

tinea capitis, tinea faciei nebo tinea corporis. Léze způsobené tímto patogenem fluoreskují zelenožlutě pod Woodovou lampou, což napomáhá při diagnostice (4). Výskyt infekcí způsobených *Trichophyton benhamiae* dramaticky v posledních letech vzrostl, a to nejen v České republice, ale i v dalších zemích střední a západní Evropy. Délka inkubační doby je obvykle 3–4 týdny (4).

Zoofilní dermatofytické infekce kůže, včetně té způsobené *Trichophyton benhamiae*, se často projevuje jako tzv. kerion Celsi. Nejčastěji postiženou skupinou bývají děti ve věku 4 až 10 let (5). Tento častější výskyt u dané populace může být spojen s jejím blízkým kontaktem s domácími zvířaty, jako jsou kočky, křečci, morčata a psi (6). Dospělí jsou méně náchylní k tinea capitis, což souvisí s antimykotickými vlastnostmi mazu na jejich kůži (7). Rizikovou skupinu tvoří také osoby s oslabeným imunitním systémem (8).

Dermatofyty jsou skupinou hub, které infikují kůži, vlasy a nehty díky schopnosti rozkládat keratin. Infekce způsobená zoofilními dermatofyty, jako je *Microsporum canis* nebo *Trichophyton mentagrophytes*, má tendenci být více zánětlivá než infekce antropofilními druhy, jako je *Trichophyton rubrum* (9). Tyto houby se přenášejí přímým kontaktem se zvířaty nebo nepřímo přes kontaminované předměty.

Klinické projevy tinea capitis jsou rozmanité a lze je rozdělit do dvou hlavních skupin.

Obr. 1. Neostře ohraničené ložisko na vertexu kalvy tvořeno splývajícími absedujícími ložisky, ošetřeno genciánovou violetí



Nezánětlivé formy zahrnují šupinatá alopetická ložiska s černými tečkami, případně seborrhoickou variantu, která se projevuje difúzním lámáním vlasů a postupným vypadáváním vlasů (12). Tyto projevy mohou být asymptomatické nebo provázené mírným svěděním (12). V kontrastu k první skupině existují zánětlivé formy tinea capitis, označována jako tinea capitis profunda či kerion Celsi. Tyto varianty jsou obvykle způsobeny zoofilními a geofilními druhy rodu *Microsporum* a *Trichophyton*, avšak existují i popsané případy, ve kterých jsou původci antropofilní dermatofyty (10). Onemocnění je charakterizováno hnisavými ložisky, noduly a abscesy, které jsou pokryté viskózním exsudátem a krustami zejména v oblasti kůže a přilehlých částí hlavy (5).

Diagnóza je stanovena na základě přímého mikroskopického průkazu dermatofytů a mykologické kultivace nebo vyšetřením PCR, přičemž diagnostika může být doplněna o vyšetření Woodovou lampou a dermatoskopií (12, 13). Kultivace je považována za nejsenzitivnější vyšetření (8). Pro rychlou diagnostiku se používají molekulárně genetická vyšetření, jako je polymerázová řetězová reakce (PCR) (1).

Kazuistika

Případ představuje osmiletého chlapce, s nevýznamnou osobní anamnézou. Počáteční symptomy zahrnovaly okrouhlá začervenalá ložiska na horních končetinách, trupu a obličeji, spolu s promenujícími erytematózními,

Obr. 2. Erytematózní a anulární ložiska na trupu, šupící se na periferii



fluktuujícími a hnisajícími cystickými ložisky na vertexu kůže. Před první návštěvou lékaře byla postižená oblast na hlavě oholena rodiči pacienta, což odhalilo alopetický okrsek s ulámanými vlasy, šupinami a krustami.

Symptomy se dále vyvíjely, když se po koupání ve stojaté vodě na horních končetinách pacienta objevily okrouhlé léze s olupujícími se okrajem a centrálním projasněním. Na hlavě se vyvinuly bolestivé noduly, které se postupně proměnily v abscesy a začaly splývat (Obr. 1).

V průběhu diagnostiky byla z bakteriální kultury izolována *Pseudomonas species* a z mykologické kultivace byl získán – *Trichophyton benhamiae*. Diagnóza byla stanovena jako kerion Celsi s přítomností houby *Trichophyton benhamiae* se sekundární impetiginizací. Léčba byla zahájena nastavením celkové terapie terbinafinem 125 mg a amoxicillinem 1 g a doplněna o lokální aplikaci naftifinu.

Přestože byla léčba zahájena brzy po vzniku projevů, došlo po dvou dnech k zhoršení. Rodiče navštívili ÚPS pediatrické kliniky a pacient byl přijat na lůžkové oddělení dětské kliniky ve FN Motol, terapie byla změněna na itraconazol sirup s pokračujícím podáváním amoxicilinu. Součástí léčby byly také chirurgické drenáže lézí na hlavě. Opětovná mykologická vyšetření pomocí PCR potvrdila *Trichophyton benhamiae*, na základě čehož došlo k úpravě terapie zpět na terbinafin 125 mg. V následujících dnech se stav pacienta sta-

Obr. 3. Mykologická kultivace se závěrem – *Trichophyton benhamiae*

