

Svědivý tuber ve kštici u dítěte

MUDr. Diana Maxianová

Dermatovenerologické oddělení, Vojenská nemocnice Olomouc

Kazuistika popisuje případ hluboké formy dermatofytózy ve kštici dítěte, jinak nazývané kerion Celsi, s důrazem na rychlou diagnostiku a včasné zahájení celkové antimykotické léčby jako prevence trvalé ztráty vlasů.

Klíčová slova: dermatofytóza, kerion Celsi, tinea capitis profunda, antimykotika, trvalá alopecie.

The itchy hump in child's scalp

The case report describes a case of a deep form of dermatophytosis in child's hair, otherwise called kerion Celsi, emphasizing a fast diagnosing and early use of peroral antimycotic treatment as a prevention of persistent hair loss.

Key words: dermatophytosis, kerion Celsi, tinea capitis profunda, antifungals, permanent alopecia.

Úvod

Kerion Celsi je označení pro výrazný zá-
nětlivý infiltrát v podobě hnusajícího hrbolu
způsobeného mykotickou infekcí, nejčastěji
na hlavě. Typicky se vyskytuje u dětí.

Popis případu

Kazuistika popisuje případ pětiletého
chlapce se svědivým rostoucím ložiskem na
temeni a se současnou ztrátou vlasů v místě
projevu. Potíže začaly asi 3 týdny před vyšet-
řením ve spádové kožní ambulanci. Nejprve
byly přítomny drobné papulky, které postupně
splývaly. Celé ložisko nabylo nakonec vzhled
okrouhlého tuberu s mokráním a se zasychá-
ním do žlutých krust. Vlasy v okrajích ložiska
při jemném tahu snadno vypadávaly (Obr. 1).
Pro podezření na impetigo byl pacient již am-
bulantně přeléčen lokálními i celkovými anti-
biotiky, terapie však byla bez efektu. Současně
byla u pacienta přítomna krční lymfadenopatie
a bolest při polykání. Klinické známky pro-
bíhajícího infektu jako je horečka, třesavka,
zimnice, kašel, přítomny nebyly. Základní
laboratorní vyšetření bylo až na mírné zvý-
šení sedimentace erytrocytů v mezích nor-
my, proto jsme hodnotili bolest při polykání

jako důsledek zvětšení lymfatických uzlin.
Jednalo se o jinak zdravé dítě. Otec se léčil
s arteriální hypertenzí, matka byla zcela zdravá.
V rodině ani ve školce nikdo podobné potíže
neměl, pacient pravidelně chodil na bazén.
Z epidemiologické anamnézy byla důležitá
informace o přítomnosti domácích mazlíčků
v domácnosti. V posledních 2 měsících chovala
rodina křečka a kocoura, jiná zvířata neměla.
Vyšetření Woodovou lampou neprokázalo
žádnou fluorescenci (Obr. 2). Dle klinického
obrazu a anamnestických údajů jsme se do-
mnívali, že se jedná o hlubokou mykotickou
infekci a zahájili jsme celkovou antimykotickou
terapii terbinafinem. Dle hmotnosti pacienta
(15 kg) nám byly připravené kapsle s adekvát-
ní gramáží 62,5 mg. Lokálně jsme aplikovali
2× denně antibioticko-fungicidní přípravek
kombinovaný se slabými kortikoidy, jednalo
se o krém obsahující kombinaci neomycinu,
natamycinu a hydrokortisonu (Pimafucort).
K oplachům jsme použili antiseptický roz-
tok, který obsahoval účinné látky hexamidin,
chlorhexidin, chlorkresol (Cyteal). Během prv-
ního týdne léčby došlo k výraznému ústupu
sekrece, odloučení krust a ke zmírnění svědění.
Kultivační vyšetření stěru z ložiska později pro-

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 regula-
tions 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 18th 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 pa-
tient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Dermatol. praxi. 2024;18(4):206-208

<https://doi.org/10.36290/der.2024.041>

Článek přijat redakcí: 28. 8. 2024

Článek přijat k tisku: 7. 10. 2024

MUDr. Diana Maxianová

diana.maxianova@gmail.com

Obr. 1. Před zahájením terapie



Obr. 2. Nález pod Woodovou lampou



kázalo přítomnost + *Trichophyton sp.*, po pomnožení *Streptococcus sp. viridující*. Mykologické vyšetření šupin odebraných z ložiska potvrdilo přítomnost *Trichophyton sp.* V případě našeho pacienta byla snášenlivost léčiv velmi dobrá bez vedlejších účinků a po 4 týdnech byla celková terapie ukončena. Lokální léčba trvala ještě týden poté. Výsledkem je asymptomatická růžově-lividní okrouhlá makula 2 měsíce po ukončení léčby bez nárůstu ochlupení (Obr. 3).

Diskuze

Tinea capitis profunda (kerion Celsi) je hluboká forma mykotické infekce postihující kůstici v dětském věku. Nemocí trpí zejména děti předškolního věku (1). U dospělých se vyskytuje méně často, je to vysvětlováno změnou ve složení kožního mazu ve kůstici po pubertě (dáno strukturou mastných kyselin) a také kolonizací komenzálními druhy kvasinek (např. *Pityrosporum*) u dospělé populace (1). Inkubační doba je 1 až 8 týdnů (2). Původci bývají nejčastěji *Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Tr. verrucosum* a rezervoárem jsou většinou zvířata (psi, kočky, koně, hlodavci), méně často bývají zdrojem antropofilní kmeny. K přenosu infekce dochází přímým kontaktem z člověka na člověka, kontaktem se zvířaty či nepřímo kontaminovanými předměty nebo kontaminovanou půdou (1). Typicky se jedná o bolestivá papulopustulózní zánětlivá ložiska, často s krustami a purulentní sekrecí s různými projevy. Při sekundární bakteriální infekci může být onemocnění

Tab. 1. Doporučené dávkování terbinafinu (1)

< 20 kg	62,5 mg/den
20–40 kg	125 mg/den
> 40 kg	250 mg/den

provázáno regionální lymfadenopatií (1), ale také se může jednat o lymfadenopatii na podkladě opožděné zánětlivé reakce na mykotické agens (3). V diferenciální diagnostice možno pomyslet na pyodermii, seboroickou dermatitis, psoriázu, aktinomykózu, chronický lupus erythematoses, lichen planopilaris, karbunkl, folliculitis, folliculitis decalvans, celulitidu, keloidní akné, trichotillomani, neoplazii (1, 2, 3). Diagnóza se stanovuje přímým mikroskopickým vyšetřením, kultivací (nejsenzitivnější a nejspolehlivější metoda průkazu agens), detekcí DNA patogenů pomocí PCR, či vyšetřením Woodovou lampou (ne všechny rody dermatofytů ale fluoreskují, příkladem je právě rod *Trichophyton* kromě *Trichophyton schoenleinii*). Dermatologicky mohou být patrné výkřičníkovité vlasy (1, 3). Vzhledem k riziku trvalé ztráty růstu vlasů v postiženém místě je zásadná včasná diagnostika onemocnění a zahájení adekvátní celkové antimykotické terapie. Používá se terbinafin, itraconazol nebo flukonazol. Terbinafin je lékem volby u infekcí způsobených dermatofyty (1). U dětí se v dávkování řídíme hmotností (Tabulka 1). Itraconazol je dle literatury doporučen v dávce 5 mg/kg. V suspenzi se ale používá jen na léčbu orofaryngeální kandidózy a podávání tobolek itraconazolu u pediatrických pacientů se dle SPC nedoporučuje, pokud není jasně ur-

Obr. 3. Po ukončení léčby



čeno, že případný přínos převažuje nad potenciálními riziky (1). Flukonazol lze použít 6 mg/kg denně nebo 8 mg/kg 1× týdně (1, 4). U nás není k léčbě tinea capitis u dětí doporučený. Mezi časté nežádoucí účinky všech třech léčiv patří bolest hlavy, břicha, nauzea, zvracení, průjem, vyrážka, kopřivka, myalgie. Vzhledem k metabolismu léčiv přes izoenzymy cytochromového systému jsou známy vícero lékových interakcí (5, 6, 7). Délka terapie je zpravidla nejméně 4 týdny a více, podle klinického projevu a infekčního agens. Samotná lokální antimykotická terapie není dostatečná, protože neproniká do hloubky vlasových folikulů, ale snižuje infekčnost pacienta (1). U rychle se rozvíjející infekce a výrazného zánětu je možné do terapie přidat celkově kortikoidy, které zmírní i pruritus. Nebylo potvrzeno, zda celkově podávané kortikoidy snižují jizvení, proto se jejich podávání nedoporučuje u všech pacientů s tinea capitis profunda (3). I když je riziko přenosu infekce v kolektivu velké, většina odborníků ve Velké Británii považuje celkovou

antimykotickou terapii v kombinaci s lokální antimykotickou léčbou za dostatečnou a dítě nevylučují z kolektivu (3). Vzhledem k tomu, že rodinní příslušníci a blízké osoby mohou být nosiči infekce, někteří autoři doporučují preventivní používání antimykotických šamponů, jiné provedení mykologického vyšetření a přeléčení v případě positivity výsledku. Při nedostatečné odpovědi na léčbu u dětí mladších než jeden rok nebo při neobvyklém

průběhu onemocnění je třeba pomýšlet na imunodeficit a doplnit imunologické vyšetření (1, 3). Po ukončení léčby je doporučeno provést kontrolní kultivační vyšetření a v případě pozitivního nálezu v terapii pokračovat ještě 2–4 týdny nebo změnit léčivo (1).

Závěr

Závěrem je nutno poukázat na potřebu myslet u dětí na hlubokou formu tinea,

kteřá se nejčastěji vyskytuje právě ve kštici a příčinou bývá zejména přímý či nepřímý kontakt se zvířaty. Je důležité mít na paměti, že v případě hluboké formy je lokální terapie spíše doplňková, snižuje infekčnost pacienta, nedoporučuje se používat ji samostatně. Včasná a řádná léčba je klíčová v předcházení trvalých mutilujících změn, jako je alopecie a s ní spojené psychické a sociální potíže pro budoucí život dítěte.

LITERATURA

1. Pereira Forjaz D, Arenberger P, Arenbergerová M, et al. Kerion Celsi u dítěte – možnosti diagnostiky a léčby. Česko-slovenská dermatologie [Internet]. 2019;94(1):25-27 [cited 2024 August 6]. Available from: <https://www.prolekare.cz/caso-pisy/cesko-slovenska-dermatologie/2019-1-19/kerion-celsi-u-ditete-moznosti-diagnostiky-a-lecby-11260>.
2. Polášková S, Skořepová M. Kerion Celsi u osmiletého chlapce. Dermatol. Praxi. [Internet]. 2012;6(3):140-14 [cited 2024 August 6]. Available from: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2012/03/08.pdf>.

3. Fuller LC, Barton RC, Mohd Mustapa MF, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of tinea capitis 2014. British J. dermatol. 2014;171: 455-463 [cited 2024 August 27]. Available from: <https://academic.oup.com/bjd/article/171/3/454/6615682?login=true>.
4. Gupta AK, Dlova N, Taborda P, et al. Once weekly fluconazole is effective in children in the treatment of tinea capitis: a prospective, multicentre study. British Journal of Dermatology. [Internet]. 2000;142(5):965-968. [cited 2024 August 27]. Available from: <https://academic.oup.com/bjd/article/142/5/965/6689832?login=true>.

5. Terfimed. Souhrn údajů o léčivém přípravku. Laboratorios Liconsa, S.A; 2021. <https://cz.promedcs.com/sites/default/files/spc/2022-07/cz-spc-terfimed-250-mg-09-2021-cl.pdf>.
6. SporanoX. Sůhrn charakteristických vlastností lieku. Janssen Pharmaceutika N.V.; 2024. Available from: <https://www.sukl.sk/buxus/docs/download/SPC00838707.pdf>.
7. Flukonazol Sandoz. Souhrn údajů o léčivém přípravku. Salutas; 2024. Available from: <https://www.lekinfo.cz/medicine/0230372-flukonazol-sandoz-100-mg-cps-dur-7>.