

Atopický ekzém – teorie i praktické rady

MUDr. Zuzana Nevalová, Ph.D.

Dermatovenerologické oddělení, Nemocnice Jihlava, p. o.

Atopický ekzém je velmi časté onemocnění. Nejčastěji se vyskytuje u kojenců a malých dětí. V článku jsou popsány epidemiologie, etiopatogeneze, klinický obraz a léčba atopické dermatitidy. Je zdůrazněno, že ani neúčinnější léky nedokáží odstranit vrozený sklon k nemoci, který přetrvává celý život. Je však možné při pečlivém dodržování preventivních a léčebných opatření odhrodit příznaky onemocnění a tím dostat průběh ekzému pod kontrolu. K dlouhodobému zvládnutí atopické dermatitidy patří tedy prevence včetně režimových opatření, pravidelná a individualizovaná péče o kůži a dobrá spolupráce mezi pacientem a jeho lékařem. Zásadním předpokladem úspěšnosti terapie je podrobná edukace pacienta, respektive celé jeho rodiny. Velmi důležitá je mezioborová spolupráce obvodního lékaře, dermatologa, alergologa, klinického imunologa a dle potřeby i psychologa a pedagoga. V závěru článku jsou popsány odpovědi na nejčastější dotazy rodičů stran atopické dermatitidy.

Klíčová slova: atopický ekzém, léčba, provokující faktory, nejčastější dotazy

Atopic dermatitis – theory and practical guidelines

Atopic dermatitis is a very common disease. Most commonly it affects sucklings and young children. In the article, epidemiology, ethiopathogenesis, clinical picture and treatment of atopic dermatitis are described. It is put the stress on the fact, that even the most effective medicines cannot eliminate a hereditary disposition to the disease because this lasts for the whole life. However, it is possible by a careful observation of preventive and therapeutic arrangements to heal disease signs and so to get eczema's course under control. The far-reaching management of atopic dermatitis is based on the prevention methods, regular individualized care of the patient's skin and good compliance between a doctor and a patient. The basic premise of successful therapy is a detailed education of a patient and his family. A cooperation between practitioner, dermatovenerologist, allergologist, clinical immunologist and sometimes also psychologist and pedagogue is necessary. In the article most common parents' questions concerning atopic dermatitis are answered.

Key words: atopic dermatitis, therapy, aggravating factors, most common questions

Atopický ekzém (AE) (syn. atopická dermatitida, prurigo Besnier, neurodermatitis atopica) je multifaktoriální neinfekční zánětlivé onemocnění kůže chronicky recidivujícího charakteru (1). Je to onemocnění převážně dětského věku, ale vyskytuje se i u dospělých pacientů. Z klinického hlediska je charakteristická triáda projevů: dermatitida, xeróza a pruritus. Klinický obraz je velmi variabilní a mění se v závislosti na věku pacienta. Slovo „atopie“ pochází od řeckého slova „atopos“ (podivný, nezvyklý). V roce 1982 Besnier jako první popsal souvislost mezi AE, alergickou rinitidou a astmatem. O desetiletí později termín „atopie“ použili Coca a Cooke pro charakterizaci triády symptomů: ekzém, alergická rinitida a astma. V roce 1930 Hill a Sulzberger stanovili kritéria pro diagnózu AE a sjednotili koncept této kožní choroby (2).

Epidemiologie

AE je onemocněním převážně kojeneckého a dětského věku. Celková prevalence AE ve střední Evropě je okolo 10% (3). Ve vyspělých zemích prevalence AE v posledních letech rapidně vzrůstá (4). V České republice trpí AE 16% dětí do 1 roku života, 12% dětí do 15 let věku a 3% dospívajících nad 16 let. AE s prvními projevy v dětství, s maximem v kategorii do tří let, se na-

zývá tzv. časně vzniklý AE („early onset AE“), který přetrvává do dospělosti až u 30% případů. Mezi prognosticky špatné ukazatele patří: pozitivní rodinná anamnéza, těžší průběh AE v dětství a přítomnost respirační atopie, vysoké hodnoty IgE v pupečnickové krvi a nulová alela genu pro filagrin (5). U části pacientů může AE vzniknout de novo v dospělosti. Je to forma „late-onset AE“. Mezi těmito pacienty je část bez prokázané senzibilizace zprostředkované IgE protilátkami. Tito jedinci mají hladiny IgE v normě, negativní rodinnou anamnézu, nemají žádné další známky atopie a průběh AE je mírnější (6).

Etiopatogeneze

Etiopatogeneze AE je velmi složitá a multifaktoriální. Jedná se o geneticky komplexní chorobu, vznikající jednak v důsledku interakce mezi samotnými geny navzájem a jednak mezi geny a zevním prostředím. V etiopatogenezi se uplatňuje porucha bariérové funkce kůže. Defekt kožní bariéry se považuje za primární. Jeho hlavní příčiny jsou: mutace genů pro filagrin, ivolukrin a lorikrin vedoucí k poruše maturace keratinocytů a integrity kožní bariéry (7), změněný profil spektra ceramidů, jenž vede ke snížené funkci intercelulárních lipidů, a vysoká koncentrace kožních serinových proteáz vedou-

cí k předčasné ztrátě soudržnosti keratinocytů a deskvamaci. Následkem bariérové poruchy kůže je její zvýšená náchylnost ke kolonizaci kmene *Staphylococcus aureus*. Ta přispívá ke vzniku, intenzitě a udržování atopického zánětu a také k senzibilizaci. Je histologicky prokázáno, že i v nepostižené kůži atopiků je určitá reziduální dermatitida vždy přítomna. Tento fakt opodstatňuje význam udržovací léčby. Porušená bariéra může být vstupní branou pro vznik senzibilizace, což umožňuje vývoj atopického zánětu. Hlavní příčiny vzplanutí nebo zhoršení ekzému a „spouštěči záchvatů svědění“ jsou přehledně uvedeny v tabulce 1.

Klinický obraz

Prvním a zřetelným symptomem je pruritus. Projevy AE jsou velmi variabilní a mění se v závislosti na věku pacienta. Tři formy atopického ekzému jsou: kojenecká, dětská a mladistvých a dospělých. **Kojenecká forma** začíná většinou mezi 2. a 6. měsícem věku. Charakteristickou oblastí kojenecké formy AE je obličej s bilaterálním postižením tváří, na kterých se vyskytují silně svědivé papulky, občas i puchýřky, dochází k mokvání a povrch se pokrývá stroupky a šupinami. Nález se může šířit na celý obličej (obrázek 1), trup a končetiny. Na vlasaté části hlavy se čas-

Tabulka 1. Hlavní příčiny vzplanutí nebo zhoršení ekzému a „spouštěči záchvatů svědění“ (dle 13)

1. Zvýšená suchost pokožky ekzematika – atopika	
2. Iritanti („dráždivé“) podněty	mýdla, saponáty, prací a čistící prostředky, dezinfekční látky (např. chlór v bazénech), kontakt s vlnou, dráždivé chemické látky v pracovním prostředí, kontakt s pískem a hlinou, častý kontakt s vodou
3. Kontaktní a vzdušné alergen	roztoci, domácí prach, zvířecí alergen, pyl, domácí a venkovní plísně
4. Potravinové alergen	mléko, vejce, ryby, některé druhy ovoce a zeleniny, luštěniny, sója, bílkoviny v obilovinách, ořechy, kakao, čokoláda, med
5. Mikroorganizmy	bakteriální infekce (především zlatý stafylokok), virové infekce (virová onemocnění horních cest dýchacích, opary, plané neštovice), plísněvé infekce (především kvasinky)
6. Ostatní	růst zoubků, očkování, psychické změny (hlavně stres), horko a zapocení (nejčastější příčina zhoršení ekzému!), sezónní a klimatické změny, hormonální změny (dospívání, menstruační cyklus)

to objevují mastné šupiny bílé barvy (tzv. „crusta lactea“). Často dochází k bakteriální superinfekci a impetiginizaci ložisek. Dítě je neklidné, plačtivé, pro svědění špatně spí. Průběh onemocnění je nepředvídatelný co do rozsahu a dalšího vývoje. Ekzém se může během druhého roku života zcela zhojit nebo může plynule přejít do další vývojové fáze (8). **Dětská forma AD** bývá v období od 3 do 10 let (9). Postižené bývají nejčastěji ohybové partie končetin: loketní a podkolenní jamky (obrázek 2), krk, zápěstí, nártý a často i prsty rukou a nohou, může vzniknout onychodystrofie (změny na nehtech). Klinicky je kůže zhrubělá, místy až lichenifikovaná, s výraznými hlubokými kožními rýhami. Typická je asteatóza. Při akutním zhoršení kůže zčervená, jsou přítomny papulky a exkoriace po škrábání projevů. Kůže obličeje bývá ve srovnání s kůží ostatního těla bledá. Naopak bývá tmavší a zhrubělá kůže očních víček a zdvojení záhybu pod očima (tzv. Dennieho-Morganiho infraorbitální řasa) (8). Zvrátovým momentem pro průběh AE je věk začátku školní docházky či puberty, kdy se průběh zmírňuje nebo nastává dlouhodobá až celoživotní remise, a to až v 75 % případů

(10). **Dospělá forma** se může vyskytnout jako první projev onemocnění i u pacientů, kteří dříve ekzémem netrpěli. Obvykle však předchází kojenecká a dětská forma choroby či astma (11). Projevy se vyskytují nejčastěji na obličeji, krku, horní části hrudníku, na ramenou, nad velkými klouby končetin a na rukou. Může být postižena i kštice, bývá výrazné svědění, šupení, vlasy jsou řídké a suché (11). Kůže dospělých pacientů je více lichenifikovaná a pruritus je intenzivnější. Velmi často se u dětí i dospělých vyskytují pouze frustrní (minor) formy atopického ekzému. Jedná se o kožní projevy ohraničené na jednu část těla. Jejich charakter je dosti odlišný od typických projevů AE. Pityriasis alba jsou neostře ohraničené, hypopigmentované skvrny, s mírným olupováním, vyskytující se hlavně na obličeji a na končetinách. Keratosis pilaris je projevem folikulární hyperkeratózy na zevních plochách paží, na hýždích, předních plochách stehien a u dětí i na tvářích. Ekzémové projevy mohou být i jen v periorbitálních krajinách (obrázek 3). Při cheilitidě má pacient suché, popraskané rty a nebo koutky. Dále se často vyskytuje dermatitida bradavek, bříšek prstů rukou a nohou (pulpitis

sicca) a ušních boltců. Xeróza kůže, tj. abnormální suchost kůže, se vyskytuje u 80 až 98 % pacientů s AE. Palmoplantární hyperlinearita znamená zmoženou kresbu rýh na dlaních a na ploskách. Dennieho-Morganiho rýha je zvýrazněná rýha pod dolním víčkem. Vyskytuje se symetricky pod oběma očima hlavně u kojenců a dětských pacientů. Nezřídka ji doprovází periorbitální edém, lichenifikace a tmavé kruhy pod očima. Hertoghovo znamení se projevuje chybením laterálního okraje obočí. Odlišná je i reakce krevních cév kůže na mechanická podráždění (bílý dermatografismus), což je výsledkem paradoxní vazokonstrikční reakce na tlak.

Nejčastější komplikace atopického ekzému

Děti s AE jsou velmi náchylné ke kožním infekcím různého typu. Nejčastější jsou bakteriální infekce, které jsou způsobeny většinou zlatým stafylokokem. Zdrojem může být samo nachlazené dítě nebo kdokoliv z okolí. Je vhodné provést výtěr z nosu a eventuální pozitivní nálezy eliminovat. Velmi nebezpečná je infekce virem oparu (herpes simplex virem). Může způsobit

Obrázek 1. Kojenecká forma AE (obličej)**Obrázek 2.** Dětská forma AE (loketní ohbí, zápěstí)**Obrázek 3.** Minor forma AE (oblast kolem očí)

závažný stav s horečkami. Je nutná okamžitá liečba antivirovými. Osoby, ktoré majú opar, by nemali byť v kontakte s dieťaťom postihnutým ekzémom. Pokiaľ samo dieťa s AE postihne opar, je nutno ho okamžite preléčiť. Ďalej majú deti s AE častejšie bradavice a moluska. Liečba je často obtížna a zdĺhavšia než u zdravých detí (12).

Diagnostika

Základom stanovenia diagnózy AE je veľmi pečlivá a podrobná osobná i rodinná anamnéza. Dôležité je sa zamieriť na rôzne formy atopie v širokom pokrevnom príbuzenstve, na objektívnu i subjektívnu obtížnosť pacienta. Ďalej by malo nasledovať pečlivé morfológické vyšetrenie pacienta. Pri nejistej diagnóze môže byť provedená probatorná excízia a histopatologické vyšetrenie. V bežnej praxi obvykle nečiní stanovenie diagnózy AE problém a je založené na klinickom obraze. Zde je pro diagnostiku zásadná triás: dermatitída, xeróza, pruritus. Je nutno pátrať po frustných formách a stigmatách kožnej atopie (viz výše). Z laboratorných výsledkov môže diagnózu AE podpožiť zvýšená hladina celkových IgE a eozinofílie. Pomocí môže i nález bieleho dermografizmu. Stanovenie diagnózy podľa presne stanovených kritérií má v súčasnej dobe charakter skôr výukový, a preto zde není uváděno.

Liečba atopického ekzému. AE je choroba, jehož podkladom je vrozená dispozícia k zápalovej reakcii kůže. Tá má na genetickom podklade i ľahce odlišnú stavbu. **Ani najúčinnejšie lieky nedokážu odstrániť vrozený sklon k nemoci, ktorý pretrvávajú celý život. Je však možné, pri dobre informovanosti rodičov a pečlivom dodržiavaní preventívnych a liečebných opatrení, odhodiť príznaky ochorenia a tým dostať priebeh ekzému pod kontrolu.** To vyžaduje veľkú trpezlivosť celej rodiny (hlavne rodičov), vyzorovanie a elimináciu zhoršujúcich faktorov a zavedenie vhodnej životosprávy dieťaťa. Veľkou sa však (pri správnej péči o kůži) príznaky ochorenia zmiernujú a u väčšiny detí i zväčša vyhasínajú (13).

Trendem v posledných rokoch je tzv. „self management“, čo znamená zvládanie choroby a jej priebehu samotným pacientom (14). Základným predpokladom úspešnosti terapie je podrobná edukácia pacienta (respektive jeho rodiny) pred zahájením liečby. **Compliance, tzn. spolupráca medzi pacientom (jeho rodinou) a lekárom, je podstatou úspechu terapie.** Dôvera rodičov k lekárovi a ochota ke spolupráci

je nevyhnutná. Lekár by mal poskytnúť informácie o podstate ochorenia, jeho prevenciu a možnosti liečby. Bylo prokázáno, že průměrný rodič si zapamatuje pouze 5–10% všech lékařem sdělených informací (15). Proto se dobrými pomocníky mohou stát připravené informační letáčky, brožury, jasne vysvětlující základní pojmy i nejčastejší otázky pacientů.

Taktiku léčby AE lze shrnout do 4 bodů (13):

1. Liečba akútnej vzplanutí ekzému v dobe zhoršenia „záchrannými“ liekmi.
2. Predchádzanie ďalším vzplanutím ochorenia vyzorovaním a minimalizáciou alebo kompletným odstránením provokačných faktorov.
3. Zabezpečenie dlhodobého starostlivosti o kůži pomocou zvláčňujúcich prípravkov.
4. Dlhodobá priaznivá modifikácia celkového priebehu ochorenia prevenciou a systematickou liečbou.

Základom terapie pacienta s AD je **lokálna liečba**. Výber vhodného zevního lieku sa riadi nejen diagnózou, ale i stadiem a rozsahom ochorenia, vekom dieťaťa, ošetrovanou lokalitou, prítomnosťou infekcie, ročnou dobou a v neposlednej rade i skúsenosťmi lekárovi. Základom každej liečby je pravidelné **promazávanie kůže** zvláčňujúcimi krémami a masťami (ty sa nazývajú emolienca). Tieto prostriedky promašťujú a hydratujú kůži a obnovujú kožnú bariéru. Chránia kůži pred nadmerným vysychaním a pred nepriaznivými faktormi zevního prostredia. Tým sa často zmenšujú plochy ekzému a svēdění. Na trhu je veľmi široký výber promazávacích prostriedkov. Pre každého pacienta je potrebné nájsť takový prostriedok, ktorý mu najľahšie vyhovuje. Emolienca sa vtiera i do lôžok ekzému, ale i všade tam, kde je kůža suchá. Krém sa aplikuje len toľko, aby sa v krátkom čase dobre vstrebala, nadmerná množstva sú nevhodné. Je možné kombinovať i viaceré druhy emolienca: pak jsou voleny masti a mastné krémy na veľmi suchá miesta a na noc, menej mastné prostriedky na veľké plochy a na deň. Dôležité je aplikovať emolienca i v klidových stadiách, je to hlavné preventívne opatrenie (13). Medzi emolienca sa radia i **koupeľové a sprchové oleje**, ktoré majú veľký význam pre udržovanie správnej hygieny atopického pokožky. Tvorí okluzívny film na celom tele pacienta (ten chráni kůži pred transepidermálnou stratou vody), majú hydratačný a promašťujúci efekt. Niektoré obsahujú i dezinfekčné protibakteriálne látky. Kúpeľ i sprcha by mali byť krátké, maximálne do 10 minút. Dôležité je po kúpeľi či sprše kůžu ľahko osušiť potúkaním („pijákováním“)

a následně promazat mastným základem. Významné je „pravidlo 3 minút“: kůži je nutno ošetriť do troch minút po kúpeľi, dokud je ešte vlhká. Inak si nezachová hydrataciu, voda sa odparí a dojde ke kontrakcii rohovej vrstvy, popraskaniu a ďalšiemu presušeniu atopického kůže (16). V prípade zhoršenia AE je vhodné vyskúšať niektorú z **tradičných prírodných prípravkov**, ako je kúpeľ z ovesných vločiek, z pšeničných otrub, kúpeľ vo škrobe, ovesnou kúpeľ či bylinné kúpele (predovšetkým ľepikovou). V akútnej fáze sa k intervenčnej terapii používajú **lokálne kortikosteroidy**. Využívajú sa ich silný protizápalový, vazokonstrikčný, antiproliferačný, imunosupresívny a antipruriginózný účinok. Ich efekt nastupuje veľmi rýchlo. Kortikoidy sa užívajú len krátko na prekonanie kritických obtížností. Ošetrujú sa predovšetkým miesta, kde je ekzém najhorší, obvyčajne večer po kúpeľi či sprše, ale naopak pred ošetrením kůže emoliencom. Pozdvi sa frekvencia aplikácie kortikosteroidov znižuje (event. sa zväčša vysávajú) a nahradujú sa liekmi, ktoré majú za úlohu udržať ochorenie v klidovom alebo prijateľnom stave. Pauza v užívaní by mala byť najmenej tak dlhá, aká bola liek užíván, pozdvi radšej dvojnásobná (teda treba 3 dni s kortikoidmi a 3 dni bez, pozdvi 3 + 6 dní) (13). Je tiež možné užívanie 2–3 dní v týždni v režime napr. v pondelí a štvrtok alebo pondelí, streda a piatok. K dispozícii sú moderné lieky s výborným bezpečnostným profilom. Pri správnom užívaní sa rodičom užívanie kortikoidov nemusí v žiadnom prípade obávať. Pri výraznom zhoršení AE by malo byť naopak chybou je neužívať. Ako účinná alternatíva liečby lokálnymi kortikosteroidmi sa jeví **lokálna imunomodulačná prostriedky** (topical immunomodulators, TIM, inhibitory kalcineurínu). Mechanizmom účinku sa tieto lieky výrazne líšia od lokálnych kortikosteroidov. Jedná sa o imunosupresívne nové generácie, ktorých základným mechanizmom účinku je inhibícia kalcineurínu s následnou supresiou transkripcie cytokinových génov (16). Sú to protizápalové lieky, ktoré zmiernujú zápal i svēdění v lôžiskách. Sú vhodné k akútnej ošetrovaniu miest, kde je kůža jemná a tenká (obličej, krk, oblasť prsníka, záhyby končatín). Najdvi sú aplikované 2x denne, po zhojení preventívne 2x týždeň do miest, kde sa ekzém najčastejšie vracia. Mohú sa aplikovať i na ostatné miesta tela, kde po predchádzajúcom zklidnení lokálnymi kortikosteroidmi. Sú určené pre deti od 2 rokov veku. Pri zhoršení ekzému s mokvaniem sú vhodné **obklady**, ktoré majú zklidňujúci a vysušujúci účinok. Najčastejšie je užívanie Jarischův roztok (má

protizánětlivý účinek). Nemá být užit na větší plochy u malých dětí (obsahuje kyselinu boritou)! Pro impetiginizovaná ložiska lze použít slabý roztok hypermanganu (barvy růžového pijáku). Při velmi silném mokvání jsou vhodné obklady připravené ze silného černého čaje (1 kávová lžička čaje na 1/4 litru vody). Čaj obsahuje tříslovinu, která má silně stahující a mírně protizánětlivý účinek. K přípravě obkladů je možno užit i řepík lékařský pro příznivý obsah protizánětlivých látek (1 čajová lžička na 1/4 litru převařené vody). Obklady přikládáme teplé (nikoliv horké) a po zchladnutí obměňujeme. Opakujeme po dobu 10 minut asi 3x denně. Nikdy neprodyšně nezavazujeme ani nepřikládáme igelitové fólie (13). K dohojení lokálního nálezu a na prostřídání se silnějšími léky jsou často používány **barevné a bílé pasty**. Nejčastější jsou zinková, taninová, endiaronová, dehtová nebo ichtyolová, výhodné jsou moderní přípravky s odbarveným dehtem. Pasty musí být nanášeny opatrně „potukáváním“ ve velmi malém množství, neboť vysušují. Proto je vhodné postižená místa nejdříve ošetřit promazáváním a teprve po 5 až 10 minutách aplikovat pastu. Pastu je vhodné odstranit z kůže nikoliv vodou, ale olejem. Ošetřené plochy nezavazujeme. Při užívání past s dehtem nesmí dítě na slunce během ošetřování a ještě asi týden po ukončení aplikace (13). I přes rozsáhlé možnosti lokální terapie stále zůstává skupina pacientů, u kterých je vzhledem k závažnosti onemocnění nebo častým exacerbacím nutná **systémová terapie**. Celková terapie u závažných forem AE je součástí komplexní terapie. Mnohdy je to kombinace různých protialergických a imunosupresivních či imunomodulačních léků. **Antihistaminika** jsou pro svůj protisvědčivý účinek jedním z nejdůležitějších léků v terapii AE. Jejich trvalé podávání je indikováno v případech, kde je pozitivní rodinná anamnéza, u pacienta jsou laboratorní známky probíhajícího alergického zánětu, a závažných formách AE (16). Antihistaminika snižují vazodilataci, permeabilitu a pruritus. Antihistaminika I. generace (bisulepin, dimetinden) mají větší sedativní a protisvědčivý efekt, a proto je využíváme zejména u kojenců, u starších pacientů doplňkově jako noční dávku. Od ukončení jednoho roku věku pak standardně volíme v léčbě antihistaminika II. a III. generace, která mají komplexnější efekt: protialergický, protizánětlivý a imunomodulační (např. cetirizin, loratadin, levocetirizin, desloratadin). **Systémové kortikosteroidy** jsou užívány jen pro torpidní a zcela výjimečné případy, ve fázi mimořádné

exacerbace a krátkodobě. **Cyklosporin A**, původně využívaný jako hlavní imunosupresivum u pacientů po transplantacích, má prokázány velmi příznivé účinky v léčbě AE, k dlouhodobému užití je preferován před kortikody (indikován je např. u postižení kůže celého těla, obrázek 4). **Světloléčba** (fototerapie) představuje další formu terapie AE. Může být užitá u dětí nad 6 let věku (13). Výrazně snižuje pruritus. Nejlepšího efektu je dosaženo v terapii subkutních a chronických forem AE. Doporučuje se úzkopásmové UVB záření o vlnové délce 311 nm, ideální je UVA1 záření. Doplňkovou formou léčby AE může být **léčebný pobyt u moře, v lázních či vysokohorský pobyt**, které dokážou zmírnit příznaky AE a prodloužit dobu remise. Slunění musí být rozumné, mimo polední intenzivní svit. Preferován je pobyt ve vodě. Příznivý léčebný efekt je komplexní (vliv ultrafialového záření, termální či mořské vody, vyloučení z domáčího a školního prostředí, relaxace, nízké množství inhalovaných alergenů a další příznivé vlivy) (13).

Psychika. Kůže je orgánem, který citlivě reaguje na duševní stav jedince a naopak, stav choroby ovlivňuje psychiku. To platí i pro AE. Zvláště u dětí je nutný citlivý a chápatelý přístup, zejména ze strany rodičů a učitelů. Podle věku a vnímavosti dítěte je nutné mu situaci vysvětlit a poukázat na zlepšování v budoucnu – pokud bude o kůži pečovat. Je důležité chovat se k dítěti přirozeně, udělat si na něj čas, přistupovat k němu vlídně a laskavě, povzbuzovat ho, učit jak se o kůži pravidelně starat. Pozornost se ale nesmí přehánět, aby u dítěte nedošlo k nezdravé fixaci na chorobu, pocitům méněcennosti nebo k zneužívání nemoci k citovému vydírání. V individuálních případech je vhodné vyhledat pomoc klinického psychologa (17). Praxe ukazuje, že řada dětí reaguje na psychosociální rodinnou zátěž a nepochopení ve škole zhoršením AE a rozvojem „atopického pochodu“ do dospělosti. Lze tedy předpokládat, že bez psychosomatického přístupu k pacientovi a rodičům není edukace dostatečně účinná.

Mezioborová spolupráce. Přístup k pacientovi s AE musí být komplexní. Měl by být řešen základně jedním lékařem – nejlépe praktickým. Ten by měl spolupracovat s dalšími odborníky. V diagnostice a následné dietní, režimové, farmakologické a psychologické intervenci musí mít nezastupitelné místo dermatolog, alergolog, klinický imunolog, dle potřeby i psycholog a pedagog. Jen tak se může pacient dočkat co nejoptimálnější stabilizace choroby a zlepšení kvality života.

Obrázek 4. Atopická erythrodermie, na kůži patrný bílý dermografismus



Nejčastější dotazy rodičů (zpracováno především na základě zdrojů 12 a 13 a zkušeností autorky)

Lze odhadnout riziko vzniku atopického ekzému? Hlavní vliv má genetická dispozice. Pokud alergií netrpí žádný z rodičů, je riziko vzniku alergie 5–15%. Pokud má alergické onemocnění jeden z rodičů, je u dítěte riziko vzniku alergie 20–40%. Pokud trpí alergií sourozenec, je riziko vzniku alergie u dalšího dítěte (společných rodičů) 25–35%. Pokud jsou alergici oba rodiče, je riziko vzniku 40–60%. Pokud oba rodiče trpí alergií se stejnou orgánovou manifestací (např. oba mají atopický ekzém), je riziko u dítěte 60–80%. Dále se negativně uplatňují výživa – nekojení nebo předčasné ukončení kojení (před 6. měsícem věku) nebo brzké zavádění cizorodých bílkovin do stravy a vliv životního prostředí (domácí prach, roztoči, kouření, kontakt s domácími zvířaty aj.).

Dá se předejít rozvoji atopického ekzému u dítěte s alergickou rodinnou zátěží? U atopického ekzému platí, že nejlepší léčbou je prevence. Během prvního roku je nutno dodržovat tzv. protialergický režim. Jeho hlavní zásady jsou: 1. Co nejdelší doba kojení (viz níže). 2. Podávání speciálních mléčných přípravků se sníženým obsahem alergenů – hypoalergenní (HA) mléka, pokud matka nemůže kojit nebo kojí nedostatečně. 3. Zavádění prvního nemléčného příjmu až v 6. měsíci (vybírat jen nealergizující potraviny – viz tabulka 2). 4. Eliminace alergenů z okolí dítěte (nekouřit, omezit prašnost, vyloučit peří, zabránit styku s domácími zvířaty, co nejvíce pobývat mimo oblasti se znečištěným ovzduším).

Je atopický ekzém vyléčitelný? Atopický ekzém je chorobou s vrozenou dispozicí. Není proto

Tabulka 2. Potraviny, ktoré je vhodné vynechať v kojeneckom jídelníčku (dle 13)

■ všetky citrusové plody, kiwi, ananas, mango	■ exotické koreniny (napr. vanilka, skořice, kari),
■ bobulovité ovocie (rybíz, angréšt, jahody, maliny, ostružiny)	■ řeřicha, bazalka, kečup, hořčice
■ med, sladkosti (bonbóny), čokoláda, kakao	■ kravské mléko (nahrazujeme HA mlékem),
■ rajčata, papriky, celer, petržel, ředkev, ředkvičky, křen	■ individuálně povolujeme jogurty a tvrdé sýry eidamského typu dle snášenlivosti a stavu ekzému
■ kyselé zelí, nakládaná zelenina, luštěniny, česnek, cibule	■ vejce jako samostatný pokrm (podáváme jen „skrytá“ v pečivu nebo jídle)
	■ ryby, mořské produkty, uzeniny vepřové a hovězí maso

možné při současných znalostech a možnostech medicíny dítě tohoto onemocnění zbavit. „Zázračný“ lék neexistuje. Je však možné při pečlivém dodržování všech léčebných a preventivních opatření „dostat ekzém pod kontrolu“. Vyžaduje to velkou trpělivost a spoustu času celé rodiny. Příznaky ekzému naštěstí slábnou s přibývajícím věkem. Do devíti let se spontánně zhojí až 80 % postižených dětí. U většiny ostatních nemocných vymizí do 20. roku života a jen v nejtěžších případech přetrvává do dospělého věku.

Jaký význam má kojení pro dítě se zvýšeným rizikem vzniku alergie? Mateřské mléko je nejvhodnější a neúčinnější výživou. Obranné látky předávané mateřským mlékem chrání děti před většinou infekcí. Pro děti z atopických rodin je význam kojení mnohem větší než pro kojence bez atopické zátěže. Alergická reakce na bílkovinu kravského mléka (kterým bývá kojení nahrazována) je poměrně častá: 3–7 %. Do 6. měsíce nepotřebuje plně kojené dítě čaj ani jiný přídatek. Matka by měla dodržovat neдрáždivou dietu s vyražením potravin, které nejčastěji působí svědění a zarudnutí kůže a potravin, na které je sama alergická. Od přísných radikálních diet u žen v době těhotenství a kojení se ustupuje, protože neexistují žádné přímé důkazy o efektu jakékoli diety matky na vzniku alergického onemocnění u potomka. Plné kojení snižuje riziko manifestace atopických příznaků u disponovaného kojence, eventuálně je oddaluje na pozdější dobu.

Nejvhodnější dieta pro dítě s atopickým ekzémem. Význam potravinové alergie v etiopatogenezi AE zejména u malých dětí je podstatný. U kojenců a malých dětí se potravinová alergie v současné době vyskytuje ve 20–50 % případů. Přitom platí, že AE spojený s potravinovou alergií má těžší průběh (27). Pro dítě v kojeneckém věku představuje potravinový alergen nejvýznamnější alergen zevního prostředí. Vliv potravinové alergie na aktivaci AE se udává okolo 35 % (18). Nejčastějšími dětskými alergeny jsou kravské mléko, vaječný bílek i žloutek, pšeničná mouka, arašidy a sója. Správně nastavená dieta může vést k významnému zklidnění projevů AE. Po třetím roce věku obvykle tyto

alergie vyhasínají. V prvním roce života dítěte je úprava výživy významná. Později význam diety slábnou a je spíše individuální. V prvních 6 měsících je velice důležité kojení dítěte. Pokud matka kojit nemůže, nebo kojila jen krátce, je nutné převést kojence na hypoalergenní (HA) přípravky kojenecké výživy. Pokud se prokáže u dítěte alergie na bílkovinu kravského mléka, podávají se přípravky, jejichž základem je bílkovinný hydrolyzát s vysokým stupněm štěpení. První nemléčný příkrm by měl být zahájen postupně od ukončení 6. měsíce věku. K jeho přípravě jsou vhodné potraviny, které mají malé riziko alergizace a takové, které nezpůsobují svědění a zarudnutí kůže přímou cestou. Tato doporučená výživa by měla být podávána do 1 roku. Potraviny, které je vhodné do 1 roku z jídelníčku vynechat, jsou uvedeny v tabulce 2. Po 12. měsíci je možno pomalu přejít k běžné stravě batolat, ale nejsou vhodné potraviny, které nejčastěji vyvolávají alergické reakce a svědění kůže (kakao, čokoláda, ořechy, mandle, mák, citrusy, kiwi, rajčata, papriky, plísňové sýry, koření, kyselé a pikantní potraviny – hořčice, kečup, nakládaná zelenina). Z mléčných výrobků jsou nejvhodnější tvrdé sýry a kysané mléčné výrobky jogurtového typu, jejich množství je vhodné navyšovat postupně. Obecně u kojenců a batolat již nejsou doporučovány přísné diety, protože se zdá, že právě v tomto věku by si dítě mělo na některé základní potraviny pomalu přivykat, aby je později lépe tolerovalo. U větších dětí je nutno postupovat individuálně a mohou konzumovat všechny potraviny, které přímo ekzém nezhoršují.

Jak správně mýt pacienta s atopickým ekzémem? K očištění dítěte je vhodná 3x týdně vanová olejová koupel a v ostatní dny jen rychlé osprchování s pomocí koupelových nebo sprchových olejů nebo mycími prostředky určenými pro ekzém, nejlépe zakoupenými v lékárně. Při zhoršení ekzému je vhodné nahradit olejovou lázeň koupelí z ovesných vloček, v bramborovém škrobu, otrubách nebo řepíku (podrobněji viz léčba AE).

Jak zacházet s promašťovacími krémy? Důležitá je zásada: čím méně krému a čím častěji,

tím lépe, jinak kůže „nemůže dýchat“. Krém je aplikován tolikrát denně, kolikrát je dítěti příjemné, a dále aby bylo vidět, že je kůže vláčná. Zpočátku je často nutné promazávání i 10x denně, později (většinou po 2–3 týdnech) jen 2–3x denně. Každou novou předepsanou masť je nutno vyzkoušet na malou plochu nejméně 3 dny (např. na končetině). Teprve když je jisté, že dítě promazávaná toleruje, je možné ho aplikovat na celé tělo. Mezi nejlépe tolerované přípravky patří doma vyškvařené nesolené sádlo, Indulona A64 nebo v lékárně zakoupený slunečnicový či olivový olej. Jinak je celá řada kvalitních přípravků, ze kterých je možno vybírat. Lepší je koupit je v lékárně. Pravidelným promazáváním se zlepšuje funkce kůže. Péče o suchou kůži je v celé komplexní péči o ekzém nejdůležitější.

Je vhodný pobyt na slunci, zářiče či biolampy? Horské slunce obsahuje některé nevhodné paprsky, které nelze odfiltrovat. Proto není vhodné ho užívat. Mnohem účinnější a bezpečnější je ozařování lampami s užším spektrem UV záření, které je možno užívat ambulantně nebo za hospitalizace v některých kožních zařízeních. Ozařování laserem může mít efekt pouze u pacientů s ohraničenými formami ekzému (např. puchýřkové projevy na rukou a nohou). Ozařování v soláriích není vhodné. Biolampy se hodí k ošetřování malých ložisek ekzému. Je nutno provádět několikrát denně 10–15 dnů. Efekt je většinou jen přechodný.

Co způsobuje svědění u pacientů s atopickým ekzémem? Záchvatovitě svědění kůže patří k základním projevům atopického ekzému. Ke specifickým provokačním faktorům patří především některé látky, na které je pacient alergický a které vdechne (pyl, prach, roztoči) nebo které sní (některé druhy potravin – příliš ostrá, kyselé a kořeněná jídla, mléko, vejce, ryby, čokoláda, někdy ořechy, aromatické ovoce). Mezi nespécifické provokační faktory patří hlavně změny v teplotě a vlhkosti ovzduší, zapocení a psychický stres. Svědění bývá velmi kruté. Úlevu často přinese až rozškrábání svědivých míst. Děti jsou plačtivé a mrzuté, většinou špatně spí a bývají pak během dne unavené.

Jak je možno omezit svědění a zabránit škrábání u dítěte? Při záchvatu svědění je vhodné zkoušet zaměřit pozornost dítěte na jinou činnost (vyprávění, zajímavou hru...). Je vhodné snížit teplotu v místnosti vyvětráním. Na svědivá místa je možné aplikovat chladicí obklad nebo je promazat vychlazeným krémem z ledničky. Obdobně zlepšuje svědění i chladná koupel nebo vycházka za chladného počasí. Škrábání je vhodné nahradit jinou mechanickou činností,

např. kreslením. Od svědění pomáhá tření břicho prstů nebo jemné štípaní kůže. V noci pomůže vhodné oblečení s rukavičkami či zašitými rukávkami (viz níže). Od svědění v těžších případech pomáhá samozřejmě vhodně zvolená lokální léčba či protialergické perorální léky.

Jak správně oblékat pacienta s atopickým ekzémem? Nejvhodnější jsou měkké, spíše světlé, bavlněné materiály. Oblečení nesmí být příliš těsné ani příliš tuhé. Nevhodná je vlna a všechny materiály, které jsou hrubé a mají vlas. Pokud je dítě chováno v náručí, chovající osoba by neměla mít vlněný nebo hrubý svetr. Nový oděv pro dítě je vhodné vždy vyprat a řádně vymáchat, je vhodné odstranit všechny etikety z vnitřních stran oděvů. Pokud mají děti závažnější projevy AE, je možno zakoupit speciální overaly s rukavičkovými „pacičkami“ a dupačkami. Overaly je možno užít na noc i na hrani během dne. Obdobně je možno pro větší děti koupit speciální dvoudílné bavlněné pyžamko, jehož stříh rovněž znemožňuje škrábání.

Jsou vhodné plenkové kalhotky na jedno použití? Nové typy jednorázových plen jsou většinou vhodné i pro kojence s ekzémem. Nesmí být ale ponechány na kůži příliš dlouho. Umělý materiál kalhotek potom snadno kůži podráždí a usnadní zachycení bakterií ze stolice v ložiscích ekzému. Proto je u dětí s ekzémem nutno měnit jednorázové pleny častěji, než je běžné. Někdy jsou vhodnější klasické bavlněné pleny.

Jaké prostředky používat k praní prádla? Nejlepší je používat zakoupené mýdlové vločky. Lze také nastrohat mýdlo s jelenem. Prádlo musí být řádně máchané (nejméně 5x). Přidávání aviváže není vhodné. Je lepší práť vždy menší množství prádla. Po ukončení máchání je možné přidat do pračky 3 lžice octa a celý máchací cyklus zopakovat.

Jak nejlépe upravit byt, kde pobývá dítě s atopickým ekzémem? Velmi důležité je omezit prašnost. Preferovány jsou podlahy bez kobereců. Nejsou vhodné těžké závěsy, záclony a čalouněný nábytek, zejména v ložnici dítěte. Matrace lůžka a přikrývky by měly být zakryty snímatelnými povlaky, které je nutno minimálně 2x měsíčně práť při 60°C. Teplota v bytě by měla být spíše nižší a vlhkost 40–50%. Je nutno pravidelně větrat. V okolí dítěte nesmí nikdo kouřit. Domácí zvířata jsou nevhodná.

Je možné očkovat děti s atopickým ekzémem? U dětí s AE je potřeba postupovat s očkováním opatrněji. Jednotlivé složky očkovacích látek totiž mohou (i když velmi vzácně) vyvolat u některých atopických dětí reakce přecitlivělosti. Děti by měly být očkovány v době, kdy jsou v optimální zdravotní kondici – nesmějí se očkovat při známkách akutní infekce, v době rekonvalescence ani při aktivních projevech ekzému. I přesto je běžné, že se stav ekzému po očkování (zejména po očkování živými očkovacími vakcínami) zhorší. Zhoršení se objevuje několik dnů po očkování a trvá většinou 3 týdny. Závažné pacienty, kteří nemají období klidu, je vhodné odeslat do speciálních očkovacích středisek (např. v Praze v Motole nebo ve FN Hradec Králové).

Smí pacient sportovat? Pacient většinou může provozovat ve fázi minimálních kožních obtíží všechny druhy sportu, ale spíše rekreačně. Negativním faktorem bývá zapocení. Plavání ve volné přírodě a v moři ekzém spíše zlepšuje, častý pobyt v chlorovaných bazénech je naopak nevhodný. Je možno povolit účast na základním plaveckém výcviku 1x týdně (s řádným ošetřením kůže před i po plavání).

Volba povolání. Pracovní zařazení by mělo odpovídat psychickým schopnostem, nadměrný stres je zcela nevhodný. Dále pacient nesmí vykonávat práci v prašném, horkém a vlhkém prostředí. Nemí přijít do kontaktu s chemikáliemi, barvami, laky, ředidly a oleji. Není vhodné povolání, kde je nutné časté mytí rukou. Zcela nevhodné jsou profese jako kadeřnice, automechanik, kuchař, zedník, zahradník, ošetřovatel zvířat, zdravotník, zámečnický, textilní dělník a pekař.

Závěr

Atopický ekzém je velmi častým onemocněním, jehož incidence stále stoupá. Cílem léčby atopického ekzému je zlepšení kvality života jak samotného pacienta, tak i jeho rodiny. Základem úspěšné terapie je dobrá spolupráce mezi pacientem a jeho rodinou a lékařem a velmi komplexní a individuální přístup lékaře ke každému pacientovi. Velmi důležitá je mezioborová spolupráce obvodního lékaře, dermatologa, alergologa, klinického imunologa a dle potřeby i psychologa a pedagoga. Za dodržení všech zásad preventivních i léčebných opatření

může být dosaženo minimalizace či kompletního ústupu příznaků choroby, a tím zlepšení kvality života pacienta i celé jeho rodiny.

Literatura

- Lam J, Friedlander SF. Atopic Dermatitis: A Recent Advances in the Field. *Pediatr Health* 2008; 6(2): 733–747.
- Remitz A, Reitamo S. The clinical manifestations of atopic dermatitis. In: Reitamo S, Luger TA, Steinhoff M. *Textbook of Atopic Dermatitis*. 1st ed, Informa UK 2008: 1–12.
- Bieber T. Mechanism of disease: atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2008; 14(358): 1483–1495.
- Olesen AB. Atopic dermatitis- has the epidemic stopped or just begun? *EADV Congress News* 2006: 4.
- Hercogová J. Topical anti-itch therapy. *Dermatol Therapy* 2005; 4(18): 341–343.
- Christophers E, Folster-Hostz R. Atopic versus infantile eczema. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 4–6.
- Sandilands A, et al. Prevalency and rare mutations in gene encoding flaggrin cause ichthyosis vulgaris and predispose individuals to atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 2006; 126: 1770–1775.
- Vosmík F. Ekzémy. In: Štokr J, et al. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén 2008: 149–174.
- Du Vivier A, McKee PH. Atopic dermatitis. In: Du Vivier A, McKee PH. *Atlas of clinical dermatology*. Philadelphia: Elsevier Science 2002: 38–47.
- Hautmann G, Hercogová J, Lotti T. Regulation of inflammatory reactions in local microenvironments by neuropeptides: psychoimmunologic models of psychosomatic dermatoses. *Int J Immunopathol Pharmacol (Section Dermatol)* 2006; 6(13): 391–414.
- Schmiedbergerová R. Eczema atopicum. *Pediatr. praxi* 2005; 4: 145–150.
- Čapková Š, Špičák V, Vosmík F. Atopický ekzém. Galén 2009 (čtvrté, přepracované vydání).
- Čapková Š. Jak pečovat o dítě s atopickým ekzémem. Informační leták gsk. Mediforum.
- Mohrenschlager M, Darsow U, Schnopp C, et al. Atopic eczema: What is new? *J EADV* 2006; 20: 503–511.
- Hercogová J. Léčebné možnosti u atopické dermatitidy. *Komentář. Medicína po promoci* 2007; 3(8): 44–45.
- Čapková Š. Možnosti léčby atopické dermatitidy v roce 2008. *Farmakoterapie* 2008; Suppl. 3: 22–31.
- Benáková N. Atopická dermatitida. In: Benáková N. *Ekzémy a dermatitidy, průvodce ošetřujícího lékaře*. Třetí rozšířené vydání. *Farmakoterapie pro praxi/Sv. 59*, ISBN 978-80-7345-331-2, Maxdorf 2013.

Článek je převzatý z:
Pediatr. praxi 2015; 16(2): 89–96

MUDr. Zuzana Nevalová, Ph.D.
Dermatovenerologické oddělení
Nemocnice Jihlava, p. o.
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava
znevalova@atlas.cz

