

bilizoval, což umožnilo jeho propuštění do domácího léčení.

Léčba terbinafinem pokračovala po dobu 12 týdnů, během které došlo k postupnému zlepšení (Obr. 3, 4). Ložiska se zmenšila, začaly růst nové vlasy a opakované bakteriální i mykologické kultivace byly již negativní. Topická terapie naftifinem byla rovněž součástí pokračující péče. U pacienta byly průběžně prováděny jaterní testy, bez elevace během celé délky terapie.

## Diskuze

Tinea capitis a kerion Celsi jsou závažné dermatofytické infekce, které postihují vlasovou pokožku zejména u dětí. Klinický obraz tinea capitis se liší podle toho, zda-li se jedná o zánětlivou nebo nezánětlivou formu. Nezánětlivé formy mohou zahrnovat alopetická ložiska s černými tečkami a seborrhoickou variantu, která se projevuje difúzním lámáním vlasů a postupným vypadáváním (12). Naopak zánětlivé formy, jako je kerion Celsi, jsou charakterizovány bolestivými uzly, pustulami a krustami. Kerion Celsi je mykotická infekce vlasové pokožky, která se projevuje zánětlivým výsevem. Obvykle postihuje děti ve věku 4 až 10 let, častěji chlapce než dívky (5). Inkubační doba se pohybuje mezi jedním až osmi týdny a projevy mohou být různorodé, od mírných ložisek s deskvamací až po bolestivá zánětlivá ložiska s krustami a purulentní sekrecí (10). Sekundární bakteriální infekce, například *S. aureum*, může tuto situaci dále komplikovat a bývá doprovázena regionální lymfadenopatií (8).

Dermatofyty, které způsobují tinea capitis, jsou rozděleny na antropofilní, zoofilní a geofilní druhy. Zoofilní druhy, jako například *Microsporum canis* nebo *Trichophyton mentagrophytes*, často vyvolávají výraznější zánět, zatímco antropofilní druhy mají tendenci způsobovat chroničtější průběh (2). Přenos infekce probíhá přímým kontaktem se zvířaty nebo infikovanými předměty (9).

Kerion Celsi tvoří přibližně 13–15 % všech dermatofytóz postihujících pokožku hlavy (6). U dospělých je výskyt méně častý, což může souviset se změnami ve složení kožního mazu po pubertě a kolonizací komenzálními kvasinkami (13). Mezi nejčastější původce této

Obr. 4, 5. Hojící se alopetická ložiska na kalvě s patrnými dorůstajícími vlasy



formy infekce patří zoofilní druhy *Microsporum canis* a *Trichophyton mentagrophytes*, které jsou spojeny se zánětlivými symptomy (5). Podobným a stále častějším původcem mykotických infekcí v Evropě je také *Trichophyton benhamiae* (3). Tento zoofilní dermatofyt je často přenášen morčaty a králíky a způsobuje infekce kůže a vlasové pokožky, které jsou klinicky podobné infekcím způsobeným *Microsporum canis*.

Diagnóza tinea capitis se stanovuje pomocí přímého mykologického vyšetření a kultivace, přičemž kultivace je považována za nejspolehlivější metodu (8). Pro přesnější a rychlejší diagnózu se stále více používají molekulárně genetické metody, jako je polymerázová řetězová reakce (PCR) (1). Doplnkově se využívá také vyšetření Woodovou lampou a dermatoskopie (12).

Správná diagnostika a následná léčba jsou klíčové pro zvládnutí této infekce. Terapie zahrnuje systémová antifungální léčiva, jako jsou terbinafin, griseofulvin, itrakonazol nebo flukonazol (5). Lokální terapie může být využita jako doplněk k systémové léčbě pro snížení přenosu spor (13). V závažných případech je délka léčby několik týdnů až měsíců a vyžaduje pravidelný monitoring jaterních parametrů pro přizpůsobení terapie (12).

V případech prezentované kazuistiky bylo klíčové rychlé rozpoznání a zahájení léčby. Pacient byl postižen jak dermatofytickou

infekcí, tak sekundární bakteriální infekcí. Důkladná diagnostika a komplexní léčba vedly k úspěšnému zotavení. Důležité je také zaměřit se na prevenci, zejména v případě dětí, kde hygiena a minimalizace kontaktu s potenciálně infikovanými zvířaty hrají klíčovou roli (9). Případy způsobené *Trichophyton benhamiae*, jak je popsáno v uvedené kazuistice, zdůrazňují potřebu přesné diagnostiky a cílené léčby, přičemž terbinafin zůstává lékem volby (11).

## Závěr

Kerion Celsi, známý také jako tinea capitis profunda, představuje vzácnou, avšak závažnou formu mykotické infekce vlasaté části hlavy, která může dočasně ovlivnit kvalitu života postižených dětí (10). Uvedený případ ilustruje některé specifické aspekty této diagnózy. Pečlivé získání anamnézy a fyzikální vyšetření, doplněné pomocnými diagnostickými metodami, jako jsou mikroskopické, mykologické, kultivační nebo dermatoskopické, mohou hrát klíčovou roli při identifikaci této mykotické infekce (13). Historie kontaktu s infikovanými zvířaty, jako je v našem případě infikované morče, hraje významnou roli při stanovení základní diagnózy (8). Současně je třeba mít na paměti i další nové a rozšiřující se původce dermatofytických infekcí, jako je *Trichophyton benhamiae*, který může klinicky připomínat jiné běžnější dermatofyty a jehož léčba avšak zahrnuje systémové podávání terbinafinu (11).