

v situacích pozdního nebo nesprávně provedeného výtěru z nosohltanu k vyšetření PCR (4). V léčbě se uplatňují makrolidy a vzhledem k stále se zvyšujícímu se výskytu rezistentních forem mykoplasmat také tetracykliny, nejčastěji doxycyklin (5).

V níže prezentované kazuistice popisujeme případ chlapce, který byl přijat k hospitalizaci pro akutní exantémové onemocnění, u něhož byla právě *M. pneumoniae* prokázána jako vyvolávající příčina.

Kazuistika

Téměř čtrnáctiletý chlapec s lehkou mentální retardací a poruchou autistického spektra byl přijat na naši kliniku pro exantém nejasné etiologie, masivní gingivostomatitidu a horečku. Vzhledem k jeho stavu a nedostatečnému perorálnímu příjmu se postupně též rozvinula středně závažná dehydratace. Chlapec měl negativní alergologickou anamnézu a minimální nemocnost. Trvalou medikaci neužíval. V předchorobí si rodina nebyla vědoma kontaktu s infekčním jedincem.

Při vstupním fyzikálním vyšetření dominoval celotělový exantém (Obr. 1) a gingivostomatitida (Obr. 2). Chlapci vytékal z úst séropurulentní hlen a pro bolest nebyl schopen mluvit. Současně měl akutní hnisavou konjunktivitidu pravého oka a ojediněle pokašlával. Celotělový exantém vykazoval polymorfní makulopapulózní charakter, místy byly léze terčovitého vzhledu. Nejvíce postižená místa

byla oblast kolem úst, hrudník a genitál. Na genitálu byla kůže navíc macerovaná. Vzhledem k uvedeným nálezům, které doprovázela horečka, jsme diferenciatně diagnosticky zvažovali herpetickou infekci s bakteriální superinfekcí, parainfekční exantém typu erythema exsudativum multiforme (major formu) či jiné puchýřnaté infekční onemocnění.

Laboratorní vyšetření prokázalo mírně zvýšený C-reaktivní protein (CRP) s hodnotou 47 mg/l, při nízkém prokalcitoninu. Dehydrataci odpovídala mírně vyšší močovina (8,2 mmol/l). Ostatní biochemické parametry nevykazovaly abnormality, jen v moči byla zachycena mírná leukocyturie (89 leukocytů/μl), kterou jsme vzhledem k postiženému genitálu hodnotili jako kontaminaci. V rámci pátrání po vyvolávající příčině byly provedeny široké mikrobiologické odběry (kultivace z dutiny ústní, obsahu puchýřů včetně PCR herpetických virů), vše však s negativním výsledkem.

Vzhledem ke klinickému stavu, laboratorním nálezům a charakteru kožního nálezu jsme zahájili nitrožilní terapii amoksiklavem a acyklovirem. Nutná byla též intenzivní rehydratace, analgezie a topická léčba kožní (mastné tyly a lokální antibiotické masti) i oční. Třetí den hospitalizace sice došlo k poklesu teplot a CRP (23,6 mg/l), kožní nález však progredoval. Postupně se rozvíjely výraznější buly (Obr. 3) a stav byl hodnocen jako Stevens-Johnsonův syndrom. Týž den byly k dispozici také výsledky provedených sérologií, které

prokázaly akutně probíhající mykoplasmovou infekci. Pro úplnost též doplňujeme, že pacient nevykazoval anamnesticky či laboratorně známky imunitní nedostatečnosti.

Léčba byla rozšířena o klaritromycin (15 mg denně) a tři nitrožilní pulzy methylprednisolonu (v dávce 10 mg/kg), po nichž došlo k výraznému zlepšení kožního nálezu, zejména puchýřů v oblasti hrudníku a kolem úst. Přetrvávalo postižení mukokutánní oblasti. K novému kožnímu výsevu již nedocházelo. Od čtvrtého dne hospitalizace byl chlapec taktéž zcela afebrilní. Zavedená virostatická a antibiotická léčba byla po týdnu ukončena a osmý den hospitalizace jsme pacienta propustili do domácí péče. V té době byla kůže již téměř bez patologických projevů. Infekci vyvolanou *M. pneumoniae* sérologicky potvrdil odběr párového séra.

Diskuze

Spektrum kožních chorob vedoucích sekundárně ke ztrátě kožního krytu je široké (Tab. 1). Stevens-Johnsonův syndrom je vzácné, nicméně závažné kožní onemocnění vyskytující se častěji u dospělých, méně pak u dětí a mladistvých. Jedná se o onemocnění ze skupiny SCARs (*Severe Cutaneous Adverse Reactions*). Incidence Stevens-Johnsonova syndromu se v České republice pohybuje kolem 3–4 případů na milion obyvatel. Jeho základní patofyziologickou podstatou je indukce apoptózy (většinově

Obr. 1. Úvodní kožní nález prezentovaného pacienta (zdroj: archiv autorů)



Obr. 2. Gingivostomatitida prezentovaného pacienta (zdroj: archiv autorů)



Obr. 3. Kožní nález charakteru Stevens-Johnsonova syndromu u prezentovaného pacienta, (zdroj: archiv autorů)

