



Skabies Therapiemanagement für Allgemeinmediziner und Fachärzte

Erreger	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sarcoptes scabiei varietio hominis</i> (0,2 – 0,5 mm große Krätzmilbe) • Ein auf den Menschen spezialisierter obligater Parasit • Ein Eindringen tiefer als in die Hornschicht aufgrund der fehlenden Sauerstoffdiffusion nicht möglich • Zyklus von Eiablage bis zur geschlechtsreifen Milbe dauert etwa 2 - 3 Wochen
Ansteckung	<ul style="list-style-type: none"> • Durch direkten, engen Körperkontakt, wie z.B. gemeinsames Schlafen im selben Bett, Mutter-Kind-Kontakt, Geschlechtsverkehr und generell Leben in gemeinsamem Haushalt • NICHT durch Händeschütteln oder kurze Berührungen • Übertragung durch unbelebte Gegenstände (Handtücher, Kuscheltiere, Decken) ist unwahrscheinlich, jedoch nicht ausgeschlossen • Vom Wirt getrennte Skabiesmilben nur begrenzt lebensfähig • Lange Inkubationszeiten sind möglich (bis zu ca. 4 Wochen)
Klinisches Bild	<ul style="list-style-type: none"> • Starker Juckreiz, vor allem nachts und bei Wärme • Typischerweise papulöse, juckende, aufgekratzte Herde am Stamm und Extremitäten. Bei genauer Inspektion Milbengänge interdigital, im Genitalbereich, perimammilär, im Nabelbereich • Bei Säuglingen und Kindern Milbengänge und Papeln v.a. an den Füßen • Minimalvariante: „gepflegte“ Skabies, oligosymptomatisch
Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese: Auftreten von generalisiertem Juckreiz mit den o.g. Hautveränderungen ohne vorbestehende Hauterkrankung und ohne Erklärung durch andere Ursache, Skabies bzw. Betroffene mit o.g. Symptomatik im Umfeld • Milbennachweis: Bei entsprechender Fachkompetenz dermatoskopisch oder mikroskopisch an den Prädilektionsstellen. Direkter Milbennachweis gelingt nicht immer aufgrund der oft sehr niedrigen Zahl an Milben (10 - 30) • Bei entsprechender Anamnese und klinischem Verdacht soll die Therapie auch ohne Milbennachweis erfolgen.
Allgemeine Behandlungsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Aushändigen des Informationsblattes (in jeweiliger Muttersprache, www.oegstd.at) • Wenn möglich persönliche Aufklärung über Behandlungsmaßnahmen • GLEICHZEITIGE Mitbehandlung von <ul style="list-style-type: none"> ○ Personen im gemeinsamen Haushalt ○ Mitbewohner einer Wohngemeinschaft ○ Engen Kontaktpersonen ○ Sexualpartnern • Mitbehandlung auch wenn KEINE Symptome der Erkrankung (Hautveränderungen, Juckreiz) vorhanden sind (cave: lange Inkubationszeit)
Verfügbare Präparate	<p>Lokaltherapien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permethrin (in Österreich zugelassen) <ul style="list-style-type: none"> ○ Infectoscab 5 % Creme® (30 Gramm) ○ Bei fehlender Lieferbarkeit: magistrale Rezeptur: Permethrin 25 % Rezepturkonzentrat 20,0, Unguentum emulsificans aquosum ad 100,0 ○ Dosierung: <ul style="list-style-type: none"> - Ab 12. Lebensjahr: Einwirkzeit sollte 12 Stunden (am besten über Nacht) betragen, ganze Tube auftragen - 6. – 12. Lebensjahr: maximal 15 g Creme (½ Tube) - Ab Geburt – 5. Lebensjahr: maximal 7,5 g Creme (¼ Tube) - Bei Säuglingen und Kleinkindern: Verschlucken und Abschlecken vermeiden • Benzylbenzoat (in Deutschland zugelassen) <ul style="list-style-type: none"> ○ Antiscabiosum 10 %® <ul style="list-style-type: none"> - An 3 aufeinanderfolgenden Tagen - Bei Kindern zwischen 1 und 12 Jahren ○ Antiscabiosum 25 %® <ul style="list-style-type: none"> - An drei aufeinanderfolgenden Tagen - Ab dem 12. Lebensjahr



Systemische Therapien:

- Ivermectin p.o.
 - Scabioral 3 mg® (in Österreich zugelassen) oder
 - Stromectol 3 mg® (in Ö nicht zugelassen aber verfügbar)
 - Bei Patienten mit mehr als 15 kg
 - Schwangerschaft und Stillen: nicht empfohlen
 - Einnahme nüchtern, zwei Stunden zur letzten Mahlzeit
 - Dosierung 200 Mikrogramm/kg Körpergewicht (laut Tabelle)

Körpergewicht (kg)	Dosis (Anzahl an 3mg Tabletten)
15 bis 24	Eine
25 bis 35	Zwei
36 bis 50	Drei
51 bis 65	Vier
66 bis 79	Fünf
80 bis 95	Sechs
96 bis 110	Sieben
111 bis 125	Acht
126 bis 140	Neun
141 bis 155	Zehn

Behandlung

- Es besteht Verdacht auf (relative) Resistenzentwicklungen der Krätzmilbe gegenüber Permethrin und Ivermectin
- Ein Kombinationsbehandlung erscheint daher sinnvoll, da ein Therapieversagen beider Präparate kombiniert unwahrscheinlicher ist
- Bei fehlendem Therapieerfolg unter der Therapiekombination von Permethrin und Ivermectin kann bei fraglicher Compliance eine Therapiewiederholung erfolgen, ansonsten sollte eine alternative Therapie mit Benzylbenzoat und Ivermectin überlegt werden.

Erwachsene und Kinder ab 15 kg

Therapie der 1. Wahl:

Permethrin 5 % topisch an Tag 0 und 7
UND Ivermectin 200 µg/kg Körpergewicht per os an Tag 0 und 7

Alternative Therapie:

Benzylbenzoat topisch an 3 Tagen aufeinanderfolgend
UND Ivermectin 200 µg/kg Körpergewicht per os an Tag 0 und 7
(Für Benzylbenzoat: Patient muss älter als 1 Jahr sein)

Kinder < 15 kg und Säuglinge

Therapie der 1. Wahl:

Permethrin 5 % topisch an Tag 0 und 7 einschließlich Kopf

Alternative Therapie:

Benzylbenzoat topisch an 3 Tagen aufeinanderfolgend
(Für Benzylbenzoat: Patient muss älter als 1 Jahr sein)

Schwangere und Stillende

Therapie der 1. Wahl:

Permethrin 5 % topisch an Tag 0 und 7

Keine Einschränkungen in der Schwangerschaft und Stillzeit

Alternative Therapie:

Benzylbenzoat topisch an 3 Tagen aufeinanderfolgend

Bei dringender Behandlungsindikation kann auch unter Benzylbenzoat gestillt werden. Direkter Kontakt des Säuglings mit Benzylbenzoat ist zu vermeiden.

CAVE bei Stillenden: während Behandlung mit Permethrin/Benzylbenzoat topisch die Brustwarze vor dem Stillen waschen und danach Lokalthherapie ggf. neu applizieren

Nachbehandlung

- Topische Steroide zur Behandlung des postskabiösen Ekzem geeignet
- Juckreiz kann mehrerer Wochen nach Therapie anhalten
- **Beurteilung des Therapieerfolges und ggf. neuerliche Behandlung frühestens 2 Wochen nach Behandlungsende bei weiterbestehender oder wiederaufgetretener Erkrankung.**



Literaturverzeichnis

Andersen BM, Haugen H, Rasch M, Haldal Haugen A, Tageson A. Outbreak of scabies in Norwegian nursing homes and home care patients: control and prevention. *J Hosp Infect.* 2000;45(2):160-4.

Andriantsoanirina V, Izri A, Botterel F, Foulet F, Chosidow O, Durand R. Molecular survey of knockdown resistance to pyrethroids in human scabies mites. *Clin Microbiol Infect.* 2014;20(2):O139-41.

Currie BJ, Harumal P, McKinnon M, Walton SF. First documentation of in vivo and in vitro ivermectin resistance in *Sarcoptes scabiei*. *Clin Infect Dis.* 2004;39(1):e8-12.

Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and ivermectin for scabies. *N Engl J Med.* 2010;362(8):717-25.

Khalil S, Abbas O, Kibbi AG, Kurban M. Scabies in the age of increasing drug resistance. *PLoS Negl Trop Dis.* 2017;11(11):e0005920.

Mytton OT, McGready R, Lee SJ, Roberts CH, Ashley EA, Carrara VI, et al. Safety of benzyl benzoate lotion and permethrin in pregnancy: a retrospective matched cohort study. *BJOG.* 2007;114(5):582-7.

Sunderkotter C, Feldmeier H, Folster-Holst R, Geisel B, Klinke-Rehbein S, Nast A, et al. S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies - short version. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016;14(11):1155-67.

Sunderkotter C, Aebischer A, Neufeld M, Loser C, Kreuter A, Bialek R, et al. Increase of scabies in Germany and development of resistant mites? Evidence and consequences. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2019;17(1):15-23.

van den Hoek JA, van de Weerd JA, Baayen TD, Molenaar PM, Sonder GJ, van Ouwkerk IM, et al. A persistent problem with scabies in and outside a nursing home in Amsterdam: indications for resistance to lindane and ivermectin. *Euro Surveill.* 2008;13(48).

Walton SF, Myerscough MR, Currie BJ. Studies in vitro on the relative efficacy of current acaricides for *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2000;94(1):92-6.

Engelman D, Fuller LC, Steer AC, International Alliance for the Control of Scabies Delphi p. Consensus criteria for the diagnosis of scabies: A Delphi study of international experts. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018;12(5):e0006549.

Engelman D, Cantey PT, Marks M, Solomon AW, Chang AY, Chosidow O, et al. The public health control of scabies: priorities for research and action. *Lancet.* 2019;394(10192):81-92.