

Simmande löss på förskola – om lusbehandlingens ABC

Adekvat terapi och kontaktsparning framgångsfaktorer

Infestation av huvudlöss är relativt vanligt i Sverige, och främst drabbas barn 5–14 år. Viktigaste spridningsväg är från huvud till huvud. Frågan är lågt prioriterad inom sjukvården. Adekvata råd och behandlingsinstruktioner är emellertid av stort värde, både för att avdramatisera problemet för den drabbade och för att uppnå god ordinationsföljsamhet och därmed undvika resistens. I ett fall iaktogs huvudlöss simmande sedan nära ett dygn i ett malationnehållande schampo!

Huvudlusen (*Pediculus humanus capitis*) är 2 till 3 mm lång, vinglös och infesterar endast människa. Lusen lever i själva huvudhåret och på hårbotten och suger dagligen blod från sin värd för att överleva. Äggen (gnetter) läggs framför allt occipitalt nära hårbotten, där temperaturen är mest gynnsam. För att äggen ska kläckas krävs en temperatur runt 31°C [1, 2]. Kliniskt innebär detta att ägg som sitter mer än en centimeter från hårbotten är döda eller tomta. Detta är lätt att bedöma hos de flesta, med undantag för personer med lockigt hår. Utanför hårbotten överlever lössen sällan mer än 36 timmar [3].

Upprepade studier har visat att den viktigaste spridningsvägen av huvudlöss är från huvud till huvud och ej via kammar eller klädesplagg [4, 5]. Lusen är spridd över hela världen [5], och förekommer relativt ofta hos framför allt barn i åldern 5–14 år [6, 7]. Även i Sve-

rige är lusinfestationer ganska vanligt förekommande, men säkra siffror saknas. Försäljningsstatistik från Apoteksbolaget visar dock att det under perioden 1994–1998 årligen såldes mellan 124 730 och 145 262 förpackningar lusmedel, vilket minst torde motsvara antalet behandlingar. I det följande belyser vi behandlingsproblematiken vid en av Malmös förskolor.

Metod och material

Under drygt ett års tid hade barn vid en av Malmös förskolor regelbundet besvärats av lusinfestation. För att få en uppfattning om problemets omfattning begav vi oss till förskolan och intervjuade personal, barn och i förekommande fall även föräldrar. Anamnestiska data och planerade åtgärder noterades i ett för ändamålet framtaget formulär.

Samtliga barn, föräldrar och all personal undersöktes systematiskt med inspektion och genomkamning av hår och hårbotten. Vid första besöket undersöktes en majoritet av barn och personal. De som ej var närvarande vid detta tillfälle erbjöds läkarbesök på förskolan ett par dagar senare. Ett fåtal uppsökte istället hudklinikens mottagning.

Alla barn samt personal som inte var närvarande vid det första besöket blev undersökta innan de återgick till förskolan. Vi undersökte 68 barn (varav 7 var syskon till barn på förskolan), 16 föräldrar och 15 anställda, sammanlagt 99 personer. De med lusinfestation behandlades med disulfiramliniment (Tenutex).

Resultat

Aktuell lusinfestation konstaterades hos 9 barn (6 flickor, 3 pojkar). Två av dessa var syskon som inte vistades på förskolan. Två andra vistades på en avdelning på förskolan där man inte märkt att något barn hade problem med lusinfestation. Av de 99 personerna i undersökningsgruppen uppgav 25 (3 anställda, 17 barn, 5 föräldrar) att de haft huvudlöss sedan 6–12 månader tillbaka. Efter en till två behandlingar med malationeschampo (Prioderm) var 18 fria från löss, medan övriga 7 hade kvarstående besvär.

Personer med kvarstående infesta-

Luskammen är lusens värsta fiende.

tion hade behandlats upprepade gånger, i några fall upp till 20 gånger. En förälder till ett barn, som hade behandlats 20 gånger, hade med sig en burk med levande löss, vilka sedan knappt ett dygn tillbaka simmade i en lösning av malationnehållande schampo. Levande löss från samma individ lades i disulfiramlosning. Lössen dog efter ett par minuter.

Noggranna behandlingsinstruktioner och information gavs om att man inte skulle återgå till förskolan förrän lusfrihet konstaterats. Uppföljning via personalen gjordes efter 3 veckor respektive 3 tre månader. Inga återfall rapporterades.

Diskussion

Lusinfestation är vanligt förekommande. Detta påstående baseras ej på epidemiologiska studier utan på statistik över försäljningen av lusmedel [8]. Problem med lusinfestation har ingen hög prioritet i sjukvården, och de råd och behandlingsinstruktioner som ges är ofta otillräckliga [5, 9, 10]. Detta gällde också i det aktuella fallet, där såväl föräldrar som personal under några

Författare

ANNA SPIRÉN
underläkare

ÅKE SVENSSON
docent, överläkare

ESBEN JÖRGENSEN
överläkare; samtliga verksamma vid hudklinik, Universitetssjukhuset MAS, Malmö, vid tiden för studiens genomförande.

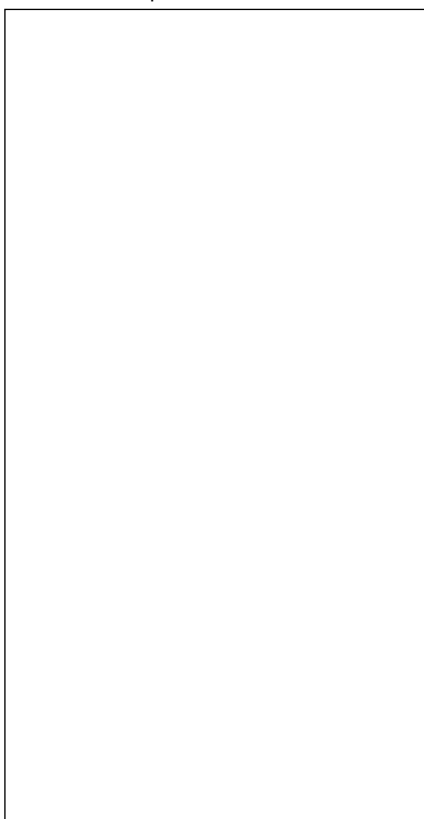


Huvudlusen (*Pediculus humanus capitis*) i »levande livet», fångad på ett hårstrå.

månader försökt få råd från sjukvården. När de inte lyckades bemästra den svåra situationen, kände de att ingen tog dem på allvar.

Vår bedömning är att det i ett fall som detta är praktiskt och mest kostnads-effektivt att sjukvårdens personal beger sig ut till drabbade skolor eller förskolor och träffar de berörda i deras egen miljö. Då kan gemensam information angående smittvägar och enhetliga behandlingsråd ges till en majoritet av

Huvudlusen (*Pediculus humanus capitis*) under mikroskopet.



eventuellt exponerade. De berörda tas på allvar och i och med detta avdramatiseras problemet.

Genom att undersöka hela gruppen minskas risken för oupptäckta smittkällor. Exempelvis fann vi två barn med aktuell lusinfestation, där varken föräldrar eller personal var medvetna om eller misstänkte detta. Dessa två barn kan ha varit smittkällor, och vi bedömer att kontaktpårning och systematisk undersökning är viktiga inslag för att bryta smittvägar [6, 11].

Resistens mot lusmedel

I flera länder har resistens mot olika lusmedel registrerats [12], och det är något som man måste beakta även i vårt land [13]. Bland de individer som vi undersökte hade enligt anamnestiska uppgifter 25 personer blivit smittade ett halvt till ett år tidigare. Av dessa blev 18 bra på rekommenderad lusbehandling. Övriga 7 individer hade under mer än ett halvt år haft upprepade lusinfestationer. Orsakerna till detta kan vara mindre väl genomförda behandlingar eller resistens mot lusmedel.

I åtminstone de fall där lössen överlevde ett dygn i en malationinnehållande lösning och där individen ifråga hade behandlats ett 20-tal gånger med malationinnehållande schampo, torde resistens ha förelegat. För att motverka resistensutveckling bör lusmedel av olika kemiska sammansättningar användas i ett rotationsschema [13]. Rekommendationerna från Läkemedelsverket är att malationlösning kutant är lämpligt som förstahandsmedel ytterligare en tid [14].

Det är också viktigt att påpeka att otillräckligt genomförda behandlingar ökar risken för att lössen blir motståndskraftiga mot medlet. En ökad

kunskap bland såväl vårdpersonal som allmänhet om hur behandling bör ske kan förmodligen minska risken för resistensutveckling. I den grupp vi undersökte hade två familjer svårt att klara behandlingen på egen hand, varför de fick hjälp på hudklinikens behandlingsavdelning. Vid uppföljningarna, 3 veckor respektive 3 månader efter de givna behandlingarna, fanns det ingen på förskolan med kvarvarande lusinfestation.

Sammanfattningsvis anser vi det vara viktigt att skapa förutsättningar för god ordinationsföljsamhet och att utföra noggranna undersökningar för att eventuellt finna smittkällor och kunna välja adekvat behandling.

Referenser

1. Maunder JW. The appreciation of lice. *R Inst Gt Brit Proc* 1983; 55: 1-31.
2. Behandling av huvudlöss – rekommendationer. Information från Läkemedelsverket 1996; 7: 41-3.
3. Chunge RN, Scott FE, Underwood JE, Zavarella KJ. A pilot study to investigate transmission of headlice. *Can J Public Health* 1991; 82: 207-8.
4. Maunder JW. Parasites and man. Human lice – biology and control. *J R Soc Health* 1977; 97: 29-32.
5. Chunge RN, Scott FN, Underwood JE, Zavarella KJ. A review of the epidemiology, public health importance, treatment and control of headlice. *Can J Public Health* 1991; 82: 196-200.
6. Speare R, Buettner PG. Headlice in pupils of a primary school in Australia and implications for control. *Int J Dermatol* 1999; 38: 285-90.
7. Gulati PV, Kamat J, Singh KP. A community based epidemiological study of louse infestation. *The Clinician* 1981; 45: 177-81.
8. Burman K. Försäljning av lusmedel i Kristianstad och Malmöhus län samt i riket 1994–1998. Stockholm: Apoteket AB, 1999.
9. Altschuler DZ, Kennedy LR. Pediculicide performance, profit, and the public health. *Arch Dermatol* 1986; 122: 259-61.
10. Editorial. Headlice in the 70s. *Lancet* 1979; 2: 130-1.
11. Trolin I. Behandling av huvudlöss med lusmedel. Information från Läkemedelsverket 1996; 7: 45-6.
12. Mumcuoglu KY, Hemingway J, Miller J, Ioffe-Uspensky I, Klaus S, Ben-Ishai F et al. Permethrin resistance in the head louse *Pediculus capitis* from Israel. *Med Vet Entomol* 1995; 9: 427-32.
13. Jespersen JB. Behandlingsresistens hos huvudlöss. Information från Läkemedelsverket 1996; 7: 50-1.
14. Behandling av huvudlöss. Rekommendationer från Läkemedelsverket 1999-09-14 i manuskript.