

Larva migrans cutanea (kožní larva migrans, creeping eruption)

Definice: Kožní larva migrans jsou charakteristické chodbičkovité, zarudlé, vyvýšené svědivé kožní léze vyvolané larválními stádii zvířecích, vzácněji lidských měchovců a strongyloidů.

Etiologie a patogeneze: Původcem jsou larvální stádii zvířecích měchovců (ankylostom, „hookworms“) *Ancylostoma brasiliense*, *A. caninum*, *Uncinaria stenocephala* (psi, kočky), méně často i lidských měchovců (*A. duodenale*, *Necator americanus*), strongyloidů (*Strongyloides stercoralis*) a helmintů rodu *Gnathostoma*, nejčastěji *G. spinigerum*. Podobné podkožní léze mohou vyvolat larvy střechků rodu *Gastrophilus*. U měchovců a strongyloidů se z vajíček, jež odchází s trusem hostitele, asi po 1 týdnu vyzrávání uvolní larvičky, které se ve vlhké půdě transformují v infekční (filariformní) larvy velikosti 0,5 – 0,7 mm schopné proniknout neporušenou kůží.

Rozšíření: Onemocnění se vyskytuje kosmopolitně s výraznou převahou oblastí s teplým klimatem a nižší hygienickou úrovní.

Klinický obraz: Patogenní působení je obvykle omezeno na kůži. Po inkubační době několik dnů se vytváří charakteristické chodbičkovité, zarudlé, vyvýšené, svědivé, někdy i výrazně bolestivé kožní eflorescence, které postupují několik mm za den a bez léčby mohou přetrvávat několik měsíců. Při průniku larev v místech vlasových folikulů či mazových žláz se infekce může projevit jako folikulitida a typické chodbičky mohou chybět. Nejedná-li se o infekci lidskými parazity, celkové příznaky obvykle chybí. V laboratoři může být přítomna mírná eozinofilie. Při infekci **lidskými měchovci** (*A. duodenale* a *Necator americanus*) nedojde k úmrtí larviček, ty dále migrují tkáněmi a přes plíce se dostanou do tenkého střeva, kde dospějí. Oplozené samičky po prepatentní periodě 5 - 8 týdnů produkují vejíčka, jež je možné zachytit ve stolici. Pro infekci lidskými a zvířecími **strongyloidy** (*Strongyloides stercoralis*, *S. myopotami*, *S. papillosus*) je typická rekurentní urtikárie, nejčastěji na hýždích, trupu nebo zápěstích. Svědivé vyvýšené erytematózní léze se tvoří podél rychle (až 10 cm za hodinu) migrujících larev („**larva currens**“).

Diagnóza je klinická, kožní biopsie většinou zachytí zánětlivé eozinofilní infiltráty, ale migrující larvičky obvykle přítomny nejsou.

Terapie: Cílem léčby je tlumení výrazného svědění a nepříjemné bolesti vyvolané migrací larev především v nočních hodinách. V našich podmínkách je lékem volby **albendazol** (**Zentel**) perorálně v dávce 200 - 400 mg 2 x denně po dobu 3 - 5 dnů. 2. - 3. den po začátku léčby obvykle dojde k zástavě migrace parazita a ústupu svědění. Albendazol se dobře snáší, užívá se po jídle, tučná strava zvyšuje jeho vstřebávání, je kontraindikován v těhotenství a u dětí do 2 let. Léčbu je možné doplnit celkovým i lokálním podáním antihistaminik (Zyrtec, Dithiaden, Fenistil gel). Závažnější bakteriální superinfekci kryjeme antibiotiky. V zahraničí dostupná 10 - 15 % **thiabendazolová mast** (3x denně lokálně; 5 dnů) nebo perorálně podaný **thiabendazol** (**Mintezol**) podaný perorálně (25 - 50 mg/kg/den ve dvou dílčích dávkách po 2 - 5 dnů) či **ivermektin** (**Mectizan**) (150 - 200 µg/kg jednorázově) mají srovnatelné výsledky.

Prognóza: Jedná se o benigní afekce, které spontánně ustoupí i bez specifické léčby. Infekci lidskými parazity vyloučíme vyšetřením stolice, alespoň 3 x s odstupem 6 – 8 týdnů po vzniku kožních lézí.

Prevence: Při osobní ochraně se dbá na chození v kvalitní obuvi, při slunění na plážích se doporučuje používat podložky. Prevence spočívá v ochraně pláží před toulavými psi a kočkami a preventivním přeléčením domácích zvířat antihelmintiky.



Charakteristická léze larva migrans cutanea na noze u turistky po pobytu v Thajsku