

Gonorrhoea – kapavka

Jedná se o akutní hnisavý zánět, který postihuje primárně sliznice urogenitálního traktu. Může způsobit také zánět oční spojivky, rekta a vzácně i sliznice nosu, úst a laryngu. Krevní cestou může dojít k zánětu pohybového systému, endokardu a oční duhovky.

Onemocnění způsobuje *Neisseria gonorrhoeae*, gramnegativní diplokok podobající se zrnku kávy (Obr. 1). **Inkubační doba** je 2–6 dní. Šíří se prakticky pouze pohlavním stykem. Místem primární infekce jsou genitálie, rektum, orofarynx. U novorozence mohou být primárně postiženy oči během porodu.

Výskyt: Od roku 2011 dochází k nárůstu incidence. Téměř 3x častěji se vyskytuje u mužů než u žen. Počet nakažených ve věkové kategorii 10–14 let a 15–19 let ukazuje tabulka 1.

Symptomy: Praktický lékař by měl pamatovat na tuto infekci u všech mladých žen, které mají dysurii, bolesti v podbřišku, metroragie, mezimenstruační krvácení a krvácení po styku, a u mužů s rektálním výtokem a pálením, dále také u tonzilitid, je-li výsledek mikrobiologického vyšetření sterilní (gonokoky na běžných kultivačních půdách nerostou).

Kapavka ženy: Až 50 % žen může být asymptomatických. Nejčastějším projevem je cervicitida s uretritidou, s výtokem a pálením při močení. Může vzniknout i bolestivý absces na labiích. Při ascendentním šíření vzniká endometritida, salpingitida, zánětlivě

onemocnění malé pánve s bolestmi břicha a adnex. Následkem salpingitidy může dojít až k infertilitě, vzniku ektopické gravidity nebo bolestem břicha ze srůstů.

Kapavka u muže: U 25 % mužů se kapavka projeví za 2–6 dní od infekce jako hnisavá uretritida s pálením a řezáním při močení, polakisurií, bíložlutým výtokem (Obr. 2), zarudlým ústím uretry. U dalších 25 % mužů se objeví pouze „ranní kapka“, u 10 % probíhá asymptomaticky. Prvotní příznaky u neléčené akutní kapavky mizí během 3 týdnů, infekce ustupuje do 6 měsíců. Komplikací je zánět až absces periuretrálních žlázek, parauretrálních lakun, bulbouretrálních Cowperových žláz. Ascendentním šířením vzniká prostatitida (teplota, bolesti břicha při defekaci a močení, bolestivé poluce), epidydimitida (jednostranný bolestivý červený otok skrota), spermato-cystitida.

Diagnóza: Kultivační vyšetření je základním vyšetřením se 100% specifitou a možností stanovení citlivosti na antibiotika. Výsledek vyšetření bývá do 48 hod. K odběru vzorku se u žen provádí stěr z cervixu, uretry, rekta, ev. faryngu, u mužů stěr z uretry ráno před močením nebo po několika hodinách bez močení, ev. po masáži prostaty. Vzorek je nutné transportovat do laboratoře ihned po odběru. Mikroskopické vyšetření není ve většině případů diagnostické, kromě symptomatické uretritidy u mužů (senzitivita 95–98 %), senzi-

tivita u žen je pouze 50 %. Přímý průkaz metodou PCR (polymerázová řetězová reakce) má větší senzitivitu i specifitu než kultivace. PCR vyšetření je vhodné i u asymptomatických jedinců, při podezření na chronickou infekci, u sporných mikroskopických a kultivačních nálezů, k průkazu extragenitální kapavky. U diseminované infekce je možné i vyšetření hemokultury.

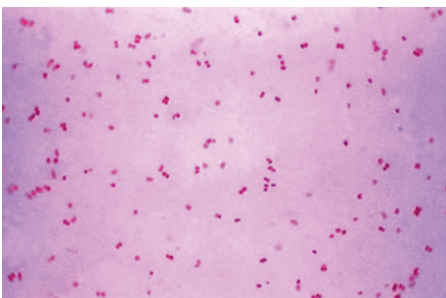
Léčba: V posledních letech narůstá rezistence na peniciliny, tetracykliny, florochinolony i makrolidy. V Evropě i v USA byly případy rezistence i na cefalosporiny (cefixim i ceftriaxon). Léčba kapavky by tak měla být vedena dle aktuální citlivosti na antibiotika s předem provedeným kultivačním vyšetřením, kdy je možné i stanovit citlivost původce k jednotlivým antibiotikům. **Při léčbě nekomplikované gonokokové uretritidy, cervicitidy, proktitidy nebo faryngitidy** je doporučováno podání ceftriaxonu v monoterapii 500–1000 mg i. m. dle váhy pacienta. Tato aplikace bývá značně bolestivá, proto je možné aplikovat po naředění s lidokainem. Při alergii na cefalosporiny se podává azitromycin 2 g p. o. nebo gentamicin 240 mg i. m. jednorázově, případně je možno podat kombinaci těchto antibiotik. V případě, že je již známá citlivost k antibiotikům, je možné podat antibiotika dle citlivosti. Při selhání této empirické terapie se vždy volí antibiotika dle citlivosti – azitromycin 2 g p. o. nebo gentamicin 240 mg i. m. jednorázově, ofloxacin 400 mg nebo ciprofloxacin 500 mg p. o. po dobu jednoho týdne. V případě podezření na multirezistentní kmen je doporučena empiricky kombinace ceftriaxonu 1 g i. m. a azitromycin 2 g p. o. jednorázově. Při rezistenci na cefalosporiny pak kombinace gentamicinu 240 mg i. m. a azitromycinu 2 g p. o. jednorázově.

V graviditě a u kojících lze podávat ceftriaxon 500–1000 mg jednorázově, případně jednorázové podání azitromycinu 2 g p. o.

U konjunktivitidy u dospělých se doporučuje ceftriaxon 1 g denně 3–5 dní i. m. nebo i. v., u novorozenců s konjunktivitidou se podává ceftriaxon 25–30 mg/kg jednorázově i. v. nebo i. m. (do max. dávky 125 mg).

U dětí je lékem volby ceftriaxon 125 mg i. m. jednorázově, u dětí s hmotností nad 45 kg je dávka stejná jako u dospělých.

Obr. 1. *Neisseria gonorrhoeae*



Obr. 2. Gonorea, žlutobělavý výtok z uretry (1)

Tab. 1. Gonokoková infekce

Rok hlášení	Věková skupina (roky)	Hlášená onemocnění (absolutní počty)		
		Gonokoková infekce (A54)		
		celkem	muži	ženy
2022	10–14	2	1	1
	15–19	154	92	62
2021	10–14	3	1	2
	15–19	112	58	54
2020	10–14	6	1	5
	15–19	145	93	52