

Stanovisko SKAP ČLS JEP k antibiotické profylaxi recidivujícího erysipelu

Publikováno: 15.05.2026

1) Indikace antibiotické profylaxe

Antibiotickou profylaxi lze zvážit u pacientů s opakovaným erysipemem, **typicky při výskytu ≥ 2 epizod během 12 měsíců, zejména pokud i přes aktivní řešení přetrvávají významné predisponující rizikové faktory.** Mezi ty patří především chronický lymfedém končetiny, chronická žilní insuficience, kožní defekty, obezita, poruchy imunitního systému nebo diabetes mellitus.

2) Cíl profylaxe

Cílem antibiotické profylaxe je **snížení rizika dalších recidiv erysipelu.** Profylaxe nemá kurativní charakter a musí být vždy kombinována s **léčbou a korekcí rizikových faktorů.** Pozitivní efekt profylaxe je omezen pouze na dobu podávání profylaxe.

3) Doporučené režimy antibiotické profylaxe

3.1 První volba

- **Benzathin-benzylpenicilin G**
1,2–2,4 milionu IU intramuskulárně každé **3–4 týdny**

Komentář k aplikaci:

Depotní penicilin je obvykle dobře tolerován, nicméně vzhledem k riziku vzácné, ale potenciálně závažné **hypersenzitivní reakce (včetně anafylaxe)** je doporučeno po aplikaci zajistit **observaci pacienta** po dobu alespoň 30 minut. Aplikace může být prováděna **nejen ve specializovaných ambulancích, ale i v ordinaci praktického lékaře,** za předpokladu zajištění odpovídajícího personálního a technického vybavení.

Pracoviště musí být vybaveno pro okamžité **zvládnutí anafylaxe** a personál musí být proškolen v rozpoznání a léčbě akutní alergické reakce. Před aplikací je nutné cíleně zhodnotit **alergickou anamnézu pacienta.**

Kromě alergické reakce se může vzácně vyskytnout také tzv. **Hoigné syndrom** (akutní postinjekční reakce charakterizovaná úzkostí, agitovaností, palpitacemi či přechodnými psychickými symptomy), který je obvykle **přechodný a spontánně odeznívá.**

3.2 Perorální alternativa

- **Fenoxymethylpenicilin (penicilin V)**
250 mg (400 kIU) perorálně **2× denně** (u obézních pacientů lze zvážit vyšší dávku 500 mg=800 kIU)

3.3 Alergie na penicilin nezávažného typu (exantém)

- V tomto případě je **riziko zkřížené alergie** mezi peniciliny a cefalosporiny **nízké**, proto lze zvážit podání **cefadroxilu** 500 mg 2x denně, o účinnosti tohoto postupu však nejsou k dispozici odborná data

3.4. Alergie na penicilin závažného typu (anafylaxe a další závažné projevy)

- U pacientů s alergií na penicilin závažného typu **není antibiotická profylaxe alternativními antibiotiky (např. makrolidy, klindamycin či fluorchinolony) standardně indikována**, protože nežádoucí účinky převyšují její benefity.
- **U komplexních případů lze zvážit individualizovaný přístup po konzultaci s odborníkem na antibiotickou léčbu**

4) Délka profylaxe a její ukončení

Doporučená délka antibiotické profylaxe je **6-12 měsíců**, s pravidelným přehodnocením efektu a tolerance léčby

U pacientů s přetrvávajícím těžkým lymfedémem a opakovanými relapsy po vysazení profylaxe lze zvážit **dlouhodobou nebo trvalou profylaxi**, vždy na základě individuálního posouzení přínosu a rizik

5) Nemedikamentózní preventivní opatření

Antibiotická profylaxe musí být vždy doplněna **o intenzivní řešení rizikových faktorů**:

- **redukci hmotnosti**
- systematickou **léčbu lymfedému** (kompresní terapie, lymfodrenáž),
- důslednou **péči o kůži a prevenci mikrotraumat, pedikúru**
- **léčbu interdigitálních mykóz** a dalších vstupních bran infekce (ekzém, psoriáza),
- **edukaci pacienta** o časných příznacích recidivy,
- v případě alergie na ATB **vyšetření alergologem** s verifikací alergie, případným de-labelingem a doporučením bezpečných antibiotik pro léčbu a/nebo profylaxi (seznam pracovišť: <https://www.csaki.cz/lekove-alergie>)

6) Rizika a omezení profylaxe

Dlouhodobé podávání antibiotik je spojeno s rizikem nežádoucích účinků, selekce rezistentních kmenů a narušení mikrobiomu. Profylaxe proto **není zvažována rutinně u všech pacientů**, ale pouze u jasně definované vysoce rizikové skupiny s opakovanými recidivami.

Literatura

1. Česká společnost pro ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí (ČSOT). Stanovisko poradní komise ČSOT pro endoprotetiku a poradní komise ČSOT pro infekce muskuloskeletálního aparátu k implantaci totální kloubní náhrady u pacientů s předchozím erysipalem dolní končetiny. 2025. Dostupné z: <https://csot.cz>
2. Oh CC. Cellulitis and erysipelas: prevention. *BMJ Clin Evid.* 2015 Nov 18;2015:1708.
3. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al.; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2014 Jul 15;59(2):e10-52.
4. Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *BMJ.* 1999 Jun 12;318(7198):1591-4.
5. Rob F, Hercogová J. Benzathine penicillin G once-every-3-week prophylaxis for recurrent erysipelas a retrospective study of 132 patients. *J Dermatolog Treat.* 2018 Feb;29(1):39-43.
6. Thomas KS, Crook AM, Nunn AJ, et al.; U.K. Dermatology Clinical Trials Network's PATCH I Trial Team. Penicillin to prevent recurrent leg cellulitis. *N Engl J Med.* 2013 May 2;368(18):1695-703.
7. Jaskóła-Polkowska DM, Blok K, Skibińska A, et al. Recurrent Erysipelas: Clinical Challenges and Strategies for Prevention-A Narrative Literature Review. *Biomedicines.* 2025 Oct 8;13(10):2448.
8. National Institute for health and care excellence (NICE), Public Health England. Guideline: Cellulitis and erysipelas: antimicrobial prescribing <https://www.nice.org.uk/guidance/ng141/resources/cellulitis-and-erysipelas-antimicrobial-prescribing-pdf-66141774778309>
9. Dalal A, Eskin-Schwartz M, Mimouni D, Ray S, Days W, Hodak E, Leibovici L, Paul M. Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 20;6(6):CD009758. doi: 10.1002/14651858.CD009758.pub2.
10. Oh C, Ko H, Lee H, et al. Antibiotic prophylaxis for preventing recurrent cellulitis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Infection,* 2014; 69, 26-34