

Tungiasis, Myiasis, Skabies und Pediculosis:

Parasitäre Hauterkrankungen als diagnostische und therapeutische Herausforderungen

Hermann Feldmeier

Institut für Mikrobiologie und Hygiene

Campus Benjamin Franklin

Charité Universitätsmedizin

Hindenburgdamm 27

12203 Berlin

hermann.feldmeier@charite.de

Die Tungiasis (Sandflohkrankheit) ist eine Ektoparasitose, bei der sich der Erreger vorübergehend in der Epidermis aufhält, in situ abstirbt und nach einigen Wochen eliminiert wird. Sie ist bei Reisenden aus Endemiegebieten nicht selten, wird aber häufig verkannt. Die Diagnose wird klinisch gestellt. Das klinische Bild der Tungiasis hängt stark vom Krankheitsstadium ab. Die häufig präsenten Kratzexkorationen sind eine Eintrittspforte für pathogene Bakterien. Im Endemiegebiet wird die Tungiasis mit Hilfe von scharfen, unsterilen Instrumenten (Nähnadel, Sicherheitsnadel, Dorn, etc.) entfernt, eine schmerzhafte und gefährliche Prozedur, durch die pathogene Keime (z. B. *C. tetani*, HBV und HIV) übertragen werden können. Behandlung der Wahl ist die topische Applikation eines Dimeticon mit niedriger Viskosität und hohen Spreiteigenschaften. Die eingebetteten Parasiten sterben innerhalb weniger Tage ab und die chitinhaltigen Überreste werden durch Reparaturmechanismen der Haut eliminiert. Ein Repellent auf der Basis von Kokosöl schützt Reisende wirkungsvoll vor einer Tungiasis.

Myiasis (*myia* griechisch = Fliege) ist eine Infestation der Haut durch Larven unterschiedlicher Fliegenspezies, die sich für eine vorübergehende Zeit von vitalen, nekrotischem Gewebe oder von Körpersekreten ernähren. Alle Formen der Myiasis sind Zoonosen, der Mensch ist immer nur ein akzidenteller Wirt. Die verwirrende Vielfalt von lokalen Bezeichnungen für die Infestation spiegelt einerseits das breite Spektrum klinischer Manifestationen wider und ist andererseits ein Indikator dafür, dass die Myiasis in den betreffenden Bevölkerungen bereits seit langem bekannt ist. Die Therapie der Myiasis erfolgt topisch durch ölige Substanzen, die die Atemöffnungen der Fliegenlarve okkludieren. Alternativ bietet sich die orale Behandlung mit Ivermectin an.

Die Pediculosis capitis wird durch *Pediculus humanus capitis* verursacht. Der Parasit kann eine ernsthafte Erkrankung der Kopfhaut verursachen. Überdies sind Kopfläuse Überträger von wichtigen bakteriellen Krankheitserregern. Die Pediculosis capitis ist die häufigste Parasitose im Kindesalter. In Deutschland beträgt die Zahl der Neuerkrankungen ca. 1.500/10.000 Kinder pro Jahr. Mädchen sind doppelt so häufig betroffen wie Jungen. Die Erkrankungshäufigkeit schwankt erheblich im Laufe des Jahres mit einem Maximum im Spätsommer und Herbst. Da die Inzidenz innerhalb weniger Wochen nach Ende der Sommerferien ansteigt, ist zu vermuten, dass aus dem Urlaub zurückkehrende Kinder die Parasiten nach Deutschland einschleppen. Die Therapie der Pediculosis capitis erfolgt topisch. Ein neuer Therapieansatz nutzt Silikonöle mit einer sehr geringen Oberflächenspannung und einer hohen Kriechfähigkeit. Dimeticone wirken nicht toxisch auf das Nervensystem der Parasiten, sondern rein physikalisch. Geeignete Produkte haben einen Wirkungsgrad von etwa 95 % auf adulte Kopfläuse und von 100 % auf Kopflauseier. Das physikalische Wirkprinzip und der rasche Wirkungseintritt machen die Entwicklung resistenter Parasitenpopulationen unwahrscheinlich.

Die Infestation mit *Sarcoptes scabiei* kommt weltweit vor. In vielen Entwicklungsländern ist die Ektoparasitose endemisch. Die Transmission der Kratzmilben erfolgt durch direkten Hautkontakt oder (seltener) durch gemeinsam genutzte Textilien. Die korrekte Diagnose der Skabies ist eine Herausforderung: Das klinische Bild ist ausgesprochen variabel. Die Verdachtsdiagnose stützt sich auf die Präsenz stark juckender Effloreszenzen an charakteristischen Prädilektionsstellen sowie einer ausführlichen Familien- und Reiseanamnese. Der Nachweis von Milbengängen ist pathognomonisch, gelingt aber selten. Die Liste der Differentialdiagnosen ist lang. Der Nachweis von Milben erfolgt in Kurettagematerial (Hautgeschabsel), mit Hilfe eines Klebestreifen-Abriss-Tests, am besten jedoch mittels Dermatoskopie. Alle Methoden, insbesondere die Dermatoskopie, verlangen viel Erfahrung.