

Časté chyby v diagnostice kožních onemocnění v ambulanci pediatra

MUDr. Jan Hugo

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Problematika kožních onemocnění v dětském věku je nesmírně široká, právě kožní obtíže představují jeden z nejčastějších důvodů návštěvy pediatra. Nejenom léčba, ale už samotná diagnostika skýtá řadu úskalí a může představovat značnou výzvu i pro zkušeného dermatologa. Ve své praxi se autor a jeho kolegové pravidelněji setkávají s některými neúspěšně léčenými chorobami, v důsledku opakujících se chyb v předchozím diagnostickém procesu. Přestože se většinou nejedná o dramatické chyby – které by ohrozily pacienta na životě – teprve až jejich odhalení a napravení vede k vyřešení situace. Někdy dokonce ani není nutné nastavovat novou či měnit zavedenou terapii, stačí pouhé podrobnější rozebrání důvodu návštěvy a správná edukace. Na základě těchto klinických zkušeností tak vznikl článek – s výběrem témat, jež odrážejí některé častěji se opakující situace – jehož ambicí je, aby byl co možná nejvíce užitečným pomocníkem pro každodenní praxi pediatriků a pomáhal předcházet zmiňovaným potenciálním omylům. Kvůli praktičnosti tak často není uváděna obsírná kompletní diferenciální diagnóza a jedná se spíše o soubor doporučení a rad.

Klíčová slova: kožní onemocnění v dětském věku, pediatr, chyby v diagnostice, praktické rady.

Common errors in diagnosing skin diseases in pediatrician's office

Issues of skin diseases in childhood is enormously broad – the skin problems are one of the most common reasons for visiting a pediatrician. Not only treatment, but diagnostics itself provides a number of pitfalls and can be a great challenge even for an experienced dermatologist. The author and his colleagues regularly encounter some unsuccessfully treated diseases, resulting from recurrent errors in the previous diagnostic process. Although they are mostly not serious errors – which would put the patient's life in danger – only the discovery and correction of the errors leads to the solution of the situation. Based on these clinical experiences, an article was created – with a selection of topics that reflects some of the more recurring situations – whose ambition is to be as helpful as possible for the everyday practice of pediatricians and to help prevent previously mentioned potential mistakes. Because of practicality, there is often not a complete differential diagnosis, and it is rather a set of recommendations and advice.

Key words: skin diseases in childhood, pediatrician, errors in diagnostic, practical recommendations.

Vybrané chyby při mykologickém odběru

Přestože ani negativní výsledek při správně provedeném mykologickém vyšetření stoprocentně nevylučuje možnou infekci, je doporučováno při podezření na jakékoli mykotické poškození provést před zahájením terapie – byť i jen lokální – odběr vzorku. Bohužel je značně podceňováno riziko, že výsledek vyšetření může být falešně negativní v důsledku chyby v labo-

ratorním procesu – především při samotném odběru vzorku – což nasměřuje naše další pátrání špatným směrem.

Nyní následuje výčet nejčastějších chyb stran odběru na mykologické vyšetření:

Načasování mykologického vyšetření

Zásadním pochybením je provedení odběru v příliš krátkém časovém odstupu po předchozí

terapii. Pacienti, respektive jejich rodiče, často nejprve zkoušejí aplikovat různé volně prodejené antimykotické preparáty, než se rozhodnou vyhledat svého pediatra, kdy ale při odebrání anamnézy tuto informaci zapomenou uvést, resp. ji nepovažují za podstatnou. Musíme se tedy vždy sami aktivně na tuto možnost dotazovat a případně podle toho uzpůsobit čas realizace odběru. Pokud se jednalo o lokální preparát, je časový odstup u projevů na kůži alespoň 2 týdnů.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Jan Hugo, Honza.Hugo@gmail.com
Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2017; 18(5): 288–296
Článek přijat redakcí: 23. 6. 2017
Článek přijat k publikaci: 16. 10. 2017

ny, v případě nehtů 6 týdnů. V případech, kdy vyšetření předcházela celková terapie, je ale nutný časový odstup u projevů na kůži minimálně 3 měsíce a u projevů na nehtech dokonce až 9 měsíců (1).

Odběr vzorku nehtu

Při podezření na onychomykózu nastávají situace, kdy lékaři ve snaze o co největší výtěžnost vyšetření chybně zasílají do laboratoře velké kusy odstřižených nehtů či dokonce celé stržené nehty, což ale znemožní provedení diagnostiky. Správným postupem je naopak naškrabání drtě zpod nehtu, například lancetou či tupým skalpelem, nejlépe až z rozhraní zdravé a klinicky změněné části nehtu. Takovýto postup je pro pacienta ideální, pokud si ale nejsme jisti, jak přesně odběr realizovat, můžeme pacienta odeslat přímo na mykologické pracoviště.

Stěr na kandidy

Ne příliš známým rizikem je pak možnost znehodnocení stěru na kandidy při příliš dlouhé časové prodlevě mezi odběrem materiálu a samotným naočkováním na kultivační půdu, například v důsledku čekání na svoz vzorků.

Opakovaný exantém po oslunění

Dalším značně častým důvodem návštěvy pediatra je opakující se vznik svědivých až pálivých projevů – většinou ve formě zarudlých ploch, někdy navíc s přítomnými „pupínky“ a/nebo „puchýřky“ – kdy toto recidivování bývá dáváno do přímé souvislosti s pobytem na slunci.

Vzhledem k souvislosti s osluněním je pacientům často mylně přisouzena diagnóza „solární alergie“. Toto označení je ale silně zavádějící a v odborné literatuře se s ním nelze setkat. Pojmem alergie se klasicky rozumí imunopatologická reakce I. typu, kdy skutečně existuje i kopřivkový výsev (urticaria solaris) indukovaný UV zářením, jedná se ale o zcela raritní onemocnění a dosud existuje pouze několik desítek zaznamenaných případů.

V diferenciální diagnostice bychom měli naopak pomýšlet na následující:

Idiopatické fotodermatózy

Nejpravděpodobnější příčinou u jinak zdravého dítěte bývá jedna z idiopatických (imunologických) fotodermatóz, procentuálně nejčastěji se jedná o polymorfní světelnou erupci (2).

Fototoxická dermatitida

I když se nejedná o nejčastější možnou příčinu, musíme vyloučit fototoxickou dermatitidu při dlouhodobě užívané fotosenzitizující látce (obr. 1). V dětském věku se spíše než o léky jedná o potraviny či potravinové doplňky. Snad nejznámější bývá incidence při užívání třezalky, dále potom citrusy (zejména pomeranče obsahující furokumariny), vhodné je ještě zmínit aloe vera, fíky, karotku, celer, petržel, pastinák, routu, kmín a kopr.

Zhoršení chronické dermatózy

Taktéž musíme zvážit i světlejším navozené (fakultativní) zhoršení některé chronické dermatózy pacienta. Zejména u dětí může jít o exacerbaci atopické dermatitidy, eventuálně psoriázy. K přehlížení této situace může snadno dojít vzhledem k faktu, že u obou dermatóz většina pacientů vykazuje během slunečních měsíců spíše zlepšení kožních obtíží. Bohužel ale u menší části pacientů vede osvit přesně k opačnému efektu.

Reakce kolem místa přísátí klíštěte

Strach z nákazy lymeské boreliózy (LB) je ve společnosti již mnoho let jedním z nejvíce frekventovaných témat o lidském zdraví. Každý rok vychází množství neoborných článků, v nichž může čtenář nalézt „zaručené“ rady, od rozpoznání infekce až po samoléčbu. Bohužel velká část těchto informací je značně nepřesná.

Následuje výčet nejčastějších situací, kvůli kterým pacienti vyhledají lékařskou ambulanci, kdy se ale o nákazu LB nejedná, a kdy je na místě především edukace a empatické uklidnění pacienta, v našem případě převážně rodičů.

Akutně vzniklé zarudnutí

Opakovaným důvodem naléhavé návštěvy – leckdy i v ústavní pohotovostní službě – je rozvoj zarudnutí (a často i přidruženého edému), vzniklého během hodin až 1–2 dnů po přísátí klíštěte. Při takto krátkém časovém odstupu můžeme vyloučit souvislost reakce s infekcí LB, protože projevy charakteru erythema chronicum migrans (ECM) vznikají nejdříve za 7 dní, nejčastěji ale až za 2–4 týdny (3). Lokální reakce je způsobena různými látkami obsaženými ve slinách klíštěte a odpovědí imunitního systému na jejich průnik do kůže. V terapii většinou postačí kombinace

Obr. 1. Fototoxická dermatóza



antibiotických a protizánětlivých exteren (např. kyselina fusidová, ichtoxyl, Jarischův roztok) a celkových antihistaminik.

Nekompletně odstraněné klíště

Rovněž je častým důvodem vyhledání lékařské péče situace, kdy se pacientovi nepodařilo odstranit klíště celé. I pokud k tomuto dojde a přísátý zbytek se nedaří vytáhnout, není nutné odesílat pacienta do dermatologické ambulance k chirurgické extrakci, protože obávaný přenos LB po usmrcení klíštěte již není možný. Nejhorším možným rizikem je drobné zahnisání, na které postačí lokální antibiotikum.

Preventivní sérologie a léčba

Čím dál tím častěji se stává, že jen kvůli pouhému nálezu klíštěte vyhledají rodiče ambulanci pediatra s požadavkem na stanovení protilátek proti boreliím, či dokonce nasazení celkových antibiotik. Tomuto případnému nátlaku je nutné nepodlehout. Pro nasazení celkového antibiotika je rozhodující klinický obraz ECM, nikdy ne pouhá přítomnost protilátek, ty mohou být v důsledku mnoha faktorů falešně pozitivní. Jak již bylo výše uvedeno, rozhodující je uklidnění pacienta a jeho edukace. Léčba bez klinického korelátu ECM nejen že nemá opodstatnění, ale může mít i právní následky v případě neočekávané nežádoucí reakce.

Alopecia areata (AA)

Nenadálý vznik lysých ložisek ve křtici pravidelně vzbuzuje v rodině obavu z vážného onemocnění malého pacienta, ve většině případů jde ale naštěstí o stav popisovaný jako alopecia areata. Jedná se o život neohrožující poruchu autoimunitního charakteru, kdy imunitní reakce postihuje keratinocyty vlasového folikulu. Přestože zcela přesná etiopatogeneze onemocnění není dosud plně objasněna – zejména vliv

Obr. 2. Alopecia areata s navozeným zarůstáním



Obr. 3. Trichotilománie, makroskopický přehled



Obr. 4. Trichotilománie, makroskopický detail



možných spouštěčů – díky epidemiologickým datům je známo, že v naprosté většině případů dojde i bez terapie během pár měsíců opět ke kompletnímu zrástnutí, výjimečně se doba protáhne na několik let (obr. 2).

Kromě opomenutí uklidnění rodičů vzhledem k nezávažnosti diagnózy a příznivé prognóze je při aktuálním poznání nemoci možné za

určitou chybu považovat i příliš rozsáhlé nespecifické dovyšetřování.

Za vhodné a smysluplné se v současnosti považuje provést vyšetření KO + diff., základní biochemii rozšířenou o markery funkce štítné žlázy a protilátky proti štítné žláze, moč CH+S a také vyloučení dekompenzace jiného známého chronického onemocnění (např. celiakie, diabetu apod.), nejčastější infekční fokusy a nekorigované oční vady (4). Jestliže je vše z výše uvedeného v pořádku a k navození samovolného zarůstání nedojde do 3–4 měsíců, je vhodné pacienta odeslat k dermatologovi.

U klinického obrazu AA je v rámci diferenciální diagnostiky nutné vyloučit následující:

Trichotilománie

U dětí je zapotřebí vyloučit především trichotilománii, která je řazena mezi obsedantně kompulzivní poruchy. V neodborné literatuře se lze často setkat s názorem, že se jedná o cílené sebepoškozování, kdy ale u dětí toto tvrzení obvykle neplatí. Vytrhávání může být nevědomé, v důsledku nahromaděného stresu z nejrozličnějších příčin. Ložiska mají na rozdíl od AA nepravidelné okraje, nejsou lysá v celém rozsahu (obr. 3 a 4) a vlasové stvoly mají nestejnou délku, často jsou též zkroucené či jinak tvarově změněné. V některých případech lze nalézt i hemoragie na pokožce. Při podezření na trichotilománii je zapotřebí pacienta odeslat k psychiatrickému a psychologickému vyšetření. Základem léčby je psychoterapie, v některých případech v kombinaci s antidepresivy či antipsychotiky.

Jizevnatá alopecie

Vznik ostře ohraničených lysých ložisek s progresivním průběhem, bez jakékoli tendence k zrástnutí, může být podmíněn i některou z jizvivých alopecií, v dětském věku je ale incidence zcela minimální. Definitivní diagnózu v takovém případě poskytne až histopatologické vyšetření bioptovaného vzorku.

Scabies

Přestože je infekce svrabem banálním problémem, který pacienta nijak neohrožuje na životě, někdy stanovení správné diagnózy a úspěšné vyléčení trvá zbytečně dlouhou dobu, po kterou je výrazně snížena kvalita života pacienta i jeho rodiny. Příčinou bývá jednak špatná primární diagnostika, často ale také pochybení

ve strategii či provádění léčby, vedoucí k nejistotě, zda se o svrab skutečně jednalo či nikoli.

Nejprve je zapotřebí uvést výčet nejčastějších chyb v samotné primární diagnostice.

Opomenutí diagnózy

Snad nejzásadnější chybou ve stanovení diagnózy svrabu je situace, kdy na tento problém není vůbec pomýšleno. Nejčastěji je možnost výskytu svrabu opomíjena u pacientů trpících chronickými pruritickými onemocněními, například atopickou dermatitidou. Zhoršení svědění a případný vznik nových exkoriovaných projevů je tak dáván do souvislosti se základním kožním onemocněním. Vodítka v takovém případě může být, že standardní léčba nepřináší pacientovi úlevu, a že ani při podrobnějším pátrání většinou nezjistíme žádný jasný vyvolavatel exacerbace.

Nespecifický klinický obraz

Dalším problémem je zažitá představa, že projevy musí být na první pohled nápadné především jako klasicky popisované chodbičky, což není pravda. U pacientů s dobrou hygienou jsou projevy často jen diskretně vyjádřené a chodbičky nejsou viditelné ani při podrobné inspekci. Občas může být naším jediným záchytným bodem svědění v predilekčních místech a jeho zhoršování v časové souvislosti se specifickými činnostmi či situacemi (v noci po zakrytí peřinami, při teplé koupeli apod.). Ne nadarmo vznikl i termín „svrab mytých“, který tuto situaci zohledňuje.

Epidemiologie

Tím se také dostáváme k dalšímu přetrvávajícímu mýtu ztěžujícímu včasné odhalení svrabu, podle kterého může onemocnění postihnout pouze osoby se špatnou hygienou. Důkazem nepravdivosti tohoto názoru jsou například i dlouhodobě ověřená data, dle kterých velká část pacientů onemocní na dovolené, po pobytu v hotelích.

Nyní bude následovat výčet možných chyb ve strategii léčby:

Nepřeléčení blízkých osob

Dle platných doporučení by měli být bez ohledu na přítomnost svědění přeléčeni všichni členové domácnosti, případně další blízké osoby (5). Tyto osoby mohou být v důsledku těsného kontaktu s nemocným již také infikovány, ale

ještě u nich nedošlo k subjektivní manifestaci pruritu, či je u nich z nějakého důvodu pruritus potlačen (např. při chronickém užívání antihistaminik nebo antidepresiv s antipruritickým účinkem). Při nepřeléčení všech těchto rizikových osob hrozí reinfekce pacienta.

Nesprávná aplikace preparátu

Dnes nejpoužívanějším topickým preparátem je krém obsahující 5% permethrin. Jednou z jeho výhod je skutečnost, že ho stačí nanést na dobu pouhých 8 hodin. Bohužel nezdá se, že tato minimální doba rodiči dodržena. Dále nesmíme rodiče zapomenout upozornit, že u dětí se na rozdíl od dospělých ošetřuje navíc i obličej, dlaně a plosky, v některé odborné literatuře se uvádí doporučení aplikovat krém i do vlasů. Jak bylo výše uvedeno, je zapotřebí přeléčit i blízké osoby, kdy u dospělých jedinců hrozí, že neaplikují preparát na celou plochu těla, včetně všech záhybů, protože standardní HVLP balení 5% permethrinu obsahuje pouze 30 g krému, což je často nedostačující množství pro jednu osobu.

Doléčení

Ani po správném přeléčení nevymizí svědění okamžitě, bude ustupovat postupně. Na tento fakt je dobré pacienta dopředu připravit, aby nedošlo ke zbytečným nedorozuměním. Rovněž je vhodné po přeléčení antiparazitickým preparátem na rozškrábané svědivé projevy předepsat topický kortikoid a doporučit podrážděnou kůži několikrát za den promazat lehkým hydratačním krémem.

Zhoršení projevů po aplikaci nového externa

Není výjimkou, že je pediatr vyhledán kvůli situaci, kdy se projevy nějakého kožního onemocnění „zhoršily“ po té, co byla zahájena aplikací nového topického preparátu. Bohužel, nejčastěji toto bývá mylně vyhodnoceno buď jako alergie na účinnou látku, a nebo jako její neefektivnost. Ve skutečnosti je přitom příčina obtíží často úplně jinde. Slovo „zhoršování“ je dosti vágní a každý pacient tím *myslí* něco jiného, je proto zapotřebí provést podrobný rozbor uváděných obtíží.

Na samém začátku je nutné odlišit, zda je zhoršování stejného charakteru (obdobné projevy, obdobná frekvence tvorby, obdobné

subjektivní potíže) jako před nastavením nové terapie, či zda je zhoršování odlišné.

Pokud je zhoršování odlišné (a většinou i rychlejší), pak diferenciatně diagnosticky připadá v úvahu:

Iritací či alergická reakce

Přestože je vznik kontaktní alergické dermatitidy možný, statisticky se častěji jedná o kontaktně iritační dermatitidu, jejíž rozvoj je usnadněn právě v důsledku patologických změn při primárním onemocnění (6). Odlišení iritační a alergické reakce je v době vzniku mnohdy nemožné, protože ačkoli teoreticky by mělo alergickou reakci doprovázet zejména svědění a iritační naopak pálení až bolestivost, v realitě jsou často obě modalit přítomny zároveň. Spolehlivé odlišení je možné až pomocí epikutánních testů, které se ale provádí až s určitým časovým odstupem.

Jiná diagnóza

Některá dermatologická onemocnění prodávají velice rychlý vývoj a mnohdy se i ze dne na den mění obraz kožních lézí. Například vzniku některých vezikul může předcházet pouhé plošné zarudnutí, pustuly se mohou vyvíjet z vezikul. Proto udávané zhoršení kožních projevů není v přímé souvislosti s aplikací nových preparátů ale samovolným rychlým vývojem nemoci, kdy v době předepsání preparátů pomýšlel předepi- sující lékař na zcela jiné onemocnění.

Pokud je ale zhoršování podobné jako před zahájením nové terapie, musíme pátrat po následujícím:

Příliš brzké hodnocení

Pacienti si mnohdy neuvědomují, že účinek terapie se může dostavit teprve po několika týdnech, u některých onemocnění dokonce až po několika měsících (např. acne vulgaris). Jedinou možností je pacientovi vysvětlit reálná očekávání a domluvit kontrolu až s vhodným časovým odstupem.

Nedodržení terapie

Kromě zjištění jak dlouho pacient novou terapii má, musíme ověřit, i zda používal všechny doporučené preparáty, tak jak měl. Relativně často pacienti až na přímý dotaz připustí, že přesně nedodrželi doporučení ohledně aplikace, například používali jen některý z preparátů či

aplikovali méně často, než bylo předepsáno. Tato situace je potenciálně komplikovanější, protože může znamenat špatnou compliance pacienta, u kterého může být jakákoli terapie bez efektu v důsledku jeho přístupu.

Névus

Strach rodičů z vývoje a tvorby névů je obecně jedním z nejčastějších důvodů vyhledání lékaře. Většina rodičů ale neví, že hodnocení névů u dětí je značně odlišné od dospělých jedinců s ukončeným růstem těla. Definitivní vzhled névu se ustaluje až v období po pubertě, do té doby je vývoj zcela individuální a nepředikovatelný. Proto je nejdůležitější rodičům vysvětlit, že vývoj přítomných névů i vznik těch zcela nových je u dětí běžný a nejedná se tudíž o patologický stav.

Následujících několik odstavců je věnováno specifickým situacím a také variantám névů, jejichž přítomnost vede pravidelně k nejasnostem a obavám.

Traumatizace névů

Často se setkáváme s obavami rodičů z možného vzniku melanomu po – byť i zcela minimální – traumatizaci névu, například po náhodném škrábnutí se. Nejednou rodiče požadují preventivní excizi a proto je nutné je ujistit, že k maligní transformaci tímto způsobem nedojde, i kdyby byl névus ještě v období vývoje.

Parestzie névů

Obdobně jako v předešlém případě vznikají u rodičů obavy z melanomu, pokud névus začne svědit, mravenčit či se jinak subjektivně projevovat. Tyto subjektivní obtíže jsou skoro vždy jen krátkodobé a vznikají nejčastěji po mírné iritaci (například ooblečení), případně při podráždění okolí (například při dermatitidě v oblasti kde se névus nachází). Je tedy na místě rodiče uklidnit a ubezpečit, že se nejedná o známku vývoje v nádor.

Vyvýšené měkké névusy

Nezdá se, že lze také setkat s obavami, že je vyklenování névu nad úroveň kůže známkou vývoje v maligní karcinom. Jde pochopitelně o mylný názor, v naprosté většině se jedná o zcela neškodné intradermální névusy (7) a stejně jako u předešlých problémů, i tady je zapotřebí rodičům především pečlivě vysvětlit danou problematiku a benigní etiologii.

Suttonův névus (synonymum halo névus)

Jedná se o melanocytární névus, kolem kterého se objeví okrasek depigmentované kůže. Vybledávání – které bývá hlavním důvodem návštěvy – není příznakem maligních změn, jedná se o benigní imunologický pochod s tvorbou cytotoxických protilátek proti melanocytům v kombinaci s cytotoxickou aktivitou lymfocytů proti melanocytům.

V průběhu času může oblast znovu repigmentovat, nebo naopak může dojít k vymizení celého zbytku névu.

Névus ceruleus (synonymum modrý névus)

Je benigní melanocytární névus s homogenní modrou pigmentací. Pro rodiče je v tomto případě podezřelá právě modré zbarvení, které je ale podmíněno pouze hlubším uložením melaninu, nacházejícím se až v korii.

Kongenitální névy (KN)

Z běžných névů je management KN nejsložitější. Etiopatogeneticky se jedná o hamartomy, přítomné většinou již při narození, případně vznikající do 2. měsíce života. Již v době vzniku jsou některé KN značně velké a při růstu kožního povrchu tak mohou v dospělosti nabývat až enormních velikostí. Nežádá se KN navíc nachází v esteticky rušivých lokalitách. Vyvstává tak palčivá otázka, zda névus již v útlém dětství excidovat. Rozhodování je ovlivněno i známou skutečností, že KN vykazují zvýšené riziko maligní transformace v pozdějším věku, kdy toto riziko roste úměrně s velikostí névů a může dosahovat až 6%.

Další terapeutický postup proto volíme nejčastěji na základě klasifikace rozlišující KN do 4 kategorií podle velikosti: 1) malé s průměrem do 0,5 cm; 2) střední s průměrem 0,5–7 cm; 3) velké s průměrem větším jak 12 cm na hlavě či větším jak 7 cm na zbytku těla; 4) obrovské s průměrem nad 14 cm. Dle tohoto rozdělení se doporučuje malé a střední KN pouze dlouhodobě sledovat, velké a obrovské excidovat a následně bedlivě kontrolovat možnou rekurenci (8).

Molluscum contagiosum (MC)

Stanovení diagnózy MC většinou nepředstavuje vážnější problém a postačuje nám klinický obraz. Projevy jsou pohmatově tužší konzistence, mají lesklý bělavý povrch, a při

zvětšení – pro které postačí i pouhá lupa – lze v centru vidět vkleslinu. Při okrajích mohou být někdy rozeznatelné také obkružující angiek-tazie (9). Výskyt MC je u dětí řádově vyšší než u dospělých, proto občas svádí výskyt jakýchkoli papul bělavé barvy automaticky považovat právě za tuto diagnózu.

V diferenciální diagnostice bychom měli pro jistotu vždy pomýšlet na následující:

Pustuly

V ochlupených oblastech, kde se pacienti již holí a dále u pacientů s atopickým ekzémem ve flexurálních lokalizacích je nutné pomýšlet na pustuly, v obou případech v důsledku infikování drobných erozí.

Bradavičky a cysty

Zejména v obličeji bychom měli pomýšlet také na záměnu s verruca plana (plochá forma virových bradavic – typická pro dětský věk) a milii (druh pravých cyst).

Erytém v plenkové oblasti

Zarudnutí během doby nošení plen postihne v určité chvíli snad každého kojence. Ve většině případů se jedná o pouhé mírné intertrigo – neboli laicky opruzení – které dokáží zvládnout samy matky. Někdy ale stav vyžaduje odbornou pomoc, kdy právě tyto případy mohou představovat výzvu i pro zkušeného lékaře.

Následují některá fakta, která nám mohou pomoci v diagnostickém rozhodování.

Plenková dermatitida (PD)

Statisticky nejčastějším vyvolavatelem výraznějšího zarudnutí je PD. Etiopatogeneticky se jedná o kontaktně iritační dermatitidu, vznikající kombinací více faktorů, zejména mechanického poškození kůže za přítomnosti řady dráždivých látek v teplém okluzivním prostředí. Bývá omezena pouze na oblast pod plenami, učebnicově je popisováno postižení připomínající písmeno W s ušetřením záhybů. Při progresi ale může dojít ke kombinaci s intertrigem při kterém jsou postiženy právě záhyby a výsledný obraz je tak modifikovaný, což může znesnadnit určování správné diagnózy. Kandidová infekce může být v plenkové oblasti přítomna sama o sobě, nejčastěji ale nasedá právě na PD, ovlivňuje její obraz a ztěžuje její léčbu.

Seboroická dermatitida (SD)

Dalším velice častým postižením je SD. Na rozdíl od PD postižení začíná většinou v oblasti záhybů, ložiska se navíc pokrývají mastnými žlutými šupinami, které jdou snadno odloučit. K upřesnění diagnózy nám ale nejvíce pomůže přítomnost ložisek v dalších typických predilekcích. Stejně jako PD, může být SD v této lokalizaci komplikována kvasinkovou superinfekcí.

Psoriáza

Při hůře reagujícím postižení rozhodně musíme pomýšlet také na psoriázu, některými autory pro svoji lokalizaci nazývanou jako tzv. „plenková psoriáza“ (PP). Kromě odolnosti vůči léčbě je pro ni typické i ostré ohraničení, šíření mimo oblast plen směrem na trup a často též přítomnost bělavých šupin (10). I v tomto případě může nasedat na postiženou kůži kandidová superinfekce. Pokud ale nastane situace, kdy léze zcela neodpovídají na standardní terapii, je nutné odeslat malého pacienta na specializované dermatologické pracoviště.

Poznámka autora: je vhodné připomenout, že i přes rozdílnou etiopatogenezi jsou základem terapie všech tří diagnóz režimová a preventivní opatření vedoucí k odstranění mechanicko-iritačních faktorů, které kromě přímého vyvolání PD mohou vést i ke zhoršování SD a PP. Vzhledem k časté kvasinkové superinfekci není chybou aplikovat i antimykotika v lehkém neokluzivním základu, při výraznějším erytému navíc se slabším topickým kortikoidem.

Ložiska s puchýřky a krustami

Autor se na svém pracovišti opakovaně setkává s dětskými pacienty, u nichž byla kvůli nálezu několika čirých puchýřků diagnóza nesprávně uzavřena jako pásový opar, respektive byla bakteriální infekce zaměněna za herpetickou.

Proto následuje podrobnější diferenciální diagnostika k odlišení výše uvedených entit.

Infekce varicella zoster virem (VZV)

Primoinfekce VZV probíhá pod obrazem běžných planých neštovic a teprve až reaktivace se manifestuje jako herpes zoster (HZ). Proto u jedince, který dosud neprodělal varicellu, nikdy na HZ nepomýšlíme. Při reaktivaci se virus ze senzorického ganglia dostává do kůže podél

Obr. 5. Impetiginizovaný h. simplex, oblast úst



nervu, sleduje jeho inervaci a ložiska primárně čirých puchýřků tak vznikají pruhovitě po celé délce dermatomu. Jen výjimečně se jedná o současné postižení několika sousedních dermatomů. Postižení je téměř ve 100 % případů jednostranné. Puchýřky jsou většinou drobné, povětšinou jsou v tzv. „herpetiformním“ uspořádání, a spodina pod nimi bývá zarudlá. K reaktivaci dochází většinou až ve vyšším věku, vznik HZ v mladším věku je vždy neobvyklý a vzniká tu podezření na přítomnost dosud asymptomatického vážného celkového onemocnění, např. imunodeficit, lymfoproliferace či HIV. Je proto nezbytné následně pacienta podrobně komplexně dovyšetřit.

Infekce herpes simplex virem (HSV)

Naproti tomu primoinfekce HSV-1 i HSV-2 proběhne nejčastěji zcela asymptomaticky. U malého procenta jedinců se manifestuje ve formě herpetické gingivostomatitidy, respektive herpetického puchýřnatého výsevu v genitální krajině (11). Pozdější recidivy spojené s reaktivací viru jsou u HSV-1 spojeny s výsevem čirých puchýřků převážně na rtech či jinde v obličeji, u HSV-2 je obraz shodný s primoinfekcí. Při autoinokulaci jak HSV-1 tak HSV-2 ale projevy mohou být lokalizovány kdekoli na těle. Puchýřky při herpes simplex (HS) jsou na rozdíl od HZ větší velikosti, mohou splývat a spodina je jen výjimečně zarudlá. Průběh onemocnění, respektive četnost recidiv, je individuální, záleží na mnoha faktorech, částečně geneticky podmíněných.

Z výše uvedeného vyplývá, že pokud u malého pacienta nalezneme několik ložisek s čirými puchýřky na obou polovinách těla, HZ můžeme bez obav vyloučit. A i v případě nalezení několika ložisek poblíž sebe na jedné polovině těla – která nejsou zcela jednoznačně pruhovitě uspořádaná – se nejpravděpodobněji nebude

Obr. 6. Juv. plant. derm., před léčbou



jednat o HZ, ale půjde o diseminovaná ložiska HS vzniklá autoinokulací, například v důsledku škrábání při svědění projevů.

Impetigo contagiosa a impetiginizace

Diagnosticky složitější situace nastává, když se k nám dostává dítě až ve chvíli, kdy jsou na kůži přítomny již pouze krusty a rodiče referují, že v těchto místech byly původně „nějaké puchýře“. V takovém případě musíme zvažovat, zda se spíše než o HS nejedná o impetigo contagiosa (IC), eventuálně zda nedošlo k sekundární impetiginizaci jiných lézí (obr. 5). V učebnicích se při IC klasicky popisují krusty barvy medu, z praxe ale může autor uvést, že jsou často žlutavé, v odstínech od světlé až po tmavou. Odlišení se dopátráme pouze pečlivým odebráním anamnézy, ideálním řešením je ale provést stěr na bakteriální kultivaci a hned od začátku – ještě před zjištěním výsledku – terapeuticky pokrývat i možnou bakteriální infekci. Obvykle postačí několikrát denně aplikovat lokální antibiotika, například kyselinu fusidovou.

Postižení plosky

Dle popisů projevů a průběhu onemocnění z textů příslušných učebnic by se mohlo zdát, že rozlišení onemocnění postihujících plosky nemůže činit obtíže. Zejména u dětí ale projevy nemusí být plně vyjádřeny či vykazují odlišnosti specifické pro jejich věk a nadto se mohou v důsledku některých společných vlivů i různě kombinovat. Situace je tak v realitě složitější než se na první pohled zdá. Procentuálně nejčastější příčinou obtíží u dospělých jsou mykotické infekce. I v dětské populaci bývá mykóza častým problémem, zejména tinea pedis v důsledku nošení nevhodné neprodyšné sportovní obuvi (tzv. „atletická noha“, z angl.

Obr. 7. Juv. plant. derm., po léčbě



„athlete's foot“), v úvahu ale připadá daleko více možných diagnóz.

Podle charakteru postižení bychom měli diferenciálně diagnosticky zvážit následující nejčastější možné diagnózy:

Olupování

Deskvamace, klasicky vyjádřená při tinea pedis dospělých jedinců, může být v dětském věku příznakem juvenilní plantární dermatózy, méně obvyklé manifestace atopické dermatitidy (12) (obr. 6 a 7). Rovněž psoriáza se může zejména ve svých počátcích projevovat i jenom pouhým olupováním. Ve spojení s výraznějším svěděním bychom měli vzít do úvahy i kontaktně alergickou dermatitidu.

Číré puchýře

Recidivující výsevy vezikul mohou provázet vezikulo-bulózní formu tiney – která je v dětském věku častější než u dospělých – bývají ale projevem i dyshidrotické dermatitidy a vystupňované formy kontaktně alergické dermatitidy.

Bělavé puchýře

Pustuly se vyvíjejí buď sekundárně, zkalením původně čirých vezikul, nebo se jedná o primární výsev. V takovém případě bychom měli na první místo naší diferenciální diagnózy zařadit pustulózní psoriázu. Diagnózu psoriázy nám mohou podpořit souběžné výsevy pustul na dlaních (psoriasis palmoplantar), eventuálně další psoriatické projevy v jiných lokalizacích. Není to ale nutným pravidlem a postižení může být omezené pouze na plosky.

Vyšetření pohlavně přenosných nemocí

Přestože naštěstí není incidence pohlavně přenosných infekcí (STI – z angl. sexually

transmitted infection) mezi adolescenty tak vysoká jako v dospělé populaci, je nutné na tuto možnost nezapomínat, což dokazují i statistiky WHO, se stále se zvyšujícími počty nemocných v této věkové skupině (13). Při jakémkoli podezření na STI je nutné pacienta odeslat k dovyšetření na venerologickou ambulanci.

Před odesláním je pacienta vhodné poučit o některých opatřeních, jejichž nedodržení může vést k falešně negativnímu výsledku vyšetření:

Sérologie

Rutiní diagnostika syfilis a HIV se provádí sérologicky z krve, kdy je závažnou chybou příliš brzké provedení krevních odběrů. U syfilis dochází k časné sérokonverzi za 4–5 týdnů, proto by se vyšetření nikdy nemělo podstupovat dříve, dle některých doporučení se kvůli riziku možného falešně negativního výsledku doporučuje zopakovat odběry po 3 měsících od rizikového styku. Při podezření na HIV je tzv. „sérologické

okno“ ještě delší, vyšetření je nutné provést až po 3 měsících od rizikového styku.

Výtěry a stěry

Pokud jsou přítomny urologické či gynekologické obtíže, je nezbytný odběr vzorku ke kultivaci. Odběr je realizován stěrem, respektive výtěrem, kličkou či štětičkou. Muži před odběrem nesmí několik hodin močit (ideální doba je cca 6 hodin), penis se večer a ráno před vyšetřením omývá pouze vodou bez mýdla.

Condyloma acuminatum (CA)

Genitální bradavice jsou nejčastěji lokalizovány přímo na genitálu, mohou se nacházet ale i v jeho blízkém okolí. U adolescentních pacientek, které jsou již sexuálně aktivní, je v případě nálezu CA na zevním genitálu chybou, pokud neindikujeme gynekologické vyšetření k vyloučení přítomnosti dalších bradavic na sliznici pochvy a děložního čípku, které jinak nejsou viditelné (14).

Přestože je klinický obraz CA většinou typický, měli bychom v diferenciální diagnostice zvážit především následující:

Condylomata lata

Klinickým obrazem někdy nelze odlišit CA od condylomata lata na genitálu, které jsou projevem infekce syfilis. Pediatr by tedy rozhodně měl ověřit, zda již byla provedena sérologie k vyloučení této STI. Vzhledem k tomu, že i „pouhé“ CA jsou řazena mezi STI, doporučuje se navíc sérologicky vyloučit i možnou asymptomatickou infekci HIV a dle přítomnosti či nepřítomnosti dalších obtíží eventuálně i venerologické vyšetření k vyloučení dalších STI.

Intradermální névy a fibromy

Při lokalizaci projevů v tříselech a nebo poblíž třísel lze CA zaměnit za benigní intradermální névy či stopkaté pendulující fibromy, které se v této oblasti také hojně vyskytují.

LITERATURA

1. Jedličková A, Mašata J, Skořepová M. Lokální mykózy (Průvodce ošetřujícího lékaře); Praha, Maxdorf 2008.
2. Horkay I, Emri G, Varga V, et al. Photosensitivity skin disorders in childhood. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2008; 24(2): 56–60.
3. Lacina L, Kojanová M, Kuklová I, et al. Kožní projevy boreliózy: diagnostická a léčebná doporučení; Dermatol. praxi. 2011; 5(1): 12–17.
4. Esmer O. Ocular findings in patients with alopecia areata; Int J Dermatol. 2016; 55(7): 814–887.
5. Štokr J. Scabies. In: Kolektiv autorů. Dermatovenerologie, dětská dermatologie a korektivní dermatologie 2006/2007.

Trendy v medicíně. Praha: Triton, 2006: 77–91.

6. Benáková N. Ekzémy a dermatitidy. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2009.
7. Krajsová I. Melanom, Maxdorf Jesenius, 2006.
8. Poláková K. Vrozené, získané, dysplastické a rizikové melanocytární névy; Via pract., 2011; 8(3): 132–135.
9. Zaballos P, Ara M, Puig S, Malvey J. Dermoscopy of molluscum contagiosum: a useful tool for clinical diagnosis in adulthood. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006; 20(4): 482–483.
10. Čapková Š. Plenková dermatitida; Dermatol. praxi 2010; 4(3): 126–129.

11. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K. Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. New York: McGraw – Hill 2001: 1041 s.
12. Skořepová M. Mykózy u dětí, diagnostika a léčba; Pediatr. praxi 2013; 14(3): 170–172.
13. Manhard LE. Randomized controlled trials of individual level, population level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections. What has worked?; Infect. Dis. 2005; 57: 191.
14. Nyeem R, Wilkinson EJ, Grover LJ. Condylomata acuminata of the cervix: histopathology and association with cervical neoplasia; Int J Gynecol Pathol. 1982; 1(3): 246–257.