

## Erysipel s komplikovaným průběhem

Medical Tribune 23/2009

08.09.2009 15:13

Zdroj: Medical Tribune

Autor: MUDr. Renata Kopová, Dermatovenerologická klinika LF MU a FN Brno

*V poslední době pozorujeme na naší klinice nárůst počtu pacientů s komplikovaným průběhem erysipelu. Na tomto vzestupném trendu se patrně může podílet zvýšená virulence mikroba, přibývání pacientů se sníženou odolností a zvýšeným rizikem pro vznik infekce a v neposlední řadě pozdě zahájená nebo špatně zvolená terapie.*

Erysipel je infekční onemocnění kůže, charakterizované zánětem v dermis a postižením lymfatických cest. Původcem onemocnění je beta-hemolytický streptokok skupiny A, méně často skupiny B, C, G, kultivačně mohou být prokázány i zlaté stafylokoky či gramnegativní bakterie. Vstupní branou infekce bývají např. drobná poranění kůže nebo bérkové vředy. Jako predispoziční faktor se uplatňuje žilní stáza a lymfatická obstrukce.

Prezentujeme zde kasuistiku pacienta se závažným průběhem erysipelu s život ohrožujícími komplikacemi, na čemž se podílelo současně několik rizikových faktorů – chronická venózní insuficience s počátečními projevy již v mládí (patrně na podkladě rodové dispozice), bérkové vředy v anamnéze, výrazná nadváha, cesta letadlem na větší vzdálenost, která mohla podpořit venózní a lymfatickou stázu a latence v zahájení cílené léčby.

### Terapie trvala měsíce

Pacient, narozený v roce 1952, měl žilní problémy již od mládí. Operace varixů na obou dolních končetinách podstoupil už před 30. rokem věku. Chronickou venózní insuficiencí trpí i jeho otec. Na pravé dolní končetině měl v minulosti opakovaně bérkové ulcerace, posledních šest let bez recidiv. Erysipel dosud neprodělal. Léčí se pro paroxysmální fibrilaci síní a hypertenzi, je sledován pro hypertrofii prostaty, TEN 0. Je výrazně obézní (193 cm/132 kg, BMI 38,7). Dlouhodobě užívá Betaloc SR 200 mg tbl. 1-0-0, Detralex tbl. 2-0-0. Je ženatý, žije s rodinou, pracuje jako technik nekouří.

Nynější onemocnění začalo na dovolené v Izraeli (2. 11. 2008) náhlou zimnicí, třesavkou, poté vzniklo zarudnutí na pravém bérce. V té době byl vyšetřen místním lékařem, který mu předepsal Augmentin tbl. 1 g po 12 hod., aplikoval jednorázově fragmin (antikoagulans).

Dne 6. 11. 2008 byl po návratu letadlem do ČR vyšetřen na chirurgické ambulanci nemocnice Delta. Ultrazvuk žilního systému neprokázal flebotrombózu pravé dolní končetiny. Z laboratorních vyšetření: CRP 310 mg/l, leukocyty  $23,5 \times 10^9/l$ , trombocyty  $219 \times 10^9/l$ , urea 12,2 mmol/l, kreatinin 126  $\mu\text{mol/l}$ , ALT 0,87  $\mu\text{kat/l}$ , AST 0,56  $\mu\text{kat/l}$ , bilirubin 22  $\mu\text{mol/l}$ , GGT 0,64  $\mu\text{kat/l}$ , ALP 1,76  $\mu\text{kat/l}$ .



3. 12. 2008 – stav při přijetí na kliniku

Pacient byl přijat 7. 11. 2008 na Kliniku infekčních chorob (KICH) FN Brno. Při přijetí je pravý bérce difúzně zarudlý s výrazným otokem, na kůži jsou četné buly, některé se serózní sekrecí. Pacient je afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaný. Ihned byla zahájena terapie intravenózní aplikací G-PNC v dávce 20 mil. IU/den. Pro neustupující nálezy byl 10. 11. 2008 přiřazen Klimicin v dávce 3600 mg/den intravenózně. Toxoalergický exantém se u pacienta objevil 14. 11. 2008, proto byl vysazen PNC. Pro stálou progresi exantému bylo 18. 11. ukončeno i podávání Klimicinu.

Nasazen byl Chloramphenicol v dávce 8 g/den intravenózně, aplikován Solu-medrol intravenózně. Postupně došlo k regresi toxoalergického exantému.

Pro fibrilaci síní bylo nutné pacienta přechodně přeložit na JIP KICH, kde mu byl podáván propafenon – bez úspěchu, proto byla zavedena terapie cordaronem, poté došlo k přechodu na sinusový rytmus a nově byla nasazena malá dávka ACE inhibitoru.

Lokální terapie probíhala ve spolupráci s konsiliárními lékaři z dermatovenerologické kliniky (DVK). Buly postupně regredovaly, na bérce však přetrvávalo pozánětlivé zarudnutí, otok a vícečetné hluboké ulcerace s povleklou spodinou, v nichž se později vytvořily centrální nekrózy. V laboratorních výsledcích došlo k poklesu CRP a celkového počtu leukocytů, ostatní biochemické parametry a hodnoty krevního obrazu byly v normě. Byl proveden kontrolní stěr z ulcerací s následujícím nálezem: *Escherichia coli* ESBL, *Acinetobacter* sp., *Enterococcus faecalis*, difteroidy, koaguláza-negativní *Staphylococcus*.

Dávka Chloramphenicolu byla snížena na 4 g/den, Chloramphenicol byl podáván celkem 11 dní, potom terapie zaměněna za Ciprinol perorálně. Lokálně byl aplikován Flamigel gel a mechanicky se odstraňovala nekrotická tkáň. Meziprstí se ošetřovala roztokem Betadine a Clotrimazol AL krémem dvakrát denně na záložkách z gázy. Součástí léčby byly kompresivní bandáže z krátkotažných obinadel. Dne 1. 12. 2008 byla ukončena hospitalizace na KICH FN Brno a pacient byl přeložen na DVK FN Brno k intenzivní místní terapii.

Při přijetí na DVK byl na pravém bérce zřetelný edém, lividní erytém, pachydermie, na přední straně okrouhlý defekt velikosti cca 6×6 cm, v oblasti vnitřního kotníku tři ulcerace vel. cca 4–5 cm × 2–3 cm a 2×1 cm, v oblasti vnějšího kotníku štěrbinovitý defekt velikosti cca 4×3 cm. Všechny ulcerózní defekty byly hluboké, s pevně ulpívajícími fibrinovými povlaky a navality okraji. Na kůži levého bérce byla kůže s hemosiderinovými pigmentacemi, bez defektů. Meziprstní prostory obou dolních končetin byly macerovány.

Pacient pokračoval v celkové léčbě Ciploxem 500 mg tbl. 1-0-1 à 12 hodin celkem 7 dní, dále užíval Betaloc SR 200 mg tbl. 1-0-0, Rivodaron 200 mg tbl. 1-0-0, Tritace 2,5 mg tbl. 1-0-0, Anopyrin 400 mg tbl. 0-1/2-0, Detralex tbl. 2-0-0.

Vzhledem k rozvíjejícímu se flebolymfedému a na podporu hojení ulcerací byl nasazen enzymový přípravek Wobenzym v dávce 3× 5 drg. Ulcerace byly ošetřovány Flamigel gelem, Dermacynem wound care, polyakrylátovými polštářky Tender- Wet, Flaminalem Hydro, indifferenční pastou, Cutilanem, meziprstí Clotrimazolem AL crm., plosky nohou 20% urea syndermanem.



22. 12. 2008

Současně se prováděl chirurgický débridement fibrinových povlaků a nekrotické tkáně. Nadále se přikládaly kompresivní bandáže z krátkotažných obinadel. Hospitalizace na DVK byla ukončena 12. 12. 2008 a další léčba pokračovala ambulantně. Při ambulantní léčbě jsme aplikovali TenderWet, Sorbalgon, Flaminál hydro, obklady s roztokem KMnO<sub>4</sub>, Dermacynem wound care, lalugen plus, mastný tyl, indifferenční pastu, Belogent ung., Cutilan ung., 3% ung. acidi borici, kafrovou mast, kompresivní terapii. Wobenzym byl se zlepšováním stavu postupně snížen na 3× 3 drg. Při této výše uvedené komplexní léčbě edém postupně regredoval, pozvolna se odlučovaly povlaky a nekrózy, rána granulovala a epitelizovala od okrajů. Poslední snímky ukazují stav ke dni 6. 2. 2009 – tedy prakticky po třech měsících od začátku onemocnění.



6. 1. 2009



20. 1. 2009

#### **Antiedematózní efekt Wobenzymu**

Po adekvátní a včas zahájené terapii ATB se erysipel odhojí zpravidla do sedmi až deseti dnů. Vzácněji se infekce může šířit krevními a lymfatickými cestami v podobě flegmonózního zánětu do hlubokých podkožních tkání až na svalovou fascii a vyústit v nekrotizující fasciitidu, zejména u imunokompromitovaných pacientů nebo při vysoké virulenci mikroba. Následně se zde může vyvinout nekróza (nekrotizující fasciitida) a nekróza nad ní ležících tkání. V některých případech nebývá před zánětem uchráněna ani subfasciální svalovina.

Klinický obraz zahrnuje rychle se rozvíjející silně bolestivý, indurovaný erytém, s tvorbou puchýřů, nekrózou a ulceracemi. Celkový stav je velmi závažný, někdy přechází až do syndromu streptokokového toxického šoku.

Hemolytický streptokok skupiny A působí v těchto případech lokálně i celkově prostřednictvím exotoxinů (hyaluronidáza, streptoliziny, streptokináza). Často se jedná o synergické působení řady dalších mikrobusů jako *Staphylococcus aureus*, *Proteus sp.*, *Clostridium sp.* a dalších.

Diagnózu stanovíme podle klinického obrazu, kultivace z poškozené tkáně a hemokultury. V terapii se užívají intravenózní megadávky penicilinu s clindamycinem a chirurgické odstraňování nekrotické tkáně.

V komplexní léčbě tohoto pacienta jsme využili kromě obligátní terapie také kombinovaný enzymový přípravek Wobenzym, který obsahuje proteolytické enzymy rostlinného a živočišného původu s přídatkem flavonoidu rutinu. V indikovaných případech ho na našem pracovišti doporučujeme nejčastěji u pacientů s otoky při zánětech povrchových žil, u posttrombotického syndromu, při lymfedémech nejrůznějšího původu, u pacientů s chronickými, obtížně se hojícími ranami nebo s jinými zánětlivými afekcemi, případně u některých pooperačních stavů. Uplatňuje se zde jeho antiedematózní efekt, příznivá modulace zánětlivého procesu a v případech současně podávaných antibiotik podporuje jejich průnik do tkání.



Foto: G. Cerhan / Anadol

6. 2. 2009