

Obr. 1. Před zahájením terapie



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 onemocněn

Obr. 2. Nález pod Woodovou lampou



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 pomýšlet na pyodermii, seboroickou dermatitidu, psoriázu, aktinomykózu, chronický lupus erythematosus, lichen planopilaris, karbunkl, foliculitis, foliculitis decalvans, celulitidu, keloidní akné, trichotillomanií, 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 známé 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