

Kerion Celsi u osmiletého chlapce

MUDr. Stanislava Polášková¹, doc. MUDr. Magdaléna Skořepová, CSc.²

¹Dětská kožní ambulance Dermatovenerologické kliniky VFN UK, Praha

²Centrum pro dermatomykózy Dermatovenerologické kliniky VFN UK, Praha

Kazuistika upozorňuje na vzrůstající výskyt mykotických infekcí u dětí, především ve kštici, a to nejen forem povrchných, ale i hlubokých. V těchto případech je na místě rychlá diagnóza a včasné zahájení celkové léčby, která zabrání vzniku trvalé alopecie.

Klíčová slova: Kerion Celsi, tinea capitis, dermatofyta, mikrosporie, favus, celková antimykotika.

Kerion Celsi at eight year old boys

Case report highlights the increasing incidence of fungal infections in children, especially in the scalp and not just superficial forms, but also deep. In these cases, on-site rapid diagnosis and early initiation of an overall treatment that will prevent permanent alopecia.

Key words: Kerion Celsi, tinea capitis, dermatophytes, mikrosporie, favus, total antifungals.

Dermatol. praxi 2012; 6(3): 140–141

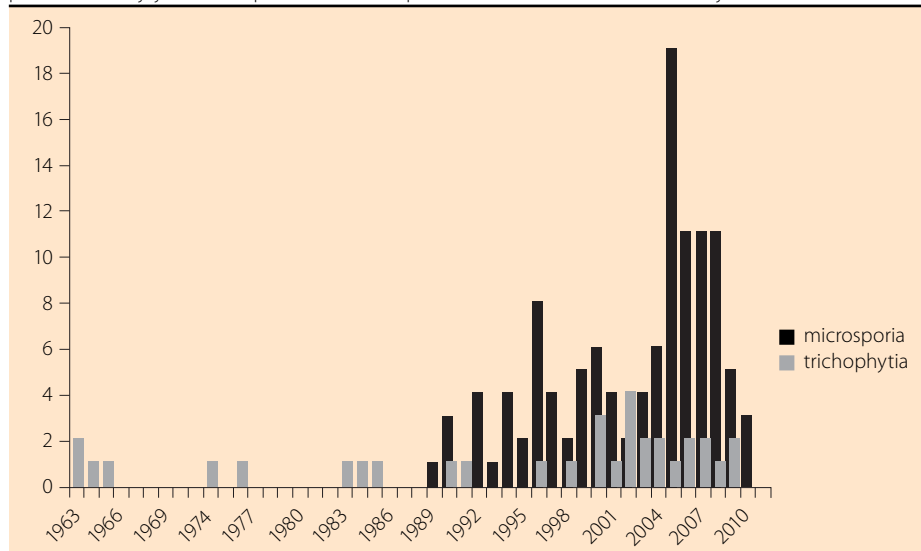
Kerion Celsi je onemocněním patřícím mezi mykotická onemocnění kštice. Mykotická onemocnění kštice (tinea capitis – TC) mají vzrůstající tendenci (graf 1, 2). Důvodem je obliba chovu domácích mazlíčků (koček, křečků, morčat a psů), kteří se mohou stát zdrojem infekce. Tinea capitis je nejčastějším mykotickým onemocněním v dětství v období mezi 4.–10. rokem života. U dospělých se díky antimykotickému působení mazu vyskytuje jen velmi vzácně. Je častou příčinou alopecií a zašupených ložisek ve kštici. Příčinou onemocnění jsou nejčastěji zoofilní dermatofyta – *Microsporum canis* (kočky a psi), *Trichophyton mentagrophytes* – (hlodavci) a *Tr. verrucosum*. Z antropofilních dermatofyt jsou nejčastější *Tr. tonsurans* a *Microsporum audouinii*. K přenosu dochází přímým kontaktem s nakaženým, nebo nepřímo ručníky, hřebeny, čepicemi. Inkubační doba je 1–8 týdnů. Chlapci bývají postiženi častěji, roli hraje i sociální úroveň.

Klinicky se projevuje vypadáváním vlasů spojeným s tvorbou šupin, jindy dochází k závažným projevům. Rozlišujeme několik typů TC:

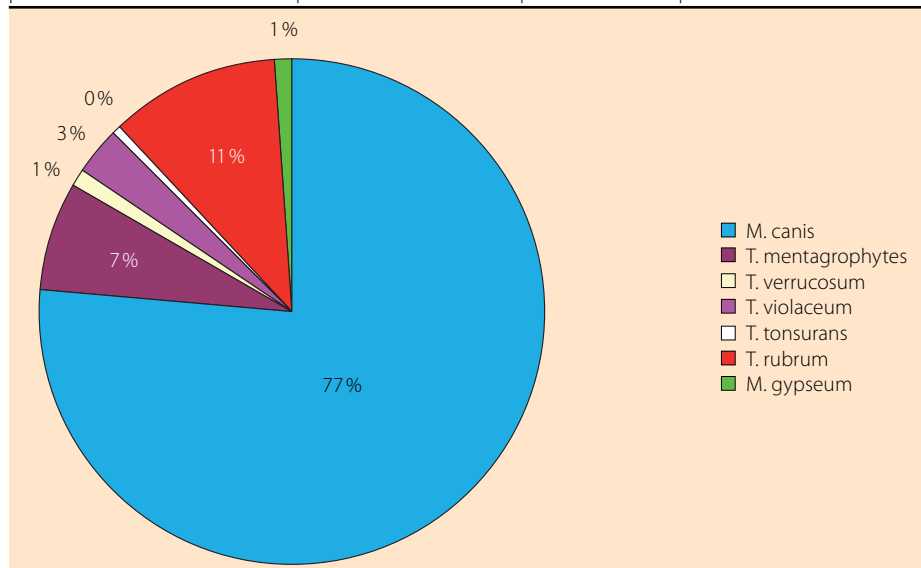
Povrchní TC s tvorbou šupin a výpadem vlasů. Vlasy jsou ulámané, na povrchu kůže jsou šupiny, ložiska jsou jakoby posypána popelem, což je typické pro *M. canis*. Někdy bývá přítomno asymptomatické zduření aurikulárních a okcipitálních uzlin.

Pro *Tinea capitis profunda* (Kerion Celsi) jsou typické zánětlivé změny ve formě papulí, pustulí, erytému a krust. Zpočátku jde jen o skupinky drobných folikulárně vázaných papulí a pustulí, které velmi rychle splývají v měkké hrboly, zánětlivé, s mokváním, zasychajícími v nánosy krustoskvam. Neléčené onemocnění vyústí v trvalou ztrátu vlasů.

Graf 1. Výskyt tinea capitis ve Středočeském kraji v letech 1963–2010. Je vidět absence mikrosporií před r. 1989 a jejich vzestup v 90. letech. V poslední době se situace stabilizuje



Graf 2. Etiologie tinea capitis ve Středočeském kraji – souhrnné výsledky z let 1963–2010 (celkem 149 případů). Na rozdíl od USA a západní Evropy se neobjevilo *T. tonsurans*, naopak je neobvyklý vysoký podíl *T. rubrum*. *T. verrucosum* patří u nás mezi vzácné původce tinea capitis



Obrázek 1. Ložisko před léčbou**Obrázek 2.** Ložisko před léčbou**Obrázek 3.** Ložisko po léčbě

Favus je hluboká tinea se zánětlivými projevy způsobená *Tr. Schonleini* (antropofilní typ). Začíná žlutočervenými perifolikulárními šupinami, tvorbou papulí, scutul, což jsou pevně lpějící šupiny s hyfami. Tato vzácná forma se u nás prakticky nevyskytuje.

V diferenciální diagnóze uvažujeme o seboroické dermatitidě, areátní alopecii, psoriáze kůže, pyodermii a aktinomykóze.

Léčba je nutná celková. Lokální léčba není účinná, má smysl ke snížení infekciozity, využívá-

Tabulka 1. Celková léčba *Tinea capitis*

	terbinafin	itrakonazol
Dávka	3–6 mg/kg/den Pod 20 kg 62,5 mg/den 20–40 kg 125 mg/den Nad 40 kg 250 mg/den	3–5 mg/kg/den
Délka léčby	4 a více týdnů podle efektu	Denní léčba 2–4 týdny Pulzní léčba – 1 týden/měsíc s 3 pulzy
Vedlejší účinky	Anorexie Bolest hlavy Neutropenie Vezikulopustulózní projevy, lupus-like syndrom	GIT příznaky Bolest hlavy, závratě Hepatotoxita Svědění
Interakce	Cyklosporin, cimetidin, teofylin, rifampicin	Cyklosporin, terfenadin, astemizol, barbituráty, fenytoin, digoxin, rifampicin, antikoagulancia

Pozn. Terbinafin lze použít v tabletové formě od 3 let věku, ale ani v nižší věkové kategorii není kontraindikován. Mykotická postižení u dětí mladších 2 let jsou však vzácná. Itrakonazol v suspenzi je vyhrazen pro orofaryngeální kandidózy. Použití u dětí není dáno ani lékopisem, je třeba zvážit přínos léčby vzhledem k možným rizikům. V nutných případech používáme itrakonazol od 6 let věku

me antimykotických roztoků, krémů a šamponů, abychom zabránili recidivám. Je nutné nalézt zdroj infekce.

Popis případu

Osmiletý chlapec byl vyšetřen na naší ambulanci s ložiskem ve kčtici, které se posledních 5 dní rychle zvětšovalo a stalo se bolestivým. Týden předtím matka pozorovala v tomto místě drobné folikulitidy a šupění. Chlapec byl celkově zdravý, bez celkových příznaků, v době vyšetření po dobrání Sumamedu, který ordinoval pediatr. Zvířata doma nebyla, ale u babičky byla kočka a pes.

Objektivní nález: vlevo parietálně okrouhlé ložisko, ostře ohraničené, prominující nad niveau kůže, se žlutavými krustami a četnými pustulami, na pohmat bolestivé, tuhé, při zatlačení vytéká žlutý hnis. Okolí nezápětlivé, patrně levostranné zduření nuchálních uzlin. Celkové příznaky nebyly patrné.

Ve vyšetření krevního obrazu, FW, jaterních testů, CRP, moče a sedimentu nebyly patologické hodnoty. Bakteriologická kultivace byla negativní (*Staphylococcus epidermidis*). Mykologická kultivace potvrdila *Trichophyton verrucosum*.

Chlapec byl léčen Lamisilem v dávce 125 mg/den (při váze 26 kg) po dobu 5 týdnů. Krusty byly odloučeny saloxyl/OI. Helianthi masť, dále byl aplikován Canifug spray a 2× týdně

Nizoral šampon. Po 5 týdnech bylo ložisko bez krust, bez šupin, s počínajícím růstem vlasů.

Závěr

Počet onemocnění Kerion Celsi se v posledních letech zvyšuje, pravděpodobně v souvislosti s oblibou domácích zvířat a častějším cestováním. Onemocnění je závažné s možnými trvalými následky; pokud včas nezačneme s účinnou léčbou, hrozí trvalá ztráta vlasů. Lokální léčba není dostatečná, pomůže pouze snížit infekčnost. Celková léčba antimykotiky má být zahájena co nejdříve (tabulka 1). V případech s prudkým začátkem a silnými zánětlivými projevy potlačujeme zánětlivé projevy krátkodobým podáváním celkových kortikosteroidů.

Článek přijat redakcí: 12. 3. 2012

Článek přijat k publikaci: 4. 4. 2012

MUDr. Stanislava Polášková

Dětská kožní ambulance
Dermatovenerologické kliniky VFN UK
Karlovo nám. 32, 120 00 Praha 2
polaskova.s@centrum.cz

