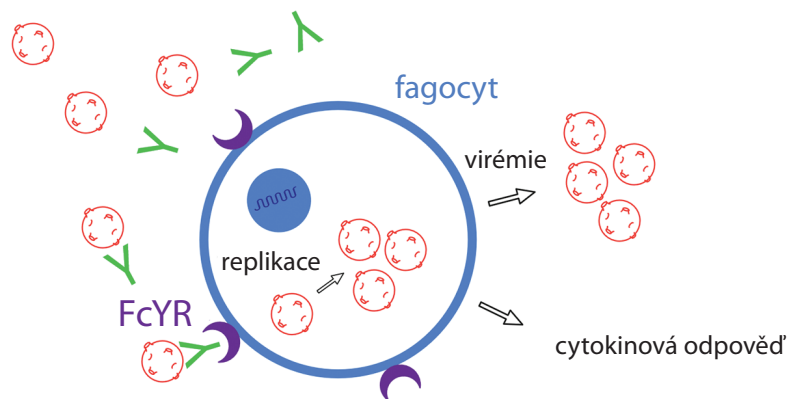


mě rýmy měl i dvě epizody epistaxe, jednou zvracel. Chlapec byl dosud zdrav, s nezávažnou perinatální anamnézou, prodělal běžná dětská onemocnění včetně nekomplikované varicelly. Nebyl doposud hospitalizován ani neměl žádné vážnější úrazy či projevy alergie. Zaujalo nás sdělení matky, že kromě první dávky hexavakcíny neměl chlapec žádné jiné očkování.

Při vstupním vyšetření byl chlapec výrazně unavený, febrilní, s meningismem při teplotě (nedotáhl šíji, Lasseque, Kernig i spine sign negativní). Dále jevil známky středně těžké dehydratace, měl serózní sekreci z nosu, zarudlé hrdlo a difúzní překrvení kůže vzhledu solární dermatitidy. Chlapci byla podána symptomatická a i. v. rehydratační terapie, šije záhy po zaléčení akutního stavu a poklesu teplot již neoponovala, proto nebylo nutné přistoupit k diagnostické lumbální punkci. Ve vstupních odběrech byla v krevním obraze patrná hraniční hodnota leukocytů $4,5 \times 10^9/l$ i trombocytů $147 \times 10^9/l$, v manuálním diferenciu byly přítomny reaktivní změny bílé řady (ojedinělé vakuoly neutrofilů, mladší formy monocytů), anizocytóza trombocytů, patologie červené krevní řady nebyla zastížena vč. vyšetření tzv. tlusté kapky (malárie). V biochemismu krve byla zjištěna lehká hyponatremie 132 mmol/l s hypoosmolalitou 266 mOsm/l , mírná elevace CRP 22 mg/l . Ostatní biochemická vyšetření (včetně krevních plynů, moči chemicky a sedimentu) byla bez pozoruhodností. Stěry na respirační viry (respirační syncytiální virus, chřipka A+B, covid-19) byly negativní, v sérologii EBV a CMV byla pozitivita pouze anamnestických protilátek proti EBV. Ve výtěru z krku byla kultivována běžná mikroflóra horních cest dýchacích.

První tři dny hospitalizace přetrvávaly febrilie do 39°C , serózní sekrece z nosu již bez epistaxe, na zarudlých patrových obloucích byl pozorován výsev drobných vezikulek, nově se přidal suchý laryngotracheální kašel a výrazný chrapot. V následujících dvou dnech se stav téměř neměnil, febrilní špičky k $38,5^\circ\text{C}$ neustávaly, rýma přetrvávala, pouze kašel postupně ustával. Nově se objevily nečetné objemnější průjemové stolice, bez příměsí krve či hlenu. V kontrolních odběrech se zvýraznila leukopenie $3,1 \times 10^9/l$, přetrvávala hraniční trombocytopenie $146 \times 10^9/l$, mineralogram se

Obr. 1. Antibody dependent enhancement



upravil do normy, CRP pokleslo na 5 mg/l . Bylo provedeno vyšetření střevních virových infekcí (noroviry, rotaviry, adenoviry) s negativním nálesem. Ve výtěru z rektu byla kultivována *Salmonella sp.* Pro určení sérotypu byl vzorek zaslán do národní referenční laboratoře, kde byl s časovým odstupem stanoven sérovar *Salmonella Schwarzengrund*. Tento nálezn však dostatečně nevysvětloval dosavadní klinický průběh.

Vzhledem k trvajícím febriliím a celkově neuspokojivému klinickému stavu byl po konzultaci s Infekční klinikou Fakultní nemocnice v Motole doplněn odběr sérologie horečnatých infekcí cestovatelů (japonská encefalitida, horečka dengue, hantaviry, horečka Chikungunya). Pátý den hospitalizace začalo docházet k poklesu frekvence febrilních špiček i průjemovitých stolic, významně se však akcentoval kožní nálezn. Původní erytém charakteru solární dermatitidy postupně přešel do splyvajícího makulózního exantému s bílým dermografismem s náznaky penízkovatění. Chlapec začal udávat výrazné svědění dlaní a plosek nohou, které dobře zareagovalo na podaná antihistaminika. Korelací tohoto klinického nálezu s výsledky laboratorních vyšetření se jako vysoce pravděpodobná jevila nákaza virem horečky dengue. Toto podezření se následně potvrdilo sérologicky (pozitivní anti-dengue IgM protilátky a NS1 antigen). Příznivý vývoj klinického nálezu v dalším průběhu umožnil sedmý den hospitalizace propuštění chlapce do domácího ošetřování. Při následné ambulantní kontrole s odstupem jednoho týdne po dimisi byl chlapec již bez příznaků, exantém s pruritem ustoupil do tří dnů po propuštění, sekrece z nosu ustala. V kontrolních odběrech byla v krevním obra-

ze prohloubena trombocytopenie $95 \times 10^9/l$, v biochemickém vyšetření bylo nízké CRP 3 mg/l , nově byla přítomna mírná elevace AST $1,25 \text{ } \mu\text{kat/l}$ a LDH $5,56 \text{ } \mu\text{kat/l}$. Ačkoliv ve výtěru z rektu nadále přetrvával kultivační nálezn *Salmonella Schwarzengrund*, chlapec doma již neměl žádné gastrointestinální obtíže. Další ambulantní kontrola byla vzhledem ke stěhování rodiny mimo okres naplánována cestou ošetřujícího praktického lékaře pro děti a dorost.

Diskuze

V případě našeho pacienta se jednalo o souběh 3 různých onemocnění – horečky dengue, bakteriální salmonelové enteritidy a akutní laryngotracheitidy nezjištěné etiologie.

Salmonella Schwarzengrund, celým názvem *S. Enterica subsp. Enterica*, sérovar *Schwarzengrund*, je sérovar salmonely, který způsobuje akutní průjemová onemocnění, často charakteru lokálních epidemií (5). Výskyt tohoto sérovaru je typický pro oblast Japonska, Thajska, Taiwanu, Číny, ale také USA (6–9). Nákaza je alimentární, nejčastěji kontaminovaným drůbežím či vepřovým masem (6), poměrně často zmiňované jsou i případy šíření kontaminovanými granulami pro psy a kočky (USA) (7). Kromě průjemových onemocnění může vzácně *S. Schwarzengrund* způsobit i závažná invazivní onemocnění, vedle septikemií byl popsán případ sakroiliakálního a splenického abscesu (8, 9). Je třeba zdůraznit, že antimikrobiální politika států v oblasti převážného výskytu tohoto sérovaru predisponuje k narůstající antibiotické rezistenci této bakterie. Rezistence byla popsána nejen ve spektru betalaktamových