

Klinický případ: Erytematózní makulopapuly na trupu

Lacina L.¹, Kojanová M.¹, Šlajsová M.¹, Štork J.¹, Kolářová L.², Votýpka, J.³

¹Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
přednosta prof. MUDr. J. Štork, CSc.

²NRL pro tkáňové helmintózy IPVZ Praha
vedoucí doc. RNDr. L. Kolářová, CSc.

³Katedra parazitologie PřF UK
vedoucí doc. RNDr. J. Tachezy, Ph.D.

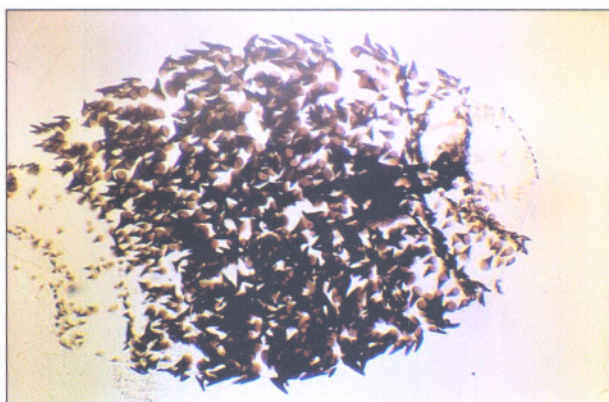
Pacientem byl sedmačtyřicetiletý muž bez pozoruhodností v rodinné anamnéze, který byl sledován několik let internistou pro vegetativní dystonii, synkopy a hraniční hypertenzi. Pacient byl zaměstnán jako servisní technik optických přístrojů. Na naše pracoviště se dostavil po týdenní služební cestě v západní Africe (Angole), kde údajně neopustil hotel. Třetí až čtvrtý den pobytu si povšiml na trupu a končetinách přítomnosti svědivých až bolestivých projevů, jež rozškrábal, a které považoval za

poštípání hmyzem. V centru projevů pozoroval vyčnívající drobné běložlutavé útvary velikosti do 2–3 milimetrů, které odstranil jehlou, některé z nich uschoval a přinesl s sebou k vyšetření. Při vyšetření byly na trupu patrné makulopapuly až ložiska, většinou s krustou v centru, řídce diseminované na trupu a pažích (obr. 1). Lymfadenopatie spádových uzlin nebyla přítomná.

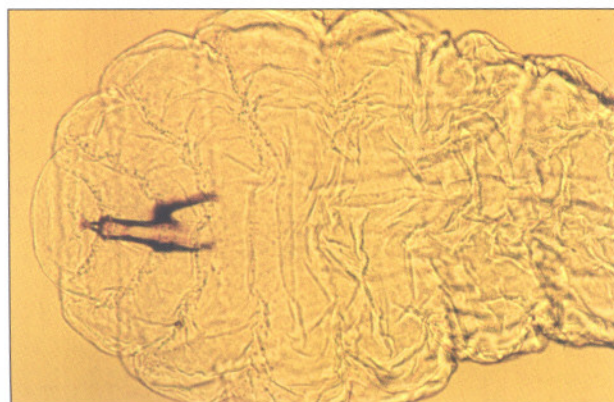
Bylo provedeno mikroskopické vyšetření donesených vzorků (obr. 2, 3, 4)



Obr. 1.



Obr. 3.



Obr. 2.



Obr. 4.

MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ

Drobné částky dodaného materiálu byly zalaty do Swanna media a podrobeny mikroskopickému vyšetření, při kterém byly nalezeny struktury parazitárního původu. Šlo o podlouhlé, mírně deformované útvary, roztržené do dvou částí. Přední část obsahovala tenké, tmavě sklerotizované útvary, které jsou součástí cefalofaryngeálního orgánu vzdáleně připomínajícího končetiny, sloužící však k příjmu potravy (obr. 2). Druhá, zadní část byla pokryta trnovitými výběžky, dýchací spirákula však nebyla zachována (obr. 3, 4). Nález odpovídal diagnóze myiasis. K bližší parazitologické identifikaci organismu na základě fotodokumentace a zhotovených preparátů byla oslovena Národní referenční laboratoř pro tkáňové helmintózy. Parazitologické vyšetření zejména podle otrnění, lokalizace a země původu určilo jako původce infestace larvy mouchy *Cordylobia anthropophaga* (čeleď Calliphoridae, bzučivky). Jde o případ myiázy atypický svým rychlým průběhem. U většiny u nás diagnostikovaných případů došlo k nakažení pacienta parazitickými mouchami v Jižní Americe, kdy je průběh onemocnění v porovnání s tímto případem značně delší.

ZÁVĚR

Kožní myiasis

Vzhledem k tomu, že pacient sám odstranil larvy, bylo doporučeno pouze ošetřování hojících se projevů běžnými dezinfekčními prostředky. Při kontrole s odstupem několika týdnů byl pacient zcela zhojen bez jizvení.

DISKUSE

Kožní myiáza je v Evropě sice dosti vzácné onemocnění, ale vzhledem k rostoucí globální mobilitě obyvatelstva v posledních letech počet diagnostikovaných případů vzrůstá i v našich geografických oblastech. V evropském písemnictví bylo považováno toto onemocnění více než 130 let za endemické pro oblasti západní Afriky (1). Některé současné publikace popisují nejen případy importované z tropů (3), ale i myiázu získanou na našem kontinentu (Portugalsko) (2). Jde o dočasnou infestaci kůže a podkoží larvami dvoukřídlého hmyzu (Diptera), nejčastěji se setkáváme s původci z rodů *Cordylobia* a *Dermatobia*, jsou však popsány infestace i larvami jiných rodů. Larvy mohou osidlovat nejenom rány a vředy, ale i intaktní kůži a sliznice. U traumatické formy myiázy bývá počet larev v daném místě větší, larvy svou činností mohou poškozovat v tomto okrsku tkáň. Při infestaci intaktní kůže jde zpravidla v daném místě o solitárního

parazita. V tomto případě průběh může vést až k formaci útvaru připomínajícího furunkl. Larvy mohou dále infestovat také preformované tělesné dutiny, tzv. kavitační forma myiázy, jako např. zevní zvukovody, nosní dutinu a paranazální sinusy, ale i vaginu a močovou trubici.

Podrobnější cestovatelská anamnéza může jednak nasměrovat dermatologa k diagnóze této parazitózy, jednak napomůže při identifikaci původce onemocnění. *Cordylobia anthropophaga* (známá také jako „Tumbu Fly“, „Mango Fly“, „Skin maggot fly“ nebo „Ver de Cayor“) se vyskytuje v tropických oblastech sub-saharské Afriky, zejména v západní části a jde o dosti robustní 10–12 mm dlouhou žlutohnědou mouchu. Dalšími původci furunkulózní formy onemocnění mohou být *Cordylobia rodhaini* (Lund's fly), která se vyskytuje v deštných pralesích východní Afriky, a *Dermatobia hominis*, která se endemicky vyskytuje v oblastech Střední a Jižní Ameriky, tamtéž se můžeme setkat i s druhem *Cochliomyia hominivorax* (4).

Odlišný je i způsob přenosu těchto parazitů. Vajíčka *Dermatobia hominis* jsou přenesena na hostitele vektorem, například krev sajícím hmyzem (komáři, krev sající mouchy atd.), postiženy jsou tedy oděvem nezakryté části těla, končetiny, hlava, trup. Vajíčka afrických much rodu *Cordylobia* jsou naproti tomu kladena na vlhkou zem často kontaminovanou trusem, někdy ale i na sušící se oděvy a ložní prádlo, larvy pak aktivně penetrují i zdánlivě neexponovanou kůži zejména na trupu, hýždích, genitálu. Jediná samička může naklást až 300 drobných banánovitě zahnutých žlutavých vajíček. Po vylíhnutí larvy zůstávají vitální až tři týdny a v tomto intervalu při styku s kůží hostitele čile pronikají do těla hostitele. Průnik kůží hostitele trvá asi 1–2 minuty. Hostitelem bývají často psi a drobní hlodavci, kteří jsou považováni za přirozený rezervoár parazitů, člověk je hostitelem spíše náhodným. Podle původce je možno odhadnout i dobu, po kterou může larva aktivně parazitovat. U rodu *Dermatobia* trvá vývoj v kůži hostitele 5–12 týdnů, u larev rodu *Cordylobia* 7–11 dní, u *Cochliomyia hominivorax* pouze 4–10 dní. Larva projde třemi vývojovými stadii v těle hostitele, posléze spontánně opouští jeho kůži, kuklí se v půdě a za vhodných podmínek se nový jedinec vylíhne přibližně za dva týdny. Larva parazitů rodu *Cordylobia* dosahuje v okamžiku, kdy opouští svého hostitele, délky 11–15 mm (3, 4).

Diagnóza je převážně klinická, opírá se hlavně o pozitivní cestovatelskou anamnézu v oblastech endemického výskytu parazitů, nehojící se furunkl(y), intenzivní pruritus, bolest, pocit pohybu v podkoží. Častá bývá také serózní či sangvinolentní sekrece, sekret někdy zřetelně vytéká z centrální vklesliny furunklu. V centrálním otvoru je možno někdy spatřit i část parazita, takzvaná spirákula, kterými larva dýchá. Purulentní sekrece bývá spíše výjimkou. Definitivně může diagnózu potvrdit parazitologické vyšetření extrahované larvy. Diferenciálně diagnosticky můžeme zvažovat například kromě furunklu, aktinomykózu, tuberkulózu, absces, nádorový proces, leishmaniózu.

Léčba myiázy spočívá v odstranění larvy nebo všech larev a v lokální dezinfekci; jen v některých případech je nutné zajištění pacienta celkově podávanými antibiotiky. Druhotná bakteriální infekce nebývá častá, rány se po eliminaci larvy hojí velmi rychle a uspokojivě. Cílem musí být vždy odstranění celé larvy, neodstraněné části, zejména početné trny – spikula, mohou provokovat lokální zánětlivou reakci typu z cizích těles a komplikovat tak hojení. Extrakci larvy podle některých autorů může předcházet lokální aplikace látek v neprodyšné vrstvě (olej, tekutý parafin), larva po omezení přísunu kyslíku skrze centrální pór nejprve vysouvá spirákula (dýchací ústrojí) a posléze brzy hyne, její mechanické odstranění je pak snazší. Samotnou extrakci je možno provést například pinzetou, či prostým tlakem dvěma špátlemi ze stran furunklu, s výhodou pracujeme ve cloně lokálního anestetika. Někdy je ale nutné provést incizi a exkochleaci parazita.

Prevence tohoto onemocnění je obtížná, jistou naději skýtají repelentní prostředky, dále pak striktní dodržování hygieny, žehlení šatů i ložního prádla a jejich dokonalé vysoušení mimo venkovní prostředí.

LITERATURA

1. ADISA, CA., MBANASO, A., Furuncular myiasis of the breast caused by the larvae of the Tumbu fly (*Cordylobia anthropophaga*). *BMC Surgery*, 2004, 4(5), p. 1–4.
2. CURTIS, SJ., EDWARDS, C., ATHULATHMUDA, C., PAUL J., Case of the month: Cutaneous myiasis in a returning traveller from the Algarve: first report of Tumbu maggots, *Cordylobia anthropophaga*, acquired in Portugal. *Emerg Med J*, 2006, 23(3), p. 236–7.
3. FRIELING, U., NASHAN, D., METZE D., Kutane Myiasis – ein Urlaubssouvenir. *Hautarzt*; 1999, 50(3), p. 203–207.
4. LOGAR, J., ŠOBA, B., PARÁČ, Z., Cutaneous myiasis caused by *Cordylobia anthropophaga*. *Wien Klin Wschr*, 2006, 118(5–6), s. 180–182.

Došlo do redakce: 23. 12. 2006

MUDr. L. Lacina

Dermatovenerologická klinika I. LF UK a VFN

U Nemocnice 2

128 08 Praha 2

E-mail: lukaslacina@yahoo.com

Česko-slovenská dermatologie, 82. ročník, rok 2007

Číslo 3: Genetika v dermatologii

Číslo 4: Těhotenské dermatózy

Číslo 5: Flebologie

Číslo 6: Dermatologie v transplantační medicíně

Česko-slovenská dermatologie, 83. ročník, rok 2008

Číslo 1: Amyloidózy

Číslo 2: Metastatická onemocnění kůže

Číslo 3: Kožní projevy u chronické renální insuficience