

# Spálová angína

Spálová angína je akutní tonzilitida, jejímž původcem je  $\beta$ -hemolytický streptokok *Streptococcus pyogenes*. Produkuje Dickův erytrogenní toxin, jehož uvolňování do krevního řečiště je odpovědné za doprovodné příznaky. Spálová angína se projevuje především horečkou a bolestmi v krku. Typicky se vyskytuje v menších epidemiích v dětských kolektivech (nejvíce ve věku 4–12 let).<sup>[1]</sup>

## Původce

*Streptococcus pyogenes* patří mezi streptokoky skupiny A. Bakterie jsou G+, oválné až kulaté, nepohyblivé a nesporulující. Produkuje erytrogenní exotoxin, který způsobuje spálu (akutní tonzilitidu provázenou exantémem). Jako povrchové antigeny pouzdra působí M-protein a kyselina hyaluronová. Zvyšují virulenci a vykazují imunologicky zkříženou reaktivitu ke kardiálnímu myozinu a sarkolemě.<sup>[2]</sup>

## Inkubační doba

2–4 dny.<sup>[2]</sup>

## Klinický obraz

- Katarální až lakunární angína,
- erytém obličeje s cirkumorálním výbledem (Filatovův příznak),
- zduření regionálních lymfatických uzlin.

Celkové příznaky: zvracení, bolesti břicha, bolesti hlavy, pokud se vyskytuje i spálový exantém (hlavně v podbřišku, na hrudníku a vnitřních stranách končetin – embolizační predilekce), může se jednat o spal, drobné papulky v oblasti lůžek nehtů a na boltcích (Šrámkův příznak)<sup>[1]</sup>.

## Diagnostika

**Výtěr z hltanu** – kultivační průkaz streptokoků. A stanovení hladiny protilátek proti streptolysinu O (**ASLO**), streptolysinu S. Dále proti hyaluronidáze, streptokináze a deoxyribonukleáze (k hodnocení průběhu onemocnění, v akutní fázi nemají velký význam).

## Komplikace

**Revmatická horečka** – s latencí 10–20 dní (Pankarditida, artritida, erythema anulare, chorea minor). **Akutní poststreptokoková glomerulonefritida** – hematurie 6–10 dní po infekci<sup>[2]</sup>.

## Léčba

Lékem volby je **Penicilin V** 100 000 IU/kg/d p.o. 10 dní (obtíže by měly ustoupit po 24–48 hod). Při selhání léčby nebo alergii na penicilin cefalosporiny (5 dní), amoxicilin s kyselinou klavulanovou, makrolidy.

**⚠ aminopeniciliny nepodávat při podezření na infekční mononukleózu<sup>[2]</sup>.**

## Nosičství *Streptococcus pyogenes*

Prevalence nosičství *Streptococcus pyogenes* v dětské populaci je (v závislosti na oblasti) 15 až 20 %, v dospělé populaci nižší. Asymptomatictí nosiči nejsou v riziku vzniku supurativních ani non-supurativních komplikací. Zároveň nejsou považováni za podstatný rezervoár pro šíření streptokokové infekce. Tyto asymptomatické nosiče tedy není třeba identifikovat ani léčit. Provádět kontrolní kultivace po terapii není doporučeno (cost-benefit).<sup>[3][4]</sup>

## Odkazy

### Související články

- **Rod *Streptococcus*:** *Streptococcus pyogenes* • *Streptococcus agalactiae* • *Streptococcus pneumoniae* • *Streptococcus mutans* • Orální streptokoky
- **Streptokokové infekce:** Infekce streptokoky skupiny A • Spála • Spálová angína • Erysipel • Impetigo • Infekce vyvolané viridujícími streptokoky • Komplikace a léčba streptokokových infekcí • Revmatická horečka
- Angíny ■ Diferenciální diagnostika povlakových angin



Lakunární angína



Malinový jazyk

## Reference

1. ROTTENBERG, Jan. *Diferenciální diagnostika, terapie a komplikace akutních tonzilitid* [online] . In solen.cz. *Jaro a léto v ordinaci a lékárně*. 1. vydání. Olomouc : Solen, 2010. 138 s. s. 48-57. Dostupné také z <www.solen.cz>. ISBN 978-80-87327-32-6
2. MUNTAU, Ania Carolina. *Pediatric*. 4. vydání. Praha : Grada, 2009. s. 158-159. ISBN 978-80-247-2525-3.
3. Bisno AL, Stevens DL. Streptococcus pyogenes. In Mandell, Bennett, & Dolin: Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th ed. 2005: 2362–2390.
4. Fisher RG, Boyce TG. Nose and Throat Syndromes. In Lippincott Williams & Wilkins: Moff et's Pediatric Infectious Diseases: A Problem-Oriented Approach, 4th Edition 2005: 14–43.