

kázaly žádné známky ložiskového postižení. V rámci komplexní diagnostiky byla provedena diagnostická kožní probatorní excize o 4 vzorcích z centra i z periferie lézí s cílem vyloučení či potvrzení lymfomu – panikulitické formy, panikulitis při lupus erythematosus, či při aktinomykóze nebo hluboké mykóze.

Ve výsledcích stěrů na bakteriologickou a mykologickou kultivaci nebyla prokázána přítomnost aktinomycet ani za kultivace na specifických půdách.

Histologicky byl prokázán obraz hnisavé folikulitidy a zjizvení retikulární dermis, byly však vyloučeny známky panikulitidy, lupus erythematosus i lymfoproliferativního onemocnění. Biptovaný vzorek byl dále podroben molekulárně genetickému vyšetření, kde byly detekovány aktinomycety, ale pro příliš směsnou sekvenci nemohl histopatolog přesně určit, o jaký typ aktinomycety se jedná. Dále byla zjištěna přítomnost mykologických agens *Cladosporium* a *Malassezia* (rod *Cladosporium* se běžně vyskytuje ve vnějším prostředí, jedná se tedy pravděpodobně o kontaminant z prostředí, *Malassezia* je běžným komenzálem na lidské pokožce).

Na základě klinického nálezu a výsledku molekulárně genetického vyšetření z biptovaného vzorku tkáně byla stanovena diagnóza kožní formy aktinomykózy. Stanovení diagnózy podpořil i typický průběh reakce na antibiotika, kdy při dlouhodobějším podávání penicilinů došlo k zmírnění tvorby nových projevů, při vysazení relaps, ostatní antibiotika byla pro krátkodobé podávání bez efektu.

Léčba byla započata v naší dermatologické ambulanci neprodleně po stanovení diagnózy. Vzhledem k výborné citlivosti aktinomycet k penicilinovým antibiotikům a předchozí dobré toleranci aminopenicilinů pacientem, jsme v terapii zvolili amoxicilin-klavulanát (Augmentin) v dávce 3 g/den (1tbl. co 8 hodin) po dobu 6 týdnů a k tomu paralelní intramuskulární (i. m.) aplikaci depotního penicilinu benzathin-benzylpenicilinu (1 ampule Lentocilin S 2,4 MIU), jenž byl injektován co 3 týdny po dobu 1 roku. Paralelní 6týdenní aplikací aminopenicilinu i depotního penicilinu jsme se snažili zajistit kontinuální hladinu antibiotika. V lokální léčbě bylo zvoleno pouze mytí antiseptikem s obsahem chlorhexidinu, hexamidinu a chlorkresolu. Po 14 dnech léčby

se projevy začaly odhojovat. Po 1,5 měsíci léčby byly téměř všechny projevy odhojeny, bez nálezu hnisavé sekrece či tvorby nových lézí, zůstalo pouze zjizvení s lividním zbarvením v místě původních ložisek (Obr. 7, 8).

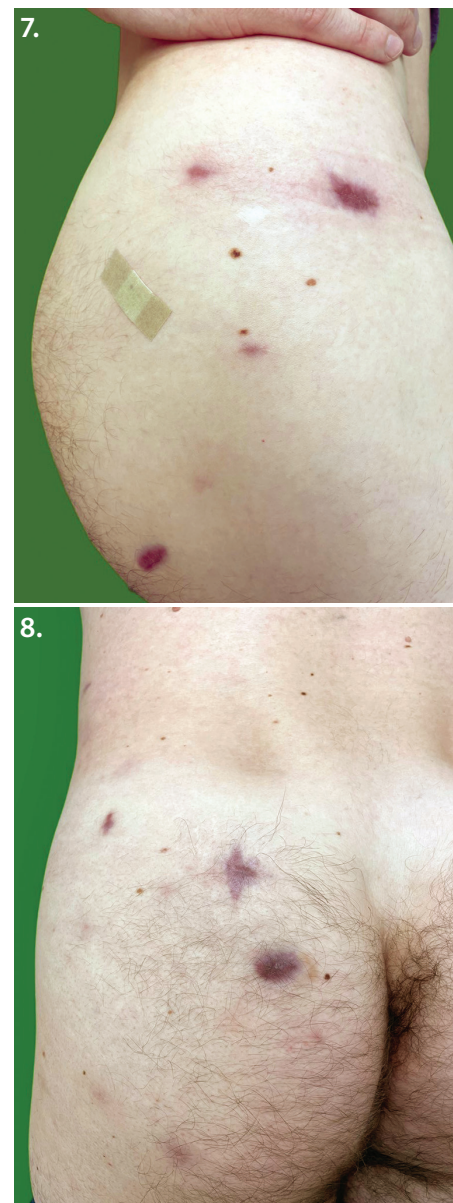
Diskuze

Primární kožní aktinomykóza je extrémně vzácné onemocnění, asociované nejčastěji s vnější traumatizací a podpořeno lokální ischemizací tkáně (5, 6). Anamnéza traumatizace kožního povrchu na hýždích u našeho pacienta při slézání stromu diagnózu primární kožní aktinomykózy velmi podporuje. Diagnostika této klinické jednotky je obtížná, a stejně tak tomu bylo i u našeho pacienta. Jelikož jsou aktinomycety bakterie kultivačně velmi náročné, rostoucí pomalu (někdy až 14 dní) a pouze na speciálních kultivačních půdách v anaerobním či mikroaerofilním prostředí, ne vždy se zdaří aktinomycety vykultivovat a negativní výsledek kultivace ještě nemusí znamenat nepřítomnost onemocnění aktinomykózou (1). Výsledek kultivace může ovlivnit i samotný odběr – nutné je stěry brát vždy z hloubky abscedujícího ložiska, ideálně z více míst a s obsahem hnisu (1). Nutno podotknout, že kulturační vyšetření není automaticky zahrnuto do požadavku pro vyšetření na anaeroby, proto bychom měli na bakteriologickou žádanku požadavek kultivace na aktinomycety vždy dopsat, což se u našeho případu až do chvíle hospitalizace na kožním oddělení nestalo (7). Dle dostupné literatury může být vzhledem k výše zmíněným faktům až polovina kultivací negativních. Tyto skutečnosti mohly vést k negativnímu kulturačnímu výsledku i u našeho pacienta, na kterém se mohl spolupodílet i vliv krátkodobého podávání penicilinových antibiotik před správným odebráním stěrů (1).

Diagnóza byla nakonec potvrzena histologicky a molekulárně genetickým vyšetřením. Tato vyšetření se v dnešní době jeví, zejména v případě opakovaně negativních kultivací, jako mnohem přesnější a přínosnější. Proti kultivaci je výsledek vyšetření dostupný dříve a tím je také možné léčit pacienty správně a včas.

Doposud nebyly stanoveny přesné doporučené postupy pro léčbu aktinomykotických infekcí, avšak antibiotická terapie je ve světě metodou první volby (2, 3). Nejen kožní aktinomykóza, ale i ostatní, častější formy ak-

Obr. 7., 8. Snímky pořízené 2 měsíce od zahájení správné terapie v červnu 2022



tinomykózy (cervikofaciální, hrudní, břišní, pánevní) jsou výborně citlivé především na penicilinová antibiotika, a to i u nejzávažnějších forem (1, 3). Dle dostupných poznatků z literatury je v terapii aktinomykózy klíčové podávání penicilinových antibiotik v dostatečném množství, a to pravidelně a dlouhodobě. V léčbě je možné využít např. benzylpenicilin (Penicilin G), amoxicilin nebo depotní benzathin-benzylpenicilin (1, 2). V případě alergie je nejčastěji dle dostupné literatury používán ceftriaxon, klindamycin nebo doxycyklin (1, 2). U pacientů je vhodné zahájit iniciální terapii vyššími dávkami antibiotik, čehož jsme docílili prvními 6 týdny paralelním podáváním p. o. amoxicilin-klavulanátu 3 g/den v kombinaci s depotním penicilinem benzathin-benzyl-