

Scabies norvegica (crustosus scabies)- betegbemutató

Scabies norvegica (crusted scabies) – case report

MAGYARI NOÉMI KATALIN DR.¹, SZENES ÉVA DR.¹, EGYHÁZI ZSOLT DR.²,
VERESS GÁBOR DR.², BATTYÁNI ZITA DR.¹

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály¹,
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Pathológiai Osztály², Kaposvár

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők egy szociális otthonban élő, 93 éves, elesett állapotú, 5 hónapja sikertelen antiscabieses kezelésben részesülő nőbeteg esetét mutatják be. Felvételtkor a fejen, arcon, fülkagylókon, de legfőképp a tenyereken, körömsánccon crustosus felrakódásokat, hyperkeratoticus plakkokat észleltek. A diagnózis a klinikai kép alapján egyértelműen scabies norvegica volt, a hámkaparékból a rüh-atka kimutatásra került. A laboratóriumi vizsgálatokban eosinophiliát, emelkedett IgG szintet észleltek. A hyperkeratosis leválasztása után több alkalommal elvégzett antiscabieses kezelésre a beteg tünetei gyorsan gyógyultak. A kivizsgálás során a bal tüdőfélben malignus folyamat igazolódott. A szerzők által bemutatott scabies norvegica megjelenését a beteg idős kora, önellátás képességének hiánya, malnutritio, csökkent immunrendszer segítették elő. A heteroanamnézis alapján a beteg családjában 3 és a lakókörnyezetében (szociális otthon) 4 enyhébb scabieses esetet diagnosztizáltak, melyek a szokványos kezelésre tünetmentesedtek. A szerzők felhívják a figyelmet az ápolási otthonokban egyre gyakrabban járványszerűen jelentkező scabies fontosságára és a megfelelő higiénés szabályok betartásának meghatározó szerepére.

Kulcsszavak:

scabies norvegica - scabies rizikó tényezői -
ápolási otthonok - scabieses járványok

SUMMARY

The authors present the case of a 93 years old, frail woman, living in a nursing home, who was treated unsuccessfully for 5 months with antiscabies treatment. During the observation on the head, face, ears, but especially on the palms and nail beds crusted hyperkeratotic plaques were observed. According to the clinical picture the diagnosis was clearly scabies norvegica and the mites have been recognized in the epidermis scrapings. In the laboratory tests eosinophilia and elevated IgG levels were observed. After removing the hyperkeratotic plaques and repeated local antiscabies treatment, the patient healed quickly. During the examinations the chest X-ray confirmed malignancy in the left lung. The appearance of scabies norvegica was facilitated by the advanced age of the patient, lack of ability to self-sufficiency, malnutrition and impaired immune system. From heteroanamnesis, in the family of the patient three members and in her living environment (nursing home) four patients were diagnosed with scabies, all healed with the usual local treatment. The authors draw attention at the increasing number of scabies in nursing homes and the determinative role of keeping the proper hygiene rules.

Key words:

scabies norvegica - risk factors of scabies -
community home - epidemic of scabies

A rüh-atka (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, más néven *Acarus siro* var. *hominis*) 0,3-0,5 mm nagyságú élősködő, mely az emberi bőrön az elhalt hámsejtekkel táplálkozik. Csökkent védekezőképesség (immunszuppresszió, immundefektus), visszatérő, kezeletlen esetekben, legyengült, idős szervezet vagy szellemileg fogyatékosok esetén a scabies súlyos formája jelentkezik, melyet scabies norvegicának neveznek.

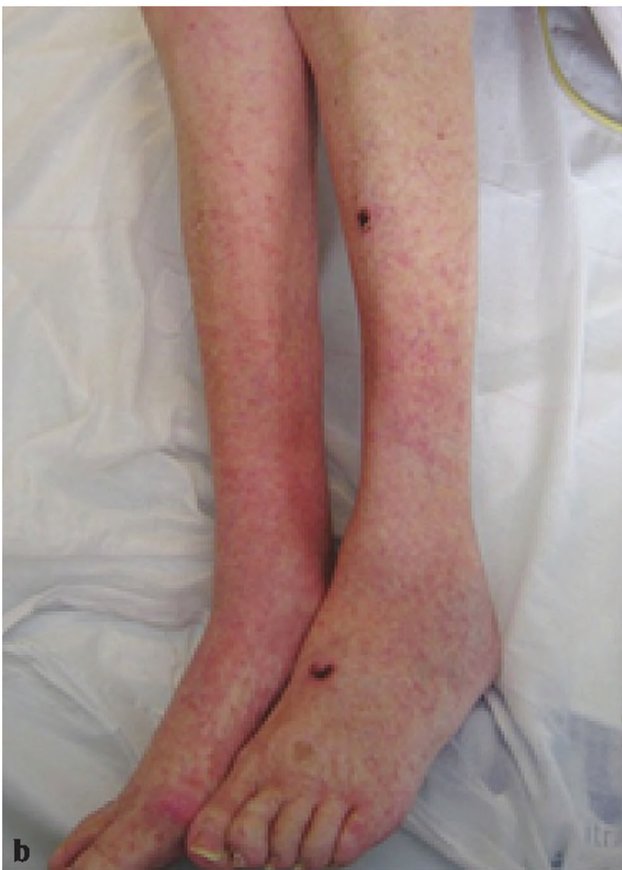
Esetismertetés

2012. augusztusában egy szociális otthonban élő, 93 éves, érelmeszesedésben szenvedő, ischémiás szívbeteg nőbeteg síófoki bőr-

gyógyászatról került felvételre osztályunkra scabies norvegica, erythroderma, ill. cutan lymphoma gyanúja miatt. Egyéni anamnézis nem, csak heteroanamnézis és dokumentáció állt a rendelkezésünkre. A heteroanamnézis alapján a beteg bőrtünetei 2012. márciusban kezdődtek, augusztusig 3 vagy 4 alkalommal részesült antiscabieses kezelésben. A közvetlen családjában 3, a lakókörnyezetében (szociális otthon) 4 enyhébb scabieses esetet diagnosztizáltak, melyek a szokványos lokális kezelésre tünetmentesedtek. A sovány, elesett, kontaktusba nem hozható betegnél felvételtkor a törzsön, végtagokon a bőr egybefüggően erythemás volt, elkülöníthető ujjbegynyi papulákból tevődött össze (1a. és 1b. ábra). Mindkét tenyéren (2a. ábra), kézujjak hajlító felszínén és a körömsáncok körül sárgás, vaskos hyperkeratosis (2b. ábra), a nyak területén indurált bőrt, a hajas fejbrőn alopeciát és enyhe felrakódást, az arcon hámlást láttunk (3. áb-



a
1a. ábra
Testszerte egybefüggő erythema, elkülöníthető ujjbegynyi papulákkal



b
1b. ábra
Testszerte egybefüggő erythema, elkülöníthető ujjbegynyi papulákkal



2a. ábra
Mindkét tenyéren sárgás, vaskos hyperkeratosis



2b. ábra
Kézujjak hajlító felszínén és a körömsáncok körül sárgás, vaskos hyperkeratosis



3. ábra
Nyak területén indurált bőr, a hajás fejbőrön alopecia és enyhe felrakódás, arcon hámlás

ra). A beteg kézmozdulatai alapján enyhe fokú viszketést feltételeztünk, mely főképpen a tenyerekre lokalizálódott.

Laboratóriumi vizsgálatok során leucocytosist (25.1 G/l), neutrofilíát (10.1 G/l), eosinophiliát (11.43 G/l), gyorsult süllyedést

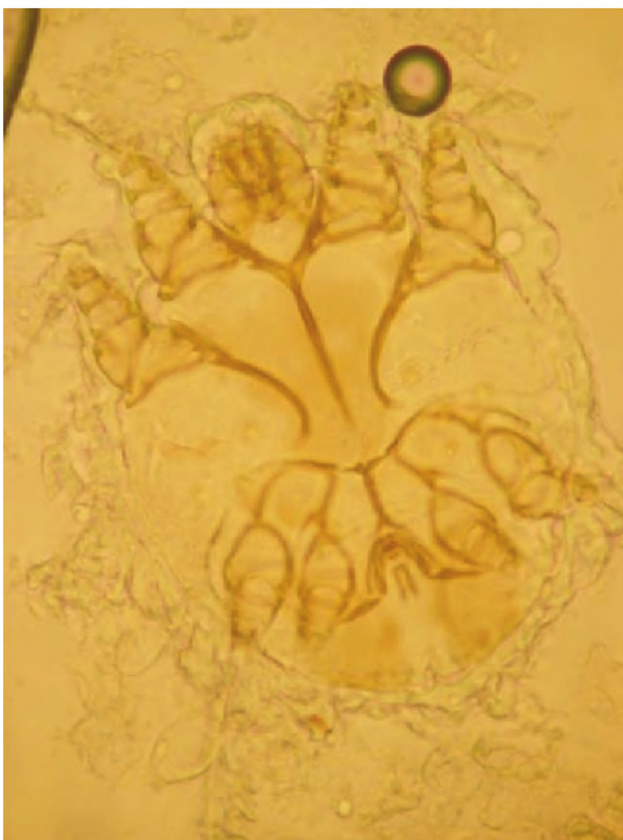
(84 mm/h), emelkedett CRP-t (26.5 mg/l), emelkedett IgG szintet (18.8 g/l), beszűkült vesefunkciót (CN: 21.5 mmol/l, kreatinin: 128 umol/l), a vizeletben ++++ fehérje ürítést, bakteriológiai leoltás során 10⁵ csíraszámú *Escherichia coli*-t, normál máj-



4. ábra
Mellkas rtg felvétel

funkciót, IgA-t, IgM-t és tumormarkereket (CEA, CA) észleltünk.

Tumorkutatás irányában végzett kivizsgálások során a mellkas röntgen felvétel bal oldalon a kp. tüdőmezőben lateralisán 28x17 mm-es átmérőjű, aránylag élesen határolt halvány lágyrészdensitású



5a. ábra
Hámkaparé 20% KOH kezelés után (atka négy pár rövid lába, a két elülső pár nyeles tapadókorongban végződik, testén hosszú, elálló serték)

gócárnyékot írt le, mely malignus folyamat valószínűségét vetette fel (4. ábra). További vizsgálatok (hasi és kismedencei UH) negatív eredménnyel zárultak. Tekintettel a beteg idős korára és állapotára további vizsgálat (mellkas CT) a tüdőtumor irányában nem történt.

Differenciál diagnosztikai szempontból scabies norvegica, hyperkeratotikus eczema, psoriasisos erythroderma, atopiás dermatitis lehetőségére merült fel.

A klinikai kép, az eosinophilia, ill. az emelkedett IgG szint scabies norvegica irányába terelte a figyelmünket, ezért a betegnél atka kimutatására a hámkaparé mikroszkópos vizsgálatát végeztük el, mely során több helyen típusos, atkára utaló képződményeket találtunk (5a. ábra).

A mikroszkópos képeken felfedezhető az atka négy pár rövid lába, melyek közül a két elülső pár nyeles tapadókorongban végződik (5a. ábra).

A mikroszkópos képeken az atka petéit is láthatjuk (5b. ábra).



5b. ábra
Atka petéje



6. ábra
Testszerte csökkent hyperaemia

A fénymikroszkópos vizsgálat eredménye alátámasztotta a feltételezett diagnózist, a crustosus scabiést.

A kezelés 25%-os benzil-benzoát tartalmú emulzió alapú, három kezelési ciklusban, két egymást követő napon 1-1 óra különbséggel 2-2 kezelést végeztünk, melyet 2-3 napos szünetekkel háromszor ismételtünk. A kézen lévő crustosus felrakódásokra 5%-os salicyl vaselint, a viszketés csillapítására per os 3x1 tabl. *Suprastin*®, beszűkült vesefunkció miatt infúziót (napi 1000 ml *Ringer-laktát* és 1000 ml *Salsol A oldatos infúzió*) alkalmaztunk. A kezeléseink közötti napokon bõrnyugtatóként a tenyerekre *Ung. ad vulnerát*, testszerte *Ung. refrigerans* alkalmaztunk. A terápia fontos része volt a beteg izolálása, és az egészségügyi személyzet megfelelő védelme védõöltézzel.



7a. és 7b. ábra
A crustosus képletek nagyrésze levált

Két hetes kezelés után testszerte a hyperaemia csökkent (6. ábra), a crustosus képletek nagyrésze levált (7a. és 7b. ábra), az infúzió és per os folyadékpótlás mellett tudata, általános állapota javult.

Megbeszélés

A crustosus scabiest 1848-ban Danielsen és Boeck írta le Norvégiában, kizárólag scabieses és leprás betegeknek észlelték, akik érzéskiesésük miatt, nem érezték a scabies okozta viszketést (4). 1851-ben állapították meg, hogy a valódi kórokozó a *Sarcoptes scabiei variatio hominis*, és ekkor nevezték el a kórképet scabies norvegicának (5). Korábbi közleményekben csaknem kizárólag intézményben élő, Down-szindrómás betegeknek fordult elő ez a kórkép. Újabban gyakoribb az AIDS-ben szenvedők ruh-atka fertőzése (9). A kifejezés „norvég scabies”, bár még mindig használatos, meg kell változtatni, mivel nincs lényeges kapcsolat Norvégia és a norvég scabies között (8). Helyesebb a crustosus scabies elnevezés, ami megfelel az angol *crusted scabies* vagy a német nyelvterületen használt *scabies crustosa*, illetve *Borkenkrätze* elnevezéseknek. A folyamat lényege az ismeretlen mechanizmusú pikkelyképződés (squama), amelyhez pörkképződés (crusta) is társul. A kettő együttes előfordulására utal a *scale-crust* kifejezés.

Bármely életkorban előfordulhat, úgy férfiaknál, mint nőknél (3). Az atkák szoros direkt kontaktussal (gyakran szexuális kontaktussal), illetve ruhaneműkkel, texti-

liákkal (közös ágyban alvás) terjednek. A klasszikus scabiesnél a lappangási idő 4-6 hét, mely crustosus scabies esetében 10-14 napra rövidül (5). A *Sarcoptes scabiei variatio hominis* csak embereket képes megbetegíteni. A nőtény atka testén levő hosszú, elálló serték miatt nem tud a szűk járatban megfordulni, minek következtében kénytelen folyton előre rágni az utat, miközben maga mögött hagyja útközben lerakódó petéit, ürülékét. Az atka antigénjei ellen antitestek alakulnak ki az emberi szervezetben, melyek testszerte a bőrfelszínen 0,5-1 mm nagyságú, kiemelkedő, sero-papulákat, hyperaemiás elváltozásokat okoznak (1). Csökkent védekezőképesség (immunszuppresszió, immundefektus), visszatérő, kezeletlen esetekben, legyengült, idős szervezet vagy szellemileg fogyatékosok esetén a scabies súlyos formája jelentkezik. Jelentkezhet rosszindulatú daganatnál, súlyos cukorbetegségnél. A crustosus scabies kialakulása a celluláris immunválasz károsodásának következménye, így a szervezet képtelen az atka proliferációját megfékezni, súlyos fertőzést hozva létre. Feltételezik, hogy a fertőzésre adott crustosus reakciót elsősorban a Th2 limfocita válasz váltja ki (8). A klasszikus scabieshez képest különbség, hogy a 10-20 atka helyett, akár atkák százezrei is élnek a bőr szarurétegében. Egy ilyen beteg ágyneműjében lévő porból 6.312 atka/g populáció sűrűséget mutattak ki (8). Az atkajáratok metilénkék festékekkel kimutathatók, ill. dermatoszkóppal is vizsgálhatóak. Vékony tűvel az atka kiemelhető a szarurétegből és tárgylemezen paraffinolaj cseppben mikroszkóppal azonosítható (1).

A klasszikus és a crustosus scabies klinikai tüneteiről és differenciál diagnózisáról összefoglaló az 1. táblázat-ban (11).

Laboratóriumi eltérések közül az eosinophilia emelhető ki mindkét formánál (4, 11).

A kezelés célja az atkák eradikálása, a tünetek kontrollja és a másodlagos fertőzések megelőzése. A szokványos scabiesnél használatos lokális antiscabidumok (kénvegyületek, benzyl benzoate, crotamiton, lindane, malathion, permethrin) a crustosus formánál is hatékonyak. Ha erre a terápiára nem reagál a scabies, akkor szisztémás hatású, szájon át szedhető antiscabidummal (ivermectin) kell kiegészíteni a kezelést. A lokális permethrin, egy szintetikus pyrethroid készítmény 5%-os krém formájában jelenleg a legelőnyösebb scabidid szer orális ivermectinnel kombinálva. Az ivermectint sikeresen alkalmazzák crustosus scabiesben, mind monoterápiában, vagy kombinációban helyi antiscabidumokkal. Az ivermectin adását bizonyos esetekben (terhesség, szoptatás, 15 kg alatti gyermekek) mérlegelni kell. A terápia hatékony lehet 200 µg/kg egyszeri dózis után, de általában többszöri adagra van szükség a megfelelő gyógyulás eléréséhez. A hyperkeratosis miatt keratolytikus externák alkalmazása is indokolt. A bakteriális kolonizáció és sepsis lehetőségével számolni kell minden betegnél, és a másodlagos fertőzéseket agresszív széles spektrumú antibiotikumokkal kezelni kell (8). A fel nem ismert esetek megfelelő terápia nélkül scabieses járványok kialakulásához vezethetnek.

	Klasszikus scabies	Crustosus scabies
Klinikai tünetek	<ul style="list-style-type: none"> – lappangási idő 2-6 hét – excoriációk, karcolásszerű, finoman hámló, néhány mm-es vonalas járatok – apró, erythemás, kissé hámló, pörkkel fedett papulák – lokalizáció: ujjak köze, tenyér redői, csuklótáj, könyök, axillák, scrotum, penis, nagyajkak, areola mammae, kisgyermeknél tenyéri-talpi laesiók – arc, hajás fejbőr, nyak, hát megkímélt – éjjel fokozódó, egész testre kiterjedő, kínzó viszketés – stratum corneumban atkajárat 	<ul style="list-style-type: none"> – lappangási idő 10-14 nap – atípusos megjelenés – kiterjedt, csaknem erythrodermáig progrediáló forma – nagyfokú elszarusodás és vaskos hámlás miatt az erythemás szemöldökön, hajás fejbőrön, hajlatokban, kézen és lábon jellegzetes, keratoticus, fehérszürke, konfluáló plakkok – periunguális bőr psoriasiform érintettsége – viszketés esetenként hiányozhat – regionális nyirokcsomók duzzanata
Differenciál diagnózis	<ul style="list-style-type: none"> – intenzív pruritusszal járó egyéb kórképek (diabetikus pruritus, ekzema craquele, vese- és májbetegségekhez társuló pruritus) – atópiás dermatitis – urticaria – pyoderma – rovarcsípés – dermatitis herpetiformis 	<ul style="list-style-type: none"> – hyperkeratotikus ekzema – psoriasisos erythroderma – atópiás dermatitis – bőr lymphoma – tenyereket és talpakat érintő súlyos kontakt dermatitis

1. táblázat

Klasszikus és crustosus scabies klinikai tünetei és differenciál diagnózisa

A múltban a scabies crustosus formája ritka volt, melyet leginkább immunkomprimált és mentálisan retardált pácienseknél láttak. Napjainkban a különböző immunszuppresszív terápiák és a HIV fertőzöttek számának növekedése miatt, a crustosus scabies már nem annyira ritka, mint korábban. A mai napig több, mint 200 esetről számoltak be. Vannak közlemények, helyi corticosteroid kezelés után kialakult crustosus scabiesről, de normál immunválaszú betegeknek is megfigyelték (9). A korrekt diagnózis felállításánál egyik probléma, hogy az általános orvosok körében nagyon ritkán fordul elő gyanúként ez a betegség. Nagyon fontos a crustosus scabies pontos diagnózisa, mert a téves diagnózis súlyos következményekkel járhat, mint például a fertőzés terjedése és az elváltozások felülfertőződése, néha életveszélyes következményeket indukálva (9).

Napjainkban rizikótényezőknek számít az intézetben élő páciens, immunszuppresszió, rossz szociális és higiéniai körülmények, leukémia, Down-szindróma, lepra, diabetes, HIV/AIDS (2. táblázat). Becslések szerint jelenleg világszerte kb.

300 millió scabiessel fertőzött személyről van tudomásunk, többségük a fejlődő országokban (9). Magyarországon nosocomialis scabies járványról 2008-ban Dr. Károlyi főorvos asszony és munkatársai számoltak be (5).

A jellemző klinikai tünetek, a rühatka tömeges kimutatása, az egyértelmű szövettani lelet és az eredményes kezelés alapján a diagnózis bizonyítottnak tekinthető.

- Betegségek
 - HIV-betegség, k.m.n. (AIDS betegek)
 - Csökkent immunitás hosszan tartó betegség miatt
 - Csökkent immunitás immunszuppresszív kezelés következtében
 - Down-szindróma
 - Lepra (Hansen-betegség)
- Egyéb predisponáló tényezők
 - Hajléktalanság
 - Nem megfelelő higiénés környezet
 - Hiányos szexuális higiéné
 - Hiányos személyi higiéné
 - Zsúfolt környezet
 - Háborús körülmények
 - Dementia
 - Mentális retardáció
 - Lokális és szisztémás szteroid készítmények nem megfelelő alkalmazása (scabies incognito)

2. táblázat

Crustosus scabies rizikó tényezői

Esetbemutatásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet az ápolási otthonokban egyre gyakrabban jelentkező scabies norvegicára, mert a fel nem ismert esetek és a nem megfelelő terápia szokványos scabies járványok kialakulásához vezethetnek.

A scabies diagnózisára mindig kell gondolni pruritusos társuló előrehaladott malignus betegségben szenvedő betegeknél (9).

IRODALOM

1. Cseplák Gy.: Gyakorlati bőrgyógyászat. Medicina Kiadó Zrt., Budapest (2011) 114-115 p.
2. Dobozy A., Farkas B., Horváth A., mtsai.: Bőrgyógyászat. Eklektikon Kiadó és Nyomdai Szolgáltató Kft., Budapest (2004) 139-141 p.
3. Burgdorf W. H. C., Plewig G., Wolff H. H., mtsai.: Braun-Falco's Dermatology, Third Edition. Springer, Heidelberg (2009) 334-338 p.
4. Burns T., Breathnach S., Cox N., mtsai.: Rook's Textbook of Dermatology, Seventh Edition (2008) Volume two. 33.44-33.46 p.

5. Pecze T., Sziray Á., Lengyel E., mtsai.: A scabies norvegica ivermectin kezelése – tapasztalatok egy nosocomialis járvánnyal kapcsolatban. Bőrgyógy. és Venerol. Szle. (2008) 84 (1.), 25-28.
6. Nofal A.: Variable response of crusted scabies to oral ivermectin: report on eight Egyptian patients. JEADV (2009) 23, 793-797.
7. Lai Y. C., Teng C. J., Chen P. C. és mtsai.: Unusual scalp crusted scabies in an adult T-cell leukemia/lymphoma patient. Ups J Med Sci. (2011) 116(1), 77-78.
8. Sampathkumar K., Mahaladar A. R., Ramakrishnan M. és mtsai.: Norwegian scabies in a renal transplant patient. Indian J Nephrol. (2010) 20(2), 89-91.
9. Binić I., Janković A., Jovanović és mtsai.: Crusted (Norwegian) Scabies Following Systemic and Topical Corticosteroid Therapy. J Korean Med Sci. (2010) 25(1), 188-191.
10. Burkhart C. G., Burkhart C. N., Burkhart K. M.: An epidemiologic and therapeutic reassessment of scabies. Cutis (2000) 65, 233-40.
11. Kárpáti S., Kemény L., Remenyik É.: Bőrgyógyászat és Venerológia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest (2013) 249-252 p.

Érkezett: 2013. 03. 25.

Közlésre elfogadva: 2013. 08. 01.

HAZAI HÍREK

Az MDT Kontakt Dermatitis Munkacsoport ez évi ülését a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika „Prof. Dr. Földvári Ferenc” előadótermében 2013. november 13-án megtartotta.

Az 1996-tól működő Munkacsoport 17. tudományos ülése a kontakt dermatitis új szakmai aktualitásaival foglalkozva az alábbi előadási témaköröket tárgyalta meg.

Az ülés bevezető előadásában Prof. Dr. Temesvári Erzsébet az epicutan próbák új metodikai kérdéseinek ismertetésében ismételten felhívta a figyelmet a teszt értékelésében igen fontos 7. napos leolvasás jelentőségére. A 7. napos értékelés adta új pozitívítások jelentősége az implantátumokkal kapcsolatos szenzibilizációk megítélésében igencsak felértékelődik. E kérdéskörhöz kapcsolódóan a műtétek előtti és a műtéti komplikációk kapcsán történő tesztelések indikációit a jelenleg még csak körvonalazódó szakmai tapasztalatok mentén részletezte.

Dr. Pónyai Györgyi egyetemi adjunktus előadásában a PPD (parafeniléndiamin) mint régi és új allergén szenzibilizációs gyakoriságának növekedésére hívta fel a figyelmet. Előadásában felsorolt oki tényezők, a már gyermekkortól megjelenő, majd az évek során halmozódó expozíciók következményei, a hazai klinikai tapasztalatok és a betegek teszteredményei alapján is igazolhatók.

Dr. Tóth Ágnes (Dr. Károlyi Zsuzsanna, Dr. Nagy Gabriella, Dr. Dósa Anikó) percing viseléssel kapcsolatos allergológiai tapasztalatait egy széleskörű allergológiai kivizsgálás-sorozat eredményéről beszámoló előadásban ismertette. A szenzibilizációs tüneteket a fém allergénektől az akrilátok kiváltotta kontakt érzékenységig feltérképezve, vizsgálataikat kitűnő klinikai dokumentációkkal támasztották alá.

Dr. Kohánka Valéria az Országos Munkahigiénés és Foglalkozási-egészségügyi Intézet főorvosa a 2008-2012 években regisztrált foglalkozási bőrbetegségek dinamikájáról, valamint a bejelentésekkel kapcsolatos gyakorlati kérdésekről tartott előadást. A regisztrált foglalkozási betegségek, köztük a regisztrált foglalkozási bőrbetegségek nagy valószínűséggel a valódi szám töredékét adják. A bejelentések igen alacsony száma az érintettek ellenérdekeltségével hozható összefüggésbe.

A megbeszélés a munkacsoport új multicentrikus vizsgálatának szakmai egyeztetésével zárult.

Budapest 2013. november 29.

Prof. Dr. Temesvári Erzsébet
egyetemi tanár, a munkacsoport vezetője