

Parazitární kožní choroby a jejich léčba

MUDr. Jitka Gartšíková

Dermatovenerologická klinika, Fakultní nemocnice Brno a LF MU Brno

Kožní choroby parazitární (epizoonózy) jsou skupinou onemocnění, u kterých jsou kožní změny vyvolány parazity vegetujícími na kůži nebo v jejím okolí. Nebezpečí spočívá v porušení kožního krytu a otevření cesty další infekci, zejména virózám a riketsiózám, ale i běžné pyogenní infekci (1). U epizoonóz v užším slova smyslu žije parazit na kůži (např. veš), mezi epizoonózy v širším slova smyslu řadíme kožní projevy vyvolané živočichy, kteří na kůži nežijí (např. poštípání hmyzem) (2). Důležité jsou hygienické poměry – nedostatečná péče o tělo a malý životní prostor mají na parazity příznivý vliv.

Klíčová slova: scabies, trombidiasis, pediculosis.

Parasitic skin conditions and their treatment

Parasitic skin conditions (epizoonoses) are a group of diseases in which skin changes are induced by parasites living on the skin or near it. The risk consists in impaired skin integrity and giving rise to further infections, particularly viroses and rickettsioses as well as common pyogenic infection (1). Specifically, epizoonoses refer to conditions in which the parasite lives on the skin (e. g. head louse); more generally, epizoonoses include skin manifestations caused by animals not living on the skin (e. g. insect bite) (2). Hygiene is of major importance since inadequate care of the body and a small living space have a favourable effect on parasites.

Key words: scabies, trombidiosis, pediculosis.

Dermatol. praxi 2010; 4(4): 192–194

Mezi parazitární onemocnění postihující kůži patří choroby vyvolané roztoči (zákožkou svrabovou – *scabies*, larvou roztoče *Trombicula autumnalis* – *trombidiasis*, nebo klíštětem – u nás zejména *Ixodes ricinus*), hmyzem (vši – *pediculosis*, plošticemi – *cimicosis*, blechami – *pulicosis*, okřídleným hmyzem – vosou, včelou, sršní, čmeláky, komáry, mouchami), červy (např. *oxyuriasis*) (2). Podrobněji budou v následujícím textu probrány *scabies*, *trombidiasis* a *pediculosis*.

Inkubační doba svrabu je při primoinfekci 2–6 týdnů, její délka je závislá na osobní hygieně nemocného. Pacienta většinou přivádí k lékaři silné svědění kůže celého těla, intenzivnější večer po zahřátí na lůžku.

Klinicky se svrab vyznačuje drobnou, světle červenou papulou velikosti špendlíkové hlavičky, papulózní eflorescence ve větším množství nacházíme v predilekčních lokalizacích – meziprstí rukou, volární strana zápěstí s přechodem na

předloktí, přední řasa axilární, areoly mammae, krajina pupku a pasu, genitál, hýždě, vnitřní plochy stehen (obrázek 1, 2, 3). U dospělých téměř nikdy nebývá postižena kůže obličeje, plosek, dlaní a křtice, u dětí se setkáváme s projevy i na ploskách, v obličeji a ve křtici. Typické pro svrab jsou dvě papuly světle červené barvy vedle sebe, z nichž jedna je větší (místo vstupu zákožky), druhá menší (konec svrabové chodbičky), někdy kůže reaguje zánětem nad celou chodbičkou

Scabies

Svrab je svědivá dermatóza vyvolaná parazitem *Sarcoptes scabiei var. hominis*. Samička parazita (velikosti asi 0,3–0,4 mm) žije v chodbičkách v rohové vrstvě epidermis, dožívá se celkem 4–6 týdnů. Sameček žije na povrchu kůže, po kopulaci do 48 hodin uhynie. K infekci nového hostitele stačí jediná oplozená samička. Mimo hostitele je velmi citlivá na vyschnutí i vlhko, při pokojové teplotě uhynie do 3 dnů, při expozici 50 °C do 10 minut.

Přenos se uskutečňuje při úzkém tělesném kontaktu lidí, zejména v teplém prostředí postele (např. při pohlavním styku), v táborech, mezi dětmi, nebo nepřímo osobním prádlem, lůžkovinami a textiliemi. Nepřímý přenos je častější u hyperkeratotických forem svrabu (*scabies norvegica*). Svrab je poměrně snadno přenosný, proto je nutné vyšetřovat a léčit celé rodiny, eventuálně kolektivy. Onemocnění může způsobovat menší epidemie zejména v hromadných lůžkových zdravotnických a sociálních zařízeních (1, 2, 3).

Obrázek 1. Scabies



Obrázek 2. Scabies – detail



Obrázek 3. Scabies – detail



Obrázek 4. Scabies – papuly uspořádané ve „dvojičky“



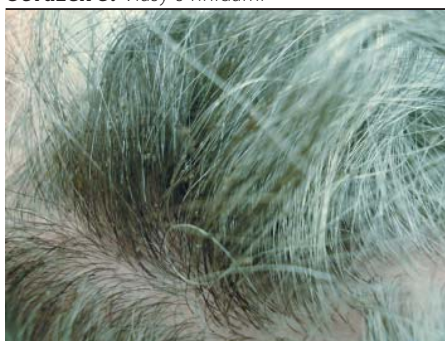
Obrázek 5. Scabies – papuly uspořádané ve „dvojičky“



Obrázek 7. Vlasy s hnidami



Obrázek 8. Vlasy s hnidami



(v délce 5–15 mm) mezi oběma papulami (4) (obrázek 4, 5). Sekundární projevy vznikají rozškrábáním svědivých ložisek a nasedající infekcí – postupně může docházet k diseminaci projevů, generalizaci, impetiginizaci i ekzematizaci (1). Čím déle svrab trvá, tím více se šíří mimo predilekční místa a jeho diagnóza je složitější.

Mezi zvláštní formy svrabu patří: **scabies čístejších osob** (silná svědivost v nočních hodinách, na kůži jen ojedinělé papuly), **scabies animalis** (vyvolán zvířecími zákožkami, které nepronikají do kůže a nemnoží se – k odstranění stačí preparát s dezinfekčním a protisvědivým účinkem) a **scabies norvegica** (vzácná forma svrabu, postihující především imunosuprimované osoby, jedince se sníženou vnímavostí pruritu a mentálně retardované osoby, která se klinicky projevuje generalizovanými erytematoskvamózními papulami a ložisky, tvořenými navrstvenými krustami zejména v místech zvýšeného tlaku, postihujícími i hlavu a krk, je vysoce infekční) (3, 5).

Diagnózu svrabu stanovujeme na základě anamnézy, klinického obrazu a průkazu parazita. V anamnéze je typickým údajem svědění kůže po zahřátí, někdy výskyt svědivého exantému u jiného člena rodiny nebo partnera. V klinickém obraze nález chodbiček a typických papul uspořádaných ve „dvojičky“ v místech s tenkou rohovou vrstvou. V případě diagnostických rozpaků je možný průkaz parazita mikroskopickým vyšetřením šupin odebraných z chodbičky v louhovém preparátu (3) – toto vyšetření je však v běžné praxi těžko proveditelné.

V rámci **diferenciální diagnózy** svrabu je důležité odlišit jiné svědivé dermatózy (lichen, mastocytóza), pruritus jiné etiologie (těhotenský, senilní, při hematologických onemocněních), jiná svědivá parazitární onemocnění (pedikulóza), ekzémová onemocnění a pyodermie.

Terapie svrabu zahrnuje likvidaci parazita, zhojení kožních lézí a stavů komplikujících onemocnění a hygienická opatření zamezující dalšímu šíření nákazy či reinfekci (3). V zevní terapii v našich podmínkách používáme 10–20% sírovou mast, nově je pak na našem trhu k dispozici permethrin (syntetický pyrethroid, obsažený v rostlinách některých druhů chryzantém). Lindan (gama-hexachlorocyclohexan) by již v EU neměl být používán.

Sírová mast je nejstarším prostředkem léčby svrabu. Používá se na kůži se silně zánětlivými, ekzémovými projevy. Je možné ji použít i u těhotných, kojících matek a dětí. U dospělých se používá v koncentraci 10–20%, u malých dětí 2,5% (3). Mast se aplikuje po koupeli rovnoměrně do suché kůže od brady až po špičky prstů rukou a nohou (u scabies norvegica a u dětí se aplikuje i na obličej), kůru 10% sírovou masť ukončujeme po 5 dnech koupelí.

Permethrin (InfectoScab 5% krém) je novinkou v léčbě svrabu na našem trhu. Po umytí (sprcha, event. koupel, nejlépe večer) se nanese hydrofilní krém od krku (u dětí mladších 5 let i na hlavu) směrem dolů na celé tělo. Po minimálně 8 hodinách účinku krému (ráno) opět následuje sprcha nebo koupel. Většinou je dostačující jed-

Obrázek 6. Pediculus capitis (veš hlavová)



Obrázek 9. Ekzematizace v oblasti šíje při pediculosis capitis



norázová aplikace krému, pokud jsou zasaženy dlaně nebo plosky, je doporučena ještě jedna aplikace po týdnu. U kojenců a pacientů nad 65 let a u scabies norvegica ošetřujeme i hlavu (kromě okolí úst a oblasti očí). InfectoScab 5% krém je možné používat i u dětí od 2 měsíců věku dítěte.

Po antiskabiézní terapii zůstávají na kůži sekundární změny vyvolané parazitem – ty léčíme lokálními kortikosteroidy a použitím emoliencií. Svědění může přetrvávat i po úspěšné léčbě, proto lze v případě potřeby nasadit antihistaminika.

V celkové léčbě je v některých zemích podáván ivermectin (6) – u nás není dosud registrován.

Nezbytným opatřením při výskytu svrabu je asanace prostředí. Osobní a ložní prádlo použité před léčením a v době léčení je třeba vyvařit a přezehlít. Ostatní oděv, matrace, příkrývky, potahy, koberce je nutné ponechat v mrazivém prostředí 48 hodin, v létě minimálně týden. Na předměty, u kterých nelze zvolit tento postup, využíváme insekticidy. Je důležité léčit všechny kontaktní osoby (členy rodiny, intimní přátele) k zábraně pozdější reinfekce (5). Scabies podléhá povinnosti hlášení infekčního onemocnění.

Trombidiasis

Trombidióza je onemocnění vyvolané larvou roztoče *Trombicula autumnalis*, přicházející na rozhraní srpna a září. Postižení bývají zemědělci, zahrádkáři, většinou ze známých oblastí

(např. Pálava na jižní Moravě). Larvy napadají pokožku v místě, kde šaty pevně přiléhají – maximum změn bývá v místě pasu, v okolí prsních bradavek u žen, v axilách. Nejprve vznikají živě červené makuly, následně pomfy a plošné papulózní projevy s centrální hemoragií (4). V léčbě se používají kortikosteroidní externa a zinková pasta (7).

Pediculosis

Pedikulóza je parazitární afekce způsobená vši – *Pediculus humanus*. Rozlišujeme veš hlavovou (*Pediculus capitis*), veš šatní (*Pediculus vestimentorum*) a veš ohanbí (*Pediculus pubis* neboli *Phthirus pubis*). Vši se živí výhradně krví hostitele, krev sají několikrát denně. Oplozené samičky přilepují vajíčka výměškem žláz na vlasy, chlupy, nebo vlákna tkaniny, čímž vznikají hnídy velikosti asi 0,8 mm. Z hnid se líhnou larvy, délka vývoje vši závisí na teplotě a vlhkosti okolí, trvá 16–40 dní (4).

Pediculosis capitis

Je vyvolána vši hlavovou (obrázek 6), která napadá zejména děti a jedince s dlouhými vlasy, podpurným faktorem je i nedostatečná hygiena (2).

Veš odolává běžným hygienickým úkonům jako je česání, mytí a úpravy vlasů. Přilepuje hnídy na vlas při jeho úponu – podle vzdálenosti hnid od úponu vlasu můžeme odhadnout, jak dlouho zavšivení trvá. Hnídy (na rozdíl od lupů) jsou na vlasu pevně přilepené (obrázek 7, 8).

Diagnózu stanovíme většinou podle nálezu hnid, samotnou veš zachytíme méně často. Největší množství hnid nalézáme v krajině retroaurikulární a okcipitální. V záhlaví často vzniká typický „vší ekzém“ (obrázek 9). Svědění postižené kůže vedoucí ke škrábání je příčinou vzniku drobných krust a erozí, nežádka však vede k sekundární bakteriální infekci (impetiginizace, folikulitidy, furunkly), která může vyvolat bolestivou lymfadenitidu v okcipitální a krční oblasti.

V **terapii** se dříve uplatňovaly syntetické insekticidy (např. DDT), od 70. let na tyto preparáty (vzhledem k přirozené schopnosti adaptace vši na změněné životní podmínky – přítomnost insekticidů) vznikla rezistence (3). Z modernějších insekticidů jsou nejčastěji používány syntetické pyrethroidy permethrin a d-phenothrin, malathion (organofosfát) a carbaryl (karbamát) (3).

Permethrin byl u nás používán v odvšivovacích prostředcích Diffusil H a šamponu Orthosan BF 45, od r. 1992 na něj však také vzniká rezistence (3). Lindan (Jacutin) by již v EU neměl být používán.

V současné době je na našem trhu k dispozici vlasová voda ve spreji *Diffusil H forte* (1% carbaryl) a insekticidní šampon *Parasidose Shampooing* (0,2% d-phenothrin). Proti karbarylu zatím rezistence zjištěna nebyla (3). Odvšivovací prostředky hnídy z vlasů neodstraňují – hnídy je možné z vlasů odstranit mechanicky vyčesáním nebo ostříháním vlasů s hnidami. V současnosti je pro běžné druhy přípravků doporučována opakovaná aplikace za 8–10 dní od aplikace první (v té době jsou již všechna přežívající vajíčka vyhlínuta a nymfy hynou dřív, než by mohly naklást další vajíčka) (3).

Nové odvšivovací přípravky usmrcují vši fyzikálními mechanismy – ireverzibilně imobilizují vši, poškozují svrchní voskovou vrstvu jejich těl, vytvářejí kolem vši neprodyšný obal. Účinnost těchto přípravků není snižována rezistencí (na rozdíl od insekticidů neusmrcují vši poškozením nervové soustavy). K dispozici je např. *Itax* – kosmetický přípravek proti vším. Po nanesení roztočku pokryje parazity mastný povlak na silikonové bázi, vytvoří kolem nich neprodyšný obal, veš se udusí a uhynie. Přípravek je vhodný pro dospělé i děti od 3 let, lze jej použít během těhotenství a kojení.

Pediculosis vestimentorum

Veš šatní je vázána na nízkou úroveň osobní hygieny, nacházíme ji zejména u bezdomovců. Žije v záhybech prádla a šatstva, prádlo opouští jen za účelem nasání krve. Je přenašečem skvrnitého tyfu (*Rickettsia prowazekii*) a návratného tyfu (*Borrelia recurrentis*). **Klinicky** nalezneme na kůži drobné petechie a urtikariální pupeny, v okolí drobné eroze. Afekce silně svědí, v noci méně – na rozdíl od svrabu. Škrábáním dochází ke vzniku lineárních exkoriací a hemoragických krust (1, 8). **Terapie** spočívá ve vyvaření či dezinfekci prádla a ošetření kožních projevů podle všeobecných terapeutických zásad (2).

Pediculosis pubis

Veš ohanbí je přenášena z člověka na člověka výhradně pohlavním stykem. Vyskytuje se na chlupech ohanbí, při delším trvání v axilách,

vousech i obočí. Klinicky nacházíme v ochlupení parazita a hnídy, na kůži modravé skvrny (*maculae coeruleae*). Projevy jsou silně svědící (1). Terapie je stejná jako u pediculosis capitis.

Závěr

Epizoonóza ve střední Evropě v posledních letech přibývá (2), proto bychom z hlediska diferenciálně diagnostického při údajích o pruritu rozhodně neměli na parazitární kožní choroby zapomínat.

V případě udávaného svědění kůže celého těla s maximem večer (v teple) nutno vyloučit scabies. Je důležité myslet i na méně časté formy svrabu (scabies „čistých osob“, scabies norvegica). Při léčbě svrabu je nezbytné důsledné provedení hygienických opatření, vyšetření a léčba kontaktních osob (členů rodiny, partnerů).

Při svědění v oblasti křtice a ekzematizaci v oblasti šíje pátráme po pediculosis capitis. Dlouhodobým problémem je rezistence vši k insekticidům, existují však i přípravky likvidující vši fyzikálními mechanismy.

Převzato a upraveno
z *Med. Pro Praxi* 2008; 5(2): 78–80.

Literatura

1. Vosmik F, a kol. Dermatovenerologie. Praha: Karolinum, 2001: 51–54.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Dermatológia a venerológia. Martin: Osveta, 2001: 287–301.
3. Sborník. Ektoparazity člověka. Seminář přednesený v Lékařském domě v Praze dne 3. dubna 2007: 3–15.
4. Kolektiv autorů. Dermatovenerologie. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1965: 169–182.
5. Niedner R, Adler Y. Kožní choroby. Kapesní obrazový atlas. Praha: Triton, 2005: 267–268.
6. Habif T, Campbell J, Chapman S, Dinulos J, Zug K. Skin Disease. Diagnosis and Treatment. Second Edition. Oxford: Mosby Inc, 2005: 304–311.
7. Vlašín Z, Jedličková H, a kol. Praktická dermatologie v obrazech a schématech. Brno: Vladerma, 2001: 71.
8. White G. Levene Atlas en couleurs de Dermatologie. Paris: Maloine, 1997: 188–196.

MUDr. Jitka Gartšíková

Dermatovenerologická klinika,
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
jitkaurbankova@email.cz