

pokud je prováděn správnou technikou. To zahrnuje dodržení asepse a výběr vhodného místa a hloubky vpichu. Diagnostika počínajícího zánětu může být obtížná, protože klinické příznaky mohou být někdy jen mírné a infekce se bez antibiotické léčby šíří rychle do obrazu osteomyelitidy. *Streptococcus agalactiae*, také známý jako streptokok skupiny B (GBS), zůstává jedním z hlavních původců invazivních bakteriálních infekcí u novorozenců a významně přispívá k neonatální morbiditě a mortalitě po celém světě. Infekce GBS, která se vyskytne během prvních 6 dnů života se označuje jako časná forma onemocnění (EOD), zatímco infekce mezi 7. a 89. dnem života označujeme jako pozdní formu onemocnění (LOD). EOD typicky vzniká přenosem z matky na plod, LOD pravděpodobně vzniká vertikálním, ale i horizontálním přenosem po porodu (1).

Výskyt flegmóny případně osteomyelitidy kalkanea u novorozenců je vzácný, ale představuje značné výzvy v diagnostice a léčbě, především kvůli složité anatomické struktuře a jedinečné funkční roli patní kosti. Očekává se, že může dojít ke zpoždění diagnózy kvůli nenápadným prvotním příznakům, které nemusí být tak výrazné jako u osteomyelitidy dlouhých kostí. Navíc proces diferenciální diagnostiky bolesti paty u dětí je rozsáhlý a časově náročný, což může vést k dalšímu oddálení stanovení definitivní diagnózy. Zpoždění v léčbě u pediatrických pacientů může mít negativní důsledky, jako je narušení růstových procesů, což může být později příčinou vzniku chronické osteomyelitidy a možnosti šíření infekce do přilehlých kloubů (2, 3). Současné terapeutické přístupy zahrnují včasné podání antibiotik, pečlivou lokální péči o ránu, chirurgické odstranění infikované části kosti v oblasti paty a krytí defektů měkkých tkání. Jen u vybraných dětských pacientů se provádí chirurgická intervence (aspirace, odstranění nekrózy a proplachování).

Popis klinického případu

Popisujeme případ novorozence s flegmónou kalkanea, která se klinicky projevila až čtrnáctý den po punkci patičky pro odběr kapilární krve v souvislosti s Guthrieho testem (metoda suché kapky). Ve světové literatuře bylo v této souvislosti popsáno jen několik případů osteomyelitidy kalkanea (3). V těchto

to případech jsou za vznik osteomyelitidy často zodpovědné opakované punkce paty prováděné za účelem odběru krve hospitalizovaných často nezralých novorozenců na JIRP (4–11). Pouze jeden z těchto případů byl spojen s jediným screeningovým odběrem periferní krve. U tohoto dítěte, podobně jako u naší pacientky, se zánět měkkých tkání rozvinul po jediné punkci paty. Z hemokultury byl izolován *Staphylococcus aureus*, podobně jako u většiny publikovaných novorozenců s osteomyelitidou kalkanea (10).

Dítě z II. těhotenství, I. spontánního porodu záhlavím, prenatálního screeningu na GBS byl u matky negativní. Porod byl spontánní záhlavím ve 40 + 4 g. t., porodní hmotnost byla 2910 g a délka 50 cm. Poporodní adaptace byla fyziologická. Ve věku dvaceti dnů byla dívka přijata pro tři dny trvající otok a zarudnutí pravého zevního kotníku, plosky nohy a části vnitřního kotníku pravé nohy. Praktická dětská lékařka provedla zobrazovací vyšetření pravé dolní končetiny ultrazvukem a rentgenem, které prokázaly prosáknutí měkkých tkání v okolí kotníků. Kloub byl bez výpotku a struktura kostí byla bez patologie. Prvotní vyšetření prokázalo zvýšené hodnoty CRP 22 mg/l. Stav byl uzavřen jako počínající flegmóna. Za možnou vstupní bránu byla považována drobná rána na pravé patičce po odběru suché kapky při novorozeneckém screeningu. Matka si ale nebyla jistá, ze které patičky prováděli novorozenecký screening. Dvacetidenního novorozence jsme přijali s počínající flegmó-

Obr. 1. Otok zevního kotníku pravé nohy se zarudnutím zevně, vnitřně a plosky nohy



nou kotníku k vyloučení osteomyelitidy, doplňujícímu vyšetření a zahájení iniciální nitrožilní antibiotické léčby kombinovaným penicilinem (Amoksiklav). Stav při přijetí: hmotnost 3500 g, délka 53 cm, obvod hlavy 36 cm, teplota 36,6 °C rektálně. Pravý zevní kotník měla lehce zarudlý, s mírným otokem a ložiskem šupinaté kůže (**Obr. 1**). Ultrazvuk měkkých tkání odhalil tekutinovou kolekci s hustým obsahem v zadní části pravé nohy. RTG hlezna PDK: skelet bez strukturálních změn, bez traumatických změn, postavení fyziologické. Mírné projasnění v měkkých tkáních kaudolaterálně od distální fibuly, patrně odpovídal prosáknutí měkkých tkání (**Obr. 2 a, b**). Mikrobiologické vyšetření prokázalo v hemokultuře *Streptococcus agalactiae*, pato-

Obr. 2 a, b. RTG snímek hlezenního kloubu pravé dolní končetiny v předozadní projekci (a) a v boční projekci (b). Zobrazený skelet je bez strukturálních či traumatických změn, postavení skeletu je fyziologické

