

Leczenie świerzbu (*Scabies*)



artykuł do pobrania
www.lekwypolsce.pl

Aleksandra Batycka-Baran, Wojciech Baran

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu
kierownik kliniki: prof. dr hab. Eugeniusz Baran

Słowa kluczowe: świerzb, permetyryna, krotamiton.

Streszczenie

Świerzb jest pasożytniczą infekcją skóry. Chociaż występuje częściej w grupie osób o niskim statusie socjoekonomicznym, może dotyczyć każdego – bez względu na płeć, wiek czy zamożność. Infekcja przenosi się najczęściej drogą bezpośredniego kontaktu pomiędzy ludźmi, ale możliwa jest także pośrednia droga zakażenia poprzez pościel, bieliznę czy ręczniki. Typową cechą świerzbu jest silny świąd nasilający się w godzinach nocnych i lokalizacja zmian skórnych. Rozpoznanie choroby opiera się na wywiadzie i objawach klinicznych, ale można także zastosować bezpośrednie badanie zeszkrobiny naskórka lub histopatologiczną ocenę wycinka skóry. Lekiem pierwszego rzutu jest miejscowa 5% permetyryna – bezpieczna, dobrze tolerowana i skuteczna. Inne preparaty miejscowe stosowane w leczeniu świerzbu to krotamiton, benzoesan benzylu, balsam peruwiański i siarka. Leczenie osób z kontaktu zapobiega rozprzestrzenianiu się infekcji i ponownym zakażeniom świerzbowcem.

Key words: scabies, permethrin, crotamiton.

Abstract

Scabies is a parasitic infection of the skin. Although it is more common in people with lower socioeconomic status it affects all people regardless of age, sex and socio-economic position. Transmission can occur by either direct physical contact or indirectly through shared clothing, bed linens or towels. Characteristic feature of scabies is an intense pruritus that worsens in the evening and typical localization of skin lesions. Diagnosis is based on a reported history of contact with an infected individual, clinical symptoms, and the presence of skin lesions. Additional useful diagnostic tools are direct microscopic examination of skin scrapes and histological examination. First line treatment is topical 5% permethrin that is in most cases sufficient, safe and well tolerated treatment. Other topical treatment options are: crotamiton, benzyl benzoate, sulphur and balsam of Peru. Treatment of close contacts is necessary to control outbreaks and repeated infestations.

Wprowadzenie

Świerzb (*Scabies*) należy do grupy ekto-parazytów – chorób, w których pasożyty bytują w skórze lub na jej powierzchni. Zachorowalność na tę dermatozę w Europie szacuje się na 0,5 do 2 na 1000 mieszkańców (podczas epidemii: 7-18/1000); zwykle dotyczy ona osób w wieku od 15. do 45. r.ż. Największą częstość zachorowań notuje się jesienią i zimą. Chociaż świerzb występuje częściej w populacji osób żyjących w złych warunkach socjoekonomicznych, może

dotyczyć wszystkich ludzi, niezależnie od wieku, płci i statusu; lekarz (a także farmaceuta w aptece) nigdy nie powinien wyłączać możliwości takiego rozpoznania [1].

Patogeneza

Świerzb wywołany jest przez świerzbowca ludzkiego (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*). To pasożyt z rodziny roztoczy o wielkości 0,3-0,4 mm (samica; samiec jest nieco mniejszy), owalno-płaskim kształcie i perłowobiałym kolorze. Jedno-

razowa (dla samicy i samca) kopulacja następuje na powierzchni skóry, następnie ciężarna samica drąży w głąb warstwy rogowej tunel (0,5-5 mm na dobę), w którym pozostawia swoje odchody (scybala) i jaja (2-3 na dobę). Po ok. 50 godzinach wykluwają się nimfy, podobne do dorosłych roztoczy, które opuszczają tunel i przemieszczają się ku powierzchni skóry. Następują trzy linienia i po 14 dniach dorosły pajęczak jest gotowy do zapłodnienia. Świąd, będący głównym objawem, który odczuwają pacjenci, jest wywołany przez stan zapalny i nadwrażliwość na świerzbowca, jego odchody i jaja [1,2].

Inkubacja w przypadku pierwszej infekcji wynosi ok. 2-6 tygodni, przy następnej tylko 1-3 dni, prawdopodobnie ze względu na szybszą ponowną odpowiedź komórkową na antygeny pasożyta – typ IV reakcji immunologicznej [2,3].

Główną drogą zakażenia dla człowieka jest bliski kontakt fizyczny, przede wszystkim spanie w jednym łóżku (zwłaszcza kontakty seksualne) – świerzb reaguje na ciepło i zapach. Istnieje także możliwość zakażenia poprzez kontakt z pościelą, ręcznikami i bielizną.

Świerzbowiec ludzki jest bardzo wyspecjalizowanym pasożytem, niezdolnym do samodzielnego życia dłużej niż 3-4 doby poza organizmem gospodarza. Świerzbowce zwierzęce są inne genetycznie i nieprzystosowane do pasożytowania u człowieka.

Objawy

Wyróżnia się trzy postaci choroby:

- Najczęstszą jest *klasyczna*, wywoływana przez obecność 10-12 roztoczy na skórze. Ma ona powolny i „rozmyty” początek; jest to zwykle intensywny świąd, nasilający się nocą. Pojawiają się także polimorficzne zmiany skórne: grudki, często przyjmujące linijny kształt (o długości kilku milimetrów do kilku centymetrów, z małym pęcherzykiem na końcu), przeczosy (związane z drapaniem skóry przez pacjenta), pęcherzyki i strupy. Część ze zmian skórnych jest efektem wtórnej osutki będącej, jak się przypuszcza, reakcją aler-

giczną na świerzbowca. Może dojść do nadkażenia bakteryjnego i pojawiają się wówczas zmiany krostkowe.

Dla rozpoznania niezwykle istotna jest lokalizacja zmian – u dorosłych: przestrzenie międzypalcowe, zgięciowa strona nadgarstków i łokci, fałdy pachowe (i tułowia), sutki (u kobiety), brzuch (wzdłuż linii pasa), dolna część pośladków, okolica anogenitalna (u mężczyzn); u dzieci: szyja, głowa (fałdy zauszne), dłonie i stopy [2].

- Drugą postacią jest świerzb *norweski, inaczej hiperkeratocyczny*, który występuje u osób z immunosupresją, upośledzonych fizycznie i/ lub umysłowo albo dotkniętych neuropatią czuciową, u których dochodzi do masywnego namnażania się świerzbowca – od tysięcy do setek tysięcy, a nawet milionów osobników bytujących u jednego chorego. Zmiany skórne w postaci ognisk grubych, nawarstwiających się łusek i rumieni, przypominających czasem łuszczycę, lokalizują się w różnych miejscach (oprócz tych typowych dla świerzbu) i są niezwykle zakaźne [3]. Niemal połowa pacjentów z tą postacią choroby nie odczuwa świądu [4].
- Trzecią postacią jest świerzb guzkowy (*Sca-bies nodularis*), który rozwija się u części pacjentów wskutek lokalnej nadwrażliwości na roztocze. Dochodzi do powstania guzkowego odczynu zapalnego w postaci swędzących, brązowo-czerwonych guzków o średnicy do 2 cm, typowo w okolicy anogenitalnej, na podudziach i pod pachami.

Należy także wspomnieć o tzw. *pseudoświerzbie*, który pojawia się po prawidłowym leczeniu u pacjenta, jego rodziny lub współpracowników (zwłaszcza w ochronie zdrowia). Jest to silne przekonanie o utrzymywaniu się infekcji i zakaźności pacjenta, związane z zaburzeniami w sferze psychologicznej chorych, poczuciem winy, przetrwałą reakcją alergiczną na świerzbowca lub niedostateczną wiedzą na temat choroby [3].

Świerzbowiec ludzki jest bardzo wyspecjalizowanym pasożytem, niezdolnym do samodzielnego życia dłużej niż 3-4 doby poza organizmem gospodarza.

Diagnostyka

W diagnostyce świerzbu niezmiernie istotny jest dokładny wywiad obejmujący, oprócz informacji dotyczących przebiegu choroby, także kwestie socjoekonomiczne, warunki mieszkaniowe, czy przygodne kontakty seksualne.

Jak już wspomniano, w klasycznej postaci świerzbu niezwykle istotna jest lokalizacja zmian skórnych i na ten aspekt wywiadu lekarz powinien zwrócić dużą uwagę. Należy też pamiętać o charakterystycznym, nasilającym się w nocy świądzie. W niektórych przypadkach obecne są charakterystyczne linijne zmiany skórne (tunele świerzbowców), ułatwiające rozpoznanie.

Bezwzględny potwierdzeniem infekcji jest wykrycie pasożyta w zmianach chorobowych. W tym celu pobiera się skalpelem lub igłą zeskrabiny naskórka ze zmian skórnych i materiał zawieszają w roztworze KOH (ewentualnie w oleju mineralnym). W mikroskopie świetlnym widoczne są roztocza i ich jaja.

Drugą opcją jest *biopsja i badanie histopatologiczne*.

W literaturze opisywane są jeszcze inne metody diagnostyczne, jak np. *dermatoskopia, badanie z użyciem tuszu*, który uwidacznia tunele świerzbowca (*burrow ink test*), ale są to jedynie dodatkowe narzędzia ułatwiające rozpoznanie.

Tabela 1. Diagnostyka różnicowa świądu [1,2,3]

Postacie świerzbu	Różnicowanie
postać klasyczna świerzbu	liszajec
	zapalenie mieszków włosowych
	pokrzywka
	wyprysk kontaktowy
	atopowe zapalenie skóry
	ugryzienia przez inne stawonogi
	opryszczkowate zapalenie skóry
świezb norweski	łuszczyca
	grzybica
	chłoniaki skóry
świezb guzkowy	<i>pseudolinfoma</i>

U części chorych, zwłaszcza z nasiloną postacią świerzbu, obserwuje się w krążeniu podwyższony poziom IgE i eozynofilię.

W różnicowaniu należy głównie wziąć pod uwagę sytuacje kliniczne przedstawione w tab. 1.

Leczenie i profilaktyka

Podstawową zasadą leczenia jest (oprócz oczywiście zajęcia się samym chorym) również leczenie jego rodziny i osób z najbliższego otoczenia, pomimo braku u nich objawów infekcji.

Konieczne jest także pranie pościeli, ręczników i bielizny, tak by temperatura przekroczyła 60°C (przy praniu w niższej temperaturze konieczne jest suszenie w temp >60°C przez ok. 10 minut lub prasowanie). Dodatkowo inne przedmioty i ubrania, które miały kontakt ze skórą chorego należy umyć lub wyprać i nie używać ich przez minimum 4 dni. Niektórzy autorzy zalecają odłożenie noszonej bielizny i uprzednio noszonych ubrań na 2-3 tygodnie [2,3,5].

Lekiem pierwszego rzutu jest 5% *permetryna*, dostępna w Polsce w postaci kremu, którą stosuje się jednorazowo, na całe ciało, a ilość stosowanego preparatu zależy od wieku pacjenta. W przypadkach opornych leczenie można powtórzyć za 8 dni. Lek ten ma mało działań ubocznych, może być stosowany u dzieci, w okresie ciąży i laktacji [2,3].

Drugim dostępnym na rynku miejscowym lekiem jest *krotamiton* w postaci 10% maści i płynu. Jest on mniej skuteczny od permetryny, ale ma znacznie niższą cenę, co sprawia, że może być alternatywą dla niektórych pacjentów.

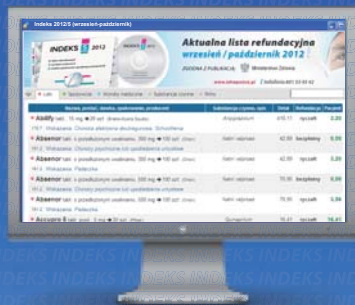
Inne dostępne na rynku substancje to *preparaty siarki, benzoesan benzylu czy balsam peruwiański* [5].

Jedynym doustnym lekiem przeciwświezbowym jest *iwermektyna*, której 1% roztwór stosuje się w dawce 200 µg/kg dwukrotnie, w odstępie 7 dni. To doskonały preparat w leczeniu świerzbu norweskiego, trudnego do opanowania miejscowymi preparatami. Wśród rzadko występujących działań ubocznych wymienia się: hepatotoksyczność, gorączkę, bóle stawów, obniżenie ciśnienia tętniczego [3,4]. Lek ten nie jest w Polsce zarejestrowany do stosowania u ludzi, a jedynie do leczenia zwierząt.

POZOSTAŃ W GRONIE PRENUMERATORÓW I ODBIERZ SWÓJ PREZENT!

Zamów prenumeratę*
na rok 2013
a otrzymasz bezpłatnie

INDEKS w wersji elektronicznej**



* Cena promocyjna rocznej prenumeraty
czasopisma „Lek w Polsce” na rok 2013 – 105 zł

** Wersja elektroniczna
dla prenumeratorów „Leku w Polsce”
lub posiadaczy wersji papierowej INDEKSU w cenie 12 zł
do pobrania na stronie www.lekwypolsce.pl
za pomocą kodu: **Lek2012**

Pełna informacja o warunkach promocji
i sposobie zamówienia:

tel. 22 666 43 33 e-mail: prenumerata@lekwypolsce.pl
www.lekwypolsce.pl INFOLINIA 801 55 45 42

W przypadku nadkażeń bakteryjnych, po leczeniu świerzbu, należy zastosować *miejscowe lub ogólne antybiotyki*. Jeżeli utrzymuje się przetrwały świąd, skuteczne są *słabe miejscowe kortykosteroidy i doustne leki przeciwhistaminowe*, zwłaszcza I generacji [3].

Opis przypadku

23-letnia pacjentka zgłosiła się do kliniki celem diagnostyki i leczenia zmian skórnych. Od 2 miesięcy na skórze brzucha i bocznych części tułowia pojawiały się u niej swędzące grudki i pęcherzyki. Pacjentka podała, że świąd wyraźnie nasilał się podczas nocnego wypoczynku. Chora była leczona ambulatoryjnie, z rozpoznaniem wyprysku rozsianego, miejscowymi preparatami glikokortykosteroidowymi i doustnymi lekami przeciwhistaminowymi, z niewielką poprawą. Od dwóch tygodni jej partner zaczął uskarżać się na świąd w fałdach pachowych. Przy przyjęciu u pacjentki na skórze tułowia widoczne były liczne rumieniowe grudki, niektóre rozdrapane i pokryte strupem.

W badaniu zeszkobin ze zmian skórnych w mikroskopie świetlnym uwidoczniiono świerzbowca.

Zastosowano leczenie 5% permetryną w kremie – jednorazowa aplikacja na 8 godzin u pacjentki i jej partnera na skórę całego ciała oraz doustnie klemastyne – 1 tabletkę na noc przez 14 dni oraz emolienty – 2 razy dziennie na zmienioną okolice. Zalecono także wymianę, pranie i kwartanannę pościeli, bielizny i ręczników, zgodnie z wytycznymi dla leczenia świerzbu. Podczas wizyty kontrolnej po 14 dniach zaobserwowano ustąpienie zmian skórnych u pacjentki, widoczne były pojedyncze ogniska hiperpigmentacji pozapalne. Świąd u pacjentki i jej partnera ustąpił całkowicie.

Piśmiennictwo:

1. Currier RW, Walton SF, Currie BJ. Scabies in animals and humans: history, evolutionary perspectives, and modern clinical management. *Ann N Y Acad Sci* 2011; 1230: E50-E60.
2. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. *Dermatologia Braun-Falco*. Tom I. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2010.
3. Schmidt E, Levitt J. Dermatologic infestations. *Int J Dermatol* 2012; 51: 131-141.
4. Hengge U, Currie B, Jager G i wsp. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis* 2006; 5: 269-279.
5. Szepletowski J, Reich A. Leczenie chorób skóry i chorób przenoszonych drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.

Adres Autorki:

dr n. med. Aleksandra Batycka-Baran
e-mail: ola.batycka@interia.pl