

oválné hypoechogenní uzliny bez kolikvace. Příušní žlázy, podčelistní žlázy a štítná žláza byly bez změny (Obr. 1 a Obr. 2).

Operační výkon: exstirpace krční uzliny, odběr materiálu na kulturační a histologické vyšetření: u pacientky s lymfadenopatií na krku vpravo byla provedena biopsie z uzliny pro suspekci na malignitu. Z řezu na rozhraní horní a střední třetiny kývače vpravo po předchozí infiltraci rány mesocainem proniknuto podkožím ke kývači, pod kterým proniknuto k uzlině, zánětlivě přifixované k okolí. Proniknuto do uzliny, kde je přítomen smetanový hnis – ad bakteriologické vyšetření. Poté odebrána část uzliny k histologickému vyšetření. Pečlivá hemostáza, výplach rány, rukavicový drén a sutura rány po vrstvách. Peroperačně byla zabezpečena ATB – Amoksiklav i. v.

Mikrobiologické vyšetření (absces dutiny krku): aerobní kultivace: **Staphylococcus saprophyticus** po pomnožení. Anaerobní kultivace byla negativní. T-SPOT-TB: bylo nehodnoceno pro nedostatek materiálu.

Stanovení kvantitativní citlivosti (MIC v mg/l) na antibiotika, chemoterapeutika: chloramfenikol 4,000 C, kotrimoxazol 1,000 C, erytromycin 0,500 C, klindamycin 0,125 C, ciprofloxacin 0,500 C, gentamicin 0,125 C, vancomycin 1,000 C, teikoplanin 2,000 C, Linezolid 1,000 C, tigeicyklin 0,125 C.

Histologické vyšetření (biopsie – velikost vzorku: 7 × 4 × 2–3 mm): materiál byl odběrem dosti zhmožděn a fragmentován. Byl tvořen vazivovou tkání a fragmentovanou tkání lymfatické uzliny, vzhledem k výrazné fragmentaci byl bez možnosti posouzení základní architektiky. Lymfatické folikly byly zastiženy až v některých z imunohistochemických vyšetření, které neprokázaly přítomnost lymfoproliferativního onemocnění, nebyly patrné ani nekrózy, rozšíření parakortexu, nebyla patrná výraznější sinusová histiocytóza. Ze vzorku bylo dále doplněno molekulárně-biologické vyšetření metodou PCR, které neprokázalo konální přestavbu těžkých řetězců imunoglobulinů (IgH) ani T-buněčných receptorů (TCR).

Průběh hospitalizace: pooperační průběh byl bez komplikací, bez poklesů vitálních funkcí, ATB terapeuticky nadále, kulturačně prokázán **S. saprophyticus**, byla doplněna ATB léčba dle citlivosti na kombinaci klindamycinu a amoksiklavu. Pravidelné kontroly ORL léka-

řem byly s příznivým nálezem, třetí den byl vytažen latexový drén. V dobrém klinickém stavu propuštěna do domácí péče. Celý průběh byl bez komplikací. Hospitalizace byla bez doprovodu. Hmotnost při propuštění: 41 kg.

Diskuze

I když je lymfadenopatie častým problémem, se kterým se v pediatrii setkáváme, určení její příčiny může být obtížné. Diagnostický postup, který u všech patologických stavů spojených se zvětšením mízních uzlin doporučuje jejich excizi a obvykle vede ke správné diagnóze, nemá v iniciální fázi vyšetření širší uplatnění. Pečlivou anamnézou a fyzikálním vyšetřením se ve většině případů dopracujeme ke správné diagnóze. Nejčastějším klinickým příznakem maligních lymfomů je nebolestivé zvětšení lymfatických uzlin. Uzlinový syndrom nádorového původu trvá týdny až měsíce, je spojený s přítomností tzv. B symptomů (horečka, noční pocení a nevysvětlitelný úbytek na váze více než 10% za 6 měsíců před diagnózou), které jsou často doprovázeny anémií a zvýšením sérových hodnot LDH. Příčinou krční lymfadenitidy v dětském věku bývá nejčastěji infekce (faryngitida, infekce zubů, středoušní zánět, infekční mononukleóza, cytomegalová infekce a jiné). Hlavním projevem je **zvětšení lymfatických uzlin**, které bývá způsobeno vznikem otoku a prostoupením uzliny zánětlivou celulizací. Zatímco u některých pacientů může zánět probíhat bezpříznakově, v ostatních případech ho doprovází řada zdravotních obtíží, kam se řadí například zvýšená citlivost a bolest uzlin v postižené oblasti, změnami na kůži. V horších případech pak dochází ke tvorbě abscesů, což jsou ložiska, v nichž se hromadí hnis.

Naše pacientka neměla dlouhou anamnézu nebolestivé rezistence (necelý měsíc) v oblasti krku, potíže nebyly doprovázeny zvýšenou teplotou, poraněním kůže hlavy a krku ani sliznice dutiny ústní. Útvar na krku byl ale tvrdý, 50 mm v průměru a nezmenšoval se. Nebyly přítomny ani B symptomy. To byl hlavní důvod k bioptickému vyšetření a histologickému ověření nenádorové podstaty lymfadenopatie. Velkým překvapením byl incizí získaný smetanový hnis ze zkolikvované, zánětem přifixované submandibulární lymfatické uzliny. Kulturační nález *Staphylococcus saprophyticus* nás po prostudování literárních

zdrojů a po konzultacích se specialisty pro stafylokoky vedl ke zpracování této kazuistiky.

Infekce KNS se může projevit jako bakteriemie, infekce kůže, měkkých tkání, infekce kostí a kloubů, IMC, endokarditida a meningitida. KNS patří mezi nejčastější patogeny pozdní sepse nezralých novorozenců (LOS). Imunitní systém nezralých novorozenců se vyznačuje rychlým vyčerpáním rezervních neutrofilů kostní dřeně během sepse. V důsledku toho může dojít k neutropenii. Navíc nedostatečný transplacentární transport mateřského imunoglobulinu G vede k dlouhodobému postnatálního nedostatku imunoglobulinů, který se dále zhoršuje během prvních měsíců života (7). Miura a kol. v roce 2023 zveřejnili bakteriální profily humánního mléka (HM) u matek nedonošených dětí a matek předčasně narozených dětí. Bakteriální druhy detekované ve vysokých frekvencích byly běžné v obou skupinách. Nejčastějším potenciálním bakteriálním patogenem v obou skupinách byl *S. epidermidis* (přibližně v 80% šarží). Ve vysoké míře byly nalezeny rovněž KNS, *S. aureus* a *Pseudomonas fluorescens*. Celkový počet bakterií byl významně vyšší u předčasně narozených HM než u HM v termínu a počet bakteriálních druhů byl vyšší u předčasně narozených HM (8).

S. saprophyticus je už od 50. let minulého století považován za původce močových infekcí (9). Má významně větší schopnost adherovat na uroepiteliální buňky než ostatní stafylokoky. Byl třetím rozpoznávaným stafylokokovým druhem (po *S. aureus* a *S. epidermidis*) a vlastně prvním, který upozornil na skutečnost, že KNS mohou vyvolat humánní onemocnění (9, 10). Běžně kolonizuje dolní část gastrointestinálního traktu jako komenzální bakterie. Drtivá většina infekcí se vyskytuje u mladých, sexuálně aktivních žen. *S. saprophyticus* může být patogenní v nízkém počtu (< 10⁵ cfu/ml) (5). *S. saprophyticus* je pravděpodobně často opomíjen jako příčina IMC, protože bakteriurie je považována za nevýznamnou, zvláště když je počet bakterií nízký. *S. saprophyticus* může způsobit UTI také u mužů jakéhokoli věku. Klinické příznaky IMC způsobené *S. saprophyticus* jsou podobné jako u UTI způsobené *Escherichia coli* (11). Kolonizace gastrointestinálního traktu KNS během letních gastroenteritid je pravděpodobným důvodem této sezónní variability incidence infekcí močových cest způsobené *S.*