

akce (PCR), které současně může odhalit mutaci rezistence vůči antibiotikům. Doporučená terapie u endemických treponematóz je podání 1,2 MIU benzathin penicillinu inj. i. m. v jedné dávce u dospělých osob, u dětí mladších deseti let 0,6 MIU inj. i. m. jednorázově. U yaws je první linií léčby podání azithromycinu p. o. (30 mg/kg, maximálně však 2 g) (8).

■ **Yaws (tropická framboesie, francouzsky pian):** původcem je *T. pallidum subsp. pertenue* a podle světové zdravotnické organizace dochází ročně k více jak 80 000 nově vzniklých infekcí převážně v chudých komunitách v teplých, vlhkých a lesnatých oblastech Afriky, Asie, Latinské Ameriky a Tichomořských ostrovů. Toto onemocnění primárně postihuje děti mladší 15 let. Onemocnění probíhá obdobně jako syfilis ve třech stadiích. V primárním stadiu (10 až 90 dní od infekce) můžeme pozorovat

Obr. 2. Četné ulcerace na dolní končetině u sekundárního stadia yaws (17)



Obr. 3. Psoriasiformní plak u pinty (17)



papulu s krustou, po několika týdnech se postupně tvoří ulcerace, a to predilekčně na dolní končetině (Obr. 2). V sekundárním stadiu (týdny až 2 roky po infekci) se vyskytují papilomatózní uzlíky nebo vředy připomínající primární lézi. Mohou se vyskytnout hyperkeratotické papuly a plak. Relativně častým doprovodným znakem bývá artralgie. Terciární yaws se rozvine asi u 10 % neléčených (vyvíjí se po pěti nebo více letech infekce). Tato fáze je charakterizována gumatózními lézemi kůže, kostí a okolních tkání. Můžeme pozorovat deformace dlouhých kostí (např. přední prohnutí holenní kosti), juxtaartikulární podkožní uzlíky, hyperostózu nosních výběžků maxil (goundou), ulcerace patra a nosohltanu (rhinopharyngitis mutilans) s následnou sekundární infekcí s charakteristickým zápachem (gangosa) (8, 9, 10).

■ **Pinta:** původcem je *Treponema carateum* a postihuje převážně kůži. Infekce je rozšířena převážně v centrální a Jižní Americe a postihuje všechny věkové skupiny. V primární fázi (7 až 60 dní po infekci) se objevuje makula nebo papula s erytémem v okolí, převážně na dolních končetinách. Po několika měsících se rozvíjí erytematózní infiltrované papuly. Sekundární léze (angl. „pintids“) začínají jako malé, šupinaté papuly, které se následně zvětšují a splývají do psoriasiformních plaků (Obr. 3). V terciárním stadiu můžeme pozorovat symetrické depigmentované léze připomínající vitiligo, které mohou být i hyperkeratotické nebo atrofické a považují se obecně za málo infekční ložiska (8).

■ **Bejel (endemická syfilis):** původcem je *T. pallidum subsp. endemicum*. Většina případů se vyskytuje v oblastech Severní a Západní Afriky a na Arabském poloostrově. Postihuje převážně děti mladší 15 let a dochází buď k přenosu „skin-to-skin“ nebo prostřednictvím orálního kontaktu (kojení), ale je možný i přenos sexuálním kontaktem. Oproti předešlým klinickým jednotkám primární stadium unikne často pozornosti, a to z toho důvodu, že se jedná primárně o malou papulu nebo vřed oropharyngu nebo v oblasti *papilla mammae* (u kojících žen). Sekundární stadium se do značné míry může podobat

slizničním a kožním nálezům *syphilis secundaria* (příkladem mukózní plak, condylomata lata, nesvědivý papulární ekzantém a generalizovaná lymfadenopatie) (Obr. 4). U některých pacientů se rozvine osteoperiostitida dlouhých kostí s klinickou manifestací nočních bolestí nohou. Terciární stadium (6 měsíců až několik let po infekci) bývá charakteristické tvorbou gummat a obdobně jako u syfilis může dojít k těžkým mutilacím a dochází také k trvalým postižením očí (8).

Klinické projevy venerické příjice (syfilis)

■ Syfilis je systémové, chronické a celosvětově rozšířené infekční onemocnění způsobené bakterií *Treponema pallidum subsp. pallidum*, jejíž jediným přirozeným hostitelem je člověk. WHO (Světová zdravotnická organizace) odhaduje v roce 2022 výskyt získané syfilis přibližně na 8 milionů a 700 000 případů kongenitální syfilis, a to převážně v rozvojovém světě, kde toto onemocnění tvoří jednu z hlavních příčin vředů genitálu. Počet nově zachycených případů však v posledních deseti letech stoupá i ve vyspělých státech (15, 16). K přenosu infekce dochází převážně pohlavním stykem (90 %), dále je však možný i přenos transplacentární nebo přenos krevní cestou, jiné cesty nákazy bývají vzácné. Na základě aktuálních doporučení jsou lékem první volby penicilinová antibiotika podávaná parenterálně, a to díky své dobré biologické dostupnosti. Další možností je podání ceftriaxonu i. v. nebo doxycyklinu p. o. Vždy je nutné dosáhnout treponemacidní koncentrace (dostatečná hladina penicillinu se uvádí

Obr. 4. Mukózní plak a erozivní léze v dutině ústní u onemocnění bejel (17)

