

Léčíme pacienta a jeho symptomy, nikoliv laboratorní hodnoty

Pediatr. praxi 2015; 16(4): 279–280

Antibiotika patří v pediatrii mezi nejčastěji podávané lékové skupiny. Jejich problematika je ale velmi komplexní a bohužel se stává, že nebývají indikována optimálně. Součástí XXXII. dnů praktické a nemocniční pediatrie, které se konaly v květnu v Olomouci, bylo také interaktivní sdělení **MUDr. Václavy Adámkové**, primářky Klinické mikrobiologie a Antibiotického centra VFN a 1. LF UK v Praze a **MUDr. Zuzany Blechové** z Kliniky infekčních nemocí 2. LF UK a pražské Nemocnice Na Bulovce. Přednáška byla realizována formou móžaičky teoreticko-klinických témat, ke kterým se vyjadřovaly jak přednášející, tak publikum.

Hned v úvodu semináře obě lékařky komentovaly dotazy, sesbírané z pléna před jeho zahájením. Obdržely například dotaz, jaké procento primoinfekce pásového oparu nereaguje na antivirotika. Zde je podle V. Adámkové třeba připomenout, že pásový opar není nikdy projevem primoinfekce virem varicella-zoster. Tím jsou vždy plané neštovice. Pásový opar se však, navzdory obecnému povědomí, může objevit i u velmi malých dětí, především v případě, že prodělaly neštovice během prvního roku života. Výskyt komplikací záleží na konkrétním pacientovi a jeho komorbiditách. „Proto na našem pracovišti většinou doporučujeme téměř vždy účinná antivirotika, především u těch nemocných, kteří mají postižení v oblasti obličeje a hlavy, u malých dětí, nebo naopak starších osob a imunokompromitovaných nemocných,“ uvádí Z. Blechová. I v případě varicelly-zoster je však třeba zmínit antibiotika. V praxi totiž bývají nemocní velmi často těmito látkami, především potencovanými aminopeniciliny, zajišťování namísto antivirotik. Tento postup je přitom naprosto nevhodný, neboť se jedná o onemocnění virového původu. Jiným případem je sekundární bakteriální infekce kožních lézí. V takovém případě jsou antibiotika indikována. Pokud je bakteriální infekce klinicky manifestně přítomná, je její etiologie nejčastěji stafylokoková a vybraný přípravek by tak měl pokrývat grampozitivní koky.

Dvě kazuistiky v kontextu neštovic

V kontextu neštovic popisuje Z. Blechová kazuistiku osmiměsíčního děvčete, které bylo doporučeno dermatologem k parenterální aplikaci acykloviru pro výrazný výsev varicelly.

Dítě bylo febrilní s teplotou 39 °C, navíc mělo průjem bez příměsí, 2x denně zvracelo. „V tomto stavu dorazila na naše pracoviště. Na kůži měla generalizovaná ložiska místy mokvajících strupů se zánětlivými lemy, které se částečně olupovaly, CRP 8,5 mg/l, leukocytů 8,9 × 10⁹/l. Kromě toho jí ve stolici byly prokázány rotaviry. Vyšetřením se prokázalo, že nemocná ve skutečnosti neštovice neměla, místo toho byla diagnostikována exfoliativní dermatitida, vykultivován byl *Staphylococcus aureus*. Zároveň byla potvrzena produkce toxinu exfoliatinu A, serinové proteázy, která je zodpovědná za štěpení mezibuněčných spojů ve stratum granulosum epidermis,“ vzpomíná.

Bakteriální kožní infekce typu impetiga jsou nejčastěji vyvolány grampozitivními koky, kromě stafylokoků je může způsobovat i streptokok. Právě stafylokok je ale nebezpečný potenciálem pro produkci exfoliatinů, které způsobují exfoliativní dermatitidu a v extrémním případě až „syndrom opažené kůže“. U tohoto závažného onemocnění se kůže odlučuje čárovitě. „Přitom rozhodně neplatí, že by bylo vždy možné vykultivovat původce z tekutiny, kterou byly obsaženy. Vzhledem k tomu, že je odloučení způsobené toxinem, tak může být primární ložisko, ve formě flegmóny nebo celulitidy, umístěné poměrně daleko od kožní léze. V této kazuistice bylo našťástí dítě doporučeno k parenterální aplikaci léčby na chybnou diagnózu, takže došlo včas k záměně za účinnou léčbu. Kdyby ale byla původně pro diagnózu neštovic léčena doma, mohlo dojít až k septickému šoku, komplikaci s vysokou mortalitou,“ varuje V. Adámková.

Neštovic se týkala také kazuistika desetiměsíčního chlapce, který měl šestidenní výsev varicelly s hyperpyrexii od čtvrtého dne, která se vyšplhala až na 41 °C. Dle matky byl spavý, unavený, s horším perorálním příjmem. „Neštovicové eflorescence byly různého stáří, pozoruhodné byly širokým zánětlivým lemem ojediněle hemoragického charakteru. Dítě mělo 14,4 × 10⁹/l leukocytů, CRP 132 mg/l. Kromě parenterálního acykloviru tak byl, na sekundární bakteriální infekci, nasazen co-amoxicilin 457 mg/5 ml susp., podáván v dávce 2,5 ml, 2x denně per os. Chlapec přitom vážil 9 kg. Stav se zlepšil jen velmi omezeně až do té doby, kdy byla léková forma zaměněna za parenterální a zároveň byl navýšen počet aplikací co-amoxicilinu na 3x

denně,“ popisuje Z. Blechová a V. Adámková nabízí polemiku: „Z mého pohledu je aminopenicilin (co-amoxicilin) jako takový v indikaci kožní infekce spíše nevhodný, jako racionálnější by mi přišlo zvolit buď klasický penicilin či klindamycin.“

Kolikrát se může opakovat spálová angina?

Z. Adámková odpovídala také na otázku, kolikrát se může opakovat spálová angina: „Původce spálové angíny, *Streptococcus pyogenes*, může produkovat 3 různé pyrogenní toxiny, které se dále dělí na další subtypy. Teoreticky se tak jedná asi o 8 různých molekulárních znaků, rozpoznávaných imunitním systémem a spála by se tak mohla opakovat až osmkrát. V praxi je ale situace ještě o něco složitější, protože při raně nasazené léčbě nemusí dojít k rozvoji plné imunitní paměti a choroba se tak může vyskytnout ještě častěji. Co ale v případě pyogenního streptokoka platí vždy, je jeho dosud 100% citlivost k penicilinu. Ani v případě rekurentního onemocnění nemá smysl provést záměnu antibiotického prostředku. Použití širokospektrých prostředků, včetně penicilinů potencovaných, je tak chybou, a pokud není nemocný k penicilinům alergický, je to jasný lék volby.“

Obě přednášející se zastavily také u otázky rezistencí častého původce infekcí měkkých tkání *Streptococcus pyogenes* právě k linkosamidům. Pyogenní streptokok je sice 100% citlivý k penicilinům, pokud je ale jejich použití kontraindikováno, je situace obtížnější. Z retrospektivních dat je zřejmé, že sdružená rezistence ke klindamycinu a makrolidům ve věkové kategorii do 14 let v poslední době sice klesala až na současná 3 %, nedávno ale zaznamenala opět stagnující až stoupající trend. Podobná situace je i u dětí starších, kde nyní dosahuje 5 %. Tato čísla jsou stále velmi nízká, na druhou stranu nelze říct, že protože je rezistence k linkosamidům vzácná, měly by tyto látky být hojně používány. Při takovém postupu by rezistence opět prudce narostla a lékem první volby tak ve většině případů zůstávají stále peniciliny. „Zatímco u pneumokokových kmenů izolovaných ze sinusitid a otitid rezistence k makrolidům stoupá a dostává se až na současných 12–13 %, u původců infekcí dolních dýchacích cest tento trend zatím našťástí nevidíme, u dětí nad 14 let se drží kolem 6 %, u mladších kolem 12 %, ale kon-

stantně. V evropském kontextu je u nás situace poměrně příznivá, na rozdíl od slovenských sousedů, kde dosahují rezistence pneumokoka k makrolidům až 50 %. I u nás však platí, že by makrolidy neměly být nadužívány a jejich použití by mělo být vyhrazeno pro indikované případy, například alergiky na penicilin.“ „Vzhledem ke společenským poměrům přitom nelze očekávat významný pokles incidence pneumokokových onemocnění, zejména kvůli stále častějšímu skeptickému přístupu populace k očkování,“ vypočítává V. Adámková.

Jak je to doopravdy s „alergiemi“ na penicilin?

Penicilinů se týkala také další část sdělení. Antibiotika patří mezi léčiva s poměrně významným potenciálem pro rozvoj alergie. Na druhou stranu, zejména právě v případech penicilinu, se často jedná pouze o špatně zhodnocené nežá-

doucí účinky nebo reakci přecitlivělosti na pomocnou látku. „Skutečných alergií na penicilin je tak mnohem méně, než kolik pacientů alergii udává. Podle práce kolínských pediatriů, uveřejněné letos v časopise Česko-slovenská pediatrie, se ukázalo, že se to může týkat až 90 % nemocných. Studie sledovala 173 dětí se suspektní alergií na penicilin. Pacientům byly laboratorně vyšetřeny protilátky a provedeny kožní testy, případná negativita byla potvrzena testem provokačním. Alergie byla verifikována pouze u 16 z nich, u 3 došlo k anafylaxi, u 5 k časné kožní reakci, u 8 vyvolal penicilin pozdní reakci. U naprosté většiny nemocných tak byla penicilinová antibiotika uvolněna k dalšímu použití,“ popisuje Z. Blechová a V. Adámková doplňuje: „V případě, že pacient je skutečně verifikovaně alergický na penicilin, nabízí se otázka, jaký lék místo něj použít. I zde dochází k časté chybě, kdy se v povědomí odborníků usadil fakt, že alternativou k pe-

nicilinu u alergika je makrolid. Tak tomu skutečně je, ale pouze v případě respiračních infekcí. Například u infekcí měkkých tkání je vhodnou alternativou linkosamid, především pro výborný průnik do tkání, včetně kostí, a pro pokrytí anaerobního spektra. Možné je podat také co-trimoxazol.“

Obecně platí, že antibiotika by měla být používána uvážlivě, ale pokud již jsou zvolena, pak by měla být nasazena v dostatečném množství i koncentraci, velká pozornost by měla být věnována jejich výběru. Lékař by měl mít vždy na paměti, že léčí pacienta a jeho klinické symptomy, nikoliv laboratorní hodnoty. Byť se jedná o notoricky opakovaný fakt, je stále bohužel třeba připomínat, že antibiotika fungují pouze na bakteriální infekce a pokud příznaky a vyšetření ukazují spíše na virovou etiologii, mělo by se od jejich použití v naprosté většině případů upustit.

Obrázek Účastníci se do diskuzí mohli aktivně zapojit pomocí interaktivního hlasování

