervorgerufen wird. Der quälende Juckreiz tritt insbesondere am Abend und in der Nacht auf und geht mit beißenden Empfindungen einher. Hierdurch entsteht ein erheblicher Schlafmangel, woraus ein ausgeprägter Produktivitätsverlust resultieren kann und damit direkt die Lebensqualität negativ beeinflusst wird. Klinisch treten vorwiegend an Stellen mit dünner Haut wie den Interdigitalfalten, den Mamillen, dem Nabel und im Genitalbereich 2-5 Wochen nach Infektion einzelne gangförmige Papeln auf.

Durch die zellvermittelte Immunantwort kommt es zu einer Dissemination milbenfreier erythematöser Papeln oder Papulovesikeln. Das klinische Bild jedoch kann sehr vielgestaltig sein, da es

häufig durch den ausgeprägten Juckreiz zu Kratzeffekten, Verkrustungen und einer bakteriellen Superinfektion kommen kann. Zumeist erfolgt die Besiedelung durch *Staphylococcus aureus* und *Streptococcus pyogenes*. Dies ist der Grund für das gehäuft assoziierte Auftreten von akutem rheumatischen Fieber und einer post-Streptokokken-Glomerulonephritis bei Patienten mit Skabies.

Die oft veränderte Morphe der Effloreszenzen erschwert die Diagnostik, insbesondere bei Infestationen durch wenig Milben und damit nur schwer sichtbaren Milbengängen. Diagnostische Leitlinien existieren bisher ebenso wenig wie eine simple molekulare Diagnostik. Aber es gibt dennoch einige diagnostische Möglichkeiten:

**Mittels Dermatoskopie** können ohne ein invasives Vorgehen multiple Läsionen auf das typische Zeichen einer Skabiesinfektion untersucht werden. Gesucht wird das Bild eines „Flugzeugs mit Kondensstreifen“. Dies ist ein zuverlässiges diagnostisches Verfahren, welches insbesondere im Gegensatz zu dem früheren diagnostischen Standard eines Schürfpräparates, nicht schmerzhaft ist. Auch ein Tesafilm Abklatsch kann auf Grund der durch die Milbengänge aufgelockerten Epidermis Milbenanteile zur Ansicht bringen, aber auch diese Methode ist weniger sensitiv als die Dermatoskopie. Ultima Ratio ist oft die Biopsie zur histopathologischen Untersuchung, insbesondere bei einer bereits lange vorherrschenden Infestation. Hier ist die Milbenzahl im Gegensatz zu den zahlreichen parainfektösen Effloreszenzen sehr gering und ein dermatoskopisches Auffinden dieser erschwert. Somit treten zahlreiche

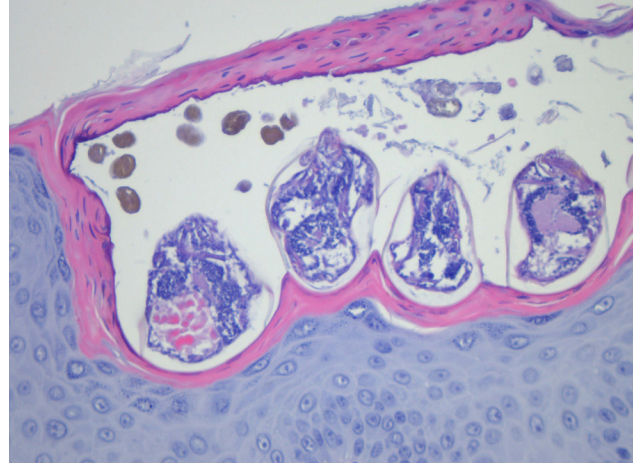


PD Dr. med. Claudia Kauczok  
Würzburg

klinische Differenzialdiagnosen wie zum Beispiel ein kutanes Lymphom in den Vordergrund, die mittels histologischer Untersuchung abgegrenzt werden sollten.

**Das charakteristische feingewebliche Bild** einer Skabieserkrankung zeigt ein oberflächliches und tiefes Infiltrat aus Lymphozyten, Histiocyten, Mastzellen und eosinophilen Granulozyten. Zusätzlich zeigen sich häufig spongiotische Bläschen zum Teil mit eosinophilen und vereinzelt neutrophilen Granulozyten. Diagnostisch sind Anteile einer Milbe im Stratum corneum mit Skyballa und evtl. Eiern sowie Gangstrukturen. Das Auffinden einer Milbe kann frustan sein und erfordert in der Regel die Anfertigung multipelster Schnittstufen. Diese werden dann bei klinischer Verdachtsdiagnose bzw. wie in unserem Fall bei hochverdächtigem Infiltratmuster gesichtet und zeigen dann im vorliegenden Fall nach 10 Stufen das erhoffte Ergebnis.

**Therapeutisch haben wir in Deutschland mehrere Optionen:** Permethrin 5% topisch und Benzylbenzoat 10%/ 25% topisch sowie Crothamiton 5%/ 10% topisch. Seit 2016 wird Ivermectin zur systemischen Therapie eingesetzt. Ein Unterschied in der Wirksamkeit und Verträglichkeit der Medikamente zeigt sich in vergleichenden Studien nicht, wenn gleich der Einsatz der systemischen Therapie sehr viel einfacher in der Anwendung ist. Dies birgt Vorteile, insbesondere bei der Durchseuchung von sozialen Einrichtungen. Über ein Auftreten von Resistenzen wurde bisher nur vereinzelt berichtet. Die Behand-



Milbenreste, Eier und Skyballa im Stratum corneum (40x HE-Färbung)

lung von Kontaktpersonen ist von Bedeutung, damit die Therapie auf Dauer erfolgreich ist. Eine Immunität gegen Skabies tritt nicht ein, daher kommt es bei nicht durchgeführter Therapie von Kontaktpersonen häufig zu einer Reinfestation. Im Rahmen einer Kontrolluntersuchung zwei Wochen nach Abschluss der ersten Therapie sollte bei weiterhin vorliegenden Zeichen einer aktiven Infestation die Indikation für eine Wiederholung der Therapie gestellt werden.

**Die Entwicklung neuer Therapien** ist schwierig, über die Milbenbiologie und Pathogenese ist noch zu wenig bekannt. 33 Proteine der Milbe wurden nun identifiziert. Sie binden spezifisch an IgG und IgM des Patientenserums. Allerdings war keines der bisher getesteten geeignet für die Entwicklung eines diagnostischen Tests. Einzelne Proteine könnten jedoch daran beteiligt sein, die Immunantwort des Wirts zu modifizieren, so dass sich hier Möglichkeiten und Aspekte für neue Therapieansätze bieten. ■

*Kontakt:*

*PD Dr. med. Claudia Kauczok  
praxis für dermatohistologie*

*Würzburg*

*praxis@dermatohistologie-wuerzburg.de  
www.dermatohistologie-wuerzburg.de*

Diesen Beitrag finden Sie auch online:  
[www.aerztliches-journal.de](http://www.aerztliches-journal.de)

