

# Recidivující impetigo obličeje

MUDr. Paulína Cabalová

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě

Impetigo je vysoce nakažlivé infekční onemocnění postihující povrchové vrstvy kůže, původcem je nejčastěji zlatý stafylokok či pyogenní streptokok. Nejvyšší prevalenci má onemocnění v dětských kolektivech, vrcholem výskytu onemocnění jsou letní a podzimní měsíce. Nekomplikované infekce léčíme lokálními antibiotiky, v případě závažnějšího průběhu a celkových příznaků využíváme systémová antibiotika. Impetigo se hojí bez jizev, nejčastějšími kožními komplikacemi bývají hyperpigmentace, a to zejména v letních měsících.

**Klíčová slova:** meticilin-rezistentní *Staphylococcus aureus*, impetigo, antibiotická léčba.

## Recurrent impetigo faciei

Impetigo is a common infection of the superficial layers of the epidermis which is highly contagious, commonly caused by *Staphylococcus aureus* or *Strep. pyogenes*. The prevalence is highest among the little children attending daycare centers, the peak incidence is during summer and fall. Treatment of non-complicated infections involves topical antibiotics, in cases of systemic signs of infection, systemic oral antibiotic treatment is used. Impetigo is often self-limiting and resolves without scarring, the most common complication, especially during summer, is hyperpigmentation of the skin.

**Key words:** methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, impetigo, antibiotic therapy.

## Popis případu

80letý pacient byl léčen za hospitalizace v říjnu 2023 pro rozsáhlé impetigo obličeje, uší a šíje (Obr. 1). Projevy impetiga menšího rozsahu měl na obličeji pacient od srpna 2023, vystřídal několik dermatologických ambulancí, po lokálních antibioticích se ložiska rychle zhojila, avšak vždy s recidivou projevů po několika dnech od vysazení léčiv. Dle slov pacienta se jednalo o třetí recidivu, impetigo bylo u něj poprvé léčeno v roce 2020, poté 2021, pokaždé se zhojilo na lokální antibiotické léčbě. Pacient se v čase onemocnění léčil pouze s vysokým krevním tlakem dvoukombinací antihypertenziv, neudával žádné alergie, v anamnéze neměl onkologickou diagnózu či imunodeficit. Jeho manželka ve společné domácnosti se v té době s impetigem ani jinou infekcí neléčila.

Dva měsíce před hospitalizací byl pacient léčen ambulantně, pro malý rozsah postižení nejdříve empiricky zvolenými lokálními anti-

biotiky (kyselina fusidová a mupirocin v masti) v kombinaci s používáním antibakteriálního mýdla a antiseptických obkladů. Při opakujících se atakách byl přeléčen celkovými antibiotiky (kotrimoxazol p. o., následně cefuroxim-axetil p. o.) do očí aplikoval antibiotické a kortikosteroidní kapky. Po výraznějším zhoršení, kdy byla provedena kultivace ze stěru ložisek, se jako agens potvrdil meticilin-rezistentní zlatý stafylokok (MRSA). Kultivační nález byl konzultován s mikrobiologem a pacientovi bylo doporučeno celkové přeléčení linezolidem per os v kombinaci s mupirocinem nebo chloramfenikolem v masti na ložiska obličeje a tobramycinem v kapkách do očí, vše po dobu deseti dnů. K eradikaci případného nazálního nosičství zlatého stafylokoka byla doporučena nosní masť s mupirocinem. Celkovou léčbu linezolidem pacient odmítl pro vysoký doplatek, proto mu byla předepsána pouze léčba lokální. Po několika dnech

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Dermatol. praxi. 2024;18(2):112-114

<https://doi.org/10.36290/der.2024.021>

Článek přijat redakcí: 27. 2. 2024

Článek přijat k tisku: 19. 3. 2024

MUDr. Paulína Cabalová

paulina.cabalova@fno.cz

došlo k rozšíření kožního nálezu na celý obličej, na uši, krk a zátylek a byl přijat k léčbě za hospitalizace (Obr. 2).

U pacienta nebyly přítomny žádné celkové známky infekce, neměl zvětšené regionální lymfatické uzliny, hodnoty krevního obrazu a zánětlivých parametrů byly zcela v normě. Kultivací byl opětovně potvrzen MRSA, citlivý na všechna běžně používaná lokální antibiotika a pro absenci známek celkové infekce byla zvolena intenzivní lokální léčba dle předchozích doporučení mikrobiologa.

K odstranění krust jsme použili obklady s roztokem polihexanidu, k podpoře hojení

a dezinfekci zásaditý antibakteriální gel a na ložiska impetiga jsme dvakrát denně aplikovali 4% chloramfenikol v masti. Do očí jsme aplikovali třikrát denně tobramycinové kapky a pacient pokračoval v nanášení nazálního mupirocinu do obou nosních dírek. Na této léčbě došlo k velmi rychlému hojení, po šesti dnech léčby přetrvávaly již pouze hyperpigmentovaná ložiska krku a šíje, jinak byl pacient zcela bez kožních projevů (Obr. 3).

Vzhledem k rychlému zhojení jsme měli podezření na zdroj infekce v domácím prostředí, který velmi pravděpodobně perzistoval a způsoboval opakující se ataky impetiga. Pacient byl při propuštění domů poučen o nutnosti hygienických opatření včetně likvidace holíčích strojků a dalších osobních potřeb, které přicházely po celou dobu infekce do kontaktu s jeho kůží.

### Diskuze

Impetigo je bakteriální infekční kožní onemocnění způsobené zlatým stafylokokem, pyogenním streptokokem, nebo velmi vzácně jinými beta-hemolytickými streptokoky (skupina A, C a G). U nebulózního impetiga je v 80 % původcem *S. aureus*, v 10 % *Strep. pyogenes* a v 10 % kombinace obou. U bulózního impetiga je původcem vždy *S. aureus* produkující exfoliatin nebo epidermolytický toxin A nebo B (1, 2).

Je nejčastějším kožním infekčním onemocněním dětského věku, pro svou vy-

sokou infekčnost však může postihovat pacienty všech socioekonomických vrstev bez ohledu na věk a přidružené diagnózy. Predisponujícími faktory vzniku impetiga je přítomnost jiných kožních nemocí, typicky atopický ekzém, případně svrab, u kterých je porušena kožní bariéra, dalšími skupinami, více ohroženými vznikem a těžkým průběhem impetiga, jsou polymorbidní pacienti, pacienti s imunodeficitem a lidé s nízkým hygienickým standardem (1, 2).

Diagnózu impetiga stanovujeme podle typického klinického obrazu, při refrakterním onemocnění, recidivách a závažném průběhu volíme kultivaci. Při průkazu *Strep. pyogenes* je vhodné za 2–4 týdny po prodělaném onemocnění stanovení hladin ASLO protilátek, případně odběr moči k vyloučení možné poststreptokokové glomerulonefritidy (1, 2). Tato komplikace se však rozvine jen asi v 5 % a to zejména u dětských pacientů (2).

Projevy nebulózního impetiga začínají jako drobné vezikuly nebo pustuly, rychle praskají a pokrývají se medově žlutými krustami. Projevy jsou nebolestivé, při nekomplikovaném průběhu bez celkových příznaků, regionální lymfadenopatie bývá až v 90 % případů. U bulózního impetiga vidíme plihé, číré nebo zkalené puchýře, které jsou lokalizovány především v intertrigách, často s progresí na břicho. Buly jsou izolované nebo ve skupinkách, často se satelitními ložisky. Při nekomplikovaném průběhu trvá onemocnění

**Obr. 1.** Lokální nález v den přijetí do lůžkové péče



**Obr. 2.** Rozsah postižení před léčbou za hospitalizace v říjnu 2023



Obr. 3. Pacient po 6 dnech léčby



7–10 dní a vzhledem k tomu, že projevy nepronikají dermoepidermální junkcí, se odhojuje bez jizev.

Diferenciální diagnóza u nebulózního impetiga zahrnuje virové exantémy, varicellu, herpes zoster, herpes simplex, kožní mykózy. U bulózního impetiga může dojít k záměně s popáleninou, reakcí na poštípání hmyzem, kontaktní dermatitidou, vzácněji s dermatitis herpetiformis Duhring, pemphigem, nebo pemphigoidem (1, 2).

Léčba nekomplikovaných případů je lokální, po odstranění krust keratolytiky, aplikujeme 3× denně po dobu 5–7 dnů antibiotické masti (mupirocin, kyselinu fusidovou, neomycin/bacitracin), nebo magistraliter chloramfenikolovu mast (1). Celkovou léčbu volíme u rozsáhlých či recidivujících forem, u pacientů s imunosupresí nebo systémovými známkami infekce. U stafylokokových infekcí nebo infekce bez prokázaného agens amoxicilin/kyselina klavulanová (1 g, u dětí dle hmotnosti, à 8–12 hodin po dobu 5–7 dnů). U streptokokových infekcí je lékem volby vždy penicilin (fenoxymetylpenicilin 1,5 MIU, u dětí dle hmotnosti, à 8 hodin po dobu 5–7

dnů), při alergii na penicilinová antibiotika je v obou případech doporučen klindamycin (300–600 mg, u dětí dle hmotnosti, co 6–8 hodin po dobu 5–7 dnů) (3).

### MRSA a impetigo

Při kultivační pozitivitě MRSA je jednoznačně doporučena konzultace s lékařem regionálního mikrobiologického střediska, do jehož laboratoře jsme vzorek odesílali ke kultivaci, který doporučí nejvhodnější antibiotickou léčbu dle aktuální epidemiologické situace v dané oblasti. Výskyt nového případu infekce meticilin-rezistentním stafylokokem podléhá povinnému hlášení, které v čase tvorby článku, při laboratorním nálezu spadá do kompetence mikrobiologa (3, 5). Léčba MRSA pozitivního impetiga se nijak neliší od léčby běžného stafylokokového impetiga, bývá dobrá citlivost na většinu běžně používaných antibiotik k lokální aplikaci, při podání celkové antibiotické léčby se jednoznačně řídíme výsledkem kultivace, v případě, že tuto nemáme k dispozici, je empiricky nejvhodnější předepsat klindamycin (2, 4). Preventivní intranazální dekontaminace pro eliminaci no-

sičství zlatého stafylokoku při recidivujícím impetigu platí ve stejné formě i pro kmeny MRSA. Aplikujeme nazální formu mupirocinu 2× denně po dobu 5 dnů (2, 3). Dlouhodobá aplikace při opakovaném pozitivním výtěru však není indikovaná, Australská studie publikovaná v roce 2014 nepotvrdila možnou asociaci mezi nazálním nosičstvím a kožními infekcemi způsobenými zlatým stafylokokem u dětí (6).

### Závěr

Impetigo je častým, ve většině případů nekomplikovaným sezónním onemocněním. Malé léze se obvykle spontánně vyléčí do 10 dnů bez podání antibiotik, k urychlení průběhu nemoci však využíváme antibiotickou lokální či systémovou léčbu, při zjištění pozitivitě MRSA léčíme vždy po konzultaci s mikrobiologem.

Prevencí infekce je adekvátní hygiena pro zabránění autoinokulace nebo přenosu mezi osobami a odstranění případných rezervoárů patogena například v hygienických potřebách, tak jak tomu pravděpodobně bylo i v případě našeho pacienta.

### LITERATURA

1. Polášková S. Impetigo vulgaris. Dermatol. praxi. 2008;2(2):60–62.
2. Nardi NM, Schaefer TJ. Impetigo. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430974/>.
3. Žemličková H, Halačová M, Nyč O, et al. Impetigo. Dopor-

ručené postupy. In: splm.cz [Internet]. 2023 Oct 09. [cited 2024 Feb 18]. Available from: <https://www.splm.cz/doporu-cene-postupy>.

4. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2014 Aug 15;90(4):229–35. PMID: 25250996.

**Další literatura u autorky  
a na [www.dermatologiepropraxi.cz](http://www.dermatologiepropraxi.cz)**