

similis (25–27). Onemocnění typicky začíná z plného zdraví, náhle vzniklou zimnicí, třesavkou, horečkou atakující mnohdy i 39–40 °C. Doprovodným příznakem jsou i bolesti svalů, kloubů, bolesti hlavy, zvracení, bolesti břicha, celková nevole. U interně nemocných pacientů může být dominující dekompenzovaný diabetes, hypertenze či srdeční a renální selhání. Až po několika hodinách po úvodních příznacích se objevuje erytém, edém a proteplení postižené lokality – rubor (erytém), calor (teplo), dolor (bolest) a tumor (otok). Ačkoliv erysipel může postihovat kteroukoliv oblast kůže, typicky se objevuje na dolních končetinách. Postižená oblast je edematózní, prosáknutá, pohmatově bolestivá a výrazně proteplená. Erytém může být ostře ohraničený, nebo se plamenovitě šíří podél lymfatických cest (na bérkách mediálně podél *vena saphena magna*), spádové regionální uzliny (pro dolní končetiny *nodi lymphatici inguinales superficiales*) jsou zvětšené, někdy i pohmatově bolestivé. Ne zcela vzácně se objevují v erytému buly (*erysipelas bullosum*), abscesy (*erysipelas abscedens*), prokrváčená místa (*erysipelas hemoragicum*) (Obr. 8), akutně probíhající zánětlivé změny mohou progredovat až do gangrény (*erysipelas gangrenosum*).

Rizikový faktor pro rozvoj erysipelu je neléčená *tinea pedis* s tvorbou drobných ragád, prasklin, které slouží jako brána pro vstup infekce. Mohou to být i drobné neadekvátně ošetřené oděrky, rány, či folikulitida, furunkl. Rizikové mohou být i chronické rány, bérkové defekty, které mohou vykazovat i polymikrobní kolonizaci. Jeden z nejrizikovějších faktorů společně s *tineou* je předchozí zákrok v oblasti žil dolních končetin, především na *vena saphena magna*, např. po odběru žilního štěpu pro účely koronárního bypassu. Z dalších riziko-

Obr. 8. Bulózní erysipel, masivní postižení bérce s erytémem a hemoragiemi



vých faktorů lze zmínit sekundární lymfedém končetin, po onkologických operacích (pánevní či regionální lymfatické disekce). Relativní rizikový faktor jsou i staré jizvy po operačních výkonech, nebo např. chronické poškození kůže po radioterapii. Příkladem mohou být pacientky po ablaci mamy, exenteraci axilárních uzlin a radioterapii s mnohdy recidivujícím erysipelem postižené oblasti hrudníku a stejnostranné končetiny. Významným rizikovým faktorem je i stav pacienta, obezita, diabetes, může být spojeno s perakutně probíhajícím stavem, vedoucím až k septickému stavu. Septický stav je jednou z nejzávažnějších komplikací erysipelu, který může vyústit i v orgánové selhání v rámci septického šoku.

Diferenciálně diagnosticky rozlišujeme celulitidu (flegmonu), *herpes zoster* (stadium bez vezikul), *dermatitis contacta irritativa/allergica*, *stasis dermatitis* či projevy *eczema microbiale*. Zásadním je důkladné vyhodnocení nástupu obtíží, celkových příznaků v kombinaci s fyzikálním vyšetřením, zejména pak pohmatové proteplení postižené lokality a vyhodnocení např. laboratorních vyšetření (leukocytóza, neutrofilie, elevace CRP).

V celkové antibiotické léčbě se v první volbě uplatňuje penicilin (krystalický penicilin, draselná sůl 20 MIU/den i. v., prokain-benzylpenicilin G 3,0 MIU i. m.), při anamnestické alergii na penicilin volíme klindamycin (klindamycin 2–2,7 g/den) nebo linezolid 1,2–1,8 g/den. Standardní délka hospitalizace je 10 dní, při perorálním podávání pak až 14 dní.

Mezi komplikace erysipelu patří již zmíněný septický stav, dále pak defekty a eroze po bulách, abscesech či nekrotizujícím průběhu erysipelu, které protrahují následné hojení. I nekomplikovaný průběh erysipelu se může hojit řadu týdnů, kdy si pacient stěžuje na trvající otok postižené oblasti (možný rozvoj sekundárního lymfedému) či bolestivost. Další komplikací je flebotrombóza zejména při postižení dolních končetin. Pravidelné kontroly s následnou adekvátní lokální terapií jsou nutné, stejně tak edukace pacienta o vhodné přiměřené pohybové aktivitě a možném průběhu hojení (25, 26).

Celulitis (flegmona) je hluboká pyodermie postihující retikulární dermis a podkožní tukovou tkáň. I když v našich podmínkách je častěji používán termín flegmona (zejména

chirurgové), v anglicky psané literatuře je výhradně používán termín *cellulitis*. Typickým patogenem je *Staphylococcus aureus* (uváděn jako nejčastější patogen u dětí), na vzniku se ale relativně často může podílet i *Streptococcus pyogenes*. Před povinným očkováním proti *Hemophilus influenzae* byl tento patogen jeden z nejčastějších u dětí. Nejčastěji se bakterie dostávají do kůže porušenou kožní bariérou. Šíření infekce pak může být perakutní podél osteofasciálních prostorů či progreduje do tvorby abscesů. U imunokompromitovaných pacientů se jedná o hematogenní rozsev infekce. Rizikové faktory, včetně cévních výkonů na v. *saphena*, či po regionální disekci lymfatických uzlin jsou obdobné jako u erysipelu (26). Klinicky se celulitida projevuje obdobně jako erysipel. Dominují celkové příznaky, horečka, zimnice, třesavka, malátnost. Erytém a proteplení jsou špatně ohraničené a definovány. V některých případech může být klinický obraz o něco méně vyjádřený, erytém nemusí být tak výrazně ohraničený, i když dominuje výrazný edém postižené oblasti (28) (Obr. 9). Komplikace nejsou časté, ale mohou zahrnovat akutní glomerulonefritidu (pokud je způsobena nefritogenním kmenem streptokoka), lymfadenitidu, subakutní bakteriální endokarditidu a recidivy související s narušeným lymfatickým odtokem. U dětí bývá postižení typicky na obličeji či na krku, u dospělých je postižení na končetinách. Diagnóza celulitidy bývá klinická. Počet leukocytů je často normální nebo jen mírně zvýšený. Hemokultury

Obr. 9. *Cellulitis, flegmona levé ruky a předloktí, rozvíjející se absces na dorzu levé ruky*

