

Nemoc kočičího škrábnutí

MUDr. Monika Fojtíková

Dětské oddělení, Krajská nemocnice Tomáše Bati, Zlín

Přetrvávající regionální lymfadenopatie je častým problémem, který přivádí děti do ordinace PLDD. CSD (cat-scratch disease), v literatuře uváděna i pod názvem felinóza, je jednou z mnoha možných příčin a vyskytuje se daleko častěji, než bývá diagnostikována. CSD se objevuje nejčastěji po škrábnutí či kousnutí kočkou, po kterém následuje vznik inokulační léze, jež bývá ale často přehlédnuta, následně se rozvine subakutní regionální lymfadenopatie, která trvá několik měsíců a může být doprovázena celkovými příznaky. Následující kazuistika popisuje případ typického průběhu onemocnění bez orgánových komplikací, na kterém jsou diskutovány současné možnosti diagnostiky a léčby.

Klíčová slova: nemoc kočičího škrábnutí, CSD, bartonelóza, subakutní regionální lymfadenitida, diferenciální diagnóza, diagnóza, léčba, prevence.

Cat-scratch disease

Persistent regional lymphadenopathy is commonly encountered in children seen by the general paediatrician. Cat-scratch disease (CSD), also referred to as felinosis in the literature, is one of the possible causes and occurs far more frequently than it is diagnosed. CSD most commonly occurs after a cat scratch or bite followed by the appearance of an inoculation lesion which is often overlooked; subsequently, subacute regional lymphadenopathy develops which lasts for several months and may be accompanied by systemic symptoms. The present case report describes a case with a typical course of the disease without organ complications based on which current diagnostic and therapeutic options are discussed.

Key words: Cat-scratch disease (cat-scratch fever), CSD, bartonellosis, subacute regional lymphadenitis, differential diagnosis, diagnosis, treatment, prevention.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(1): 38–39

Úvod

Etiologické agens CSD – *Bartonella henselae* – bylo poprvé úspěšně izolováno v polovině 80. let minulého století, snahy o jeho odhalení jsou však dokumentovány již od počátku 20. století. Jedná se o aerobní gramnegativní tyč, intracelulární, nepohyblivou, vyžadující speciální kultivační podmínky (krevní agar, CO atmosféra, 100% vlhkost, teplota 35 °C). CSD se projevuje po kousnutí či škrábnutí kočkou, vzácně i psem, zvažován je přenos klíštětem. U koček onemocnění probíhá asymptomaticky, rizikové jsou hlavně kočky mladší 12 měsíců, žijící venku. Asymptomatickou bakteriemi procházejí kočky i několik měsíců, důležitým vektorem přenosu mezi kočkami navzájem jsou blechy. Pokud je vůle léčit kočičího miláčka, redukci bakteriémie lze docílit podáváním doxycyklinu. Incidence: 4–9 případů/100 000, v ČR se nehlásí. CSD má vyšší výskyt v podzimních a zimních měsících, většina pacientů jsou osoby mezi 2–24 lety, převažují spíše muži (to je pravděpodobně dáno hrubším způsobem hry s koťaty). Inkubační doba: 3–14 dní, obvykle týden. Po týdnu se v místě inokulace objeví **primární kožní léze** – pustula o velikosti 0,5–1 cm, často je ponechána bez povšimnutí, případně je zaměněna za hmyzí bodnutí. Do

2 týdnů se objeví **regionální subakutní lymfadenitida**, obvykle jednostranná, nejčastěji bývají postiženy kubitální, axilární a cervikální uzliny. Stav mohou provázet **celkové příznaky** – febrilie, únava, bolesti hlavy, kloubů, svalů, nechutenství, splenomegalie. Vzácněji je onemocnění spojeno s manifestací kožních projevů – makulopapulózní rash, erythema nodosum, erythema multiforme et annulare. Samotná lymfadenopatie přetrvává déle než 3 týdny, nejčastěji 2–4 měsíce, lymfatické uzliny dosahují velikosti až 5 cm. Ve 30% případů dochází ke kolikvaci. Histologicky se jedná o granulomatózní zánět s centrální avaskulární nekrotickou oblastí obklopenou lymfocyty, Langhansovými buňkami a histiocyty. Pokročilý proces se vyznačuje utvářením sinusů vyplněných hnisem, takto zformovaný purulentní obsah se může provalit píštělí do okolních tkání. Při postižení jiných orgánů se podobné granulomy můžou nacházet např. v játrech, v kostech. **Atypická CSD** se popisuje v 10% případů. Nejčastěji se setkáváme s **Parinaudovým okuloglandulárním syndromem**, což je jednostranná granulomatózní konjunktivitida s preaurikulární lymfadenopatií, místem vstupu agens je spojivka. Vzácněji je CSD komplikováno neurologickým postižením – encefalopatií, tranzitní parézou lícního nervu,

neuroretinitidou, myelitidou, hepatosplenickou formou – postižením jater, sleziny, hematologickými poruchami – hemolytická anémie, trombocytopenická purpura, eosinofilie, dále postižením endokardu. U imunokompromitovaných pacientů probíhá onemocnění pod odlišným obrazem bacilární angiomatózy, charakterizované tvorbou angioproliferativních lézí v kůži, játrech, slezině, kostech a jiných orgánech, bez léčby je průběh letální. **Laboratorní diagnostika** není snadná – kultivace v období bakteriémie, PCR detekující bakteriální DNA *Bartonella spp.* z obsahu primárních lézí či z biotického vzorku lymfatické uzliny, sérologické metody – průkaz IgG, IgM protilátek metodou ELISA či MIF (mikroimunofluorescence). Charakteristický histologický obraz – nekrotizující granulomatózní

Obrázek 1. CSD – regionální lymfadenitida



zánět lymfatické uzliny. V typických případech CSD biopsie není indikována. Kožní test se již neprovádí, představuje riziko přenosu infekce.

Diferenciální diagnostika: Je nutné vyloučit pyogenní lymfadenitidu způsobenou streptokoky, stafylokoky, atypickou mykobakteriální infekci, TBC, zoonózy, EBV infekci, sarkoidózu, v neposlední řadě lymfom. **Léčba:** ATB s dobrým průnikem do lymfatické tkáně – doxycyclin, makrolidy: erytromycin, klaritromycin, rifampicin, azitromycin, dále ciprofloxacin, gentamicin, trimetoprim-sulfametoxazol. Doba léčby nejméně 14 dní, v případě komplikací déle. Atypické formy – doxycyclin, v případě postižení CNS jsou doporučovány kortikoidy. Podpůrná terapie – antipyretika, analgetika. Aspirace kolikvované lymfatické uzliny.

Vlastní případ

Čtrnáctiletý chlapec, RA: matka recidivující flebitidy, otec matky hypertenze, IM. OA bez nápadnosti, porod v termínu, nekříšen, PMV v normě, očkován řádně dle kalendáře, běžné dětské nemoci, alergie – susp. pyly, alergologicky ale vyšetřen nebyl, při potížích užívá Zodac. Nebývá častěji nemocný. EA: rodinný člen má tytéž potíže. Hoch byl v zimním období odeslán ze spádové onkologické ambulance k vyšetření za hospitalizace pro 14 dní trvající lymfadenopatii v oblasti levé kuby a axily. Ve spádové oblasti (prsteníček levé ruky) téměř zhojena kožní léze, kterou pozoruje asi 3 týdny, nezná její původ, byla ošetřena v chirurgické ambulanci. Lymfadenopatie axily a kuby bolestivá, doma byl bez teplot, nejuje únavu, kašel, pocení. Ambulantně provedeno sonografické vyšetření uzlin – v axile popsán paket 8–10 zvětšených LU (lymfatických uzlin), největší o velikosti 3 cm, pokračují podél subclavie, kubitální LU o vel. 23 mm. Klinický stav bez alterace, v interním nálezu dominují potíže popsané výše. Byla provedena paraklinická a laboratorní vyšetření, rtg plic bez patologie, mediastinum nerozšířeno, sonografie břicha: játra vel. 132 mm v přední axilární čáře, normální echogenity, žlučník bez konkrémentu, **slezina zvětšená 132×55 mm**, normální echogenity. Laboratorní vyšetření: **FW: 12/38**, CRP: <5, KO+ diff: Leu: 10,4 Ery: 4,75; Hb: 138; Htc: 0,400; Trom: 316; Segm: 50,3; Lymfo: 25,5; Mono: 7,8; **Eoz: 16,1**; Bazo: 0,4; KO mikroskopicky: Segm 48, Lymfo 31, Mono 7, Eoz 12, Tyče 2, polymorfie lymfocytů, anizocytóza+. Biochemické vyšetření v normě. Sérologické vyšetření: EBV: EBNA IgG 2,98, VCA IgG 2,319, IgM 0,47; CMV: negativní, *Chlamydia tr.*: negativní, *Chlamydia pn.*:

IgM negativní, IgA, IgG pozitivní, *Mycoplasma pn.*: negativní, *Yersinia enterocol.*: 1:20, zoonózy: negativní (vyloučena brucellóza, tularemie, listéria, toxoplasmóza, toxocara canis), Mantoux: negativní. Průtoková cytoflowmetrie: bez známek primárního hematologického onemocnění, z imunologického hlediska jen lehká reaktivní elevace cytotoxických CD 8+ T-lymfocytů. Sérologické vyšetření na bartonellózu se v laboratoři naší nemocnice neprovádí, proto byl vzorek odeslán do FN Brno Bohunice, za 3 týdny obdržel výsledek, který byl stanoven metodou MIF: **Bartonella** IgM negativní, **IgG pozitivní++**. Během hospitalizace subfebrilní jen 1. den, dále bez teplot, bez subjektivních potíží. Vzhledem k anamnéze a klinice zahájena léčba ATB – podáván gentamicin celkem 14 dní. Záhy dochází k regresi axilární lymfadenopatie, avšak brachiální LU podlehlá kolikvací, chirurgické konzilium indikuje incizi, při které bylo evakuováno 10 ml hnisu. Kultivaci hnisu však nebyl patogen prokázán, pouze nálezy *Staphylococcus epidermidis*. Hoch byl v dobrém stavu propuštěn do domácí péče, zůstává v ambulantních kontrolách dětského chirurga pro vleklé hojení rány po incizi. Za měsíc po propuštění byla rána zcela zhojena.

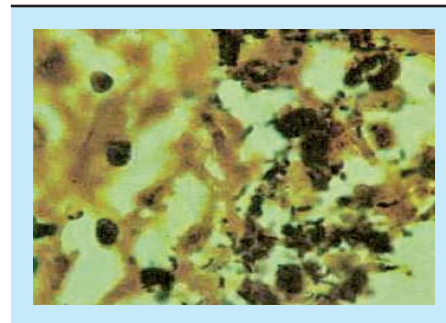
Závěr

Výskyt nemoci kočičího škrábnutí narůstá, což je nepochybně dáno zlepšením diagnostiky, přesto ale stále zůstává spousta případů neodhalená. CSD je ve valné většině případů benigním onemocněním, vyléčení ad integrum je možné i spontánně bez ATB léčby, která ale významně redukuje přítomnost bakterií v LU prokázaných in vivo, a zabraňuje tak protrahovanému a relabujícímu průběhu onemocnění. V diagnostice je důležitá pečlivě odebraná anamnéza, ve které pátráme po kontaktu s kočkou, nálezu typického klinického obrazu primární léze a spádové lymfadenitidy. Základní laborator bývá bez výraznější patologie, může být přítomna mírná leukocytóza, zvýšená FW, případně eosinofilie. K verifikaci průvodce se jeví jako nejvíce dostupné sérologické vyšetření titrů proti *Bartonelle* ve třídě IgG a IgM metodou MIF. Je však třeba mít na paměti, že pozitivní sérologie je asi v 50 % případů. Mikrobiologický průkaz se vzhledem ke kultivační náročnosti původce příliš nedaří, PCR se provádí jen na některých pracovištích (např. Biopstická laboratoř s. r. o. Plzeň). Ačkoliv histologický nálezy postižené LU je charakteristický, nejedná se o obraz patognomický (podobný histologický

Obrázek 2. CSD – histologický obraz granulomatózního nekrotizujícího zánětu lymfatické uzliny



Obrázek 3. CSD – *Bartonella henselae*



nález mohou způsobovat i jiní původci), biopsie event. extirpace LU v typických případech indikována není. V léčbě se doporučuje zejména doxycyclin nebo makrolidy – např. azitromycin, vzhledem k tomu, že v tomto případě byla lymfadenitida komplikována kolikvací, byl zvolen gentamicin. S opatrností je třeba přistupovat k chirurgickým řešením lymfadenitidy, doporučuje se pouze aspirace, provedením incize může dojít nejenom k prodloužení hojení a vytvoření jizev, ale také píštělí. Prevencí je vyvarovat se kontaktů s toulavými kočkami, při škrábnutí ránu řádně umýt vodou a mýdlem a dezinfikovat.

Literatura

1. Bartošová D. Felinóza (Nemoc z kočičího škrábnutí). Dětské infekční nemoci. 1. vyd. Praha: Galen 2003; 257–258.
2. Spoonemore K. Cat-scratch disease. 2006: www.eMedicine.com.
3. Stechenberg BW. Cat-scratch disease. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia, W. B. Saunders 2004; 944–946.

MUDr. Monika Fojtíková

Dětské oddělení, Krajská nemocnice Tomáše Bati
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
monika.fojtikova@post.cz