

Repetitorium nejčastěji se vyskytujících pyodermií

MUDr. Radek Litvik

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

V přehledném sdělení jsou probrána nejčastěji se vyskytující bakteriální kožní onemocnění.

Klíčová slova: mikroorganismus, pyodermie, antibiotická léčba.

Overview of the most frequently occurring bacterial skin diseases

This review discusses the most common bacterial skin diseases.

Key words: microorganism, pyoderma, antibiotic treatment.

Úvod

Vznik pyodermií (hnisavých kožních onemocnění) obecně závisí na přítomnosti mikroba s určitou patogenní schopností, obranyschopnosti kůže a celého organismu. O tom, jaký bude výsledek setkání člověka s mikroorganismem, rozhodují zejména virulence mikroba, velikost infekční dávky, schopnost organismu reagovat na vniklé agens a charakter této reakce. Z patogenních mikrobů vyvolávají pyodermie zejména stafylokoky a streptokoky. Obrana lidského organismu proti infekci se skládá z bariérové funkce kůže, z nespecifických faktorů humorálních a buněčných, ze specifické humorální a buněčné imunity. Obranyschopnost kůže proti mikrobům je komplexní, tvoří ji především bariérová funkce rohové vrstvy epidermis, která je velmi rezistentní proti infekci. Tato rezistence je určena mechanickou kontinuitou kožní bariéry rohové vrstvy, trvalou deskvamací zevních vrstev rohové vrstvy, sekrecí volných mastných kyselin a produktů degradace filaggrinu, které udržují na povrchu kůže kyselé pH a samy mají také určitý antibakteriální účinek. Velmi významným mechanismem obrany kůže

proti infekci je produkce keratinocytárních antimikrobiálních peptidů (zejména defensinů), které *in vitro* usmrcují široké spektrum Gram pozitivních i Gram negativních bakterií, řadu hub a virů. Dále je kůže kolonizována fyziologickou mikroflórou, která produkuje antibakteriálně působící substance. Bakterie, viry a houby mohou kůži proniknout pouze tehdy, je-li její bariérová funkce porušena (1, 2, 3).

Podle klinického postižení kůže dělíme hnisavá onemocnění kožní na ta, která postihují převážně adnexa (pyodermie adnexální) a ta, která postihují plošně epidermální povrch (pyodermie mimoadnexální) (4).

Přehled nejčastějších klinických jednotek (4, 5, 6, 7, 8):

Pyodermie mimoadnexální

Impetigo contagiosa streptogenes

Původce: *Streptococcus beta haemolyticus* (*Streptococcus pyogenes*);

Zdroj nákazy: nejčastěji děti (streptokoková tonzilo-faryngitida);

Klinický obraz: drobné vezikulky s čirým obsahem, po stržení jejich krytky – krustózní

plochy medové barvy. Hojení bez jizev, dočasnou hyperpigmentací;

Komplikace: postižení meatus nasi, angulus infectiosus, paronychia, ve 4 % postinfekční glomerulonefritida;

Diagnostika: klinický obraz, event. kultivace a citlivost agens na antibiotika;

Diferenciální diagnostika: skupina pyodermií, tinea, sekundární syfilis, Lyellův syndrom;

Terapie: lokální antibiotika, popř. celková antibiotika dle rozsahu.

Impetigo contagiosa staphylogenes

Původce: *Staphylococcus aureus*;

Klinický obraz: postihuje hlavně dospělé (obličej), na erytémové spodině vznik větších vezikul až bul, obsah purulentní, sedimentuje (tzv. hypopyon), krusty, hojení dočasnou parézou cév a/nebo hyperpigmentací;

Terapie: lokální antibiotika, případně celková antibiotika dle rozsahu.

Bulla repens

Původce: *Staphylococcus aureus*;

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Radek Litvik, radek.litvik@fno.cz

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

17. listopadu 1 790, 708 52 Ostrava-Poruba

Cit. zkr: Med. praxi 2017; 14(2): 87–89

Článek přijat redakcí: 27. 9. 2016

Článek přijat k publikaci: 4. 1. 2017

Obr. 1. Impetigo



Obr. 2. Erysipel



Obr. 3. Flegmona a absces



Obr. 4. Ektyma



Klinický obraz: izolovaný projev – bula s napjatou krytkou, hnisavým obsahem a zarudlým okolím, nejčastěji na akrech končetin a v blízkosti nehtů;

Diagnostika: klinický obraz, kultivace a citlivost agens na antibiotika;

Diferenciální diagnostika: panarití, herpes simplex;

Terapie: otevření puchýře a lokální antibiotika nebo antiseptika.

Erysipelas

Původce: nejčastěji beta hemolytické streptokoky skupiny A;

Klinický obraz: celková symptomatologie (hořečka, zimnice, třesavka, nauzea/zvracení, cefalea), ostře ohraničený jazykovitý erytém a edém v místě infekce, zvětšené regionální uzliny. Nejčastější lokalizace erysipelu: dolních končetiny nebo obličej;

Diagnostika: klinický obraz, leukocytóza, elevace CRP;

Diferenciální diagnostika: flegmóna, erysipeloid, povrchová tromboflebitida, akutní ekzém/dermatitidy, počínající herpes zoster, fixní lékový exantém;

Komplikace: recidivy, lymfedém v postižené oblasti;

Terapie: celkově penicilinová antibiotika, lokálně antiflogistika (např. Polysan v tlusté vrstvě).

Flegmóna

Původce: nejčastěji *Staphylococcus aureus*, streptokoky;

Klinický obraz: po drobném poranění, plošné, teplé, silně bolestivé zarudnutí s lividním zabarvením (nejčastěji na končetinách) s edémem kůže a podkoží, někdy tvorba abscesů, celkově známky sepse;

Diagnostika: klinický obraz, laboratorně známky sepse, kultivace a citlivost agens k antibiotikům;

Diferenciální diagnostika: erysipel, tromboflebitida;

Terapie: celkově širokospektrá antibiotika a chirurgické řešení.

Ecthyma simplex

Původce: streptokoky skupiny A;

Klinický obraz: nejčastěji na bérce solitární bula se zkaleným obsahem na erytmové spodině, po odloučení krytky defekt s hnisavou sekrecí a nekrózou, hojení jizvou;

Diagnostika: klinický obraz;

Diferenciální diagnostika: jiné pyodermie, vředy na dolních končetinách;

Terapie: lokální a/nebo celková antibiotika.

Pyodermie adnexální

Ostiofolliculitis (impetigo Bockhardt)

Původce: *Staphylococcus aureus*;

Klinický obraz: folikulárně vázaná pustula s centrální depresí a zarudlým blízkým okolím,

nejčastěji jsou postiženy končetiny, obličej, kštitice;

Diagnostika: klinický obraz, event. histologie; subkorneální pustula;

Diferenciální diagnostika: impetigo, papulonekrotický tuberkulid;

Terapie: zevní – antiseptika a/nebo antibiotika.

Folliculitis a perifolliculitis

Původce: *Staphylococcus aureus*;

Klinický obraz: solitární nebo diseminované folikulárně vázané pustuly se zánětlivým infiltrátem, hojení probíhá hyperpigmentací nebo varioliformní jizvičkou. Zvláštní jednotkou je folliculitis barbae (= sycosis barbae staphylogenes);

Diagnostika: klinický obraz;

Diferenciální diagnostika: sycosis barbae parazitaria, acne vulgaris, syfilis secundaria;

Terapie: zevní – antiseptika a/nebo antibiotika.

Folliculitis decalvans capillitii

Původce: *Staphylococcus aureus*;

Klinický obraz: ve kštitci (difúzně nebo ložiskově) papulopustuly s úzkým zánětlivým lemem, vlasy vypadávají, hojení jizvami;

Diagnostika: klinický obraz, kultivace a citlivost, event. v nejasných případech histologie;

Diferenciální diagnostika: lupus erythematoses, lichen planus, favus a jiné jizvící alopecie;

Terapie: celková i lokální antibiotika.

Folliculitis gramnegativa

Původce: *Enterobacter*, *Escherichia*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Serratia*, *Klebsiella*;

Klinický obraz: nejčastěji v okolí úst, nosu folikulárně vázané pustuly s chronickým průběhem;

Diagnostika: nutná kultivace a citlivost agens na antibiotika;

Diferenciální diagnostika: folikulitidy, akné, rosacea;

Terapie: obtížná, celkově i lokálně antibiotika, event. celkově izotretinoin v případech, kdy je celková terapie antibiotiky bez efektu.

Furunculus/carbunculus

Původce: *Staphylococcus aureus*;

Klinický obraz: zánětlivý, v hloubce uložený, bolestivý hrbol, tvorba centrálního nekrotického čepu, perforace, hojení jizvou. Nejčastěji lokalizace – končetiny, hýždě, šjje. Karbunkl – nekro-

Obr. 5. Hemoragický erysipel

tizující pyodermie více folikulů, abscesy, píštěle a regionální lymfadenopatie, možná je systémová symptomatologie (zimnice, třesavka, horečka);

Diagnostika: klinický obraz, kultivace a citlivost agens na antibiotika;

Diferenciální diagnostika: acne conglobata, aktinomykóza, trichophycia profunda, syfilis terciaria gummosa;

Terapie: antibiotika a antiflogistika celkově, lokálně derivancia a antibiotika, u karbunklu i chirurgické řešení.

Periporitis

Původce: *Staphylococcus aureus*;

LITERATURA

1. Krejssek J, Kopecký O, Fixa B. Kapitoly z lékařské imunologie, Praha: Karolinum 1993.
2. Přecechtěl F, et al. Lékařská mikrobiologie, Praha: SPN 1992.
3. Havlík J, et al. Infektologie, Praha: Avicenum 1990.
4. Záhorský J. Dermatovenerologie pro studující pediatrie-

Klinický obraz: mnohočetné zánětlivé pustuly až nodulo-pustuly na zádech, hýždích a na šiji (zejména u novorozenců);

Diagnostika: klinický obraz;

Diferenciální diagnostika: furunkulóza, syfilis congenita recens manifesta;

Terapie: dle klinického nálezu antibiotika celkově, lokálně antiseptika a/nebo antibiotika.

Hidradenitis axillaris suppurativa (acne inversa)

Původce: porucha keratinizace pilosebaceózní jednotky s hnisavým onemocněním apokrinálních potních žláz (streptokoky, stafylokoky a jiné);

Klinický obraz: vznik zánětlivých hrbolů, fluktuujících ložisek, po provalení hnisu píštěle, jizvení;

Diagnostika: klinický obraz, kultivace a citlivost agens na antibiotika;

Diferenciální diagnostika: furunkulus a jiné pyodermie, tuberculosis cutis colliquativa;

Terapie: celkově antibiotika dle citlivosti, chirurgické řešení.

Paronychium coccogenes

Původce: *Staphylococcus aureus*;

Klinický nále: bolestivost, otok, erytém nehtového valu, hnisavá sekrece, při chronickém průběhu deformace nehtové ploténky;

Diagnostika: klinický obraz, kultivace a citlivost agens na antibiotika;

Diferenciální diagnostika: kvasinkové nebo herpetické paronychium;

Terapie: lokální a/nebo celková antibiotika, event. chirurgické řešení.

Závěr

Hnisavá kožní onemocnění jsou častými dermatózami. Jedná se o onemocnění přenosná, proto se ve frekvenci výskytu a šíření promítá také úroveň hygienicko-epidemiologické práce a účinnost a včasnost preventivních opatření. Základní podmínkou úspěšného boje s pyodermiemi je jejich rychlá a účinná léčba. V léčbě pyodermií využíváme jak lokální antiseptika a antibiotika, tak také celkově podaná antibiotika, nejlépe dle citlivosti agens k danému antibiotiku (2, 4).

Foto pochází z archivu autora.

ho směru, Brno: Masarykova univerzita 1991.

5. Arenberger P, Jírová M. Dermatovenerologie do kapsy, Praha: Czechopress Agency 2000.

6. Štork, et al. Dermatovenerologie, Praha: Galén, Karolinum 2008.

7. Jirásek L. Dermatovenerologie pro stomatology, Praha: Avicenum 1989.

8. Hegyi E, Stodola I. Dermatovenerológia v praxi, Martin: Osveta 1987.