

Numulární ekzém v pediatrické praxi

MUDr. Nina Benáková, Ph.D.

Dermatovenerologická klinika VFN a 1. LF UK Praha

Dermato-alergologie Immuno-Flow, Praha

Numulární ekzém je v pediatrické praxi relativně častý. Diagnostika a diferenciální diagnostika mohou být náročné. Předpokladem úspěchu je nejen správně zvolená a prováděná léčba, ale rovněž vhodná a pravidelná péče o kůži. Základními léky pro obnovení a udržení funkce kožní bariéry jsou emoliencia. Hlavními protizánětlivými léky jsou středně silné lokální kortikoidy s dobrým terapeutickým indexem. Způsob používání těchto extern je pro výsledek léčby stejně důležitý jako správná volba léku, proto jsou pro praxi krátce rozebrány strategie a režimy této léčby.

Klíčová slova: numulární ekzém u dětí, diferenciální diagnostika, strategie léčby.

Nummular eczema in pediatric practice

Nummular eczema is quite frequent in paediatric practice. Diagnostics and differential diagnostics can be challenging. Differential diagnosis is presented in a tabular overview. Right chosen and properly done treatment as well as appropriate and regular skin care are prerequisites for treatment success. Emollients are the basic drugs for restoring and maintaining skin barrier function. Topical corticosteroids of moderate strength with good therapeutic index are the main anti-inflammatory drugs. The way, how these topicals are used, is for the result of therapy as important as the correct choice of drug, therefore the strategies and regimens of their use in practice are briefly discussed.

Key words: nummular eczema in children, differential diagnosis, treatment strategy.

Úvod

Numulární ekzém pediatrii nepochybně vídají často. Může být zaměněn za tineu a pak léčen antimykotiky, bez většího efektu. Diferenciální diagnostika je pestrá. Ve většině případů je však diagnostika zvladatelná zhodnocením anamnézy a klinického obrazu, bez nutnosti laboratorních či jiných vyšetření. Předpokladem úspěchu léčby je nejen lékem správně zvolená a pacientem správně prováděná léčba, ale rovněž vhodná a pravidelná péče o kůži.

Etiopatogeneticky představuje numulární ekzém (syn. numulárně mikrobiální ekzém, diskoidní ekzém, numulární dermatitida) chorobu nejednotnou, heterogenní, kde jsou v popředí mikrobiální vlivy. Nejedná se o infekci, působení mikrobů se předpokládá

nepřímé, zprostředkované reakcí buněčné imunity na antigeny mikrobů (IV. typ). Tomu odpovídá i cytokinový profil, jež je obdobný jako u reakce pozdní přecitlivělosti (ekzémový podtyp, IV a). Uplatňovat se mohou jak mikrobi na kůži, tak ze vzdálených ložisek – *fokusů*, zejména horních cest dýchacích. Ke zhoršujícím faktorům patří suchá kůže a atopická diatéza (2, 3, 8).

Klinický obraz je charakteristický svou konfigurací, tedy uspořádáním projevů ve tvaru mince (nummulus = mince). Jedná se o oválná, dobře ohraničená, růžová až sytě červená ložiska s papulami a deskvamací tvořící erytematoskvamózní obraz (2, 8). V akutní fázi nabývá obraz erozivně mokvajícího charakteru – vezikuly, mokvání, eroze a krusty (2, 8). U dětí se lokalizuje nejčastěji

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research in Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Pediatr. praxi.* 2025;26(2):92-96

<https://doi.org/10.36290/ped.2025.018>

Článek přijat redakcí: 7. 2. 2025

Článek přijat k tisku: 20. 3. 2025

MUDr. Nina Benáková, Ph.D.

kozni@seznam.cz

na extenzorových partiích dolních a horních končetin, výjimečně na trupu. Obličej může být, na rozdíl od dospělých, též postižen. Může se jednat o solitární ložisko (Obr. 1), velikosti 1–10 cm. Obvykle bývá ložisek více a pokud jsou diseminovaná, bývá distribuce ložisek symetrická (Obr. 2). Pruritus může být mírný, což je nezřídka důvodem pro záměnu s jinými chorobami, které mají také numulární či anulární konfiguraci. Numulární ekzém se může hojit pozánětlivou hypo- nebo hyperpigmentací, ve formě bělavých či světle hnědých makul v místě původních ložisek (1, 2, 3, 4).

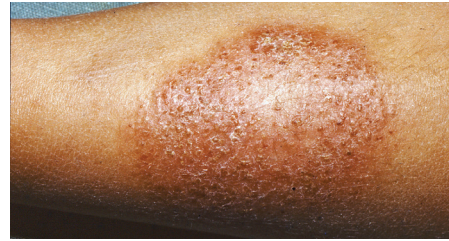
U dospělých vzniká numulárně mikrobiální ekzém nejčastěji na bérkách, obvykle v již predisponovaném terénu s porušenou kožní bariérou v důsledku exsikace či jiné chronické iritace, venostázy či atrofie kůže. Prevalence se v populaci udává od 0,1–9% (2). Postihuje častěji osoby středního až staršího věku (2). Další častou lokalizací jsou dorza rukou a předloktí a také mukokutánní přechody, včetně okolí chronických ran. Projevy jsou silně svědící. Průběh bývá chronicky recidivující (1, 2, 3, 8).

U dětí se numulární ekzém patrně vyskytuje častěji než se v odborné literatuře udává, zřejmě v důsledku podhlášenosti (nemá svůj kód v MKN). Publikace na toto téma u dětí jsou sporadické a spíše kazuistické. Tento ekzém se objevuje převážně ve skupině předškolních a školních dětí, častěji u děvčat (5). V etiopatogenezi se kromě infekcí uplatňují jako kofaktory také iritační vlivy jako je tření či vysušování, proto se častěji vyskytuje v zimě a na jaře. Podobně jako u dospělých jsou i u dětí rizikovými faktory suchá kůže a atopická diatéza. Průběh a prognóza numulárního ekzému u dětí bývají obvykle příznivé (1, 2, 7). Může se jednat ale i o projev kontaktní alergie anebo o numulární formu atopického ekzému (3, 5, 6). Nepřítomnost zvýšeného celkového IgE, specifických IgE, atopických chorob v rodinné či osobní anamnéze nevylučuje diagnózu atopického ekzému. U atopiků bývá průběh úpornější.

Diagnostika

V ordinaci pediatra je při vyšetření dítěte s numulárními projevy třeba diferenciatně diagnosticky odlišit především tinea (Obr. 3), neboť se zde prevence a léčba diametrálně liší. Tinea léčená jako ekzém (*tinea incognito*)

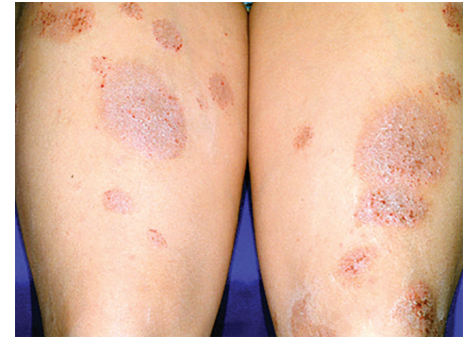
Obr. 1. Numulární ekzém bérce – detail (z fotoarchivu Dermatovenerologické kliniky 1. LF UK Praha)



Obr. 3. Tinea bérce, původce *Microsporum canis* (z fotoarchivu doc. Kuklové, Dermatovenerologická klinika 1. LF UK Praha)



Obr. 2. Numulární ekzém bérků dítěte (z fotoarchivu Dr. Čapkové, Dětské kožní odd. FN Motol Praha)



Obr. 4. Fixní polékový exantém (z fotoarchivu Dermatovenerologické kliniky 1. LF UK Praha)



Tab. 1. Základní diferenciatní diagnózy numulárního ekzému u dětí

Výskyt		Vodítka	Poznámka
Časté	tinea	ložisko obvykle solitární, naválitý lem, pomalu se zvětšuje, šíří se na periferii a hojí od centra, jen mírně svědící; vícečetná ložiska nemají symetrickou lokalizaci; postižení sourozenců či rodičů; zdrojem často domácí mazlíčci (morče, králík aj.) a tzv. kontaktní sporty	mykologie, ev. histologie s barvením na PAS (periodic acid-Schiff)
	atopický ekzém	silně svědící, v anamnéze často flexurní ekzém ± atopické choroby v osobní či rodinné	ev. alergologie
	neurodermitis circumscripta	lichenifikovaná ložiska, šedavá (hyperkeratóza) či hyperpigmentovaná (pozánětlivá pigmentace), silně svědící; predilekce – předloktí, lokty, bérce, kolena, šije	ev. histologie
	pityriasis rosea	trup, výjimečně končetiny; předchází primární ložisko (při vyšetření často již zhojené), do 3–4 týdnů se vysévají četná ložiska v čarách štěpitelnosti kůže, nesvědící či jen mírně; jaro/podzim	atypický obraz či průběh, diagnostické pochybnosti – histologie
Méně časté	kontaktně alergický ekzém	obvykle izolované ložisko/ložiska, silně svědící, perzistuje či recidivuje ve stejném místě	epikutánní testy
	seboroická dermatitida a seborrhoic dermatitis-like	spíše kojenci a batolata, výrazný erytém a deskvamace; predilekce – kštice, hlava, trup ■ při neprospívání – susp. deficity komplementu ■ při současném postižení mukokutánních přechodů – susp. acrodermatitis enteropathica	■ imunologie ■ zinek v séru
	psoriáza a parapsoriáza	■ infiltraovaná erytematoskvamózní ložiska, nesvědící či mírně, bez vezikul; predilekce – kštice, lokty, kolena ■ diseminovaná gutátní až numulární ložiska na trupu a končetinách, často předchází respirační infekci	výtěry krk + nos ev. histologie
	fixní polékový exantém	solitární ložisko, lividní či hnědavé centrum, oj. i mnohočetná ložiska (Obr. 4); typicky recidivuje ve stejném místě (u intermitentně užívaného léku)	léková anamnéza, včetně občasných léků

vede ke zkreslení klinického obrazu, zhoršení diagnostiky a léčby, jak ukázala též kazuistika publikována v tomto časopise v roce 2008 (7). Při diagnostických pochybnostech nebo refrakternosti vůči zavedené léčbě je vhodné provést mykologické vyšetření mikroskopické

a kultivační, případně i s citlivostí na antimykotika. Další diferenciatně diagnostické jednotky jsou uvedené v tabulce 1. U dospělých k tomu přistupují závažné diagnózy jako jsou především lymfomy z T-buněk a lues secundaria (1, 3, 4).

U nejasného, infiltrovaného, zvětšujícího se ložiska či tvorby dalších projevů navzdory léčbě je po konzultaci s dermatologem vhodné zvážit i histopatologické vyšetření (3, 4).

Prevence a léčba

Základem prevence je vyhnout se iritačním vlivům, které působí jako spouštěče a mohou být příčinou úpornosti i přes léčbu, jako u ostatních ekzémů a dermatitid. Preventivní a režimová opatření se týkají ochrany před vysušováním a podrážděním a současně zahrnují pravidelnou lokální péči o kožní bariéru – přehled viz tabulka 2.

Edukace spočívá nejen v základní informaci o chorobě a léčbě, rodiče je třeba upozornit na nejčastější spouštěče ekzému a nasměrovat je k jejich vyhledávání a eliminaci. V rámci osvětlení preventivních a režimových opatření jim doporučit vhodné prostředky k mytí a k promazávání. Seznámit je se zamýšlenou léčbou (Léčebný plán) a vysvětlit jim proč, co a jak se má aplikovat. Přiměřená a srozumitelná edukace vede k lepší compliance, lepším výsledkům léčby i lepšímu zvládnutí choroby (1).

Lokální léčba je pro léčbu numulárního ekzému zásadní a u dětí ve většině případů i dostačující. Je zaměřena jednak na vlastní zánět a jednak na kožní bariéru. Hlavními protizánětlivými léky jsou lokální kortikoidy. Nestačí však léčit jen zánět, pro posílení hojení a zejména dosažení remise či stability choroby je důležité používat pravidelně a dlouhodobě emolienca, prostředky obnovující a udržující bariérovou funkci kůže. Volba léčiv a jejich galenické formy se řídí fází choroby (1, 2, 8).

Lokální kortikoidy se u dětí obecně volí z 1. a 2. skupiny síly (slabé a středně silné), preferují se kortikoidy s dobrým profilem bezpečnosti a účinnosti (tzv. terapeutický

index). První skupinu kortikoidů reprezentuje v ČR 1% hydrokortison acetát, který pro svůj slabý účinek nemá dobrý terapeutický index. Pro dosažení účinku je třeba aplikace 2–3×/den (což je mj. spojeno s bezpečnostně nevhodným návykem rodičů do budoucnosti – aplikovat kortikoidy vícekrát denně). Již od 90. let 20. století jsou k dispozici novější molekuly kortikoidů, které mají při vyšší účinnosti stejnou bezpečnost jako hydrokortison acetát. Jedná se o hydrokortison butyrát, metylprednisolon aceponát a prednikarbát (již nedostupný), spadající do skupiny středně silných kortikoidů. Dalším představitelem kortikoidu s dobrým terapeutickým indexem je mometason furoát (3. skupina), který lze použít u dospívajících a mimo rizikové lokalizace.

Z praktických důvodů (minimální riziko mikrobiální kontaminace, expirace aj.) se preferují lokální kortikoidy hromadně vyráběné (HVLP). Kortikoid se aplikuje 1×/den – na noc, zpočátku denně do zlepšení, průměrně týden. Numulární ekzém se obvykle odhojuje pomalu (v horizontu týdnů), proto se po úvodní léčbě přechází z důvodu bezpečnosti na ústupovou léčbu, kdy se s kortikoidem ustupuje ob 1, 2, 3 dny až do zhojení. U úpornějších případů se pokračuje za kontrol lékářem intervalovou léčbou 2× týdně (proporcionálně, např. úterý a čtvrtek) až do kompletního zhojení. Vzhledem k rozsahové limitaci článku odkazují pro podrobnější informace ke strategii léčby kortikoidy na knihu Ekzémy a dermatitidy (1).

K posílení léčby je vhodné ji zaměřit též antisepticky (1, 2, 4, 8), proto lze na den použít **antiseptické a protizánětlivé zinkové pasty a emulze**. Jsou bezpečné, lze je využít i k dohovození. V České republice jsou jako hromadně vyráběné dostupné např. pasta s bílým ichtamolem či chlorhexidinem nebo stříbrem. V případě mokvání lze k výše uvedenému

využít antiseptika s nízkým iritačním a senzibilizačním potenciálem – např. vodný roztok oktenidinu nebo polyhexanidu, při větším rozsahu i formou obkladu či koupele – např. s chlornanem sodným nebo manganistanem draselným (1, 8).

V případech, kde je zjevná účast kožních mikroobů, se používají na 1–2 týdny **kortikoidy v kombinaci s antibiotiky**. Pro riziko vzniku rezistence je nutná aplikace 2×/den (ráno a večer), a to minimálně po 7 dnů. Ze stejných důvodů se s nimi nemá provádět ústupová, intervalová či intermitentní léčba. Je-li takové léčby zapotřebí, přechází se na samotný kortikoid (1).

Emolienca jsou pro léčbu, ale i prevenci recidiv ekzému klíčová. Udržují a obnovují funkci kožní bariéry. Emolienca (lat. emolliens) je participium slovesa emollire = změkčovat, v plurálu emollientia, česky emolienca. K promazávání se mohou použít samotné indiferentní základy typu mastí anebo již složitější emulzní systémy typu olej ve vodě anebo voda v oleji. Řada moderních emolienca obsahuje i diferentní přísady, a proto se označují jako *emolienca plus*. Hromadně vyráběná emolienca patří převážně mezi kosmetiku (*dermokosmetika*). Jen málo emolienca splňuje a má statut léčivého přípravku – pro náročnost požadavků na prokázání účinnosti a bezpečnosti potřebných pro registraci SÚKL. Jako jediné emulze v ČR jsou to lotio s podílem 36% lipidů, obsahující 4% ureu (Excipial lipolotio[®]) a dále lotio s podílem 11% lipidů, obsahující 2% ureu (Excipial hydrolotio[®]). Urea je fyziologickou složkou přirozeného hydrolipoidního filmu kůže, patří mezi tzv. přirozené zvlhčovače kůže (NMF). Využívají se zejména její účinky hydratační a protisvědivé. U ekzémů v akutní fázi nebo u novorozenců mohou ale externa s ureou dráždit, což je obecný princip. Pochopitelně záleží na koncentraci urey, jejím technologickém zpracování a na celkovém složení přípravku. Externa s ureou jsou proto obecně vhodná především u ekzémů po zhojení, k udržovací péči o suchou kůži a v chronické fázi. U citlivých jedinců či velmi malých dětí lze využít emolienca bez urey (např. Excipial Kids lotion[®]). Excipial hydrolotio i lipolotio obsahují dále dimetikon, vytvářející na povrchu kůže vůči vodě relativně odolnou vrstvu. Hydrolotio obsahuje navíc polyhexanid, širo-

Tab. 2. Potenciální spouštěče ekzému a doporučená preventivní opatření

Potenciální spouštěče	Doporučená opatření
časté a dlouhé mytí, horká voda, celotělové koupele běžná a parfémovaná mýdla používání masážní či drsné houby na mytí	krátké sprchování 1×/den, vlažná voda k mytí šetrný syndet či olejové mycí emolienca bezprostředně po osušení kůži promazat
časté plavání, intenzivní sportování a aktivity spojené s pocením a třením	sporty, kde nedochází k vysušování, tření a kde si lze regulovat tempo fyzické aktivity
hrubé či těsné oblečení (legíny, punčocháče) vlna a textilní materiály s vlasem špatně prodyšné, příliš teplé oblečení	oblečení hladké, volné, prodyšné s jemnými švy nepoužívat aviváže a parfémované prací prostředky
běžné hygienické a kosmetické přípravky s parfemacemi, rostlinnými extrakty, konzervanty či emulgátory	emolienca k mytí a promazávání vhodná pro ekzém jednoduchá, bez parfemací, fytosložek pravidelné a časté používání i po zhojení ekzému

INZERCE

kospektré antiseptikum s dobrou tolerancí, což je výhodné právě u numulárně mikrobiálního ekzému a též u ekzému atopického.

Strategie používání emoliencií zahrnuje jejich pravidelné, denní a dlouhodobé používání. Minimální frekvence pro dosažení účinku je 2×/den, dle suchosti i častěji. Pro častější promazávání, a zejména na větší plochy, jsou komfortnější emolienca lehčí konzistence, emulze. A na vysloveně suché partie lze využít galenickou formu masti či oleokrému. S aplikací emoliencií je vhodné pokračovat i po zhojení ekzému k obnově funkce kožní bariéry po zánětu (2–3 měsíce), ale i preventivně, když je kůže sušší a lze očekávat aktivaci ekzému (přes zimu, při častějším kontaktu s vodou při

sportování či nutnosti častějšího mytí apod.). Pokud je kůže dlouhodobě klidná, lze emolienca používat jen dle potřeby. Strategické je však při známkách suchosti anebo citlivosti začít s jejich pravidelnou a častou aplikací a být i důslednější s dodržováním preventivních ekzémových opatření.

Mírné formy numulárního ekzému lze při včasné zahájení a častém promazávání někdy zvládnout jen se samotnými emoliencií. Se zahájením léčby lokálním kortikoidem však není třeba čekat, „až když emoliens nezabere“. Včasné zahájení léčby lokálním kortikoidem nejen rychleji zklidní zánět, a ekzém se pak rychleji zhojí, ale kortikoid pak stačí aplikovat kratší dobu, než když se vyčkává, ekzém pro-

greduje či stagnuje a pak je třeba ke zvládnutí ekzému kortikoid aplikovat déle. Tuto strategii vystihuje doporučení převzaté z léčby bronchiálního astmatu pro léčbu ekzému „Hit early and hit hard“ (9).

Závěr

Numulární ekzém v dětském věku je relativně častý a může působit diagnostické rozpaky. Pediatr jako lékař primární péče může rozpoznáním a včasnou adekvátní léčbou pacientovi nejen ulevit a ekzém zhojit, ale edukací a motivováním pacienta k prevenci a pravidelné péči o kožní bariéru emoliencií může přispět ke zlepšování průběhu choroby, a bránit tak přechodu do chronicity.

LITERATURA

1. Benáková N. Ekzémy a dermatitidy. 4. vyd. Praha: Maxdorf; 2025: 54-56; 96; 105-151; 193-194.
2. Nečas M. Mikrobiální ekzém. Čes Dermatovenerol. 2016; 6(4):211-215.
3. Robinson CA, et al. Nummular eczema. National Library of Medicine. Continuing Education Activity. Updated March 2024. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565878/.
4. Štork J, Arenberger P, Pizinger K. Dermatovenerologie. Pra-

ha: Galen; 2008:159-160.

5. Bonamonte D, Gullo AFG, Vestita M. Nummular Contact Eczema: Presentation of a Pediatric Case. The Open Dermatology Journal. 2019. doi: 10.2174/1874372201913010023.
6. Böhner A, et al. The neglected twins: Nummular eczema is a variant of atopic dermatitis with codominant TH2/TH17 immune response. JACI. 2023;152(2):408-419.

7. Macháčková K. Eczema nummulare rezistentní k terapii. Pediatr pro praxi. 2009;10(1):35-37.

8. Todorova A, et al. Nummular eczema: An Update. In: Katsambas AD: European Handbook of Dermatological Treatment. Berlin, Heidelberg: Springer. 2023:711-720.

9. Reitamo S, Remitz A, Haahtela T. Hit early and hit hard in atopic dermatitis and not only in asthma. Allergy. 2009; 64(4):503-504.