

# Problematika klinické diagnostiky scabies aneb Proč nám nefunguje antiskabiezní léčba?

**MUDr. Paulína Cabalová**

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Ostrava

Svrab je i v současnosti významným infekčním onemocněním s cyklickou kulminací epidemií, která se aktuálně rozvíjí i v podmínkách vysokého hygienického standardu. Diagnostika je často komplikována atypickými projevy nebo sekundárními změnami. Léčba by měla být komplexní a zahrnovat nejen pacienta, ale i jeho bezprostřední okolí, včetně jeho řádné informovanosti o způsobech přenosu a epidemiologických opatřeních. Nezbytná je včasná diagnostika, neboť dlouhodobé nesprávné zařazení diagnózy vede k prodlení v léčbě a riziku přenosu onemocnění. Autorka popisuje případ pacientky s rekurentními epizodami svrabu, na kterém ilustruje, proč se může stát, že i u jednoduchých diagnóz navzdory časně diagnostice a léčbě mohou léčebné postupy selhat.

**Klíčová slova:** scabies hominis, parazitární onemocnění, permethrin.

## Challenges in the clinical diagnosis of scabies

Scabies remains a relevant infectious disease with cyclic peaks in epidemics, which are currently developing even in conditions of high hygienic standards. Diagnosis is often complicated by atypical manifestations or secondary changes. Treatment should be comprehensive and include not only the patient but also their immediate surroundings, along with proper education regarding transmission methods and epidemiological measures. Early diagnosis is crucial, as long-term misdiagnosis leads to delays in treatment and an increased risk of disease transmission.

The author describes a case of a patient with recurrent episodes of scabies, illustrating why despite early diagnosis and treatment, therapy can fail.

**Key words:** scabies hominis, parasitic disease, permethrin.

## Vlastní kazuistika

Šestašedesátiletá pacientka byla přijata k hospitalizaci na kožní oddělení v lednu 2025 pro opakované recidivy celotělového pruritu a papulózního exantému trvající několik měsíců s podezřením na chronickou formu svrabu. V osobní anamnéze byla přítomna revmatoidní artritida léčená imunosupresivy – kombinací methotrexátu a methylprednisolonu v perorální formě, dále hypotyreóza, chronická hepatopatie s histologicky potvrzenou fibrózou a chronické renální onemocnění. Pacientka byla alergická na tetracykliny, kotrimoxazol a klindamycin. V domácnosti nebyla v kontaktu se zvířaty.

Kožní potíže začaly již v červnu 2024, kdy se objevil generalizovaný pruritus a papulózní exantém. Zpočátku byla pro podezření na polékový exantém léčena lokálními a celkovými kortikoidy bez efektu. Již od počátku si pacientka stěžovala zejména na svědivé projevy ve křtici. Při druhé dermatologické kontrole byl už nález na těle hodnocen jako svrab, projevy a svědění ve křtici byly připsány na vrub seboroičké dermatitidě. Pacientka byla v červenci 2024 přeléčena 20% sírovou masťou po dobu 4 dnů v rámci první hospitalizace. Mikroskopický preparát k průkazu zákožky svrabové byl opa-

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Dermatol. praxi.* 2026;20(1):26-29

<https://doi.org/10.36290/der.2026.006>

Článek přijat redakcí: 30. 6. 2025

Článek přijat k tisku: 23. 9. 2025

**MUDr. Paulína Cabalová**

paolina.cabalova@fno.cz

kovaně popsán nález typický pro scabies. Po krátkodobé úlevě došlo k recidivě potíží v říjnu 2024, kdy pacientka a její kontakty provedly domácí terapii krémem s permethrinem dle příbalové informace a dodržely předepsaná hygienická opatření. V mezidobí byla opakovaně vyšetřena v kožní ambulanci, při vyšetřeních však dlouhodobě chyběl specifický klinický či dermatoskopický obraz, který by poukazoval na recidivu svrabu. Přetrvávalo pouze velmi nepříjemné svědění, které ji nutilo k neustálým návštěvám kožního lékaře.

V listopadu 2024 podstoupila pacientka další domácí léčbu 20% sírovou masťou po dobu 3 dnů. I přes přeléčení došlo v prosinci 2024 opět k recidivě intenzivního pruritu. V lednu 2025 byl dermatoskopicky poprvé popsán nález svrabu ve křtici, kde byly patrné typické hyperkeratotické esovité chodbičky (Obr. 1). Zároveň byl poprvé vyšetřen i manžel pacientky, který pro absenci potíží po celou dobu trvání její nemoci kožní vyšetření odmítl. U manžela byly zjištěny klinické projevy svrabu v meziprstí obou rukou.

Druhá hospitalizace pacientky proběhla v lednu 2025. Mikroskopické vyšetření za hospitalizace ani v tomto případě neprokázalo přítomnost zákožky, avšak dermatoskopicky byly pořád patrné esovité chodbičky, jak ve křtici, tak diseminovaně na trupu. Pacientka byla přeléčena 20% sírovou masťou aplikovanou celotělově, a to včetně vlasaté části hlavy po dobu 4 dnů. Léčbu tolerovala bez komplikací.

Při následné ambulantní kontrole v únoru 2025 již nebyl přítomen jakýkoliv exantém, chodbičky, či projevy ve křtici, pacientka byla dlouhodobě bez dalších epizod pruritu. Stav byl hodnocen jako stabilizovaný a opakované recidivy připsány na vrub opomenutí možné přítomnosti zákožek i v oblasti kůže křtice, která se stala zdrojem nových vzplanutí. Pacientka byla dále krátce dispenzarizována pro možný relaps v souvislosti s imunopresí, ani po několika týdnech však k recidivě svrabu nedošlo.

## Epidemiologie

Svrab je parazitární onemocnění způsobené roztočem *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* – obligátním lidským ektoparazitem. Přenos zvířecí varianty (např. *S. scabiei* var. *canis*) na člověka je možný, ale obvykle vede jen

k přechodným projevům. I domácí zvíře však může v některých případech představovat přechodného nositele parazita, což je nutné zohlednit v diferenciální diagnostice i při odebrání anamnézy (1).

V České republice je svrab aktuálně 4. nejčastější hlášenou nemocí z povolání (data SZÚ 2023), typicky postihující pracovníky v zařízeních sociální a zdravotní péče. V posledních letech došlo po pandemii covidu-19 k dalšímu nárůstu případů ve všech krajích ČR, což zřejmě souvisí s obnovením komunitního života a vyšší frekvencí fyzických kontaktů. Historicky dochází ke kulminaci incidence v epidemiích, v cyklech s periodou cca 15 let (2).

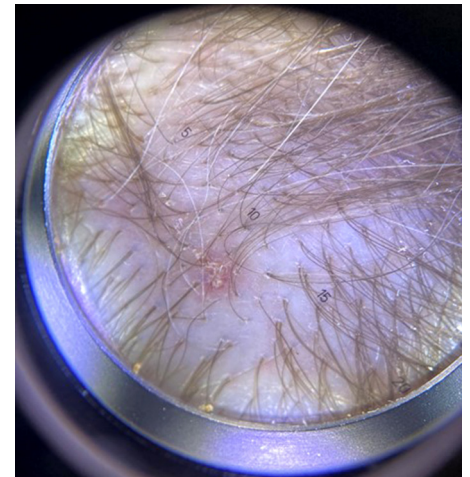
Mezi rizikové faktory onemocnění patří nízký hygienický a psychosociální standard, promiskuita, život v komunitních či léčebných zařízeních a imunoprese (např. kortikoterapie, onkologická léčba, transplantace). Zejména u osob žijících ve vysokém hygienickém standardu pozorujeme delší inkubační dobu. Naopak u osob vystavených výše uvedeným rizikovým faktorům, společně se současně vyšší promořeností populace, může být inkubační doba o něco kratší. U primoinfekce se inkubační doba svrabu pohybuje mezi 2–4 týdny, zatímco u reinfekce jsou příznaky přítomné již během několika dní až 1 týdne. Z anamnestického hlediska je klíčové zaměřit se nejen na aktuální fyzické kontakty (rodina, partner, péče o seniory), ale i na další faktory, jako jsou sdílení osobních věcí (oblečení, ložní prádlo), spolujízda autem nebo sdílení vozidla, výpomoc v domácnosti (pečovatelská služba), přítomnost zvířete jako vektora v domácnosti, výskyt jiných sexuálně přenosných chorob, či předchozí nebo jiné základní kožní onemocnění (1).

K přenosu obvykle dochází při dlouhodobém tělesném kontaktu, krátkodobý kontakt např. podáním ruky je spíše výjimečnou cestou přenosu. Zejména u atypických forem, jako je *Scabies incognita*, k přenosu na blízké kontakty nemusí dojít vůbec (1). Naopak u masivních infestací, příkladem je *Scabies norvegica*, je přenos možný i krátkým kontaktem například se zdravotnickým personálem (3).

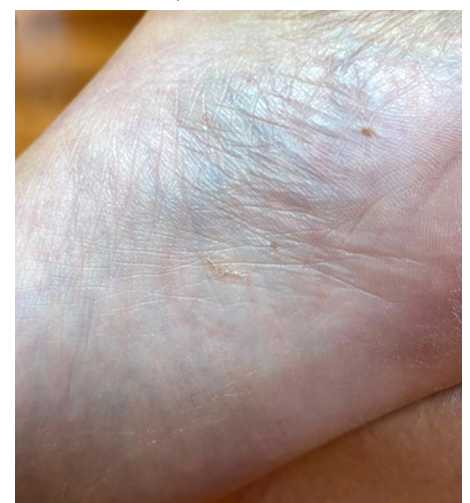
## Diagnostické metody

Diagnóza se často opírá o subjektivní obtíže (pruritus, hlavně v noci), které ne vždy

Obr. 1. Chodbička ve křtici



Obr. 2. Chodidlo pacienta s viditelnou chodbičkou



Obr. 3. Chodbička se zákožkou na jejím dolním konci v dermatoskopickém obraze



korelují s objektivním nálezem. U pacientů s imunopresí může být nález atypický nebo klinicky málo vyjádřený. Objektivně lze pozorovat patognomické skabiézní chodbičky, které vidíme často i makroskopicky, s vyšší

mírou jistoty při dermatoskopickém vyšetření. Vidíme typické „delta znamení“ – tedy esovitě zakřivení, na jehož konci je patrná černá tečka – hlavička zákožky (4) (Obr. 3).

Typickou lokalizací projevů onemocnění jsou prsty, meziprstní prostory, volární strana zápěstí, nártý nohou a oblast v okolí pupku (Obr. 4, 5). Projevy na genitálu jsou vyjádřeny hlavně u mužů, kde jsou na vnějším listu předkožky patrné erytémové papulonoduly. U malých dětí se soustředíme zejména na dlaně a plošky. Kštice je postižena spíše u dětí a pacientů s poruchou imunity včetně pacientů velmi vysokého věku (1).

Mikroskopický nálezy je méně senzitivní. Provádí se seškrab kůže z čerstvého projevu do kapilárního krvácení a následné louhování šupiny pod krycím sklíčkem v 10% roztoku KOH na podložním skle. Po 10–15 minutách prohlédneme preparát v optickém mikroskopu meandrovitě, při 10–40násobném zvětšení. Při popisu je nutné odlišit artefakty, zejména vzduchové bubliny, které mohou připomínat vajíčka, nemají však jejich uniformní velikost ani tvar (4) (Obr. 7).

### Diferenciální diagnostika

V diferenciálně diagnostické rozvaze může kožní nálezy imitovat jiné dermatózy, proto je nutné myslet na atypické formy svrabu, případně současný výskyt sekundárních změn způsobených škrábáním, nebo přítomnost parazita vyvolávající chronickou zánětlivou reakci. Častým příkladem je sekundární ekzematizace, která může být mylně považována za projevy atopického nebo numulárního ekzému včetně identických subjektivních potíží. Hyperergní reakce může připomínat cimikózu nebo hypersenzitivní reakci po poštipání hmyzem. Papulonodulární formy připomínají prurigo nodularis, při dlouhém trvání může lékař zvažovat i diagnózu dermatitis artefacta (1) (Obr. 8).

*Scabies norvegica (scabies krustosa)* je vzácná, vysoce infekční forma svrabu, pro kterou je typická přítomnost hyperkeratotických a šupinatých ložisek, často bez přítomnosti typického svědění. Klinický nálezy může připomínat řadu kožních onemocnění, nezachovává typickou predilekční lokalizaci, charakter morfy a chybí i anamnéza pruritu. U této formy se v kůži nachází tisíce až miliony zákožek, na roz-

díl od běžné formy svrabu s desítkami parazitů (Obr. 2). Postihuje především imunokompromitované pacienty, osoby s mentálním postižením či neurologickým onemocněním se sníženou vnímavostí pruritu (5).

### Léčba

Lékem první volby zůstává pro vysokou efektivitu a nízkou nákladnost zevní léčba. Standardně využíváme 5% permethrin ve formě krému nebo gelu, který se aplikuje na celé tělo včetně vlasaté části hlavy dle indikace (u dětí, imunosuprimovaných, masivní infestace) na dobu minimálně 8 hodin. Léčebná kúra se dle doporučení opakuje po 14 dnech, a to pouze pokud došlo k recidivě či reinfestaci. V praxi se však osvědčilo zopakovat přeléčení po 7 dnech pro snížení rizika recidivy onemocnění. Permethrin je syntetický pyretroid, jehož mechanismus účinku spočívá v chemické likvidaci parazita (Obr. 6). Jeho použití je kontraindikováno u dětí mladších 2 měsíců a kojících žen, nebo musí být kojení přerušeno na dobu 5 dnů od expozice permethrinu (transkutánní, perorální, ale i inhalační). Permethrin je rovněž kontraindikován v případě alergie na chryzantémy a další rostliny z čeledi složnokvětých (4).

Alternativou léčby je sírová mast, obvykle aplikována po dobu kontinuálních 72 hodin. Po léčebné kúře následuje důkladné omytí celého těla. Pro časovou náročnost je tato léčba vhodná u recidiv nebo v případech, kdy je permethrin kontraindikován. Užívá se v koncentracích od 2,5% do 20% dle věku pacienta. Sírová mast není kontraindikována při kojení ani v graviditě, je pouze nutno brát v potaz možnou postresorbční toxicitu u kojenců a vyvarovat se použití vysokých koncentrací síry v masti (4, 5).

Perorální alternativou jsou systémová antiparazitika. V případě scabies je celkově podávaným léčivem ivermektin v dávce dle hmotnosti pacienta. Užívá se u scabies norvegica, selhání lokální terapie nebo kontraindikací permethrinu. U těžších případů je doporučeno jej kombinovat s lokálním antiparazitikem. V České republice je k datu tvorby článku registrovaný pouze jeden preparát s obchodním názvem Loutol 3 mg tbl., který je však dlouhodobě nedostupný (4).

Nezbytnou součástí léčby je důsledná epidemiologická a hygienická intervence, která

Obr. 4, 5. Nález v predilekčních lokalitách



Obr. 6. Zákožka v optickém mikroskopu



zahrnuje důsledné a srozumitelné poučení pacienta. Nutné je přeléčení všech kontaktů pacienta, osoby v jedné domácnosti se léčí současně. Textilie pereme při teplotě nad 60 °C, následně pak sušíme na přímém slunci

**Obr. 7.** Vajíčka zákožky v chodbičce, pohled na preparát v optickém mikroskopu, vlevo patrný zbytek obalu vajíčka po vyklubání zákožky



či v sušičce, prádlo je dále vhodné vyžehlit. Osobní předměty, oděv i obuv, které nelze vyprat, je nutno izolovat v uzavřeném plastovém sáčku na chladném místě po dobu minimálně 4 dní. Jelikož zákožky hynou nejen po vystavení vysokým teplotám, UV záření a suchu, ale i v teplotách pod bodem mrazu, alternativou

## LITERATURA

1. Benáková N, a kol. Moderní farmakoterapie v dermatologii, 2. druhé doplněné vydání. Praha: Maxdorf; 2023: p:17-24.
2. Fabiánová K, Košťálová J, Kalinová M, et al. Zprávy CEM

**Obr. 8.** Projevy svrabu připomínající prurigionózní noduly



je umístění oděvu do mrazáku. Dále je nutné provedení dekontaminace sedaček, matrací, autosedaček, plyšových a textilních dětských hraček. Po diagnostice svrabu je vhodné informování kolektivu školy nebo zaměstnavatele podle povahy práce a epidemiologického rizika (1, 3, 4).

## Závěr

Cílem článku bylo přispět ke zvýšení povědomí dermatologů i dalších specialistů

- (SZÚ, Praha). 2023;32(2):84-91. Available from: <https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/04/svrab.pdf>.
3. Dirschka T, Oster-Schmidt C, Schmitz L. Klinikleitfaden Dermatologie. Amsterdam: Elsevier;2021: p.278-280.

o možných atypických formách svrabu a snížit četnost mylných diagnóz. Dermatoskopie v rukou dermatologa je nejspolehlivější a nejrychlejší metodou diagnostiky v typických i méně častých lokalitách a měla by být provedena i při negativních mikroskopických nálezech, stejně tak i při dlouhodobé a neúspěšné léčbě svědivých dermatóz.

V epidemiologické anamnéze je nutné zvážit co nejvíce faktorů, jako jsou například výpomoc v domácnosti, pobyty mimo domov či sexuální kontakty, a to zejména u opakovaných nebo recidivujících případů. Kromě non-compliance k léčbě, nedodržení hygienických a epidemiologických opatření a reinfekce, může být příčinou rekurence svrabu i námi uvedená situace. V případě imunosuprimovaných pacientů, malých dětí a velmi starých pacientů je tedy potřeba počítat i s případnou nutností aplikace lokální léčby do oblasti kštiny, která může být opomenuta.

V neposlední řadě je nutno pamatovat na prevenci šíření v kolektivech a povinné hlášení diagnostikujícího lékaře. V praxi to znamená i nutnost spolupráce s hygienickou službou a edukace pacientů i pečujících osob.

4. Zdobinská P. Svrab byl, je a bude. Dermatol. praxi. 2023;17(3):131-136.
5. Štork J, et al. Dermatovenerologie. 2. vydání. Praha: Galén; 2013: p.55-59.