

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA V PEDIATRII

Méně známá exantematická onemocnění infekčního původu I.

Less common infectious exanthematous diseases I.

Štěpánka Čapková

Dermatologické oddělení
pro děti,
Fakultní nemocnice Motol
a Homolka, Praha

SOUHRN

Čapková Š. Méně známá exantematická onemocnění infekčního původu I.

Diferenciálně diagnostické hodnocení exantémů v dětském věku je mnohdy velmi obtížné. Praktický dětský lékař se ve své ordinaci setkává nejen s klasickými virovými infekčními exantémy, ale i s alergickými exantémy při nesnášenlivosti léků a potravin, urtikariálními exantémy imunologicky i neimunologicky podmíněnými a parainfekčními exantematickými erupcemi při řadě běžných virových infekcí. Určitý typ exantémů je charakteristický i pro některá chronická kožní onemocnění (např. atopickou dermatitidu, psoriázu, lichen ruber). Exantém je průvodním znakem některých systémových onemocnění (autoimunitní choroby). V první části pojednání si připomeneme exantém, v jehož diagnostice často chybujeme. Jeho znalost umožní dětskému lékaři stanovit délku onemocnění, cílenější léčbu a uklidnit znepokojené rodiče.

Klíčová slova: exantematická onemocnění, APEC, asymmetrical periflexural exanthem of childhood

SUMMARY

Čapková Š. Less common infectious exanthematous diseases I.

The differential diagnosis of childhood exanthems is often highly challenging. In everyday clinical practice, pediatricians encounter not only the classic viral infectious exanthems, but also allergic eruptions associated with drug and food intolerance, urticarial exanthems of both immunologic and non-immunologic origin, and parainfectious exanthematous eruptions accompanying a wide range of common viral infections. Certain types of exanthems are also characteristic of chronic dermatologic disorders (e.g., atopic dermatitis, psoriasis, lichen planus). In addition, exanthems may represent a clinical manifestation of systemic diseases, including autoimmune disorders.

In this first part, we review an exanthema that is frequently misdiagnosed. Familiarity with this condition enables the pediatrician to better estimate disease duration, provide more targeted therapy, and reassure concerned parents.

Key words: exanthematous diseases, APEC, asymmetrical periflexural exanthem of childhood

Korespondující autorka:

MUDr. Štěpánka Čapková
Emeritní primářka Dermatologického oddělení pro děti
Fakultní nemocnice Motol a Homolka
Stepanka.capkova@seznam.cz

KAZUISTIKA

Znepokojení prarodiče 13měsíčního děvčátka telefonovali k nám na oddělení; chtěli se poradit o zvláštní vyrážce, která se u holčičky objevila na jedné polovině tělíčka. Pozvali jsme je raději na vyšetření, i když se dalo odhadnout, o které exantematické onemocnění půjde. Maminka děvčátka byla v nemocnici po závažné operaci a otec pracovně v zahraničí.

Babička byla dobře informována o zdravotním stavu vnučky. Šlo o dítě z první fyziologické gravidity, porod proběhl v termínu vaginálně. Holčička prospívala, byla do roka kojená, od půl roku s přidavkem masozeleninových příkrmů. Očkována byla dle kalendáře, nikdy nestonala. Nikdy neměla ekzém ani kopřivku. V rodině se nevyskytovalo kožní ani alergické onemocnění. Děvčátko již 3 týdny pobývalo



Obr. 1: Dívka s exantémem APEC



Obr. 2: Dívka s exantémem APEC

u prarodičů v rodinném domě, kde bydlela i rodina druhé dcery s 3 dětmi předškolního věku. Bratřanci a sestřenice si často s malou Evičkou chodili hrát. Všichni navštěvovali blízkou školkou a měli běžnou „školkovou“ rýmu a trochu pokašlávali.

Při vyšetření v naší ordinaci jsme viděli klidnou, dobře živou holčičku, která měla na pravé polovině těla světle červený hustě vysetý exantém, složený z drobných papul velikosti 1mm. V záhybech končetin byly eflorescence více nahromaděné s tendencí ke splývání. Na druhé polovině těla byly patrné jen jednotlivé papuly v drobných ostrůvcích. Na tělíčku byly zbytky tekutého pudru po posledním ošetření doma (obr. 1 a 2). Holčička měla trochu rýmu a zarudlé spojivky, teplotu neměla. Babička udávala, že vyrážka trvá týden, nejprve se objevila v pravém podpaží, odkud se šířila na vnitřní stranu pravé paže a přilehlou část hrudníku. Před výsevem byla holčička mrzutá, pláčtivá, hůře spala, 3 dny měla subfebrilie a trochu rýmu. Vyšetření i anamnestické údaje jednoznačně svědčily pro APEC. Prarodiče jsme ubezpečili, že vyrážka odezní nejpozději do 8 týdnů, nemívá komplikace, nejsou nutná další vyšetření a že jde pravděpodobně o kožní reakci na nazofaryngitidu, kterou prodělaly všechny děti v rodině. Doporučili jsme kůži ponechat bez léčby a jen sledovat celkový stav. Promazávání zvláčňujícími krémy, které babička navrhovala, naopak APEC velmi zhoršuje.

Diagnóza je většinou možná na základě anamnézy (cílený dotaz na místo vzniku exantému a jeho šíření) a klinického obrazu (jednostranná lokalizace).

APEC (asymmetrical periflexural exanthem of childhood)

Poprvé byl tento zvláštní unilaterální exantém popsán v roce 1962 v USA pod názvem „nový papulózní exantém dětského věku“ u 75 batolat, která navštěvovala pískoviště v Chicagu, a byl dáván do souvislosti s neznámou infekcí z písku.

V Evropě (až v roce 1986) tuto jednotku popsal Taieb, který doporučil pro toto onemocnění název APEC, jako akronym z „asymetric periflexural exanthem of childhood“. Uvažuje se o virové etiologii. Vyskytuje se v malých epidemiích, zvláště v jarní a podzimní sezóně, nejčastěji u dětí ve věku 2–4 let, ale v jednotlivých případech ošetřujeme i děti roční a pěti- až šestileté.

Onemocnění začíná zhruba v 60 % procentech případů prodromálním stadiem, nejčastěji lehčím onemocněním horních cest dýchacích (rhinofaryngitidou) nebo onemocněním zažívacího traktu (gastroenteritidou), někdy pozorujeme konjunktivitidu. Vlastní klinický obraz je velmi charakteristický. Jde o drobný, světle červený makulopapulózní exantém, který se šíří z axily centrifugálně na laterální stranu hrudníku a proximální třetinu horní končetiny. Méně často se výsev šíří z kubitální či popliteální flexury nebo z oblasti třísla. Morfy mají výraznou tendenci ke splývání v postižené lokalitě a k následné ekzematizaci chorobných ploch. Je velmi typické, že postižení je nejprve pouze jednostranné, ale ve 2. až 3. týdnu onemocnění často přechází méně hustý výsev exantému i na druhou stranu těla. Vždy však bývá více postižena ta polovina, kde došlo k prvním projevům. Onemocnění není doprovázeno závažnými celkovými příznaky, ale děti jsou mrzuté, některé si stěžují na svědění či spíše pálení kůže v místě vyrážky. U 50 % postižených je přítomná lymfadenopatie spádové k místu erupce. U 40 % dětí je průběh doprovázen subfebriliemi, většinou koncem prvního týdne onemocnění. Onemocnění samo ustupuje po 4–8 týdnech.

Léčba není většinou nutná. Stačí vysvětlit znepokojeným rodičům, že onemocnění samo ustoupí. Tam, kde je významná infiltrace postižených oblastí, je vhodné celé plochy 1× denně ošetřovat tekutým pudrem. Promazávání emoliencií není vhodné, zhoršuje a prodlužuje průběh onemocnění (obr. 3). Na obrázku 3 je šestiletý chlapec, který mívá atopický ekzém, a proto maminka začala používat i při exantému APEC emoliencia tak, jak byla dříve zvyklá.



Obr. 3: Šestiletý chlapec s exantémem APEC po nesprávné aplikaci emoliencií, která zhoršují a prodlužují průběh onemocnění

ZÁVĚR

Abychom mohli stanovit diagnózu exantému, je nutná podrobná rodinná a osobní anamnéza. Sledujeme epidemiologickou situaci v rodině i v dětském kolektivu, podávání léků v předchorobí, přítomnost horečky a celkový stav dítěte. Nutné je odlišení benigně probíhajících exantémů od závažnějších onemocnění. Obtížné bývá odlišení od polékových a toxoalergických exantémů. Je třeba chronologicky sledovat vývoj kožních a celkových příznaků. U exantému si všímáme lokalizace a šíření. Důležitý je charakter morf a jejich vývoj. Sledujeme i subjektivní příznaky, především svědění nebo bolestivost kůže. Cenná jsou některá laboratorní vyšetření, především sérologické testy, průkaz specifických protilátek, krevní obraz s diferenciálním rozpočtem a některá kultivační vyšetření. Neméně důležité je poučení rodičů o délce a průběhu onemocnění a o léčbě, která je někdy pouze symptomatická. |

LITERATURA

1. Harper J, Oranje A, Prose N. Textbook of Pediatric Dermatology. Blackwell Science 2000.
2. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology: A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence. 6th ed. Elsevier 2022.
3. Coustou D, Masquelier B, Lafon ME, et al. Asymmetric periflexural exanthem of childhood. *Pediatr Dermatol* 2000; 17(3): 169–173.
4. Kelblerová A. Infekční exantémová onemocnění v dětském věku. *Pediatr Pro Praxi* 2009; 10(3): 176–179.
5. Ganguly S, Kuruwila S. Eczema coxsackium. *Indian J Dermatol* 2016; 61(6): 682–683.
6. Jacob JS, Tschen J. Hot tub-associated *Pseudomonas* folliculitis: a case report and review of host risk factors. *Cureus* 2020; 12(9): e10623.
7. Zdobinská P. Svrab byl, je a bude. *Dermatol Praxi* 2023; 17(3): 131–136.
8. Arsenault AB, Bliss JM. Neonatal candidiasis: new insights into an old problem at a unique host-pathogen interface. *Curr Fungal Infect Rep* 2015; 9(4): 246–252.